

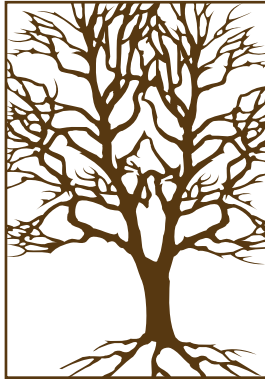
The book cover features a large, stylized silhouette of a tree with intricate branches. The background is split into three vertical sections: a light tan section on the left, a white vertical stripe in the center, and a dark brown section on the right. The tree's trunk and branches span across these sections. The title is printed in bold black text on the white stripe.

**Diagnostyka
i profilaktyka
w teorii
i praktyce
pedagogicznej**

pod redakcją Marii Deptuły



**Diagnostyka
i profilaktyka
w teorii
i praktyce
pedagogicznej**



Diagnostyka i profilaktyka w teorii i praktyce pedagogicznej

pod redakcją Marii Deptyły



Bydgoszcz 2006

Komitet Redakcyjny
Jan Grajewski (*przewodniczący*), Adam Boratyński,
Ryszard Gerlach, Henryk Kaźmierczak, Joanna Mianowska,
Dorota Skublicka (*sekretarz*)

Recenzent
Prof.dr hab. Jacek Piekarski

Projekt okładki
Artstudio
Grzegorz Klonowski

Redaktor
Grażyna Jarzyna

© Copyright by Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego,
Bydgoszcz 2006

ISBN 83-7096-606-3

Wydanie publikacji dofinansowane przez Państwową Agencję Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych

Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego
(Członek Polskiej Izby Książki)
ul. Powstańców Wielkopolskich 2, 85-090 Bydgoszcz
tel./ fax 052 322 52 74, c. 321 61 66
e-mail: wydaw@ukw.edu.pl www.wydawnictwo.ukw.edu.pl
skład: P.M. LOGO 052 340 18 52
Rozpowszechnianie tel. 052 340 09 42, tel. 052 360 87 16,
Druk: Dział Poligrafii UKW 052 341 20 45
Poz. 1133 Ark. wyd. 20

Spis treści

Wstęp 9

Część pierwsza

Diagnostyka

MARIUSZ CICHOSZ

Jednostka, rodzina i środowisko lokalne jako przedmiot badań pedagogiki społecznej – refleksja nad rozwojem dyscypliny 17

ALEKSANDRA KARASOWSKA

Zaburzenia zachowania uczniów jako dysfunkcyjna siła działająca w systemie społecznym szkoły 28

EWA WYSOCKA

Diagnoza zaburzeń zachowania i zaburzeń osobowości – dylematy i propozycje metodologiczne 51

EWA JAROSZ

Rozpoznawanie sytuacji psychospołecznej dziecka w rodzinie – założenia zintegrowanego modelu diagnozy 72

BLANKA POĆWIARDOWSKA

Diagnoza kompetencji wychowawczych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym 85

MIROŚŁAWA ŻMUDZKA

Wybrane aspekty diagnozy i profilaktyki niepowodzeń szkolnych 93

ANNA BORUCKA, KRZYSZTOF OSTASZEWSKI

Profilaktyka a obszary i zakres diagnozy w szkole 109

Część druga

Profilaktyka adresowana do całej populacji dzieci i młodzieży

KRZYSZTOF OSTASZEWSKI, KRZYSZTOF BOBROWSKI, ANNA BORUCKA, KATARZYNA KOCONI, KATARZYNA OKULICZ-KOZARYN, AGNIESZKA PISARSKA Rozpowszechnienie zachowań problemowych młodzieży. Badania mokotowskie	125
JOLANTA JARCZYŃSKA Percepcja postaw rodziców wobec spożywania alkoholu przez ich dzieci a intensywność picia wśród młodzieży gimnazjalnej	142
PIOTR KWIATKOWSKI Wybrane czynniki interweniujące w sekwencję ryzyka używania substancji psychoaktywnych	158
AGNIESZKA URBAŃSKA Działalność profilaktyczna w uczelni wyższej w opiniach studentów	177
MARIA DEPTUŁA Zmiany w zakresie kompetencji społecznej zachodzące u uczniów starszych klas szkoły podstawowej	189
MARTA KLESIŃSKA Samoocena uczniów klas IV-VI	208
KRZYSZTOF BOBROWSKI Zajęcie dla hobbystów – badanie odroczonego efektów programów profilaktycznych	221
ELŻBIETA TOMCZAK Zastosowanie Grupy Fokusowej do ewaluacji szkolnego programu profilaktyki	237
ELŻBIETA WIEWIÓRA Aspekty profilaktyczne w programie edukacyjnym „Moje konsumenckie ABC”	247
JOLANTA BORYSZEWSKA Praktyka profilaktyki – problemy i doświadczenia	256

Część trzecia**Profilaktyka adresowana do grup ryzyka**

ANNA MARZEC-TARASIŃSKA

Rodzina długotrwale bezrobotna jako rodzina dysfunkcyjna
– charakterystyka i formy pomocy 273

SUSANNE LORENZ

Edukacja uliczna wśród młodych ludzi w wieku 15–25 lat
w gminie Sion 291

CHRISTOPHE BOULÉ

Zgodność między oczekiwaniami odbiorców pomocy Akcji
Wychowawczej w Środowisku Otwartym AEMO
a spojrzeniem wychowawców AEMO na swoją działalność 317

MAGDALENA DRAGAN, BEATA OLEKSY

Ocena zapotrzebowania na działania profilaktyczne w programie
„Tak czy Nie” 329

WIOLETTA JUNIK

Destrukcyjne wzory przystosowania społecznego dzieci
z rodzin z problemem alkoholowym 338

AMELIA KRAWCZYK-BOCIAN

Proces tworzenia tożsamości u Dorosłych Dzieci Alkoholików 356

MAŁGORZATA ZABŁOCKA

Skuteczność autorskiego programu wspomagania rozwoju
psychospołecznego dzieci nieśmiałych 369

BEATA PITUŁA

Wpływ bajek terapeutycznych na sposoby radzenia sobie
z lękiem przez dzieci siedmioletnie 385

KATARZYNA SAWICKA

Ekologiczny kontekst socjoterapii 397

BOGNA FRĄSZCZAK

Psychologiczne problemy osób pomagających dzieciom
i młodzieży 410

O autorach 421

Wstęp

Trzecia praca z serii poświęconej problemom diagnostyki pedagogicznej i profilaktyki, której celem jest systematyzacja wiedzy, prezentacja nowych rozwiązań i wyników badań oraz doświadczeń praktycznych, składa się z trzech części. Część pierwsza poświęcona jest diagnostyce pedagogicznej, druga profilaktyce dotyczącej całej populacji dzieci i młodzieży, a trzecia profilaktyce adresowanej do grup ryzyka.

Część dotycząca diagnostyki otwiera przeglądowy artykuł ukazujący jednostkę, rodzinę i środowisko lokalne jako tradycyjny przedmiot badań pedagogiki społecznej.

W drugim artykule przedstawiono oryginalny przykład zastosowania systemowego podejścia do analizy zaburzeń w zachowaniu i zagrożeń rozwoju dziecka w środowisku szkolnym. Przeanalizowano procesy uruchamiane w szkole w wyniku zaburzonych zachowań dzieci i ich konsekwencje dla dziecka i dla placówki.

Trzeci artykuł w tej części poświęcony jest dylematom metodologicznym towarzyszącym diagnozie zaburzeń zachowania i zaburzeń osobowości. Zwrócono uwagę na wiele problemów związanych ze stawianiem diagnozy. Przedstawiono oryginalny model diagnozy zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania zawierający nie tylko diagnozę negatywną, przynoszącą odpowiedź na pytanie o istotę trudności i problemów jednostki, ale także diagnozę pozytywną zwracającą uwagę na zasoby dziecka i jego środowiska, na których można oprzeć program postępowania interwencyjnego. Tekst zwracający uwagę na to, jak wiele czynników decyduje o postawieniu rzetelnej diagnozy, jest ostrzeżeniem przed stawianiem diagnoz pochopnych i zachętą do unikania błędów dzięki pogłębianiu świadomości ich źródeł.

Wątek diagnozy pozytywnej podjęto także w kolejnym artykule, gdzie przedstawiono założenia zintegrowanego modelu diagnozy sytuacji psychospołecznej dziecka w rodzinie. Przyjęto i uzasadniono stano-

wisko, że model szans i zagrożeń rozwoju dziecka w rodzinie musi mieć charakter interdyscyplinarny, musi uwzględniać dynamikę rozwoju dziecka i opierać się na podejściu ekologicznym. Powinien on także obejmować rozpoznawanie potencjałów dziecka i jego warunków rodzinnych, umożliwiając postawienie diagnozy pozytywnej ujawniającej siłę jednostki i jej najbliższego środowiska. Zwrócono uwagę na to, że przydatność modelu w praktyce – dla stawiania diagnoz decyzyjnych i poznawczo-naukowych – zależy od precyzyjnego określenia, jakie kwestie powinny podlegać diagnozie w takich obszarach, jak: potrzeby rozwojowe dziecka, kompetencje rodziców do zaspokojenia potrzeb dziecka jakość opieki rodzicielskiej, społeczny kontekst funkcjonowania rodziny, oraz od odpowiedniego ich ustrukturywania.

Próba zmierzenia się z zadaniem rozpoznania różnych elementów składających się na kompetencje wychowawcze rodziców jest kolejny tekst przedstawiający cztery narzędzia, które pedagog może wykorzystać do diagnozowania warunków życia dziecka w rodzinie.

Dwa ostatnie artykuły w tej części poruszają kwestie z pogranicza diagnostyki pedagogicznej i profilaktyki. W jednym przedstawiono, co powinna obejmować diagnoza prowadzona w szkole z nastawieniem na zapobieganie niepowodzeniom szkolnym uczniów, i co może składać się na profilaktykę niepowodzeń szkolnych. W diagnozie zwrócono uwagę na osiągnięcia poznawcze, takie jak wiedza, umiejętności z różnych dziedzin oraz umiejętność uczenia się, a także na diagnozę czynników warunkujących uczenie się. W profilaktyce niepowodzeń szkolnych wyodrębniono dwa nurty: kształtowanie pozytywnego klimatu szkoły i kształtowanie kultury uczenia się.

Artykuł zamykający tę część poświęcono refleksji nad tym, jaka diagnoza powinna poprzedzać działania profilaktyczne w szkole.

Część druga dotycząca profilaktyki adresowanej do całej populacji dzieci i młodzieży została zdominowana przez sprawozdania z badań prowadzonych wśród uczniów szkół podstawowych, gimnazjów, uczniów szkół ponadgimnazjalnych i studentów.

Znajdują się tam najnowsze wyniki „badań mokotowskich” prowadzonych od ponad dwudziestu lat w odstępach czteroletnich wśród dużej populacji 15-latków. Są to jedyne badania pozwalające na ocenę występujących w Polsce trendów w zakresie używania substancji psychoaktywnych przez młodzież w tak długim czasie.

Kolejny artykuł dotyczy również gimnazjalistów. Na losowej próbie reprezentatywnej dla miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego zba-

dano, jak spostrzegane i pożądanе przez gimnazjalistów postawy rodziców (matek i ojców) wobec picia alkoholu przez ich dzieci różnicują intensywność picia alkoholu przez uczniów pierwszych, drugich i trzecich klas gimnazjalnych.

Następny artykuł przynosi odpowiedź na pytanie: *Czy istnieje i jak silne jest buforujące działanie wybranych czynników kontroli społecznej na ryzyko eksperymentów narkotykowych, wynikające z kulminacji rozmaitych czynników sprzyjających eksperymentowaniu z narkotykami, oraz czy działanie to przejawia się z podobną, czy też różną siłą u dziewcząt i u chłopców?* Badaniem objęto dużą próbę uczniów szkół ponadgimnazjalnych. Zmienną zależną było używanie marihuany, natomiast zmienne niezależne stanowiły zestawy czynników ryzyka i czynników ochronnych.

Problemowi zapotrzebowania na profilaktykę uzależnień wśród studentów poświęcony jest kolejny tekst w tej części. Przedstawiono w nim wyniki badań w jednej z uczelni bydgoskich będące efektem realizacji programu „Uczelnie Wolne od Uzależnień” a dotyczące opinii studentów na temat zjawiska używania substancji psychoaktywnych wśród studentów oraz form profilaktyki, które powinny być wprowadzone w uczelniach wyższych.

Dwa następne artykuły dotyczą ważnych czynników chroniących przed używaniem substancji psychoaktywnych – kompetencji społecznych i samooceny uczniów szkół podstawowych. W pierwszym z nich przedstawiono wyniki badań podłużnych, rozpoczętych gdy dzieci były w klasach III lub IV, i zakończonych gdy były uczniami klas V lub VI. Dotyczą one zmian zachodzących w zakresie pozycji zajmowanej na skali popularności w klasie szkolnej oraz zmian w zakresie spostrzegania przez rówieśników uczniów znajdujących się w danej kategorii popularności. Badania dotyczące samooceny – jej poziomu i stopnia adekwatności na wymiarze intelektualnym i społecznym u uczniów klas IV, V i VI – dostarczają wiedzy o tym, jak może pedagog badać te zmienne, oraz wstępnej wiedzy o charakterze tego czynnika chroniącego w tej grupie wiekowej.

Kolejne dwa teksty w tej części to sprawozdania z badań ewaluacyjnych szkolnych programów profilaktycznych. Pierwszy dotyczy badania odroczonego efektów dwóch programów wczesnej profilaktyki alkoholowej: Programu Domowych Detektywów oraz Programu Fantastyczne Możliwości przeznaczonych dla klas IV-VI szkoły podstawowej i stanowiących dopełniające się części. Są to programy nowatorskie w tym sensie, że nie ograniczają się jedynie do działań w szkole, lecz poprzez propozycje wykonywania wspólnie z dziećmi specjalnie przygo-

towanych zadań zawartych w materiałach dostarczanych do domów włączają rodziców do pracy profilaktycznej. Zawierają też wskaźniki pozwalające na kontrolowanie prawidłowości realizacji programu. Badanie odroczonego efektów oddziaływań (po roku od zakończenia całego programu) dostarcza optymistycznych danych dotyczących skuteczności tych programów.

Drugi artykuł jest sprawozdaniem praktyka z zastosowania Grupy Fokusowej do ewaluacji szkolnego programu profilaktyki. Za pomocą tej metody zbadano opinie nauczycieli wybranej szkoły na temat tego, czy szkolny program wychowawczy i profilaktyki ułatwia im pracę wychowawczą. Poznano opinie na temat cech przypisywanych przez nauczycieli skutecznym programom oraz cech skutecznego wychowawcy. Artykuł dostarcza także wiedzy o tym, jak przeprowadzić badanie taką metodą.

W kolejnym artykule podjęto problem skutecznej edukacji dzieci i młodzieży w zakresie racjonalnego odbioru przekazu reklamowego, zwracając uwagę na profilaktyczne aspekty programu *Moje Konsumentkie ABC*.

Część tę kończy krytyczna refleksja praktyka nad działalnością profilaktyczną w szkole oraz propozycja zmian, których celem jest zwiększanie skuteczności oddziaływań w tej dziedzinie.

Część trzecią poświęcono profilaktyce adresowanej do grup ryzyka. Poruszono w niej problem rodziny bezrobotnej, szczególnie charakteryzując zaburzenia w realizacji podstawowych funkcji przez rodziny długotrwale bezrobotne oraz proces narastania dysfunkcji w tych rodzinach.

Pomocy młodzieży i młodym dorosłym w trudnej sytuacji poświęcono kolejny artykuł prezentujący doświadczenia szwajcarskie związane z pracą edukatorów ulicznych.

Następny tekst jest prezentacją doświadczeń szwajcarskich w zastosowaniu systemowego podejścia do rodziny w praktyce. Celem omawianych działań jest powstrzymanie narastania procesu dysfunkcji i wspieranie rodziny w dokonywaniu konstruktywnych zmian w funkcjonowaniu rodziny i żyjących w niej osób.

Wyniki badań prezentowane w kolejnym artykule pokazują nam, jak duża jest grupa dzieci sygnalizujących potrzebę uzyskania pomocy w związku z problemami występującymi w ich rodzinach.

Kwestię specyficznych zaburzeń dzieci wychowujących się w rodzinie z problemem alkoholowym, polegających na tzw. przyjmowaniu

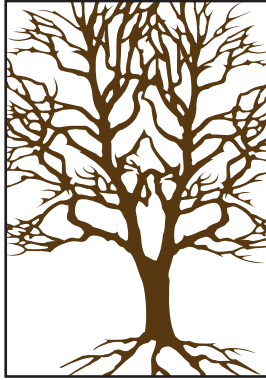
roli, podjęto w kolejnym artykule. Zaprezentowano zmiany zachodzące w zakresie zjawiska przyjmowania roli bohatera rodzinnego, kozła ofiarnego, maskotki i niewidzialnego dziecka przez dzieci znajdujące się pod opieką świetlic terapeutycznych w wyniku ośmiomiesięcznych oddziaływań. Punktem odniesienia są dzieci z rodzin z problemem alkoholowym nieobjęte taką opieką.

Problemowi tworzenia tożsamości u dorosłych dzieci alkoholików poświęcono następny artykuł. Dwa kolejne teksty są sprawozdaniami z badań nad skutecznością oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych adresowanych do grup ryzyka. W pierwszym przypadku taką grupą ryzyka są dzieci nieśmiałe z klas IV-VI, w drugim dzieci przeżywające nasilone lęki w klasie I.

Tę część zamyka refleksja nad psychologicznymi problemami osób pomagających dzieciom i młodzieży.

Naszą wspólną pracę przeczytał Pan prof. dr hab. Jacek Piekarski. Jego pozytywne opinie sprawiły nam wiele radości, a cenne uwagi krytyczne, za które wszyscy jesteśmy wdzięczni, pomogły nadać ostateczny kształt tej pracy. Oddajemy ją do rąk Czytelników z nadzieją, że teksty w niej zawarte staną się okazją do refleksji i dalszych własnych poszukiwań.

Maria Deptuła



część pierwsza

Diagnostyka

MARIUSZ CICHOSZ

Jednostka, rodzina i środowisko lokalne jako przedmiot badań pedagogiki społecznej – refleksje nad rozwojem dyscypliny

W celu zaprezentowania, w jaki sposób oraz w jakim zakresie jednostka, rodzina i środowisko lokalne były i są przedmiotem badań w pedagogice społecznej, należy na wstępie dokonać uściśleń terminologicznych, systemowych i chronologicznych.

Po pierwsze, prowadząc badania w obszarze pedagogiki społecznej, przyjmuje się tutaj perspektywę specyficznego kierunku poszukiwań, ukształtowanego na gruncie pedagogiki polskiej, a więc w określonych, swoistych warunkach społecznych, rozwijających się właśnie w Polsce.

Ten wąski, prawie że narodowy kontekst, może budzić zdziwienie, ale rzeczywiście, na badania w tej dyscyplinie miały (i mają) wpływ określone warunki społeczne, jakie panowały wówczas w Polsce – i ten poziom warunkowania jest nadal aktualny.

Po drugie, w związku z powyższym tokiem myślenia, ważne będzie diagnostyczne pokazanie, czy i na jakie etapy rozwoju tej dyscypliny możemy wskazać. Można bowiem przypuszczać, że z tymi etapami wiązały się specyficznie ukształtowane i podejmowane obszary badawcze i swoisty punkt widzenia odnoszący się do funkcjonowania jednostki, rodziny i środowisk lokalnych.

Po trzecie, należałoby prześledzić, jak prowadzone badania przekładały się na publikowane wówczas – na gruncie tej dyscypliny – prace.

Tabela 1. Rozwój pedagogiki społecznej (chronologia)

<p>Etap rozwoju pedagogiki społecznej:</p> <p><i>Etap pierwszy</i> Etap prekursorów i Heleny Radlińskiej (1905-1951)</p> <p><i>Etap drugi</i> Pedagogika społeczna w okresie PRL-u (1957-1989)</p> <p><i>Etap trzeci</i> Pedagogika społeczna po 1989/1990 – „młode pokolenie”</p>
--

Jeżeli można wyróżnić w rozwoju pedagogiki społecznej w Polsce trzy etapy (zgodnie zresztą z widocznymi tendencjami w tym względzie – gdy chodzi o prowadzone badania nad przeszłością dyscypliny, por. prace np.: I. Lepalczyk, 2003; W. Theissa, 1998, to mamy w tych trzech etapach do czynienia z trzema różnymi podejściami do problematyki jednostki, rodziny i środowiska lokalnego.

Powstaje więc pytanie, jak kształtowała się problematyka jednostki, rodziny i środowiska lokalnego na trzech wskazanych tu etapach rozwoju pedagogiki społecznej.

Okres prekursorów i Heleny Radlińskiej – od pracy oświatowej do pracy społecznej

Pierwszy okres, kiedy rodziła się pedagogika społeczna, to czas, kiedy żyła i działała Helena Radlińska, ale również mniej znane i zapomniane już postacie pedagogów polskich – prekursorów tej dyscypliny, takich jak: Anna Chmielewska, Irena Jurgielewiczowa, Zofia Gulińska czy Maria Korytowska.

W okresie tym pedagodzy społeczni zajmowali się jednostką, rodziną i w ogóle funkcjonowaniem środowisk – głównie w kontekście działań oświatowych, takich które miały budzić świadomość i tożsamość narodową. Nie chodziło jednak w tych pracach o wskazywanie płaszczyzn zagrożeń i braków w funkcjonowaniu jednostek i grup społecznych oraz rodzin, a bardziej o to, jak stymulować rozwój i życie

kulturalne. Pedagogika społeczna wiązała się więc wówczas nie tyle z problematyką pracy społecznej – dzisiaj powiedzielibyśmy pracy socjalnej – która stanowi jej dominujące nachylenie obecnie, ile z problematyką pracy oświatowej. Klasycznym przykładem takiego nachylenia badań prowadzonych w ówczesnej pedagogice społecznej mogą być prace Heleny Radlińskiej (wczesne prace), w których podejmowała ona często – wąsko rozumianą problematykę działań kulturalno-oświatowych, kierowanych do wszystkich kategorii osób. Były to np. prace o organizowaniu bibliotek, organizowaniu oświaty pozaszkolnej (Orsza, 1922; Orsza-Radlińska, 1925). Przy czym warto zaznaczyć, że ten typ pracy nazywano wówczas – choć tego pojęcia wtedy nie używano – pracą socjalną.

Do często przytaczanych wówczas prac – pisanych również na gruncie rodzącej się wówczas pedagogiki społecznej – można zaliczyć prace Eustachego Nowickiego, np.: *Oświata pozaszkolna i jej rola społeczno-wychowawcza we współczesnym życiu polskim* z 1923 roku oraz prace Stefanii Sempołowskiej, Jerzego Grodeckiego czy Jadwigi Dziubińskiej.

Takie nachylenie badań i te tendencje wyraźnie pokazuje książka z 1913 roku (książka, która zresztą w badaniach niektórych pedagogów społecznych jest uznawana za pierwsze syntetyczne ujęcie pedagogiki społecznej). Mowa tu o pracy zbiorowej zatytułowanej: *Praca oświatowa – jej zadania, metody, organizacja* (T. Bobrowski i in., 1918).

Problem wskazywanych i podejmowanych obszarów badawczych, a więc i tematyki prac realizowanych wówczas przez pedagogów społecznych, zmienia się już po odzyskaniu niepodległości, a przed II wojną światową.

Wówczas to w polu zainteresowań pedagogów społecznych pojawia się coraz wyraźniej problematyka nierówności społecznej, biedy, ubóstwa – a co za tym idzie (w związku z praktycznym charakterem pedagogiki społecznej) możliwości pomocy. Prace badawcze podejmowane wówczas przez pedagogów społecznych miały wyraźny diagnostyczny, praktyczny i prakseologiczny charakter. Chodziło w nich o poszukiwanie przyczyn tych zjawisk z jednoczesnym wskazywaniem i penetrowaniem określonych czynników środowiskowych, jako ich źródeł. Klasycznym przykładem takiej pracy – powstałej jeszcze przed wojną – pod redakcyjnym kierownictwem H. Radlińskiej, jest praca *Społeczne przyczyny powodzeń i niepowodzeń szkolnych* z 1937 roku.

Znane są również pisane w tych latach – przed wojną – w środowisku uczniów H. Radlińskiej, prace o charakterze diagnostycznym, jak

np. wspomnianej już Marii Korytowskiej pt. *Krzywda dziecka* z 1937 roku, czy też książka pt. *Dziecko wsi polskiej*, zredagowana przez M. Librachową, a wydana w Warszawie w 1934 roku.

Można by tu również wspomnieć pracę Czesława Wroczyńskiego z 1935 roku pt. *Opieka nad matką nieślubną i walka z porzucaniem niemowląt w Warszawie* albo prace badawcze E. Hryniewiczza, J. Ryngmanowej oraz J. Czarneckiej, które podejmowały problem zaniedbanych rodzin miejskich i wiejskich oraz sytuacji dziecka miejskiego i wiejskiego – często osieroconego.

Jak można się domyślić, problematyka ubóstwa, niewydolności rodzin, rodzin niepełnych pozostała aktualna również po II wojnie światowej. Efektem bowiem wydarzeń wojennych były właśnie takie zjawiska i one były poddawane badaniu. Jako przykład prac poświęconych tej problematyce, a powstałych w środowisku pedagogów społecznych, można podać dwie książki napisane bezpośrednio w środowisku naukowym pedagogów społecznych, a zwłaszcza Heleny Radlińskiej – z jej dużym redakcyjnym udziałem. Są to wydane zaraz po wojnie: *Sieroctwo – zasięg i wyrównywanie* (1946) oraz *Rodziny zastępcze Łodzi* (1948).

Gdyby dalej trzymać się przyjętej chronologii, to kolejne lata są początkiem pewnego zastoju w badaniach podejmowanych w pedagogice społecznej. Chodzi tu o lata 50. XX wieku, a więc lata szczególnie silnej indoktrynacji politycznej, kiedy to na drodze określonej (marksistowskiej) ofensywy ideologicznej budowano tak zwane socjalistyczne społeczeństwo wychowujące – z założenia wolne od problemów socjalno-opiekuńczych w życiu społecznym. Powstawanie i prowadzenie badań w tym okresie było utrudnione również z powodów organizacyjnych i instytucjonalnych, gdyż efektem wspomnianej tu polityki władz była również likwidacja większości nauk społecznych, w tym jednostek badawczych – instytutów, katedr, zakładów.

Ciekawym i charakterystycznym zobrazowaniem tej sytuacji niech będzie wypowiedź Profesora J. Auleytnera, który, opisując ten czas z punktu widzenia rozwoju polityki społecznej, pisał: „W latach stalinowskich naukowe uprawianie polityki społecznej było faktycznie zakazane. W okresie socjalizmu realnego bardzo trudne stało się poszukiwanie nauki o polityce społecznej. Nazwa ta stała się przede wszystkim synonimem działalności ówczesnego państwa i wyrazem dążeń do utrwalenia istniejącego stanu rzeczy. Rządzący wyraźnie chcą podporządkować sobie naukę o działaniach socjalnych państwa [...]. W okresie socjalizmu realnego nie istniała ani wolność dla naukowej krytyki rzeczywis-

tości, ani wolność badań w naukach społecznych. Nie do wykonania (choć do pomyślenia) w tym czasie był raport o ubóstwie lub o innych drastycznych kwestiach społecznych” (Auleytner, 2000).

Okres PRL-u, funkcjonowanie środowisk wychowawczych – kształtowanie się modelu badań środowiskowych

Powyższa sytuacja zmieniała się na początku lat 60. XX wieku (i tu mowa o drugim okresie rozwoju pedagogiki społecznej), kiedy po określonych przemianach społeczno-politycznych – z jednej strony odejściu od ograniczeń okresu stalinowskiego (1953 śmierć Stalina i odwilż polityczna), z drugiej strony po ugruntowaniu idei socjalistycznego wychowania w naukach społecznych, powrócono do badań środowiskowych. Był to jednocześnie okres odradzania się polskiej pedagogiki społecznej w wymiarze instytucjonalnym oraz w wymiarze jej ideowego samookreślenia się (Cichosz, 2006).

Problematyka jednostki, rodzin i środowisk lokalnych podejmowana była wówczas głównie w kontekście funkcjonowania środowisk wychowawczych i w kontekście badania takich właśnie – środowiskowych uwarunkowań procesu wychowania. Możemy tu wymienić np. badania Heleny Izdebskiej między innymi na temat *Funkcjonowania rodziny a zadania opieki nad dzieckiem* (1967), czy również tej autorki *Przyczyny konfliktów w rodzinie* (1975), ale również prowadzone i publikowane w tym czasie badania Anny Przeclawskiej nad młodzieżą i jej uczestnictwem w kulturze: *Książka, młodzież i przeobrażenia kultury* (1967), oraz np. *Zróżnicowanie kulturalne młodzieży a problem wychowania* (1976).

Bardzo często zagadnieniem pozostającym w granicach wskazanych tu obszarów była problematyka organizowania i wykorzystywania czasu wolnego, podejmowana w badaniach T. Wujka: *Praca domowa i czynny wypoczynek ucznia* (1969), czy też problem opieki nad dzieckiem – szczególnie chodzi tu o prace Albina Kelma lub Mariana Balcerka np.: (Kelm, 1974; Balcerk, 1978).

Należy tu jednocześnie dodać, iż ówczesne prace i badania nad jednostką, rodziną – czy szerzej – środowiskiem lokalnym prowadzone były w ramach edukacji równoległej, edukacji permanentnej, kształcenia ustawicznego czy oświaty dorosłych. Za teren funkcjonowania

człowieka i podejmowania edukacji środowiskowej uznawano: rodzinę, szkołę, osiedle, zakład pracy, stowarzyszenia społeczne. Można powiedzieć, iż z ideologicznego punktu widzenia mieliśmy w tym czasie do czynienia z tak zwanym modelowaniem rzeczywistości społecznej, gdyż z jednej strony diagnozowano tu określone obszary, z drugiej zaś strony budowano (projektowano) ich pożądane (oczekiwane) modele (chodzi tu o funkcję pragmatyczną w pedagogice praktycznej).

Dobrym zobrazowaniem tych obszarów badawczych może być wydana w 1979 roku w środowisku pedagogów społecznych praca zbiorowa pt.: *Wychowanie i środowisko*.

Należy tu również dodać, iż w tych latach ugruntował się określony model diagnozy społecznej – właściwej dla badań podejmowanych w pedagogice społecznej (Cichosz, 2005). Można by tu wymienić np. pracę pod redakcją I. Lepalczyk i J. Badury zatytułowaną: *Elementy diagnostyki pedagogicznej* (1987).

Przełom lat dziewięćdziesiątych – „Młode pokolenie” – w kierunku opieki i pomocy społecznej

Trzeci okres kształtowania się specyficznych badań nad jednostką, rodziną i środowiskiem lokalnym związany był z trzecim etapem rozwoju pedagogiki społecznej. Momentem przełomowym, który wykreował nowe podejścia we wskazywanych obszarach badawczych, była zmiana społeczna, jaka nastąpiła w latach 80. i 90. XX wieku.

Zerwanie z ideą tak zwanego wychowania socjalistycznego było jednocześnie odejściem od specyficznie realizowanych badań nad środowiskiem wychowawczym w ramach całościowego systemu oddziaływań społeczno-edukacyjnych (Przeclawska, Theiss, 1995). Problematyką dominującą w pedagogice społecznej w latach 90. XX wieku i obecnie, w perspektywie funkcjonowania jednostek, rodzin i środowisk lokalnych, jest problematyka opieki i pomocy społecznej oraz edukacji dorosłych.

Można by tutaj wymienić pracę Józefy Brągiel: *Wychowanie w rodzinie niepełnej* (1990) czy pracę napisaną pod red. Zofii Brańki *Podmioty opieki i wychowania* (2002) i tej samej autorki pracę wcześniejszą, redagowaną wraz z Mirosławem Szymańskim pt.: *Agresja i przemoc we współczesnym świecie* (1998), a także pracę Danuty Marzec *Opieka nad dzieckiem w dobie przemian społecznych* (1999), jak również wiele prac

St. Kawuli, A. Janke. Coraz częściej podejmowane są zagadnienia pomocy społecznej i pracy socjalnej, np. w książkach: J. Brągiel i P. Sikory *Praca socjalna, wielość perspektyw, rodzina – multikulturowość – edukacja* (2004), E. Kanwicz i A. Olubińskiego, pt.: *Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku* (2003) oraz licznych pracach na ten temat powstałych w środowisku łódzkiej Katedry Pedagogiki Społecznej, szczególnie pod kierunkiem E. Marynowicz-Hetki.

Ostatecznie w ramach wskazanych tutaj, choć nie jedynych, obszarów badawczych związanych z określonymi działaniami podejmowanymi w środowisku życia człowieka (jednostki, rodzin) i realizowanymi w zakresie pracy opiekuńczej, pomocy społecznej, oświaty dorosłych, animacji społeczno-kulturalnej czy edukacji zdrowotnej, wyróżnić można następujące zagadnienia:

- funkcjonowanie instytucji wychowania pozaszkolnego, najczęściej opiekuńczych, pomocowych, takich jak np.: dom dziecka, dom pomocy społecznej, internat, świetlica,
- funkcjonowanie szkoły, realizowanie jej funkcji (przede wszystkim opiekuńczo-wychowawczej), pełnienie i uwarunkowanie roli ucznia/ /nauczyciela, funkcjonowanie grup rówieśniczych, współpraca z innymi instytucjami,
- funkcjonowanie (uwarunkowania społeczne) rodzin, w tym rodzin różnego typu, np. pełne/niepełne, rozłączone, zagrożone (bezrobocie), ich funkcjonowanie w kontekście innych instytucji, np. szkoły,
- patologie społeczne, problematyka przemocy, agresji, podkultur młodzieżowych,
- uczestnictwo w kulturze, czas wolny, rola mediów,
- różne wymiary pomocy społecznej, wsparcia, uwarunkowania funkcjonowania zawodu pracownika socjalnego¹.

Zakończenie

Podsumowując, można powiedzieć, iż problematyka jednostki, rodziny oraz środowiska lokalnego od początku istnienia pedagogiki społecznej

¹ Zestawienie powyższe zostało opracowane na podstawie analizy danych (chodziło o identyfikację przedmiotu i zakresu prowadzonych badań) zebranych z większości działających dziś w Polsce ośrodków akademickich, w których uprawiana była i jest pedagogika społeczna, por. Cichosz M. *Pedagogika społeczna w Polsce w latach 1945-2005*, (2006).

cznej leżała w centrum zainteresowań tej dyscypliny. To właśnie na tych płaszczyznach pedagodzy społeczni najczęściej identyfikowali i opisywali życie społeczne – z punktu widzenia uczestnictwa w nim człowieka. Opisując życie jednostek, rodzin oraz szerszych środowisk wychowawczych, pedagodzy społeczni dopracowali się również określonych metod i określonych sposobów diagnozowania życia społecznego.

Czy w tym względzie można wskazać na wyraźne prawidłowości lub chociaż wyraźne tendencje?

Niewątpliwie wydaje się to, iż w pierwszym okresie istnienia dyscypliny, kiedy chodziło o pobudzenie świadomości narodowej i w tym celu szerzenie dóbr kultury poprzez określone działania – pracę społeczną i oświatową, pedagodzy społeczni budowali pewne modele tych działań, które były skierowane na pobudzanie określonej aktywności społecznej i świadomego uczestnictwa w życiu społecznym. Problematyka diagnozy społecznej na tym etapie, choć nie tak istotna jak w kolejnych etapach, służyła właśnie tym celom, była więc w jakimś sensie ideowo zaangażowana. Sytuacja ta zmienia się wyraźnie przed i zaraz po drugiej wojnie światowej, kiedy to w obliczu określonych warunków życia społecznego – narastania wielu niekorzystnych zjawisk tego życia, pedagodzy społeczni podejmowali się ich zdiagnozowania, ich opisu. Wydaje się jednocześnie, iż był to okres wyraźnego kształtowania się i ugruntowywania przyjmowanego w tym względzie modelu badań empirycznych.

Model ten, już jako dominujący w polskiej pedagogice społecznej, przyjęty był i wszechstronnie kształtowany w drugim etapie rozwoju dyscypliny. Praktyczny i prakseologiczny charakter pedagogiki społecznej ukierunkował ten rozwój. Diagnozę zaś społeczną podejmowaną i realizowaną na jej gruncie wyraźnie wiązano z ideą całościowego systemu oświaty oraz pozaszkolnych oddziaływań edukacyjnych, i w tym kontekście funkcjonujących środowisk wychowawczych. Coraz wyraźniej więc podkreślany cel badań środowiskowych – prognozowanie, wiązano z tą właśnie ideą – budowy całościowych jednolitych oddziaływań edukacyjnych.

Po transformacji systemowej, jaka miała miejsce w Polsce w latach 90. ubiegłego wieku, a więc w trzecim etapie rozwoju pedagogiki społecznej, odchodząc od dotychczasowych rozwiązań ideowych, badania środowiskowe, w tym podejmowaną diagnozę znowu wyraźnie związano z problemami życia społecznego, głównie w kontekście pomocy i opieki społecznej.

Jednostka, rodzina i środowisko lokalne były więc, są i – jak się wydaje – nadal będą przedmiotem badań pedagogiki społecznej uprawianej w Polsce. Te obszary badawcze wiążą się bowiem strukturalnie z wypracowanym w niej jej paradygmatem. Czy jednak pedagogika społeczna daje nam specyficzny sposób patrzenia na jednostkę i relacje społeczne, w których jednostka ta pozostaje? Czy badania podejmowane przez pedagogów społecznych w tym względzie pozwalają nam lepiej zrozumieć społeczne uwikłania człowieka, a przede wszystkim, czy pozwalają nam lepiej i skuteczniej działać, tak by zmieniać świat człowieka i nieustannie czynić go lepszym?

Bibliografia

- Auleytner J. (2000), *Polityka społeczna. Teoria i organizacja*, Wyd. WSP TWP, Warszawa.
- Balcerek M. (1978), *Rozwój opieki nad dzieckiem w Polsce w latach 1918-1939*, Warszawa.
- Bobrowski T., Daszyńska-Golińska Z., Dziubińska J., Gargasa Z., Heilperna M., Kruszewska Z., Krzywicki L., Orsetti M., Orsza H., Posner St., Stępowski M., Szydłowski T., Weychert-Szymanowska Wł. (1913), *Praca oświatowa jej zadania, metody, organizacja*, Wyd. Michała Arcta w Warszawie, Kraków.
- Brańka Z., Szymański M. (red.), (1998), *Agresja i przemoc we współczesnym świecie*, t. II, Kraków.
- Brańka Z. (red.), (2002), *Podmioty opieki i wychowania*, Kraków.
- Brańkiel J. (1990), *Wychowanie w rodzinie niepełnej*, Opole.
- Brańkiel J., Sikora P. (2004), *Praca socjalna, wielość perspektyw, rodzina – multikulturowość – edukacja*, Opole.
- Cichosz M. (2006), *Pedagogika społeczna w Polsce w latach 1945-2005*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń.
- Cichosz M. (2005), *Diagnoza w pedagogice społecznej. Rozwój koncepcji na przykładzie poglądów wybranych autorów*, [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, (red.) M. Deptuła, Wyd. UKW, Bydgoszcz.
- Izdebska H. (1967), *Funkcjonowanie rodziny a zadania opieki nad dzieckiem*, PWN, Warszawa.
- Izdebska H. (1975), *Przyczyny konfliktów w rodzinie*, PWN Warszawa.
- Kelm A. (1974), *O opiece nad dzieckiem w rodzinie*, Warszawa.

- Korytowska M. (1937), *Krzywda dziecka*, Poznań.
- Lepalczyk I, Badura J. (red.), (1987), *Elementy diagnostyki pedagogicznej*, PWN, Warszawa.
- Lepalczyk I. (2003), *Wśród ludzi i książek*, Łódź.
- Librachowa M. (red), (1934), *Dziecko wsi polskiej*, Warszawa.
- Majewska A.(red.), (1948), *Rodziny zastępcze Łodzi*, Wyd. Polskiego Instytutu Służby Społecznej, Łódź.
- Marzec D. (1999), *Opieka nad dzieckiem w dobie przemian społecznych*, Wrocław.
- Olubiński A., Kartowicz E. (2003), *Działalność społeczna w pracy socjalnej na progu XXI wieku*, Toruń.
- Orsza H. (1922), *Jak prowadzić biblioteki wędrowne. Wskazówki i przykłady*, Towarzystwo Wydawnicze „Ignis”, Warszawa.
- Orsza-Radlińska H. (1925), *Studium pracy kulturalnej*, Wyd. NK, Warszawa.
- Passini B., Pilch T.(red.), (1979) *Wychowanie i środowisko*, WSiP, Warszawa.
- Przeławska A. (1967), *Książka, młodzież i przeobrażenia kultury*, PWN, Warszawa.
- Przeławska A. (1967), *Zróżnicowanie kulturalne młodzieży a problemy wychowania*, PWN, Warszawa.
- Przeławska A., Theiss W., (1995), *Pedagogika społeczna: nowe zadania i szanse*, „Forum Oświatowe”, nr 1-2.
- Radlińska H. (red.), (1937), *Społeczne przyczyny powodzeń i niepowodzeń szkolnych*, Warszawa.
- Radlińska H., Wojtyniak J. (1946), *Sieroctwo. Zasięg i wyrównywanie*, Łódź.
- Theiss W. (1988), *Ryszard Wroczyński 1909-1987*, „Przegląd Historyczno-Oświatowy”, nr 2 (121).
- Wujek T. (1969), *Praca domowa i czynny wypoczynek ucznia*, PWN Warszawa.

Individual, family and local surroundings as social pedagogy's research subject – reflections on the development of the branch

Summary. The development of social pedagogy can be divided into three periods: first – the precursors and Helena Radlińska, second – the PRL period and third – after year 1989, the period of the young generation. The periods mentioned here are the times of shaping the branch, creating its profile, when considering the idea and methodological peculiarity. As a result of this process, contemporary pedagogy seems to be most of all a practical branch. It describes the world of social relationships in which a human being is involved, and at the same time, creates model solutions mostly concerning an individual, a family and local surroundings as its main areas of interest.

ALEKSANDRA KARASOWSKA

Zaburzenia zachowania uczniów jako dysfunkcyjna siła działająca w systemie społecznym szkoły

Podstawą do napisania tego artykułu stały się moje wieloletnie doświadczenia w pełnieniu różnych ról zawodowych (terapeuty, szkoleniowca, konsultanta dla szkół, domów dziecka, nauczyciela akademickiego, osoby zarządzającej placówką opiekuńczo-wychowawczą). Analiza wielu przypadków pokazała mi, że zaburzenia zachowania dzieci, kształtujące się w rodzinie, były przenoszone na inne obszary środowiska, w które wchodziło dziecko (w szczególności środowiska szkolnego) i rozprzestrzeniały się, obejmując swoim zasięgiem coraz więcej osób: wychowawców, rówieśników, rodziców.

Zdarzały się jednak też przypadki, gdzie dysfunkcje zostały powstrzymane – środowisko działało korygująco na zaburzone zachowania dzieci. Konstruktywne działania wychowawców powodowały uruchomienie procesów prowadzących w kierunku rozwoju.

Zamierzam pokazać tu zaburzone zachowania jako dysfunkcyjne procesy, które rozpoczynają się w środowisku rodzinnym i są przenoszone do środowiska organizacji.

Można je obserwować na kilku poziomach:

- 1) Poziom intrapsychniczny – doświadczenie wewnętrzne dziecka (które przejawia zaburzenia zachowania), wychowawcy, innych dzieci;
- 2) Relacje pomiędzy osobami:
 - wychowawca-dziecko
 - dziecko-dziecko;
- 3) Procesy grupowe:
 - w środowisku rówieśniczym (klasa szkolna, grupa wychowawcza),

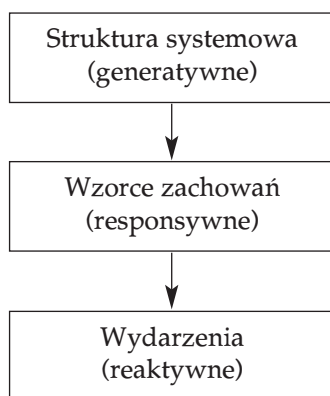
- w środowisku pracowniczym (zespół wychowawczy, rada pedagogiczna),
- w środowisku rodziców;

4) Organizacja jako całość.

W dalszym ciągu artykułu przedstawię, na czym polega wyjaśnianie złożonych sytuacji z zastosowaniem perspektywy systemowej i podejmę próbę przedstawienia przypadku jednego dziecka, pokazując, jak przebiegają procesy uruchomione przez zaburzone zachowanie dziecka w różnych obszarach systemu, w którym ono funkcjonuje. Następnie przedstawię charakterystykę zagrożeń rozwoju dziecka, powstających w wyniku wzmacniania występujących u niego zaburzeń przez środowisko szkolne. Prezentując szkołę jako system, skupiam uwagę na charakterystyce możliwych dysfunkcji w tej instytucji, by na końcu wskazać dwie możliwe drogi, którymi może podążać szkoła w odpowiedzi na zaburzenia zachowania występujące u dziecka.

Wyjaśnianie zaburzonego zachowania w perspektywie systemowej

Z perspektywy systemowej istnieje kilka poziomów wyjaśniania każdej złożonej sytuacji, co przedstawiono na poniższym diagramie.



Rycina 1. Poziomy wyjaśniania zdarzeń w systemie

Źródło: Senge (2004)

Na wszystkich tych poziomach można uzyskać prawdziwe informacje, ale ich użyteczność jest diametralnie różna. Łatwo to zauważyć, kiedy próbuje się wyjaśnić sytuacje związane z zaburzonymi zachowaniami dzieci. Najbardziej rozpowszechnione wśród wychowawców są wyjaśnienia „wydarzeniowe” – „co kto komu zrobił”. Przykładem takiego rozumowania może być następująca sytuacja:

Maciek podczas lekcji wstaje, podchodzi do kolegi i po chwili obaj chłopcy głośno się kłócą. Wychowawczynie pyta, co się stało, dzieci mówią, że Maciek zaczepia Marcina. Wychowawczynie każe Maćkowi przynieść dzienniczek ucznia i wpisuje do niego uwagę. Gdybyśmy zapytali ją, dlaczego to zrobiła, zapewne powiedziałyby – „zaczepiał kolegę, więc musiałam napisać mu uwagę”.

Zachowanie wychowawczynie było tu więc prostą reakcją na pojedyncze wydarzenie. Wychowawca, który rozumuje w tak uproszczony sposób, jest skazany na postawę reaktywną¹.

Na poziomie wzorców zachowań koncentrujemy się na widzeniu długofalowych procesów i ocenie ich konsekwencji. W opisanym wcześniej sytuacji byłoby to powiązanie pojedynczych przejawów złego zachowania Maćka w całość – dostrzeżenie wzorca zachowania, a także jego konsekwencji.

Wychowawczynie uświadamia sobie, że Maciek w ostatnim czasie jest rozdrażniony, pobudzony, nie potrafi usiedzieć podczas lekcji, nie może się skoncentrować, szuka zaczepki. Zauważa też skutki tego zachowania: Maciek w ten sposób zakłóca przebieg lekcji, utrudnia pracę innym dzieciom. Być może ta analiza doprowadziłaby ją do wniosku, że warto zrobić coś, co pomoże Jackowi opanować się, skoncentrować, i ograniczy wpływ jego zachowań na klasę: np. posadzić Maćka bliżej siebie, z daleka od innych dzieci i podchodzić do niego, wspierając go w pracy.

Jak widać, wyjaśnienia oparte na wzorcach zachowań umożliwiają wychowawcy przełamywanie krótkotrwałej reaktywności i bardziej racjonalne działanie.

Trzeci poziom wyjaśnień oparty na strukturach systemowych jest próbą wnikięcia w przyczyny, które warunkują taki wzorzec zachowania. Jest też wyjaśnieniem, jaką funkcję pełni ten wzorzec w procesach zachodzących w systemie.

¹ Pod tym określeniem rozumiem postawę osoby, której działanie jest zdeterminowane przez warunki zewnętrzne. W odróżnieniu – można mówić o postawie proaktywnej (Covey, 1996) osoby, która podejmuje decyzje, a więc wybiera sposób reagowania.

Gdyby wychowawczynie rozważała zachowanie Maćka na tym poziomie, musiałyby zapewne poświęcić na to znacznie więcej czasu – zebrać informacje o środowisku rodzinnym chłopca, o jego zachowaniu na innych lekcjach, relacjach z rówieśnikami, pozycji w klasie itp. Z pewnością nie mogłaby zrobić tego sama – na tym poziomie jest potrzebna współpraca różnych osób zaangażowanych w pracę z dzieckiem (pedagog, psycholog, inni nauczyciele). Efektem mogłoby być zrozumienie wzajemnych zależności pomiędzy procesami zachodzącymi w rodzinie dziecka i w środowisku szkolnym, co dałoby podstawę do opracowania skutecznej strategii.

Wyjaśnienia strukturalne są niezwykle ważne, ponieważ tylko one wskazują podstawowe przyczyny zachowania na poziomie, na którym te przyczyny mogą zostać zmienione (Senge, 2004).

W celu pokazania, w jaki sposób zaburzone zachowania dziecka stają się częścią procesów zachodzących w organizacji, posłużę się przypadkiem dziecka, stosując metodę analizy systemowej, która polega na:

- widzeniu wielokierunkowych wzajemnych relacji zamiast linearnych łańcuchów przyczynowo-skutkowych,
- widzeniu procesów zmian, a nie statycznych ujęć (Senge, 2004).

Analiza przypadku Jacka w perspektywie systemowej

Analiza wybranego przypadku obejmie opis zachowań, charakterystykę rodzinnych uwarunkowań zaburzeń zachowania, opis zaburzeń zachowania ujawniających się w szkole, prezentację mechanizmu wzmacniania zaburzeń zachowania przez wychowawcę i wpływ zaburzonych zachowań na relację dziecka z wychowawcą. Pokażę też, w jakiej pułapce znajduje się dziecko w wyniku nakładania się dysfunkcyjnych oddziaływań rodziców i wychowawców. Analizę przypadku kończy opis mechanizmu wzmacniania zaburzeń zachowania przez klasę szkolną.

Opis zachowań Jacka

Jacek jest uczniem czwartej klasy szkoły podstawowej, ma 10 lat, jest chłopcem drobnym i szczupłym, ale silnym i sprawnym fizycznie. Znają go wszyscy nauczyciele uczący w tej szkole, a także wielu uczniów i rodziców. Jego złe zachowania są tematem poruszonym przez nauczycieli na radach pedagogicznych, w rozmowach w pokoju

nauczycielskim czy szkolnych korytarzach, na zebraniach rodziców oraz w domach rodzinnych uczniów.

Oto przykłady niektórych zachowań chłopca:

- *Podczas lekcji, kiedy inne dzieci piszą coś w zeszytach, Jacek wstaje ze swojego miejsca. Podchodzi do kolegi, który siedzi kilka ławek dalej i zaczyna się z nim kłócić. Kiedy nauczycielka głośno zwraca mu uwagę, krzyczy do niej: „Odwal się głupia babo”;*
- *W świetlicy szkolnej gra z kolegą w grę planszową. Zaczyna przegrywać. W pewnej chwili zrywa się, krzyczy, że kolega oszukuje, zrzuca grę na podłogę, bije chłopca po głowie i obrzuca wyzwiskami. Kilkanaście minut później, próbuje tego samego chłopca namówić do wspólnej zabawy;*
- *Jacek jest bardzo sprawny fizycznie. W czasie gry w piłkę nożną inny chłopiec popełnia błąd i „puszcza piłkę”. Jacek krzyczy: „Ty debilu. Zawsze musisz wszystko spieprzyć!”;*
- *Trwa lekcja angielskiego. Jacek wykonuje ćwiczenie z gramatyki. Kiedy coś mu nie wychodzi, przerywa pracę i mówi, że nie będzie robił takich głupot;*
- *Podczas przerwy przebiega obok koleżanki z klasy. Potrąca ją, a kiedy dziewczynka próbuje coś powiedzieć, krzyczy: „Zamknij się ty dziwko!”;*
- *Podczas lekcji matematyki Jacek, który jest bardzo uzdolniony z tego przedmiotu, pierwszy rozwiązuje trudne zadanie. Na propozycję nauczyciela, żeby wytłumaczyć je klasie, mówi: „To pan jest tu od uczenia, a nie ja”.*

O zaburzeniu zachowania mówimy wówczas, gdy zachowanie staje się nieadekwatne do sytuacji, sztywne, szkodliwe dla podmiotu i otoczenia oraz towarzyszą mu przykre emocje (Strzemieczny, 1993). W świetle tej definicji przytoczone tu zachowania Jacka z pewnością można uznać za zaburzone.

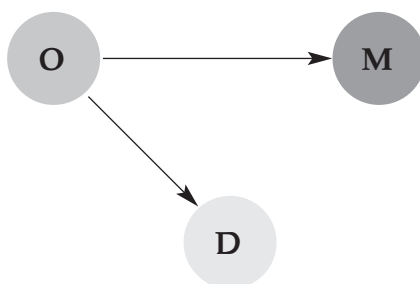
Rodzinne uwarunkowania zaburzeń zachowania

Jacek jest najstarszym dzieckiem w rodzinie. Ma młodszego brata, który jeszcze nie chodzi do szkoły. Chłopca wychowuje matka i jej drugi mąż. Jacek jest dzieckiem z poprzedniego związku. Jego ojciec był alkoholikiem, sprawcą przemocy wobec matki. Kobieta rozstała się z nim, kiedy Jacek miał 3 lata.

Rodzina, w której wychowuje się Jacek, jest rodziną dysfunkcyjną. Problemem, który niszczy życie tej rodziny i jednocześnie jest przez nią ukrywany, jest przemoc. Relacje przemocy w rodzinie ilustruje diagram.

Członkowie rodziny przyjmują sztywne role:

- ojczym – sprawca przemocy,

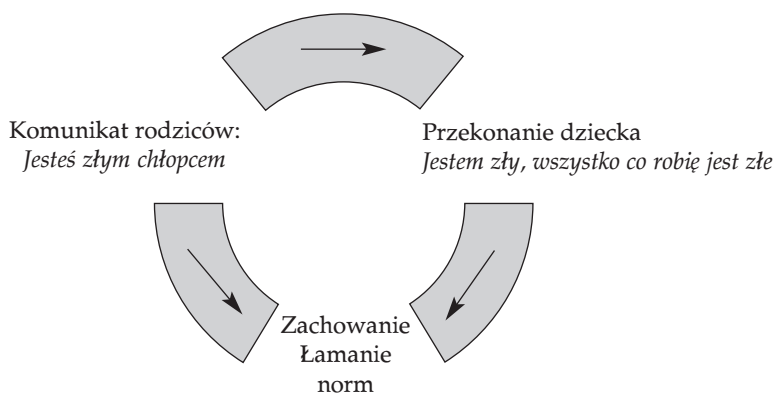


Rycina 2. Relacje przemocy w rodzinie Jacka

Źródło: opracowanie własne.

- matka – niemy świadek przemocy i ofiara,
- Jacek – kozioł ofiarny.

Doświadczenia związane z życiem w chorej rodzinie stały się dla Jacka źródłem urazów psychicznych i prowadziły do wykształcenia sztywnych schematów zachowania. Rodzina dała dziecku sygnał, jak ma się zachować, poprzez to, jak je traktowała – Jacek słyszał od ojczy-
ma: Jesteś zły, jesteś bękartem (dzieckiem gorszego rodzaju). Następnie, kiedy dziecko spełniało te oczekiwania, jego zachowanie zostało wzmocnione: *Wiedziałem, że jesteś chuliganem i nic dobrego z ciebie nie wyrośnie*. Działa tu tak zwany mechanizm „samospełniającego proroctwa”.



Rycina 3. Mechanizm powstawania roli „kozła ofiarnego” w rodzinie

Źródło: opracowanie własne.

Im więcej razy obróci się „błędne koło”:

- tym bardziej negatywne przekonania zapisują się w obrazie dziecka o sobie,
- tym częściej powtarza złe zachowanie, które przechodzi w nawyk,
- tym rzadziej próbuje innych, konstruktywnych zachowań.

Mówiąc obrazowo – wchodzi w swoją rolę. Można zauważyć, że rola, jaką przyjął Jacek w rodzinie, miała znaczenie przystosowawcze – odgrywając ją, chłopiec realizował misję, która polegała na:

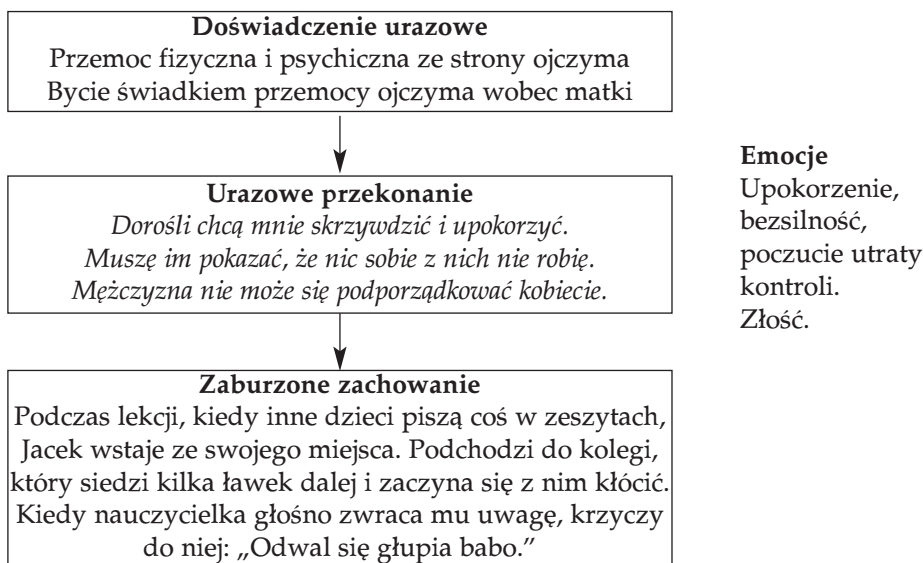
- przyjmowaniu na siebie agresji, ojczyma,
- ochranianiu matki i jej związku z ojczymem.

Zaburzenia zachowania ujawniające się w szkole

Wzorce zachowań dziecka, ukształtowane w środowisku rodzinnym, mogą być przenoszone na jego relacje w świecie zewnętrznym. Mają one charakter obronny – zgodnie z przekonaniem dziecka służą ochronie przed kolejnymi przykrymi przeżyciami (Sawicka, 1998). Jednak ponieważ są oparte na destrukcyjnej wizji świata (uwarunkowanej przeżytym urazem) – ich społeczne znaczenie jest na ogół negatywne. Dziecko patrzy na nową sytuację przez „pryzmat” tej, która wywołała uraz i przewidując kolejne zranienie, próbuje się przed nim obronić. Mogą się też pojawić emocje, które towarzyszyły pierwotnemu urazowi. Zachowanie dziecka staje się sztywne i nieadekwatne do sytuacji – można powiedzieć, że prezentuje ono pewien stały stereotyp reagowania.

Sytuacja, która rozegrała się podczas lekcji, pokazuje nam, w jaki sposób przeżyte w rodzinie urazy warunkują zachowanie Jacka.

Możemy się zastanawiać, co uruchomiło takie zachowanie Jacka. Prawdopodobnie był to jakiś element sytuacji, który przypominał mu pierwotny uraz: może polecenie nauczycielki „teraz macie siedzieć w ławkach i pisać” lub ton jej głosu, kiedy zwracała mu uwagę. Być może uraz uogólnił się na wszystkie sytuacje, w których dorosły, korzystając ze swojej przewagi (prawa do wydawania poleceń), próbuje kontrolować zachowanie chłopca. Może nawet sama obecność dorosłego (osoby starszej, silniejszej) przypomina Jackowi sytuacje, w których ojczym wykorzystywał swoją przewagę, żeby go upokorzyć, i kiedy brakło mu siły, aby się temu przeciwstawić. Znaczenie mógł mieć też fakt, że to kobieta zwracała mu uwagę, co mogło go szczególnie upokorzyć. Ciągłe odgrywanie urazu pełni pewną funkcję – dziecko próbuje odzyskać to, co pierwotnie utraciło – czyli poczucie kontroli nad sytuacją, może też szacunek do siebie, moc, która została mu wtedy odebrana.



Rycina 4. Mechanizm zaburzonego zachowania Jacka ujawniającego się w szkole

Źródło: opracowanie własne.

Wzmacnianie zaburzeń zachowania przez wychowawcę

Wyobraźmy sobie, że wychowawczynie poczuła się bardzo dotknięta słowami Jacka. W końcu obraził ją przy całej klasie. Mogła też się poczuć zagrożona w swojej pozycji nauczyciela – chłopiec odezwał się do niej per „ty” – skracając dystans, jaki normalnie dzieli dorosłego i dziecko. Zdenerwowana, z trudem panując nad sobą krzyknęła: „Ty smarkaczu! Jak śmiesz się tak do mnie odzywać! Natychmiast marsz do dyrektora!”.

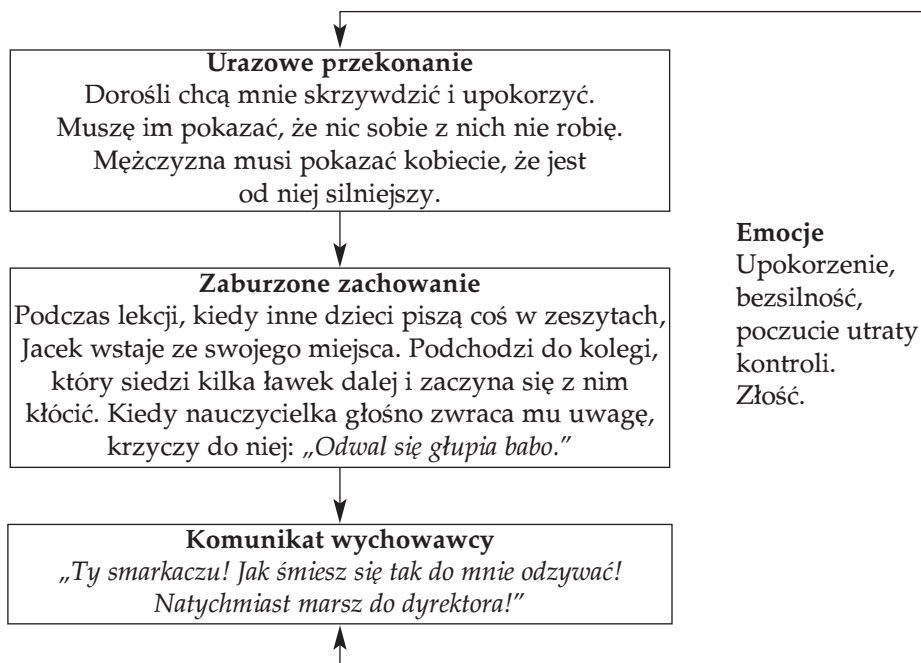
Spróbujmy się teraz zastanowić, jak taki komunikat wygłoszony przez wychowawczynie mógł zostać odebrany przez Jacka, który patrzy na sytuację przez pryzmat przekonań uwarunkowanych urazem:

- dorośli chcą mnie skrzywdzić i upokorzyć,
- muszę im pokazać, że nic sobie z nich nie robię,
- mężczyzna musi pokazać kobiecie, że jest od niej silniejszy.

Łatwo zauważyć, że słowa wychowawczynie doskonale „wpasowują” się w urazowe przekonania Jacka, potwierdzając je i wzmacniając! Możemy więc „wpisać” komunikat wychowawczynie w narysowany poniżej diagram.

Jak widzimy – błędne koło zamknęło się. Możemy wyobrazić sobie dalszy przebieg zdarzeń, czyli odpowiedź Jacka, zapewne postawionego w „stan najwyższego pogotowia” przez zachowanie nauczycielki, które uruchomiło jego przeżycia związane z urazami doznanymi w rodzinie. Można się tu spodziewać eskalacji agresji (kolejne wyzwiska) lub dramatycznej próby uzyskania przewagi: (*„sama sobie idź do dyrektora!”*).

Każdy „obrót koła” zwiększa poziom napięcia w relacji, a tym samym zagrożenie utraty kontroli nad sytuacją. Wiemy z życia, że takie wydarzenia często kończą się aferą: *„uczeń pobił nauczyciela...”* lub *„nauczyciel uderzył ucznia...”*.



Rycina 5. Wzmacnianie zaburzonego zachowania Jacka przez wychowawcę

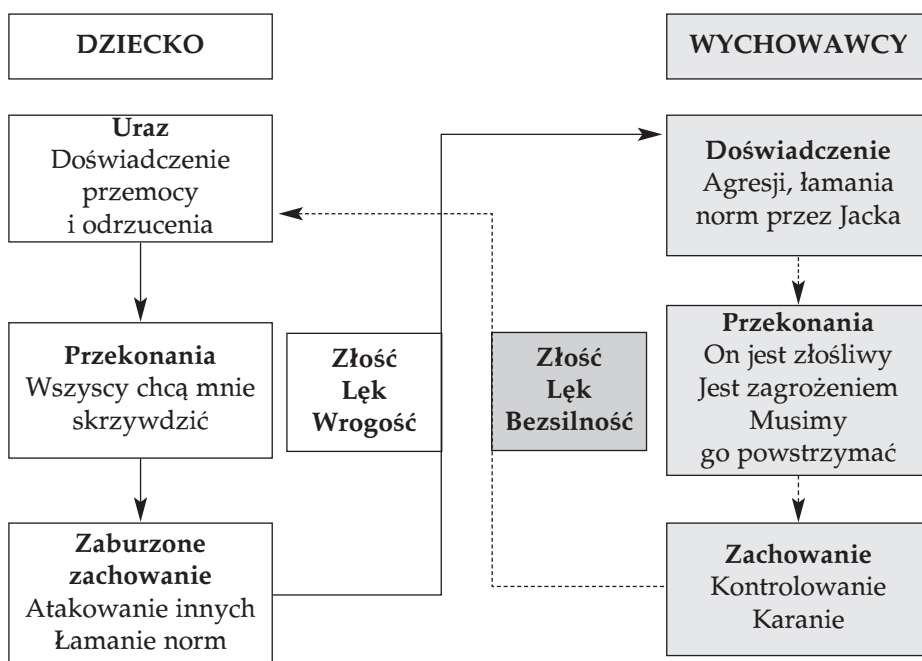
Źródło: opracowanie własne.

Wpływ zaburzonych zachowań na relację z wychowawcą

W świetle dotychczasowych rozważań możemy powiedzieć, że zaburzone zachowania dziecka mogą wywierać silny wpływ na relację wychowawczą:

- dziecko manifestujące zaburzone zachowanie nie jest świadome procesu, który przeżywa, i nie potrafi go kontrolować;
- wychowawca, który styka się z zaburzonym zachowaniem dziecka, może przeżywać silny stres, a także może nieświadomie swoją reakcją wzmocnić to zachowanie;
- zachowania dziecka i dysfunkcyjne reakcje wychowawcy mogą się na siebie nakładać wzmocniać wzajemnie (pętla sprzężenia zwrotnego wzmocniającego).

Ten proces często przybiera charakter gry, w którą uwikłany jest wychowawca i dziecko. W opisanym przypadku gra przyjęła formę pułapki kar.



Rycina 6. „Pułapka kar” – nakładanie się dysfunkcyjnych procesów w relacji wychowawczej

Źródło: opracowanie własne.

W tej grze wychowawcy pełnili rolę „krzywdzicieli”: poprzez złe zachowanie chłopiec wywoływał w nich uczucie złości, wtedy wycho-

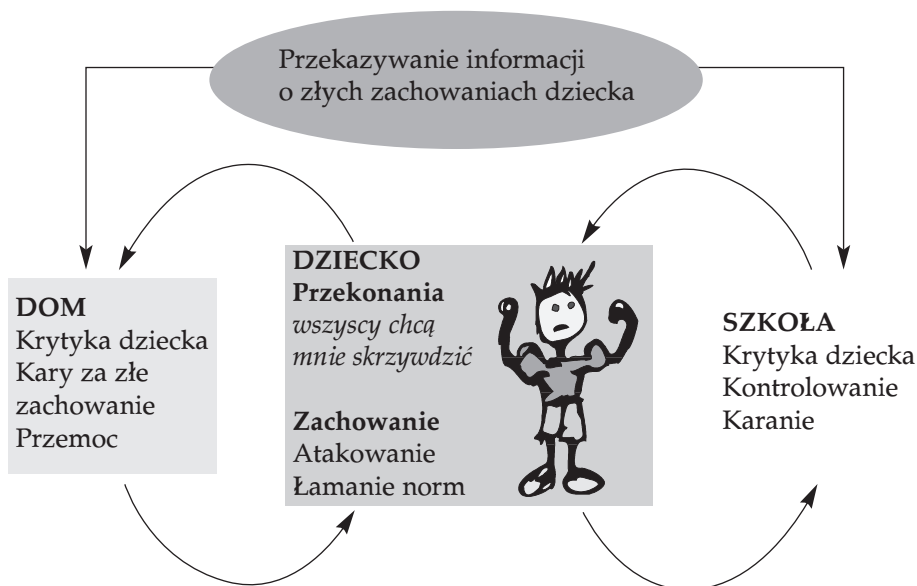
wawcy czuli, że: „muszą go ukarać”. Próbowali wszystkiego: krzyku *Przestań! Znowu chuliganisz!*, gróźb *Zobaczysz, będziesz miał obniżoną ocenę ze sprawowania*, wzywali matkę do szkoły, kontrolowali go podczas przerw. Kilka razy w tygodniu Jacek trafiał do gabinetu pedagoga, a często też dyrektora. W ramach kary za złe zachowanie nie pojechał na wycieczkę z klasą, stracił też prawo do uczestniczenia w treningach szkolnej drużyny piłki nożnej. Można powiedzieć, że wychowawcy zrobili wszystko, żeby powstrzymać Jacka. Włożyli w to dużo wysiłku: konsultowali się ze sobą, omawiali złe zachowanie chłopca i wymyślali kolejne kary. W końcu jednak poczuli się bezsilni – na Jacka już nic nie działało! Po którejś kolejnej aferze chłopiec rzucił nauczycielce w twarz: *I co mi pani zrobi? Obniży ocenę z zachowania?* Kiedy omawiałam z wychowawcami tę sytuację, zapytałam, co ich zdaniem jest przyczyną impasu. Odpowiedź była natychmiastowa – w szkole brakuje kar, dlatego nauczyciele są bezsilni, a uczniowie bezkarni. Spytałam, jakie w takim razie kary chcieliby zaproponować? Zapadło milczenie. Po chwili ktoś zażartował, że kiedyś wolno było dać po łapach... Zadałam kolejne pytanie: czy ich zdaniem, Jacka można by powstrzymać biciem? Większość osób stwierdziła, że nie. Zaczęło do nich docierać, że wpadli w pułapkę, wymyślanie kolejnych kar mogłoby już tylko prowadzić do coraz większego okrucieństwa wobec dziecka. Jednocześnie zobaczyli, że chłopiec nie ma nic do stracenia: miał najgorszą opinię w całej szkole, nieodpowiednie sprawowanie, został wykluczony ze szkolnej drużyny... Dlatego kary już nie robiły na nim żadnego wrażenia. Mało tego, zachowywał się tak, jakby się ich spodziewał, wkalkulował jako dopuszczalne ryzyko złego zachowania. Poprosiłam wychowawców, żeby się zastanowili, jak Jacek może ich spostrzegać. Doszli do wniosku, że w ostatnim czasie ich relacje polegały wyłącznie na karaniu, więc pewnie są dla niego „egzekutorami”, „strażnikami więziennymi”. To były mocne określenia, pokazywały, jak daleko wszyscy zapędzili się w tej grze i do czego ona prowadziła.

W opisanej sytuacji nałożyły się na siebie dwa procesy: dążenie dziecka do prowokowania agresji i dążenie wychowawców do kontroli zachowania dziecka, poprzez karanie. W pewnym momencie zaczęły się wzajemnie wzmacniać, doprowadzając do kryzysu.

Dziecko w pułapce

Przedstawiając na jednym diagramie procesy zachodzące w domu rodzinnym Jacka i szkole, łatwo możemy zauważyć, że dochodzi tu do

nakładania się i wzajemnego wzmocnienia dysfunkcyjnych oddziaływań na dziecko.



Rycina 7. „Dziecko w pułapce” – nakładanie się dysfunkcyjnych oddziaływań domu i szkoły

Źródło: opracowanie własne.

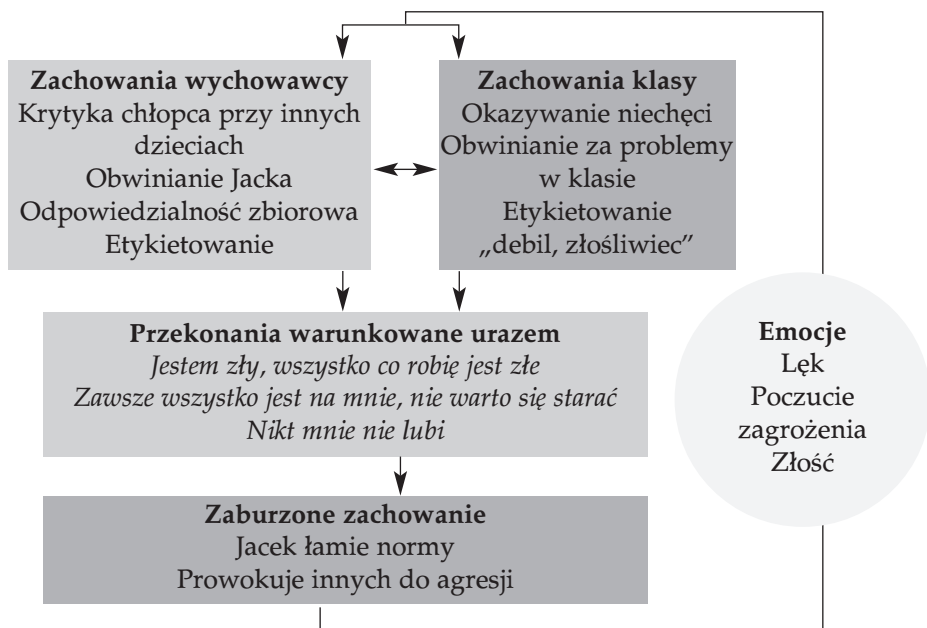
Rodzice i wychowawcy, „współpracując ze sobą”, tworzą tu koalicję, której celem jest „spacyfikowanie” Jacka. Tak więc dziecko zostaje poddane ogromnej presji i całkowicie pozbawione wsparcia. Taka sytuacja może mieć poważne konsekwencje dla dziecka i zwykle prowadzi do kryzysu.

Wzmacnianie zaburzonego zachowania przez klasę szkolną

Jackowi zależało na kontaktach z kolegami, jednak jego zachowanie bardzo utrudniało, a nawet wręcz uniemożliwiało budowanie dobrych relacji.

Chłopiec krytykował inne dzieci w chwilach, kiedy coś im się nie udało, w sytuacjach konfliktowych uciekał się do wyzwisk lub siły fizycznej, czasami atakował bez wyraźnej przyczyny, szczególnie dziewcz-

czynki. Swoim zachowaniem zakłócał przebieg lekcji. Dzieci widziały, jak dorośli złościли się na niego, grozili mu, wchodzili z nim w konfrontację, karali. Jednak Jacek nadal robił swoje, a działania dorosłych były nieskuteczne. Tak więc w oczach kolegów uchodziło mu to „na sucho”. Niektóre „wybryki” Jacka wzbudzały sensację i stawały się przedmiotem rozmów między dziećmi.



Rycina 8. Wzmacnianie zaburzonego zachowania Jacka przez grupę i wychowawcę

Źródło: opracowanie własne.

Nauczyciele, zirytowani zachowaniem chłopca i zamieszaniem, jakie powodowało, często stosowali „odpowiedzialność zbiorową” – *Macie dodatkowe zadanie, zawdzięczacie to Jackowi...* W efekcie chłopiec nie był lubiany w klasie. Część osób, szczególnie dziewczynki, starała się trzymać od niego z daleka. Większość okazywała mu jawną niechęć. Mówiono o nim „debil”, „złośliwiec”. Te etykiety pokazują jego pozycję w klasie – jako osoby niepożądanego, „czarnej owcy”. Dzieci chętnie

zrzucały na niego winę – w sytuacjach kiedy podczas lekcji było głośno i nauczyciel zapowiadał konsekwencje, zwykle padały słowa: *To przez Jacka, to on gada i zaczepia innych...* Był też jeden chłopiec, z diagnozą ADHD, który starał się zaprzyjaźnić z Jackiem. Jednak bardzo często dochodziło pomiędzy nimi do konfliktów, zwykle też wzmacniali się wzajemnie w złym zachowaniu.

Diagram pokazuje, w jaki sposób zachowania innych dzieci „wpasowały” się w schemat zaburzonego zachowania Jacka i wzmacniały jego urazowe przekonania. Jacek podjął w grupie rolę „czarnej owcy”, do której delegowała go też rodzina. Niestety, nauczyciele swoim zachowaniem przyczyniali się do umocnienia tej roli.

Podsumowując, możemy powiedzieć, że brak konstruktywnej ingerencji wychowawców w procesy zachodzące w grupie, w której są dzieci z zaburzeniami zachowania, może prowadzić do narastania dysfunkcji:

- przyjmowania przez dziecko (inne dzieci) dysfunkcyjnych ról w grupie,
- stygmatyzacji, wykluczania,
- wzrostu poziomu napięcia w grupie, agresji, przemocy,
- modelowania destrukcyjnych zachowań,
- wzmacniania destrukcyjnych norm i wartości.

Zagrożenia rozwoju dziecka w wyniku wzmacniania zaburzeń przez środowisko

Dotychczasowe rozważania pokazały nam, że proces, który rozpoczyna się od urazowych doświadczeń w rodzinie, może zataczać w życiu dziecka coraz szersze kręgi, powodując destrukcję na wszystkich poziomach rozwoju.

Zagrożenia w relacjach dziecka z otoczeniem:

- zaburzenia w relacjach z wychowawcami – zakłócenia procesu wychowania i edukacji,
- zaburzenia w relacjach dziecka z grupą rówieśniczą – przyjmowanie dysfunkcyjnych ról w grupie, stygmatyzacja, wykluczenie dziecka,
- obniżenie wymagań otoczenia w stosunku do dziecka,
- nieadekwatne wymagania dziecka w stosunku do otoczenia: roszczenia, wycofywanie się, brak nadziei na konstruktywne relacje.

Zagrożenia rozwoju osobowości:

1. Zagrożenia rozwoju tożsamości:

Dziecko buduje tożsamość na podstawie doświadczeń, jakie zdobywa w relacjach z otoczeniem. Informacje zwrotne od otoczenia w tym przypadku często są zniekształcone przez stereotyp społeczny – odzwierciedla ono cechy dziecka zgodne z tym stereotypem. Utrudnione jest też eksperymentowanie z przyjmowaniem ról. Wzorce pełnienia ról społecznych (rodzinnych, wychowawczych) dostarczane przez środowisko (rodzinne i pozarodzinne) są destrukcyjne. Wpływa to na tworzący się obraz własnej osoby, a także na formułowanie celów osobistych, wizję przyszłości. Dziecku zagraża niekorzystne rozstrzygnięcie kryzysu tożsamości, co może owocować rozproszeniem tożsamości lub przyjęciem tożsamości negatywnej (opartej na zaprzeczeniu wzorców obserwowanych w otoczeniu);

2. Zagrożenia rozwoju moralnego:

Rozwój moralny dziecka jest zagrożony, szczególnie jeżeli dochodzi do wzmocnienia zachowań niewłaściwych ze społecznego punktu widzenia. Wielokrotne przekraczanie granic i świadomość, że dorośli są bezradni, wywołuje w dziecku przekonanie o własnej bezkarności. Jednocześnie daje poczucie siły i panowania nad innymi. Dziecko może wtedy uznać takie zachowanie za opłacalne i nadać mu wartość. Zagrożenie polega tu na uwewnętrznieniu nieprawidłowych społecznie norm i wartości. Zanim do tego dojdzie, dziecko często przeżywa konflikt wewnętrzny: jest świadome, że czyni źle, ale nie potrafi tego zmienić. Tak było w przypadku Jacka, który bał się własnych reakcji i ich skutków. Jednak jeżeli nikt mu nie pomoże, nie przerwie „błędnego koła”, za jakiś czas być może odkryje, że dorosłymi łatwo jest manipulować. Może będzie świadomie prowokował nauczycieli, aby ich zdenerwować czy upokorzyć na forum klasy i czerpać z tego satysfakcję lub uznanie kolegów. Tak więc wzmacnianie przez środowisko zaburzeń zachowania, uwarunkowanych pierwotnie urazem psychicznym, może prowadzić w kierunku demoralizacji.

Zagrożenia rozwoju poznawczego

W wyniku nakładania się na siebie skutków urazów psychicznych zakłóceniu mogą ulec wszystkie procesy poznawcze – uwagi, pamięci, uczenia się (tak było w przypadku Jacka). Dziecko tworzy zniekształconą, nieadekwatną wizję rzeczywistości. Szanse edukacyjne dziecka mogą być poważnie zmniejszone.

Zagrożenia w obszarze zachowań

Powtarzanie cykli zaburzonych zachowań powoduje wyuczenie się niefunkcyjnych lub destrukcyjnych zachowań (jednocześnie dziecko nie uczy się innych sposobów reagowania, a więc jego repertuar zachowań jest bardzo zawężony). W efekcie zachowanie dziecka staje się coraz bardziej stereotypowe i nieadekwatne do sytuacji.

Wobec tak poważnych skutków powstaje pytanie o odpowiedzialność szkoły jako instytucji wychowawczej i edukacyjnej w postępowaniu z dziećmi przejawiającymi zaburzenia zachowania.

Procesy uruchamiane w systemie społecznym szkoły w wyniku zaburzeń zachowania dzieci

Szkoła jest złożonym systemem społecznym, w którym zachodzi ogromna ilość interakcji pomiędzy jego członkami, wykonującymi różne role i zadania. System dąży do utrzymania homeostazy, poprzez stale zachodzące w nim procesy zmiany i równoważenia. Mogą one mieć charakter funkcjonalny lub dysfunkcyjny (Bańka, 2002).

Zaburzone zachowania wychowanków (sztywne, nieadekwatne do sytuacji, szkodliwe) można uznać za siłę, która działa w systemie społecznym organizacji, i która ma charakter dysfunkcyjny. Problemy, jakie są powodowane przez zaburzone zachowania, stanowią obciążenie (brzemie) dla systemu i mogą ujawniać wszelkie jego niedostatki (obszary dysfunkcji). Procesy, które zostają uruchomione w wyniku zaburzonych zachowań dzieci, mogą mieć dwojaki charakter:

1. Funkcjonalny

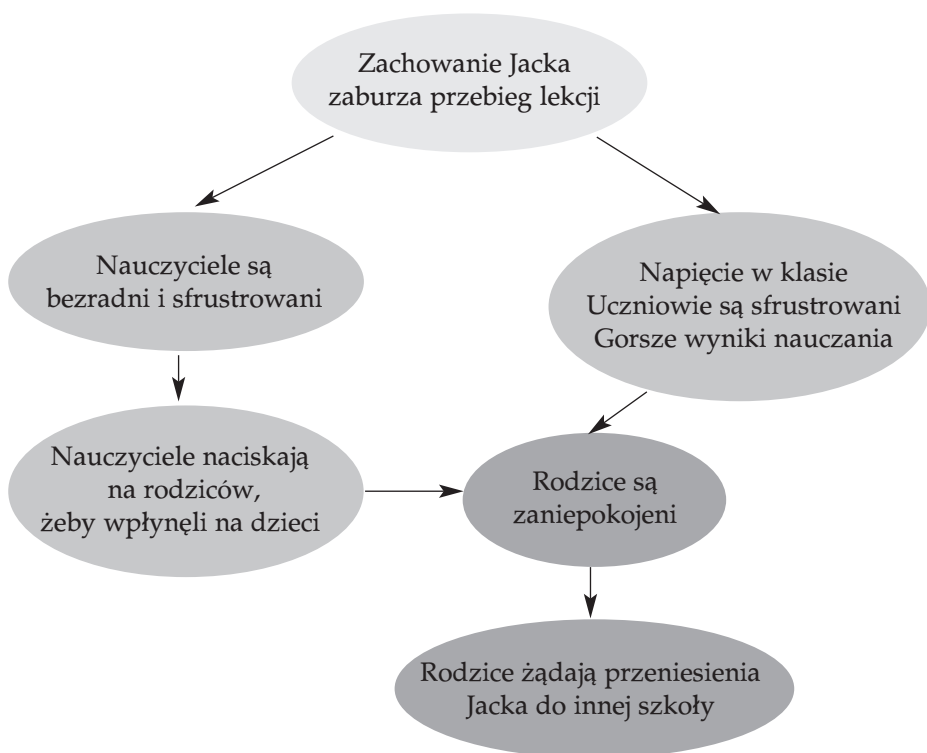
Obciążenie może zostać przyjęte jako wyzwanie – organizacja podejmuje problemy i rozwiązuje je. Zostają uruchomione procesy konstruktywnych zmian, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju poszczególnych osób i organizacji jako całości. Proces ten prowadzi też do korygowania zaburzonych zachowań dzieci.

2. Dysfunkcyjny

– System może dążyć do odrzucenia obciążenia, opierać się przed zmianą – zostają uruchomione dysfunkcyjne procesy równoważenia („prze-rzucanie brzożenia odpowiedzialności” (Senge, 2004) na osoby wewnątrz systemu lub poza system) – konsekwencją jest stagnacja i wyczerpanie zasobów;

– Nerozwiazane problemy narastają – działa tu mechanizm sprzężenia zwrotnego, wzmacniającego dysfunkcje. Proces ten prowadzi do destrukcji organizacji i psychologicznych kosztów ponoszonych przez osoby, a także do wzmacniania zaburzeń zachowania dzieci.

Przypadek Jacka pokazuje poważne zakłócenia w funkcjonowaniu środowiska szkolnego.

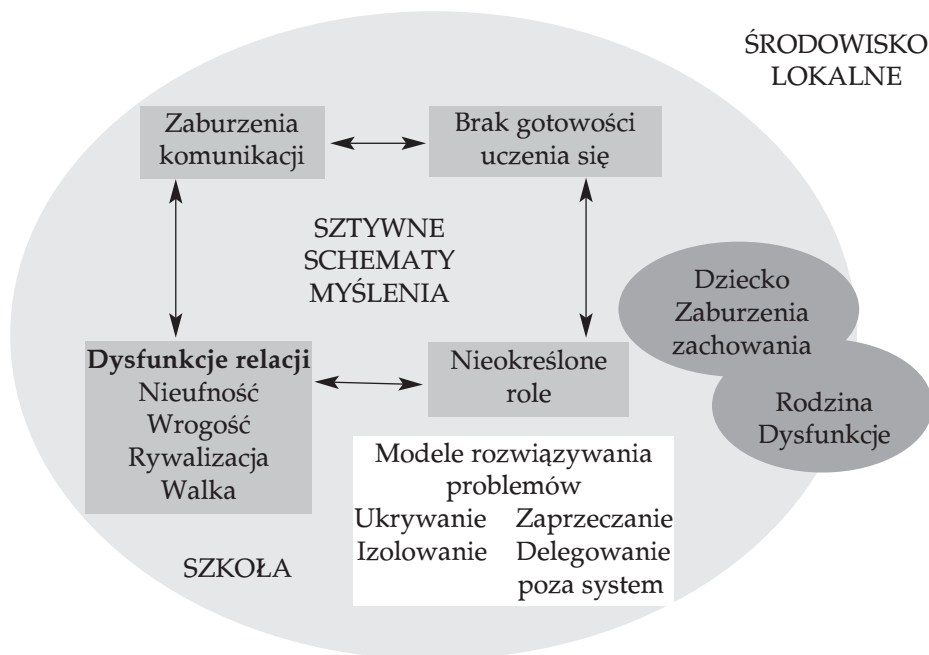


Rycina 9. Negatywne konsekwencje wywołane przez zaburzone zachowanie dziecka w różnych obszarach środowiska szkolnego

Źródło: opracowanie własne.

Jak widzimy, bezradność szkoły wobec problemów wywołanych przez zaburzone zachowania dziecka spowodowała narastające negatywne konsekwencje we wszystkich obszarach środowiska szkolnego.

Charakterystyka dysfunkcji systemu społecznego szkoły



Rycina 10. Dysfunkcje systemu społecznego szkoły

Źródło: opracowanie własne.

Rysunek odzwierciedla wzajemną zależność aspektów systemu społecznego szkoły, w którym przejawiają się dysfunkcje. Oczywiście nie jest to model żadnej konkretnej organizacji. Sądzę, że nie mogłaby istnieć instytucja, w której wszystkie procesy miałyby charakter dysfunkcyjny.

Zaburzona komunikacja:

- ukrywanie informacji,
- ukrywanie uczuć, potrzeb, oczekiwań.

Komunikacja jest tu podporządkowana regule:

- „Nie mów!” (szczególnie o tym, co jest trudne).

Relacje pomiędzy osobami:

- nieufność,
- wrogość, podważanie kompetencji, poszukiwanie winnych,

- rywalizacja,
- walka.

Relacje są podporządkowane regule:

- „Nie ufaj!”

Sposób pełnienia ról:

- niejasna odpowiedzialność i podział zadań,
- przerzucanie odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów na inne osoby.

Sposób pełnienia ról jest podporządkowany regule:

- „Nie zmieniaj!” „Nie wychylaj się!”

Szczególnie istotny dla rozwijania się dysfunkcji w organizacji może być sposób pełnienia roli przez dyrektora: brak wsparcia dla pracowników, brak inicjatywy w kierunku rozwiązywania problemów, modelowanie niewłaściwych zachowań np. delegowanie problemów, poszukiwanie winnych, bierność, brak otwartości i podobne.

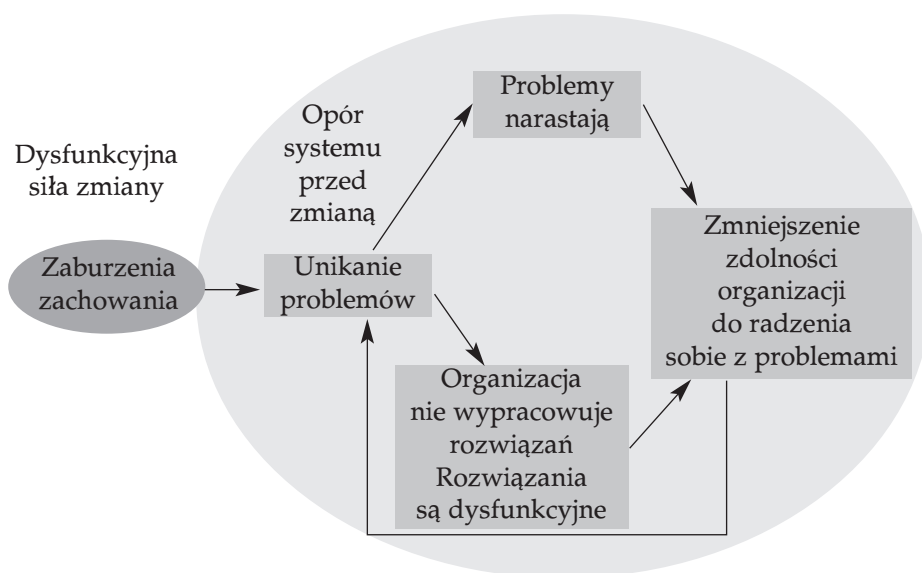
Strategie rozwiązywania problemów:

1. Ukrywanie problemów – może to robić zarówno wychowawca czy nauczyciel (ukrywa problemy w swojej klasie), jak i dyrektor (ukrywa problemy placówki przed otoczeniem zewnętrznym). Stosowaniu tej strategii sprzyja patologia szerszego systemu, który może wywierać naciski na dyrektora w kierunku udowodnienia, że w placówce nie ma problemów.
2. Zaprzeczanie problemom, minimalizowanie ich – reakcja następuje dopiero w sytuacji kryzysowej, kiedy już się nie da udawać, że „nic się nie dzieje”.
3. Izolowanie problemu – polega na umieszczeniu problemu w jednej (często peryferycznej) części systemu. Strategia opiera się na założeniu, że jeżeli problemu nie da się rozwiązać, można go „odizolować”. Prowadzi to do tworzenia „getta” na terenie placówki – na przykład tzw. „specjalnej klasy”, w której zostali zebrani najgorsi uczniowie.
4. Delegowanie problemu – „wrzucanie problemu na podwórko innej osoby”.
5. Personalizacja problemu. Strategia ta polega na przypisaniu problemu osobie (lub grupie osób) – „on jest problemem”. Konsekwencją jest zwiększenie nacisku na dziecko. Problem zaburzonego zachowania nie zostaje nawet nazwany, a więc nie jest rozwiązywany.
6. Delegowanie problemu poza system. Proces „przerzucania” problemu na kolejne osoby prowadzi w końcu do wydelegowania go poza system – wraz z dzieckiem, któremu został on przypisany. Tak było

w przypadku Jacka, w pewnym momencie, kiedy już wszyscy uświadomili sobie, że są bezradni – pojawiło się dążenie do pozbycia się chłopca ze szkoły.

Stagnacja i wyczerpanie zasobów jako konsekwencja dysfunkcji

Konfrontacja z zaburzonymi zachowaniami dzieci rodzi w pracownikach instytucji lęk i bezradność. Jeżeli próbują poradzić sobie z tym stanem, uciekając od problemów, w organizacji zostaje zablokowany proces uczenia się na własnych doświadczeniach (wypracowywania konstruktywnych strategii). Dochodzi do powtarzania tych samych błędów, powielania działań nieskutecznych i prowadzących do destrukcji (np. karania dziecka). Bez względu na to, ile takich sytuacji się zdarzy – nie zostają wypracowane konstruktywne rozwiązania, a więc nie następuje wzrost kompetencji. Proces ten ma charakter sprzężenia zwrotnego – im bardziej organizacja „ucieka” od problemów, tym bardziej jest bezradna wobec nich, a w konsekwencji skłonna do zachowań obronnych. Mamy tu do czynienia z sytuacją stagnacji, braku rozwoju, która prowadzi do wyczerpania zasobów.



Rycina 11. Stagnacja i wyczerpanie zasobów organizacji jako konsekwencja oporu przed zmianą

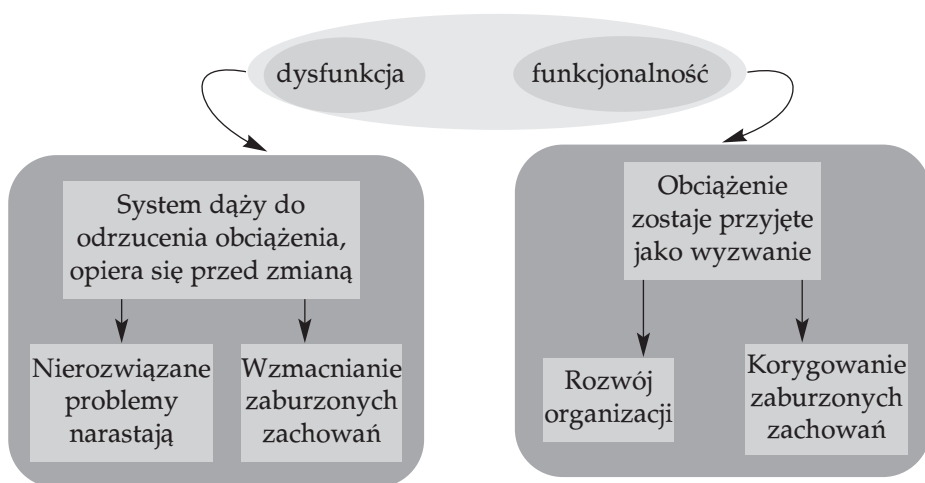
Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie – drogi, którymi może podążać szkoła w odpowiedzi na zaburzenia zachowania występujące u dziecka

Rozwiązywanie problemów związanych z zaburzonymi zachowaniami wychowanków jest istotne nie tylko z punktu widzenia tych dzieci, ich dalszego rozwoju, ale także z punktu widzenia szkoły. Nie znam danych statystycznych, jednak z relacji osób zarządzających placówkami, wychowawców, a także informacji z poradni psychologiczno-pedagogicznych wynika, że liczba takich dzieci może wzrastać, co stwarza coraz większe wyzwania. Wychowawcy twierdzili, że zwykle jest to od 10% do 30% uczniów, którzy jednak pochłaniają od 50% do 70% ich energii. Są też placówki położone w dzielnicach o nasilonej patologii społecznej, gdzie liczba takich dzieci może być znacznie wyższa.

Dla każdej konkretnej szkoły istnieją dwie możliwe drogi:

- rozwiązywanie tych problemów, co może uruchomić konstruktywne zmiany i prowadzić do rozwoju organizacji, a także korygowania zaburzonych zachowań;
- ucieczka od problemów, której konsekwencją jest rozprzestrzenianie się dysfunkcji nie tylko w organizacji, ale także w szerszym środowisku.



Rycina 12. Wzorce reagowania szkoły na zaburzone zachowania uczniów

Źródło: opracowanie własne.

Patrząc z perspektywy środowiska lokalnego, można zauważyć zjawisko „przerzucania brzemienia odpowiedzialności” (Senge, 2004) za korygowanie zaburzeń zachowania dzieci z podstawowych środowisk wychowawczych (rodziny i szkoły), na świetlice socjoterapeutyczne czy inne specjalnie zorganizowane miejsca pomocy. Proces ten może prowadzić do:

- a) osłabienia zdolności rodziny i szkoły do rozwiązywania tych problemów – uzależnienie od interwencji zewnętrznej,
- b) narastania dysfunkcji w rodzinie, szkole – co prowadzi do wzmacniania i generowania zaburzeń u dzieci,
- c) sukcesywnego wyczerpywania zasobów świetlic i innych miejsc pomocy:
 - może to spowodować obniżenie jakości pomocy i zmniejszenie jej dostępności,
 - stwarza konieczność stałego zwiększania nakładów na tworzenie i funkcjonowanie miejsc pomocy.

Zebrane przez mnie przypadki pokazują, że szkoły mogą działać korygująco na zaburzenia dzieci. Nie musi to jednak oznaczać prowadzenia przez nie specjalnych działań terapeutycznych, co często nie jest możliwe. Procesy zaburzeń przejawiają się w relacjach zachodzących w organizacji, a więc mogą być korygowane w ramach zadań realizowanych przez jej członków w ich codziennej praktyce. Niestety, w ramach tego opracowania nie jest możliwe rozwinięcie tego wątku. Prezentacja możliwych konstruktywnych rozwiązań znajduje się w przygotowywanym przeze mnie do druku poradniku pt. *Profilaktyka na co dzień. Jak wychowywać i uczyć dzieci z zaburzeniami zachowania?*

Szkoły potrzebują wsparcia w podjęciu tego wyzwania. Nie powinno ono polegać na „przejmowaniu brzemienia” przez inne instytucje (w szczególności specjalistyczne) działające w lokalnym środowisku, ale na zapewnieniu pomocy merytorycznej (szkolenia, konsultacje, superwizje) oraz współpracy w realizacji zadań związanych z pomocą dzieciom i ich rodzinom. Jednocześnie konieczne jest uruchamianie procesu zespołowego uczenia się w tych placówkach, co może prowadzić do ich przekształcania w organizacje uczące się.

Bibliografia

- Bańka A. (2002), *Psychologia organizacji*, [w:] *Psychologia, podręcznik akademicki*, (red.) J. Strelau, GWP, Gdańsk.

- Covey S.R. (1996), *7 nawyków skutecznego działania*, Medium, Warszawa.
- Sawicka K. (1999), *Socjoterapia*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, Warszawa.
- Senge P.M. (2004), *Piąta dyscyplina. Teoria i praktyka organizacji uczących się*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Strzemieczny J. (1993), *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*, PTP, Warszawa.

The dysfunctional impact of behavioral disturbances among students on the school social system

Summary. The article explores the role of students' disturbed behaviour in disabling the school social system. Although rooted in family environment, these rigid, inadequate and destructive acts may also trigger two different types of processes in the system:

- functional – the school system handles the problem and helps to correct disturbed behaviour,
- dysfunctional – the system resists to change and deny the problem. As a result, behavioral disturbances and deconstruction of the the system arise.

The phenomenon of „dispersion of responsibility” can be noticed from the local environment standpoint. Family and school as basic upbringing units have difficulties with handling the problem themselves and tend to rely on institutional help instead. It may contribute to the following results:

- problem solving capacities of the family or school system become impoverished and external intervention becomes necessary to maintain the balance (an extensive dependency on external solutions),
- children disturbances and dysfunction of the system is stimulated and reinforced,
- resources of the institutional help centres become gradually depleted.

EWA WYSOCKA

Diagnoza zaburzeń zachowania i zaburzeń osobowości – dylematy i propozycje metodologiczne

Ludzkość posiada swą ciemną stronę, zaś jej istnienie nie powinno budzić zdziwienia tych, którzy myślą o sobie, jako o ludziach dobrych

I.R. Simon, 1996

Diagnoza postrzegana jest w naukach społecznych mniej lub bardziej bezpośrednio jako warunek racjonalnego, a więc skutecznego oddziaływania. Znajduje bowiem zastosowanie w wielu dziedzinach życia społecznego: a) w działalności wychowawczej, reedukacyjnej, terapeutycznej, profilaktycznej i resocjalizacyjnej, b) w poradnictwie psychopedagogicznym i doradztwie, c) w działalności organizatorskiej i animacyjnej (animacja społeczno-kulturalna). Stanowi przy tym w praktyce psychopedagogicznej niezbędną podstawę podejmowania decyzji o charakterze, ukierunkowaniu, formach i środkach oraz warunkach działania na rzecz jednostek i środowiska, a także podejmowania decyzji dotyczących sposobu działania wobec zjawisk i procesów niekorzystnych z punktu widzenia rozwoju jednostki i jej otoczenia (diagnoza decyzyjna).

Jak twierdzi A. Janowski (1975), diagnoza w działalności wychowawczej i wspomagającej możliwość osiągnięcia potencjałów rozwojowych jednostki jest ulokowana na kontinuum rozciągającym się na dwu biegunach wymiaru – od spostrzeżenia dysfunkcji do oddziaływania interwencyjno-korygującego, co tworzy następującą sekwencję:

a) zaobserwowanie dysfunkcji w określonym obszarze,

- b) opis i wyjaśnienie istoty, nasilenia, genezy, fazy i znaczenia występującej dysfunkcji dla rozwoju określonego układu (jednostka, jej otoczenie),
- c) podjęcie decyzji o charakterze oddziaływań interwencyjnych (naprawczym, korygującym, eliminującym, wzmacniającym, zapobiegawczym, itp.),
- d) podjęcie określonych oddziaływań, oraz
- e) sprawdzenie ich skuteczności, co weryfikuje jednocześnie prawdziwość dokonanego rozpoznania.

Generalizując, w procesie diagnostycznym zawsze możemy wyróżnić przynajmniej trzy ogólne obszary problemowe (Barclay, 1991): co rzeczywiście jest? (diagnoza stanu, identyfikacyjna, genetyczna, fazy, znaczenia i prognostyczna), co powinno być zrobione? (diagnoza decyzyjna, projektowanie działań interwencyjnych) oraz w jaki sposób przybliżyć stan faktyczny do postulowanego? (działanie, weryfikacja diagnozy stanu i diagnozy decyzyjnej).

Zaburzenia osobowości i zaburzenia w zachowaniu jako jednostka nozologiczna

Klasyfikacja zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania w ujęciu ICD-10 (Międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych – *International Statistical Classification of Diseases and Health Related Problems*, WHO, 10 edycja z 1992 roku), wprowadza trzy kategorie diagnostyczne, w których wyróżnia się różne zaburzenia osobowości będące podstawą zaburzeń zachowania:

- a) specyficzne zaburzenia osobowości (osobowość paranoiczna, schizoidalna, dys socjalna-antyspołeczna, chwiejna emocjonalnie, histeryczna, obsesyjno-kompulsywna, lękliwa i zależna), które stanowią ciężkie zaburzenia struktury charakteru i sposobu zachowania się jednostki,
- b) zaburzenia zachowania, czyli nawyków i popędów, które pozbawione są racjonalnej motywacji, mają charakter powtarzalny i zazwyczaj szkodliwy dla otoczenia i samej jednostki,
- c) zaburzenia identyfikacji płciowej i preferencji seksualnych.

Generalnie zakłada się, iż zaburzenia osobowości są utrwalonymi wzorcami zachowań, które charakteryzują się mało elastycznymi reakcjami na różne sytuacje indywidualne i społeczne (Czabała, 2000, s. 590-

591; Radochoński, 2000, s. 24-52). Zachowania te mają przy tym charakter skrajny (gwałtowny) i cechują się znaczną odmiennością w stosunku do powszechnie uznawanych w danej kulturze, środowisku i czasie standardów, zaś ich konsekwencją jest tendencja do generowania innych zaburzeń, czyli obejmowania swoim zakresem wielu obszarów (sfer) funkcjonowania psychospołecznego jednostki. Współcześnie w rozpatrywaniu zaburzeń osobowości i zachowania dominuje podejście systemowe, w którym zakłada się, że stanowią one jednolitą, całościową kategorię diagnostyczną, w której nie wyróżnia się poszczególnych postaci klinicznych (Jakubik, 1997). Założenia te spełnia DSM-IV (Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 5 wersja z 1994 roku). Sformułowano w nim wspólne kryteria dla różnych zaburzeń osobowości i zachowania, traktując je jako głęboko utrwalony wzorzec wewnętrznego przeżywania i zachowania jednostki, znacząco odbiegający od wymagań i oczekiwań jej środowiska kulturowego. Wzorzec ów przejawia się w kilku dziedzinach: poznawczej, afektywnej, funkcjonowania społecznego i kontrolowania własnych reakcji i posiada następujące właściwości: sztywność i szeroki zakres sytuacji osobistych i społecznych, zakłócenie funkcjonowania społecznego, zawodowego, szkolnego, itp., niezmienność lub długotrwałość, swoistą przyczynowość i stanowienie samodzielnej jednostki nozologicznej (Radochoński, 2000, s. 20). Podział na specyficzne kategorie zaburzeń wiąże się tu z rozpoznaniem dominujących i najbardziej wyrazistych wzorców zachowań.

Główne dylematy i problemy diagnozy zaburzeń osobowości i zaburzeń w zachowaniu

Problem diagnozy różnicowej i sposobu dokonywania oceny

W diagnozie zaburzeń zachowania i osobowości najczęściej jako cel stawia się poznanie objawów występujących u jednostki, co pociąga za sobą konieczność ich klasyfikacji w postaci określonego zespołu objawów – syndromu. Czyli sprowadza się ją najczęściej do diagnozy różnicowej (Czabała, 2000, s. 567-568), w której wyróżnia się dwa etapy – zbieranie informacji o objawach i ich klasyfikacja do określonej kategorii diagnostycznej. Systematyzacje kategorii objawów zaburzeń do-

stępne są w *Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10, rozdział V)*, oraz w *Podręczniku diagnostycznym i statystycznym zaburzeń psychicznych (DSM-IV, kategoria druga)*.

W przypadku diagnozy zaburzeń osobowości i zachowania podstawowym problemem staje się sposób ich oceny, gdyż kwestią zasadniczą jest tu nie ocena jakościowa, ale ilościowa. Innymi słowy, nie można dokonywać prostej kategoryzacji na osoby zdrowe i zaburzone (chore) jedynie na podstawie obecności objawów (Wolańczyk, 2002, s. 11). W klasyfikowaniu różnych zaburzeń i diagnozie różnicowej podejmowanej w kontekście ich poziomu, często mówi się o „braku zaburzeń” warunkującym prawidłowe funkcjonowanie, o „zespolu przedklinicznym”, stanowiącym zagrożenie dla dalszego rozwoju i czasem powodującym wybiórcze dysfunkcje, oraz „zespolu klinicznym”, powodującym dysfunkcjonalność w wielu obszarach. W diagnozie zaburzeń zachowania i osobowości chodzi zatem o odpowiedź na pytanie, czy nasilenie objawów występujących u jednostki (dziecka) jest na tyle wysokie, że można tu mówić o zespole klinicznym. Nie jest to możliwe bez uwzględnienia oceny wpływu występujących objawów na funkcjonowanie dziecka, funkcjonowanie jego rodziny, a także ich wpływu na rozwój osobniczy i funkcjonowanie w życiu dorosłym. Pytania o objawy i ich nasilenie można przykładowo operacjonalizować w sposób następujący: *łękliwość vs zespół lękowy, żywość vs nadpobudliwość*. Na wystawienie oceny ma tu wpływ wiele zmiennych pośredniczących, które związane są zarówno z ocenianym podmiotem (ogólny poziom rozwoju), jak i podmiotem oceniającym (historia rozwoju osobistego i zawodowego), oraz zmienne związane z kontekstem środowiskowym (czynniki rodzinne) i kulturowym (normy i wartości), w którym funkcjonują oba podmioty (oceniane dziecko i diagnosta).

Problem obszaru diagnozy – jej wieloaspektowości i interdyscyplinarności

W tym kontekście pojawia się następny problem związany z koniecznością poszerzenia obszaru rozpoznania o przyczyny (model biomedyczny i psychospołeczny) oraz skutki zaburzeń osobowości i zachowania (etiopatogeneza i diagnoza konsekwencyjna znaczenia). Najczęściej stosowane narzędzia to rozmowa i wywiad, obserwacja, testy projekcyjne, kwestionariusze do badania osobowości i zaburzeń w zachowaniu, czyli metody jakościowe i ilościowe, które winny być stosowane łącznie (Radochoński, 2000, s. 53).

Ważnym czynnikiem wpływającym na rozpoznanie i ocenę zaburzeń w funkcjonowaniu dziecka jest charakter przygotowania zawodowego diagnosty, co wynika z założenia o wieloaspektowości i interdyscyplinarności diagnozy zaburzeń osobowości i zaburzeń w zachowaniu. Diagnosty o różnym profesjonalnym przygotowaniu (lekarze – psychiatra, pediatra, neurolog, psycholog, pedagog, terapeuci o różnej orientacji teoretycznej), dokonujący obserwacji, wnoszą w proces rozpoznawania odmienny sposób postrzegania i interpretacji zaburzeń, posługując się nierzadko odmiennymi pojęciami, czyli językiem.

Prawidłowo przeprowadzony proces diagnostyczny winien zatem obejmować zarówno identyfikację symptomów (objawów osiowych i dodatkowych), jak i stopień ich nasilenia, zobrazowany oceną ich wpływu na funkcjonowanie dziecka w podstawowych rolach społecznych i systemach, w jakich żyje – rodzinnym (rola dziecka w rodzinie), szkolnym (rola ucznia), rówieśniczym (rola kolegi), wraz z oceną poziomu dysfunkcyjności w tych zakresach. Należy mieć także świadomość, iż zwykle nie występuje „czysty” typ zaburzeń, a jedynie dominacja pewnych właściwości na tle innych zaburzeń (mniej wyrazistych). Ponadto wiele właściwości i cech występuje jednocześnie w różnych postaciach zaburzeń (Radochoński, 2000, s. 55), co dodatkowo potwierdza konieczność „mierzenia” ich intensywności w celu prawidłowego ich sklasyfikowania.

Problem związany z koniecznością uwzględniania kontekstu rozwojowo-społecznego

Kolejną kwestię problemową stanowi ocena kompetencji dziecka w pełnieniu przewidzianych dlań ról społecznych i zadań rozwojowych oraz wynikająca stąd ocena potencjalnych możliwości rozwojowych. Także i te oceny powinny być rozpatrywane w kontekście wpływu występujących objawów zaburzeń na zasób i poziom rozwoju tych kompetencji i wykorzystania posiadanych potencjałów. Wiadomo bowiem, iż każdy etap w procesie rozwoju stawia przed jednostką odmienne i specyficzne dlań wyzwania (zadania), których pomyślna realizacja stanowi podstawę dalszych sukcesów rozwojowych, zaś brak ich realizacji powoduje zafiksowanie się na określonym memencie rozwojowym (zahamowanie i opóźnienie rozwoju) i niemożność przejścia do następnego etapu rozwojowego i wykonywania zadań dlań charakterystycznych (Erikson, 2004; Stranger, McConaughy, Achenbach, 1991).

Problem kontekstu społecznego zaburzeń osobowości i zachowania ujawnia się także w aspekcie genetycznym, gdyż zwykle dziecko z widocznymi dla otoczenia dysfunkcjami zgłaszane jest do placówek diagnostyczno-interwencyjnych przez rodziców lub nauczycieli, co wiąże się z koniecznością rozstrzygnięcia, czy zaburzenia dotyczą zgłaszanej jednostki, czy jej otoczenia społecznego, czyli systemu społecznego, w którym jednostka żyje. Sprowadza się to do odpowiedzi na pytanie, czy samo dziecko jest „zaburzone”, czy jego zachowanie spostrzegane przez otoczenie jest „zaburzające”.

Problem związany z koniecznością uwzględniania wielu źródeł informacji

Następny problem związany jest ze źródłami pozyskiwania informacji o dziecku przejawiającym zaburzenia osobowości i zachowania. Wiadomo bowiem, iż dane te powinny pochodzić z wielu źródeł (Achenbach 1982, 1985; Wolańczyk, 2002) ze względu na kontekst sytuacyjny, w którym się pojawiają, gdyż:

- a) zachowania i pewne objawy zaburzeń mogą występować tylko w jednej sytuacji,
- b) zachowania i objawy zaburzeń mogą zmieniać się zależnie od okoliczności, w jakich się pojawiają (szkoła, dom rodzinny, grupa rówieśnicza),
- c) pewne szczególne przejawy funkcjonowania dziecka mogą być typowe dla poszczególnych sytuacji,
- d) osoby udzielające informacji mogą różnić się ze względu na poziom tolerancji wobec pewnych zachowań dziecka, co determinuje różnice w ich ocenie,
- e) ocena pewnych zachowań dziecka zależy od charakteru interakcji pomiędzy nim a osobą ją oceniającą (zmienna sympatii – antypatii), gdyż wyznacza zarówno zachowania dziecka, jak i w konsekwencji ich ocenę,
- f) badania empiryczne wskazują, iż zgodność ocen zachowania dziecka dokonywanych przez różnych informatorów jest niewielka.

Rozpoznawanie większości zaburzeń osobowości i zachowania odbywa się na podstawie informacji z różnych źródeł – wywiadu z dzieckiem i jego rodziną, z nauczycielem, a także w toku obserwacji zachowań dziecka. Dane te narażone są na subiektywne zniekształcenia, gdyż wiele objawów trudno jest opisać (myśli, uczucia, przekonania), stąd też niezmiernie istotną kwestią jest tworzenie specjalnych narzędzi

diagnostycznych, ułatwiających identyfikację objawów i ich klasyfikację, spełniających wymogi rzetelności i trafności (narzędzia standaryzowane). Ponadto należy tu zwrócić uwagę na fakt niskiej samoświadomości badanych osób oraz włączania się mechanizmów obronnych osobowości (Radochoński, 2000, s. 54), co wynika z oporu przed przyznawaniem się do pewnych zaburzeń, stanowiących podstawę społecznej negatywnej oceny (zmienna aprobaty społecznej).

Problem nastawienia diagnosty do rozpoznawanych obszarów zaburzeń – dystans i „trzeci, idealny obserwator”

Niezmiernie ważną kwestią w rozpoznawaniu zaburzeń osobowości i zaburzeń w zachowaniu, ze względu na specyfikę ich objawów, jest zachowanie niezbędnego dystansu, który diagnosta musi zachować względem własnych i podmiotu poznawanego reakcji emocjonalnych (racjonalny obserwator), przy czym niezbędne jest tu także funkcjonowanie obu partnerów kontaktu diagnostycznego na płaszczyźnie emocjonalnej (obserwator przeżywający). Konieczna jest tu swoista synteza obu postaw, która zawiera się w wykształceniu w sobie *trzeciego, idealnego obserwatora*, śledzącego zarówno własne, jak i badanego reakcje psychiczne, bez zaangażowania emocjonalnego diagnosty w to, co się w tej relacji dzieje (Kępiński, 1989, s. 21). Diagnosta zatem, *zachowując świeżość i wrażliwość spojrzenia dziecka*, musi jednocześnie zachować w stosunku do pola obserwacyjnego (własnych i poznawanego podmiotu doznań psychicznych) dystans racjonalnego obserwatora (Kępiński, 1989, s. 29).

Ponadto, ponieważ większość reakcji poznawczych człowieka ma charakter zautomatyzowany, co jest determinowane zakodowanymi w umyśle stereotypami i ich konsekwencją, czyli żywionymi przezeń uprzedzeniami, z którymi wchodzi się w relację z osobą badaną, konieczne jest dokonywanie autorefleksji w kontekście kontroli źródeł własnych reakcji na zaburzone zachowania dziecka. W trakcie procesu diagnostyczno-terapeutycznego tworzone są też nowe stereotypy i uprzedzenia, których mechanizm powstawania można wyjaśnić poprzez tendencję naszego umysłu do potwierdzania stereotypów, z którymi wchodzimy w relację z podmiotem poznania, bądź tych, które powstają na skutek „pierwszego wrażenia”, które w następstwie także włącza tendencję do selektywnego odbioru informacji je potwierdzających (tendencja do selektywnego odbioru informacji, zgodnych z posiadany stereotypem czy uprzedzeniem oraz pierwszym wrażeniem). Można powiedzieć, iż diagnosta w relacji z osobą badaną nie jest wolny od tendencji do:

- 1) potwierdzania potocznych przekonań, stereotypów i uprzedzeń, związanych z oceną różnych zaburzeń, wynikających z wiedzy zdobywanej pośrednio od innych i z własnych doświadczeń w życiu codziennym (wiedza tzw. „gorąca”),
- 2) schematyzowania poznawanego podmiotu, wynikającego z przyjętych teorii o naturze człowieka i źródłach zaburzeń w jego funkcjonowaniu (wiedza tzw. „zimna”),
- 3) posługiwania się tzw. „natrętnym stereotypem badania” (Kępiński, 1989, s. 9-10), który diagnosta przyjmuje w ocenie różnych zaburzeń, a który dodatkowo jest od niego wymagany (np. schemat wywiadu środowiskowego, którego wytycznych sztywno „trzyma się” diagnosta),
- 4) powierzchownej oceny na podstawie ściśle przyjętych kryteriów diagnostyczno-klasyfikacyjnych, które stanowią podstawę identyfikacji objawów, bez uwzględniania ich aspektu genetycznego, rozwojowego i sytuacyjnego.

Pokonywanie przez diagnostę zakodowanych automatyzmów poznawczych wymaga wglądu w siebie, co oznacza, że podmiot poznający musi mieć motywację do wkładania wysiłku w poznawanie samego siebie i innych ludzi, musi posiadać zdolność odczytywania informacji (kompetencje poznawcze) i musi posiadać gotowość do asymilacji informacji o sobie. Przede wszystkim jednak musi zakładać, że świat nie jest jednorodny, a niewyobrażalnie złożony, co stanowi podstawę indywidualizowania procesu rozpoznania, a także musi mieć przekonanie, iż nie da się stosować własnych standardów ewaluacji do oceny funkcjonowania innych ludzi – oceniać według siebie (Jarymowicz, 1999, s. 188).

Problem charakteru diagnozy – całościowość, holizm i nieskończoność

Konieczne jest też przyjęcie przez diagnostę założenia o całościowym i holistycznym charakterze prowadzonego rozpoznania, co wiąże się z tendencją do generalizowania problemu i nakładania się na problem wyjściowy jego konsekwencji, które stanowią podstawę (przyczynę) pojawiania się kolejnych trudności. Przy czym nigdy nie dokonuje się to w ściśle określony sposób, a jedynie probabilistyczny, bowiem występuje tu zawsze szereg – podmiotowych i zewnętrznych – czynników modyfikujących przebieg badanych zjawisk, zmieniających jego kierunek bądź charakter. Wynika stąd także konieczność konstatacji, że proces diagnostyczny, który ma doprowadzić do zrozumienia istoty,

kontekstu genetyczno-konsekwencyjnego i sytuacyjnego występujących u dziecka zaburzeń, jest procesem nieskończonym, dlatego niemożliwe jest ściśle wytyczenie jego drogi. Nazywa się to nieoznaczonością metody, która zawsze jest indywidualna, a wyznacznikiem tej nieokreśloności są zarówno podmiot poznający (jego specyficzne cechy), jak poznawany (jego cechy, historia, problem), a także specyfika wpływu i oddziaływania otoczenia społecznego dziecka, rozpatrywana w kontekście genezy jego zaburzeń. Zawiera to formuła: „każdy ma (i powinien mieć) swój własny styl badania, który ponadto zmienia zależnie od potrzeby” (Kępiński, 1989, s. 8).

Problem podejścia diagnosty do rozpoznawanych zjawisk – postawa badacza vs postawa eksperta

Można przy tym wskazać dwa charakterystyczne podejścia (stanowiska) diagnosty do podejmowanych przez siebie działań: diagnosty-eksperta i diagnosty-badacza (Kelly, 1995). Pierwsza postawa (diagnosta-ekspert) wiąże się jedynie z dokonywaniem wyboru i posługiwaniem się określonymi technikami, służącymi ocenie poszczególnych zjawisk. Proces diagnozy sprowadza się tu do mechanicznego zestawiania uzyskanych w ten sposób danych, których zakres nie wykracza tym samym poza obowiązujący teoretycznie schemat poznania danego zjawiska. Jest to stanowisko charakterystyczne dla strategii metodologicznej, tzw. obiektywnej, ilościowej, czyli psychometrycznej. Postawa diagnosty-badacza wiąże się z twórczym dostosowaniem metod i technik rozpoznawania do specyfiki sytuacji diagnostycznej, co wynika z indywidualnej konceptualizacji problemu diagnozy. Często wiąże się także z koniecznością tworzenia nowych procedur, metod, technik i narzędzi diagnostycznych oraz kontroli w sposób ciągły przydatności zaprojektowanej strategii diagnostycznej, jej trafności i rzetelności w aspekcie analizowanego problemu, twórczym dokonywaniem interpretacji uzyskanych danych, zarówno ilościowych, jak i jakościowych, wedle schematu poznania tworzonego indywidualnie dla rozpatrywanego – zawsze specyficznie „ulokowanego” w doświadczeniach jednostkowych – problemu. Oba stanowiska różnią się głównie inaczej lokowaną odpowiedzialnością za rozpoznanie diagnostyczne. W pierwszym przypadku odpowiedzialność lokowana jest na zewnątrz, w obiektywnie przyjętych standardach oceny określonych cech, zaś subiektywnie związanych jedynie z prawidłowym doбором technik do ocenianych kategorii zjawisk. W drugim przypadku działanie diagnosty wiąże się

z przejściem przezeń całkowitej odpowiedzialności za wykorzystywany schemat poznania, wybór, ewentualną modyfikację lub konstruowanie nowych, adekwatnych do danej sytuacji technik i narzędzi. Nastawienie to pozwala z pewnością z większym prawdopodobieństwem realizować nie tylko selekcyjno-kwalifikującą funkcję diagnozy, ale i też jej funkcję modyfikująco-edukacyjną, jest jednak niewątpliwie zdecydowanie trudniejsze w sensie psychologicznym dla diagnosty.

W kontekście diagnozy zaburzeń osobowości i zachowania szczególnie istotne jest przyjęcie przez diagnostę postawy diagnosty-badacza, jednakże posiadającego podstawowe zaplecze warsztatowe diagnosty-eksperta. Wiąże się to ze złożonością procesu poznania, stanowiącą pochodną złożoności sytuacji psychospołecznej i problemowej podmiotu badanego, co możliwe jest jedynie w długim, ciągłym procesie, w którym wiedza jest stopniowo gromadzona, zwiększając swój zakres (Kępiński, 1989, s. 102-103).

Modele diagnozy zaburzeń osobowości i zaburzeń w zachowaniu

Ważną kwestią diagnostyczną jest dobór charakteru ogólnego podejścia metodologicznego sytuującego rolę i postawy diagnosty oraz charakter wykorzystywanych narzędzi do poznania diagnostycznego, pozwalających zrealizować jej interwencyjny cel. Sprowadza się to do wyboru jednej z następujących strategii: w podejściu psychometrycznym (ilościowym), podejściu opisowym (jakościowym), lub też w systematycznym połączeniu obu podejść (jakościowo-ilościowych). Współczesna metodologia badań psychologicznych i pedagogicznych wyznaczana jest bowiem przez współwystępowanie dwóch zasadniczych i wciąż traktowanych jako opozycyjne nurtów – neopozytywistycznego, w którym dominują metody ilościowe, oraz humanistycznego, preferującego metody jakościowe oparte na znaczeniu świadomości, przeżycia i doświadczenia w identyfikowaniu różnych zjawisk i ich wartościowaniu przez badacza dokonującego rozpoznania.

Opozycja ta jednak w ostatnich czasach zaczyna być racjonalizowana w kierunku rozwiązań kompromisowych, a więc uznania zasadności obu nurtów – jakościowego i ilościowego, których zastosowanie uzależnione jest głównie od problematyki badań i celu poznania (Urban, 2000, s. 76). Oba nurty stanowią więc podstawę właściwego postawienia diagnozy, co jest nie tylko warunkiem umożliwiającym wybór metody postępowania interwencyjno-terapeutycznego, ale także pozwalającym przewidywać jej skuteczność.

Ogólne podejścia metodologiczne w diagnozie zaburzeń

Ze względu na sposób formułowania diagnozy wyróżnia się dwa podejścia:

- a) *podejście zewnętrzne*, polegające na wykorzystaniu informacji dostarczonych przez tzw. obiektywne metody badania (kwestionariusze, skale postaw), wówczas model zaburzeń buduje się na podstawie proponowanych w tych metodach schematów interpretacyjnych,
- b) *podejście wewnętrzne* (fenomenologiczne) opisane przez Carla G. Rogersa, w którym korzysta się z przekazywanych przez jednostkę informacji, a występujące u niej zaburzenia interpretuje się z punktu widzenia znaczenia, jakie posiadają one dla jej aktualnego funkcjonowania.

W ostatnich dekadach metodologiczne podejścia związane z diagnostyczną i postdiagnostyczną działalnością praktyczną (psychologiczną i pedagogiczną), zmieniły nieco swoje ukierunkowanie. Ogromne zafascynowanie klasycznymi, tradycyjnymi – testowymi, ilościowymi metodami diagnozy spowodowało w efekcie wiele rozczarowań. Doświadczenia praktyków wskazują bowiem na poważne ich ograniczenia w wielu zakresach. Dotyczy to zarówno przyjmowania obiektywnych miar cech funkcjonowania indywidualnego jednostki i oceny jej środowiska życia, dalej rzetelności i trafności testów, skal czy kwestionariuszy pozwalających na ilościowe ujmowanie zjawisk, a także stałości przyjmowanych kryteriów oceny (norm) w kontekście coraz szybciej postępujących zmian rozwojowych jednostki i zmian w jej otoczeniu. Wiedzieć bowiem trzeba, że uzyskane dane liczbowe, stanowiące obiektywne wskaźniki pewnych cech (zmiennych), oprócz niewątpliwej zalety, jaką jest ich wygoda w stosowaniu, mają też wiele wad. Jedną z nich jest to, iż pozwalają jedynie na mechanistyczny opis i interpretację zjawisk, których złożoności nie da się sprowadzić do sumowania pojedynczych cech, gdyż konieczna jest ich twórcza interpretacja, wedle zasady relatywizowania ogólnego znaczenia interpretacyjnego, zależnego od specyficznego zestawienia poszczególnych symptomów (zasada holizmu poznawczego). Nakazuje to indywidualizować perspektywę diagnostyczną nie tylko w kontekście swoistości różnorodnych doświadczeń życiowych badanej jednostki, ale także ich specyficznego powiązania, składającego się na zawsze indywidualny obraz jej działania i funkcjonowania otoczenia społecznego, w którym żyje. Chcąc sprostać temu zadaniu, dane ilościowe uzyskane z metod tzw. obiektywnych należy uzupełnić informacjami o charakterze jakościowym, peł-

niającymi najczęściej funkcję ukierunkowującą lub uzupełniającą interpretację ilościową.

Strukturalny model diagnozy zaburzeń osobowości i zachowania

Tworząc ogólny model diagnozy zaburzeń osobowości i zachowania (schemat 1), można wykorzystać model struktury rozpoznania diagnostycznego w ujęciu Antoniego Kępińskiego (1989) i Ireny Obuchowskiej (1983, 1997, s. 6-15).

Pierwszy z nich kładzie nacisk na trzy niezbywalne elementy struktury tego procesu, opisujące:

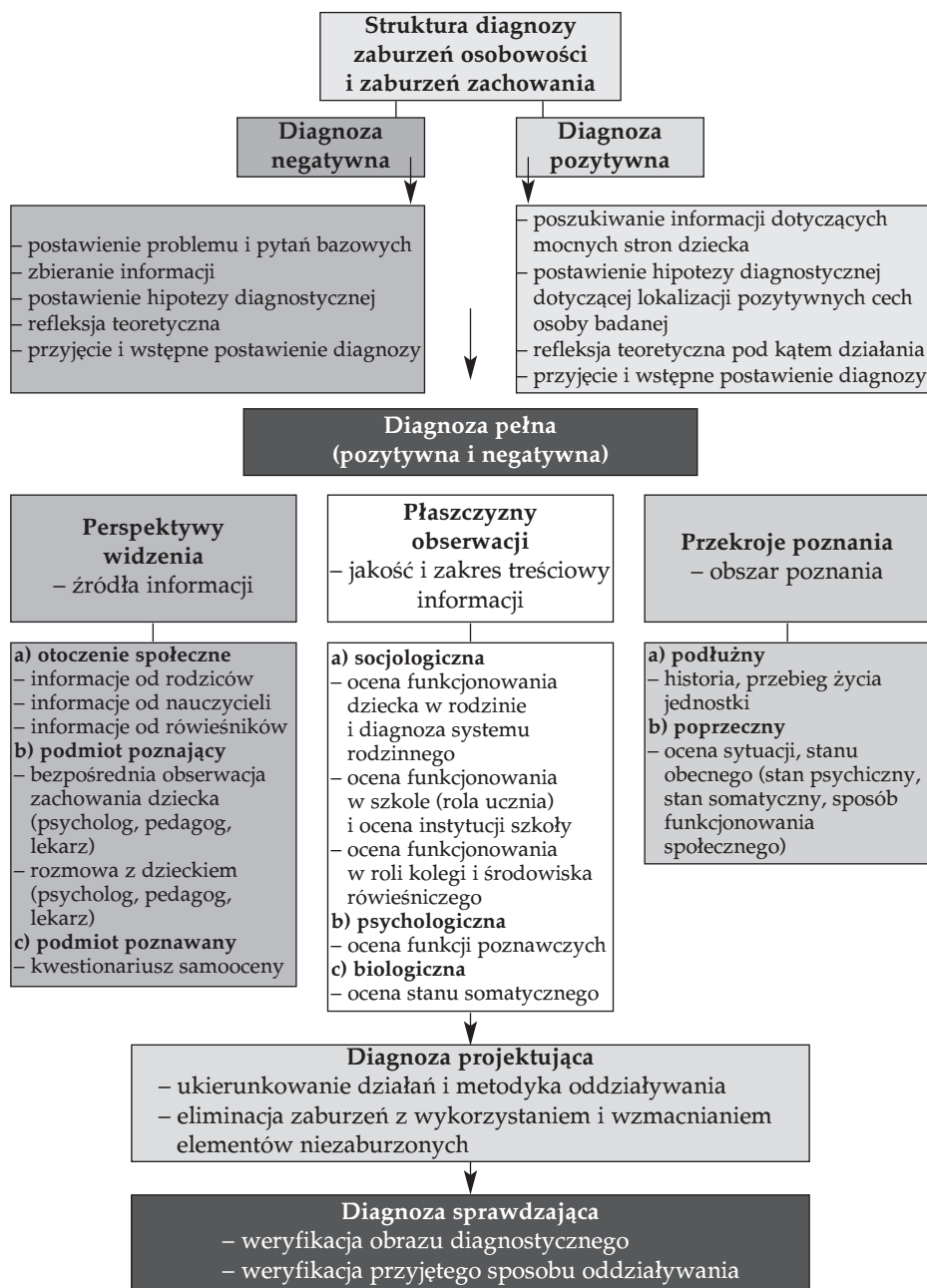
- a) charakter danych, które należy zidentyfikować,
- b) podstawowe źródła pozyskiwania informacji, oraz
- c) zakres czasowy zbieranych informacji,

zaś drugi – kładzie nacisk na ukierunkowanie procesu rozpoznania na:

- a) diagnozę pozytywną, obejmującą mocne strony funkcjonowania,
- b) diagnozę negatywną, która obejmuje zaburzenia, czyli słabe strony funkcjonowania jednostki.

Pierwszy element w tym modelu stanowią *trzy płaszczyzny poznania* (biologiczna, psychologiczna i socjologiczna), obejmujące jakość i zakres treściowy informacji, które trzeba zebrać w procesie diagnostycznym. Kolejny element modelu stanowią *trzy perspektywy widzenia* (osoby badanej, otoczenia społecznego, diagnosty), które wskazują wszystkie konieczne dla uzyskania pełnego obrazu diagnostycznego źródła informacji, co pozwala dodatkowo korelować je ze sobą w celu sprawdzenia ich rzetelności. Ostatni element stanowią w tym modelu *dwa przekroje* (podłużny – historia, przebieg życia jednostki, poprzeczny – ocena sytuacji, stanu obecnego), w których należy umieścić obszar i zakres poznania diagnostycznego (Kępiński, 1989). Należy podkreślić, iż wszystkie wyróżnione elementy wzajemnie są ze sobą powiązane, gdyż dokonując analizy treściowej poszczególnych płaszczyzn funkcjonowania jednostki, wykorzystujemy dane ze wszystkich dostępnych źródeł informacji oraz lokujemy to w perspektywie całej biografii i obecnej sytuacji jednostki. Oznacza to uwzględnienie trzech perspektyw czasowych – przeszłości i teraźniejszości, wyznaczających sposób widzenia przyszłości, czyli możliwości i warunków dalszego rozwoju.

Warto zaznaczyć, iż w modelu tym bardzo silnie podkreśla się konieczność spojrzenia na jednostkę z jej własnej perspektywy (świat subiektywny) i z perspektywy jej otoczenia społecznego (świat obiektywny), zaś zadaniem diagnosty jest aktywne i twórcze powiązanie uzyskanych



Rycina 1. Model diagnozy zaburzeń osobowości i zaburzeń zachowania

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kępiński, 1989; Obuchowska, 1983; Wolańczyk, 2002.

informacji w obu aspektach. Przy czym należy to czynić ze świadomością, iż informacje subiektywne mają tu decydujące znaczenie dla wyznaczania wniosków i interpretacji dotyczących mechanizmów zaburzeń (indywidualny odbiór wyznacza siłę oddziaływań, a tym samym mechanizmy potencjalnych zaburzeń). Aktywność diagnosty dotyczy też twórczego korelowania zróżnicowanych treści, czyli analizy poszczególnych płaszczyzn funkcjonowania jednostki i znajdowania między nimi powiązań, co daje szansę wskazania mechanizmów rozwoju i zaburzeń.

Poszczególne źródła informacji odgrywają różną rolę i mogą mieć różne znaczenie w zależności od wieku badanego, rodzaju zadawanych pytań, czy też dostępności danych, przy czym nie zawsze w odniesieniu do badanego dziecka są dostępne informacje ze wszystkich źródeł (np. dziecko z różnych powodów nie chodzi do szkoły lub nie jest w stanie dokonać samooceny ze względu na możliwości rozwojowe lub intelektualne). Za najbardziej wartościowe uważa się informacje pozyskiwane od rodziców, choć nauczyciele także stanowią ważne źródło informacji. Wykorzystywanie jedynie informacji zewnętrznych (od dorosłych) powoduje błąd skupiania się tylko na dzieciach, których problemy przystosowawcze wpływają na funkcjonowanie otoczenia (dzieci zaburzone), co pociąga za sobą błąd niedostatecznej uwagi poświęconej „dzieciom zaburzonym”, których objawy nie wpływają wyraźnie na otoczenie (Wolańczyk, 2002, s. 18-19).

Irena Obuchowska (1997, s. 6-15) wskazuje, iż dla przeprowadzenia dobrej diagnozy konieczne jest postawienie sobie przez diagnostę niezwykłych pytań, porządkujących konceptualizację i organizację owego procesu.

Wyjściowe pytanie dotyczy charakteru problemu (co jest problemem i jak jest on usytuowany – jednostkowo czy w otoczeniu), co determinuje zakres diagnozy (pełna, ogólna, szczegółowa, wybiórcza czy różnicowa).

Kolejne pytanie związane jest z podmiotem badania (kogo dotyczy diagnoza i jakie posiada dodatkowe cechy pośrednio związane z problemem), co wyznaczane jest głównie przez konieczność uwzględnienia aspektów etycznych procesu diagnostycznego, a konkretnie dotyczy podmiotowego traktowania osoby badanej (dobrowolność, informowanie o celu, metodach diagnozy, jej wynikach i planowanym działaniu postdiagnostycznym, wybór warunków przebiegu badania). Spełnienie tych warunków wskazuje na konieczność ujmowania procesu poznania w kategoriach diagnozy interakcyjnej (Brzeziński, Kowalik, 1991).

Niezbywalne jest także pytanie o cel diagnozy, co sprowadza się do przyjęcia określonego typu (rodzaju) diagnozy, determinującego przebieg i charakter czynności diagnostycznych i metody diagnozowania – opisowa, klasyfikacyjna, funkcjonalna, przyczynowa, selekcyjna, typizacyjna, wspierająca, normalizująca, wartościująca.

Następne pytanie dotyczy podmiotu badającego, czyli cech osobowych i kompetencji kognitywnych (wiedza i doświadczenie), emocjonalnych (inteligencja emocjonalna, empatia, syntonizacja, mechanizmy obronne) oraz społecznych (autentyczność, wiarygodność, życzliwość, otwartość, budowanie zaufania, komunikacja werbalna i niewerbalna) diagnosty. Nie mniej istotne jest pytanie o przyjęty model diagnozowania (w jaki sposób), czyli jej ukierunkowanie, np. diagnoza negatywna i pozytywna (Obuchowska, 1983).

Konsekwencją poprzednich etapów konceptualizacji procesu poznania jest pytanie o szczegółowe metody, techniki i narzędzia diagnostyczne, wykorzystywane w diagnozie przypadku czy problemu, co wiąże się z przyjęciem jako wyjściowej zasady ich adekwatności do diagnozowanych problemów (metody testowe – testy psychometryczne, testy projekcyjne lub nietestowe czy kliniczne – kwestionariusze, inwentarze, wywiad, obserwacja, analiza wytworów i dokumentów).

Ostatnim pytaniem, na które należy znaleźć odpowiedź przed podjęciem czynności diagnostycznych, jest pytanie o czas i miejsce ich przeprowadzenia, co wiąże się bezpośrednio z etyką postępowania diagnosty, a także jest czynnikiem warunkującym rzetelność uzyskanych informacji. Autorka zakłada, iż diagnoza dziecka powinna być zorientowana na rozwój jednostki, przez co rozumie poszukiwanie w procesie diagnostycznym tzw. mocnych stron tkwiących w jednostce i w jej otoczeniu, analizę dokonywanych czynności diagnostycznych pod kątem ich konsekwencji (np. ze względu na możliwość stygmatyzującego efektu diagnozy) oraz otwarcie diagnozy na działania o charakterze interwencyjnym, co oznacza, iż diagnoza nie tylko wyznacza te działania, ale powinna być modyfikowana w trakcie podejmowanych działań interwencyjnych, czyli winna mieć charakter diagnozy otwartej (Obuchowska, 1997, s. 11).

Diagnoza negatywna, jako efekt pierwszego etapu postępowania diagnostycznego, zmierza do określenia istoty trudności czy problemów jednostki, ich przyczyn, mechanizmów psychospołecznych oraz ich konsekwencji zarówno dla jednostki, jak i otoczenia. Można w niej wyróżnić następujące etapy:

- postawienie problemu i pytań bazowych – co wiąże się z lokalizacją problemu, wyznaczającą dobór odpowiednich doń metod zbierania informacji diagnostycznych,
- zbieranie informacji za pomocą metod klinicznych (wywiad, rozmowa, obserwacja, analiza wytworów), testowych i eksperymentalnych, co stanowi podstawę diagnoz cząstkowych,
- postawienie wstępnej hipotezy diagnostycznej, dotyczącej istoty problemu, jego przyczyn, różnych mechanizmów jego powstawania przejawianych przez jednostkę trudności i zaburzeń, a także skutków, jakie zidentyfikowany stan rzeczy spowodował dla funkcjonowania jednostki w różnych sferach jej życia, co dokonuje się na podstawie diagnoz cząstkowych pozwalających sformułować hipotezę diagnozy ogólnej,
- refleksja teoretyczna, która wiąże się z weryfikacją postawionej wstępnie hipotezy diagnostycznej z punktu widzenia przyjętego przez diagnostę modelu teoretycznego (zderzenie z obowiązującą wiedzą, ocena skutków rozwojowych), co ma charakter oceny poziomu spójności poszczególnych elementów diagnozy,
- przyjęcie i wstępne postawienie diagnozy końcowej, co wiąże się z ostateczną konkluzją oceniającą dokonywaną w kontekście zidentyfikowanych zaburzeń, jednakże nie oznacza zakończenia postępowania diagnostycznego, gdyż postawiona diagnoza może być weryfikowana w trakcie oddziaływań interwencyjnych.

Drugi etap postępowania diagnostycznego stanowią czynności zmierzające do postawienia diagnozy pozytywnej, zaś składają się nań następujące działania cząstkowe:

- poszukiwanie informacji dotyczących mocnych stron osoby badanej (pozytywne właściwości jednostki, mechanizmy sprzyjające jej rozwojowi i czynniki środowiskowe pozytywnie oddziałujące na rozwój jednostki), co wiąże się z celowym zbieraniem lub wykorzystywaniem informacji zebranych w pierwszym etapie postępowania diagnostycznego,
- postawienie hipotezy diagnostycznej dotyczącej ulokowania pozytywnych właściwości osoby badanej (właściwości i cechy, mechanizmy osobowości, wpływy środowiskowe),
- refleksja teoretyczna dokonywana pod kątem ich znaczenia dla jednostki i przydatności odkrytych pozytywów (mocnych stron jednostki i jej otoczenia) w oddziaływaniach modyfikujących procesy rozwojowe,

– przyjęcie i wstępne postawienie diagnozy pozytywnej, czyli dokonanie oceny diagnostycznej sfer niezaburzonych, a także ich znaczenia rozwojowego dla jednostki i roli w modyfikacji sfer zaburzonych.

W takim ujęciu diagnoza pełna składa się z diagnozy pozytywnej i negatywnej, które są ze sobą konfrontowane, stanowiąc podstawę opisu diagnostycznego oraz tworzenia programu postępowania interwencyjnego, przy czym diagnoza pozytywna jest z punktu widzenia stymulacji i modyfikacji rozwoju jednostki najczęściej znacznie bardziej istotna niż diagnoza negatywna, a jednak w opisie diagnostycznym orzeczeń formułowanych przez instytucje do tego powołane, dominuje diagnoza negatywna, częstokroć bez uwzględnienia nawet w wąskim zakresie diagnozy pozytywnej (Obuchowska, 1997, s. 12-14).

Opis diagnostyczny w aspekcie przedstawienia rezultatów diagnozy negatywnej zawiera określenie:

- a) istoty problemu z określeniem jego rozmiarów i nasilenia objawów,
- b) przyczyn (dominujących, pierwotnych i wtórnych) oraz mechanizmów powstawania zaburzeń, które lokalizowane są w czynnikach związanych z uwarunkowaniami psychicznymi, społecznymi (środowiskowymi, sytuacyjnymi) i somatycznymi,
- c) skutków, jakie przejawiane zaburzenia spowodowały w wymiarze osobistym i społecznym.

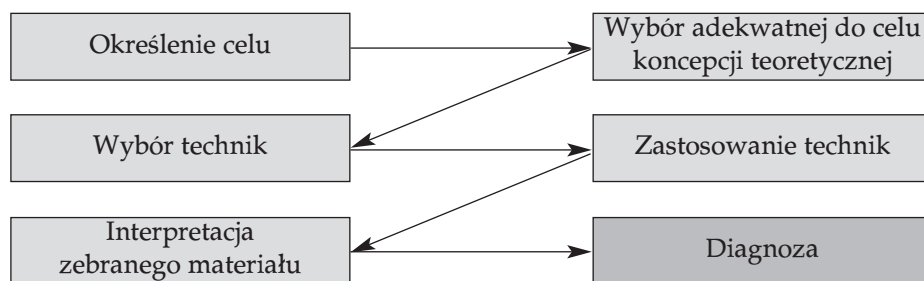
Diagnoza pozytywna obejmuje natomiast określenie następujących obszarów, w których poszukuje się czynników mogących wspomagać proces modyfikacji sfer zaburzonych:

- a) właściwości jednostki,
- b) mechanizmy osobowości,
- c) wpływy środowiskowe.

Diagnoza pełna obejmuje zatem skorelowane ze sobą i poddane analizie teoretycznej wnioski wypływające z diagnozy pozytywnej i negatywnej, co pozwala na dokonanie opisu przyjętego programu oddziaływań modyfikujących procesy rozwojowe. Model postępowania i opisu diagnostycznego, charakterystyczny dla diagnozy dynamiczno-rozwojowej, zawiera ponadto obszar informacji w układzie poprzecznym (teraźniejszość) oraz informacje dotyczące zmian w układzie podłużnym (biograficznym), co łącznie pozwala na ocenę progresywnego rozwoju rozpoznawanych zjawisk (diagnoza prognostyczna), przy uwzględnieniu odniesienia uzyskanych informacji do przyjętych założeń teoretycznych. Schemat ten dotyczy – jak nietrudno zauważyć – w pewnym sensie diagnozy wstępnej, gdyż nie uwzględniono w nim

bezpośrednio konieczności weryfikacji ani postępowania diagnostycznego, ani też przyjętych na jego podstawie efektów postępowania korekcyjnego, choć założenia takie autorka czyni, opisując proponowany przez siebie model. Pełny zatem model diagnozy decyzyjnej musi zostać uzupełniony o etap sprawdzania przyjętych hipotez diagnostycznych i hipotez dotyczących postępowania interwencyjnego.

Dokonując próby stworzenia zgeneralizowanego modelu postępowania diagnostycznego, można przyjąć, iż proces diagnozowania w strukturalnym ujęciu stanowią kolejno następujące po sobie ogólne czynności, które prowadzą do opisu, wyjaśnienia i interpretacji pewnych obszarów problemowych. Można go przedstawić w postaci ogólnego schematu (rycina 2). W strukturze procesu diagnozowania widoczne są zatem trzy klasy czynności diagnostyki: określenie przedmiotu diagnozy (postulowanie, konceptualizacja), proces dokonywania wyboru metod i technik diagnozy (optymalizowanie, organizowanie), zastosowanie tychże metod i technik (etap realizacji; Pytka, 1986, s. 63).



Rycina 2. Ogólny schemat czynności składających się na proces diagnozy

Źródło: Ostrowska, 1998, s. 189.

Podsumowanie

Zaproponowany model diagnozy zaburzeń osobowości i zaburzeń w zachowaniu nie eliminuje potrzeby myślenia diagnostycznego, a wręcz odwrotnie, zmusza do twórczego myślenia z uwagi choćby na uwzględnianie większej liczby danych, niż to ma miejsce w badaniach metoda-

mi typowo klinicznymi. Swoistą pomocą w konstruowaniu autorskiego – i zawsze dostosowanego do indywidualnej sytuacji podmiotu poznania strukturalnego – modelu diagnozy przedmiotowych zjawisk jest świadomość problemów, jakie w tym zakresie występują. Celem rozumowania diagnostycznego jest bowiem identyfikowanie cech, które pozwalają na zakwalifikowanie danego przypadku do określonej kategorii diagnostycznej (diagnoza formalna, oparta na eksperckich kryteriach diagnostycznych), ale także poszukiwanie cech, które pozostają w sprzeczności ze specyficznymi kryteriami. Należy zatem rozwijać modele zarówno opisowe, jak i oparte na ściśle określonych kryteriach, dążąc do poszerzonego modelu ilościowo-jakościowego (Wolańczyk, 2002, s. 60).

Zaproponowany model poznania z pewnością nie rozwiązuje wszystkich problemów diagnostycznych, które świadomy badacz musi uwzględniać w swoim postępowaniu, jednakże większość tych zasygnalizowanych w tym opracowaniu – eliminuje, jeśli formalna jego struktura zostanie wypełniona odpowiednimi treściami:

- a) określając płaszczyzny obserwacji i różne metody badania (ilościowe i jakościowe) pozwala nie tylko na identyfikację symptomów zaburzeń (diagnoza różnicowa), ale daje podstawę formułowania standardów oceny,
- b) wskazując płaszczyzny obserwacji i cyrkularność następujących po sobie etapów diagnozy decyzyjnej, pozwala realizować zasadę wieloaspektowości i interdyscyplinarności dokonywanych analiz, całościowość, holizm i nieskończoność procesu poznania,
- c) określając perspektywy widzenia, rozwiązuje problem związany z koniecznością uwzględniania wielu źródeł informacji oraz częściowo problem nastawienia diagnosty do rozpoznawanych obszarów zaburzeń (dystans i „trzeci, idealny obserwator”),
- d) określając przekroje poznania, źródła informacji i różne płaszczyzny dokonywanych obserwacji, rozwiązuje w pewnym stopniu problem związany z koniecznością uwzględniania kontekstu rozwojowo-społecznego,
- e) wskazując konieczność uwzględniania różnych podejść metodologicznych, stanowi postawę rozwiązania problemu podejścia diagnosty do rozpoznawanych zjawisk – postawa badacza *vs* postawa eksperta, a także możliwość dokonania nie tylko diagnozy różnicowej, ale tzw. pełnej, wieloaspektowej.

Model ten wymaga jednak ogromnych kompetencji, samoświadomości i samodyscypliny, a także i pewnej „pokory” diagnosty badacza,

który skazany jest na nieskończoność i niepewność w dokonywaniu „ostatecznej” konkluzji oceniającej. Ta zaś zawsze jest jedynie prawdopodobna, a – rozpatrywana w różnej perspektywie teoretycznej – może prowadzić do odmiennych wniosków.

Bibliografia

- Achenbach T. M. (1982), *Developmental psychopathology*, Wiley, New York.
- Achenbach T. M. (1985), *Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology*, Sage, Newbury Park, CA.
- Barclay J. R. (1991), *Psychological assessment: A theory and systems approach*, FL: Krieger Publishing Co., Malabar.
- Brzeziński J., Kowalik S. (1991), *Społeczne uwarunkowania diagnozy klinicznej*, [w:] *Społeczna psychologia kliniczna*, (red.) H. Sęk, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Czabała C. J. (2000), *Psychologiczna diagnoza zaburzeń psychicznych*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3, (red.) J. Strelau, GWP, Gdańsk.
- Erikson E. H. (2004), *Tożsamość a cykl życia*, Zysk i S-ka, Poznań.
- Jakubik A. (1997), *Zaburzenia osobowości*, PZWL, Warszawa.
- Janowski A., (1975), *Poznawanie uczniów: zdobywanie informacji w pracy wychowawczej*, WSiP, Warszawa.
- Jarymowicz M. (1999), *Poznać siebie – zrozumieć innych*, [w:] *Humanistyka przelomu wieków*, (red.) J. Koziński, Żak, Warszawa.
- Kelly E. L. (1995), *Diagnozowanie w psychologii – sytuacja obecna i perspektywy*, [w:] *Testowanie a ocena kliniczna. Wybrane problemy*, Biblioteka Psychologa Praktyka, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa.
- Kępiński A. (1989), *Poznanie chorego*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa.
- Obuchowska I. (1983), *Dynamika nerwic. Psychologiczne problemy zaburzeń nerwicowych u dzieci i młodzieży*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Obuchowska I. (1997), *Diagnoza psychologiczna w poradniach psychologiczno-pedagogicznych*, „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego”, nr 2, 6-15.
- Ostrowska K. (1998), *Wokół rozwoju osobowości i systemu wartości*, CM-PPP MEN, Warszawa.
- Pytka L., *Teoretyczne problemy diagnozy w wychowaniu resocjalizującym*, Wyd. UW, Warszawa 1986.

- Radochoński M. (2000), *Osobowość antyspołeczna. Geneza, rozwój i obraz kliniczny*, Wyd. WSP, Rzeszów.
- Simon I. R., *Bad men do what good men dream*, American Psychiatric Press, Washington DC.
- Stranger C., McConaughy S. H., Achenbach T. M. (1991), *Three-year course of behavioral/emotional problems in a national sample of 4- to 16-year-olds: Predictors of syndromes*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, nr 30, 184-194.
- Urban B. (2000), *Zaburzenia w zachowaniu i przestępczość młodzieży*, Wyd. UJ, Kraków.
- Wolańczyk T. (2002), *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce*, Wyd. Akademii Medycznej w Warszawie, Warszawa.

Diagnosis of behavioral and personality disorders – dilemmas and methodological suggestions

Summary. The paper presents the main theoretical assumptions and methodological rudiments of making diagnosis of behavioral and personality disorders; definitions, diagnostic criteria, manifestations, typologies.

The paper also contains a short and synthetic characteristic of general, structural interdisciplinary model of diagnosis concerning behavioral and personality disorders, and presents a diagnostician's roles, attitudes and skills. It also indicates the most common mistakes of this diagnosis.

The author additionally describes a basic paradigm and a strategy, moreover methods and tools, which may be used in a diagnosis of behavioral and personality disorders.

EWA JAROSZ

Rozpoznawanie sytuacji psychospołecznej dziecka w rodzinie – założenia zintegrowanego modelu diagnozy

W dorobku pedagogiki, zwłaszcza pedagogiki społecznej i społecznej, znajdujemy wiele propozycji diagnozy rodziny jako podstawowego środowiska rozwoju i wychowania dziecka. Propozycje te formułują najczęściej przedmiot diagnozy rodziny, określając mniej lub bardziej szczegółowo obszary poddawane rozpoznaniu, czynniki opisu rodziny (wskaźniki) czy kategorie oceny. Niektóre z nich mają charakter postulatowy, podczas gdy inne wypływają z praktycznych doświadczeń zrealizowanych empirycznych prób i eksploracji.

Do klasycznych koncepcji badania rodziny w pedagogice należy z pewnością propozycja Ewy Marynowicz-Hetki (1987, 2006), która przedstawia praktyczne podejście do rozpoznawania zagrożenia rozwoju biologicznego, społecznego i kulturalnego dziecka w rodzinie, posługując się kategorią oceny w postaci progów zagrożenia.

Innym równie klasycznym już przykładem jest przedstawiona przez Stanisława Kawulę (1997) propozycja pedagogicznej diagnozy rodziny, o charakterze tzw. diagnozy typologicznej, sugerująca konieczność uwzględnienia w opisie typologicznym rodziny czynników z kilku grup rodzajowych: ekonomiczno-społecznej, kulturalnej i psychospołecznej. Propozycja ta sugeruje wykorzystanie kategorii typologicznych, takich jak *rodzina wzorowa*, *normalna*, *jeszcze wydolna wychowawczo*, *już niewydolna wychowawczo* i *rodzina patologiczna*.

Dość znaną typologizację rodziny jako środowiska wychowawczego przedstawił również Wiesław Ambrozik (1997, s. 46-47). Zgodnie

z nią poznanie rodziny opiera się na wykorzystaniu trzech kategorii oceny: *rodzina normalna, zdezorganizowana, zdemoralizowana*.

Prezentując przykłady ujęć diagnostycznych dotyczących rodziny i oceny środowiska opiekuńczo-wychowawczego, które tworzy, nawiązać należy także do wcześniejszych propozycji wykorzystania diagnozy typologicznej w celu poznawania i oceny środowiska wychowawczego stworzonego przez rodzinę, przykładowo do tej, którą przedstawił Jacek Piekarski (1987), czy spopularyzowanej mocno w środowisku pedagogów (zwłaszcza praktyków) zaproponowanej przez Marię Jarosz (1987), a dotyczącej opisu rodziny w kategoriach: rodzina funkcjonalna i rodzina dysfunkcjonalna. Przypomnieć można też, iż w diagnozie rodziny wcale nierzadko w pedagogice odwołujemy się aktualnie do klasycznego schematu poznania rodziny jako środowiska wychowawczego, który całe dziesięciolecia temu przedstawił w swoim Arkuszu Schematycznym Józef Pieter (1971).

Wartościowe propozycje na temat diagnozy rodziny znajdujemy również w obszarze pedagogiki socjalnej i pracy socjalnej. Przykładami godnymi przytoczenia są: diagnoza systemów rodzinnych Charlsa D. Garvina i Bretta A. Seabury'ego (1998) czy diagnoza sytuacji kryzysowej w rodzinie przedstawiona przez Agnieszkę Leśniak i Agnieszkę Dobrzyńską-Mesterhazy (1996), a także diagnoza rodzin ryzyka w ujęciu zaproponowanym przez Ewę Kantowicz (2001).

Poza propozycjami dotyczącymi operacjonalizacji i kategoryzacji przedmiotu poznania w diagnozie rodziny, bardziej dociekliwy Czytelnik może odnaleźć w literaturze przedmiotu również cenne sugestie autorów na temat reguł, jakie powinny przyświecać rozpoznawaniu rodziny i poznawczo-metodologicznej postawie badacza – czy to naukowca, czy badacza praktyka – nauczyciela, wychowawcy, pedagoga szkolnego, pracownika socjalnego, diagnostę poradni psychologiczno-pedagogicznej i innych (Jarosz, Wysocka, 2006; Jarosz 2003a). Wskazać tu możemy na takich autorów formułujących owe sugestie, jak Natalia Han-Igliewicz, Stanisław Kawula, Jacek Piekarski, Ewa Marynowicz-Hetka, a także na autorów próbujących wyraźniej specyfikować owe zasady (zob. np. Jarosz, 2003b; Jarosz, Wysocka, 2006). Można również odnaleźć w literaturze przedmiotu propozycje dotyczące prób usystematyzowania rozwiązań metodologicznych – ogólnych strategii badania rodziny jako środowiska wychowawczego, które określają, jakie ogólne profile badawcze stosowane są w praktycznej (decyzyjnej) diagnozie, jak też w diagnozach poznawczych (Jarosz, 2001).

Doceniając dotychczasowy dorobek w zakresie diagnozy rodziny w ujęciu pedagogicznym, zauważamy jednak stałą potrzebę doskonalenia wiedzy w tym zakresie i rozbudowywania zarówno obszaru ujęć teoretycznych, jak i warsztatu metodologicznego. Szczególny niedosyt odczuwamy w zakresie funkcjonowania zwartych koncepcji diagnozy rodziny – swoistych modeli diagnostycznych. Niedosyt odczuwany tym wyraźniej, im bardziej – co obserwujemy współcześnie – idea diagnozy pedagogicznej przybiera kierunek diagnozy interdyscyplinarnej¹. Tworzenie, budowanie takich modeli nie należy z pewnością do łatwych przedsięwzięć. Różnorodność problemów, tematów, które mogą być lub są analizowane w diagnozie rodziny, wielość zjawisk, z którymi mamy do czynienia w tym obszarze, przekreśla niestety szanse na tworzenie bardziej uniwersalnych modeli diagnoz dziecka i rodziny. Zdecydowanie jednak należy podejmować wysiłki tworzenia takich modeli w pewnych nurtach tematycznych problemów – tych, które są w diagnozie rodziny najczęściej podejmowane. Chodzi o powstawanie propozycji modeli diagnozy rodziny, które wykraczałyby poza pojedyncze inicjatywy badawcze, które charakteryzowałyby się ponadjednostkową funkcjonalnością, i to zarówno w wymiarze diagnozy poznawczej, jak i decyzyjnej (praktycznej).

Jednym z takich zasadniczych nurtów tematycznych w diagnozie rodziny jest – jak się wydaje – analiza szans i zagrożeń rozwoju i wychowania dziecka w rodzinie. Ten obszar tematyczny diagnozy rodziny jest jednym z częściej i coraz chętniej realizowanych obszarów diagnozy praktycznej i naukowej w pedagogice. Dlatego potrzeba stworzenia modelu diagnozy odnoszącego się do tego obszaru wydaje się szczególnie widoczna. Stworzenie pełnego modelu wymaga oczywiście poważnego wysiłku, i to wysiłku zbiorowego, a funkcjonalność modelu powinna być potwierdzona przykładami konkretnych badań. Jednak faza jego projektowania, swoistego „szkicowania” może być z powodzeniem polem działania pojedynczych, indywidualnych badaczy. Z tym

¹ Postrzeganie diagnozy pedagogicznej w ujęciu interdyscyplinarnym daje się szczególnie zauważyć w pracach autorów z kilku ośrodków akademickich: ośrodka bydgoskiego (UKW) – autorów skupionych wokół Prof. dr hab. Marii Deptuły (np. 2004), ośrodka katowickiego (UŚ) z którego autorki Ewa Jarosz i Ewa Wysoka proponują szeroki i wielowymiarowy obraz diagnozy pedagogicznej jako psychopedagogicznej (2006), oraz ośrodka krakowskiego reprezentowanego tu osobą Prof. dr. hab. Stanisława Palki (np. 2006).

przeświadczeniem przedstawiam wstępną propozycję takiego modelu, a dokładniej założeń, na jakich powinien się opierać². Pierwszym krokiem tworzenia modelu jest bowiem określenie jego *podstawowych założeń*, będących jednocześnie założeniami diagnozy rodziny, dokonywanej w tej perspektywie. W przedstawianej propozycji główne założenia i ich rozwinięcie można sformułować następująco:

Założenie I

Budowanie modelu diagnozy szans i zagrożeń rozwoju dziecka w rodzinie musi dążyć do **interdyscyplinarnego charakteru diagnozy**. Wynika to z natury przedmiotu rozpoznania, który to przedmiot w tym przypadku odnosi się zarówno do rozwoju dziecka, jak i warunków owego rozwoju. Interdyscyplinarny charakter diagnozy oznacza więc konieczność uwzględniania różnych aspektów psychologicznych, socjologicznych, zdrowotnych, socjalnych oraz typowo pedagogicznych, jak i innych. Owe różne aspekty przenikają zasadnicze dla modelu *poła poznania*, którymi są:

- cechy i potrzeby rozwojowe dziecka;
- kompetencje rodzicielskie w zakresie zaspokajania potrzeb rozwojowych, kompetencje wypełniania ról rodzicielskich, funkcji i zdań opiekuńczo-wychowawczych;
- kontekst funkcjonowania rodziny obejmujący cechy strukturalne, społeczne, kulturowe, psychologiczne i środowiskowe.

Założenie II

Model diagnozy szans i zagrożeń rozwoju dziecka w rodzinie musi opierać się na **uwzględnieniu dynamiki rozwoju dziecka** i specyfiki jego potrzeb rozwojowych na różnych etapach rozwoju. Oznacza to, iż powinien on być plastyczny w zakresie formułowania kategorii poznania odnoszących się do: potrzeb dziecka, kompetencji rodziców do ich zaspokajania i warunków funkcjonowania rodziny, w zależności od wieku rozwojowego dzieci. Różne potrzeby, różne kompetencje rodziców i warunki, w których rodzina jest osadzona, powinny więc być pro-

² Jest to uszczegółowiony i rozszerzony model oparty na przedstawianej przez mnie propozycji diagnozy rodziny dla potrzeb socjalnych, która ukazała się jako publikacja w pracy zbiorowej *Praca socjalna w organizacjach pozarządowych*, (red.) B. Kromolicka, Wyd. Akapit, Toruń 2005.

ponowane w Modelu jako wskaźniki diagnostyczne, bądź różnie akcentowana powinna być ich rola, w zależności od ich znaczenia dla rozwoju dziecka.

Założenie III

Model diagnozy rodziny w perspektywie analizy szans i zagrożeń rozwoju dziecka powinien **opierać się na podejściu ekologicznym**. Jedną z najczęściej stosowanych w badaniach nad dzieckiem i środowiskiem jego rozwoju koncepcją jest teoria ekologii humanistycznej Urie Bronfenbrennera, ukazująca powiązania i relacje między jednostką a różnymi „warstwami” jej otoczenia, składającymi się na jej środowisko (Izdebska, 2000). Teorię Bronfenbrennera zaadaptował do badań nad rodziną i sytuacją dziecka w rodzinie w roku 1977 James Garbarino, w zaprezentowanym w „Journal of Marriage and Family” artykule *The human ecology of child maltreatment*, w którym przedstawiał tezy tej teorii jako funkcjonalne do analizy problemów krzywdzenia dziecka w rodzinie (Rosenberg, Germain, 1987). Koncepcję tę rozwinął następnie Belsky (1980) stwierdzając, iż to, w jaki sposób rodzice traktują dzieci, wynika z działania rozmaitych sił, oddziałujących na jednostkę i rodzinę, jak również społeczność oraz kulturę, w obszarze której pozostaje rodzina i jednostka (podano za: Browne, Herbert, 1999, s. 42). W świetle tej teorii podstawowymi kategoriami diagnozy sytuacji dziecka w rodzinie stają się dla nas:

- *mikrosystem* (jednostka – dziecko),
- *mezosystem* (relacje rodzinne i cechy wewnętrzne rodziny),
- *egzosystem* (otoczenie rodziny, jej środowisko lokalne), oraz
- *makrosystem* (ogólne warunki życia rodzin w społeczeństwie).

Konieczność uwzględnienia podejścia ekologicznego w modelu diagnozy dziecka i rodziny wydaje się obecnie bezdyskusyjna. Podejście to jest widoczne w wielu znaczących przykładach diagnoz poznawczych i decyzyjnych, jak i wyraźnie sugerowane w standardach na temat analizy różnych problemów.

Założenie IV

Odwołując się do ogólnych zasad diagnozy psychopedagogicznej, jako kolejne założenie tworzonego modelu diagnozy szans i zagrożeń rozwoju dziecka w rodzinie, postrzegać należy konieczność rozpoznawania w diagnozie zarówno trudności, braków i barier, jakimi charak-

teryzuje się sytuacja dziecka w rodzinie, jak i zasobów, to znaczy **rozpoznawanie potencjałów dziecka i jego warunków rodzinnych**. W pedagogice odwołujemy się do zasady diagnozy pozytywnej, którą to zasadę poznania podkreślał kiedyś Aleksander Kamiński (1979), stwierdzając, iż celem rozpoznania w pedagogice jest (także) odkrycie sił jednostki i jej najbliższego środowiska³.

Założenie V

Ze względów praktycznych, **stopień strukturalizowania modelu powinien być znacząco zaawansowany**. Jeśli model ma charakteryzować się funkcjonalnością – tzn. sprawdzać się w praktyce jako wydatna pomoc dla indywidualnych inicjatyw diagnostycznych (czy to decyzyjnych, czy poznawczo-naukowych), to powinien możliwie maksymalnie operacjonalizować przedmiot poznania. To założenie wysokiej strukturalizacji modelu jest spójne z globalnymi tendencjami w tym zakresie⁴. Co więcej jednak, ustrukturalizowanie modelu ułatwia dobór konkretnych wskaźników diagnozy a w konsekwencji dobór środków diagnozy. Odnosząc tę ideę do określonych wcześniej głównych pól wyznaczających przedmiot diagnozy rodziny, stajemy wobec konieczności ustalenia zasadniczych dla każdego pola kwestii podlegających diagnozie, czyli konieczności operacjonalizacji przedmiotu diagnozy. Odpowiednio więc należy dążyć do:

- określenia, czego ma dotyczyć analiza potrzeb rozwojowych dziecka, do ustalenia, jakie są główne domeny poznania sytuacji rozwojowej dziecka;

³ Szerzej zasadę diagnozy pozytywnej rodziny wyjaśniam za: E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna podstawowe problemy i rozwiązania*, Warszawa 2006.

⁴ Od jakiegoś czasu zauważyć można wyraźne tendencje formułowania standardów ogólnych odnoszących się zarówno do całej sfery tzw. ochrony dziecka i rodziny, jak i bezpośrednio do kwestii rozpoznawania sytuacji dziecka w rodzinie. Przykładami w tej mierze są ukazujące się, opracowywane przez różne gremia – organizacje, stowarzyszenia, ośrodki naukowe propozycje. Jako egzemplifikacje przytoczyć można: *Global standards of child protection* opracowane przez kilka wiodących światowych organizacji zajmujących się kwestiami ochrony dzieci, jak np. Save the Children, NSPCC, World Vision (www.keepingchildrensafe.org.uk), *Integrated Children System* proponowany przez rządowe instytucje ochrony dzieci w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii (www.doh.gov.uk), czy promowane przez Światową Organizację Zdrowia i Międzynarodowe Stowarzyszenia Zapobiegania Krzywdzeniu i Zaniedbywaniu Dzieci *Intersectoral Approach to Child Maltreatment* (www.ispcan.org).

- określenia, jakie są podstawowe wymiary jakości opieki rodzicielskiej;
- co składa się na zasadnicze kompetencje rodzicielskie, kompetencje w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych;
- określenia, jakie warunki i cechy rodziny oraz cechy jej otoczenia i sytuacji społecznej najbardziej znacząco wpływają na charakter i jakość opieki rodzicielskiej oraz na możliwości zaspokajania potrzeb rozwojowych dziecka przez ich rodziców.

Te czynności są z pewnością trudnym momentem budowania modelu, etapem szczególnie narażonym na uchybienia. Użytecznym rozwiązaniem może być tu przegląd wielu różnych, także wymienianych w tym opracowaniu, propozycji dotyczących czynników opisu rodziny jako środowiska wychowawczego oraz propozycji dotyczących analizy sytuacji dziecka w rodzinie. Warto również skorzystać z licznych doniesień badawczych z zakresu psychopedagogicznych i socjalnych analiz nad oddziaływaniem rodziny na rozwój dziecka oraz opracowań teoretycznych i empirycznych na temat rodzinnych determinantów zaburzeń rozwoju i problemów dezadaptacji społecznej i życiowej dzieci. Stosując taką strategię, można wstępnie zaproponować następujące rozwiązanie, specyfikujące przedmiot analiz w każdym z wymienionych wcześniej obszarów (pól) diagnozy szans i zagrożeń rozwoju dziecka w rodzinie:

1. Analiza potrzeb rozwojowych dziecka powinna uwzględniać co najmniej:

sytuację zdrowotną dziecka

określając kwestie rozwoju fizycznego, ogólnego stanu zdrowia, snu, odżywiania, rekreacji, opieki medycznej, tzw. wypadków, deficytów rozwojowych, zaburzeń;

sytuację szkolną dziecka

charakteryzując możliwości rozwoju poznawczego w kontekście sposobu realizacji obowiązków szkolnych, tzw. przystosowania szkolnego, osiągnięć szkolnych, statusu akademickiego i społecznego w szkole;

zachowanie i emocje dziecka

analizując samopoczucie dziecka, jego nastawienie do rówieśników, otwartość społeczną i izolację społeczną, potrzebę kontaktów społecznych, zachowania prospołeczne i antyspołeczne;

poczucie tożsamości dziecka

obejmujące takie kompetencje dziecka, jak znajomość siebie i swojego otoczenia, poczucie przynależności, wiara w siebie, zadowolenie z siebie i własnych osiągnięć;

relacje rodzinne i społeczne

czyli przywiązanie dziecka do rodziny, jego samopoczucie w rodzinie, zachowania wobec członków rodziny własnej i rozszerzonej oraz dbałość dziecka o ocenę społeczną, zachowania prowokacyjne (w tym seksualne), dystans społeczny wobec obcych;

rozwój samodzielności

to znaczy poziom umiejętności samoobsługi, posiadanie podstawowych umiejętności życiowych, umiejętność korzystania z pomocy innych itp.

2. Rozpoznanie jakości opieki rodzicielskiej i kompetencji rodziców do zaspokajania potrzeb rozwojowych dziecka, na zasadzie swobodnego kanonu powinno obejmować analizę:

- podstawowej opieki sprawowanej nad dzieckiem i zabezpieczenie jego elementarnych potrzeb biologicznych i społecznych,
- zainteresowania dzieckiem i jego problemami szkolnymi, zdrowotnymi, rówieśniczymi
- fizycznego i społecznego bezpieczeństwa zapewnianego przez rodziców dziecku (w tym ochrona przed niebezpieczeństwem i nadużyciami ze strony innych),
- zaspokajania potrzeb emocjonalnych dziecka,
- umiejętności i możliwości rodziców w zakresie stymulowania rozwoju poznawczego dziecka (w tym rozwoju językowego),
- sposobu kierowania dzieckiem przez rodziców, jakość i środków nadzoru nad nim,
- stabilności w podejściu do dziecka, konsekwencji wychowawczej, rutyny życia codziennego.

Ponadto należy analizować i inne cechy rodziców (kompetencje rodzicielskie i cechy osobowościowe), w zależności od szczegółowego problemu determinującego aktywność diagnostyczną wobec rodziny⁵.

3. W obszarze społecznego, socjalnego i psychologicznego kontekstu sprawowania opieki rodzicielskiej, określającym też kontekst zaspokajania potrzeb rozwojowych dziecka należy, jak się wydaje, uwzględnić analizę następujących zmiennych:

⁵ Jako przykład niech posłuży tu specyfikacja cech rodziców, które analizowane powinny być w kontekście zagrożenia dziecka krzywdzeniem w rodzinie, opracowana przeze mnie w ramach propozycji tzw. wstępnej diagnozy przemocy nad dzieckiem w rodzinie. Zob. E. Jarosz, E. Wysocka, *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*. Wydawnictwa Akademickie ŻAK, Warszawa 2006.

historię rodziny

obejmującą pochodzenie rodziców i ich doświadczenia socjalizacji w rodzinie generacyjnej, ale również występowanie szczególnych, traumatycznych doświadczeń w funkcjonowaniu i historii rodziny i w funkcjonowaniu jej indywidualnych członków (np. osobiste doświadczanie przez rodzica maltretowania i zaniedbywania w dzieciństwie czy wydarzenia dotyczące rodzeństwa, czy doświadczenia traumatyczne tzw. straty rodzinnej – śmierci);

funkcjonowanie rodziny we wzajemnych relacjach i cechy członków rodziny

w tym: radzenie sobie przez rodziców z zachowaniem lub defektami dziecka, relacje pomiędzy rodzicami (w tym przemoc), występowanie wśród członków rodziny niskiej sprawności intelektualnej, słabego zdrowia, przewlekłej choroby, problemów w zachowaniu, problemów uzależnieniowych, problemów w uczeniu się, upośledzenia zmysłów, zaburzeń czy chorób psychicznych lub innych cech obciążających;

relacje z rodziną rozszerzoną

istotne szczególnie w kontekście pomocy i wsparcia otrzymywanych ze strony krewnych, zarówno w wymiarze materialnym, jak i psychologicznym, w postaci pomocy praktycznej w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w opiece nad dziećmi itp.;

socjalne zabezpieczenie rodziny,

poprzez rozpatrzenie dochodów rodziny i jej „samopoczucia finansowego” oraz kwestii zatrudnienia rodziców (braku pracy, rodzaju pracy, stopnia zaangażowania w pracę);

integrację społeczną rodziny,

która obejmuje między innymi kwestie opinii o rodzinie w jej środowisku, problemów dyskryminacji czy prześladowania rodziny lub jej członków, posiadanie przyjaciół przez rodzinę oraz zaangażowanie rodziny w życie społeczności lokalnej;

kontekst środowiska lokalnego rodziny

w tym przede wszystkim dostęp rodziny do instytucji i organizacji wsparcia i pomocy (służba zdrowia, policja, pomoc społeczna, leczenie uzależnień, opieka nad dzieckiem), ale też instytucji upowszechniania kultury, rozwoju zainteresowań, rozrywki i rekreacji oraz jej rzeczywiste korzystanie z „lokalnych zasobów”.

Założenie VI

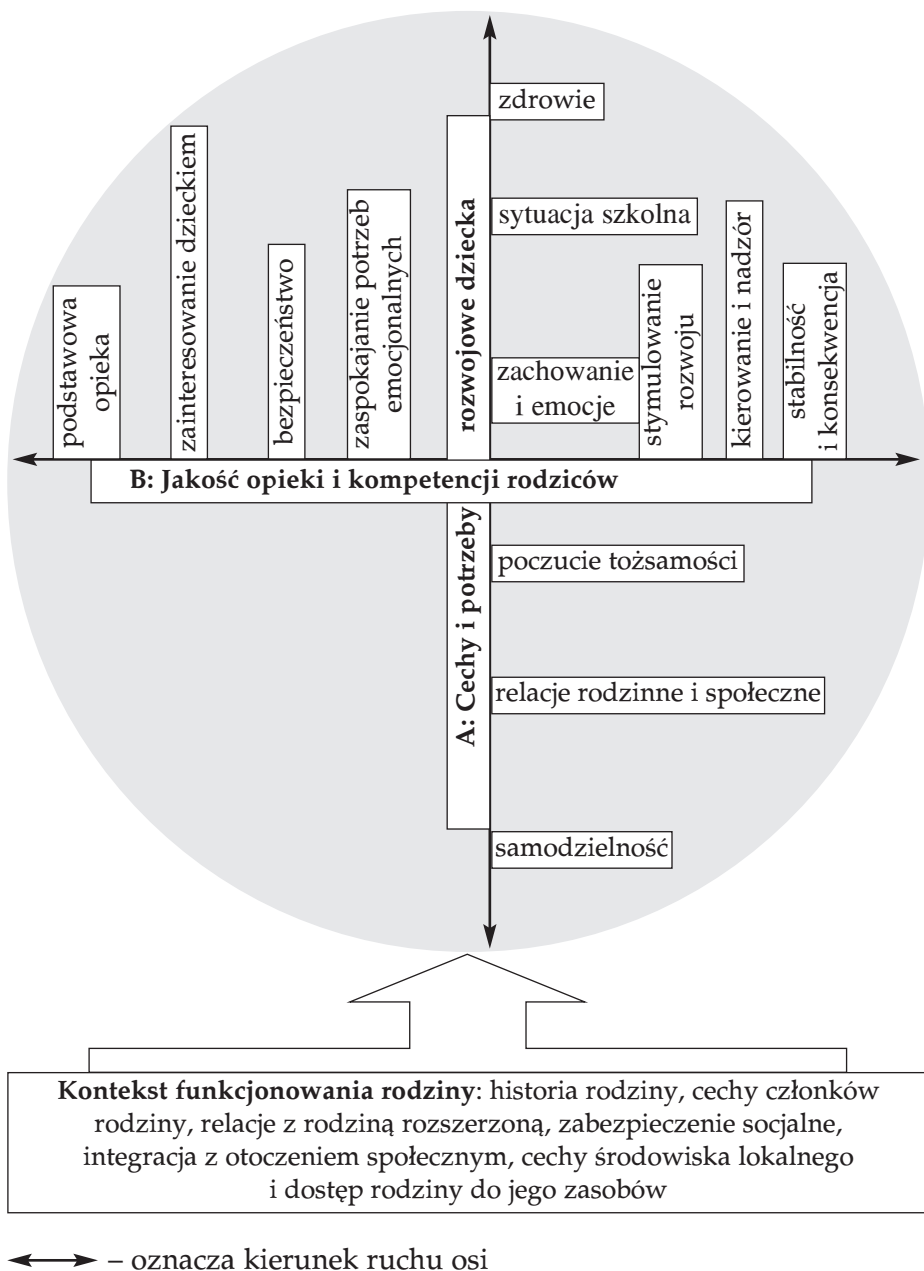
Wśród podstawowych założeń modelu wymienić należy także to, które niejako warunkuje jego funkcjonowanie – jego **integrację**. Wszy-

stkie pola i w nich występujące domeny przedmiotu rozpoznania (diagnozy), nie mogą stanowić luźnego zbioru kwestii, zagadnień i cech poddawanych rozpoznaniu. W diagnozie sytuacji dziecka w rodzinie musimy analizować je w odpowiadających im układach. Takie podejście holistyczne również wcześniej było wyrażane przez autorów podejmujących problematykę diagnozy rodziny (zob np. Piekarski, 1987; Jarosz, 2003). Jako założenie modelu możemy wyrazić to następująco:

Rozpoznanie szans i zagrożeń rozwoju dziecka w rodzinie obejmuje określenie potrzeb dziecka charakterystycznych dla jego poziomu rozwojowego i indywidualnych własności jego organizmu oraz potrzeb wynikających z dotychczasowych jego doświadczeń życiowych, a także rozpoznanie możliwości i kompetencji rodziców do zaspokajania poszczególnych potrzeb w kontekście cech rodziny i psychospołecznych cech jej członków, oraz środowiskowych warunków sprawowania przez rodzinę opieki nad dzieckiem i wspierania jego rozwoju.

Przedstawiona w powyższym określeniu wykładnia istoty modelu wyraża dość jednoznacznie jego intencje jako **zintegrowanego modelu diagnozy szans i zagrożeń rozwoju dziecka w rodzinie**.

Schematyczną postać Modelu można by zobrazować przy pomocy dwóch ruchomych względem siebie osi: jednej (oś A) – wyznaczającej sytuację rozwojową dziecka – jego cechy i potrzeby rozwojowe oraz drugiej (oś B) – wytyczającej analizowane w diagnozie kompetencje rodzicielskie (opiekuńcze i wychowawcze). Ruchomy względem siebie układ przecinających się osi – gdzie oś A porusza się w pionie a oś B w poziomie – oznacza, iż rozpoznawanym cechom i potrzebom rozwojowym dziecka towarzyszy analiza różnych (odpowiednich) cech opieki rodzicielskiej i kompetencji rodziców w zakresie zaspokajania danych potrzeb rozwojowych dziecka, czy też określonych potrzeb wynikających z jego specyficznej sytuacji lub doświadczeń (np. niekorzystna sytuacja rówieśnicza w szkole czy jakieś traumatyczne doświadczenia z wcześniejszych okresów). Obie osie znajdują się w sferze (symbolizowanej w schemacie kołem) społecznych, socjalnych i psychologicznych cech i warunków, stanowiących kontekst jakości opieki rodzicielskiej i kompetencji rodziców do zaspokajania potrzeb dziecka, który jest w diagnozie – jako trzeci główny obszar przedmiotowy – rozpoznawany. Jakkolwiek w intencji proponowany schemat modelu musiałby przyjąć postać przestrzenną (ruchome w sferze i względem siebie osie) techniczne możliwości pozwalają jedynie przedstawić jego dwuwymiarową (płaską) postać (zob. rycina 1).



Rycina 1. Zintegrowany model diagnozy szans i zagrożeń rozwoju dziecka w rodzinie

Źródło: opracowanie własne.

Bibliografia

- Ambrozik W. (1997), *Dewiacje wychowawcze w środowisku wiejskim*, Wyd. UAM, Poznań.
- Browne, K., Herbert M. (1999), *Zapobieganie przemocy w rodzinie*, WSiP S.A., Warszawa.
- Diagnostyka pedagogiczna i profilaktyka w szkole i środowisku lokalnym*, (2004) (red.) M. Deptuła, Wyd. AB, Bydgoszcz.
- Dobrzyńska-Mesterhazy A., Leśniak A. (1996), *Przemoc w rodzinie. Diagnostyka i interwencja kryzysowa*, [w:] *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej*, (wybór) W. Badura-Madej, Wyd. Nauk. Śląsk, Katowice.
- Garvin Ch.D., Seabury B.A. (1998), *Działania interpersonalne w pracy socjalnej*, Biblioteka Pracownika Socjalnego, Wyd. Nauk. Śląsk, Katowice.
- Izdebska J. (2000), *Dziecko w rodzinie u progu XXI wieku. Niepokoje i nadzieje*, TransHumana, Białystok.
- Jarosz E. (2001), *Dom który krzywdzi*, Wyd. Nauk. Śląsk, Katowice.
- Jarosz E. (2003a), *Diagnoza rodziny*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 1, (red.) T. Pilch, Wyd. Żak, Warszawa.
- Jarosz E. (2003b), *Diagnoza rodziny w praktyce pedagogicznej – wskazania i możliwości*, „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego”, nr 1, 19–34.
- Jarosz E., Wysocka E. (2006), *Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*, Wyd. Żak, Warszawa.
- Jarosz M. (1987), *Dezorganizacja w rodzinie i społeczeństwie*, PAN Warszawa.
- Kantowicz E. (2001), *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Wyd. UW-M, Olsztyn.
- Kawula S. (1997), *Próba pedagogicznej typologizacji rodzin*, [w:] S. Kawula, J. Brągiel, A. Janke, *Pedagogika rodziny*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń.
- Marynowicz-Hetka, E. (1987), *Dziecko w rodzinie problemowej. Pomoc w rozwoju*, Wyd. NK, Warszawa.
- Marynowicz-Hetka E. (2006), *Pedagogika społeczna. Podręcznik akademicki*. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Palka S. (2006), *Metodologia, Badania, Praktyka pedagogiczna*, GWP, Gdańsk.
- Piekarski J. (1987), *Diagnoza typologiczna rodziny jako środowiska wychowawczego*, [w:] *Elementy diagnostyki pedagogicznej*, (red.) I. Lepalczyk i J. Badura, PWN, Warszawa.

- Pieter J. (1971), *Poznawanie środowiska wychowawczego*, Ossolineum, Wrocław.
- Rosenberg M.S., Germain R.B. (1987), *Psychological maltreatment: Theory, research, and ethical issues in psychology*, [w:] *Psychological maltreatment of children and youth*, (red.) M. Brassard, R. Germain, S. Hart, Pergamon Book, New York.

Recognizing psychosocial conditions of a child in a family – foundations of the integrated model of diagnosis

Summary. The Autor of the article in its first part expresses the necessity of building models of the diagnosis of a family in pedagogy. Family is in pedagogy generally seen as the basic environment, where a child grows up and creates his own personality. Therefore recognizing child needs and family's conditions of his needs fulfillment, belongs to fundamental activities in practise as well as in variety of research. Although we can meet some examples of such diagnostic models in polish literature, some that seemed to be rather common, and others that are created and applied almost in each of attempts in numbers of research that keep on exploring the family and child's situation in it, we lack models that would be useful for contemporary professionals – teachers, councilors, care workers, social workers etc. Currently, models that are integrated enough and multidisciplinary in nature are required as useful tools of a child and his family assessment. The second part of the article presents some foundations that in Author's opinion, should be underlying such models. These are: 1) interdisciplinarity nature of diagnosis, 2) taking into account the age of a child and variability of his needs and his development, 3) ecological approach, 4) identification of potentials of a child and his family, 5) the highest possible degree of the structuralization of a model, and 6) the inner integration of a model.

BLANKA POĆWIARDOWSKA

Diagnoza kompetencji wychowawczych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym

W ostatnim czasie pojęcie kompetencji jest stosowane w różnych kontekstach i bardzo często jest obarczone znaczeniem zaczerpniętym z potocznego myślenia. W tym artykule zostanie zasygnalizowana różnorodność pojmowania tego pojęcia. Przedstawione będą cztery narzędzia do diagnozy elementu kompetencji wychowawczych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym oraz te elementy kompetencji, których diagnozy dotąd nie podjęto.

Kompetencja określana jest jako instrument wykorzystywany do efektywnego działania związany z wiedzą podporządkowaną umiejętnościami, z motywacją do działania i przekonaniem o posiadaniu dyspozycji do danego działania (Czerepaniak-Walczak, 1994; Męczkowska, 2003). G. Caplan (1980 za: Masterpasqua, 1991) zdefiniował kompetencje jako wyuczone postawy lub naturalne zdolności manifestowane jako umiejętność konfrontowania się, aktywnej walki czy radzenia sobie z problemami życiowymi poprzez wykorzystanie sprawności poznawczych i społecznych. Tak określana kompetencja ma swoje korzenie w behawioryzmie i neobehawioryzmie, a R. Kwaśnica (1990) nazywa ją realizacyjną. Traktowana jako instrument przejawiający się w obserwowalnych zachowaniach, podlega treningowi i ewaluacji.

Kompetencja w ujęciu dynamicznym, określana jako interpretacyjna (Kwaśnica, 1990) jest głęboką strukturą poznawczą integrującą różne elementy, równoważącą relacje człowieka ze światem. Pełni funkcję adaptacyjną, sprzyjając zarazem kreowaniu i reorganizacji struktur poznawczych. W skład tak pojmowanej kompetencji wchodzi: wiedza,

umiejętności i postawy, które prowadzą do „wskazujących na przystosowanie wypląt w znaczących otoczeniach” (Sundberg, Snowden, Reynolds, 1978 za: Masterpasqua, 1991). Tak rozumiane pojęcie kompetencji powstało na gruncie psychologii poznawczej (np.: kompetencja poznawcza Piageta, językowa Chomskiego, kulturowa Levi-Straussa). Przyjęcie poglądu, że kompetencja jest strukturą poznawczą, która ulega reorganizacji, generowaniu, utrudnia jej pomiar i ogranicza go do oceny wytworów oraz skutków działań.

Na potrzeby tego artykułu przyjmuje się, że kompetencje wychowawcze rodziców to wiedza, umiejętności i postawy sprzyjające ciągłemu dostosowaniu się do potrzeb dziecka i wymagań otoczenia, łączące się z przekonaniem rodzica o dostępności do tych elementów i możliwości ich stosowania w praktyce.

Wiedza na temat potrzeb rozwojowych dziecka, celów stawianych w procesie wychowania i metod oddziaływań wychowawczych oraz właściwa postawa rodzicielska sprzyjają odnalezieniu równowagi między realizacją potrzeb wynikających z rozwoju dziecka a wymaganiami otoczenia. Pojawia się tu stale towarzyszący problem poszukiwania złotego środka między funkcją emancypacyjną a socjalizacyjną wychowania.

Kolejnym elementem kompetencji wychowawczych rodziców są umiejętności interpersonalne: nawiązywania i podtrzymywania kontaktu, dostrzegania potrzeb dziecka i umiejętnego reagowania na nie oraz radzenie sobie z trudnościami pojawiającymi się w relacjach z dzieckiem. Ważnymi umiejętnościami intrapersonalnymi, o których napisał Jacek Kurzępa (2002) w odniesieniu do nauczycieli, jest analizowanie własnego zachowania wobec dziecka w kontekście obranych przez rodzica celów oraz umiejętność rewitalizacji sił. Na przykład dla rodzica, którego dziecko ok. 3 roku życia przechodzi burzliwy etap rozwoju autonomii, poszukiwanie sposobów odprężenia może zwiększać skuteczność działania, a to wpływa na przekonanie rodzica o dostępności do posiadanych zasobów.

Postawa wobec dziecka, kolejny element składowy kompetencji, jest pojęciem najczęściej badanym i najszerzej opisywanym w literaturze i definiowana jest jako tendencja do zachowania się w pewien specyficzny sposób w stosunku do dziecka (Ziemska, 1973). Przejawia się w postrzeganiu dziecka i mówieniu o nim oraz działaniu wobec niego w określony sposób.

Istotnym elementem pojęcia kompetencji jest przekonanie o dostępności do wiedzy, umiejętności, postaw i o możliwości ich stosowania

w praktyce. Jeśli rodzic wykorzystuje do oddziaływań wychowawczych nieznaną dotąd np.: technikę aktywnego słuchania, a nie potrafi zaakceptować pojawiającej się u dziecka złości, może mieć poczucie, że dana technika jest nieskuteczna i niewarta stosowania. Błąd tego typu myślenia wiąże się z brakiem wiedzy dotyczącej tego sposobu postępowania z dzieckiem, a także z brakiem umiejętności radzenia sobie z własnymi emocjami w kontakcie z dzieckiem. Można przypuszczać, że przekonanie o dostępności do elementów kompetencji sprzyja korzystaniu z nich w rodzicielskiej praktyce wychowawczej.

Dzięki pojęciu kompetencji wychowawczych można przyrzeć się oddziaływaniom wychowawczym wobec dzieci. Przyjmując założenie, że rodzina jest mikrostrukturą z charakterystycznymi warunkami, swoistym układem więzi, określonymi rolami oraz z obowiązującymi normami postępowania (Kawula, 2005b), można poznać kompetencje wychowawcze rodziców, określić obszary, w których rodzice dobrze sobie radzą i te, w których potrzebują wsparcia lub pomocy dostosowanej do indywidualnych możliwości i potrzeb konkretnej rodziny. Szersze poznanie kompetencji, wynikające z przekonania, że rodzina jest otwartą grupą społeczną, w której występują podobne charakterystyczne cechy, pozwala na indywidualne planowanie działań, a także systemowe rozwiązania np.: przeniesienie na polski grunt doświadczeń „Zielonych Domów” Françoise Dolto dla rodziców i małych dzieci, prowadzenie przedmiotu „Wychowanie do życia w rodzinie”, tak aby młodzież miała warunki do podejmowania refleksji na temat celów i oddziaływań wychowawczych, które stosowane są w ich rodzinie i tych, które sami chcieliby stosować w przyszłości wobec własnych dzieci.

Trudność w diagnozowaniu kompetencji wychowawczych związana jest z jej ciągłą zmianą i z brakiem badań z zakresu wiedzy rodziców na temat rozwoju dziecka i jego wychowania, umiejętności interpersonalnych i intrapersonalnych oraz przekonań o dostępności do tych zasobów i możliwości ich stosowania.

Najczęściej badania związane z oddziaływaniami wychowawczymi rodziców dotyczyły postaw (Ziemska, 1981; Marten, 1994; Plopa, 2005), stylów wychowania (Ryś, 2004) albo stylów komunikacji rodzicielskiej (Grygielski, 1999). Badania dotyczące postaw wychowawczych rozwijały się w różnych kierunkach. Początkowo badano wyłącznie postawy, uczucia i postępowanie rodziców wobec dziecka. Kolejny krok w rozwoju badań nastąpił w momencie pojawienia się wymogu metodologicznego, związanego z koniecznością analizowania wiedzy, emocji i za-

chowań obu uczestników interakcji (Ziemska, 1981; Marten, 1994). Takie podejście zaowocowało powstaniem narzędzi, których celem było poznanie postrzegania i odczuwania postaw rodziców przez dzieci, a także wzajemne postrzeganie postaw współmałżonków wobec siebie (badanie całości wzajemnych relacji w rodzinie). Rozszerzeniem możliwości poznania relacji wychowawczej stało się postrzeganie postępowania współmałżonka wobec dziecka (ojciec ocenia postawę matki wobec dziecka i na odwrot).

W niniejszym tekście zaprezentowane zostały cztery narzędzia **do diagnozy elementu kompetencji wychowawczych** rodziców dzieci w wieku przedszkolnym, jakimi są postawy rodzicielskie. W badaniach oddziaływania rodzicielskie definiowano jako postawy, wymiary, style. Pomimo różnorodności sformułowań te określenia są pojęciowo zbliżone do siebie i zostały przedstawione, ponieważ mogą stanowić istotną część diagnozy kompetencji wychowawczych.

Najczęściej używanym narzędziem do diagnozy postaw rodzica wobec dziecka jest **Kwestionariusz dla Rodziców** do badania postaw rodzicielskich Marii Ziemskiej (1981). Zawiera on 41 stwierdzeń (w tym 2 buforowe) i czterostopniową skalę, za pomocą której rodzice oceniają stopień słuszności danego twierdzenia. Skale dotyczą górowania nad dzieckiem, bezradności wobec dziecka, dystansu w kontakcie z dzieckiem i koncentracji uczuciowej na dziecku. Uzyskanie wysokich wyników świadczy o nieodpowiedniej postawie wychowawczej wobec dziecka. Ogólne sformułowanie twierdzeń powoduje, że respondent bez obaw może wyrazić swoje poglądy nawet wtedy, gdy nie są one społecznie akceptowane. Przykładowe stwierdzenia z kwestionariusza: *dziecku nie trzeba okazywać zbyt wiele uczucia* (skala dystansu), *dziecko powinno być stawiane w domu na pierwszym miejscu* (skala koncentracji), *trzeba ukrać niecierpliwość i ruchliwość dziecka* (skala górowania), *czuję, że trudniej mi niż innym rodzicom chować dziecko* (skala bezradności). Skala dotycząca bezradności związana z poczuciem braku umiejętności radzenia sobie z dzieckiem powiązana jest z pojęciem kompetencji wychowawczych dotyczącym przekonania o dostępie do atrybutów stanowiących o posiadaniu tej kompetencji. Przeprowadzone badania trafności fasadowej, wewnętrznej i teoretycznej pozwalają na pozytywną ocenę Kwestionariusza dla Rodziców. Narzędzie zawiera skalę numeryczną, parzystą, która zmniejsza prawdopodobieństwo wyboru wartości środkowych. Rzetelności narzędzia sprzyja opis wszystkich punktów skali („zdecydowanie słuszne”; „raczej słuszne”; „raczej błędne”; „zdecy-

dowanie błędne”). Wadą narzędzia jest nieco anachroniczny język i instrukcja sugerująca chęć poznania postawy wychowawczej większości rodziców. Stąd może wynikać rozbieżność między tym, co powszechnie jest uważane za odpowiednie w wychowaniu, a niekoniecznie zgodne z przekonaniem indywidualnej osoby wypełniającej kwestionariusz.

Maria Ryś (2004) skonstruowała narzędzia do **Analizy Środowiska Rodzinnego** i **Analizy Stylu Wychowania** w rodzinie własnej i pochodzenia. Teoretyczną podstawą wymienionych narzędzi jest systemowe podejście do rodziny i wykorzystanie typologii rodzin D. Fielda (za Ryś, 2004). Podstawowe, wyróżnione przez autorkę style, to: demokratyczny, autokratyczny, liberalny odrzucający i liberalny kochający. Narzędzie wypełnia rodzic, przypisując każdemu z 33 twierdzeń wartości liczbowej od 3 („zdecydowanie tak”) do 0 („zupełnie nie”) z możliwością użycia x w sytuacji niepewności. Przykładowe twierdzenia to: *kocham moje dzieci i staram się im to okazywać* (styl demokratyczny i liberalny kochający), *okazywanie dzieciom uczuć psuje je, więc nie należy tego robić* (styl autokratyczny), *odczuwam brak bliskich związków między mną a dziećmi* (styl liberalny niekochający). I tu pojawia się wątpliwość, czy rodzic, który jest wobec dziecka obojętny, chłodny emocjonalnie i nie interesuje się jego życiem może *odczuwać brak bliskich więzi z dzieckiem*. Zaletą „Analizy stylu wychowawczego w rodzinie własnej” jest to, że rodzic może wpisać punktację dotyczącą wszystkich dzieci w rodzinie. W ten sposób, stosując jedno narzędzie, badacz otrzymuje wiele informacji. Jednakże w sytuacji gdy rodzic z góry zakłada, że traktuje swoje dzieci jednakowo, i bez dłuższego zastanowienia wypełnia kwestionariusz tak samo określając swoje zachowanie wobec wszystkich dzieci – jedno narzędzie może utrudniać zebranie informacji o zróżnicowaniu oddziaływań wychowawczych. Zaletą narzędzia jest możliwość wykreślenia graficznego profilu stylów wychowawczych oraz wysoka trafność twierdzeń określona metodą sędziów kompetentnych.

Kolejnym narzędziem jest **Skala Postaw Rodzicielskich** opracowana przez Mieczysława Plopę (2005). Podstawą teoretyczną prezentowanego narzędzia są różne typologie postaw rodzicielskich. Autor wyróżnił 5 skal: I. Postawa Akceptacji-Odrzucenia, II. Postawa Nadmiernie Wymagająca, III. Postawa Autonomii, IV. Postawa Niekonsekwentna, V. Postawa Nadmiernie Ochraniająca. Narzędzie złożone z 50 twierdzeń i skali pięciostopniowej (od a „zdecydowanie zgadzam się i taka jestem i tak się zachowuję” do e „zdecydowanie taka nie jestem i tak się nie zachowuję”) wypełniają rodzice. Oto przykładowe twierdzenia

pochodzące z każdej ze skal: *jestem zainteresowana sprawami mojego dziecka* (skala I), *myślę, że nie kontroluję swojego dziecka na każdym kroku* (skala II), *chcę zawsze wiedzieć, gdzie przebywa i co robi moje dziecko* (skala III), *wygamam od dziecka bezwzględne posłuszeństwo* (skala IV), *kara, jaką wymierzam dziecku, często zależy od mojego nastroju* (skala V). Twierdzenia zawarte w narzędziu są sformułowane w pierwszej osobie liczby pojedynczej. Taki sposób zapisu może zachęcić badanego do wypełnienia kwestionariusza ankiety, ale może też wiązać się z trudnością w ujawnieniu postaw społecznie nieakceptowanych. Skala zawiera pięć stopni, co w sytuacji niepewności osoby uczestniczącej w badaniu może sprzyjać wyborowi wartości środkowej (Brzezińska, Brzeziński, 2004).

Innym narzędziem stosowanym do diagnozy postaw rodziców wobec dzieci jest **Kwestionariusz Diagnostyczny Postaw Wychowawczych** Eckarda Littmana i E. Kasielke w adaptacji Zbigniewa Martena (1994). Kwestionariusz zawiera 9 skal z 53 twierdzeniami dotyczącymi: autorytaryzmu, łagodności i pobłażliwości, stylu nadopiekuńczo-lękowego, stylu kontrolującego zachowania dziecka, niekontrolowanej stymulacji, dystansu emocjonalnego, rygoryzmu-surowości, wychowania za pomocą środków materialnych, gotowości do karania. Osoba badana ustosunkowuje się do poszczególnych twierdzeń poprzez wybór jednej z 3 kategorii (tak, nie, nie wiem). Technika ta, jak stwierdza sam autor, jest przeciętnie użyteczna, ale zastosowana wraz z Kwestionariuszem Postaw Wychowawczych w Percepcji Dziecka jest użyteczna w diagnozie psychologicznej relacji wewnątrzrodzinnych, jednakże jest przeznaczona dla młodzieży. Do badania percepcji postaw przez dzieci w wieku przedszkolnym istnieją narzędzia, z których mogą korzystać jedynie psychologowie, np.: Kwestionariusz stosunków między rodzicami a dziećmi A. Roe i M. Siegelmana w opracowaniu W. Kowalskiego. Wadą Kwestionariusza Diagnostycznego jest trzystopniowa skala mało różnicująca wyniki oraz zbiór niejednoznacznych twierdzeń zawartych w skali dotyczącej autorytaryzmu.

Przedstawione narzędzia są przykładem możliwości badania pewnych elementów składowych kompetencji wychowawczych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym i zarazem pokazują konieczność wypracowania takich metod diagnostycznych, w których wzięto by pod uwagę nie tylko obszar deklaracji, ale i rzeczywistego działania wobec dziecka.

Bibliografia

- Brzezińska A., Brzeziński J. (2004), *Skale szacunkowe w badaniach diagnostycznych*, [w:] *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów*, (red.) J. Brzeziński, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 232-306.
- Czerepaniak-Walczak M. (1994), *Między dostosowaniem a zmianą: elementy emancypacyjnej teorii edukacji*, Wyd. Nauk. US, Szczecin.
- Grygielski M. (1999), *W świecie dziecka*, (red.) B. Lachowska, M. Grygielski, KUL Wydział Nauk Społecznych, Lublin.
- Kawula S. (2005a), *Rodzina jako grupa i instytucja opiekuńczo-wychowawcza*, [w:] S. Kawula, J. Brągiel, A. W. Janke, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 47-81.
- Kawula S. (2005b), *Rodzina o skumulowanych czynnikach patogennych*, [w:] S. Kawula, J. Brągiel, A. W. Janke, *Pedagogika rodziny*, Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 135-172.
- Kurzępa J. (2002), *Kompetencje nauczyciela w diagnozowaniu i profilaktyce zachowań patologicznych*, [w:] *Kompetencje nauczyciela – wychowawcy*, (red.) K. Ferencz, E. Kozioł, Wyd. UZ, Zielona Góra, 63-77.
- Kwaśnica R. (1990), *Ku pytaniom o psychopedagogiczne kształcenie nauczycieli*, [w:] *Ku pedagogii pogranicza*, (red.) Z. Kwieciński, L. Witkowski, Wyd. UMK, Toruń.
- Marten Z. (1994), *Kwestionariusze Eckarda Littmana do badania relacji wewnątrzrodzinnych*, [w:] *Elementy diagnostyki i interwencji psychologicznej w sądowych sprawach rodzinnych*, (red.) J.M. Stanik, Wyd. UŚ, Katowice, 70-83.
- Masterpasqua F. (1991), *Paradygmat kompetencyjny w praktyce psychologicznej*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 1-2, 3-19.
- Męczkowska A. (2003), *Kompetencja*, *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. II, Wyd. Żak, Warszawa.
- Plopa M. (2005), *Psychologia rodziny: teoria i badania*, Impuls, Kraków.
- Ryś M. (2004), *Systemy rodzinne*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.
- Ziemska M. (1973), *Postawy rodzicielskie*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Ziemska M. (1981), *Kwestionariusz dla rodziców do badania postaw rodzicielskich*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.

Diagnosis of competence of parents educational child in pre-school age

Summary. Author presents two approaches in methodology of pedagogical research in research predominating concerning family. It uses notion of competence as educational environment for research of family. Four instruments presents in text for diagnosis of element of educational available competence for educators being serve. Sound indicate and weak part of presented instruments and necessity of constructing of instrument assigned underlines for research of competence of parents of child in pre-school century.

MIROŚŁAWA ŻMUDZKA

Wybrane aspekty diagnozy i profilaktyki niepowodzeń szkolnych

Problematyka niepowodzeń szkolnych przyciąga od lat uwagę badaczy i dzięki temu pogłębia się wiedza o naturze i prawdopodobnych uwarunkowaniach tego zjawiska. Pojęciem niepowodzeń szkolnych określa się zazwyczaj braki w wymaganych przez szkołę wiadomościach i umiejętnościach ucznia, a także jego zachowaniach. Niepowodzenia szkolne uczniów są w dużym stopniu niepowodzeniami szkoły oraz nauczycieli. Niepowodzenia to nie tylko stwierdzone braki uczniów w wiadomościach i umiejętnościach, ale przede wszystkim ogromne marnotrawstwo ich potencjału twórczego.

Uwarunkowania powodzeń i niepowodzeń szkolnych są bardzo złożone. W przedstawionym opracowaniu ograniczam je do dwóch obszarów tematycznych, z których pierwszy odnosi się do możliwości diagnozowania osiągnięć szkolnych oraz czynników warunkujących je, a drugi dotyczy możliwości tworzenia pozytywnego społecznego klimatu szkoły oraz sprzyjającej kultury uczenia się. Przedstawione przemyślenia i rozwiązania funkcjonują na poziomie sformułowań ogólnych, które wymagają dalszej konkretyzacji. Przekraczałyby to jednak ramy tego opracowania.

Diagnoza pedagogiczna

Postawienie prawidłowej diagnozy dla każdego ucznia ma fundamentalne znaczenie, ponieważ wiedza o uczniach stanowi podstawy

celowej i świadomej pracy nauczyciela na lekcji. Głównym zadaniem nauczycieli jest identyfikowanie i usuwanie przyczyn niepowodzeń szkolnych, a kluczowe znaczenie ma rozpoznawanie pierwszych, często drobnych symptomów, które można traktować jako wskazówki, że w procesie uczenia się dziecka dzieje się coś nieprawidłowego. Diagnoza dotycząca niepowodzeń szkolnych powinna mieć charakter wielofazowy i wieloaspektowy. Proces diagnozowania to proces cykliczny, zachodzący na przestrzeni całego roku szkolnego. W postępowaniu diagnostycznym bardzo ważna jest diagnoza aktualnych osiągnięć i właściwości badanego dziecka i możliwości, czyli tego, na co dziecko stać, co może wykonać przy maksymalnym skoncentrowaniu się, a jak działa w warunkach utrudniających to działanie, ale także czynników warunkujących osiągnięcia poznawcze. Wybrane aspekty diagnozy sygnalizowane w przedstawionym opracowaniu prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Wybrane aspekty diagnozy niepowodzeń szkolnych

Diagnoza	
Diagnoza osiągnięć poznawczych	Diagnoza czynników warunkujących osiągnięcia poznawcze
Diagnoza wiadomości i umiejętności (rozpoznawanie tego, co uczeń wie i potrafi, a nie tego, czego mu brak) z wykorzystaniem różnorodnych metod i form kontroli i oceny	Rozpoznawanie motywacji do uczenia się
	Rozpoznawanie aspiracji
	Rozpoznawanie potrzeb ucznia
Diagnoza umiejętności uczenia się (m.in. zaburzeń w koordynacji wzrokowej i wzrokowo-ruchowej, stylu myślenia, preferowanej modalności sensorycznej)	Rozpoznawanie samooceny ucznia
	Rozpoznawanie sytuacji ucznia w grupie rówieśniczej
	Rozpoznawanie sytuacji rodzinnej ucznia

Źródło: opracowanie własne.

Diagnoza osiągnięć poznawczych

Diagnozowanie wiadomości i umiejętności

Nauczyciel w procesie diagnostycznym, określając poziom badanego dziecka w nauce, powinien ustalić, w jakim stopniu jego osiągnięcia szkolne pozostają w stosunku do programu nauczania. Dobór metod oceniania przez danego nauczyciela zależy przede wszystkim od postawionego celu nauczania. Określa on rodzaj oceniania: diagnostyczne, formatywne lub sumujące i pozwala dobrać metody gromadzenia i interpretowania danych. Konwencjonalne metody oceniania dzieli się na ustne oraz pisemne. Ważne jest, aby nauczyciel posługiwał się także obserwacją, pracą z książką i wykorzystywał prace praktyczne oraz niekonwencjonalne metody oceniania. Takie metody jak portfolio, prezentacje, nagrania audio i video, rozmowy, narady oraz drama wiążą się z uruchamianiem działań zespołowych i współpracy całej społeczności (Gołębniak, 2003) i dają szansę na holistyczne postrzeganie osiągnięć ucznia. Ważne jest dostrzeżenie w każdym z uczniów „mocnych stron” i oparcie się na nich przy planowaniu dalszych aspektów pracy z uczniem.

Diagnozowanie umiejętności uczenia się

Wśród właściwości ucznia determinujących bezpośrednio jego osiągnięcia w nauce szkolnej możemy wyróżnić dwie kategorie zmiennych. Pierwsza dotyczy właściwości systemu poznawczego ucznia, warunkujących jego możliwości i preferencje, a więc jego inteligencję, zdolności oraz style poznawcze. Druga grupa czynników wiąże się ze stosunkiem ucznia do uczenia się szkolnego. We współczesnej szkole istotną przyczyną niepowodzeń jest niedostosowanie stylu nauczania do stylu uczenia się ucznia (Dryden, Vos, 2000). Howard Gardner zidentyfikował 7 różnych ośrodków inteligencji a K. i R. Dunnowie stwierdzili, że styl uczenia się zależy od sposobu, w jaki najłatwiej przyswajamy informacje, sposobu porządkowania i przetwarzania ich i sposobu przypominania sobie informacji (za Dryden, Vos, s. 349-351).

Osób o preferowanym systemie sensorycznym kinestetycznym, słuchowym, wzrokowym jest mniej więcej równo. Nauczyciele posiadający wiedzę o programowanym neurolingwistycznym uczeniu się (NLP) twierdzą, że często potrafią określić styl uczenia się dziecka poprzez obserwację ruchów jego gałek ocznych, mowy ciała oraz przysłuchiwanie się temu, jak uczeń mówi. Określenia używane przez uczniów są

dla nich informacją o preferowanym stylu uczenia się (Gozdek-Michaelis, 1997). Interesujące propozycje diagnozowania stylu myślenia: konkretnego sekwencyjnego, konkretnego nielinearnego, abstrakcyjnego nielinearnego i abstrakcyjnego sekwencyjnego odnajdujemy w publikacji Gordona Drydena i Jeannette Vos (2000). Z punktu widzenia poprawności procesu uczenia się istotne jest badanie spostrzegawczości, umiejętności myślenia abstrakcyjnego, pomysłowości i umiejętności dostrzegania problemów oraz umiejętności dostrzegania związków przyuczynowo-skutkowych. Propozycje diagnozowania tych aspektów uczenia się przedstawia Andrzej Janowski (2002).

Diagnoza czynników warunkujących osiągnięcia poznawcze

Ważne jest także uzyskanie informacji o czynnikach blokujących uczenie się: o stanach lękowych, poziomie samooceny, właściwościach procesu myślenia. Diagnoza w kontekście niepowodzeń szkolnych powinna obejmować również motywację do uczenia się, stosunek uczniów do nauczycieli, do przedmiotów nauczania, potrzeby uczniów i ich aspiracje oraz samoocenę. Jej istotnym aspektem jest rozpoznanie struktury zespołu, którego członkiem jest uczeń, jego pozycji w zespole, norm w nim obowiązujących, a także rodzinnych uwarunkowań funkcjonowania ucznia.

Rozpoznawanie motywacji do uczenia się

Kwestią o podstawowym znaczeniu dla efektywności oddziaływań dydaktycznych jest motywacja ucznia do nauki w szkole i uczenia się. Istnieje duża różnorodność motywów uczenia się. Poznanie ich przez nauczyciela może odgrywać dużą rolę jako wstęp do kształtowania korzystnej motywacji poznawczej. Motywy uczenia się mogą być odmienne odnośnie różnych przedmiotów szkolnych, dlatego celowe jest z jednej strony rozpoznawanie motywacji do uczenia się w ogóle, jak też oddzielnie do każdego przedmiotu. Pragnąc rozpoznać motywację ucznia, nauczyciel może posłużyć się wskaźnikami zawartymi w skali „Motywacja do nauki szkolnej” Arkusza Zachowania się Ucznia Barbary Markowskiej, które pozwalają określić zdolność do osiągnięć szkolnych. Nauczyciel dokonuje oceny na podstawie obserwacji prowadzonej z zachowaniem wymogów jej poprawności. Arkusz przeznaczony jest do badania przystosowania do roli ucznia dzieci w wieku od 6/7 lat do lat 14 (Markowska, Szafraniec, 1977).

Pragnąc poznać zainteresowania ucznia poszczególnymi przedmiotami, nauczyciel może posłużyć się kwestionariuszem ankiety. Wartościowe informacje o stosunku ucznia do określonego przedmiotu możemy uzyskać, pytając go nie tyle o bezpośrednie określenie swoich preferencji, ile o wyrażenie stosunku uczuciowego do obiektów, czynności, zadań, z jakimi się styka w ramach danego przedmiotu. Można posłużyć się techniką dyferencjału semantycznego, która polega na ustalaniu stosunku emocjonalnego jednostki do obiektów określanych poprzez poszczególne słowa. Osoba badana tą techniką ocenia określone słowo, za pomocą dwubiegunowych skal np. „ciekawa – nudna”, „przyjemna – nieprzyjemna” (Janowski, 2002, s. 81).

Rozpoznawanie potrzeb i aspiracji ucznia

Powodzenia i niepowodzenia uczniów w nauce determinowane są w znacznej mierze przez podstawowe potrzeby ludzkie „zorganizowane w hierarchię względnej przewagi” (Maslow, 1990, s. 76). Zaspokojenie potrzeb niższego rzędu powoduje z miejsca pojawienie się nowych, coraz wyższych potrzeb. Dominacja konkretnych potrzeb determinowana jest sytuacyjnie. Niezaspokojenie potrzeby fizjologicznej, np. głodu, spycha na plan dalszy wszystkie inne potrzeby. Brak poczucia bezpieczeństwa powoduje frustrację oraz regresję potrzeb wyższego rzędu. W sytuacji gdy wystarczająco zaspokojone są potrzeby fizjologiczne i bezpieczeństwa, pojawiają się potrzeby miłości i przynależności, szacunku i uznania. Niezaspokojenie tych potrzeb często prowadzi do pojawienia się uczucia niższości i stanów lękowych. Konsekwencją tego może być utrata zdolności do sterowania własnym postępowaniem oraz bezradność w sytuacjach zadaniowych. Przekłada się to bezpośrednio na osiągnięcia szkolne. Poziom zaspokojenia określonych potrzeb możemy rozpoznawać, wykorzystując planową obserwację wszystkich uczniów. Istotne jest poznanie potrzeby osiągnięć.

Z potrzebami wiążą się aspiracje, czyli „(...) życzenia osiągnięcia określonych stanów lub rzeczy, wyrażone wówczas, gdy człowiek traktuje te stany lub rzeczy jako zasadniczo dostępne”. Aspiracje można badać, posługując się kwestionariuszem ankiety, za pomocą tematycznych wypowiedzi pisemnych uczniów lub wsłuchując się w ich luźne wypowiedzi (Janowski, 2002, s. 72).

Rozpoznawanie samooceny

Samoocena człowieka wpływa na to, jak inni go oceniają i ma duży wpływ na charakter jego kontaktów społecznych. Miarą poziomu sa-

mooceny może być poziom trudności zadań wybieranych przez jednostkę, a także ocena własnych szans w realizacji szkolnych zadań. W samooceniu zawarta jest samosprawdzająca się przepowiednia. Do badania samooceny można użyć swobodnych wypowiedzi uczniów, ankiet, wywiadów, gotowych list przymiotników, za pomocą których badani mogą ocenić swoją osobę. Interesujące przykłady arkuszy samooceny wybranych kompetencji poznawczych zamieszczają Scott G. Paris i L. R. Ayres (1997). Przeglądu metod służących do badania samooceny dzieci i młodzieży dokonują Krystyna Doroszewicz i Ewa Stanisławiak (2002), a także A. Janowski (2002).

Rozpoznawanie sytuacji ucznia w grupie rówieśniczej

Pozycja społeczna ucznia w klasie wiąże się często z uzyskiwanymi osiągnięciami szkolnymi. W celu zdobycia informacji o niej wskazane jest posługiwanie się obserwacją oraz metodą socjometrii. Techniki socjometryczne, takie jak „Klasyczna technika Moreno”, „Plebiscyt życzliwości i niechęci”, „Zgadnij kto?” umożliwiają zdobycie wiedzy dotyczącej pozycji ucznia w klasie oraz roli pełnionej w grupie rówieśniczej (Łobocki, 2000).

Rozpoznawanie sytuacji rodzinnej ucznia

Duży wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole ma środowisko domowe i lokalne. Działania rozpoznawcze nauczyciela powinny obejmować sposoby spędzania przez nie czasu wolnego, zainteresowania, sposoby oddziaływań wychowawczych w rodzinie. Ważne jest też ustalenie, jak mogłoby funkcjonować w domu, szkole czy grupie rówieśniczej, gdyby miało odpowiednie warunki w środowisku rodzinnym. W związku z tym we wstępnym etapie diagnozy pedagogicznej ważne są informacje pochodzące z wywiadu środowiskowego, jak również z ankiety i obserwacji.

Profilaktyka pedagogiczna

Profilaktyka polega bądź na usuwaniu, bądź minimalizowaniu zagrożeń, co w praktyce oznacza reagowanie na przyczyny i pierwsze symptomy pojawienia się niepowodzeń szkolnych. Profilaktyka to działania mające na celu wyprzedzenie pojawienia się niepowodzeń. Wiąże się ona z rozwijaniem umiejętności uczenia się, radzenia sobie

z problemami w toku kształcenia oraz budowaniem zdrowego stylu życia. Profilaktyka obejmuje pracę z dziećmi z wykorzystaniem różnorodnych metod oddziaływań, udzielanie dziecku wsparcia rozwojowego, budowanie motywacji do nauki. Proponowany układ oddziaływań profilaktycznych prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Wybrane konteksty profilaktyki niepowodzeń szkolnych

Kształtowanie pozytywnego klimatu szkoły	Kształtowanie kultury uczenia się
Budowanie i rozwijanie wspólnoty w szkole – przeciwdziałanie dezintegracji społecznej	Nakreślanie granic i tworzenie reguł we współpracy z uczniami
Polepszenie komunikacji oraz wzmacnianie umiejętności rozwiązywania konfliktów	Stosowanie różnorodnych metod i form nauczania aktywizujących uczniów, powiązanie treści dydaktycznych z codziennym życiem ucznia
Rozwijanie kompetencji społecznych uczniów i wzmacnianie ich poczucia własnej wartości	Położenie nacisku na indywidualizację procesu kształcenia
Przeciwdziałanie procesom etykietowania	Kształtowanie motywacji do uczenia się (strategie wywoływania motywacji do nauki, metody dydaktycznego przybliżania)
Współpraca z rodzicami uczniów i środowiskiem lokalnym	Ograniczanie form nacisku na osiągnięcia oraz tworzenie równych szans (położenie nacisku na rozwojową funkcję oceny, unikanie zachowań represyjnych)
	Stwarzanie warunków do rozwoju i samostanowienia (pobudzanie uczniów do refleksji, rozbudzania samooceny)

Źródło: opracowanie własne.

Kształtowanie pozytywnego społecznie klimatu szkoły

Istotną rolę w profilaktyce niepowodzeń szkolnych odgrywa „kultura szkoły”, na którą składają się klimat społeczny, tradycje i zwyczaje, przyjęte zachowania, standardy, normy i wartości. Znaczenie i wartość, jakie jednostka nadaje wytworom szkolnej kultury – strukturze szkoły i stosowanym w niej procedurom, stanowi o jakości jej uczestnictwa w szkole (Tuohy, 2002). Fundamentem kultury szkoły są wartości. To na nich osadzają się normy i standardy, przyjęte zachowania, tradycje i zwyczaje oraz klimat społeczny szkoły (Elsner, 1999, s. 88-89). Klimat społeczny wiąże się z odczuciami i stosunkiem uczniów do atmosfery w szkole w odniesieniu do codziennych zdarzeń.

Budowanie i rozwijanie wspólnoty w szkole – przeciwdziałanie dezintegracji społecznej

Kultura szkoły osadza się na wewnątrzszkolnych stosunkach międzyludzkich. Więzi emocjonalne między uczniami i dobre relacje między uczniem i nauczycielem nabierają w kontekście niepowodzeń szkolnych szczególnego znaczenia. Niezbędne jest także wzmacnianie poczucia przynależności do określonej społeczności poprzez uczestniczenie w określonych rytuałach szkolnych, wiążących się z harmonogramami zajęć, sposobami podejmowania rozmaitych działań społecznych, zwyczajami celebrowania świąt i uroczystości, nagradzaniem sukcesów i honorowaniem osiągnięć. Istotne stają się także przejmowanie opieki nad uczniami młodszymi przez uczniów klas starszych. Szkoła powinna być miejscem tolerancji i porozumienia, a wszelkie podejmowane przez nią działania winny integrować szeroko pojętą społeczność szkolną.

Polepszenie komunikacji i współdziałania oraz wzmacnianie umiejętności rozwiązywania konfliktów

We współczesnej edukacji dialog zajmuje szczególne miejsce. Jest on tą kategorią, która stanowi ważną cechę kulturową i społeczną życia szkoły, jej swoisty znak jakości i podstawowe narzędzie budowania relacji osobowych. Nauczyciel, tworząc odpowiednie sytuacje i konteksty dla interakcji komunikacyjnych w grupie szkolnej, zyskuje możliwość wpływania na to, co się wydarza w procesie edukacyjnym, oddziaływania na dynamikę i kierunek rozwoju osobowego dziecka. W szkole występują konflikty między nauczycielem a uczniem, między nauczycielem a klasą, a także między uczniami. Rolą nauczyciela jest stwarzanie

warunków do ich rozwiązywania. W szkole należy stworzyć atmosferę psychologicznego bezpieczeństwa i zaufania, w której każdy uczeń ma prawo mówić o konfliktach, także z nauczycielami. Wszyscy powinni mieć prawo ustosunkowywania się do przedstawianego przez nauczyciela czy ucznia problemu. „Jeśli konflikt ma charakter osobisty, stwarza się warunki do otwartej, pełnej i bezpośredniej wymiany informacji i odczuć między stronami” (Hamer, 1994, s. 84). Rolą nauczycieli jest zapoznanie uczniów z wadami i zaletami różnych stylów rozwiązywania konfliktów i strategiami negocjacyjnymi.

Rozwój kompetencji społecznych uczniów i wzmacnianie ich poczucia własnej wartości

Kompetencje społeczne mają wpływ na pozycję zajmowaną przez ucznia w grupie szkolnej. Jeśli uczestników grupy łączą pozytywne więzi interpersonalne, to czują się oni w grupie bezpiecznie i wpływa to na ich aktywność związaną z realizacją zadań szkolnych. Nawiązywanie dobrych kontaktów z innymi wymaga opanowania umiejętności zachowania równowagi pomiędzy realizacją własnych i cudzych potrzeb. Współczesne szkoły starają się włączyć trening pewnych umiejętności społecznych do normalnego programu nauczania. Ważne jest, aby społecznie niepewne dziecko otrzymywało mniej trudne zadania i by było publicznie wzmacniane i nagradzane za swoje działania (Fontana, 1998).

Istotny jest także nacisk na wyuczenie ważnych umiejętności psychologicznych i społecznych, takich jak: umiejętność radzenia sobie ze stresem, nawiązywania dobrych kontaktów z ludźmi, rozwiązywania konfliktów, szukania wsparcia, udzielania pomocy innym itp. Wydaje się, że w kontekście rozważań o profilaktyce niepowodzeń szkolnych mają one istotne znaczenie. Stąd też coraz częściej spotykamy wykorzystywanie w szkołach takich programów, które wzmacniają pozytywny obraz własnej osoby, uczą postrzegania siebie i swoich uczuć, ale także empatii, akceptowania różnic, odreagowywania napięć. Wśród programów ważnych w profilaktyce także niepowodzeń szkolnych (ze względu na zawartość elementów mających istotne znaczenie dla wzmacniania rozwoju osobowości dziecka i jego umiejętności społecznych) należy wymienić m.in. programy „Jak żyć z ludźmi”, „Spójrz inaczej” (Szymańska, 2002).

Przeciwdziałanie procesom etykietowania

Osiągnięcia i niepowodzenia szkolne wiążą się z procesami etykietowania i stygmatyzacji. Nauczyciel swoim zachowaniem może przeciw-

działać tym procesom, ukazując pozytywne aspekty osobowości uczniów, uwypuklając ich kompetencje. Ważne jest podkreślanie, że każdy ma szansę na zmianę swojego wizerunku. Istotna jest też rola nauczyciela wspierająca dziecko w pokonywaniu przeszkód w dążeniu do celu. Nauczyciel powinien doceniać wysiłki dziecka, pomóc mu odkryć zdolności, wpłynąć pozytywnie na przekonanie dziecka o własnych kompetencjach (Sęk, 2001, s. 203).

Współpraca z rodzicami i środowiskiem lokalnym

Współpraca z domem i środowiskiem lokalnym ma istotne znaczenie w aspekcie przeciwdziałania niepowodzeniom szkolnym. Programy zakładające współpracę szkoły z rodziną i środowiskiem lokalnym powinny być zorientowane na pokonywanie barier edukacyjnych uczniów pochodzących z rodzin ubogich oraz zagrożonych patologią społeczną. W tym zakresie współpraca powinna dotyczyć nauczyciela z rodzicami, grona pedagogicznego z rodzicami, szkoły z samorządem lokalnym. W szkołach środowiskowych nastawionych prorodzinnie osoby planujące i podejmujące kontakty z rodziną zwracają uwagę na partnerstwo, wzmocnienie roli rodziców w szkole, a nie tylko ich uczestnictwo. Rodzice powinni być zaangażowani w opracowanie strategii postępowania w ramach programu szkoły i udoskonalenia zastosowanych rozwiązań. Współpraca rodziców z nauczycielami ma znaczący wpływ na funkcjonowanie dziecka w szkole i jego osiągnięcia. W modelu szkoły środowiskowej zorientowanej na rodzinę H. Lawsona i K. Briar-Lawson (za Bielecka, 2002) rodzice stają się współodpowiedzialni za problemy dziecka w szkole, takie jak: nieprzygotowanie do zajęć, brak motywacji do aktywnego uczestnictwa w nich, czy też za nieusprawiedliwione nieobecności.

Kształtowanie pozytywnego kontekstu kultury uczenia się

Proces uczenia się w szkole zgodnie z koncepcją „uczącej się szkoły” powinien mieć jednocześnie miejsce na trzech płaszczyznach: szkoły jako określonej całości, zespołu nauczycieli oraz zespołu uczniów. Szkoła powinna być miejscem uczenia się wszystkich. Wyniki pracy uczniów to nie tylko wyniki nauczania, ale rezultat całościowego oddziaływania szkoły na młodego człowieka. Obecnie od szkoły oczekuje się zogniskowania wszelkich działań wokół wszechstronnego rozwoju ucznia, postrzegania ucznia jako aktywnego uczestnika procesu uczenia się, a nauczyciela jako doradcę w sprawach uczenia się.

Nakreślanie granic i tworzenie reguł

Większość z profilaktycznych działań związanych z nauczaniem i kontrolą nad grupą ma miejsce na początku roku szkolnego. To właśnie wtedy należy określić szkolne zasady i procedury, a później uczyć ich i pilnować, by były respektowane. Podczas określania tych zasad i procedur istotne znaczenie ma omówienie ich wraz z uczniami i wyjaśnienie, dlaczego musimy je stosować (i że będą egzekwowane tak samo od wszystkich) oraz następujące po tym dbanie, by procedury były przestrzegane we wszystkich klasach (Rogers, 2005). Dużą rolę odgrywa stopień zgodności nauczyciela z ustalonymi regułami. Przekonanie o przewidywalności środowiska uczenia się zwiększa kontrolę ucznia nad zdarzeniami i podwyższa motywację do uczenia się.

Różnorodność form nauczania oraz powiązanie treści dydaktycznych z życiem codziennym ucznia

Wyniki procesu nauczania i wychowania zależą w dużym stopniu od stosowanych przez nauczycieli form i metod pracy dydaktyczno-wychowawczej. Należy stosować zróżnicowane metody uczenia się, które jednocześnie pozwalają na podmiotowe traktowanie ucznia oraz uwzględniają kognitywną, społeczną, emocjonalną i praktyczną płaszczyznę uczenia się. Szczególne znaczenie mają metody wspierające słabszych i zdolnych uczniów. Do form i metod, które wpływają skutecznie na wzrost efektywności pracy szkoły, należy nauczanie problemowo-zespołowe. Każde dziecko jest indywidualnością. Uczy się na swój własny sposób. Jednak uczenie się ma w dużym stopniu charakter procesu społecznego. W procesie tym dochodzi do współpracy między uczącym się a otaczającymi go osobami. Powodzenie uczenia się w grupach wymaga ustrukturyzowania porozumiewania się. Warunek ten spełnia uczenie się w parach. Uczenie się we współpracy zachodzi dzięki dyskusji, rozwiązywaniu problemów, wykonywaniu zadań i produkowaniu rzeczy. W planowaniu pracy grupowej uwzględnić trzeba przewidywane czynności uczniów, dobór grupy i kształtowanie umiejętności pracy grupowej.

Badania dowodzą, że uczenie się we współpracy wspomaga i społeczną i poznawczą stronę uczenia się (Fisher, 1999). Charakter profilaktyczny przypisuje się następującym poczynaniom dydaktycznym: systematycznej kontroli wykonywanych prac domowych, racjonalnemu organizowaniu lekcji powtórzeniowych, jawnemu ocenianiu wyników nauczania, koordynacji pracy nauczycieli uczących w danej klasie

(Kupisiewicz, 1972). W skład zabiegów profilaktycznych, które mogą zapobiegać powstawaniu uczniowskich niepowodzeń w nauce szkolnej, zalicza się tzw. metody aktywne oraz nauczanie wspomagane komputerowo (Kupisiewicz, 1995). Z perspektywy działań profilaktycznych istotne okazuje się zwrócenie uwagi na jakość procesów uczenia się i na konsekwencje, wynikające z braku powiązań między nauczonymi treściami, a codziennymi doświadczeniami uczniów.

Położenie nacisku na indywidualizację kształcenia

Dla wywołania i podtrzymania właściwych zachowań dziecka, nauczanie musi być związane z dodatnim sprzężeniem zwrotnym (dziecko musi odnosić sukcesy).

W nurcie poglądów dotyczących wpływu sposobu nauczania na poziom osiągnięć szkolnych można wymienić poglądy Hansa i Michała Eysenck (1996). Opowiadają się oni za koniecznością dopasowywania metod nauczania do osobowości uczniów. Twierdzą, iż dzieci o osobowości ekstrawertycznej cechuje większa skłonność do nudzenia się zadaniami typowymi, a odpowiadają im zadania o charakterze różnorodnym i problemowym, natomiast introwertycy preferują zadania o narzuconej strukturze, metody przyswajania wiedzy i źle funkcjonują w sytuacjach zmiennych o charakterze poszukującym. Według Rogera Schanka (1996) każda nowa informacja musi łączyć się z tym, co już jest w środku. Niezwykle ważny jest czas, kiedy należy zadawać uczniowi odpowiednie zadania, co ważne, nie mogą się one pojawić zbyt wcześnie. Rozważania te nawiązują do strefy najbliższego rozwoju w teorii Lwa Wygotskiego. R. Schank krytykuje nauczycieli, że wystawiają uczniów na publiczny widok przy popełnianiu przez nich pierwszych błędów. Zaleca stosowanie nauczania wspomaganego komputerowo. Nauczanie dziecka bez uwzględnienia indywidualnego tempa uczenia się prowadzi do psychopatologii w uczeniu się.

Kształtowanie motywacji uczenia się

Klasa szkolna jest środowiskiem uczenia się, ponieważ dostarcza stymulacji koniecznej do utrzymania odpowiedniego poziomu aktywności uczniów. Działania nauczyciela służące włączeniu się uczniów do kreowania przebiegu lekcji określa się jako motywowanie uczniów do nauki. Uczenie się ma miejsce wtedy, gdy pojawia się dysonans poznawczy, czyli niezgodność pomiędzy tym, co wiemy, a tym, czego się dowiadujemy. Wartość motywacyjna dysonansu polega na tym, że wy-

wołuje on nacisk na działanie zmierzające do jego redukcji lub uniknięcia wzrostu jego nasilenia (Brophy, 2002, s. 175). Wzbudzanie motywacji oznacza także redukowanie dystansu pomiędzy nową wiedzą a doświadczeniem uczniów. Uczniowie poprzez analizowanie i stopniowe przekształcanie osobistej wiedzy dochodzą do wiedzy pojęciowej. K. Roth (za Brophy, 2002, s. 177-178) wymienia cztery etapy postępowania motywującego uczniów: wydobywanie od uczniów ich osobistej wiedzy na analizowany temat, wywołanie dysonansu poznawczego pomiędzy tymi treściami a nowymi informacjami, przedstawienie nowych informacji w taki sposób, by z perspektywy uczniów miały one sens, stworzenie warunków, w których uczniowie uznają nowe informacje za przydatne do wykorzystania w rozmaitych sytuacjach życiowych.

Uczeń, który dąży do osiągnięcia jakiegoś celu, stanowiącego dla niego wartość, szacuje szanse powodzenia. Istnieją dwie grupy czynników warunkujących wysokość prawdopodobieństwa. Jedną to czynniki wewnętrzne, takie jak samoocena, poczucie własnej wartości, a drugą to czynniki środowiskowe, związane głównie ze szkolnym środowiskiem uczenia się. Nauczyciel ma możliwość rozpoznawania np. stanu samooceny uczniów i regulowania jej poziomu, w celu zwiększenia lub zmniejszenia subiektywnego prawdopodobieństwa osiągnięcia sukcesu. Poczucie sukcesu jest związane ze stopniem trudności zadania i wysiłkiem włożonym w jego wykonanie. Im zadanie łatwiejsze, tym mniejsze poczucie sukcesu i mniejsza motywacja osiągnąć. Zbyt trudne zadanie także nie przynosi poczucia sukcesu, ponieważ nie jest możliwe do wykonania. Z drugiej strony stopień trudności zadania jest zrelatywizowany do zdolności i możliwości poszczególnych uczniów. Regulacyjne działania nauczyciela polegają w tym przypadku na trafnym dobieraniu stopnia trudności zadań, adekwatnych do możliwości uczniów i zapewniających optymalne poczucie sukcesu. Analogiczne prawidłowości występują w odniesieniu do wysiłku, jaki uczniowie wkładają w wykonywane zadania. Na wzbudzanie motywacji osiągnięć składa się informowanie uczniów o relacji, jaka w ich konkretnym przypadku zachodzi pomiędzy stopniem trudności zadania i wkładem pracy. Informacja zwrotna o jakości wykonywanych przez ucznia zadań pełni funkcję motywacyjną, jeśli: jest podawana bezpośrednio po wykonanym zadaniu lub w trakcie pracy nad nim, nie zawiera oceny, jest bardzo szczegółowa, pokazuje błędy wymagające weryfikacji, dotyczy zadania, a nie ucznia.

Ograniczenie form nacisku na osiągnięcia oraz tworzenie równych szans

Brak perspektyw na osiągnięcie dobrych wyników w nauce i niepewność co do przyszłości stwarzają napiętą atmosferę a zawyżone wymagania dydaktyczne wywołują niechęć wobec szkoły i wyzwalają lęk i agresję. Przejrzyste określenie kryteriów oceniania uczniów i konsekwentne ich wdrażanie pozwala na wytworzenie poczucia bezpieczeństwa i zapobiega negatywnym zjawiskom. Działalność zapobiegawcza w tym zakresie musi charakteryzować się jasnością reguł i zapewniać wsparcie dla słabszych. Ważne jest wspieranie zarówno ogólnych, jak i specyficznych zdolności i umiejętności ucznia. Każdy uczeń musi mieć szansę na odniesienie sukcesu, budowanie pozytywnego obrazu samego siebie i zaufania do siebie jako osoby uczącej się.

Stwarzanie warunków do rozwoju i samostanowienia

Nauczyciel stwarza uczniom warunki umożliwiające branie odpowiedzialności za własne uczenie się. Oznacza to, że uczniowie mają indywidualną kontrolę nad własną nauką, a nauczyciel stwarza warunki do tego, by mogli wnieść wkład w organizację własnego procesu uczenia się. Nauczyciel powinien rozumieć swoją rolę jako: osoby ułatwiającej kontaktowanie się z wiedzą, osoby planującej nauczanie, „wzoru osobowego” ukazującego uczniom, jak stawać się ekspertami i jak dzielić się swą wiedzą z innymi (McCombs, Pope, 1997, s. 65). Przekazanie uczniom odpowiedzialności za ich własne uczenie się pozwala uniknąć dwóch kłopotów. Po pierwsze, zapobiegamy niskiemu poziomowi nauki, który występuje wtedy, gdy uczniowie nie biorą odpowiedzialności za rozwój umiejętności potrzebnych do poszukiwania i opracowywania potrzebnych informacji. Po drugie, uniemożliwiamy przekaz wiadomości skonstruowanej przez nauczyciela. Nie zwalnia to nauczyciela z odpowiedzialności w podsuwaniu metod docierania do informacji. Istotne zadanie nauczyciela wiąże się także z dodawaniem uczniom odwagi i zachęcaniem ich, by wyrobili w sobie tendencję do podejmowania ryzyka w trakcie nauki (McCombs, Pope, 1997, s. 69). Uczniowie boją się nie tylko klęski, ale także – pod wpływem rówieśników – sukcesu szkolnego. Uczniowie powinni wyrobić w sobie umiejętność takiego przekazywania wiedzy i prezentowania innym uzyskanych rezultatów, by zostały docenione zdolności i wkład pracy.

Niepowodzenia szkolne są naturalnym składnikiem doświadczeń ucznia. Nie da się ich uniknąć. Można je jednak ograniczyć, zminimalizować, czy też konstruktywnie wykorzystać na rzecz rozwoju ucznia. Praca z tym związana wymaga innej filozofii edukacyjnej a wraz z nią

zmiany organizacji pracy szkoły, tworzenia właściwego klimatu społecznego i kultury uczenia się przyjaznej uczniowi, umożliwiającej mu osiągnięcie sukcesów edukacyjnych.

Bibliografia

- Bielecka E. (2002), *Minimalizowanie niepowodzeń szkolnych u dzieci pochodzących ze środowisk socjalnie zaniedbanych – rozwiązania polskie i zagraniczne*, [w:] *Kreatorzy edukacyjnego dialogu*, (red.) A. Karpińska, Trans Humana, Białystok.
- Brophy J. (2002), *Motywowanie uczniów do nauki*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Doroszewicz K., Stanisławiak E. (2002), *Skala do pomiaru samooceny dzieci i młodzieży „Drabinka”*, [w:] *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej*, (red.) J. Rola, Wyd. ASP im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Dryden G., Vos J. (2000), *Rewolucja w uczeniu*, Wyd. Moderski i S-ka, Poznań.
- Eyseneck H&M (1996), *Podpatrywanie umysłu*, GWP, Gdańsk.
- Fisher R. (1999), *Uczymy jak się uczyć*, WSiP, Warszawa.
- Fontana D. (1998), *Psychologia dla nauczycieli*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań.
- Gołębiak B.D. (2003), *Egzaminy i ocenianie szkolne*, [w:] *Pedagogika*, (red.) Z. Kwieciński, B. Śliwerski, t. 2, Warszawa, Wyd. Nauk. PWN.
- Gozdek-Michaelis K. (1997), *Rozwiń swój genialny umysł*, Wyd. J&BF, Warszawa.
- Hamer H. (1994), *Klucz do efektywności nauczania*, Wyd. Veda, Warszawa.
- Janowski A. (2002), *Poznawanie uczniów. Zdobywanie informacji w pracy wychowawczej*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa.
- Kupisiewicz Cz. (1972), *Niepowodzenia dydaktyczne. Przyczyny oraz niektóre środki zaradcze*, PWN, Warszawa.
- Kupisiewicz Cz. (1995), *Szkolnictwo w procesie przebudowy*, Wyd. Żak, Warszawa.
- Lenkiewicz J. (1994), *Profilaktyka niepowodzeń szkolnych*, „Edukacja i Dialog”, nr 2, 19-20.
- Łobocki M. (2000), *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Impuls, Kraków.
- Markowska B., Szafraniec H. (1977), *Podręcznik do Arkusza Zachowania się ucznia B. Markowskiej*, [w:] *Testy psychologiczne w poradnictwie wychowawczo-zawodowym*, (red.) M. Choynowski, PWN, Warszawa.
- Maslow A.H. (1990), *Motywacja i osobowość*, PWN, Warszawa.

- McCombs B. L., Pope J. E. (1997), *Uczeń trudny. Jak skłonić go do nauki*, WSiP, Warszawa.
- Paris S. G., Ayres L. R. (1997), *Stawanie się refleksyjnym uczniem i nauczycielem*, WSiP, Warszawa.
- Rogers B. (2005), *Uczniowie w szkole. Rzecz o zachowaniu*, Fraszka Edukacyjna, Warszawa.
- Schank R. (1996), *Informacje to niespodzianki*. W: J. Brockman (red.) *Trzecia kultura*, Wyd. CIS, Warszawa.
- Sęk H. (2001), *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Scholar, Warszawa.
- Szymańska J. (2002), *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej profilaktyki*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.
- Tuohy D. (2002), *Dusza szkoły. O tym, co sprzyja zmianie i rozwojowi*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

Educational failures – some aspects of diagnosis and prevention

Summary. Educational failures are overlasting dilemma of educational and social nature. Various proposals and experience connected with diagnosing, preventing and overcoming of the failures are the topics frequently wrote about in pedagogical literature. Educational failures of students are in great extent the failures of teachers as well as of school as an institution. Some possible ways of minimizing these failures are as follows: prevention, pedagogical diagnosis aimed at determining learners' competence level and therapy with its focus on elimination of knowledge and skills' defects.

In the work there are two main topics presented, the first of which is connected with the diagnosis of students' cognitive achievements and the factors determining them for instance motivation or self-evaluation. The second one concerns the potentials of prevention.

The diagnosis of current achievements and abilities of a child being researched, as well as, the importance of students' potentials being tested in different conditions, in a full concentration state and with some distractions present, are referred to in the work.

Prevention is viewed from the social perspective of school life. Creating positive learning atmosphere, which enables students to achieve educational success is considered to be vital, too.

ANNA BORUCKA, KRZYSZTOF OSTASZEWSKI

Profilaktyka a obszary i zakres diagnozy w szkole

Wokół skuteczności działań podejmowanych w ramach szkolnej profilaktyki od kilku lat toczy się ożywiona dyskusja zarówno w gronie osób związanych z oświatą, jak i wśród specjalistów od profilaktyki. W latach 90. XX wieku nastąpił intensywny rozwój szkolnych programów profilaktycznych (Wojcieszek, 2000). Niestety, ich realizacja nie przełożyła się na wyniki badań, których przedmiotem była ocena rozpowszechnienia używania substancji psychoaktywnych wśród młodzieży. Badania epidemiologiczne prowadzone w latach 90. jednoznacznie wskazywały na wzrost liczby młodych ludzi pijących i nadużywających alkoholu, palących papierosy czy używających narkotyków (Wolniewicz-Grzelak, 1995; Okulicz-Kozaryn i Borucka, 1997; Ostaszewski, 1998; Sierosławski, Zieliński, 2000a; Sierosławski i Zieliński, 2000b; Okulicz-Kozaryn, Borucka, 2001; Ostaszewski, 2001). Przyczyn takiego stanu rzeczy szukano w braku systemowych działań profilaktycznych prowadzonych na terenie szkoły, czego głównym objawem było podejmowanie działań o charakterze akcyjnym. Zwracano również uwagę na niedostatki w kompetencjach (umiejętnościach) kadry nauczycielskiej potrzebnych do prawidłowej realizacji programów profilaktycznych.

Odpowiedzią władz oświatowych na problemy występujące w realizacji skutecznych działań profilaktycznych było zobowiązanie szkół do realizacji szkolnego programu profilaktyki (SPP). Szkolny Program Profilaktyki jest próbą wprowadzenia do szkół systemowych działań profilaktycznych, których celem jest zapobieganie występowaniu i rozwojowi zachowań problemowych uczniów. W przyjętych założeniach

treści, zakres oraz forma SPP mają być dostosowane do potrzeb rozwojowych uczniów i danego środowiska szkolnego, tj. nauczycieli, uczniów i rodziców (*Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej*, 2002). Jedną z konsekwencji wprowadzenia obowiązku realizacji SPP jest zamieszanie wokół tzw. diagnozy środowiska szkolnego.

Niniejsza publikacja jest głosem w dyskusji na temat celów i obszarów diagnozy w szkole. Jest jednocześnie próbą określenia warunków jej prowadzenia i zwrócenia uwagi na potencjalne zagrożenia, jakie mogą towarzyszyć nieprzemysłanemu „ankietowaniu” uczniów w szkole.

Specyfika diagnozy środowiska szkolnego

Prawie każda świadoma działalność człowieka jest poprzedzona jakimś rozeznaniem sytuacji, w której przyszło mu działać. W tym sensie prawie zawsze mamy do czynienia z jakąś diagnozą sytuacji lub problemu, który chcemy rozwiązać. Kiedy do gabinetu psychologa lub lekarza przychodzi cierpiący pacjent, psycholog/lekarz stara się zrozumieć, co mu jest. Zaczyna od diagnozy, której wynik determinuje dalsze postępowanie z pacjentem. W przypadku szkoły i działalności profilaktycznej mamy jednak do czynienia z innym problemem. Przedmiotem rozeznania (diagnozy) nie jest zazwyczaj jakaś konkretna dolegliwość, lecz ocena potencjalnych zagrożeń, przed którymi chcemy uchronić uczniów w przyszłości. Dlatego badanie, ankietowanie czy inny sposób zbierania informacji o bieżącej sytuacji uczniów, nie zawsze jest adekwatne.

Przedmiotem rozeznania niezbędnego do podjęcia decyzji o działaniach profilaktycznych jest nasza wiedza o stanie zdrowia danej populacji dzieci i młodzieży i najważniejszych zagrożeniach. I na tym w dużej mierze polega diagnoza w szkole, na prawidłowej ocenie najważniejszych potencjalnych zagrożeń. Nie trzeba badać wszystkich dzieci, żeby podjąć decyzję o fluoryzacji zębów. Wystarczy wiedzieć, że próchnica zębów jest potencjalnym zagrożeniem dla zdrowego rozwoju dużej grupy dzieci. Podobnie rzecz się ma z uzależnieniami i innymi chorobami cywilizacyjnymi, takimi jak choroby krążenia czy choroby zakaźne. Dla przybliżenia tej idei możemy odwołać się do przykładu szczepień ochronnych przeciw chorobom zakaźnym, np. przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby czy grypie. Wiadomo, że w ten sposób można uchronić się przed daną chorobą lub zmniejszyć ryzyko jej wy-

stąpienia. Osoby, które poddają się szczepieniu, nie mają żadnych oznak czy objawów danej choroby. Analogicznie jest z uczniami, którzy wkrótce zaczną próbować substancje psychoaktywne. Trzeba więc wcześniej podjąć odpowiednie działania, które uodpornią je na potencjalne zagrożenia związane z działaniem substancji psychoaktywnych.

W związku ze swoją specyfiką, diagnoza szkolna, naszym zdaniem, będzie wymagała innego podejścia, niż jest to zwyczajowo przyjęte przez praktyków klinicznych. Z jednej strony jej zakres będzie wyznaczony przez poziomy profilaktyki, a z drugiej przez podstawowe funkcje i zadania szkoły. W dalszej części artykułu skupiono się na tych zagadnieniach.

Warto podkreślić, że proponowana koncepcja diagnozy środowiska szkolnego w żaden sposób nie stoi w sprzeczności z prowadzeniem przez pedagoga czy psychologa szkolnego diagnozy pedagogicznej lub psychologicznej uczniów, którzy potrzebują doraźnej pomocy. Podobnie rzecz się ma, gdy działania szkoły są adresowane do uczniów z grup ryzyka, np. uczniów z dysleksją lub zespołem nadpobudliwości psychoruchowej. Należy wówczas podjąć odpowiednie działania diagnostyczne ukierunkowane na tę konkretną grupę uczniów. Mają one pomóc szkole w określeniu problemów tych uczniów i ich potrzeb.

System działań profilaktycznych

Systemowe działania profilaktyczne w szkole, to takie, które:

- obejmują całą społeczność szkolną,
- są dostosowane do wieku rozwojowego i potrzeb uczniów,
- dotyczą ich zachowań problemowych (np. używania substancji psychoaktywnych, agresji, wykroczeń, wagarów itd.),
- mają charakter długofalowy, tzn. rozłożony na cały etap nauki w danej szkole.

Działania profilaktyczne powinny być włączone w zadania szkoły związane z realizacją trzech jej podstawowych funkcji: 1) dydaktycznej, czyli tworzenia korzystnych warunków do nauki i osiągania pozytywnych wyników przez uczniów; 2) wychowawczej realizowanej poprzez podejmowanie działań zmierzających do kształtowania postaw i zachowań; 3) opiekuńczej polegającej na określeniu form opieki i pomocy uczniom, którzy z przyczyn rozwojowych, rodzinnych oraz losowych potrzebują pomocy i wsparcia. Tym samym działania profilaktyczne stają się jednym z elementów szkolnego systemu w pracy z uczniami.

Zakres (obszary) diagnozy – ramy merytoryczne

Zakres merytoryczny diagnozy środowiska szkolnego wyznaczają w dużym stopniu trzy poziomy profilaktyki:

- 1) profilaktyka uniwersalna, która dotyczy zapobiegania zagrożeniom o znacznym stopniu rozpowszechnienia wśród dzieci i młodzieży. Jest ona adresowana do wszystkich uczniów bez względu na stopień ryzyka i występowanie zachowań problemowych oraz zaburzeń psychicznych;
- 2) działania ukierunkowane na grupy zwiększonego ryzyka są skierowane do uczniów, którzy ze względu na swoją sytuację społeczną, rodzinną lub deficyty funkcji poznawczych są narażeni na zwiększone niż przeciętne występowanie problemów psychicznych i/lub zachowań problemowych;
- 3) działania na rzecz jednostki wysokiego ryzyka, czyli uczniów, którzy demonstrują w szkole różnorodne zachowania problemowe (Mrazek, Haggerty, 1994; Ostaszewski, 2005).

Tabela 1. Mapa poziomów profilaktyki i innych działań w ochronie zdrowia psychicznego

Tradycyjny podział na profilaktykę I, II i III stopnia (Szymańska, Zamecka, 2002)	Nowy podział uwzględniający szerokie spektrum działań w ochronie zdrowia psychicznego (Mrazek i Haggerty, 1994)	Przyjęty w Polsce na gruncie pedagogiki oryginalny podział działań profilaktycznych (Muszyński, 1965)
1	2	3
Profilaktyka I stopnia (pierwszorzędowa)	Promocja zdrowia psychicznego Profilaktyka uniwersalna	
Profilaktyka II stopnia (drugorzędowa)	Profilaktyka ukierunkowana na grupy zwiększonego ryzyka	Profilaktyka uprzedzająca

1	2	3
Profilaktyka II stopnia (drugorzędowa)	Profilaktyka ukierunkowana na jednostki wysokiego ryzyka	Profilaktyka objawowa
Profilaktyka III stopnia (trzeciorzędowa)	Leczenie i resacjolizacja	
	Postępowanie po leczeniu: Rehabilitacja po przebytej chorobie Zapobieganie nawrotom	

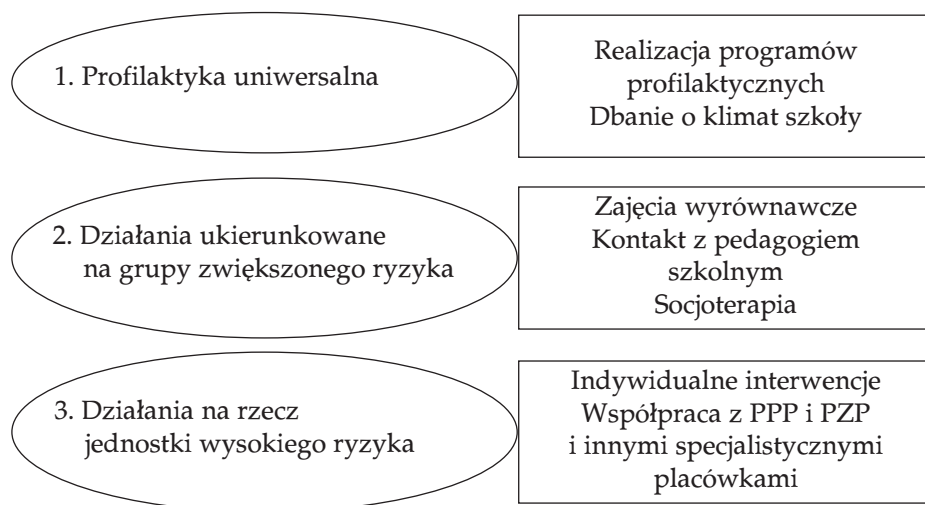
Nowy podział poziomów profilaktyki pozwala określić dość precyzyjnie zadania i typy działań, jakie może podejmować szkoła w ramach szkolnego programu profilaktyki (Ostaszewski, 2005; Ostaszewski, Borucka, 2005). Warto dodać, że nowy podział poziomów profilaktyki odpowiada temu, co w tradycyjnym ujęciu było określane jako profilaktyka I stopnia (pierwszorzędowa) i II stopnia (drugorzędowa). Ważne jest to, że ten podział nie włącza w zakres profilaktyki działań z zakresu leczenia i rehabilitacji po leczeniu, czyli tego, co w tradycyjnym ujęciu nazywano profilaktyką III stopnia (trzeciorzędową), tabela 1.

Zadania szkoły w zakresie profilaktyki

W obszarze profilaktyki uniwersalnej będzie to realizacja szkolnych programów profilaktycznych w klasie takich, jak np. „Spójrz inaczej” oraz dbanie o dobry społeczny klimat szkoły. Na klimat szkoły składają się między innymi relacje interpersonalne między nauczycielami i uczniami, uczestniczenie rodziców w życiu szkoły, ustalenie norm i zasad obowiązujących w szkole, wspierająca współpraca oraz udział uczniów w podejmowaniu decyzji (Wojnarowska-Sołdan, 2004).

W obszarze działań wobec uczniów z grup zwiększonego ryzyka mogą to być na przykład zajęcia wyrównawcze, kontakty indywidualne z pedagogiem szkolnym oraz w zależności od potrzeb zajęcia socjoterapeutyczne oraz praca z rodzicami uczniów. Natomiast podejmowanie indywidualnych interwencji wobec uczniów nieprzestrzegających obowiązujących w szkole zasad oraz współpraca z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi lub poradniami zdrowia psychicznego bę-

dzie stałymi elementami działań na rzecz jednostek wysokiego ryzyka (rycina 1).



Rycina 1. Trzy poziomy profilaktyki a typ działań (Ostaszewski i Borucka, 2005)

Jeśli mamy już określone zadania i typ działań, które mogą być realizowane w ramach SPP, to możemy odpowiedzieć na kluczowe, naszym zdaniem, pytanie: jakich informacji potrzebuje szkoła, aby zaplanować systemowe działania profilaktyczne, czyli innymi słowami, co ma być przedmiotem diagnozy?

Profilaktyka uniwersalna a zakres diagnozy

Naszym zdaniem, do zaplanowania działań z zakresu profilaktyki uniwersalnej nie jest potrzebna specjalnie prowadzona w tym celu diagnoza środowiska szkolnego. Trzeba natomiast dysponować aktualną specjalistyczną wiedzą na temat czynników chroniących i czynników związanych z rozwojem zachowań problemowych, wieku podejmowania przez młodzież zachowań ryzykownych (tzw. wiek inicjacji) oraz kryteriów skutecznych programów profilaktycznych.

Wiedza na temat czynników ryzyka i czynników chroniących jest podstawą wyboru skutecznych strategii profilaktycznych. Strategie to

określony sposób wpływu na wybrane czynniki ryzyka lub czynniki chroniące, które zgodnie z przyjętą koncepcją teoretyczną zmniejszają ryzyko rozwoju zachowań problemowych, np. ryzyko sięgania przez uczniów po substancje psychoaktywne. Jednym ze znaczących czynników chroniących jest dobry klimat szkoły. Przeglądy badań z tego obszaru wskazują, że dobry klimat w szkole sprzyja osiągnięciom szkolnym, zmniejsza ryzyko rozwoju zachowań problemowych, wpływa pozytywnie na zdrowie psychiczne nauczycieli i uczniów oraz zwiększa efektywność kształcenia i wychowania (Woynarowska-Sołdan, 2004).

Wiedza na temat wieku inicjowania przez uczniów zachowań ryzykownych jest przydatna przy podejmowaniu decyzji o rozpoczynaniu określonych działań profilaktycznych np. profilaktyki alkoholowej. Wyniki badań naukowych dotyczących skuteczności programów profilaktycznych wskazują, że działania profilaktyczne, które są podejmowane zanim pojawią się pierwsze próby eksperymentowania z alkoholem czy narkotykami, mają szansę być bardziej skuteczne niż te, które są realizowane po pierwszych doświadczeniach związanych z używaniem (np. Williams, Perry, 2003).

Do szkół przysłanych jest wiele ofert programów profilaktycznych. By móc zadecydować, który program jest wart zrealizowania, należy dysponować wiedzą na temat kryteriów skutecznych programów profilaktycznych (Ostaszewski, 2003; Borucka, Ostaszewski, 2004). Wybór odpowiedniego programu, to znaczy takiego, który będzie charakteryzował się między innymi: skutecznymi strategiami profilaktycznymi, odpowiednią intensywnością zajęć, dostosowaniem do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców i realizatorów, zastosowaniem metod interaktywnych w pracy z uczniami i rodzicami, udziałem rodziców, uczestnictwem liderów młodzieżowych, zwiększona skuteczność podejmowanych działań w ramach SPP.

Źródłem wiedzy na temat poruszonych wcześniej zagadnień są wyniki badań i opracowania naukowe dotyczące picia alkoholu, używania narkotyków, palenia papierosów, zachowań agresywnych, wykroczeń lub innych zachowań problemowych dzieci i młodzieży. Przydatnych informacji na temat skutecznych strategii profilaktycznych, rekomendowanych do realizacji szkolnych programów profilaktycznych, kryteriów i warunków dobrej ich realizacji, należy też szukać w publikacjach przeznaczonych dla specjalistów w zakresie profilaktyki (np. na stronach Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych – www.parpa.pl, Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania

Narkomanii – www.narkomania.gov.pl) oraz na stronach internetowych instytucji oświatowych (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej www.cmppp.edu.pl). Innymi słowy wiadomo, że młodzież w określonym wieku ma skłonność do podejmowania zachowań ryzykownych. Zadaniem szkoły jest więc przewidywanie, że tego typu zachowania mogą wystąpić i podjęcie, zanim one się pojawią, odpowiednich działań profilaktycznych (profilaktyka uprzedzająca, patrz tabela 1). Ankietowanie uczniów danej szkoły, np. w sprawie ich doświadczeń z piciem alkoholu, nie wniesie niczego nowego, czego nie byłoby wiadomo z innych badań o zasięgu lokalnym lub ogólnopolskim prowadzonych przez instytucje naukowe.

Działania ukierunkowane na grupy zwiększonego ryzyka a zakres diagnozy

Do zaplanowania działań dla uczniów z grup ryzyka jest potrzebna wiedza na temat rodzajów problemów i liczebności tych grup, jakie znajdują się w społeczności uczniowskiej, np. czy w szkole są uczniowie z zespołem nadpobudliwości ruchowej (i ilu ich jest), dysleksją, z problemami w nauce, czy są dzieci z rodzin, w których występują dysfunkcje np. problem alkoholowy, bezrobocie, choroba psychiczna kogoś z rodziców itp. Wiedzę na ten temat można zdobyć, analizując odpowiednie dokumenty szkolne, obserwując zachowania uczniów, rozmawiając z uczniami i rodzicami, wymieniając się informacjami w gronie pedagogicznym oraz współpracując z różnymi placówkami, np. z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi. Jak wynika z tego krótkiego opisu, żeby zidentyfikować tego typu grupy uczniów można obyć się bez specjalistycznych badań diagnostycznych środowiska szkolnego.

Działania na rzecz jednostki wysokiego ryzyka a zakres diagnozy

Aby przygotować kadrę szkolną do prowadzenia działań interwencyjnych wobec uczniów, którzy na terenie szkoły np. upijają się, sięgają po narkotyki, stosują przemoc czy mają obniżony nastrój (profilaktyka objawowa, patrz tabela 1) jest potrzebna diagnoza problemów występujących w szkole i potrzeb nauczycieli w tym zakresie. Diagnozę taką można postawić na podstawie analizy przypadków uczniów wymagających interwencji w ostatnich latach, prześledzenia przebiegu działań podejmowanych przez nauczycieli oraz uzyskanych rezultatów. Przydatne mogą się tu okazać rozmowy z uczniami i rodzicami i/lub

krótkie ankiety na temat odbioru szkolnych działań interwencyjnych przez uczniów i rodziców oraz samych nauczycieli. Kolejnym źródłem wiedzy na ten temat będzie wymiana informacji między szkołą a współpracującą z nią poradnią psychologiczno-pedagogiczną.

Podsumowując, można powiedzieć, że podstawowymi obszarami diagnozy powinny być:

- społeczny klimat szkoły,
- kwalifikacje i kompetencje zawodowe nauczycieli między innymi w zakresie realizacji programów profilaktycznych i prowadzenia działań interwencyjnych,
- grupy uczniów o zwiększonym ryzyku występowania zachowań problemowych lub zaburzeń psychicznych,
- współpraca z rodzicami i placówkami specjalistycznymi.

Osobami, które przede wszystkim będą dostarczały informacji, powinni być sami nauczyciele i pedagodzy szkolni oraz psychologowie z poradni psychologiczno-pedagogicznych. W mniejszym zakresie, źródłem bardzo ważnych informacji będą sami uczniowie i ich rodzice.

Trudności i zagrożenia związane z diagnozą środowiska szkolnego

Prowadząc diagnozę środowiska szkolnego, należy brać pod uwagę możliwe trudności i zagrożenia z tym związane, takie jak brak ochrony praw osób badanych, nierzetelne wyniki badań ankietowych, niewykorzystanie wyników diagnozy w praktyce.

Brak ochrony praw osób badanych

W Polsce brak jest instytucjonalnych form kontroli standardów etycznych w związku z prowadzeniem diagnozy środowiska szkolnego. Wydaje się, że nikt nie odpowiada za ochronę praw osób badanych: uczniów, rodziców i nauczycieli. Instytucje nadzoru pedagogicznego (kuratoria, ośrodki doskonalenia nauczycieli i wojewódzkie ośrodki metodyczne) nie są do tego przygotowywane. Badania prowadzone w ramach diagnozy środowiska szkolnego leżą gdzieś pomiędzy badaniami naukowymi, które podlegają ocenie etycznej przez specjalnie do tego celu powoływane komisje, a indywidualnymi badaniami psychologicznymi czy pedagogicznymi, które są prowadzone w określonym kontekście

i celu. Jedne i drugie badania wymagają odpowiednich kwalifikacji i umiejętności. Zarówno badania naukowe, jak i psychologiczne czy pedagogiczne kierują się określonymi zasadami etycznymi, a ich zakres jest podyktowany względami merytorycznymi i/lub zasadami udzielania pomocy psychologicznej. Zakres diagnozy środowiska szkolnego nie tylko nie podlega żadnej kontroli zewnętrznej, ale w dodatku nie ma żadnych ustalonych zasad dotyczących zachowania poufności danych oraz przestrzegania granic prywatności osób badanych. Dlatego w ramach diagnozy środowiska szkolnego można pytać uczniów w badaniach ankietowych np. o praktyki wychowawcze rodziców, nie bardzo martwiąc się o to, w jaki sposób spożytkuje się zdobytą wiedzę.

Nierzetelne wyniki badań ankietowych

Najczęściej badania są prowadzone przez personel szkolny i to jej przedstawiciele decydują o treści informacji, jakie chcą otrzymać od uczniów i rodziców. Z jednej strony pracownicy szkoły nie przestrzegają poufności i anonimowości danych, a z drugiej strony mają realną władzę nad uczniami. Pomijając ważne względy etyczne, jest to jedno z ignorowanych źródeł nierzetelności uzyskiwanych wyników. Należy sądzić, że w badaniach organizowanych przez personel szkoły, który nie przestrzega zasad poufności i/lub anonimowości, uczniowie podają nieprawidłowe dane.

Kolejnym źródłem otrzymywania nierzetelnych danych jest stosowanie nieprofesjonalnych narzędzi do pomiaru określonych zachowań (np. picia alkoholu) lub konstruktów psychologicznych (np. samooceny) często są to amatorskie ankiety konstruowane bez odpowiedniego zaplecza teoretycznego i bez badań psychometrycznych. Na brak wiarygodności uzyskiwanych wyników wpływa również stosowanie wadliwych procedur badawczych oraz nieadekwatny dobór metod zbierania danych, np. rysunek rodziny do badań klasy szkolnej.

Brak wykorzystania wyników diagnozy w praktyce

Kolejnym zjawiskiem obserwowanym w praktyce szkolnej jest niewykorzystywanie wyników diagnozy do planowania działań profilaktycznych. Często diagnoza ma charakter fasadowy, co jest wyrazem biurokratycznego podejścia do zagadnienia. Planując diagnozę środowiska szkolnego, należy zadbać o dobre wykorzystanie wyników. Pytania: dlaczego stawiamy określone pytania w ankiecie lub w wywiadzie,

i w jakim celu, wydają się kluczowe dla postępowania zgodnego z wysokimi standardami etycznymi.

Sugestie dotyczące warunków prowadzenia diagnozy w szkole

Ochrona praw osób badanych

Prowadząc diagnozę środowiska szkolnego dla zaplanowania szkolnego programu profilaktycznego, należy:

- zadbać o wyrażenie zgody na udział dziecka w badaniach np. ankietowych,
- informować dziecko o prawie do odmowy odpowiadania na pytanie/pytania lub odmowy udziału w całych badaniach,
- dochować anonimowości i dyskrecji,
- traktować rodziców jak partnerów, a nie jedynie jako źródło informacji czy jako przedmiot „pedagogizacji”.

Rzetelność zbieranych informacji

Sposoby prowadzenia diagnozy powinny ograniczyć się do analizy dostępnych dokumentów szkolnych oraz dokumentów poradni psychologiczno-pedagogicznych. Zebrane tą drogą dane mogą być uzupełnianie przez obserwację zachowań uczniów, rozmowy z uczniami, stałą wymianę informacji w gronie nauczycielskim i z rodzicami. Krótkie ankiety warto stosować, gdy personel szkoły chce np. zebrać informacje na temat spostrzeganego klimatu szkoły, poczucia satysfakcji z uczestniczenia uczniów, nauczycieli i rodziców w programie profilaktycznym czy oceny sposobu prowadzenia interwencji wobec uczniów sięgających po substancje psychoaktywne. Analiza publikacji na tematy poświęcone szkolnej profilaktyce też będzie cennym źródłem wiedzy przydatnej do planowania skutecznych działań profilaktycznych.

Wykorzystanie wyników diagnozy w praktyce

W celu lepszego przełożenia wyników diagnozy na działania praktyczne warto zadbać o to, by:

- zbierać te informacje, które rzeczywiście mają szansę być przydatne do planowania działań realizowanych w ramach SPP,

- udzielający informacji miał zaufanie do wszystkich członków społeczności szkolnej i poczucie sensu, że podzielenie się przez niego posiadaną wiedzą „przełoży” się na działania praktyczne. Zaufanie uczniów i rodziców, ale także jednych nauczycieli wobec drugich, to taki kapitał, którego nie można zmarnować,
- zadający pytania miał w sobie gotowość udzielenia wsparcia i pomocy, gdy zostaną ujawnione problemy dziecka (np. problem alkoholowy w rodzinie, myśli samobójcze, przemoc w domu).

Podsumowanie

Na zakończenie naszych rozważań na temat diagnozy środowiska szkolnego, chcielibyśmy podkreślić, że zakres diagnozy powinien zależeć od poziomu profilaktyki, jakiej ma ona służyć. Ponadto, to co wydaje się niezwykle ważne, to fakt, że prowadzenie diagnozy w szkole wiąże się z zagrożeniami natury:

- **etycznej**, związanymi z brakiem ochrony praw osób badanych oraz niemożnością przełożenia zdobytej wiedzy na działania praktyczne,
- **metodologicznej**, polegającymi na nierzetelności zbieranych danych.

W związku z tym istnieje pilna potrzeba instytucjonalnych zabezpieczeń i doraźnych rekomendacji władz oświatowych dotyczących obszarów diagnozy, form kontroli standardów etycznych prowadzenia badań z udziałem uczniów, rodziców i nauczycieli oraz określenia warunków prowadzenia diagnozy w szkole.

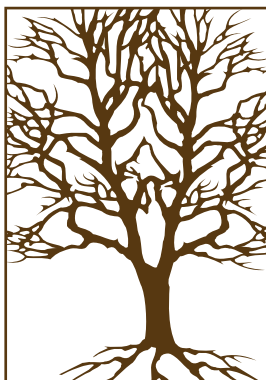
Bibliografia

- Borucka A., Ostaszewski K. (2004), *Wiodące szkolne strategie profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, „Wychowanie na co Dzień”, nr 10-11, (133-134), 3-7.
- Mrazek P.J., Haggerty R.J. (red.) (1994), *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, DC: National Academy Press, Washington.
- Muszyński H. (1965), *Działanie profilaktyczne w wychowaniu*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 3(86), 1-4.
- Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. (1997), *Zmiany w picciu alkoholu przez młodzież. Badania mokotowskie: 1984-1988-1992-1996*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2/27, 179-195.

- Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. (2001), *Picie alkoholu przez młodzież z mokotowskich szkół średnich w latach 1984-2000*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 14(2), 245-259.
- Ostaszewski K. (1998), *Zmiany w używaniu substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1/30, 41-55.
- Ostaszewski K. (2001), *Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie – kontynuacja*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 14(3), 387-406.
- Ostaszewski K. (2003), *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*, Scholar, Warszawa.
- Ostaszewski K. (2005), *Nowe definicje poziomów profilaktyki*, „Remedium”, nr 7-8 (149-150), 40-41.
- Ostaszewski K. Borucka A. (2005), *Obszary diagnozy w szkole*, „Remedium”, nr 9(151), 1-3.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 21 maja 2001 w sprawie ramowego statutu publicznego przedszkola oraz publicznych szkół ze zmianami z 2002 roku* (Dz.U. z 2001 r. Nr 61, poz. 625; Dz.U. z 2002 r. Nr 10, poz. 96).
- Sierosławski J., Zieliński A. (2000a), *Młodzież i alkohol – wyniki badań szkolnych ESPAD*, „Świat Problemów”, nr 9 (92), 4-7.
- Sierosławski J., Zieliński A. (2000b), *Narkotyki a młodzież*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 12/13, 26-46.
- Szymańska J. Zamecka J. (2002), *Przegląd koncepcji i poglądów na profilaktykę*, [w:] *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, (red.) Świątkiewicz G., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.
- Williams C. L., Perry Ch. L. (2003), *Doświadczenia i wnioski z Projektu Northland*, [w:] *Alkohol i młodzież*, PARPA, Warszawa, 57-79.
- Wojcieszek K. (2000), *Rozwój programów profilaktycznych w Polsce*, [w:] *Psychopatologia i psychoprofilaktyka. Materiały z konferencji naukowej zorganizowanej przez Instytut Pedagogiki Społecznej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie 19-21.10. 1999*, (red.) A. Margasiński, B. Zajęcka, Impuls, Kraków, 435-440.
- Wolniewicz-Grzelak B. (1995), *Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo-Wino-Wódka”*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 2/19, 117-127.
- Woynarowska-Sołdan M. (2004), *Klimat społeczny w szkołach promujących zdrowie*, „Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole”, z. 8, 46-53.

Scope of need assessment at school in the context of school-based prevention

Summary. This chapter is a part of ongoing discussion about the extent of needs assessment at school in the context of school-based prevention programming and implementation. This publication identifies and underlines some problems and difficulties connected with inconsiderate use of self-report questionnaires among students. Key question this chapter addresses is what kind of information school authorities need to plan a system of preventive activities. The scope of need assessment in schools is marked out by three levels of prevention: universal, selective and indicated (Mrazek & Haggerty, 1994). Need assessment should be primarily focused on social school climate, teacher's professional competences, students at risk, cooperation with parents, counselling centres and treatment institutions (both in- and out-patient). Need assessment in schools is often connected with 1) ethical problems (lack of institutional protection for children and youth participating and weaknesses in practical utilization of data collected) and 2) methodological problems (low reliability of data obtained from students in self-report questionnaires which affects general internal validity of need assessment).



część druga

**Profilaktyka
adresowana
do całej populacji
dzieci i młodzieży**

KRZYSZTOF OSTASZEWSKI, KRZYSZTOF BOBROWSKI,
ANNA BORUCKA, KATARZYNA KOCON,
KATARZYNA OKULICZ-KOZARYN,
AGNIESZKA PISARSKA

Rozpowszechnienie zachowań problemowych młodzieży. Badania mokotowskie¹

Kiedy na początku lat 80. XX wieku. Barbara Wolniewicz-Grzelak wraz z grupą współpracowników rozpoczynała pilotażową edycję badań ankietowych w szkołach warszawskiej dzielnicy Mokotów, nikt nie przypuszczał, że badania będą kontynuowane przez 20 lat. Pomiędzy rokiem 1984 i 2004 przeprowadzono je sześć razy. Pierwsza relacja z badań ukazała się drukiem w 1983 roku (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983). Potem systematycznie pojawiały się publikacje, które na przykładzie jednej dzielnicy dużego miasta relacjonowały zmiany we wskaźnikach używania przez młodzież substancji psychoaktywnych: alkoholu, nikotyny, narkotyków oraz leków uspokajających/nasennych (Wolniewicz-Grzelak, 1985, 1995; Okulicz-Kozaryn, Borucka, 1997, 2001; Ostaszewski, 1998, 2001, 2003). W miarę upływu lat, *badania mokotowskie* stały się źródłem wiedzy o trendach w używaniu tych substancji przez młodzież szkolną. Niniejszy artykuł odpowiada na następujące pytania dotyczące 15-letniej młodzieży uczącej się na Mokotowie:

1. Jakie w ostatnich 20 latach było rozpowszechnienie używania przez młodzież substancji psychoaktywnych: alkoholu, nikotyny, narkotyków i leków uspokajających/nasennych?

¹ Praca naukowa finansowana ze środków budżetowych na naukę w latach 2005-2006 jako projekt badawczy.

2. Jak w ciągu ostatnich 20 lat zmieniały się wskaźniki używania tych substancji psychoaktywnych ze względu na płeć?
3. Jakie było w 2004 roku rozpowszechnienie innych zachowań problemowych (przemoc, bójki, wykroczenia) w badanej grupie młodzieży?

Metoda

Osoby badane. W 2004 roku, podobnie jak w latach 1984, 1988, 1992, 1996 i 2000 – badaną populację stanowili 15-letni uczniowie uczący się w szkołach publicznych i niepublicznych w następujących dzielnicach Warszawy: Mokotów, Ursynów oraz Wilanów (w latach 80. był to teren dawnej dzielnicy Mokotów). W 1999 roku rozpoczęła się reforma szkolnictwa, która wprowadziła nowy typ szkoły – gimnazjum. Zmieniło to organizację nauczania w grupie wiekowej objętej badaniami. Do 2000 roku 15-latkowie uczyli się w pierwszych klasach szkół ponadpodstawowych. Aktualnie młodzież w tym wieku uczęszcza do trzeciej klasy gimnazjum. Wobec tego badania w 2004 roku zostały przeprowadzone w trzecich klasach gimnazjalnych, tak aby zachować ciągłość badania tej samej grupy wiekowej. Przez lata 1984-2000 w badanej populacji było więcej dziewcząt (51-53%) niż chłopców (47-49%). W 2004 roku odsetek dziewcząt w badanej populacji zmniejszył się i wyniósł 48%. Było to prawdopodobnie związane ze zmianami demograficznymi w populacji 15-latków uczących się w tych trzech dzielnicach w Warszawie. Tabela 1. przedstawia zestawienie liczebności badanych grup w latach 1984-2004.

Tabela 1. Zestawienie liczebności prób. Badania mokotowskie 1984-2004²

Rok badania	Chłopcy (%)	Dziewczęta (%)	Razem*
1984	1600 (47%)	1802 (53%)	3402
1988	1830 (47%)	2088 (53%)	3918
1992	918 (46%)	1082 (54%)	2000
1996	1175 (47%)	1309 (53%)	2484
2000	1205 (49%)	1266 (51%)	2471
2004	758 (52%)	703 (48%)	1461

* W tabeli zostały pominięte osoby, które nie podały w ankiecie informacji o swojej płci.

² Dane pochodzą z badań przeprowadzonych przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

Dobór próby. W latach 1984 i 1988 badania obejmowały wszystkie klasy pierwsze szkół ponadpodstawowych z terenu Mokotowa. Od 1992 roku wprowadzono losowy dobór ponad połowy uczniów klas pierwszych szkół ponadpodstawowych. Jednostką doboru losowego była klasa szkolna. Od 1996 roku dołączono klasy z nowo powstałych szkół niepublicznych. W roku 2004 zastosowano losowy dobór reprezentatywnej próby klas trzecich ze wszystkich gimnazjów publicznych i niepublicznych znajdujących się na obszarze Mokotowa, Wilanowa i Ursynowa. Losowanie prowadzono oddzielnie dla klas z gimnazjów publicznych i oddzielnie dla niepublicznych. W obu przypadkach wylosowano 55% klas, co stanowiło 69 klas trzecich z gimnazjów publicznych i 13 klas trzecich z gimnazjów niepublicznych.

Procedura badawcza. Badania, podobnie jak w poprzednich edycjach, prowadzono w październiku z zachowaniem procedur postępowania zapewniających anonimowość odpowiedzi pojedynczych uczniów, klas i szkół. Ankieterami były osoby spoza szkoły. W badaniach wzięły udział 1493 osoby, co stanowiło 90% wylosowanej próby. Dwadzieścia dwie ankiety uznano za niewiarygodne ze względu na znaczne braki danych, sposób wypełniania i komentarze świadczące o niepoważnym stosunku do badań. Zostały one wyeliminowane z obliczeń. Wobec powyższego w obliczeniach danych z 2004 roku uwzględniono ankiety **1471 osób**. We wszystkich edycjach badań odsetki uczniów, którzy w czasie badania byli nieobecni w szkole, były zbliżone i wynosiły: 6% próby w 1988 roku, 8% w latach 1984, 1992 i 2000 oraz 10% w 1996 i 2004 roku.

Selekcja danych. Zdecydowana większość uczniów (93%) biorących udział w ostatniej edycji badań urodziła się w 1989 roku, czyli prawdopodobnie realizowała obowiązek nauki zgodnie z planem i w dniu badania miała ukończone 15 lat. Około 7% badanych uczniów urodziło się przed 1989 rokiem. Są to uczniowie, którzy z różnych powodów są opóźnieni w swojej edukacji szkolnej. Najprawdopodobniej powtarzali kiedyś klasę. W naszych badaniach ta grupa osób określana jest jako „opóźnieni w realizacji obowiązku szkolnego” w skrócie „drugorocznici”. Odsetki takich uczniów znacząco zmniejszały lub zwiększały się pomiędzy poszczególnymi edycjami badań. W 2004 roku odsetek „drugorocznych” wynosił 7% i był znacząco mniejszy niż w poprzednich edycjach badań, kiedy to wahał się pomiędzy 11-15%. Ze względu na te różnice dla zachowania porównywalności danych, wyniki dotyczące trendów w używaniu substancji psychoaktywnych w latach 1988-2004

zostały tak przeliczone, aby uwzględniały dane tylko dla osób nieopóźnionych w nauce. Ze względów technicznych przeliczenie w taki sposób danych z 1984 roku nie było możliwe³.

Narzędzie badawcze i wskaźniki

Do pomiaru używania substancji psychoaktywnych stosuje się dwie bardzo krótkie anonimowe ankiety opracowane przez B. Wolniewicz-Grzelak: „NAN” (Wolniewicz-Grzelak, Ostaszewski, 1983) oraz arkusz „Piwo-Wino-Wódka” (Wolniewicz-Grzelak, 1995). Gotowe skale odpowiedzi pozwalają na określenie stopnia nasilenia badanych zachowań. Do porównań zmian zachodzących w czasie wybrano kilka wskaźników określających właśnie stopień nasilenia.

- 1) narkotyki – używanie tych środków przynajmniej raz i przynajmniej kilkanaście razy w ciągu ostatniego roku,
- 2) uczestniczenie w spotkaniach towarzyskich, podczas których używa się narkotyków – przynajmniej raz w roku,
- 3) leki uspokajające/nasenne – używanie tego typu leku przynajmniej raz w roku poprzedzającym badanie,
- 4) palenie papierosów – dwa wskaźniki: 1) palenie papierosów ogółem, czyli bez względu na częstość tego zachowania, oraz 2) palenie codzienne,
- 5) picie alkoholu – picie alkoholu w ostatnich 30 dniach poprzedzających badanie,
- 6) upijanie się – wypicie przy ostatniej okazji 60 i więcej gramów 100% alkoholu. Odpowiada to: trzem lub więcej niż trzem butelkom piwa, trzem i więcej lampkom wina oraz przynajmniej trzem dużym kieliszkom wódki; wskaźnik przyjęty, za B. Wolniewicz-Grzelak (1985).

Do pomiaru zachowań związanych z przemocą oraz zachowań sprzecznych z prawem zastosowano kilka pytań ankietowych. Są one adaptacją pytań wykorzystywanych w badaniach „Ontario Student Drug Survey” (Adlaf i Paglia, 2001), dokonaną za zgodą autorów w ramach badań statutowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Czabała i wsp., 2004). Zastosowano następujące wskaźniki:

³ W związku z tym prezentowane tu wyniki z 1984 roku dotyczą całej grupy, łącznie z drugorocznymi.

- przemoc – częste (co najmniej raz na tydzień) branie udziału w przemocy wobec innych,
- bójki – branie udziału w bójkach na terenie szkoły, przynajmniej raz w ostatnich 12 miesiącach,
- zachowania sprzeczne z prawem – występowanie przynajmniej jednego z sześciu zachowań w ciągu ostatnich 12 miesięcy (kradzież, kradzież samochodu w celu przejażdżki, handel narkotykami, celowe niszczenie rzeczy należących do innych osób, pobicia innych osób, ucieczki z domu).

Analizy statystyczne. Dla oceny istotności różnic wyników ze względu na płeć oraz poszczególne edycje badań zastosowano test chi kwadrat.

Wyniki

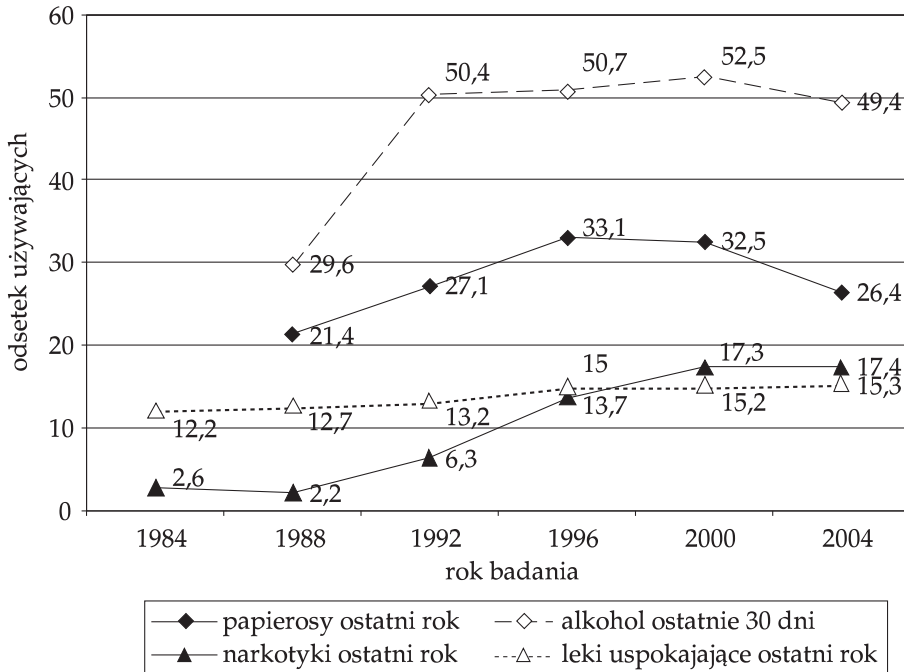
Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych ogółem

Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych w latach 1984-2004 przedstawione są na rycinie 1. Są to dane ogółem, bez rozbicia na płeć, dla takich zachowań, jak: picie alkoholu, palenie papierosów, używanie narkotyków oraz używanie leków uspokajających/nasennych.

Alkohol. W 2004 roku na Mokotowie, Ursynowie i Wilanowie odsetek 15-latków, którzy pili alkohol (picie alkoholu w ciągu 30 dni poprzedzających badanie) był nieco mniejszy niż w roku 2000. W latach 2000-2004 około połowa 15-latków pozostawała tzw. bieżącymi konsumentami alkoholu (rycina 1). Najbardziej rozpowszechnionym wśród młodzieży napojem alkoholowym pozostawało piwo, ale po raz pierwszy od rozpoczęcia badań odsetek uczniów pijących piwo zmniejszył się znacząco w porównaniu z poprzednim badaniem. W 2004 roku bieżące picie piwa dotyczyło ok. 40% 15-latków z Mokotowa, bieżące picie wódki jednej piątej (ok. 21%), a picie wina oscylowało wokół jednej piątej /jednej czwartej (22-24%) próby (rycina 2).

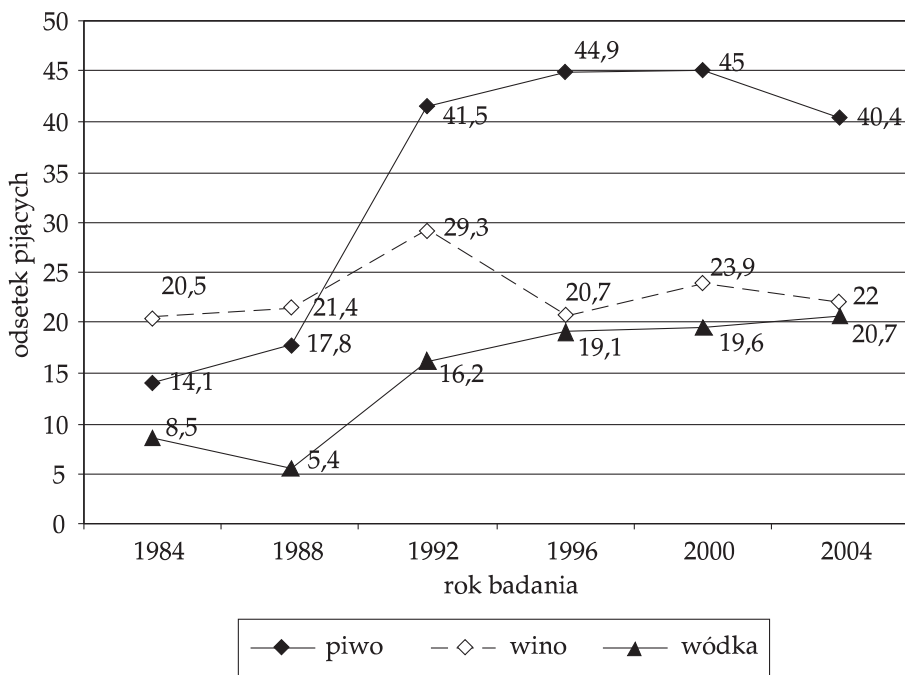
W latach 1996-2004 nie stwierdzono istotnych zmian w liczbie abstynentów (ich liczba utrzymywała się na poziomie 10-12%). Odsetek uczniów upijających się napojami alkoholowymi systematycznie rósł na przestrzeni lat 1988-1996 (z 7,5% w 1988 do 20% w 1996 roku). W latach 1996-2004 nie stwierdzono istotnego wzrostu częstości upijania się na-

pojami alkoholowymi przez 15-latków. W tych latach około 20% 15-latków upijało się alkoholem w ciągu ostatnich 30 dni przed badaniem.



Rycina 1. Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, narkotyki, leki) przez młodzież

Papierosy. Na przestrzeni ostatnich 20 lat liczba palących 15-latków uczących się na Mokotowie podlegała wahaniom. Wzrost odsetka palących 15-latków następował pomiędzy latami 1988 i 1996, natomiast w latach 1996-2000 nastąpiło zahamowanie trendu wzrostowego, a w latach 2000-2004 odnotowano zmniejszenie się liczby palących. W latach 2000-2004 na Mokotowie odsetek 15-letnich uczniów, którzy palili papierosy, uległ istotnemu zmniejszeniu. W latach 1996-2000 około jedna trzecia badanej grupy z różną częstotliwością paliła papierosy, a w roku 2004 liczba ta zmalała do nieco ponad jednej czwartej (rycina 1). W tym samym czasie odsetek uczniów palących codziennie utrzymywał się na względnie stałym poziomie ok. 12-14%.



Rycina 2. Trendy w picciu napojów alkoholowych przez młodzież

Narkotyki. Od 1988 roku do 2000 roku obserwowana była wyraźna tendencja wzrostowa w zakresie kontaktów młodzieży z narkotykami. Skokowy wzrost obejmował zarówno liczbę uczniów, którzy stykali się z tymi substancjami na spotkaniach towarzyskich (wzrost z ok. 4% „uczestniczących” w 1988 roku do 45% w 2000 roku), jak również liczbę uczniów, którzy używali tych substancji (wzrost z ok. 2% „używających” w 1988 roku do ok. 17% w 2000 roku, rycina 1). W tym okresie wzrosła również liczba 15-latków, którzy często (kilkanaście razy lub częściej w ciągu ostatniego roku) sięgali po narkotyki – w 1988 roku – 0,4%, a w 2000 roku – 4,2%. Wyniki ostatniej edycji badań na Mokotowie sugerują jednak, że pomiędzy latami 2000 i 2004 nastąpiła pewna stabilizacja kontaktów młodzieży z substancjami nielegalnymi. Wskazuje na to zarówno mniejszy niż w 2000 roku odsetek młodzieży uczestniczącej w spotkaniach, gdzie używano takich środków (znaczący spadek z 45% do ok. 39%), oraz utrzymujący się na tym samym poziomie jak w 2000 roku odsetek młodzieży przyznającej się do używania narkotyków. W 2004 roku około 17% badanej młodzieży używało –

przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku – jednej z nielegalnych substancji psychoaktywnych, czyli podobnie jak w 2000 roku (rycina 1).

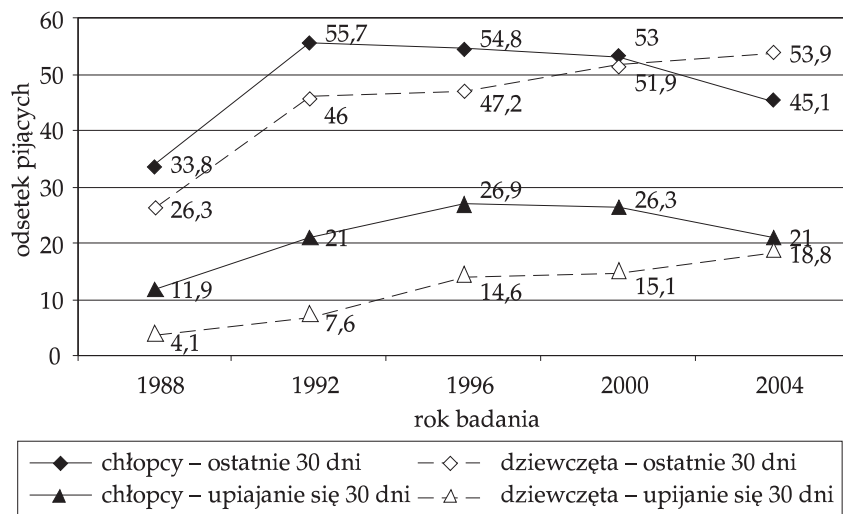
Leki uspokajające. Dość stabilna była sytuacja na Mokotowie w zakresie używania leków uspokajających lub nasennych. W drugiej połowie lat 90. około 15% badanych uczniów przyjmowało tego typu leki przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku (rycina 1). Wyniki z lat 1996-2004 wskazują, że obserwowany wcześniej słaby trend wzrostowy w zakresie używania leków uspokajających i nasennych uległ zahamowaniu. Warto w tym miejscu dodać, że w Polsce odsetek młodzieży przyjmującej leki uspokajające lub nasenne bez zalecenia lekarza należy do najwyższych w Europie (Sierosławski, 1999).

Trendy w używaniu substancji psychoaktywnych ze względu na płeć

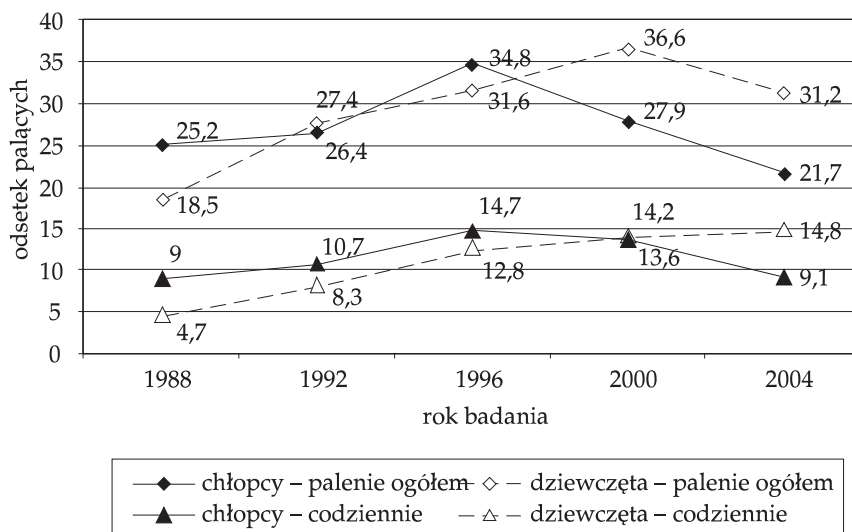
Ogólnie rzecz biorąc dynamika zmian w używaniu substancji psychoaktywnych obserwowana w ostatnich latach wśród dziewcząt na Mokotowie miała inny przebieg niż u chłopców. Było to najbardziej widoczne na przykładzie zmian w piciu alkoholu i paleniu papierosów. Między latami 1996 a 2004 odsetek dziewcząt pijących alkohol w ostatnich 30 dniach wzrósł z 47% do ok. 54%. W tym samym czasie odsetek pijących chłopców zmniejszył się o 10 punktów procentowych z ok. 55% w 1996 do ok. 45% w 2004 (rycina 3). Podobny przebieg miały zmiany w paleniu papierosów (rycina 4). W 1996 roku ok. 15% chłopców i około 13% dziewcząt paliło codziennie papierosy, podczas gdy w 2004 roku odsetek ten wynosił odpowiednio 9% i ok. 15%. Należy dodać, że w okresie pomiędzy 1988 i 2000 rokiem wśród dziewcząt obserwowana była stała tendencja wzrostowa w regularnym paleniu papierosów (rycina 4).

Można powiedzieć, że w latach 1996-2004 nie tylko „zatarły się” wcześniej występujące różnice w częstym piciu alkoholu i codziennym paleniu papierosów pomiędzy dziewczętami a chłopcami, ale to dziewczęta przejęły „prowadzenie” w tych dwóch wymiarach. Co więcej, wyniki z 2004 roku wskazują, że podobna grupa chłopców (ok. 20%) i dziewcząt (19%) pije alkohol w dużych ilościach prowadzących do upijania się (rycina 3).

W przypadku narkotyków również zaobserwowano zacieranie się wcześniej występujących różnic ze względu na płeć. W latach 1996-2000



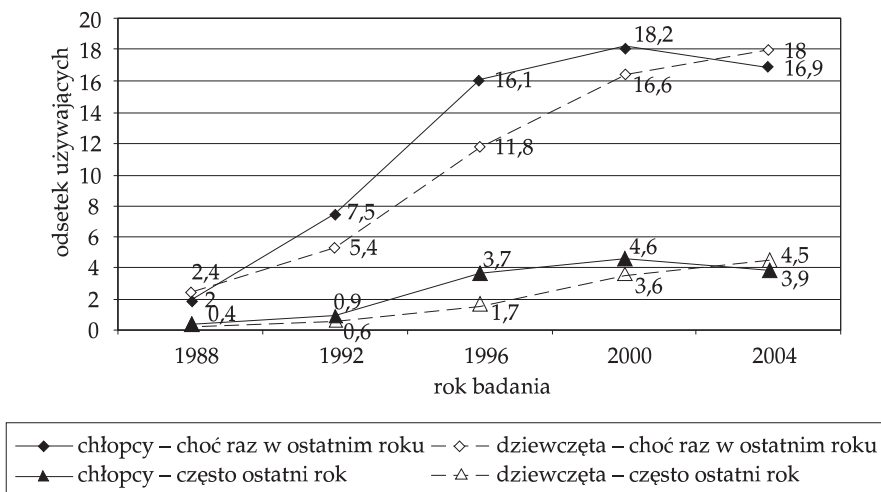
Rycina 3. Płeć a trendy w piceniu alkoholu



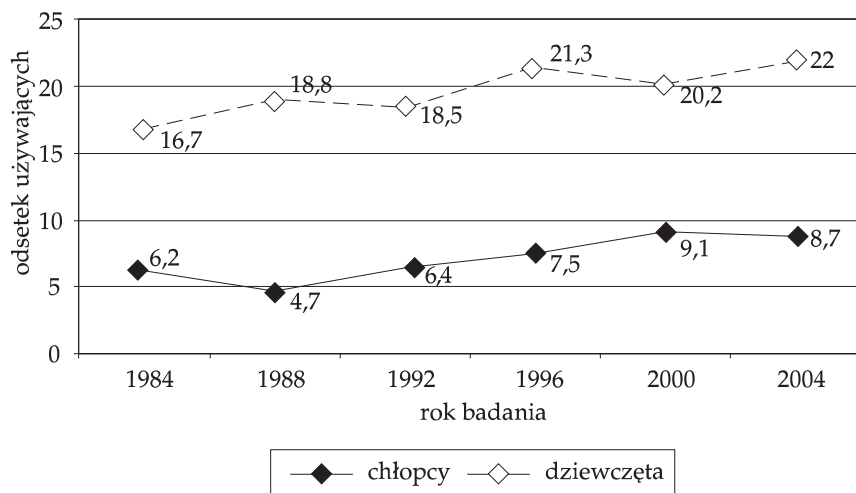
Rycina 4. Płeć a trendy w paleniu papierosów

większa grupa chłopców niż dziewcząt sięgała po narkotyki. Ale w 2004 roku dziewczęta „dogoniły” chłopców we wskaźnikach częstości używania narkotyków. Dotyczyło to zarówno eksperymentowania z narko-

tykami (choć raz w ostatnim roku), jak i częstego sięgania po te środki (przynajmniej kilkanaście razy w ciągu ostatniego roku) (rycina 5).



Rycina 5. Płeć a trendy w używaniu narkotyków



Rycina 6. Płeć a używanie leków uspokajających/nasennych

Najbardziej odporne na zmiany w czasie okazały się różnice ze względu na płeć w zakresie używania leków uspokajających i nasennych. Ponaddwukrotnie więcej dziewcząt (17-22%) niż chłopców używało tych leków (5-9%). Ta tendencja utrzymywała się przez wszystkie lata badań (rycina 6).

Inne zachowania problemowe

Przemoc. Około 15% uczniów często (przynajmniej raz w tygodniu) brało aktywny udział w przemocy fizycznej lub psychicznej wobec innych uczniów, a w ostatnim roku blisko jedna czwarta przynajmniej raz uczestniczyła w bójkach na terenie szkoły. Zdecydowanie częściej takie doświadczenia związane z przemocą były udziałem chłopców niż dziewcząt (tabela 2).

Zachowania sprzeczne z prawem. W ciągu ostatniego roku przed badaniem popełnienie przynajmniej jednego zachowania sprzecznego z prawem dotyczyło około połowy badanych uczniów, częściej chłopców (ok. 53%) niż dziewcząt (ok. 46%) (tabela 2). Wśród tego typu zachowań najbardziej powszechne były: akty fizycznej agresji wobec innych (31%), kradzieże (25%) i przejawy wandalizmu, takie jak np. celowe niszczenie czegoś (21%).

Tabela 2. Przemoc i wykroczenia. Odsetki badanych, dane z 2004 roku

Zachowania przestępcze	Razem	Chłopcy	Dziewczęta
Udział w przemocy fizycznej lub psychicznej w szkole (przynajmniej raz w tygodniu)	14,7	21,1	7,8***
Udział w bójkach w szkole (przynajmniej raz w ostatnim roku)	23,6	34,1	12,3***
Wykroczenia np. kradzieże, niszczenie (ostatni rok)	49,7	53,4	45,8**

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ (dotyczy porównania dziewczęta/chłopcy)

Omówienie wyników

Badania mokotowskie wyraźnie wskazują, że w początkowym okresie transformacji ustrojowej w Polsce w latach 1988-1996 wskaźniki używania przez młodzież substancji psychoaktywnych zdecydowanie rosły. Od końca lat 80. do roku 1996 na Mokotowie, Ursynowie i w Wilanowie systematycznie zwiększał się odsetek 15-latków pijących alkohol i upijających się. Wyraźnie wzrastał również odsetek młodzieży eksperymentującej z narkotykami, a jednocześnie zwiększała się dostępność i popularność tych substancji w kręgach młodzieży. W tym okresie zwiększyły się również wskaźniki dotyczące palenia papierosów i przyjmowania leków uspokajających. W latach 1996-2000 w tych trzech dzielnicach Warszawy kontynuowany był trend wzrostowy w zakresie używania narkotyków. Podobne tendencje, świadczące o upowszechnianiu się wśród młodzieży mody na używanie substancji psychoaktywnych, zostały również zaobserwowane w badaniach ogólnopolskich. Były to, między innymi, doniesienia z badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej HBSC⁴ (Woynarowska i Mazur, 2000) oraz badań znanych jako ESPAD⁵ (Sierosławski, Zieliński, 2000). Autorzy ESPAD, dokonując porównania wyników uzyskanych w 1995 i 1999 roku, wykazali, że: 1) relatywnie najmniej wzrosły wskaźniki palenia tytoniu, 2) znacznie wzrosło rozpowszechnienie częstego picia i upijania się, szczególnie wśród uczniów 15-letnich, 3) najbardziej wzrosły wskaźniki używania nielegalnych substancji psychoaktywnych.

Wyniki badań mokotowskich z lat 1996-2000 zapowiadały pewną „stabilizację” trendu w zakresie picia alkoholu, palenia tytoniu i używania leków uspokajających, ale wyniki ostatniej edycji badań mokotowskich nie pozostawiają wątpliwości, że w latach 2000-2004 nastąpiło zahamowanie tendencji wzrostowych w używaniu substancji psychoaktywnych w grupie 15-latków uczących się w Warszawie na Mokotowie, Ursynowie i w Wilanowie. Świadczy o tym zmniejszenie się rozpowszechnienia palenia papierosów, picia piwa, zahamowanie trendu

⁴ Międzynarodowe badania nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej wykonywane pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia – Health Behaviour in School-Aged Children. A WHO Cross-National Study (HBSC).

⁵ Europejski Program Badań Ankietowych w Szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków (ESPAD) koordynowany przez Szwedzką Radę ds. Informacji o Alkoholu i Narkotykach i Grupę Pompidou.

wzrostowego w używaniu narkotyków. Te wyniki, dawno oczekiwane przez środowisko ludzi zajmujących się profilaktyką, były początkowo przyjmowane z pewnym niedowierzaniem. Powstawało pytanie, czy korzystne tendencje obserwowane w Warszawie są czymś wyjątkowym w skali kraju, czy też zapowiadają zmiany w całej populacji młodzieży w Polsce?

Wyniki ostatniej edycji badań ESPAD z 2005 roku (Sierosławski, 2005) sugerują, że to, co zaobserwowaliśmy w Warszawie, może być przejawem ogólniejszych zmian w zachowaniach ryzykownych młodzieży w całym kraju. Badania ESPAD prowadzone na ogólnopolskiej próbie młodzieży 15 i 17-letniej wskazują na znaczne zmniejszenie wskaźników picia alkoholu i używania marihuany w porównaniu z poprzednim badaniem z 2003 roku. Na przykład, w grupie 15-latków wskaźnik „picie alkoholu w ostatnich 30 dniach” spadł z 66% (2003 rok) do 45%, a wskaźnik „upijanie się w ostatnich 30 dniach” z 29% do 15%. Te spektakularne spadki mogą wynikać z tego, że ostatnia edycja badań ESPAD została wykonana w październiku-listopadzie 2005, czyli w początkowym okresie roku szkolnego, a poprzednie edycje były realizowane w końcu roku szkolnego (na wiosnę). Wobec tego uczniowie badani w 2005 roku byli młodsi o kilka miesięcy, co mogło wpłynąć na uzyskanie niższych wskaźników używania substancji psychoaktywnych. Niemniej jednak, wyniki obu tych badań: mokotowskich i ESPAD wskazują na zahamowanie się trendu wzrostu obserwowanego w latach 90. i na początku pierwszej dekady XXI wieku.

Wyniki badań mokotowskich dostarczają interesujących danych na temat zmian w zachowaniach 15-letnich dziewcząt i chłopców w ostatnich 20 latach. Te zmiany spowodowały, że w zakresie niektórych wskaźników używania substancji psychoaktywnych (np. częstość picia alkoholu, palenie papierosów) dziewczęta wyprzedziły chłopców, podczas gdy w innych wskaźnikach (upijanie się, używanie narkotyków) różnice ze względu na płeć uległy zatarciu. Różne badania wskazują na to, że obecne pokolenie młodych dziewcząt chętniej angażuje się w różnorodne zachowania ryzykowne, do niedawna częściej obserwowane u chłopców. W latach 90. dziewczęta zaczęły „doganiać” chłopców w picciu alkoholu (Szymański i wsp., 2001), w paleniu papierosów (Mazur i wsp., 2000) i w przestępstwach agresywnych (Frączek, 2001). W związku z tymi zmianami rola czynnika płci jako predyktora używania substancji psychoaktywnych przez młodzież zaczęła słabnąć, choć w badaniach ogólnopolskich różnice te nadal utrzymują się na nieko-

rzyść chłopców, gdy w grę wchodzi upijanie się, używanie narkotyków lub nałogowe palenie papierosów (Sierosławski, 2005; Woynarowska, 2003). Wyniki uzyskane w Warszawie na Mokotowie, świadczące o innej dynamice zmian w używaniu substancji psychoaktywnych wśród młodych dziewcząt i chłopców, są zgodne z niektórymi wynikami najnowszych badań prowadzonych w Polsce wśród nastolatków (Czapiński i Panek, 2006). Podsumowując zmiany pomiędzy 2003 i 2005 rokiem dotyczące picia alkoholu, palenia papierosów i używania narkotyków w grupie 16–18-latków, autorzy badań pt. *Diagnoza Społeczna 2005* zauważają, że „wszędzie widać radykalny wzrost odsetka dziewcząt »schodzących na złą drogę« i mniejszy wzrost, a niekiedy nawet spadek odsetka ich niegrzecznych kolegów” (Czapiński, Panek, 2006, s. 177).

Wyniki badań mokotowskich uzyskane w 2004 roku potwierdzają, że poważnym problemem jest również przemoc i inne wykroczenia w środowiskach młodzieży szkolnej. Międzynarodowe badania prowadzone w ramach projektu HBSC wskazują, że zjawisko przemocy w polskich szkołach jest znacznie rozpowszechnione i że „odsetek uczniów dręczących innych jest w Polsce znacznie wyższy od przeciętnego dla krajów uczestniczących w projekcie HBSC”. (Mazur, Małkowska, 2003, s. 133). W zależności od przyjętych wskaźników szacuje się, że ze zjawiskiem przemocy w szkole czynnie styka się od jednej trzeciej (Bobrowski, 2005) do połowy populacji uczniów, w tym około 20% bardzo często (Mazur, Małkowska 2003). Wyniki tych obu badań zgodnie potwierdzają, że doświadczenia związane z przemocą częściej zdarzają się chłopcom niż dziewczętom. Podobnie rzecz się ma, jeśli chodzi o wykroczenia. Częściej popełniają je chłopcy.

Wnioski

1. Zestawienie wyników badań mokotowskich z ostatnich lat świadczy o tym, że w latach 1996-2004 w grupie 15-latków uczących się w Warszawie na Mokotowie, Ursynowie i w Wilanowie nastąpiła stabilizacja wskaźników używania substancji psychoaktywnych i tym samym zahamowany został trend wzrostowy obserwowany w latach 1988-1996.
2. Dynamika zmian w używaniu substancji psychoaktywnych obserwowana w latach 1996-2004 w grupach 15-letnich dziewcząt uczestniczących w badaniach mokotowskich jest prawdopodobnie jednym

- z objawów szerszych przemian obyczajowych obserwowanych wśród młodych kobiet w Polsce.
3. Przemoc w szkole i zachowania niezgodne z prawem są w znacznym stopniu rozpowszechnione wśród 15-letniej młodzieży uczestniczącej w badaniach mokotowskich.

Bibliografia

- Adlaf E., Paglia A. (2001), *The Mental Health and Well-Being of Ontario Students. Findings from the OSDUS*, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto.
- Bobrowski K. (2005), *Używanie substancji psychoaktywnych i inne zachowania problemowe młodzieży gimnazjalnej. Zmiany pomiędzy 14. a 16. rokiem życia*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 18, 1/2, 27-38.
- Czabała Cz., Bobrowski K., Borucka A., Brykczyńska C., Kocoń K., Okulicz-Kozaryn K., Ostaszewski K., Pałyska M., Raduj J. (2004), *Raport z badań wykonanych w 2004 roku w ramach działalności statutowej „Ocena stanu zdrowia psychicznego w wybranych populacjach”*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, maszynopis.
- Czapiński J., Panek T. (red.) (2006), *Diagnoza społeczna 2005. Warunki i jakość życia Polaków*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania, Warszawa, http://www.diagnoza.com/files/diagnoza2005/raport_diagnoza2005_110106.pdf
- Frączek A. (2001), *Okres przemian a przestępstwa agresywne młodzieży. Analiza w latach 1990-1997*, Wykład w Instytucie Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Mazur J., Woynarowska B., Kowalewska A. (2000), *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Palenie tytoniu*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa.
- Mazur J., Małkowska A. (2003), *Sprawcy i ofiary przemocy wśród uczniów w Polsce*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, nr 7(1), 121-134.
- Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. (1997), *Zmiany w picciu alkoholu przez młodzież. Badania mokotowskie: 1984-1988-1992-1996*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 2/27, 179-195.
- Okulicz-Kozaryn K., Borucka A. (2001), *Picie alkoholu przez młodzież z mokotowskich szkół średnich w latach 1984-2000*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 14(2), 245-259.
- Ostaszewski K. (1998), *Zmiany w używaniu substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1/30, s. 41-55.

- Ostaszewski K. (2001), *Trendy w używaniu przez młodzież substancji psychoaktywnych. Badania mokotowskie – kontynuacja*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 14(3), 387-406.
- Ostaszewski K. (2003), *Trendy w paleniu papierosów przez 15-letnią młodzież. Badania mokotowskie 1984-2000*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” nr 7(1), 105-120.
- Sierosławski J. (1999), *Ograniczenie używania substancji psychoaktywnych i związanych z tym szkód zdrowotnych*, „Alkoholizm i Narkomania” nr 2/35, 165-207.
- Sierosławski J. (2005), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2005 r.*, Warszawa. Maszynopis dostępny w wersji elektronicznej na stronie <http://www.kbpn.gov.pl/> zakładka Epidemiologia narkomanii.
- Sierosławski J., Zieliński A. (2000), *Narkotyki a młodzież*, „Serwis Informacyjny Narkomania”, nr 12/13, 26-46.
- Szymański J., Woynarowska B., Mazur J. (2001), *Picie napojów alkoholowych przez młodzież szkolną w Polsce i w innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990-1998*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 14(2), 213-228.
- Wolniewicz-Grzelak B. (1985), *Badania ankietowe nad spożywaniem alkoholu przez uczniów szkół ponadpodstawowych Mokotowa w 1984 roku i niektóre problemy metodologiczne*, „Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego” nr 4(60), 65-85.
- Wolniewicz-Grzelak B. (1995), *Badanie picia napojów alkoholowych przez młodzież arkuszem „Piwo-Wino-Wódka”*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2/19, 117-127.
- Wolniewicz-Grzelak B., Ostaszewski K. (1983), *Badanie środowisk szkolnych w zakresie zagrożenia uzależnieniem od środków odurzających*, „Biuletyn Informacyjny Instytutu Psychoneurologicznego”, nr 4, 68-82.
- Woynarowska B., Mazur J. (2000), *Zachowania zdrowotne i zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce i innych krajach. Tendencje zmian w latach 1990–1998*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa.
- Woynarowska B. (red.) (2003), *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW. Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa.

Prevalence of youth problem behaviors The Mokotów study

Summary. The Mokotów study conducted every 4 years since 1984 is aimed at monitoring alcohol, tobacco, and illegal drug use trends among 15 year olds from Warsaw. Last edition of the study included additional measures on violence and delinquent behaviors. The self-report data are taken from a random sample of students attending schools in Mokotów area – the district of Warsaw (sample size ranged from 1461 to 3918 in different years). Between late 1980s and mid 1990s a significant increase in youth substance use including alcohol, cigarettes and illegal drugs has been documented. The most recent results (from 2000 and 2004) indicated stabilization in alcohol and illegal drug use and decrease in tobacco use. However, changes in adolescent substance use differ across gender. While boys as a group became more restrained in substance use, girls remained at the same level or continued growing trends (eg. in getting drunk). These differences reflect general changes in young female's style of living. Results indicated that about 15% of students were often involved in violence at school and almost 50% committed at least one delinquent behavior in the past year.

JOLANTA JARCZYŃSKA

Percepcja postaw rodziców wobec spożywania alkoholu przez ich dzieci a intensywność picia wśród młodzieży gimnazjalnej¹

Picie alkoholu przez młodzież – zdaniem R. Jessora – wiąże się z trzema wyraźnymi kontekstami: właściwościami osobowości jednostki, jej systemem zachowań oraz czynnikami środowiskowymi, wśród których wymienia się grupę rodzinną i rówieśniczą (Jelonkiewicz i in., 1998). K. Ostaszewski pisze, iż badania wskazują również na duże znaczenie czynników związanych z poznawczą sferą funkcjonowania jednostki, takich jak między innymi spostrzeganie u rodziców postaw i zachowań aprobujących używanie substancji psychoaktywnych (Ostaszewski, 2003). Również jedna z głównych tez teorii zachowań problemowych R. Jessora mówi o tym, iż podatność na występowanie u młodzieży zachowań problemowych, w tym picia alkoholu, wynika z niskiego poziomu dezaprobaty rodziców wobec picia alkoholu przez ich dziecko (Jessor, 1987). Teza ta znalazła potwierdzenie w wynikach licznych badań empirycznych prowadzonych przez R. Jessora, R. Zuckera, G. Lowe'a, D. Foxcrofta i D. Sibleya oraz innych badaczy (Lowe i in., 2000). Potwierdziły ją również wyniki badań krajowych prowadzonych przez E. Stępień (1996) oraz zespół badaczy z Pracowni Profilaktyki

¹ Prezentowane tu wyniki są fragmentem mojej rozprawy doktorskiej na temat: *Wybrane czynniki ryzyka występujące w środowisku rodzinnym a picie alkoholu w okresie adolescencji*, napisanej pod kierunkiem prof. UKW dr hab. Marii Deptuły i obronionej na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy w roku 2005.

Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Internet, 30.03.2004). Wyniki badań prowadzonych przez ten zespół wskazują ponadto, że spostrzeganie przez młodzież ze strony rodziców liberalnej postawy wobec picia przez nią alkoholu sprzyja kształtowaniu się pozytywnych oczekiwań młodzieży wobec skutków picia alkoholu.

Skoro wiadomo, że niski poziom rodzicielskiej dezaprobaty dla zachowań nastolatków związanych z piciem alkoholu sprzyja większej intensywności picia przez nich alkoholu i kształtowaniu się u nich pozytywnych oczekiwań wobec skutków picia alkoholu, warto szukać odpowiedzi na następujące pytania: 1) Jakie postawy swoich rodziców wobec picia przez nich alkoholu postrzegają gimnazjaliści a jakich postaw swych rodziców pragną? i 2) Czy spostrzegane i pożądane przez młodzież postawy ze strony matki i ojca wobec picia alkoholu przez badanych różnicują intensywność picia przez nią alkoholu?

Zmienną niezależną w badaniach autorki były: „sposstrzegane i pożądane postawy rodziców wobec picia alkoholu przez badanych”, a zmienną zależną – intensywność picia alkoholu przez uczniów klas I, II i III gimnazjum.

Podjęcie tego wątku w badaniach własnych wynikało z potrzeby, na jaką wskazują doniesienia z licznych badań, które dowodzą, iż istotnym czynnikiem ryzyka wiążącym się z piciem alkoholu przez młodzież jest niewłaściwy stosunek ich rodziców do alkoholu, który wyraża się aprobatą ze strony rodziców dla picia alkoholu lub brakiem zainteresowania stosunkiem dziecka do tej substancji. „Porównanie opinii dotyczących norm wieku inicjacji alkoholowej z lat 50., 60., 80. oraz pierwszej połowy lat 90. wskazuje na dramatyczne zmiany obyczajowe” (Prajsner, 2003), które polegają na ujawnieniu się tendencji do liberalizacji ze strony dorosłych w zakresie inicjacji alkoholowej przed wejściem w pełnoletność. Co prawda nadal większość dorosłych uznaje pełnoletność za granicę wieku odpowiednią do rozpoczęcia picia alkoholu, to jednak od początku lat 90. spora część badanych skłania się do uznania za normę wcześniejszej inicjacji, przypadającej na lata między 15 a 17 rokiem życia.

Dokonując pomiaru pożądanych przez gimnazjalistów postaw ich rodziców² wobec picia przez nich alkoholu, kierowano się przeko-

² W prezentowanych tu badaniach nie analizowałam zgodności percepcji postaw matek i ojców oraz jej znaczenia dla intensywności picia alkoholu przez gimnazjalistów. Problem ten podejmę w kolejnej publikacji.

naniem, iż dla formułowania celów strategii profilaktycznych i projektowania oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych ważne jest nie tylko ustalenie percepcji postaw rodziców wobec picia alkoholu przez badanych, ale także rozpoznanie życzeń młodych ludzi w tym zakresie. Konfrontacja postaw spostrzeganych u rodziców i pożądaných przez młodzież pozwala stwierdzić, czy młodzi ludzie od swych rodziców oczekują zmiany postaw, czy też akceptują zastany stan rzeczy.

Metoda

Percepcję postaw rodziców wobec picia alkoholu przez badanego zdefiniowano jako spostrzegany przez badanego ogół względnie trwałych dyspozycji rodziców do oceniania i emocjonalnego reagowania na zamiar bądź fakt picia alkoholu przez niego, jak również zbiór względnie trwałych przekonań i typowych zachowań prezentowanych przez rodziców w kwestii picia przez niego alkoholu.

Wskaźnik percepcji postaw rodziców wobec picia alkoholu przez badanego powstał na podstawie dokonanej przez niego oceny:

- 1) emocjonalnego ustosunkowania matki i ojca wobec wyrażanego przez niego zamiaru picia bądź faktycznego picia alkoholu,
- 2) zachowania się matki i ojca wobec wyrażanego przez niego zamiaru picia bądź faktycznego picia alkoholu,
- 3) sądów poznawczych/przekonań matki i ojca wobec wyrażanego przez niego zamiaru picia bądź faktycznego picia alkoholu.

Pomiar zmiennych: „percepcja postaw matki i ojca wobec picia alkoholu przez badanych” wykonano opierając się na technice opracowanej przez Rensisa Likerta, zwanej metodą sumowanych ocen. Posługując się zasadami konstruowania skal sformułowanymi przez R. Likerta, skonstruowano cztery skale do badania spostrzeganych postaw rodziców wobec picia alkoholu przez badanych. Dwie z nich służyły do badania spostrzeganych postaw rodziców (osobna skala dla matki i ojca) przez abstynentów (za abstynentów w badaniach uznano osoby, które zadeklarowały, iż w ciągu ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających badanie ani razu nie piły alkoholu), natomiast dwie pozostałe badały tę zmienną w grupie młodzieży pijącej alkohol (w podanym okresie – sześciu ostatnich miesięcy). Każda z czterech skal badała komponent behawioralny, poznawczy i emocjonalny postawy.

O spostrzeganej postawie matki i ojca wobec picia alkoholu przez jej/jego dziecko wnioskowano na podstawie deklaracji badanego, dotyczących takich zachowań jego matki i ojca, jak:

- informowanie dziecka o tym, czy sobie życzą, czy nie, aby piło ono alkohol,
- udzielanie bądź nieudzielanie dziecku przyzwolenia na picie alkoholu,
- informowanie dziecka o tym, co grozi mu, jeśli zastaną je pod wpływem alkoholu,
- wyrażanie przekonania o tym, czy dziecko jest za młode lub wystarczająco dorosłe, aby mogło pić alkohol,
- poruszanie bądź nie w rozmowach z dzieckiem tematu picia przez nie alkoholu,
- wyrażanie przekonania o tym, że w piciu przez dziecko alkoholu nie ma niczego złego lub picie przez nie alkoholu jest czymś złym,
- wyrażanie przekonania o tym, że nawet mała ilość wypitego przez dziecko alkoholu może zaszkodzić jego zdrowiu lub jest dla niego nieszkodliwa,
- wyrażanie przyzwolenia na picie przez dziecko alkoholu na różnego rodzaju imprezach rodzinnych,
- okazywanie radości i zadowolenia z faktu, iż dziecko potrafi odmówić wypicia alkoholu, wtedy gdy ktoś go nim częstuje,
- okazywanie dziecku troski o to, iż uczestnicząc w różnego rodzaju spotkaniach towarzyskich, narażone jest na picie alkoholu,
- okazywanie przez rodzica pewnej reakcji na zachowanie dziecka świadczące o tym, że jest pod wpływem alkoholu,
- wyrażanie akceptacji dla picia przez dziecko alkoholu,
- wyrażanie przyzwolenia na picie przez dziecko alkoholu pod warunkiem, że pije ono go mało i niezbyt często,
- stosowanie wobec dziecka kar za to, że przychodzi ono do domu pod wpływem alkoholu,
- okazywanie braku zainteresowania dla faktu picia przez dziecko alkoholu.

Wyznaczając przedziały klasowe dla skal: percepcja postawy matki i ojca wobec picia alkoholu przez badanego (abstynenta i pijącego alkohol), wyróżniono następujące typy postaw rodziców wobec picia alkoholu przez badanego³: postawę w pełni dezaprobującą picie przez niego

³ Przyjęto następujące przedziały punktowe dla wyróżnionych typów postaw rodziców: skala dla abstynentów: postawa aprobująca w pełni picie alkoholu przez dziecko 0-5 pkt., postawa częś-

alkoholu; postawę częściowo dezaprobuującą picie przez niego alkoholu; postawę obojętną wobec picia przez niego alkoholu; postawę częściowo aprobuującą picie przez niego alkoholu oraz postawę w pełni aprobującą picie przez niego alkoholu. Badany wyrażał stopień zgodności z danym twierdzeniem na jeden z 5 sposobów: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „trudno powiedzieć”, „raczej nie” oraz „na pewno nie”. Za poszczególne rodzaje odpowiedzi otrzymywał odpowiednio 4, 3, 2, 1 i 0 punktów. Wskaźnikiem percepcji danego typu postawy matki i ojca wobec picia alkoholu przez badanego była suma punktów uzyskanych z odpowiedzi na wszystkie twierdzenia zawarte na skali. Im wyższa była wartość punktowa na skali percepcji postawy matki lub ojca, tym większa dezaprobatą z jej/jego strony dla picia alkoholu przez jej/jego dziecko, zaś im niższa wartość, tym mniejsza dezaprobatą matki/ojca dla tego zachowania jej/jego dziecka.

Pożądaną przez badanego postawą rodziców wobec picia przez niego alkoholu zdefiniowano jako subiektywną opinię badanego o tym, jakich reakcji emocjonalnych i ocen zamiaru picia bądź faktycznego picia alkoholu, a także przekonań i zachowań swoich rodziców życzyłyby sobie wtedy, kiedy pije alkohol lub wyraża zamiar jego spożycia.

Wskaźnik poświadczonych przez badanego postaw rodziców wobec picia przez niego alkoholu powstał na podstawie deklarowanych przez niego pragnień dotyczących:

- 1) emocjonalnego ustosunkowania matki i ojca wobec wyrażanego przez niego zamiaru picia bądź faktycznego picia alkoholu,
- 2) zachowania się matki i ojca wobec wyrażanego przez niego zamiaru picia bądź faktycznego picia alkoholu,
- 3) sądów poznawczych/przekonań matki i ojca wobec wyrażanego przez niego zamiaru picia, bądź faktycznego picia alkoholu.

Pomiar zmiennych: „pożądaną postawą matki i ojca wobec picia alkoholu przez badanego” wykonano również na podstawie techniki opracowanej przez R. Likerta. Skonstruowano cztery skale do badania poświadczonych postaw rodziców wobec picia alkoholu przez badanych.

ciowo aprobuująca picie alkoholu przez dziecko 6-15 pkt, postawa obojętna 16-25 pkt, postawa częściowo dezaprobuująca picie alkoholu przez dziecko 26-35 pkt, postawa w pełni dezaprobuująca picie alkoholu przez dziecko 36-40 pkt. Skala dla pijących alkohol: postawa aprobuująca w pełni picie alkoholu przez dziecko 0-8 pkt, postawa częściowo aprobuująca picie alkoholu przez dziecko 9-24 pkt, postawa obojętna: 25-40 pkt, postawa częściowo dezaprobuująca picie alkoholu 41-56 pkt, postawa w pełni dezaprobuująca picie alkoholu przez dziecko 57-64 pkt.

Dwie z nich służyły do badania pożądaných postaw rodziców przez badanego, który jest abstynentem (osobna skala dla matki i ojca), natomiast dwie pozostałe badały pożądanę postawę rodziców przez badanego pijącego alkohol (osobna skala dla matki i ojca). Każda z czterech skal badała komponent behawioralny, poznawczy i emocjonalny postawy.

O pożądanę postawę matki i ojca wobec picia alkoholu przez jej/ jego dziecko wnioskowano na podstawie deklarowanych przez badanego pragnień dotyczących takich samych zachowań jego matki i ojca, jak wymienione w zmiennej postawy spostrzegane.

Wyznaczając przedziały klasowe dla skal: „pożądana postawa matki i ojca wobec picia alkoholu przez badanego (abstynenta i pijącego alkohol)”, wyróżniono takie same typy postaw rodziców wobec picia alkoholu przez badanego, jak dla skal: percepcja postawy matki i ojca wobec picia alkoholu przez badanego (abstynenta i pijącego alkohol). Badany wyrażał stopień zgodności z danym twierdzeniem skali na jeden z 5 sposobów: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „trudno powiedzieć”, „raczej nie” oraz „na pewno nie”. Za poszczególne rodzaje odpowiedzi otrzymywał on odpowiednio 4, 3, 2, 1 i 0 punktów. Wskaźnikiem pożądanę postawy matki i ojca wobec picia alkoholu przez badanego abstynenta i badanego pijącego alkohol była suma punktów uzyskanych z odpowiedzi na wszystkie twierdzenia zawarte na skali. Im wyższa była wartość punktowa na skali pożądanę postawy matki lub ojca, tym badany pragnął/oczekiwał większej dezaprobaty ze strony matki/ojca dla picia przez niego alkoholu. Z kolei, im niższa była wartość punktowa na skali, tym badany pragnął/oczekiwał mniejszej dezaprobaty (większego przyzwolenia) matki/ojca dla zamiaru picia przez niego alkoholu.

Do pomiaru zmiennej „intensywność picia alkoholu przez badanych”, którą zdefiniowano jako zachowania badanych związane z częstością picia przez nich alkoholu, ilością zazwyczaj wypijanego alkoholu oraz częstością picia znacznej ilości alkoholu przy jednej okazji (upijanie się), wykorzystano 3 pytania z kwestionariusza „Ty i Zdrowie”⁴. Były to pytania: o częstość picia alkoholu w okresie sześciu mie-

⁴ Kwestionariusz „Ty i Zdrowie” jest polską adaptacją (z roku 1991 dokonaną przez A. Frączka i E. Stępień) kwestionariusza R. Jessor, J. Donovana i F. Costy, pt.: „Health Behavior Questionnaire”, która służy do badania wielu zachowań problemowych pojawiających się w okresie adolescencji. Narzędzie to składa się z pytań oraz skal, pozwalających na charakterystykę różnych aktywności oraz własności psychologicz-

sięcy poprzedzających badanie; o ilość zazwyczaj wypijanego alkoholu w tym czasie; o częstość picia znacznej ilości alkoholu przy jednej okazji (upijanie się) w ciągu ostatniego półrocza poprzedzającego badanie (tzn. wypicie więcej niż 5 puszek piwa, kieliszków wina czy wódki).

Zmienna „picie alkoholu” mierzona była zatem przy pomocy:

- dziewięciostopniowej skali dotyczącej częstości picia alkoholu w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających badanie,
- dziesięciostopniowej skali dotyczącej ilości jednorazowo wypijanego alkoholu podczas ostatnich sześciu miesięcy,
- dziewięciostopniowej skali dotyczącej częstości wypijania jednorazowo więcej niż pięciu porcji alkoholu w okresie sześciu miesięcy poprzedzających badanie.

Na podstawie odpowiedzi badanych na trzy pytania powstał wskaźnik intensywności picia alkoholu⁵. Wskaźnik ten mógł przybierać wartość od 0 punktów, świadczących o niepicciu przez badanego alkoholu w ostatnich sześciu miesiącach, do 25 punktów oznaczających codzienne spożywanie przez niego alkoholu, zazwyczaj w dużych ilościach, tj. 5 i więcej porcji, i częściej niż dwa razy w tygodniu wypicie więcej niż pięciu porcji piwa, wina lub wódki.

Badaniami objęto 838 uczniów klas I, II i III, którzy stanowili próbę reprezentatywną dla miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego. Dobór próby był losowy, zastosowano losowanie wielostopniowe według następującego schematu:

- losowanie siedmiu gimnazjów spośród wszystkich gimnazjów istniejących w listopadzie 2003 roku na terenie miasta Bydgoszczy;
- losowanie siedmiu gimnazjów spośród wszystkich gimnazjów istniejących w listopadzie 2003 roku na terenie powiatu bydgoskiego;
- losowanie z każdego wylosowanego gimnazjum jednej klasy I, jednej klasy II i jednej klasy III.

Badania przeprowadzono metodą anonimowej ankiety audytoryjnej za zgodą dyrekcji szkół i z zachowaniem dobrowolności udziału młodzieży w badaniach. Dane ankietowe dwóch osób zostały wyklu-

nych nastolatków. Zgody na wykorzystanie w badaniach własnych wybranych pytań z tego kwestionariusza udzieliła mi Pani dr Ewa Stępień z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

⁵ Wskaźnik ten opracowany został przez E. Stępień, a jego opis odnaleźć można w następujących artykułach: E. Stępień, (1999a, s. 70-71) E. Stępień, (1999b, s. 538). Wskaźnikiem tym posługiwały się także: I. Jelonkiewicz, K. Kosińska-Dec (1998, s. 297-308).

czony z analizy ze względu na wpisy świadczące o niepoważnym traktowaniu badania. W obliczeniach wykorzystano zatem dane 836 osób.

Wyniki, ich interpretacja i wnioski

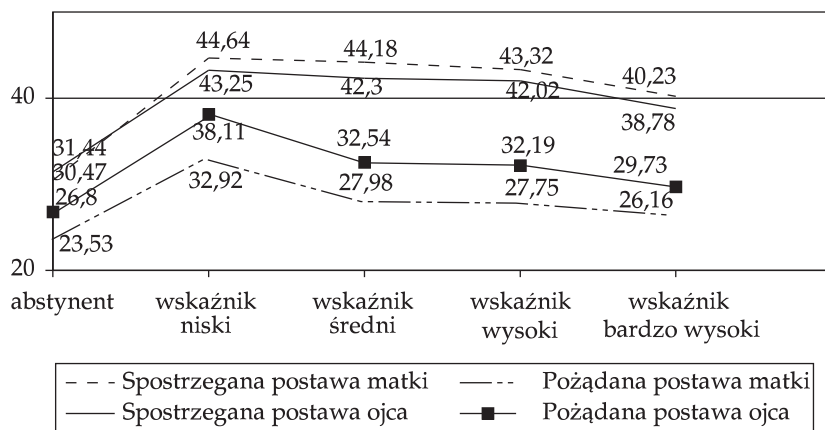
Przeprowadzone badania pokazały, iż gimnazjaliści niezależnie od stopnia intensywności picia alkoholu spostrzegają nieco większą dezaprobatę dla picia przez siebie alkoholu u swych matek niż u ojców. A właśnie ze strony swych matek życzyliby sobie nieco bardziej liberalnych postaw niż ze strony swych ojców. Taki rezultat świadczyć może o tym, iż matki podlegają większemu niż ojcowie naciskowi ze strony swych dzieci. Istotne wydają się zatem pytania o to: jak je wspierać w tym krytycznym dla nastolatków okresie? oraz co zrobić, aby umiały one poradzić sobie z presją i manipulacją ze strony swych dzieci?

Analizując średnie wartości arytmetyczne uzyskane przez badanych na skali spostrzeganej postawy matki i ojca, zauważono, iż zarówno gimnazjaliści, którzy w czasie ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających badanie pili alkohol z różną intensywnością, jak i ci, którzy go w tym czasie nie spożywali, spostrzegają u swych matek postawę częściowo dezaprobującą picie przez nich alkoholu. Taki sam typ postawy spostrzegają u swych ojców badani abstynenci oraz osoby o niskim, średnim i wysokim wskaźniku intensywności picia alkoholu. Osoby bardzo intensywnie pijące alkohol spostrzegają u swych ojców postawę obojętną wobec picia przez nie alkoholu.

Uzyskane wyniki wskazały na dużą zgodność badanych w zakresie pożądanых przez nich postaw matki i ojca, gdyż badani gimnazjaliści, którzy zadeklarowali, iż spożywali alkohol w czasie ostatnich sześciu miesięcy przed badaniem, oczekują od swych matek i ojców postawy obojętnej wobec picia przez nich alkoholu. Jediną różnicę dostrzec można w zakresie oczekiwań abstynentów, którzy u swych matek pragną spostrzegać postawę obojętną wobec picia przez nich alkoholu, zaś od swych ojców oczekują postawy częściowo dezaprobującej picie przez nich alkoholu.

Dokonując porównania wyników uzyskanych przez młodzież na skalach spostrzeganych i pożądanых postaw matki i ojca, zaobserwować można, iż gimnazjaliści pijący, jak i niepijący alkoholu oczekują od swych matek jeszcze bardziej liberalnych postaw niż te, które one wobec nich prezentują. Bardziej liberalnych postaw od swych ojców życzą

sobie badani prezentujący niski, średni oraz wysoki wskaźnik intensywności picia alkoholu. Jedynie abstynenci i osoby o bardzo wysokim wskaźniku intensywności picia alkoholu od swych ojców oczekują takiego samego typu postaw, jak spostrzegane. Omawiane tu wyniki zilustrowano na rycinie 1.



Rycina 1. Wartości przeciętne na skalach spostrzeganey i pożądaney postawy matki i ojca w zależności od intensywności picia alkoholu przez badanych

Opisany powyżej rezultat badań dotyczący oczekiwań nastolatków wobec rodzicielskich postaw może budzić społeczny niepokój, gdyż oczekiwania młodzieży dotyczące dalszej liberalizacji postaw rodziców wobec picia przez nią alkoholu trudno aprobować i wprowadzać w życie. Oznaczałoby to bowiem jawne przyzwolenie na picie alkoholu przez nieletnich, co jest sprzeczne z obowiązującym prawem. Wczesne przyzwolenie na picie alkoholu ze strony rodziców wiązać się może z problemowym picie alkoholu przez młodzież i szybkim uzależnieniem się od tej substancji. Picie alkoholu przez nieletnich wiąże się przede wszystkim z doświadczaniem różnych problemów zdrowotnych, takich jak: zaburzenia psychiczne, uszkodzenia narządów wewnętrznych, zaburzenia zachowania. Warto dodać, iż znaczne ryzyko dla zdrowia i bezpieczeństwa młodych ludzi stanowią również niektóre zachowania podejmowane przez nich po spożyciu alkoholu, którego działanie upo-

śledza funkcje Ośrodkowego Układu Nerwowego. Wymienić tu można takie zachowania, jak: prowadzenie samochodów i innych pojazdów pod wpływem alkoholu, pływanie i skoki do wody w miejscach niedozwolonych, wszczynanie bójek i podejmowanie innych zachowań agresywnych. „Zachowania te są często przyczynami wypadków i urazów, które w wielu przypadkach prowadzą do śmierci, inwalidztwa lub długotrwałej niepełnosprawności” (Ostaszewski, 2003). Warto przypomnieć, iż w Polsce główną przyczyną śmierci młodzieży w wieku szkolnym, związaną z używaniem przez nią alkoholu, są różne wypadki. „Najczęściej młodzi ludzie giną w wypadkach drogowych, następnie w zamachach samobójczych i w wyniku utonięć. Wśród zachowań ryzykownych największe zagrożenie dla bezpieczeństwa stanowi prowadzenie pojazdów mechanicznych po spożyciu alkoholu. Znaczna część wypadków drogowych, w których giną ludzie, ma związek z piciem alkoholu” (Ostaszewski, 2003). Można zatem powiedzieć, iż picie alkoholu przez młodzież generalnie szkodzi jej zdrowiu i bezpieczeństwu oraz bezpieczeństwu innych osób.

Ponadto używanie alkoholu w okresie dorastania ujemnie wpływa na kształtowanie się osobowości młodych ludzi, zaburza bowiem ich rozwój psychiczny, społeczny, emocjonalny, moralny i duchowy oraz utrudnia uzyskiwanie średniego lub wyższego wykształcenia, co w przyszłości może niekorzystnie ukształtować ich losy życiowe.

Wczesna inicjacja alkoholowa może otworzyć drogę do szybkiego eksperymentowania z innymi środkami psychoaktywnymi, o czym mówi koncepcja faz używania substancji psychoaktywnych⁶ sformułowana przez D. Kandela i współpracowników.

Picie alkoholu przez nieletnich, jako jedno z zachowań ryzykownych przejawianych przez młodzież w okresie adolescencji, może wyzwać również inne zachowania ryzykowne. Potwierdzeniem tego są wyniki badań epidemiologicznych, które wskazują na to, iż „pod wpływem alkoholu młodzi ludzie podejmują szereg innych zachowań ryzykownych. Osłabiona alkoholem zdolność kontrolowania własnych zachowań, i tak niewielka w okresie dorastania, umożliwia przekraczanie pozostałych jeszcze granic” (Szymańska, 2002). Picie alkoholu często toruje drogę agresji i przestępczości. Warto dodać, iż część inicjacji seksualnych wśród nastolatków dokonuje się właśnie pod wpły-

⁶ Koncepcję tę opisuje K. Ostaszewski (2003, s. 98-99).

wem alkoholu (Szymańska, 2002). Występowanie zachowań ryzykownych związanych z piciem alkoholu potwierdzają wyniki prowadzonych w naszym kraju badań ESPAD z roku 1999 i z roku 2003 (Sierosławski, 2003) oraz badań HBSC z 2003 roku (Woynarowska, 2003b).

Jednym z kluczowych pytań, na które poszukiwałam odpowiedzi w prezentowanych tu badaniach, było pytanie o to, czy spostrzegane i pożądanе przez badanych postawy ich rodziców wobec picia przez nich alkoholu różnicują intensywność picia. Uzyskane wyniki analizy wariancji wskazały, iż zarówno spostrzegane, jak i pożądanе postawy matki i ojca różnicują intensywność picia alkoholu przez gimnazjalistów. Okazuje się, że im niższy poziom rodzicielskiej dezaprobaty spostrzegają badani gimnazjaliści, tym bardziej intensywnie piją alkohol. Wynik ten zgodny jest z przytoczoną wcześniej tezą teorii zachowań problemowych R. Jessora, która mówi o tym, iż podatność na picie przez młodzież alkoholu wynika z niskiego poziomu dezaprobaty jej rodziców wobec picia przez nią alkoholu. Badania pokazały również, że im niższy poziom dezaprobaty dla picia alkoholu ze strony rodziców pragną spostrzegać badani, tym bardziej intensywnie piją oni alkohol.

Konfrontując uzyskane przeze mnie wyniki z wynikami badań prowadzonymi przez PARPA w 1995 roku nad postawami Polaków wobec alkoholu oraz badań ESPAD z 1999 i 2003 roku, można z łatwością przewidzieć negatywne następstwa potwierdzonej w moich badaniach prawidłowości. Otóż przywołane powyżej wyniki badań wskazują na faktyczną zmianę nastawienia rodziców nastoletnich dzieci, którzy są skłonni bardziej niż dawniej godzić się na picie przez nie alkoholu. Wskazują one również na ujawnienie się tendencji do przyzwolenia na inicjację alkoholową przed osiągnięciem pełnoletności przez ich dzieci. Od początku lat 90. spora część badanych skłania się do uznania wieku poniżej 18 roku życia za normę inicjacji alkoholowej. Szczególny niepokój budzi również wykryte w badaniach zjawisko, jakim jest przyzwolenie matek dla picia alkoholu przez nieletnie córki. Jednak, jak pisze Krzysztof Wojcieszek (2001), badacze nie wiedzą, „czy taka postawa jest przyczyną czy skutkiem przemian obyczajowych wśród młodzieży”.

Zdaniem Janusza Sierosławskiego (1999) większe przyzwolenie rodziców na picie alkoholu przez ich dzieci może się wiązać z mylnym przekonaniem, że lepiej by dzieci piły alkohol, niż zażywały narkotyki. Udokumentowaniem opisywanych tu wyników badań mogą być odpowiedzi badanych 15-latków na pytanie dotyczące przyzwolenia rodziców na picie przez nich napojów alkoholowych, zebrane w ramach

badania ESPAD z 1999 roku. Analiza wypowiedzi badanych wskazuje na to, że większość 15-latków jest przekonana o braku zgody ze strony rodziców na picie przez nich alkoholu. 61% badanych sądzi, że przyzwolenia na picie alkoholu nie otrzymałoby ze strony ojca, a 65% ze strony matki. Tylko 9-10% badanych spodziewa się przyzwolenia ze strony rodziców. 9% badanych jest zdania, że brak zgody ograniczyłoby się do picia w domu. Wśród 17-latków braku przyzwolenia ze strony ojca spodziewa się już tylko 40% badanych, zaś ze strony matki 44% (Sierosławski i in., 1999).

Kwestię stosunku rodziców do picia alkoholu przez ich dzieci poruszono również w badaniach ESPAD z 2003 roku. Badanych gimnazjalistów tym razem zapytano o spodziewaną (oczekiwaną) reakcję ich rodziców (osobno matki i ojca) na upijanie się przez nich alkoholem, nie zaś na sam fakt picia przez nich tej substancji. Wyniki badań pokazały, iż zdecydowana większość badanych oczekuje ze strony matki i ojca braku przyzwolenia na upijanie się. 70% badanych 15-latków sądzi bowiem, iż matka nie pozwoliłaby im doznać stanu upojenia alkoholowego i 70,3% badanych w tym wieku twierdzi, że zgody na upicie się alkoholem nie uzyskałoby od ojca. Jedynie około 2% 15-latków oczekiwałoby zgody rodziców na upijanie się alkoholem. Ze strony matki aprobaty dla upijania się alkoholem spodziewa się 1,3% badanych 15-latków, zaś ze strony ojca 1,8% badanych równolatków (Sierosławski, 2004).

Konfrontując wyniki badań ESPAD z 1999 i 2003 roku z rezultatami ogólnopolskich badań ankietowych z 2002 roku, prowadzonych z inicjatywy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, można być niemile zaskoczonym. Cieszyć nas może fakt, że w badaniach ankietowych z 2002 roku większość badanych dorosłych Polaków podkreślała doniosłość profilaktycznej roli rodziny w kwestii podejmowania doświadczeń z substancjami psychoaktywnymi. Jednak wyniki badań ESPAD z 2003 roku nie wskazują na to, aby rodzice postępowali zgodnie z deklarowanym poglądem, bowiem coraz częściej okazują swoim dzieciom mniej lub bardziej jawne przyzwolenie na picie przez nie alkoholu. Taka postawa rodziców może sprzyjać jego używaniu, a w konsekwencji wczesnemu uzależnieniu się młodego człowieka od tej substancji. Warto pamiętać, iż odpowiednio realizowana przez rodziców strategia wychowawcza, polegająca na bezwzględnym zakazie używania przez ich dziecko alkoholu, może zapobiec podejmowaniu przez nie wczesnych doświadczeń alkoholowych, a w efekcie opóźnić okres ekspery-

mentowania z alkoholem i innymi substancjami psychoaktywnymi. Ważne jest również to, aby rodzice wiedzieli o tym, iż istotnym powodem powstrzymującym ich nastoletnie dzieci przed piciem alkoholu „jest obawa, że dowiedzą się o tym ich rodzice” (Pisarska i in., 2002). Jeśli tak jest, celowe jest wzmacnianie tego czynnika chroniącego jak najdłużej.

Przytoczone wcześniej wyniki badań ESPAD prowadzonych wśród 15- i 17-letniej młodzieży szkolnej w roku 1999 potwierdzają, iż wraz z wiekiem dziecka wzrasta rodzicielskie przyzwolenie na picie przez nie alkoholu. Analizując odpowiedzi badanych nastolatków na pytanie dotyczące przyzwolenia rodziców na picie przez nich napojów alkoholowych, zauważyć można ponaddwukrotnie wyższe niż wśród 15-latków odsetki uczniów (20-22%) starszych (17-latków), którzy spodziewaliby się pełnego przyzwolenia ze strony rodziców na picie alkoholu. Takie odpowiedzi dowodzą, że rodzice starszej młodzieży w znacząco większym odsetku niż rodzice młodszych badanych akceptują picie alkoholu przez swoje dzieci (Sierosławski i in., 1999). Rosnąca społeczna akceptacja dla tego zjawiska niesie za sobą negatywne konsekwencje. Przyzwolenie rodziców na picie nawet niewielkiej ilości alkoholu przez ich dzieci jest wyrazem ich zgody na picie alkoholu, które z reguły początkowo jest piciem towarzyskim, a później piciem problemowym zaburzającym rozwój psychospołeczny, emocjonalny i moralny ich dzieci, wiążącym się z podejmowaniem przez nie zachowań ryzykownych stanowiących potencjalne zagrożenie dla ich zdrowia, bezpieczeństwa, czy nawet życia.

W związku z powyższym celem profilaktyki winno być pozyskanie i włączenie rodziców w oddziaływania profilaktyczne, dzięki którym rodzice poszerzą zasób swojej wiedzy na temat szkodliwości używania alkoholu przez ich dzieci, zmienią swoje postawy i przekonania wobec picia alkoholu przez ich dzieci, a przede wszystkim zrozumieją, iż ich główną rolą jest promocja zdrowego stylu życia wśród swoich dzieci oraz działania zmierzające do opóźnienia wieku ich inicjacji alkoholowej. Głównym celem działań profilaktycznych powinno być uświadamianie rodzicom, iż to właśnie od postawy, jaką prezentują wobec picia alkoholu przez swoje dzieci, w dużej mierze zależy to, czy ich dziecko będzie piło alkohol, oraz z jaką intensywnością będzie to robiło. Ważne jest, aby dostarczyć im wiedzy o tym, iż konsekwentne i stanowcze okazywanie swoim dzieciom dezaprobaty wobec używania przez nie tej substancji sprzyja dłuższemu utrzymaniu ich abstynencji alkoholowej.

Oddziaływania profilaktyczne adresowane do młodzieży gimnazjalnej powinny również mieć na uwadze modyfikowanie oczekiwań nastolatków dotyczących rodzicielskich postaw wobec picia przez nich alkoholu, gdyż – jak pokazały moje badania – im niższy poziom dezaprobaty wobec picia alkoholu ze strony swych rodziców pragną spostrzegać badani, tym bardziej intensywnie piją alkohol. Programy profilaktyczne adresowane zaś do rodziców gimnazjalistów powinny zawierać blok tematyczny dotyczący umiejętności rozpoznawania i radzenia sobie z naciskiem i manipulacją ze strony dziecka.

Bibliografia

- Internet: *Wybrane aspekty socjalizacji w rodzinie a picie alkoholu przez młodzież i związane z tym oczekiwania*. Badania przeprowadzone przez Pracownię Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, uzyskano 30.03.2004 z sieci <http://www.parpa.pl/?subL=27checkL=1005>
- Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (1998), *Picie alkoholu wśród młodych dorosłych a struktura władzy w rodzinie*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 3, 297-308.
- Jessor R. (1987), *Problem-Behavior Theory. Psychosocial Development, and Adolescent Problem Drinking*, „British Journal of Addiction”, nr 82, 331-342.
- Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (1998), *Picie alkoholu wśród młodych dorosłych a struktura władzy w rodzinie*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 3, 297-308.
- Lowe G., Foxcroft D. R., Sibley D. (2000), *Picie młodzieży a style życia w rodzinie*, PARPA, Warszawa.
- Mazur J., Kowalewska A., Woynarowska B. (2003), *Picie alkoholu a inne zachowania ryzykowne dla zdrowia u młodzieży w wieku 11-15 lat*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”, nr 1, 75-89.
- Ostaszewski K (2003), *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych*, Scholar, Warszawa.
- Pisarska A., Borucka A., Okuklicz-Kozaryn K., Bobrowski K. (2002), *Picie alkoholu w wypowiedziach młodzieży w wieku 13-15 lat*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 4, 21.
- Sierosławski J., Zieliński A. (1999), *Europejski Program Badań Ankietowych w szkołach na temat Używania Alkoholu i Narkotyków ESPAD. Raport z Badań Ogólnopolskich*, IPiN, Warszawa.

- Sierosławski J. (2004), *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2003 r.*, [w:] *Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania*, PARPA, Warszawa.
- Stępień E. (1994), *Intensywność picia alkoholu a niektóre aspekty stylu życia młodzieży polskiej i włoskiej*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 4, 535-545.
- Stępień E. (1996), *Ocena własnych relacji z rodziną a picie alkoholu przez dorastających*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1, 82-96.
- Stępień E. (1999a), *Charakterystyka porównawcza kontaktów z alkoholem młodzieży polskiej i włoskiej*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1/34, 65-79.
- Stępień E. (1999b) *Intensywność picia alkoholu a niektóre aspekty stylu życia młodzieży polskiej i włoskiej*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 4/37, 535-545.
- Wojcieszek K. (2001), *Opuszczeni*, „Remedium”, nr 3, 1.
- Woynarowska B. (2003), *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa.
- Woynarowska B., Kołło H. (2003), *Samoocena zdrowia, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów*, [w:] *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, (red.) B. Woynarowska, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania, Wydział Pedagogiczny UW, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka, Warszawa.
- Woynarowska B., Mazur J. (1999), *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Zachowania zdrowotne i samoocena zdrowia. Raport z serii badań wykonanych w 1998 r.* Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa.

The perception of parents' attitude towards drinking alcohol by their children and intensity of alcohol drinking among youth

Summary. This article presents selected research findings concerning the relationship between intensity of alcohol drinking in a sample of

adolescents and their self-reported relations with parents including perceived and expected parents' attitude towards drinking alcohol by their children.

Analysed data were obtained from a sample of 836 adolescents (412 girls and 424 boys) aged 13-15, from Bydgoszcz city and Bydgoszcz vicinity, attending grammar schools.

The aims of the research were:

- 1) to deepen the knowledge what the parents' attitude according to alcohol drinking among their children is;
- 2) to deepen the knowledge about teenagers' (age 13-15) expectations towards their mothers and fathers regarding to the attitudes to alcohol drinking;
- 3) to deepen the knowledge what the discrepancy between the perceived and expected parents' attitude is;
- 4) to find answer if does the discrepancy between the noticed and expected intensity of parents' attitude towards alcohol drinking among teenagers determine alcohol drinking among teenagers?

In my research I fixed what interaction between perceived and expected parents' attitude is. Another step was to find what influence it has got on behaviour connected with alcohol drinking among boys and girls.

In the research I used the poll form entitled „Me, My Parents and Important Issues”. The polls form is a tool prepared by me, to construct which I used only a couple of questions from the „Health Behaviour Questionnaire”. To measure variables I used 17 scales.

In the end of the article I present the main results and some suggestions for the prevention of alcohol drinking stabilisation among various groups of adolescents. Therefore the knowledge received from the research can be useful in the preventive activity in the field of alcohol drinking among the teenagers.

PIOTR KWIATKOWSKI

Wybrane czynniki interweniujące w sekwencję ryzyka używania substancji psychoaktywnych

Ekspertymentowanie młodzieży z narkotykami można traktować jako poważny problem społeczny albo jako zachowanie normatywne w wieku dorastania – przemijające niczym choroba wieku dziecięcego. Wybór opcji i jego uzasadnienie pozostawię wyobraźni i dociekliwości czytelnika. W niniejszym tekście skupiono się zaś na wybranych wątkach teorii wyjaśniających eksperymenty narkotykowe młodzieży. Podjęto próbę ich zintegrowania, posługując się znanym, choć rzadko stosowanym modelem analiz wielozmiennowych.

Założenia teoretyczne

Inspiracją do badań był tekst Petraitisa i wsp. (1995), w którym autorzy najpierw podsumowują wysiłki różnych badaczy, zmierzające do przyczynowego wyjaśnienia eksperymentów narkotykowych młodzieży, by w końcu przedstawić model własny, scalający różne wątki teoretyczne. Wybrali przy tym najbardziej prominentne i znajdujące uzasadnienie w badaniach longitudinalnych ujęcia teoretyczne. Wyodrębnili cztery grupy teorii o różnym stopniu bezpośredniości powiązania z zachowaniami narkotykowymi młodzieży.

Teorie poznawczo-afektywne – odwołujące się do intencji zachowania, formułowanych na podstawie:

- bilansu oczekiwań pozytywnych i negatywnych skutków używania substancji (postawy),
- oceny własnej kompetencji odnoszącej się do zachowania narkotykowego (poczucie skuteczności),

– percepcji oczekiwań osób tworzących grupę odniesienia dla jednostki (tzw. norma subiektywna).

Najbardziej reprezentatywne teorie z tej grupy to *Teoria Przemysłanego Działania* oraz *Teoria Planowego Zachowania* Ajzena, *Teoria Motywacji Ochronnej* Rogersa i *Model Oczekiwań Zdrowotnych* Beckera.

Teorie społecznego uczenia się – odwołujące się do mechanizmu modelowania osób znaczących. Zdaniem autorów teorie te wyjaśniają genezę nastawień poznawczo-afektywnych. Najbardziej reprezentatywne teorie z tego obszaru to *Teoria Społecznego Uczenia się* Akersa oraz *Społeczno-Poznawcza Teoria Uczenia się* Bandury.

Teorie więzi i konwencjonalnego zaangażowania – odwołujące się do ugruntowanych w kryminologii ujęć z nurtu tzw. kontroli społecznej. Zdaniem autorów teorie te wyjaśniają wybór wzorca do naśladowania – jednostki zepchnięte na margines, nieidentyfikujące się z autorytetami, niezaangażowane w proces osiągania społecznie aprobowanych celów osobistych, stają się podatne na modelujące oddziaływania negatywnych grup odniesienia. Najbardziej reprezentatywne dla tego nurtu są *Teoria Kontroli Społecznej* Elliota oraz *Model Rozwoju Społecznego* Hawkinsa i Weisa.

Teorie akcentujące predyspozycje indywidualne do narkotyzowania się – odwołujące się głównie do cech osobowości, stanowiących podstawę motywacji do sięgania po narkotyki. Najbardziej reprezentatywne ujęcia w tym nurcie to według cytowanych autorów *Model Społeczno-Ekologiczny* (*Social Ecology Model*) Kumpfera i Turnera, *Teoria Kaplana* (*Self-derogation Theory*), *Stadialny Model Społecznego Uczenia się* (*Multistage Social Learning Model*) Simonsa oraz *Teoria Interakcji Rodzinnych* Brook. Nawiasem mówiąc, teorie te mają dość słabą podbudowę empiryczną – wyniki badań są niezbyt spójne (Petraitis i wsp., 1995).

Do wyżej wymienionych odwołują się wieloczynnikowe modele wyjaśniające, które zawierają hierarchicznie ułożone elementy czterech pierwszych ujęć. *Teoria Zachowań Problemowych* (lub w wersji nowszej *Teoria Zachowań Ryzykownych*) Jessorów, teoria Oettinga i Beauvais (*Peer Cluster Theory*), *Model Podatności* Shera oraz *Teoria Huby i Bentlera* (*Domain Model*) to najbardziej reprezentatywne ujęcia z tej grupy. Oczywiście w tej sferze należy też umieścić najbardziej złożony model teoretyczny zaproponowany przez Petraitisa i wsp. (1995).

To, co rzuca się w oczy przy pobieżnej nawet analizie zebranych przez Petraitisa i wsp. (1995) modeli teoretycznych, to swoista „łańcuchowość” prostoliniowych zależności (adekwatne wydaje się tutaj okre-

ślenie „sekwencja ryzyka” albo „ścieżka ryzyka”). Według mnie może to wynikać z upowszechnienia modelu ścieżkowego w analizie materiału, który tak naprawdę jest bardziej skomplikowanym wariantem analizy regresji wielokrotnej (zob. Gaul, Machowski, 2004). Powszechne w użyciu oprogramowanie daje możliwość skorzystania jedynie z analiz odzwierciedlających prosty „wpływ” bezpośredni jednej zmiennej na drugą, ewentualnie wpływ za pośrednictwem innej (innych) zmiennych. Nie ma w nim miejsca dla testowania tzw. zależności interakcyjnych, czyli takich, w których wpływ jednej zmiennej na drugą zmienną jest modyfikowany oddziaływaniem trzeciej zmiennej (które w metodologii niekiedy nazywa się „interwencją” – zob. Mayntz i wsp., 1985). Tymczasem koncentracja na zależnościach interakcyjnych stwarza możliwości budowania modeli teoretycznych o dużej doniosłości z perspektywy prakseologicznej, bo uwzględniających nie tylko wykrywanie czynników ryzyka, ale poszukiwanie warunków, w których działanie owych czynników ryzyka ulega osłabieniu albo wzmocnieniu. Trzeba podkreślić, że nie mówimy tu o synergii różnych wpływów ani o antagonizmie różnych wpływów (co matematycznie wyraża się sumą), ale o tym, że zmienne niezależne wzajemnie wzmacniają swój wpływ na zmienną zależną (co matematycznie wyraża się ich iloczynem).

W tym kontekście warto wspomnieć o koncepcjach uwzględniających podział na czynniki ryzyka i czynniki ochronne (Hawkins i wsp., 1992; Jessor, 1998). Czynniki ryzyka definiowane są jako *charakterystyczne zmienne lub zagrożenie, których obecność czyni prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia u danej osoby większym, niż u osoby wybranej losowo z populacji ogólnej*. Czynniki ochronne to *czynniki redukujące prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzenia w sposób bezpośredni lub pośredni poprzez modyfikację skutków ekspozycji na czynniki ryzyka* (Arthur i wsp., za: Deptuła 2005). Według mnie powyższa definicja ma dwa poważne mankamenty. Pierwszy mankament – traktowanie czynników ochronnych w kategoriach bezpośredniego powiązania negatywnego z chorobą w istocie nie pozwala na odróżnienie czynnika ochronnego od czynnika ryzyka (brak czynnika ochronnego oznacza wzrost ryzyka, a brak czynnika ryzyka jest czynnikiem ochronnym). Drugi mankament – czynniki ochronne są w niej traktowane jako zdarzenia korygujące proces patologiczny już po jego zainicjowaniu, osłabiające jego skutki (analogia do konsumpcji witamin albo środków przeciwgorączkowych w czasie grypy), a przecież o wiele ciekawsze byłoby stworzenie pewnych warunków przed zadziałaniem czynnika patogenego, które to

warunki uniemożliwią zainicjowanie procesu chorobowego (analogia do szczepienia przeciw grypie).

Kiedy mówimy o czynnikach ochronnych jako warunkach osłabiających niekorzystne oddziaływanie czynników ryzyka, to odwołujemy się do nowego paradygmatu w medycynie czy psychologii. Można go określić jako salutogenetyczny, zajmuje się bowiem nie eliminowaniem patologii, ale głównie budowaniem i konserwowaniem dobrostanu. Jest to ujęcie dość nowe, jednak ma ono już duży dorobek teoretyczny i empiryczny. Myślę, że można wskazać na dwa fundamenty:

- koncepcję Aarona Antonovskiego (1997),
- nurt *resiliency* albo *resilience*.

Obie wspomniane koncepcje zawierają wspólny element – doszukują się pewnych właściwości człowieka, które czynią go odpornym na działanie negatywnych czynników. W koncepcji Antonovskiego jest to tzw. *poczucie koherencji* (rozumiałość, sensowność, zaradność – czyli skłonności do postrzegania świata jako możliwego do ogarnięcia rozumem i uporządkowanego według jasnych reguł oraz siebie jako istoty efektywnie kontrolującej kluczowe sfery własnego życia). *Resiliency* to termin trudny do przełożenia na język polski. Dosłownie oznacza on „sprężystość”, „elastyczność”. W medycynie i psychologii zaczęto go używać na określenie właściwości osób, którym udaje się zachować zdrowie i dobre przystosowanie, mimo pozostawania w skrajnie niekorzystnym położeniu (kumulacji czynników obciążających). Pionierskie badania w tym zakresie pochodzą od Wenera (1992), Germazy’ego i wsp. (1984), Ruttera (1985). Schemat tych badań był dość prosty – 1) wybiera się pewną populację obciążoną kumulacją niekorzystnych czynników; 2) wyodrębnia się (najlepiej w planie prospektywnym) grupę osób, które pozostają niezaburzone, i przeciwstawia się im grupę osób, które uległy patologizującym wpływom, aby w końcu 3) dowiedzieć się, jakimi cechami różnią się te dwie grupy osób. Katalog cech jest w tym względzie dość obszerny i obejmuje nie tylko cechy-predyspozycje indywidualne, ale też pewne właściwości relacji społecznych, w jakich funkcjonują respondenci.

W socjologii dewiacji i kryminologii znajdujemy odpowiedniki powyższego ujęcia. Są to teorie zakładające, że człowiek jest predysponowany do dewiacji sam z siebie, a więc niewiele wnosi poznawanie powodów angażowania się w aktywność dewiacyjną. Trzeba zatem zastanawiać się, jak to się dzieje, że niektórzy ludzie nie ulegają pokusie. Ten sposób myślenia jest zawarty w kierunku kontroli społecznej,

którego prekursorem jest Emil Durkheim, a głównymi przedstawicielami Reiss (1951), Ney (1958) oraz Hirschi (1969), zaś rozwinięcie w odniesieniu do narkomanii znajdziemy choćby w *Modelu Rozwoju Społecznego* Hawkinsa i Weisa (1985). W modelu tym zawarte jest założenie, że czynniki hamujące częstość używania narkotyków to przywiązanie do „konwencjonalnych innych”, zaangażowanie w konwencjonalne kierunki działania oraz wiara w konwencjonalny porządek moralny. Wiąż jest wytwarzana w wyniku procesów zachodzących w środowiskach, które:

- stwarzają okazję i realną możliwość uczestnictwa w konwencjonalnych działaniach i kontaktowania się z innymi,
- umożliwiają zdobycie umiejętności potrzebnych do uzyskania sukcesów w tych działaniach,
- umożliwiają doświadczanie satysfakcji z samego wykonywania tych działań.

Jeśli więzi konwencjonalne nie zostaną utworzone wskutek zaburzonych relacji w środowisku życia jednostki, wówczas jednostka nie ma nic do stracenia, angażując się w działania alternatywne (dewiatywne). W teorii Hirschiego (1969) wyróżnia się cztery składniki więzi społecznej: przywiązanie, zaangażowanie, zaabsorbowanie i przekonania. W skrócie można ich działanie sprowadzić do czterech różnych strat z tytułu podjęcia aktywności dewiatywnej – utraty sympatii obiektu przywiązania, utraty możliwości realizacji własnych celów, straty czasu (który można byłoby przeznaczyć na bardziej pożyteczne zajęcia) oraz utraty spokoju sumienia.

Problem i metoda

W niniejszym badaniu zamierzano ustalić, czy istnieje i jak silne jest buforujące działanie wybranych czynników kontroli społecznej na ryzyko eksperymentów narkotykowych wynikające z kumulacji rozmaitych czynników sprzyjających eksperymentowaniu z narkotykami? Dodatkowo interesujące jest, czy działanie to przejawia się z podobną, czy też z różną siłą u dziewcząt i u chłopców?

Zmienną zależną jest w tych badaniach konsumpcja marihuany. Pomiaru dokonano za pomocą pytania ankietowego. *Czy w okresie ostatnich trzech miesięcy używałaś marihuany? nie używałam – używałam 1 raz – 2 razy – więcej niż 2 razy.*

Zmienne niezależne to zestaw czynników ryzyka oraz zestaw czynników ochronnych.

Wśród *czynników ryzyka* wyszczególniono postawę wobec eksperymentowania z narkotykami (pomiar skalą własnej konstrukcji, opis w: Kwiatkowski, 2005) oraz intencję użycia narkotyków (pomiar za pomocą zsumowanych dwóch itemów – zamiar użycia marihuany oraz środka mocniejszego od marihuany). Wybór tych zmiennych wynikał z Teorii Planowego Zachowania. W świetle tej teorii czynniki efektywno-poznawcze są najsilniejszymi predyktorami zachowań narkotykowych. Bardzo istotnym predyktorem zachowań narkotykowych jest również dostępność narkotyków oraz modelowanie znaczących rówieśników. W kilku badaniach własnych zauważono, że obie zmienne są ze sobą mocno skorelowane i tworzą jeden spójny czynnik, więc postanowiono je zagregować. Wskaźniki obu zmiennych po wystandaryzowaniu zsumowano i powtórnie wystandaryzowano, uzyskując w ten sposób zmienną określoną jako dostępność substancji i wzorców zachowań narkotykowych. Odzwierciedla ona wpływ środowiska rówieśniczego (ułatwianie brania i w pewnym sensie presja normatywna). Dwie kolejne zmienne z tej grupy to uprzednie doświadczenia z narkotykami (mierzone deklaracjami w pytaniach ankietowych) oraz cecha temperamentu – zapotrzebowanie na stymulację (użyto skalę BSSS Hoyta i wsp., z własnymi modyfikacjami). Ostatnią zmienną były zachowania eksternalizacyjne w dzieciństwie (zmierzone 4-itemową skalą własnej konstrukcji, zawierające informację o symptomach nadruchliwości, impulsywności, agresywności i problemów z koncentracją w szkole).

Wyżej wymienione czynniki okazały się dość silnie skorelowane wzajemnie, co upoważniało do ich zagregowania w jedną miarę ryzyka. W tym celu zastosowano procedurę analizy czynnikowej (metodą głównych składowych), która wykazała jednowymiarowość zestawu zmiennych (tylko jeden czynnik miał tzw. wartość własną powyżej 1 i wyjaśniał on ponad 51% wariacji wyjściowego zestawu zmiennych). Za pomocą programu komputerowego utworzono nową zmienną, zawierającą tzw. wartości czynnikowe – odzwierciedlające stopień kumulacji różnych czynników ryzyka u poszczególnych osób. Treść zagregowanego wskaźnika podano w poniższej tabeli. Z przeprowadzonej wstępnie analizy wynika, że tak skonstruowany czynnik ryzyka wyjaśnia blisko 20% wariacji konsumpcji marihuany w przyszłości (ustalono to za pomocą współczynnika korelacji Pearsona $r=0,43$). Nie

jest to wartość imponująca, jednak rzecz dotyczy konsumpcji jednego tylko narkotyku, zaś perspektywa czasowa jest dość krótka (czynniki ryzyka zmierzono pół roku przed dokonaniem pomiaru konsumpcji marihuany, ten ostatni zaś dotyczył okresu „ostatnich trzech miesięcy”).

Tabela 1. Analiza czynnikowa wskaźników ryzyka narkomanii, stanowiąca podstawę dla stworzenia zagregowanej miary

Czynnik ryzyka	Ładunki czynnikowe
Aprobata narkotyków (mierzona skalą Likerta, własnej konstrukcji)	0,84
Używanie w przeszłości marihuany (1 item z ankiety)	0,80
Intencja użycia narkotyków (suma z 2 itemów ankiety)	0,73
Zapotrzebowanie na stymulację (skrócona skala BSSS)	0,72
Dostępność narkotyków i wzorca konsumpcji (wartości czynnikowe obliczone dla kilku itemów ankiety)	0,70
Zaburzenia eksternalizacyjne lub symptomy ADHD w dzieciństwie (skala własnej konstrukcji – 4 itemy)	0,45
STATYSTYKA	Wartość
	51%
Procent wariancji wyjaśnionej przez czynnik Konfirmacyjna analiza czynnikowa	Indeks Gamma =0,95 Gamma skoryg.=0,88 GFI= 0,94 AGFI=0,87 CFI Bentlera=0,91

W zbiorze *czynników ochronnych* uwzględniono zmienne zawarte w modelu kontroli społecznej:

- przywiązanie emocjonalne do rodziców (więź z matką, więź z ojcem),
- zaangażowanie w konwencjonalne aktywności – szkolną (więź ze szkołą), religijną (religijność),

- posiadanie sprecyzowanych planów życiowych (orientacja przyszłościowa),
- zakres kontroli nad dzieckiem sprawowanej przez rodziców (monitorowanie aktywności).

Wszystkie te zmienne były diagnozowane przy użyciu skal typu Likertowskiego konstrukcji własnej. Każda skala liczyła sobie 4-5 itemów – wszystkie wyselekcjonowane na drodze statystycznej, tworzące jednorodnie czynnikowo zestawy o zadowalającej rzetelności wewnętrznej. W dalszych analizach każdy z tych czynników traktuję jako odrębną zmienną.

Zaplanowano badania podłużne. W pierwszym etapie zmierzono cały zestaw zmiennych niezależnych (w tym czynniki ryzyka i czynniki ochronne). Pół roku później przeprowadzono krótki sondaż, pytając między innymi o doświadczenia narkotykowe w czasie ostatnich trzech miesięcy. Taka sekwencja czasowa umożliwia wnioskowanie w kategoriach przyczynowo-skutkowych.

Badania wykonano na populacji uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych z terenu Dolnego Śląska. Próba liczyła pierwotnie ponad 1000 osób, jednak liczne braki danych spowodowały konieczność zredukowania populacji do kompletnie wypełnionych ankiet. Takich było w pierwszym pomiarze ponad 800 (N=821). Z czego w drugim pomiarze uczestniczyło efektywnie 611 uczniów. Proporcje płci były wyrównane.

Procedura statystyczna

Założono prostą sekwencję ryzyka od nagromadzenia czynników sprzyjających konsumpcji do rzeczywistej konsumpcji najpopularniejszego narkotyku w okresie późniejszym. Mając w pierwszym etapie badań pomierzone czynniki chroniące przed dewiacją, można było sprawdzić, czy zmniejszają one realnie wpływ obecności czynników ryzyka na późniejsze doświadczenia narkotykowe młodzieży. Użyteczna okazała się tu procedura czynnikowej analizy regresji. Jest to skuteczna metoda wykrywania zależności interakcyjnych. Matematycznie interakcja zmiennych niezależnych jest zapisana jako iloczyn ich wartości. Iloczyn ten wstawia się do równania regresji wielokrotnej jako dodatkowy predyktor i można określić przyrost wariancji wyjaśnianej następujący w wyniku tego zabiegu. Jeśli przyrost ten jest znaczący statystycznie, wówczas można przyjąć, że między zmiennymi niezale-

żnymi zachodzi interakcja. Krótko mówiąc, jeśli iloczyn dwóch zmiennych jest lepszym predykatorem zmiennej zależnej aniżeli suma tych dwóch zmiennych, wówczas mamy do czynienia z efektem interakcyjnym (tzn. jedna ze zmiennych nasila lub osłabia wpływ drugiej na zmienną zależną). Korzystając z pakietu Statistica 6.0, można było zobrazować zależność za pomocą współczynnika korelacji cząstkowej, który opisuje czysty wpływ poszczególnych zmiennych niezależnych oraz ich interakcji, uwolniony od oddziaływania pozostałych składników równania regresji.

Rezultaty badań

W poniższych tabelach zamieszczono dane weryfikujące hipotezy o buforującym wpływie wybranych zmiennych z obszaru wyznaczonego przez teorię kontroli społecznej. Do analizy wybrano następujące zmienne:

- 1-2) więź z rodzicami (osobno z ojcem i matką),
- 3) więź ze szkołą,
- 4) religijność,
- 5) orientację przyszłościową,
- 6) kontrolę (monitorowanie) aktywności dziecka przez rodziców.

Każda tabela zawiera współczynniki korelacji cząstkowej każdego predyktora oraz ich interakcji ze zmienną zależną, a także prawdopodobieństwo hipotezy zerowej. Kluczowe w tej pracy są efekty interakcyjne. Dla lepszego ich zobrazowania dołączono zestawienie średnich wyników zmiennej zależnej w podgrupach wyodrębnionych ze względu na skrajne wartości zmiennych niezależnych po ich wystandaryzowaniu. Każdą zmienną podzielono na dwie wartości niskie i wysokie (niskie o wartości standaryzowanej $< -0,75$, wysokie o wartości standaryzowanej $> +0,75$). W sumie dało to cztery kombinacje wartości zmiennych niezależnych – ryzyka i ochrony. Zestawienie to umieszczano tylko wtedy, gdy efekt interakcyjny był istotny statystycznie. Analizowano wyniki w całej populacji oraz osobno w grupie dziewcząt i w grupie chłopców.

Badania przyniosły potwierdzenie tylko części zależności interakcyjnych. Były to w całej badanej populacji ($N=611$) następujące interakcje: ryzyko \times religijność; ryzyko \times orientacja przyszłościowa; ryzyko \times monitorowanie dziecka.

W populacji dziewcząt oprócz wymienionych wyżej ujawniła się interakcja ryzyko x więź ze szkołą oraz interakcja ryzyko x więź z ojcem. Trzeba zauważyć, że wśród dziewcząt jest więcej istotnych efektów interakcyjnych, ale też są one wyraźnie silniejsze aniżeli w całej próbie. W większości przypadków działanie buforujące jest tu bardzo skuteczne – czynnik chroniący zmniejsza ryzyko do poziomu charakterystycznego dla osób spoza grupy ryzyka. Tak „działa” więź z ojcem, więź ze szkołą, orientacja przyszłościowa, monitorowanie aktywności. Niejasna w tej próbie jest rola religijności, analiza regresji pokazuje efekt interakcji z czynnikami ryzyka, jednak analiza wartości średnich nie wykazuje działania buforującego (tabela 5A).

W przypadku chłopców ujawniła się jedynie słaba interakcja ryzyko x religijność, pozostałe zmienne nie wchodziły w istotne interakcje z czynnikami ryzyka.

Tabela 2. Więź z matką i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W całej populacji

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,43	0,0000
Więź z matką (W)	0,07	ni
Interakcja (R x W)	0,04	ni

Tabela 2A. Więź z matką i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji dziewcząt

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,34	ni
Więź z matką (W)	0,03	ni
Interakcja (R x W)	0,01	ni

Tabela 2B. Więź z matką i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji chłopców

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,47	ni
Więź z matką (W)	0,09	ni
Interakcja (R x W)	0,10	ni

Tabela 3. Więź z ojcem i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W całej populacji

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,47	ni
Więź z matką (W)	0,09	ni
Interakcja (R x W)	0,10	ni

Tabela 3A. Więź z ojcem i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji dziewcząt

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,31	0,0000
Więź z ojcem (W)	-0,14	0,0121
Interakcja (R x W)	-0,25	0,0000
	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	
	(RW) -0,31	(Rw) 1,43
	(rW) -0,31	(rw) -0,31

R = duże nasilenie czynników ryzyka
W = silna więź z ojcem

r = małe nasilenie czynników ryzyka
w = słaba więź z ojcem

Tabela 3B. Więź z ojcem i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji chłopców

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,47	ni
Więź z ojcem (W)	0,08	ni
Interakcja (R x W)	0,04	ni

Tabela 4. Więź ze szkołą i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W całej populacji

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,42	0,0000
Więź ze szkołą (W)	0,07	ni
Interakcja (R x W)	-0,06	ni

Tabela 4A. Więź ze szkołą i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji dziewcząt

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,34	0,0000
Więź ze szkołą (W)	-0,10	ni
Interakcja (R x W)	-0,27	0,0000
	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	
	(RW) -0,31	(Rw) 0,44
	(rW) -0,24	(rw) -0,31

R = duże nasilenie czynników ryzyka
W = silna więź ze szkołą

r = małe nasilenie czynników ryzyka
w = słaba więź ze szkołą

Tabela 4B. Więź ze szkołą i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji chłopców

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,47	0,0000
Więź ze szkołą (W)	0,11	ni
Interakcja (R x W)	-0,06	ni

Tabela 5. Religijność i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W całej populacji

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,39	0,0000
Religijność (W)	0,00	ni
Interakcja (R x W)	-0,18	0,0000
	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	
	(RW) 0,44	(Rw) 0,90
	(rW) -0,30	(rw) 0,24

R = duże nasilenie czynników ryzyka
W = silna religijność

r = małe nasilenie czynników ryzyka
w = słaba religijność

Tabela 5A. Religijność i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji dziewcząt

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,39	0,0000
Religijność (W)	0,00	ni
Interakcja (R x W)	-0,18	0,0000

cd. tabeli 5A.

	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	
(RW)	0,69	(Rw) 0,74
(rW)	-0,31	(rw) -0,31

Tabela 5B. Religijność i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji chłopców

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,39	0,0000
Religijność (W)	0,00	ni
Interakcja (R x W)	-0,18	0,0000
	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	
(RW)	0,44	(Rw) 0,94
(rW)	-0,31	(rw) -0,12

Tabela 6. Orientacja przyszłościowa i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W całej populacji

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,42	0,0000
Orientacja przyszłościowa (P)	-0,07	ni
Interakcja (R x P)	-0,14	0,0003
	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	

cd. tabeli 6

	(RW) 0,41	(Rw) 1,04
	(rW) -0,20	(rw) -0,11

R = duże nasilenie czynników ryzyka

r = małe nasilenie czynników ryzyka

P = silna orientacja przyszłościowa

p = słaba orientacja przyszłościowa

Tabela 6A. Orientacja przyszłościowa i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji dziewcząt

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,35	0,0000
Orientacja przyszłościowa (P)	-0,13	0,0177
Interakcja (R x P)	-0,25	0,0000
	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	
	(RW) -0,31	(Rw) 0,75
	(rW) -0,23	(rw) -0,31

Tabela 6B. Orientacja przyszłościowa i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji chłopców

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,44	0,0000
Orientacja przyszłościowa (P)	-0,05	ni
Interakcja (R x P)	-0,06	ni

Tabela 7. Kontrola rodzicielska i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W całej populacji

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,42	0,0000
Kontrola rodzicielska (K)	-0,01	ni
Interakcja (R x K)	-0,10	0,0123
	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	
	(RK) 0,43	(Rk) 1,05
	(rK) -0,30	(rk) -0,16

R =duże nasilenie czynników ryzyka
K =silna kontrola

r =małe nasilenie czynników ryzyka
k =słaba kontrola

Tabela 7A. Kontrola rodzicielska i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji dziewcząt

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,35	0,0000
Kontrola rodzicielska (K)	(K)	-0,24
Interakcja (R x K)	-0,39	0,0000
	Średnie wartości zmiennej zależnej (w grupach wyodrębnionych na podstawie skrajnych wartości obu predyktorów)	
	(RK) -0,31	(Rk) 1,93
	(rK) -0,31	(rk) -0,30

Tabela 7B. Kontrola rodzicielska i kumulacja czynników ryzyka narkomanii – test efektu interakcyjnego obu zmiennych względem konsumpcji narkotyków w przyszłości (w świetle czynnikowej analizy regresji). W populacji chłopców

Predyktory	Statystyki	
	Korelacja cząstkowa	Istotność
Kumulacja czynników ryzyka (R)	0,46	0,0000
Kontrola rodzicielska (K)	0,03	ni
Interakcja (R x K)	0,02	ni

Wnioski

1. Mechanizmy kontroli społecznej zmniejszają ryzyko narkomanii silniej w populacji dziewcząt. Prawie wszystkie zmienne spośród wybranych do analiz ujawniły działanie buforujące w odniesieniu do kumulacji czynników ryzyka (i to działanie bardzo efektywne), aniżeli wśród chłopców, gdzie istotny wpływ hamujący na zachowania narkotykowe w grupie ryzyka wywiera jedynie religijność (i jest to wpływ słaby).
2. Badania odzwierciedlają znikomy wpływ więzi z rodzicami na przyszłe zachowania narkotykowe młodzieży. Dotyczy to zwłaszcza więzi z matką – nie ujawniły się ani proste korelacje z zachowaniem narkotykowym, ani efekty interakcyjne, ani w populacji dziewcząt, ani wśród chłopców.
3. W przypadku dziewcząt ryzyko problemów narkotykowych zmniejszają rozwinięte we wcześniejszym okresie następujące cechy: więź z ojcem (bliskość uczuciowa, szacunek dla mądrości życiowej, podobieństwo poglądów, reagowanie na krytykę); więź ze szkołą (motywacja wewnętrzna do nauki, przekonanie o użyteczności wiedzy, darzenie nauczycieli zaufaniem, posiadanie wzorców osobowych wśród nauczycieli, poważny stosunek do obowiązków szkolnych); orientacja przyszłościowa (posiadanie ambitnych planów życiowych, podejmowanie realnych działań w celu ich urzeczywistnienia, optymistyczna wizja własnej przyszłości, chęć podjęcia studiów), religijność (deklaracja głębokiej religijności, dostrzeganie sensu praktyk religijnych, czytanie Biblii lub literatury religijnej, internalizacja

religijnych norm postępowania). Skutecznym narzędziem jest monitorowanie aktywności dziewcząt (kontrola wydatków, zainteresowanie znajomościami dziecka, reguły powrotów do domu, żądanie prac na rzecz domu itp.).

4. Rezultaty te wydają się istotne z punktu widzenia programowania profilaktyki uzależnień. Powinna ona uwzględniać działania kształtujące mechanizmy kontroli społecznej zanim ujawnią się czynniki ryzyka lub równoległe do ich narastania. Wskazują na rolę zarówno rodziny, jak i szkoły w procesie tworzenia tych mechanizmów. Jednocześnie pokazują pewne ograniczenia skuteczności profilaktyki szkolnej – w przypadku dziewcząt wydaje się, że szkoła może zrobić bardzo wiele, realizując prawidłowo swoje funkcje podstawowe w zakresie dydaktyki i wychowania. Jednak w przypadku chłopców ten zakres działań profilaktycznych wydaje się niewystarczający. Kwestia zróżnicowania chłopców i dziewcząt pod względem podatności na oddziaływania profilaktyczne jest – w moim przekonaniu – warta dalszych, bardziej wnikliwych analiz.

Bibliografia

- Antonovski A. (1997), *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, [w:] *Psychologia zdrowia*, (red.) I. Heszen-Niejodek, H. Sęk, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Deptuła M. (2005), *Indywidualne ścieżki ryzyka i związana z nimi interwencja profilaktyczna*, [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, (red.) M. Deptuła, Wyd. UKW, Bydgoszcz.
- Garmezy N., Masten A.S., Tellegen A. (1984) *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology*, „Child Development”, nr 55.
- Gaul M., Machowski A. (2004), *Wprowadzenie do analizy ścieżek*, [w:] *Metodologia badań społecznych. Wybór tekstów*, (red.) J. Brzeziński, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. (1992), *Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implication for substance abuse prevention*, „Psychological Bulletin”, nr 112(1).
- Hawkins J.D., Weis J.G. (1985), *The Social Development Model: An integrated approach to delinquency prevention*, „Journal of Primary Prevention”, nr 6.

- Hirschi T. (1969), *Causes of delinquency*, University of California Press, Berkeley.
- Jessor R. (red.) (1998), *New perspectives on adolescent risk behaviour*, Cambridge University Press.
- Kwiatkowski P. (2005), *Propozycja nowego narzędzia do pomiaru postawy młodzieży wobec eksperymentowania z narkotykami*, [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, (red.) M. Deptuła, Wyd. UKW, Bydgoszcz.
- Ostaszewski K. (2005), *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*, [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, (red.) M. Deptuła, Wyd. UKW, Bydgoszcz.
- Maynz R., Holm K., Hubner P. (1985), *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, PWN, Warszawa.
- Ney I.F. (1958), *Family relationships and delinquent behavior*, Wiley, New York.
- Petratis J., Flay B.R., Miller T.Q. (1995), *Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle*, „Psychological Bulletin”, 117, 1.
- Reiss A.J.jr (1951), *Delinquency as the failure of personal and social controls*, „American Sociological Review”, nr 16.
- Rutter M. (1985), *Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder*, „British Journal of Psychiatry”, nr 147.
- Werner E.E. (1992) *The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood*, „Journal of Adolescent Health”, nr 13.

Some factors intervenient into the risk sequence of adolescent drug use

Understanding the causes of adolescent experimental substance use is important, because underlies preventive activities. This article contains the analysis of risk and protective factors interactions in relation to adolescent drug consumption. This is longitudinal study. The buffering effects of protective factors in relation between of risk factors cumulation and drug behavior were tested, in male and female population (N=611). Some significant effects in female group were detected. The influence of risk factors on drug use was reduced, when following protective factors appeared – high level of parental bonds and parental monitoring, future orientation and positive attitudes toward school. No effects in male population.

AGNIESZKA URBAŃSKA

Działalność profilaktyczna w uczelni wyższej w opiniach studentów

W artykule podjęto próbę zanalizowania działalności profilaktycznej podejmowanej przez uczelnie wyższe. Pierwsze ogólnopolskie badania na temat zjawiska używania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim zostały przeprowadzone pod nazwą „Studenci 2000” przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w 2000 roku (Internet, 3.06.2006). Badaniem zostało objętych blisko 9,5 tysiąca studentów (Mellibruda, Fronczyk, 2001, s. 301). Jak wynika z powyższych badań, 87,9% ankietowanych uznało, że uczelnie w ogóle nie podejmowały działań w zakresie profilaktyki bądź te działania były nieznaczne. Inną kwestią jest to, że sami studenci (68,9% osób badanych) przyznali się do nieznajomości przepisów dotyczących używania alkoholu, obowiązujących na ich uczelni (Mellibruda, Fronczyk, 2001, s. 317).

Te rezultaty badań skłaniają do refleksji nad oczekiwaniami studentów, co do włączania się uczelni wyższej w działalność profilaktyczną. W tym celu warto zaprezentować wyniki aktualnych badań z tego zakresu, które autorka przeprowadziła w Kujawsko-Pomorskiej Szkole Wyższej w Bydgoszczy. Badania „Studenci 2005” były prowadzone również w innych uczelniach naszego kraju w ramach „Ogólnopolskiego Programu Sieć Uczelni Wolnych od Uzależnień”. Podstawą prowadzonych badań była ankieta opracowana przez pracowników Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. dr. hab. Janusza Pacha i mgr Elżbietę Krawczyk.

Charakterystyka programu

Ogólnopolski program „Sieć Uczelni Wolnych od Uzależnień” („OSUWU”) ma na celu między innymi: rozwijanie współpracy między uczelniami, organizowanie szkoleń, wymianę doświadczeń w zakresie profilaktyki. Z punktu widzenia poruszanej tu problematyki należałoby podkreślić tylko jeden z nich, który uznano za ważny, a mianowicie opracowanie ogólnopolskiego programu profilaktycznego, którego adresatem mają być studenci studiów stacjonarnych różnego typu uczelni.

Dlatego też w programie OSUWU można by wyróżnić kilka ważnych etapów. Pierwszym z nich było powołanie Komitetu Sterującego, od którego w zasadzie wszystko się zaczęło. Jego zadaniem jest między innymi koordynacja pracy Sieci i organizowanie spotkań Pełnomocników ds. Profilaktyki. Aktualnie ma miejsce powoływanie w poszczególnych uczelniach Pełnomocników ds. Profilaktyki oraz opracowywanie zakresu ich obowiązków i kompetencji. Kolejny ważny etap to przeprowadzanie badań diagnostycznych będących podstawą do tworzenia programu profilaktycznego, adekwatnego do aktualnych potrzeb studentów. Po wdrożeniu programu przyjdzie czas na ocenę jego skuteczności, czyli przeprowadzenie badań ewaluacyjnych.

Koncepcja badań

Badania diagnostyczne „Studenci 2005” mają na celu poznanie opinii studentów na temat zjawiska używania substancji psychoaktywnych w środowisku studenckim. Badaniami przeprowadzonymi w styczniu 2006 roku metodą audytoryjną objęto studentów I i III roku studiów stacjonarnych Wydziału Pedagogicznego oraz Administracji i Ekonomii Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy. W badaniu udział wzięło 336 studentów, co stanowi frakcję z 4% ryzykiem błędu. Niemniej jednak ze względu na brak niektórych danych dotyczących płci osób badanych, będą brane pod uwagę tylko opinie 322 ankietowanych. W badanej grupie kobiety stanowiły 74,84% (241 osób), a mężczyźni 25,16% (81 osób). Dysproporcje te wynikały z charakteru uczelni, na której studiowało w listopadzie 2005 roku 764 studentów, w tym 184 mężczyzn, co stanowi 24,1% ogółu populacji badanej.

Wyniki

Badania „Studenci 2005” dotyczyły przede wszystkim takich zmiennych, jak: ilość wypijanego alkoholu, częstość jego zażywania, częstość palenia papierosów, oraz używania innych substancji psychoaktywnych. Badano również motyw, dla których studenci sięgają po te środki, ich postawy wobec innych studentów, którzy je zażywają, ich wiedzę na temat konsekwencji zdrowotnych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych i stopnia uzależniania poszczególnych środków psychoaktywnych.

Pierwsza analizowana zmienna to spostrzeganie przez studentów zjawiska używania środków psychoaktywnych. Studenci w postawionym im pytaniu mieli określić, czy ich zdaniem zjawisko to stanowi problem w środowisku studenckim (tabela 1).

Tabela 1. Opinie studentów na temat zjawiska używania substancji psychoaktywnych wśród studentów

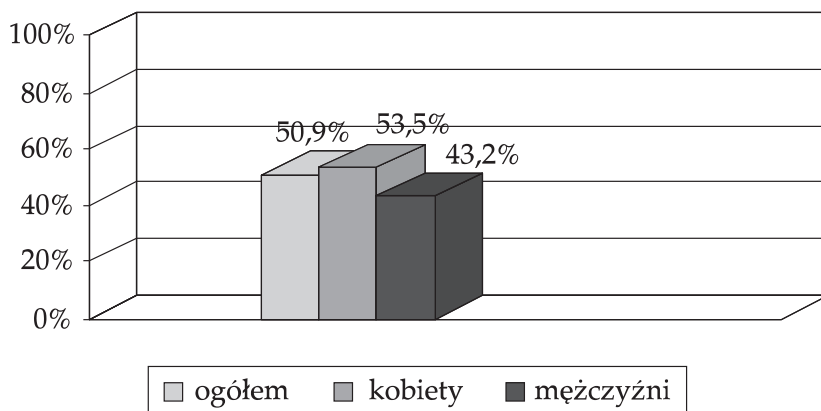
Item	Badani					
	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Nie istnieje	0	–	1	1,2	1	0,3
Istnieje, ale nie stanowi problemu	31	12,9	17	21,0	48	15,0
Stanowi niewielki problem	83	34,4	31	38,3	114	35,4
Stanowi poważny problem	89	37,0	25	30,9	114	35,4
Nie potrafię określić	35	14,5	6	7,4	41	12,7
Brak danych	3	1,2	1	1,2	4	1,2

Jedna osoba uznała, że problem ten w ogóle nie istnieje. Zdaniem 50,31% osób badanych zjawisko używania substancji psychoaktywnych jest obecne wśród studentów, ale nie stanowi problemu lub jest niewielkim problemem. Z kolei w opinii 35,4% badanych zjawisko to stanowi poważny problem. Dlatego też kwestia oczekiwań studentów wobec działań, jakie powinna podejmować uczelnia wyższa, wydała się bardzo ważna.

Zmienną, której poświęcono więcej uwagi w tym artykule, są opinie studentów dotyczące działalności uczelni w zakresie profilaktyki uży-

wania i nadużywania środków psychoaktywnych w środowisku studenckim. Pytanie dotyczące działań profilaktycznych uczelni było pytaniem zamkniętym z kafeterią koniunktywną i półotwartą jednocześnie. W dalszej części zaprezentowano po kolei propozycje działań zaproponowanych przez autorów ankiety „Studenci 2005” i opinie studentów na ich temat. Żadna z osób badanych nie przedstawiła własnego pomysłu na działania, jakie uczelnia mogłaby podjąć w ramach profilaktyki.

Pierwszą propozycją włączania się szkół wyższych w profilaktykę było prowadzenie akcji i wykładów profilaktycznych.

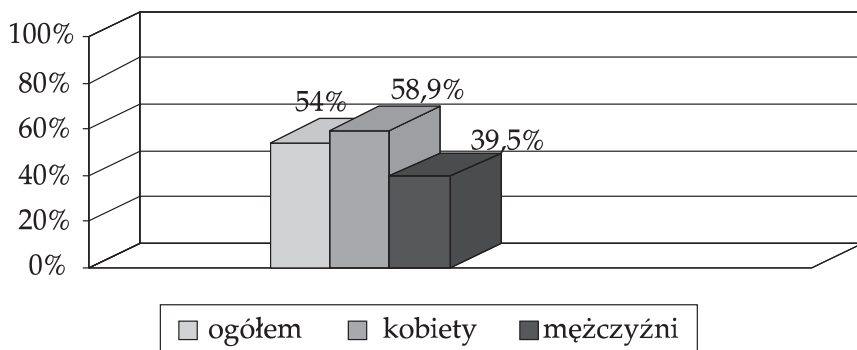


Rycina 1. Oczekiwania w zakresie przeprowadzania akcji, wykładów profilaktycznych

Jak ilustruje to powyższy wykres, połowa badanej populacji widzi potrzebę przeprowadzania tego rodzaju akcji i wykładów. Częściej za taką formą pomocy opowiadają się kobiety.

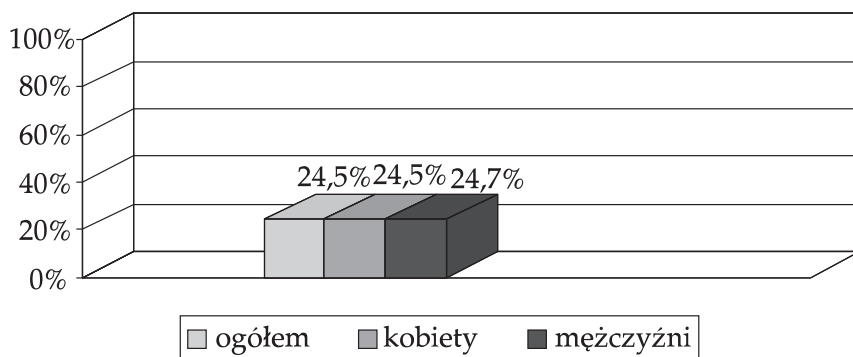
Za równie ważne działania ankietowani uznali warsztaty wzmacniające zachowania chroniące przed pułapką uzależnienia.

Dla ponad połowy badanych organizowanie tego typu warsztatów ma znaczenie. Szczególną wagę do tego typu działań przykładają kobiety, bo aż 58,9% spośród nich wybrało taką propozycję oddziaływań w ramach profilaktyki używania i nadużywania substancji psychoaktywnych.



Rycina 2. Oczekiwania w zakresie prowadzenia warsztatów służących wzmacnianiu zachowań chroniących przed uzależnieniem

Kolejną propozycją angażowania się uczelni w działalność profilaktyczną jest tworzenie punktów konsultacyjnych, które byłyby prowadzone przez samych studentów.



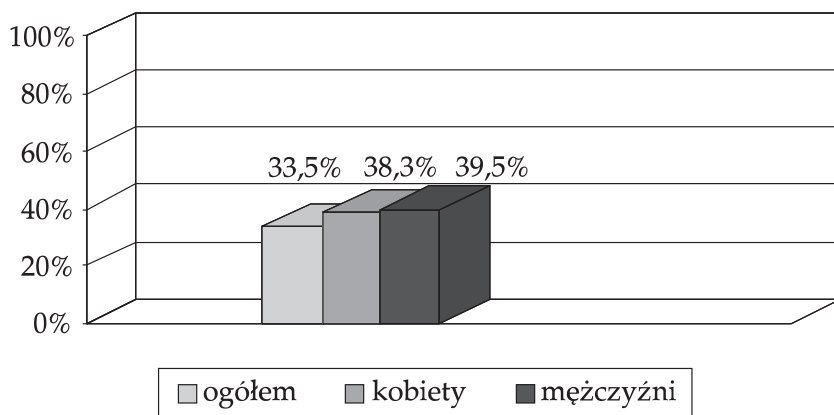
Rycina 3. Oczekiwania w zakresie tworzenia punktów konsultacyjnych prowadzonych przez studentów

Na rycinie 3 można zauważyć, że tylko 1/4 badanych osób chciałaby utworzenia tego typu punktów konsultacyjnych. W zasadzie w tej kwestii nie ma rozbieżności między przedstawicielami poszczególnych płci. Zastanawiające jest, czy wynika to z braku zaufania wobec

osób z tej samej grupy społecznej, studiujących w tej samej uczelni, mających tych samych znajomych, czy może z niewiary w ich profesjonalizm?

Odmianą od zaprezentowanych powyżej propozycji działań jest skreślanie z listy studentów osób zajmujących się handlem narkotykami.

Według 1/3 badanych studentów uczelnia powinna podejmować tego rodzaju interwencje wobec osób rozprawiających substancje psychoaktywne, co ilustruje wykres 4. Taką opinię podzieliła blisko 40% badanych kobiet, jak i badanych mężczyzn.



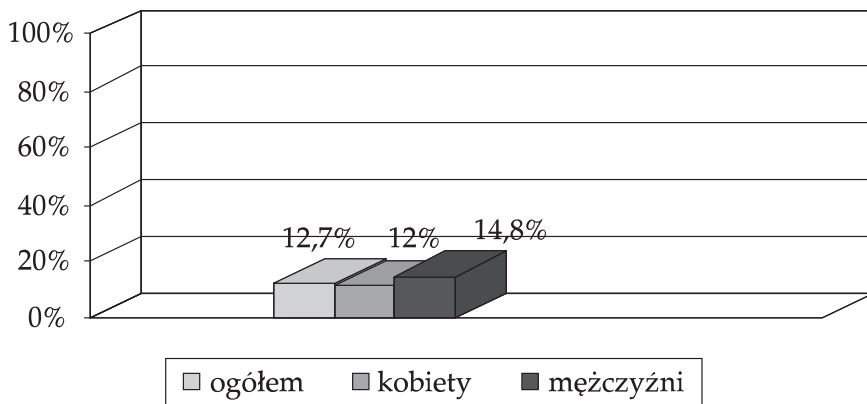
Rycina 4. Oczekiwania w zakresie skreślenia z listy studentów osób rozprawiających narkotyki

Zapytano ankietowanych, czy równie restrykcyjne działania należy stosować wobec osób zażywających narkotyki.

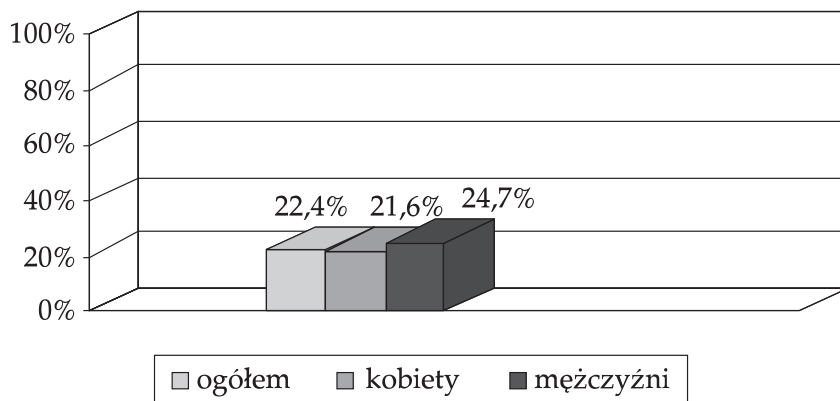
Rycina 5 odzwierciedla pogląd, że badani inaczej ustosunkowują się do osób używających substancje psychoaktywne. Podjęcie tego rodzaju działań podzieliła zaledwie 12,7% populacji osób badanych, w tym 14,8% stanowią mężczyźni.

Inną propozycją oddziaływań wobec studentów używających narkotyki jest pozbawienie ich przywilejów.

Jak widać na rycinie 6, ta propozycja spotkała się z poparciem 22,4% osób badanych. Jednocześnie w tym przypadku, podobnie jak i na poprzednim wykresie, nieco większy odsetek mężczyzn chciałby podjęcia takich działań.



Rycina 5. Oczekiwania w zakresie skreślania z listy studentów osób używających narkotyki

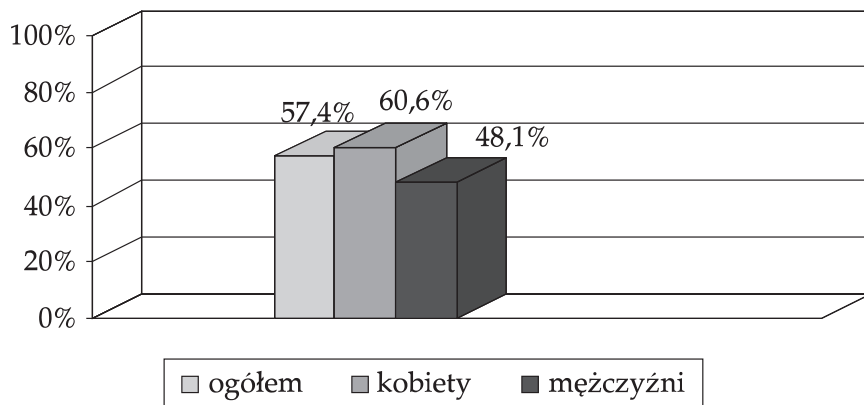


Rycina 6. Oczekiwania w zakresie pozbawiania praw (przywilejów) studenckich osób biorących narkotyki

Działalność terapeutyczna jest kolejną propozycją, którą uczelnia mogłaby oferować w ramach profilaktyki używania i nadużywania środków psychoaktywnych.

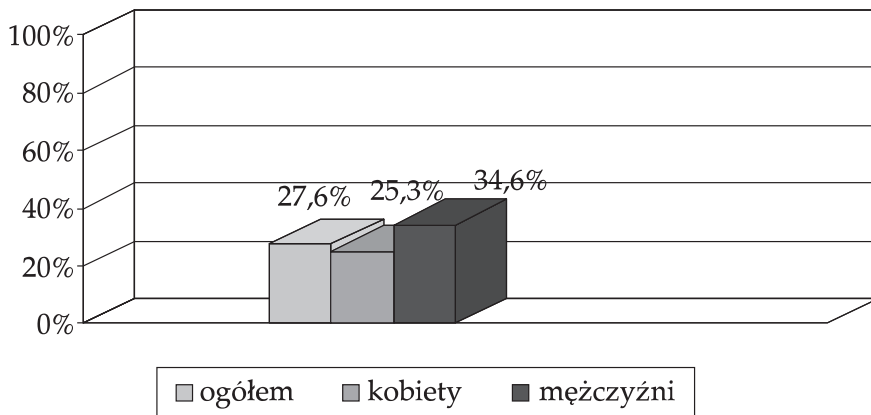
Powyższa propozycja spotkała się z dużym poparciem ze strony studentów Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej. Warto podkreślić, że szczególnie kobiety oczekują podjęcia tego rodzaju działań przez uczel-

nię, choć – jak widać na rycinie 7 – również wielu mężczyzn, bo aż prawie połowa badanej populacji, dostrzega potrzebę takiej formy pomocy.



Rycina 7. Oczekiwania w zakresie udzielenia pomocy terapeutycznej

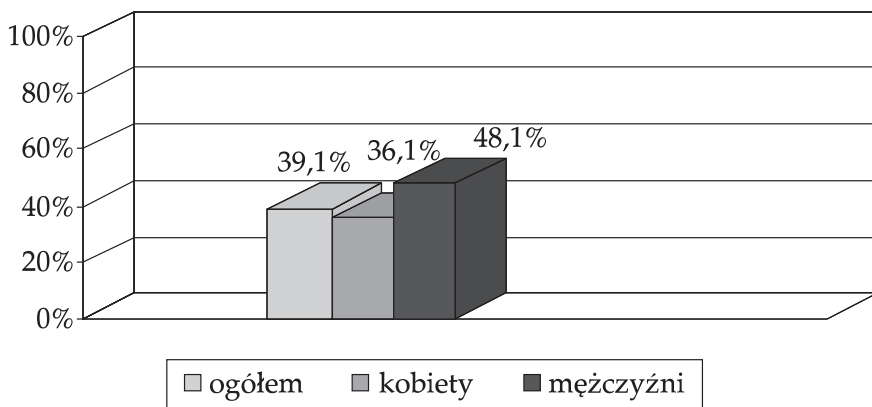
Wśród proponowanych działań znalazło się również pomaganie w rozwijaniu zainteresowań studentów i zachęcanie ich do aktywnego stylu życia.



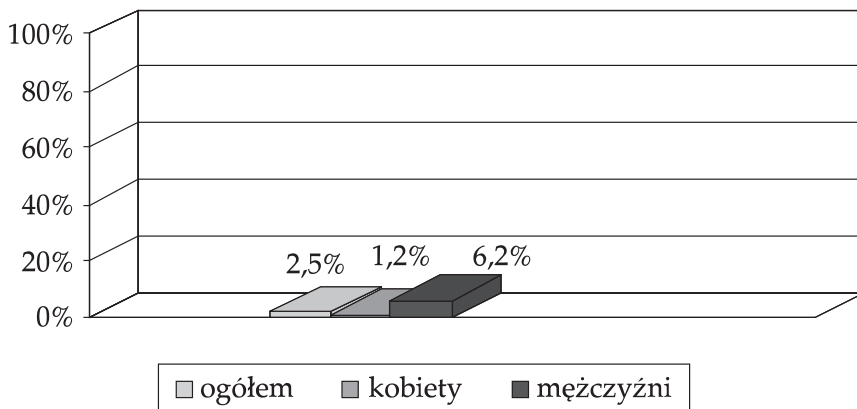
Rycina 8. Oczekiwania w zakresie pomocy w aktywizacji, rozwijaniu pasji

Z danych wynika, że propozycję pomocy w rozwijaniu pasji za ważną uznało 27,6% studentów. Szczególnie mężczyźni oczekiwaliby tego typu oddziaływań.

A w jaki sposób ustosunkowali się studenci do stwarzania przez szkołę wyższą możliwości atrakcyjnych sposobów spędzania wolnego czasu?



Rycina 9. Oczekiwania w zakresie zaproponowania atrakcyjnych form spędzania wolnego czasu



Rycina 10. Oczekiwania w zakresie niepodjęcia przez uczelnię żadnych działań

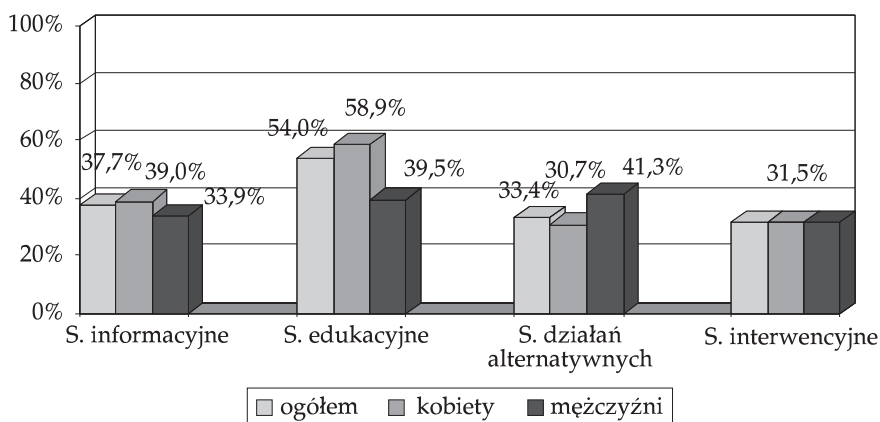
W porównaniu z poprzednią propozycją znacznie większy odsetek, bo niemal 40% osób badanych, chciałoby, aby uczelnia wysuwała ciekawe propozycje spędzania wolnego czasu, co ilustruje rycina 9. Tym razem, podobnie jak na wykresie 8, można zauważyć, że szczególnie mężczyźni wskazują na potrzebę stosowania takich oddziaływań.

Na koniec zapytano studentów, czy uczelnia powinna całkowicie wycofać się z jakiegokolwiek działalności profilaktycznej?

Wyniki przedstawione na wykresie 10 są dowodem na to, że studenci widzą potrzebę aktywnego włączania się uczelni w działalność profilaktyczną. Za niepodejmowaniem żadnych działań w tym obszarze opowiedziało się zaledwie 2,5% osób. Zdecydowanie na bierną postawę władz i pracowników uczelni w zakresie profilaktyki nie zgadzają się kobiety.

Podsumowanie

Z przeprowadzonej analizy wynika, że za najważniejsze działania, jakie powinna podejmować uczelnia wyższa, studenci uznali: udzielenie pomocy terapeutycznej (57,4% badanych), warsztaty służące wzmocnieniu zachowań chroniących przed uzależnieniem (54% badanych), przeprowadzanie akcji, wykładów profilaktycznych (50,9% badanych).



Rycina 11. Zapotrzebowanie na realizację strategii profilaktycznych w opinii studentów Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej

Zdaniem autorki, w formułowaniu wniosków z przeprowadzonych badań może pomóc pogrupowanie powyżej przedstawionych propozycji działań w odpowiednie strategie profilaktyczne, aby zobaczyć, które z nich są najbardziej pożądane przez studentów. W profilaktyce można wyróżnić za Joanną Szymańską i Joanną Zamecką takie strategie, jak: informacyjne, edukacyjne, działań alternatywnych i interwencyjne (Szymańska, Zamecka, 2002).

Z powyższych badań wynika, że studenci oczekują od uczelni przede wszystkim podejmowania działań o charakterze edukacyjnym. Strategie edukacyjne opierają się na kształtowaniu umiejętności psychologicznych związanych z radzeniem sobie ze stresem, rozwiązywaniem problemów, komunikacją (Szymańska, Zamecka, 2002, s. 29) z wykorzystaniem na przykład warsztatów służących wzmocnieniu zachowań chroniących przed uzależnieniem.

Za mniej ważne studenci uznali strategie informacyjne, które polegają na informowaniu ludzi m.in. o skutkach używania substancji psychoaktywnych. Ich stosowaniu towarzyszy przekonanie, że przyczyną podejmowania przez ludzi zachowań ryzykownych często jest brak dostatecznej wiedzy na temat zagrożeń (Szymańska, Zamecka, 2002, s. 29). Dziś wiadomo, że wzrostowi wiedzy wcale nie musi towarzyszyć spadek używania substancji psychoaktywnych, niemniej jednak ta strategia w połączeniu z innymi jest ważna i wykorzystywana we współczesnej profilaktyce. Do działań proponowanych w ramach tej strategii można zaliczyć przeprowadzanie akcji, wykładów profilaktycznych oraz tworzenie punktów konsultacyjnych prowadzonych przez studentów.

Zdaniem 1/3 badanych osób w działalności profilaktycznej ważne są strategie działań alternatywnych. Ich celem jest rozwijanie zainteresowań dzieci i młodzieży (Szymańska, Zamecka, 2002, s. 29). Do tych strategii z zaproponowanych przez autorów ankiety propozycji działań można zaliczyć pomoc w aktywizacji, rozwijaniu pasji czy zaproponowanie atrakcyjnej formy spędzania wolnego czasu.

Nieco mniejszy odsetek osób wskazał na potrzebę stosowania na uczelni strategii interwencyjnych, które wiążą się bezpośrednio z podejmowaniem działań w sytuacjach kryzysowych. Najczęściej stosuje się je w profilaktyce drugorzędowej i trzeciorzędowej w przeciwieństwie do wymienionych powyżej strategii, które wykorzystuje się również w profilaktyce pierwszorzędowej (Szymańska, Zamecka, 2002, s. 29). Wśród propozycji oddziaływań możemy wymienić: skreślenie z listy studentów osób rozprowadzających narkotyki, skreślenie z listy studentów

osób zażywających narkotyki, pozbawianie praw studenckich osób biorących narkotyki, udzielenie pomocy terapeutycznej

Podsumowując, warto podkreślić, że przeprowadzone badania pokazują, iż studenci KPSW dostrzegają potrzebę stosowania różnych strategii działań w profilaktyce używania i nadużywania substancji psychoaktywnych (wykres 11). Największy odsetek badanych osób, bo ponad 50%, za najważniejsze uznało strategie edukacyjne. Szczególne znaczenie tym strategiom przypisały kobiety, bo prawie 60% z nich wybrało działania realizowane właśnie w ramach tych strategii. Z kolei mężczyźni najczęściej wskazywali na potrzebę działań w ramach strategii działań alternatywnych, choć za nie mniej ważne uznali strategie edukacyjne (blisko 40% populacji mężczyzn).

Bibliografia

Mellibruda J., Fronczyk K. (2001), *Alkohol i inne substancje psychoaktywne w środowisku studenckim*, [w:] *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, (red.) J. L. Grzelak, M. J. Sochocki, Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa.

Szymańska J., Zamecka J. (2002), *Przegląd koncepcji i poglądów na temat profilaktyki*. [w:] *Profilaktyka w środowisku lokalnym*, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa.

Uzyskano 3.06.2006 z sieci www: <http://www.parpa.pl/?subL=2&checkL=1301>

Students' opinions on preventive actions on a university

Summary. The aim of this article is to present the results of the 'Student 2005' research that I conducted among students of Kujawsko-Pomorski College in Bydgoszcz. This research is an integral part of the 'Addiction-free Universities Net National Programme' The survey was conducted basing on a questioner created by the research workers of Collegium Medicum of the Jagiellonian University under the guidance of prof. dr hab. J. Pach i mgr E. Krawczyk. In my article I strongly focus on students' expectations on actions, that should the school take to prevent the usage of psychoactive substances.

MARIA DEPTUŁA

Zmiany w zakresie kompetencji społecznej zachodzące u uczniów starszych klas szkoły podstawowej

Kompetencja podmiotu w ujęciu Marii Czerepaniak-Walczak (1994, s. 137) to jego szczególna właściwość, która wyraża się w demonstrowaniu – na poziomie wyznaczonym przez społeczne standardy – umiejętności adekwatnego zachowania się, ze świadomością potrzeby i konsekwencji takiego właśnie zachowania i przyjmowania za nie odpowiedzialności. Tak rozumiana kompetencja interpretowana jest zawsze w określonym kontekście. Kryterium wyodrębniania kontekstu może być postać podmiotu (podmiot indywidualny lub zbiorowy) oraz dziedzina aktywności. Taką dziedziną są relacje podmiotu z innymi ludźmi. Dla ich opisu w latach 80. ubiegłego wieku zaczęto używać pojęcia „kompetencja społeczna” (liczne przykłady podaje Gagnon, 1988; a pojęcia tego używają także Janosz i LaFrenière, 1991; Argyle, 1991, 1994; Sęk 1985, Willis i wsp. 1992).

Według Heleny Sęk (1985) na kompetencję społeczną składa się trafność spostrzegania i rozumienia sytuacji społecznych, zdolność do współpracy w toku interakcji, dążenie do rozwiązywania problemów interpersonalnych i umiejętność ich rozwiązywania, zwłaszcza umiejętność podtrzymywania kontaktu, komunikacji, negocjacji (Sęk, 1985). Podobnie definiuje to pojęcie K.A. Dodge, zakładając, że na kompetencję społeczną składają się procesy odkodowywania i interpretowania sygnałów społecznych, poszukiwania rozwiązań, wyboru rozwiązania i zastosowania go w danej sytuacji. Ich przebieg zależy od całości otrzymanych z otoczenia sygnałów, celów, do jakich podmiot zmierza, oraz

przechowywanych w pamięci wcześniejszych doświadczeń podmiotu (cyt. za Gagnon, 1988, s. 137).

Deficyty w rozwoju kompetencji społecznej, których przejawem jest odrzucenie przez rówieśników w okresie dzieciństwa, zapowiadają problemy z adaptacją w późniejszych okresach życia (Brzezińska, 2004). Są też ważnym czynnikiem ryzyka używania substancji psychoaktywnych i innych ryzykownych zachowań młodzieży (Ostaszewski, 2005; Coie i wsp. 1996; Gagnon, 1988; Begin, 1986). Natomiast opanowanie umiejętności społecznych jest potwierdzonym w wielu badaniach indywidualnym czynnikiem chroniącym przed ryzykownymi zachowaniami (Ostaszewski, 2005; McWhirter i wsp., 2001). Posiadanie kompetencji społecznej, wyrażające się w prospołecznych zdolnościach i pozytywnych interakcjach z innymi, jest obok umiejętności radzenia sobie ze stresem i przeciwnościami losu oraz umiejętności podejmowania działań istotnym elementem decydującym o zdrowiu psychicznym (Kazdin, 1996).

Z tego względu interesujące wydawało się podjęcie próby ustalenia, czy w zakresie kompetencji społecznej zachodzą u dzieci istotne zmiany w ciągu ponad dwóch lat uczęszczania do szkoły. Analizując dynamikę akceptacji wśród uczniów starszych klas szkoły podstawowej, poszukiwano odpowiedzi na pytanie: Jak rozkładają się w kolejnych pomiarach szanse tych samych dzieci na zaspokojenie potrzeby przynależności i uznania w klasie szkolnej oraz dalszy rozwój kompetencji społecznej?

Metoda

W badaniach wykorzystano dwie techniki socjometryczne. Kompetencję społeczną badano za pomocą „Plebiscytu życzliwości i niechęci” (Deptuła, 1996). Wielu badaczy przyjmuje, że jednym z wyrazów kompetencji społecznej jest zdolność podmiotu do zawierania przyjaźni, uzyskiwania akceptacji w grupie, a dobrym kryterium jej oceny jest popularność jednostki w grupie (Gagnon, 1988; Argyle, 1994; Janosz i LaFrenière, 1991).

Za pomocą techniki „Zgadnij kto” (Junik, 2004) badano także, jakie cechy i zachowania przypisują rówieśnicy dzieciom o różnym położeniu na skali popularności. Wśród cech i zachowań przedstawionych dzieciom znajdowały się takie, które świadczyły o braku kompetencji

lub o jej posiadaniu, oraz cechy i zachowania zwiększające atrakcyjność interpersonalną jednostki lub zmniejszające ją, takie jak np. sukcesy i niepowodzenia w nauce, dominujący nastrój – niebędące wskaźnikiem kompetencji społecznej, ale mające znaczenie dla kontaktów interpersonalnych dzieci.

„Plebiscyt życzliwości i niechęci” wymaga od osób badanych ustosunkowania się na piśmie do wszystkich osób w klasie poprzez wyrażenie swojego stosunku emocjonalnego na pięciostopniowej skali: „bardzo lubię”, „lubię”, „nie wiem”, „nie lubię”, „bardzo nie lubię”. Technika „Zgadnij kto” polega na tym, że badani otrzymują kwestionariusz zawierający listę cech i zachowań, a ich zadaniem jest wskazanie tej osoby w klasie, która ich zdaniem przejawia daną cechę w największym stopniu lub zachowuje się tak najczęściej.

Przeprowadzono 5 pomiarów¹ w ciągu 26 miesięcy (od października 2001 do grudnia 2003 roku) wśród uczniów szkół podstawowych w trzech małych miastach. W pierwszym pomiarze badaniami objęto 366 osób, w V pomiarze 329 (mniej o 10,1%). W pierwszym i drugim pomiarze badani byli w III (N=207, co stanowi 56,6%) lub IV klasie (N=159, 43,4%), w trzecim i czwartym pomiarze ci sami badani byli uczniami IV lub V klas, w piątym pomiarze badani byli uczniami V lub VI klasy.

Wyniki

Na wnioskowanie o szansach rozwoju kompetencji społecznej w klasie szkolnej składa się analiza zmian pozycji na skali popularności, opis cech i zachowań przypisywanych dzieciom znajdującym się w określonej kategorii popularności oraz analiza zmian zachodzących w tym zakresie.

¹ Prezentowane tu wyniki są „efektem ubocznym” realizacji pod moim kierunkiem dwóch projektów badawczych finansowanych przez KBN (granty promotorskie). Są to projekty: W. Junik: *Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w świetlicach terapeutycznych* nr rej. 5 H01F 054 21 i M. Zabłockiej: *Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych* nr rej. 1 H01F 103 26. Surowe dane, niewykorzystane w tych projektach, prezentuję za zgodą W. Junik i M. Zabłockiej.

Zmiany zachodzące na skali popularności

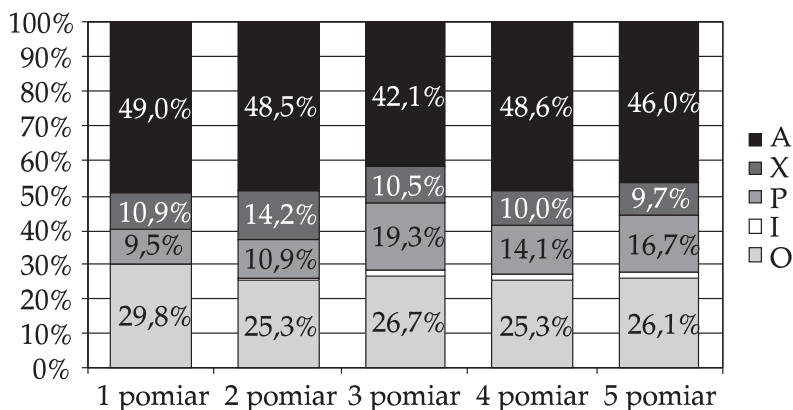
Pozycję na skali popularności w klasie szkolnej określono na pięciostopniowej skali, gdzie:

- A – akceptacja oznacza silne postawy pozytywne innych uczniów wobec dziecka przy braku postaw negatywnych. Pozycję tę zajmują osoby otrzymujące wysoką liczbę ocen pozytywnych i niewiele lub żadnych ocen negatywnych.
- X – przeciętna akceptacja – w tej kategorii mieszczą się dzieci raczej lubiane, ale niezajmujące ważnych miejsc w strukturze grupy. Otrzymują one na skali sympatii przeciętną liczbę ocen pozytywnych, powyżej lub poniżej przeciętnej i jednocześnie na skali antypatii zajmują pozycję średnią, powyżej lub poniżej średniej.
- P – polaryzacja akceptacji oznacza silne postawy pozytywne części grupy i postawy negatywne drugiej części. W tej kategorii mieszczą się dzieci, o których wielu badanych wypowiadało się „bardzo lubię” lub „lubię”, i które jednocześnie uzyskały wiele wypowiedzi „nie lubię” lub „bardzo nie lubię”. Ich status określa się jako niezrównoważony².
- I – izolacja, do tej kategorii zaliczane są dzieci, które otrzymują niewiele ocen pozytywnych lub wcale ich nie otrzymują. Nie otrzymują też informacji o tym, że są nielubiane. Można powiedzieć, że są to dzieci niezauważane, lekceważone³ przez rówieśników.
- O – odrzucenie, oznacza jawną niechęć grupy. Osoby mieszczące się w tej kategorii otrzymują dużo ocen negatywnych przy niewielkiej liczbie wyborów pozytywnych lub ich braku.

Niżej zamieszczona rycina ilustruje rozkład danych na skali popularności uzyskany w każdym z pięciu pomiarów.

² We wcześniejszych badaniach stosowałam za D. Ekiert-Grabowską odmienną kolejność pozycji na skali – dzieci polaryzujące akceptację grupy zajmowały na niej drugie, po dzieciach akceptowanych, miejsce. W tych badaniach przyjąłm kolejność pozycji na skali za M. Pilkiwiczem (1973), wzorując się na opracowanej przez Niego Socjometrycznej Skali Akceptacji. Zastosowałam też proponowany przez M. Pilkiwicza sposób przeliczania pozycji na skali sympatii i pozycji na skali antypatii na pozycję na skali popularności, a nie taki, jak w swoich wcześniejszych badaniach (Deptuła, 1996).

³ Określenia tego używa A. Brzezińska (2004). W tu prezentowanych badaniach w tej kategorii znalazło się tak mało dzieci, że została ona wyłączona ze szczegółowych analiz.

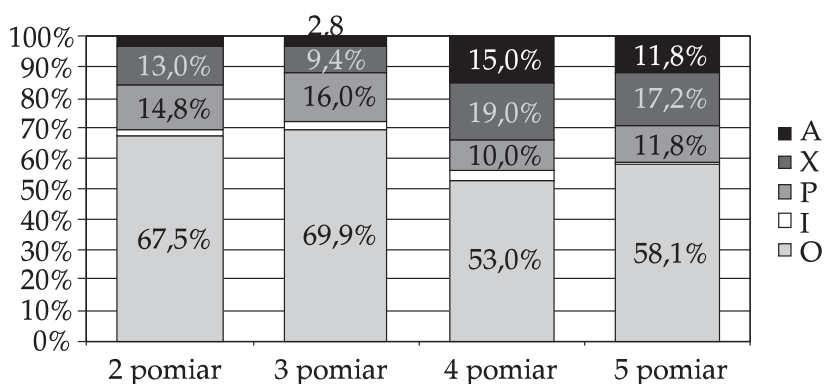


Rycina 1. Rozkład pozycji na skali popularności uczniów klas III i IV w pięciu pomiarach wykonanych w okresie 26 miesięcy (N=368 w pierwszym pomiarze)

Jak widać, niecałe 50% badanych znajduje w klasie szkolnej miejsce zapewniające zaspokojenie potrzeby przynależności i uznania oraz dalszy rozwój kompetencji społecznej (uczniowie akceptowani). Odsetek badanych odrzucanych przez grupę wynosi od prawie 30% w pierwszym pomiarze do 26,1% w pomiarze piątym. Ta grupa dzieci nie może zaspokoić w klasie szkolnej potrzeby kontaktu z rówieśnikami i uznania z ich strony, ma też niewielkie szanse na nabywanie w klasie szkolnej kompetencji społecznej umożliwiającej zmianę swojej sytuacji w grupie. Na fakt takiego, jak opisane wyżej, powiązania szans na rozwój kompetencji społecznej z pozycją zajmowaną na skali popularności zwracają uwagę między innymi Maria John (1987), Joanna Grochulska (1992), Michel Janosz i Peter J. LaFrenière (1991) Anna Brzezińska (2004). Charakter tej zależności przedstawiono szerzej w innym miejscu (Deptuła, 2000).

Odsetek uczniów kontrowersyjnych (polaryzujących akceptację w grupie) waha się w kolejnych badaniach od 9,5% w pomiarze pierwszym do 19,3% w pomiarze trzecim. Zwraca uwagę znikomy odsetek dzieci izolowanych i utrzymywanie się w kolejnych pomiarach odsetka dzieci przeciętnie akceptowanych na zbliżonym poziomie. Wynik analizy wariancji (chi-kw. ANOVA Fredmana (N=329, df 4) równy 18,04, wskazuje na to, że statystycznie istotne różnice ($p < 0,001$) są między pomiarem 2 i 3 oraz 2 i 5.

Z punktu widzenia oceny szans rozwoju kompetencji społecznej dzieci w klasie szkolnej istotne są jednak zmiany w poszczególnych kategoriach akceptacji, zachodzące pomiędzy pierwszym a piątym pomiarem. Rycina 2 ilustruje zmiany zachodzące w grupie dzieci, które w pierwszym pomiarze były odrzucane przez rówieśników.

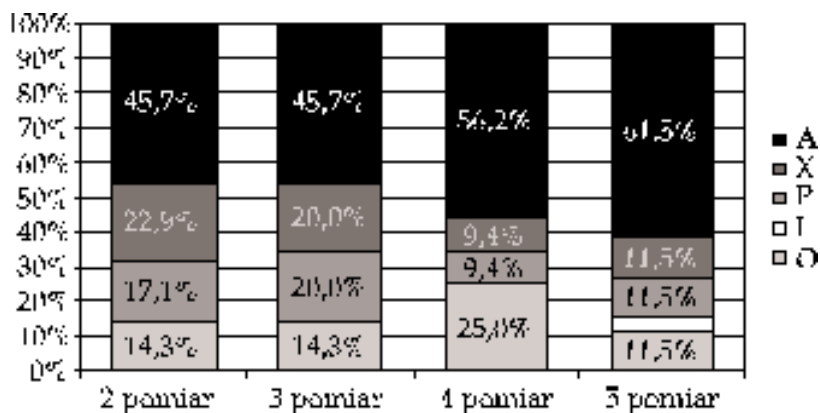


Rycina 2. Zmiany zachodzące w grupie dzieci odrzucanych w kolejnych pomiarach (N=110 w pierwszym pomiarze)

Wynik analizy wariancji (chi-kw. ANOVA Fredmana, (N=93, df 4) równy 74,01 oznacza, że zmiany zachodzące we wszystkich pomiarach są statystycznie istotne ($p < 0,00001$). Pomimo tej zmienności 58,1% badanych odrzucanych w pomiarze pierwszym jest także odrzucanych w pomiarze piątym. Można więc powiedzieć, że nieco więcej niż połowa dzieci, u których rozwój kompetencji społecznej był zaburzony w wieku 9-10 lat, nie miała możliwości nabycia umiejętności nawiązywania satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami i po dwóch latach uczęszczania do szkoły, również należy do grupy odrzucanych.

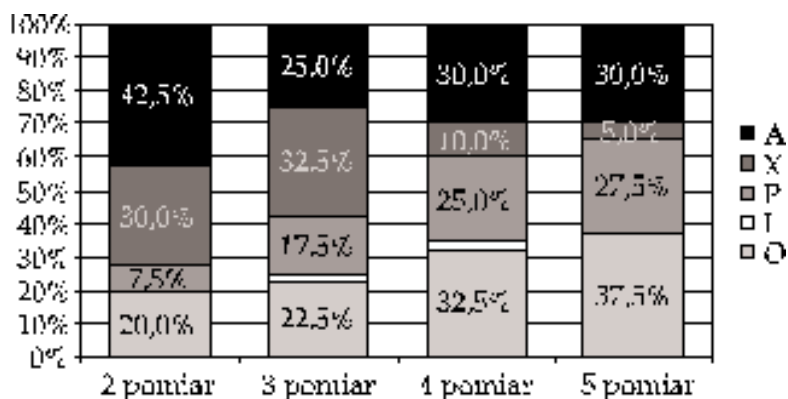
Korzystny jest natomiast fakt przenoszenia się części dzieci z kategorii odrzucenia do kategorii akceptacji. Dotyczy to od 15% badanych w pomiarze czwartym do 11,8% badanych w pomiarze piątym. Zyskują oni możliwość zaspokajania istotnych potrzeb w grupie i dalszego rozwoju społecznych kompetencji.

Zmiany zachodzące w grupie dzieci polaryzujących akceptację grupy (kontrowersyjnych) przedstawiono na rycinie 3.



Rycina 3. Zmiany zachodzące w grupie dzieci kontrowersyjnych w kolejnych pomiarach (N=35 w pierwszym pomiarze)

Znaczna część (61,5%) dzieci polaryzujących akceptację grupy (kontrowersyjnych) w ciągu 2 lat uczęszczania do szkoły doskonali swoje kompetencje społeczne na tyle, że zdobywa akceptację rówieśników. W pomiarze piątym pozostaje w tej kategorii 11,5% dzieci, które zaliczono do tej kategorii w pomiarze pierwszym. Taki sam odsetek dzieci zajmuje pozycję osób przeciętnie akceptowanych i odrzucanych. Wynik analizy statystycznej (chi-kw. ANOVA Fredmana dla N=26 równy 26,73) wskazuje, że zachodzące w tej kategorii korzystne zmiany są statystycznie istotne ($p < 0,00022$).

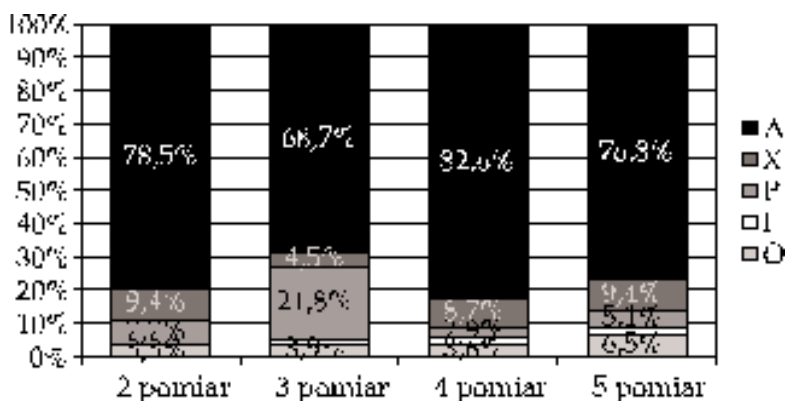


Rycina 4. Zmiany zachodzące w grupie dzieci przeciętnie akceptowanych w kolejnych pomiarach (N=40 w pierwszym pomiarze)

Powyżej zamieszczona rycina ilustruje zmiany zachodzące w grupie dzieci przeciętnie akceptowanych.

Nieco więcej dzieci przeciętnie akceptowanych przez rówieśników w pomiarze pierwszym częściej traci ich sympatię w pomiarze piątym, niż przemieszcza się do kategorii akceptacji. Można powiedzieć, że ryzyko utraty sympatii rówieśników jest w tej kategorii stosunkowo duże. Wynik analizy statystycznej (chi-kw. ANOVA Fredemana dla $N=40$, $df=4$ równy 17,95) wskazuje na to, że zachodzące zmiany są statystycznie istotne ($p<0,01$).

Największą stabilność pozycji odnotowano w grupie dzieci akceptowanych, co uwidoczniło na rycinie 5.



Rycina 5. Zmiany zachodzące w grupie dzieci akceptowanych w kolejnych pomiarach ($N=180$ w pierwszym pomiarze)

Śród dzieci, które były akceptowane w pomiarze pierwszym, 76,8% pozostało w tej kategorii także w pomiarze piątym. Niewielki (6,5%) odsetek dzieci z tej kategorii straciło sympatię rówieśników i znalazło się w grupie dzieci odrzucanych. Zachodzące w tej grupie zmiany są również statystycznie istotne (chi-kw. ANOVA Fredmana dla $N=169$ równa się 104,31, $p<0,00001$).

Prezentowane dane pozwalają na stwierdzenie, że największe szanse rozwoju swoich kompetencji społecznych mają dzieci akceptowane i polaryzujące akceptację grupy. Niekorzystne zmiany zachodzą w grupie dzieci przeciętnie akceptowanych, a w grupie uczniów odrzucanych znaczący odsetek dzieci nie zmienia swojej niekorzystnej sytuacji w grupie w ciągu ponad dwóch lat uczęszczania do szkoły.

Cechy i zachowania przypisywane dzieciom znajdującym się w danej kategorii popularności

W technice „Zgadnij kto?” opracowanej przez W. Junik (2004) postawiono dzieciom 32 pytania dotyczące 20 negatywnych cech i zachowań oraz 12 pozytywnych⁴. Analiza skupień metodą k-średnich pozwoliła ustalić, że cechy te tworzą 5 skupień o nierównej liczbie cech i zachowań.

W skupieniu 1 i 4 zgromadziły się cechy i zachowania pozytywne (z wyjątkiem dwóch cech w skupieniu 4). W skupieniu 2, 3 i 5 zgromadziły się cechy i zachowania negatywne. Poniżej podano cechy i zachowania, które zgromadziły się w poszczególnych skupieniach.

Skupienie 1:

1. Jest najlepszym uczniem (1)⁵
2. Lubi się uczyć (12)

Skupienie 2:

1. Z nikim się nie przyjaźni, unika koleżanek, kolegów (8)
2. Jest największym egoistą, myśli tylko o sobie (26)
3. Jest osobą, na którą grupa nie zwraca żadnej uwagi (16)
4. Unika udziału w zabawach (4)
5. Łatwo się złości (27)
6. Jest kłótlivy(a) (23)
7. Jest osobą, której wszyscy się boją (31)
8. Jest często smutny(a) (7)
9. Jest nieśmiały(a) (20)
10. Jest osobą, której wszyscy nie lubią (11)
11. Płacze z byle powodu (25)

Skupienie 3:

1. Używa wulgarnych słów (9)
2. Lubi dokuczać innym (10)
3. Jest niegrzeczny(a) w stosunku do wychowawców (15)
4. Biję słabszych (6)

⁴ Badanie tą techniką wykonano trzykrotnie. Pierwszy i drugi pomiar towarzyszył pierwszemu i drugiemu pomiarowi pozycji dzieci na skali popularności za pomocą techniki „Plebiscyt życzliwości i niechęci”, a trzeci pomiar towarzyszył piątemu pomiarowi pozycji na skali popularności.

⁵ W nawiasach podano numery pytań w kwestionariuszu.

Skupienie 4:

1. Zawsze dotrzymuje słowa (24)
- 2a. Jest bardzo staranny(a) w pracy (19)
- 2b. Ma wielu kolegów, wiele koleżanek w grupie (29)
3. Chętnie pożycza swoje rzeczy (30)
4. Lubi organizować imprezy grupowe (14)
5. Zawsze chętnie pomoże w kłopotach (5)
6. Jest często uśmiechnięty(a) (28)
7. **Wywyższa się ponad innych (18)⁶**
8. Chętnie bawi się z innymi (13)
9. **Uważa, że zawsze ma rację (21)**
10. Jest najlepszym kolegą, koleżanką (2)
11. Jest najbardziej lubiany(a) (3)

Skupienie 5:

1. Jest najślabszym uczniem, najślabszą uczennicą (32)
2. Najmniej wie i umie (17)
3. Jest niestaranny(a) w pracach (22)

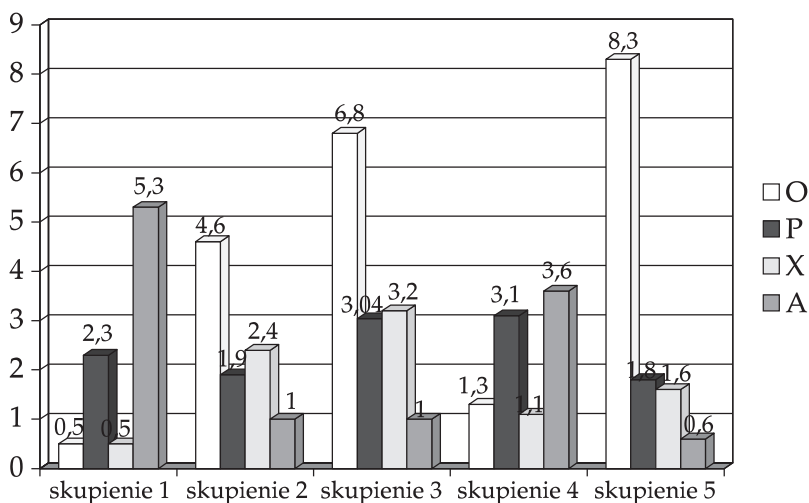
Poniżej przedstawiono średnie natężenie cech i zachowań przypisywanych dzieciom należącym do danej kategorii na skali popularności⁷.

W skupieniu 1 i 4, gdzie zgromadziły się cechy i zachowania pozytywne (z wyjątkiem dwóch w skupieniu 4) dominują uczniowie akceptowani i polaryzujący akceptację grupy. Dzieci te spostrzegane są jako osoby, które lubią się uczyć i są najlepszymi uczniami. Przypisuje się im staranność w pracy i dobry nastrój. Chociaż te cechy i zachowania nie są wskaźnikami kompetencji społecznej, to jednak niewątpliwie podnoszą atrakcyjność interpersonalną osób, u których są one spostrzegane. Tym grupom dzieci rówieśnicy przypisują także cechy i zachowa-

⁶ Pogrubioną czcionką zaznaczono dwie cechy i zachowania negatywne w skupieniu cech pozytywnych.

⁷ Do oceny cech i zachowań spostrzeganych przez rówieśników zastosowano wskaźnik procentowy przyjmując, że każde dziecko miało możliwość uzyskania tylu wskazań przy danej cesze czy zachowaniu, ile osób wypełniło w klasie kwestionariusz, nie licząc badanego dziecka. Tę liczbę przyjmowano za 100%, a liczbę wskazań faktycznie otrzymanych przez dziecko w danym pytaniu przeliczano na wskaźnik procentowy. Pod uwagę wzięto tylko te dzieci, które zostały wskazane w odpowiedzi na dane pytanie jako pierwsze. Średnia jest efektem podzielenia sumy wszystkich punktów uzyskanych przez dzieci znajdujące się w danej kategorii przez ich liczbę oraz przez liczbę cech i zachowań występujących w danym skupieniu (zabieg ten był konieczny z uwagi na to, że skupienia objęły nierówną liczbę cech i zachowań).

nia świadczące o posiadaniu kompetencji społecznej, takie jak: czynność, słowność, koleżeństwo, gotowość do pomagania i dzielenia się, skłonność do przeprowadzenia („organizowanie imprez grupowych”), wzbudzanie sympatii i posiadanie wielu koleżanek i kolegów w klasie. Jedyne zarzuty stawiane tym dzieciom to „wywyższanie się ponad innych” i przekonanie, że „zawsze mają rację”.



Rycina 6. Średnie natężenie cech z danego skupienia przypisywanych dzieciom odrzucanym (O), kontrowersyjnym (P), przeciętnie akceptowanym (X) i akceptowanym (A) w pomiarze I.

Uczniów polaryzujących akceptację grupy (kontrowersyjnych) różni do uczniów akceptowanych natężenie zachowań agresywnych znacznie wyższe niż u uczniów akceptowanych.

Taki obraz grupy dzieci akceptowanych jest zgodny z wynikami innych badań (por. Brzezińska, 2004; Grochulska, 1992; Ekiert-Grabowska 1982; John, 1987), w których uczniom tym przypisywano przede wszystkim cechy i zachowania oceniane pozytywnie. Dominację pozytywnie ocenianych cech i zachowań w tej grupie dzieci stwierdzono już w badaniach dzieci trzy-, pięcio- i ośmioletnich – dzieci popularne kojarzą się rówieśnikom z zachowaniami prospołecznymi, otrzymując wysokie wyniki w zakresie kooperacji i przewodzenia w grupie. Otrzymują też

dużo niższe niż uczniowie odrzucani wyniki w zakresie zachowań antyspołecznych, takich jak agresja i przeszkadzanie (Coie i wsp., 1982, cyt. za Begin, 1986).

Na wysokie natężenie agresji oraz wysokie kompetencje społeczne i poznawcze uczniów kontrowersyjnych zwraca także uwagę A. Brzezińska (2004), przytaczając metaanalizy wyników badań nad różnicami funkcjonowania społecznego dzieci o różnym statusie socjometrycznym, wykonanych przez A. Newcomba, W. M. Bukowskiego i L. Pattee.

Uczniowie odrzucani, to przede wszystkim dzieci postrzegane jako słabi uczniowie, o najmniejszej wiedzy i najmniejszych umiejętnościach, niestaranne w pracy (skupienie 5) oraz osoby agresywne – bijące słabszych, lubiące dokuczać innym, używające wulgarnych słów i niegrzeczne w stosunku do nauczycieli (skupienie 3). Dzieci te dominują również w skupieniu 2, gdzie zgromadziły się cechy wskazujące z jednej strony na unikanie kontaktu, smutek i płaczliwość, z drugiej zaś wskazujące na trudności w opanowaniu emocji („łatwo się złości”), kłótność, wzbudzanie strachu u rówieśników, egoizm. Cechy i zachowania wskazujące wyraźnie na deficyty w rozwoju kompetencji społecznych występują w skupieniu 3 (agresja jest zazwyczaj przejawem braku umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach interpersonalnych w sposób społecznie akceptowany lub następstwem negatywnego nastawienia do innych ludzi) oraz w skupieniu 2 (kłótność, wzbudzanie strachu u rówieśników).

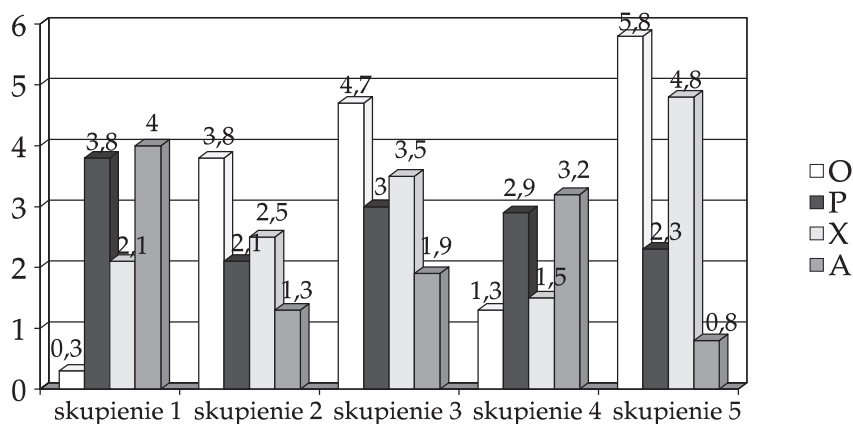
Te rezultaty także zgodne są z wynikami badań innych autorów (por. Brzezińska, 2004; Grochulska, 1992; Ekiert-Grabowska, 1982; John, 1987), w których uczniom odrzucanym rówieśnicy przypisywali przede wszystkim cechy i zachowania oceniane negatywnie. Taki obraz tej grupy dzieci wyłania się już w badaniach trzy-, pięcio- i ośmiolatków – dzieci te otrzymują wysokie wyniki na wymiarach zawierających cechy i zachowania oceniane negatywnie i niskie wyniki na wymiarach prospołecznych (Coie i wsp., 1982, cyt. za Begin, 1986). W badaniach prowadzonych w grupie 6-latków ustalono, że dzieci odrzucane spostrzegane są jako te, które częściej prowokują upomnienia, wymówki, reprimendy nauczyciela, częściej przeszkadzają w klasie, nigdy nie chcą pomagać innym i rzadziej kładą kres bójkom niż dzieci akceptowane (Begin, 1986).

Uczniowie przeciętnie akceptowani rzadko postrzegani są jako osoby dobrze wywiązujące się z roli ucznia (skupienie 1). Mają też bardzo niski wskaźnik w zakresie cech i zachowań wskazujących na posiadanie

kompetencji społecznej oraz cech i zachowań zwiększających atrakcyjność interpersonalną (skupienie 4). Stosunkowo rzadko przypisuje się im też słabe wyniki w nauce, niestaranność i niski poziom wiedzy i umiejętności (skupienie 5). Stosunkowo często przypisuje się im natomiast zachowania agresywne (skupienie 3) oraz posiadanie cech i przejawianie zachowań nieaprobowanych przez rówieśników (skupienie 2). Średnie natężenie cech i zachowań w tych kategoriach jest prawie dwa razy niższe niż w grupie uczniów odrzucanych, jednak ponad dwa razy wyższe niż w grupie uczniów akceptowanych.

Różnice między poszczególnymi kategoriami badanych w zakresie cech i zachowań przypisywanych im w danym skupieniu, sprawdzane opartym na rangowaniu testem ANOVA Kruskala-Wallisa, są dla wszystkich skupień istotne ($p < 0,0001$).

Średnie natężenie cech i zachowań przypisywanych dzieciom po 26 miesiącach uczęszczania do szkoły ilustruje niżej zamieszczona rycina.



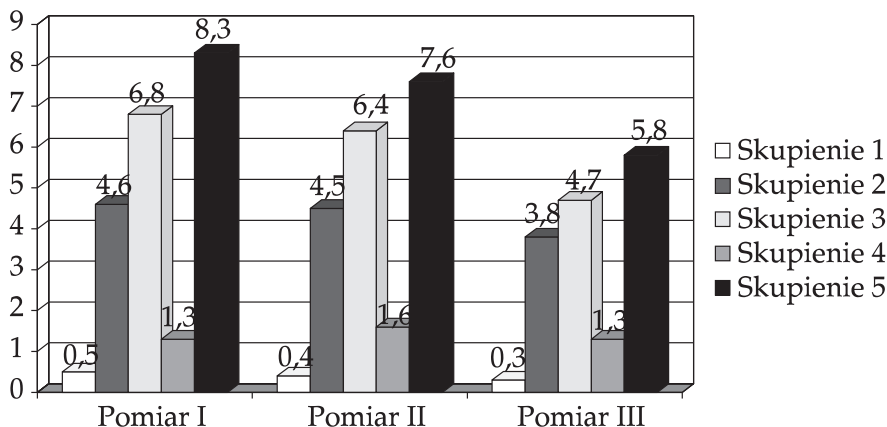
Rycina 7. Średnie natężenie cech i zachowań z danego skupienia przypisywanych dzieciom odrzucanym (O), kontrowersyjnym (P), przeciętnie akceptowanym (X) i akceptowanym (A) w pomiarze III, po 26 miesiącach od pomiaru I.

Tak jak w pomiarze I, w skupieniach cech i zachowań pozytywnych (skupienie 1 i 4) dominują uczniowie akceptowani i kontrowersyjni. Uczniowie odrzucani w dalszym ciągu są postrzegani jako słabi uczniowie.

wie (skupienie 5) i agresywni (skupienie 3). Im też przypisuje się najwięcej cech i zachowań negatywnych (skupienie 2). Uczniowie przeciętnie akceptowani znajdują się na drugim, po uczniach odrzucanych, miejscu w skupieniu zawierającym cechy i zachowania słabego ucznia (skupienie 5), w skupieniu zawierającym zachowania agresywne (skupienie 3) oraz w skupieniu zawierającym inne cechy i zachowania nieakceptowane (skupienie 2).

Różnice między poszczególnymi kategoriami badanych w zakresie cech i zachowań przypisywanych im w danym skupieniu, sprawdzane opartym na rangowaniu testem ANOVA Kruskala-Wallisa, są dla wszystkich skupień istotne (dla skupień 2, 4, 5 $p < 0,0001$; dla skupienia 1 $p < 0,02$; dla skupienia 3 $p < 0,01$).

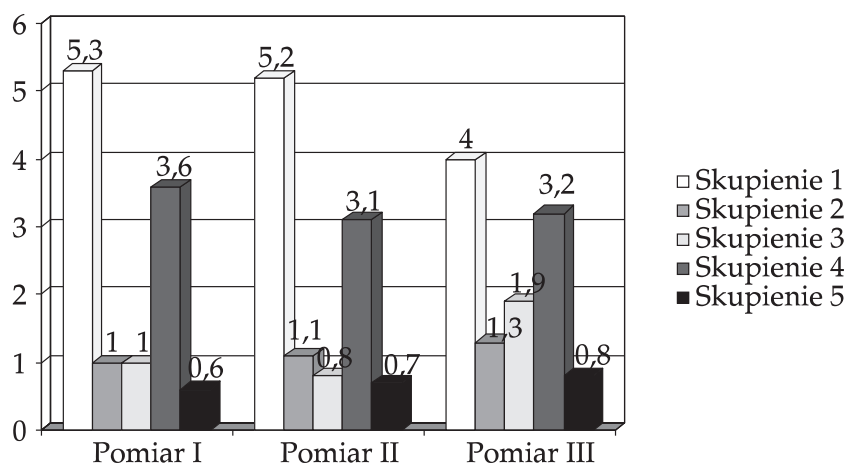
Interesująca wydaje się analiza zamian zachodzących w dwóch skrajnych grupach ze względu na szanse rozwoju kompetencji społecznych dzieci, a mianowicie w grupie dzieci odrzucanych i w grupie dzieci akceptowanych. Dane dotyczące tych grup zostaną przedstawione kolejno.



Rycina 8. Zmiany zachodzące w grupie dzieci odrzucanych w zakresie przypisywania im cech i zachowań należących do danego skupienia w ciągu 26 miesięcy (N=106 w pomiarze I, 98 w pomiarze II i III)

Chociaż obserwujemy pewien spadek częstotliwości spostrzegania uczniów odrzucanych jako słabych (skupienie 5), agresywnych (skupienie 3) i posiadających inne negatywnie oceniane cechy i zachowania, to

jednak różnice te są statystycznie nieistotne. Istotna zmiana polega na tym, że badanym przypisuje się w trzecim pomiarze mniej cech i zachowań pozytywnych w relacjach interpersonalnych (skupienie 4) niż w pomiarze II ($z=2,22$, $p<0,03$). Można więc powiedzieć, że dzieci, które pozostały odrzucane przez rówieśników w ostatnim pomiarze pozycji na skali popularności, nie nabyły w ciągu 26 miesięcy uczęszczania do szkoły takich cech i zachowań, które zwiększałyby ich szanse na zmianę swojej sytuacji w grupie. Pozostawanie na pozycji odrzucenia utrudni znacznie, a może nawet uniemożliwi nabywanie tych kompetencji w przyszłości.



Rycina 9. Zmiany zachodzące w grupie dzieci akceptowanych w zakresie przypisywania im cech i zachowań należących do danego skupienia w ciągu 26 miesięcy (N= 177 w pomiarze I, 173 w pomiarze II i III)

Zmiany zachodzące w grupie dzieci akceptowanych ilustruje rycina nr 9. Wyniki testu Wilcoxona „z” wskazują, że zmiany zachodzące w kolejnych pomiarach w 2 i 5 skupieniu są statystycznie nieistotne. Nie zmienia się częstotliwość spostrzegania tych dzieci jako osób posiadających cechy i przejawiających zachowania oceniane negatywnie, ani częstotliwość uznawania ich za słabych uczniów. Wskaźniki w tych skupieniach są bardzo niskie. Istotne są natomiast zmiany w skupieniu 1 pomiędzy I a III pomiarem ($z=2,83$, $p<0,005$) i pomiędzy II a III pomiarem ($z=3,67$, $p<0,0002$) – badanym rzadziej przypisuje się cechy dobrego ucznia. W skupieniu 3 pomiędzy II a III pomiarem nastąpiła także

istotna zmiana ($z=2,51$, $p<0,01$) – spostrzegany jest wzrost zachowań agresywnych. W skupieniu 4 pomiędzy I a II pomiarem ($z=3,82$, $p<0,0001$) oraz pomiędzy I a III pomiarem ($z=2,31$, $p<0,005$) następuje spadek natężenia cech i zachowań pozytywnych. Tak więc istotne zmiany w grupie uczniów akceptowanych mają charakter negatywny.

Wnioski

Szanse na zaspokojenie potrzeby akceptacji, przynależności i uznania oraz dalszy rozwój kompetencji społecznych ma nieco mniej niż połowa badanych (od 49% badanych w pomiarze I do 46% w pomiarze V posiada kompetencje społeczne niezbędne do zapewnienia sobie akceptacji w grupie).

Drugą co do liczebności kategorię stanowią dzieci odrzucane (od 29,8% badanych w pomiarze I do 26,1% badanych w pomiarze V). Są to dzieci, które nie mogą w klasie szkolnej zaspokoić swoich istotnych potrzeb, nie mają też szans na rozwój swoich społecznych kompetencji.

Badanie cech i zachowań przypisywanych uczniom z danej kategorii popularności przez rówieśników pozwoliło na ustalenie, iż dzieci akceptowane wyróżnia przede wszystkim to, że są dobrymi uczniami. Wskaźnik cech i zachowań pozytywnych świadczących o posiadaniu kompetencji społecznej jest w tej grupie najwyższy, ale jednak tylko nieznacznie wyższy niż w grupie uczniów kontrowersyjnych. Natomiast wskaźniki złego wypełniania roli ucznia, braku kompetencji społecznej, posiadania cech i przejawiania zachowań nieakceptowanych, w tym agresji, są w tej grupie najniższe. Uczniów odrzucanych wyróżnia przede wszystkim to, że są złymi uczniami. Cechuje ich też najwyższy wskaźnik natężenia zachowań świadczących o braku kompetencji społecznej, w tym zachowań agresywnych, oraz cech i zachowań obniżających ich atrakcyjność interpersonalną.

Zmiany zachodzące w zakresie przypisywania określonych cech i zachowań dzieciom akceptowanym w kolejnych pomiarach są niekorzystne. Dzieci te:

- rzadziej są spostrzegane jako dobrzy uczniowie,
- częściej przejawiają zachowania agresywne,
- rzadziej przypisuje się im cechy i zachowania świadczące o posiadaniu kompetencji społecznej i dobrych relacjach z rówieśnikami.

Zmiany zachodzące w zakresie przypisywania określonych cech i zachowań dzieciom odrzucanym w kolejnych pomiarach są również niekorzystne – w pomiarze III przypisuje się im istotnie mniej niż w pomiarze I cech i zachowań pozytywnych świadczących o posiadaniu kompetencji społecznej i dobrych relacjach z rówieśnikami. W zakresie spostrzegania cech i zachowań ważnych dla realizacji zadań rozwojowych, dobrych stosunków z rówieśnikami i w konsekwencji zdrowia psychicznego nie zachodzą żadne istotne zmiany – utrzymuje się obserwowany w pomiarze I niekorzystny stan.

Pilną potrzebą jest więc rozwijanie kompetencji społecznej dzieci w szkole podstawowej i korygowanie zaburzeń ich rozwoju w tym zakresie, zwłaszcza w grupie dzieci odrzucanych i przeciętnie akceptowanych przez rówieśników.

Bibliografia

- Argyle M. (1994), *Nowe ustalenia w treningu umiejętności społecznych*, [w:] W. Domachowski, M. Argyle, *Reguły życia społecznego. Oksfordzka psychologia społeczna*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Begin G. (1986) *Status sociométriques et perception des pairs à la maternelle*, „Enfance”, nr 4, 431-444.
- Brzezińska A. (2004), *Socjometria*, [w:] *Metody badań psychologicznych. Wybór tekstów*, (red.) J. Brzeziński, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Coie J.D., Watt N.F., Hawkins J.D., Asarnow J.R., Markman H.J., Ramey S.L., Shure M.B., Long B. (1996), *Profilaktyka: teoria i badania. Ramy teoretyczne i wybrane wytyczne narodowego programu badawczego*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, 15-37.
- Czabała Cz. (red.) (2000), *Zdrowie psychiczne, zagrożenia i promocja*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Czerepaniak-Walczak M. (1994), *Między dostosowaniem a zmianą. Elementy emancypacyjnej teorii edukacji*, Wyd. Nauk. US, Szczecin.
- Ekiert-Grabowska D. (1982), *Dzieci nieakceptowane w klasie szkolnej*, WSiP, Warszawa.
- Grochulska J. (1992), *Wspomaganie rozwoju społecznego dziecka*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wyd. Polskiej Akademii Nauk, Wrocław-Warszawa-Kraków.
- Deptuła M. (1996), *Koncepcja diagnozy rozwoju społecznego dzieci w klasach I-IV*, Wyd. WSP, Bydgoszcz.

- Deptuła M. (2000), *Diagnozowanie i wspomaganie rozwoju kompetencji społecznej dzieci jako działania profilaktyczne*, [w:] *Psychopatologia i psychoprofilaktyka. Przejawy narkomanii, alkoholizmu, przemocy, zaburzeń psychicznych w rodzinie i w szkole oraz możliwości przeciwdziałania im*, (red.) A. Margasiński, B. Zajęcka, Impuls, Kraków.
- Gagnon C. (1988), *Compétence sociale et difficultés d'adaptation aux pairs*, [w:] *Relations entre enfants. Recherches et interventions éducatives*, (red.) P. Durning, R.E. Tremblay, Éditions fleurs, Paris, 117-149.
- Kzdzin A.E. (1996), *Zdrowie psychiczne młodzieży w okresie dorastania*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, 39-72.
- Janosz M., LaFrenière (1991), *Affectivité, amitié et compétence sociale chez des garçons d'âge préscolaire en situation de ressource limitée*, „Enfance”, nr 1 2, 59-81.
- John M. (1987), *Orientacja w sytuacjach społecznych dzieci w różnym stopniu akceptowanych przez grupę*, [w:] *Orientacja dzieci i młodzieży w sytuacjach społecznych*, (red.) M. John, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wyd. PAN, Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź.
- Junik W. (2004), *Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w świetlicach terapeutycznych*, Maszynopis rozprawy doktorskiej napisanej pod kierunkiem prof. AB dr. hab. Marii Deptuły, Bydgoszcz.
- McWhirter J.J., McWhirter B.T, McWhirter A.M, Hawley McWhirter E. (2001), *Zagrożona młodzież*, PARPA, Warszawa.
- Ostaszewski K. (2005), *Podstawy teoretyczne profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*, [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, (red.) M. Deptuła, Wyd. UKW, Bydgoszcz, 111-137.
- Sęk H. (1985), *Podstawy psychoprofilaktyki*, „Przegląd Psychologiczny”, nr 1, 83-99.
- Wills T., Vaccaro D., McNamara G. (1992), *The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: A test of vulnerability and protective factors*, „American Journal of Community Psychology”, t. XX, nr 3, 349-374.

Chances of development of social competences in a school class

Summary. Social competences of an individual are an important defensive factor, promoting the process of children's and youth's positive adaptation to situations involving higher risk. At the same time insufficiently developed social abilities often result in lack of acceptance in a group of peers, which lead to rejection or isolation (disrespect).

Child's rejection in early school years is a constant occurrence (such child is usually being rejected in every group in enters) and indicates future psychosocial difficulties during adolescences and adult life, such as quitting school, antisocial behaviour, psychopathology, usage of psychoactive substances. The isolated students, ignored by their peers often show syndromes of depression, high level of social fear and are in danger of various behavioural malfunctions. In these two categories the percentage of slow students is significant.

The object of my interest are the changes observed in a target group of 366 pupils of 3rd and 4th grade of elementary school, concerning their popularity in a group during a 26 month school attendance period. As for popularity rate, I also analyse the changes in ascribing children of the same category certain features if behaviour by their peers.

The results of these studies make it possible to evaluate the chances of a child social competence development in reformed school.

MARTA KLESIŃSKA

Samoocena uczniów klas IV-VI¹

Teoretyczne przesłanki diagnozy

Samoocena jako „zespół sądów i opinii, które jednostka odnosi do własnej osoby” (Kulas, 1986, s. 31), stanowi wartościujący element obrazu samego siebie. Sądy te mogą dotyczyć fizycznych (np. wygląd, zdrowie), psychicznych (np. dojrzałość emocjonalna, motywacje) i społecznych (np. stosunki z innymi ludźmi, pozycja w otoczeniu) cech jednostki (Kozielecki, 1986, s. 77; Kulas, 1986, s. 31).

Zdolność do samooceny, obok nabywania sprawności szkolnych, zabawy zespołowej i kooperacji społecznej, jest jednym z zadań rozwojowych wieku szkolnego (8-12 lat) (Brzezińska, 2004, s. 25). Dziecko w tym okresie na podstawie doświadczanych sukcesów i niepowodzeń, jak również pod wpływem opinii osób znaczących dla niego, tworzy stosunek do samego siebie. Podstawą ukształtowania odpowiednio wysokiego poziomu samooceny dziecka jest poczucie bycia kompetentnym. Dziecko przekonane o własnej skuteczności, osiągające sukces w trakcie świadomie podejmowanych przez siebie działań, otrzymujące pochwały i pozytywne oceny ze strony otoczenia społecznego formułuje wysoką, realistyczną samoocenę, która umożliwi efektywne pokonywanie kolejnych kryzysów rozwojowych (Appelt, Jabłoński, 2004, s. 82, 88).

¹ Tekst powstał na podstawie pracy magisterskiej pt. „Samoocena jako czynnik chroniący przed używaniem substancji psychoaktywnych przez uczniów klas IV-VI szkoły podstawowej”, napisanej przeze mnie pod kierunkiem dr hab. Marii Deptuły, prof. UKW w 2006 roku.

Według licznych autorów samoocena, w zależności od ukształtowania, jest istotnym indywidualnym czynnikiem chroniącym lub czynnikiem ryzyka (m.in. Cekiera, 1993, s. 18-19; Coie i in., 1996, s. 33; McWhirter, 2001, s. 145-148). Dlatego uznano, że diagnozowanie samooceny dzieci w wieku szkolnym jest ważnym zadaniem pedagoga. Przyjęto, że na prawidłowo ukształtowaną samoocenę składa się jej umiarkowanie wysoki poziom (ponadprzeciętna zbieżność „ja realnego” z „ja idealnym”) oraz jej adekwatność (zgodność, trafność oceny samego siebie z rzeczywistymi możliwościami i właściwościami jednostki).

Ze względu na poziom można wyróżnić samoocenę niską, umiarkowaną lub wysoką. W zależności od tego, jak jednostka ocenia samą siebie, zróżnicowane jest jej funkcjonowanie. Osoby o niskiej samoocenie charakteryzuje negatywna postawa w stosunku do siebie, poczucie beznadziejności i nieszczęścia. Nie wierzą one we własne siły, są nadwrażliwe na krytykę. W stosunku do innych osób utrzymują dystans, unikają lub wycofują się z kontaktów społecznych, w wyniku czego ich pozycja w grupie jest na ogół niska. Symptomami bardzo wysokiej samooceny są najczęściej frustracje, nadmierna samokontrola, rezygnacja z podjętych działań i przerzucanie odpowiedzialności za niepowodzenia na innych. To wszystko wywołuje konflikty z otoczeniem. Zarozumiałość sprawia, że osoby takie, podobnie jak jednostki z niską samooceną, nie są popularne i darzone sympatią. Najlepiej funkcjonują te osoby, które mają umiarkowanie wysoki poziom samooceny. Świadczy o tym akceptowanie siebie takim, jakim się jest, wiara we własne siły, umiejętność traktowania siebie jako osoby wartościowej. Natomiast życzliwość i zaufanie do innych sprawiają, że jednostki takie potrafią nawiązywać i utrzymywać poprawne i zrównoważone stosunki z otoczeniem (Kulas, 1986, s. 79-80).

Stopień zgodności oceny siebie z faktycznymi możliwościami jednostki pozwala wyróżnić samoocenę adekwatną lub nieadekwatną. Jeśli osoby realnie oceniają swoje możliwości i posiadają umiejętność podejmowania takich zadań, które odpowiadają ich kompetencjom, wówczas cechuje je samoocena adekwatna. Trafność oceny własnej osoby przyczynia się do prawidłowego przystosowania się jednostki do otoczenia, warunkuje jej odporność emocjonalną. Natomiast niedocenywanie posiadanych przez siebie wiadomości i umiejętności (samoocena zaniżona) lub stałe stawianie przed sobą celów, których nie jest się w stanie osiągnąć, przecenianie swoich możliwości (samoocena zawyżona), świadczy o samoocenie nieadekwatnej. Osoby z zaniżoną samo-

oceną podejmują zadania, które wymagają znacznie mniejszych umiejętności niż w rzeczywistości posiadają. Podejmując się trudniejszych zadań, nie wierzą w sukces. Są bierne społecznie, szybko się zniechęcają. Z kolei samoocena zawyżona cechuje osoby, które ciągle usiłują rozwiązać zadania powyżej ich możliwości. Nie osiągając celu, często doświadczają frustracji, a odpowiedzialność za porażkę przerzucają na innych lub na cechy zadania. W otoczeniu takie jednostki uważane są za zarozumiałe i zbyt pewne siebie (Kulas, 1986, s. 39-42; Niebrzydowski, 1989, s. 27-29, 37).

Takie właśnie założenia teoretyczne stały się podstawą do próby zdiagnozowania samooceny uczniów klas IV-VI.

Metoda i próba badawcza

Poziom oraz stopień adekwatności samooceny badano na dwóch wymiarach „ja”: intelektualnym i społecznym, gdyż wydają się one szczególnie ważne u dzieci w wieku szkolnym.

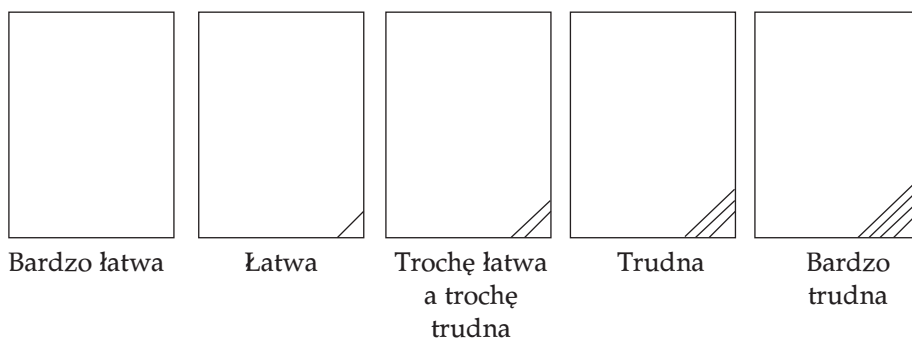
Poziom samooceny uczniów badano, wykorzystując *Skalę do pomiaru samooceny dzieci i młodzieży „DRABINKA”* (wersja dla dzieci starszych), autorstwa Krystyna Doroszewicz i Ewy Stanisławiak oraz technikę do badania samooceny zdolności umysłowych *„Łamigłówka”* autorstwa Marii Deptuły.

„Drabinka” zawiera 14 pozycji, z których każda odpowiada określonej sferze „ja”:

- „ja” fizyczne – pozycje: 4 i 5,
- „ja” moralno-etyczne – pozycje: 3, 9 i 10,
- „ja” intelektualne – pozycje: 1, 6 i 12,
- „ja” społeczne – pozycje: 2 i 7,
- „ja” mój charakter – pozycje: 8 i 14,
- „ja” moja sytuacja życiowa – pozycje: 11 i 13.

Do każdego pytania dołączona jest siedmiostopniowa skala, na której oceniali się badani. Cyfra 1 oznacza najniższy stopień natężenia cechy lub jej zdecydowany brak, natomiast cyfra 7 – najwyższy stopień natężenia cechy (Doroszewicz, Stanisławiak, 2002, s. 100).

W przypadku *„Łamigłówki”* dzieci składają zamówienia na układanki o różnym stopniu trudności, które następnie układają. Wybór jednej z pięciu łamigłówek staje się podstawą do określenia poziomu samooceny (Deptuła, 1996, s. 91).



Rycina 1. Wzory zamówień na łąmigłównki

Badaniami zostało objętych 67 uczniów ze Szkoły Podstawowej nr 16 im. M. Turwida w Bydgoszczy, w tym 21 z klasy IV (10 dziewczynek i 11 chłopców) oraz po 23 z klasy V (9 dziewczynek i 14 chłopców) i VI (10 dziewczynek i 13 chłopców).

Wyniki

Poziom samooceny

Kategorie poziomu samooceny (niski, umiarkowany, wysoki) określono osobno dla „ja” intelektualnego i „ja” społecznego.

Poziom samooceny na wymiarze intelektualnym określono na podstawie oceny siebie i swoich cech na siedmiostopniowej skali „Drabinki” (pytanie 1, 6 i 12) oraz na podstawie oceny własnych szans na rozwiązanie wybranej przez siebie łąmigłównki. Łącznie każde dziecko mogło uzyskać od 0 do 10 punktów (0 – 6 za „Drabinkę” – wartość średnia z odpowiedzi na 3 pytania oraz 0 – 4 za zamówioną łąmigłównkę), gdzie 0 oznacza najniższy, a 10 najwyższy poziom samooceny.

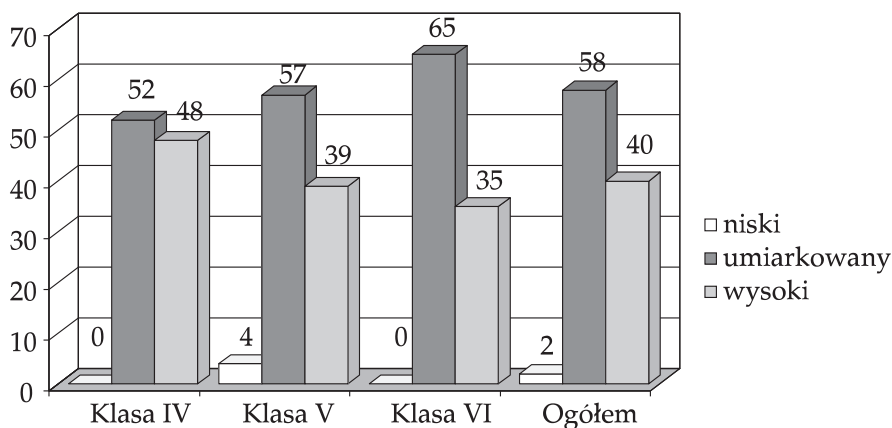
Poziom samooceny w sferze „ja” społeczne określono na podstawie oceny siebie przez badanych na siedmiostopniowej skali „Drabinki” (pytanie 2 i 7). Łącznie w tym przypadku można było uzyskać od 0 do 12 punktów (suma punktów uzyskanych w 2 pytaniach), gdzie 0 oznacza najniższy, a 12 najwyższy poziom samooceny na tym wymiarze.

Kategorie poziomu samooceny na dwóch wymiarach „ja” wyznaczono, dzieląc skale punktowe na trzy przedziały.

Tabela 1. Poziom samooceny – kryteria i kategorie zmiennej

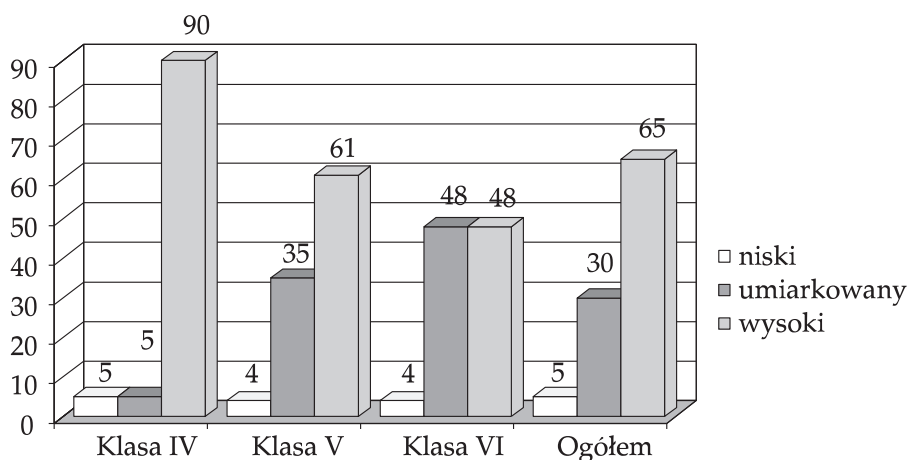
Wymiar „ja”	Kategorie poziomu samooceny		
	niski	umiarkowany	wysoki
intelektualne	0 – 2	3 – 7	8 – 10
społeczne	0 – 3	4 – 8	9 – 12

Poniższe ryciny przedstawiają wyniki procentowe w poszczególnych kategoriach poziomu samooceny na dwóch badanych wymiarach „ja” ze zróżnicowaniem ze względu na wiek badanych.



Rycina 2. Odsetek uczniów klas IV – VI w poszczególnych kategoriach poziomu samooceny na wymiarze intelektualnym

Niemal wszyscy uczniowie ocenili się umiarkowanie lub wysoko na obu badanych wymiarach „ja”. Porównując poziom samooceny na dwóch wymiarach, można zauważyć, że samoocena zdolności umysłowych jest niższa, bowiem przeważa tu odsetek dzieci oceniających się umiarkowanie. Natomiast w sferze „ja” społecznego 2/3 badanych to osoby z wysoką samooceną. Należy także zwrócić uwagę na fakt, iż z wiekiem wzrasta odsetek uczniów oceniających się umiarkowanie, a maleje odsetek uczniów z wysoką samooceną.



Rycina 3. Odsetek uczniów klas IV–VI w poszczególnych kategoriach poziomu samooceny na wymiarze społecznym

Idąc za przykładem K. Doroszewicz i E. Stanisławiak, obliczono średnie arytmetyczne dla wszystkich pozycji skali „Drabinki” łącznie i dla interesujących autorkę samoocen częściowych osobno. Średnia dla wszystkich pozycji wyniosła $\bar{x} = 5,42$, natomiast dla samoocen częściowych: $\bar{x} = 5,28$ („ja” intelektualne) i $\bar{x} = 5,64$ („ja” społeczne), co potwierdziło wcześniejsze spostrzeżenia dotyczące rycin zamieszczonych powyżej. Rozkład wartości średnich dla wszystkich badanych dzieci jest rozkładem lewoskośnym, co oznacza, że większość wyników znajduje się powyżej średniej po prawej stronie. Te wyniki są zbliżone do wyników autorek, które opracowały skalę „Drabinki”. Ich zdaniem wysokie średnie to „przejaw ogólnej tendencji do oceniania siebie nieco lepiej niż średnio” (Doroszewicz, Stanisławiak, 2002, s. 101). Również zamówienia na łamigłówek wskazują, że większość dzieci ocenia się wysoko. Najłatwiejszą łamigłóvkę wybrało tylko pięciu uczniów, średnią – dwudziestu czterech, a najtrudniejszą – dwudziestu dwóch.

Stopień adekwatności samooceny

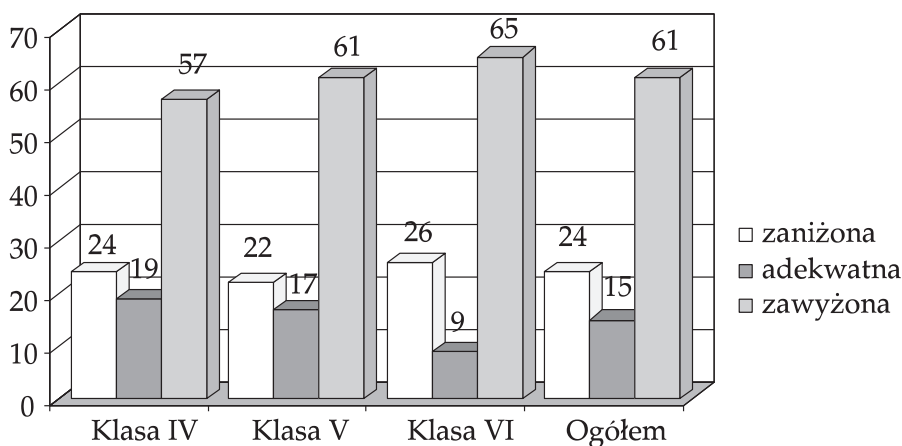
Kategorie stopnia adekwatności samooceny (zanizowana, adekwatna, zawyżona) również określono osobno dla wymiaru intelektualnego i społecznego.

W przypadku samooceny na wymiarze intelektualnym adekwatność ustalono porównując ze sobą łamigłówki zamówione przez uczniów z tymi, które w rzeczywistości wykonali. Jeśli dziecko ułożyło taką układankę, którą wybrało sobie wcześniej, oznacza to, że na tym wymiarze jego samoocena jest adekwatna. Jeśli natomiast uczeń ułożył inną łamigłówkę niż ta zamówiona, oznacza to, że ma nieadekwatną samoocenę (zaniżoną lub zawyżoną).

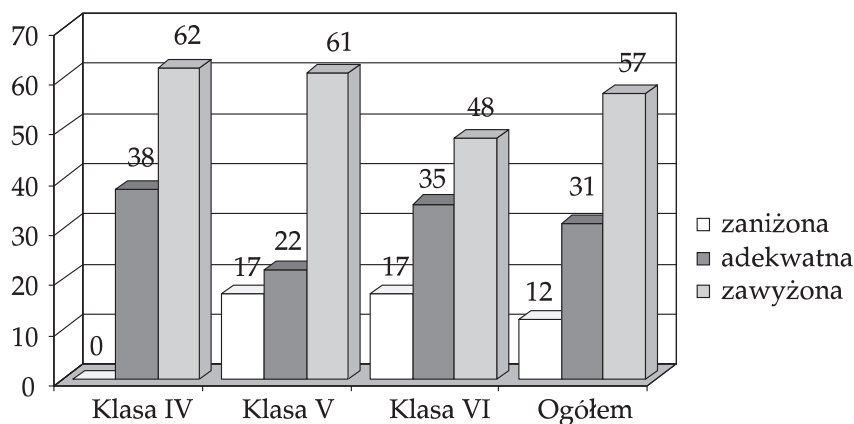
Adekwatność samooceny w sferze „ja” społeczne określono na podstawie porównania punktów uzyskanych z dwóch pytań „Drabinki” z wynikami testu socjometrycznego, czyli pozycją na Socjometrycznej Skali Akceptacji. W związku z tym, że z „Drabinki” można było uzyskać od 0 do 12 punktów, skalę tę podzielono na pięć przedziałów, tak by każdy przedział odpowiadał jednej z pięciu pozycji na SAs (odrzućenie, izolacja, polaryzacja akceptacji, przeciętna akceptacja, akceptacja):

- 0-1 – odrzućenie,
- 2-4 – izolacja,
- 5-7 – polaryzacja akceptacji,
- 8-10 – przeciętna akceptacja,
- 11-12 – akceptacja.

Samoocena na tym wymiarze jest adekwatna, jeśli uzyskane przez dzieci punkty mieściły się w przedziałach odpowiadających poszczególnym pozycjom na SAs. Każdy inny przypadek oznacza samoocenę zaniżoną lub zawyżoną.



Rycina 4. Odsetek uczniów klas IV–VI w poszczególnych kategoriach stopnia adekwatności samooceny na wymiarze intelektualnym



Rycina 5. Odsetek uczniów klas IV–VI w poszczególnych kategoriach stopnia adekwatności samooceny na wymiarze społecznym

Porównując stopień adekwatności samooceny na dwóch badanych przeze mnie wymiarach, można zauważyć, że dwukrotnie więcej dzieci ma bardziej adekwatną samoocenę w sferze „ja” społeczne. Jest to także sfera „ja”, w której dwukrotnie mniej uczniów ma samoocenę zaniżoną. W przedziale samooceny zawyżonej na interesujących mnie wymiarach znajduje się zbliżony odsetek uczniów.

Wysoki odsetek badanych przeze mnie dzieci z zawyżoną samooceną można tłumaczyć tym, że samowiedza człowieka, zgodnie z myśleniem potocznym jest zdeformowana, gdyż jednostka częściej przecenia swoje osiągnięcia, a nie docenia swoich wad i niepowodzeń, tworząc w ten sposób pozytywny obraz własnej osoby. Te deformacje są wynikiem raczej świadomego działania niż braku kompetencji, ponieważ człowiek umie formułować prawdziwe, rzeczywiste samooceny, ale nie dąży do tego. Dodatni obraz siebie samego stanowi bowiem obronę przed światem zewnętrznym i wewnętrzną pustką (Szczepański, 1978, cyt. za Koziński, 1986, s. 156-157).

Józef Koziński przytacza badania R. M. Brandta (1958), który poprosił uczniów klasy VI o dokonanie przypuszczeń na temat wyniku mającego się odbyć testu arytmetycznego, testu wymowy i bogactwa słownictwa, które to przewidywania porównał z rzeczywistym poziomem rozwiązania tych testów. Na podstawie wyników badań Brandt wyróżnił trzy kategorie uczniów, mających samooceny adekwatne, za-

niżone i zawyżone. Liczba dzieci oceniających się trafnie wyniosła nieco ponad 40%, a nie jak powinno być około 50% (ludzie dorośli). Z uwagi na to, że dzieci biorące udział w badaniu były w początkowej fazie okresu dorastania, formułowały mniej adekwatne sądy o sobie (to mogłoby tłumaczyć także niski odsetek uczniów z samooceną adekwatną w moich badaniach). R. M. Brandt zauważył także, że liczba osób w poszczególnych kategoriach zmiennej zależy od treści samoocen. Uczniowie bardziej nieadekwatnie oceniali swoje centralne cechy osobowości, w tym inteligencję, atrakcyjność i prawdomówność niż umiejętności w rozwiązywaniu zadań praktycznych. Ich samoocena była znacznie zawyżona, co wiązało się z próbą unikania prawdziwych informacji o własnej osobie (Kozielecki, 1986, s. 176-178).

Badania T. Grzegorzcyka (1978) wskazują na to, że adekwatność samowiedzy nie jest trwałą właściwością człowieka. Badał on trafność samooceny w zakresie atrakcyjności interpersonalnej, przewidywania oceny z pracy klasowej oraz preferencji ryzyka. Okazało się, że nie ma znaczącej korelacji między tymi samoocenami. Uczeń, który trafnie określił swoją pozycję i popularność w grupie, nierealistycznie ocenił swoje preferencje dotyczące ryzykownych decyzji (Kozielecki, 1986, s. 179).

Wyniki badań T. Grzegorzcyka, jak również R. M. Brandta, są zbieżne z wynikami badań autorki, w których stopień adekwatności samooceny w poszczególnych kategoriach na dwóch wymiarach „ja” różni się znacząco, zwłaszcza w zakresie samooceny adekwatnej i zaniżonej.

J. Kozielecki zwraca także uwagę na to, że nie ma jednorodnych poglądów co do tego, czy wiek różnicuje stopień adekwatności samooceny, czy też są to zmienne niezależne.

Z przytoczonych przez autora badań, w których brali udział uczniowie klas V-VII, wynika, że trafność samoocen zależy od wieku (zależność nieliniowa). Najmniej adekwatne samooceny mają uczniowie klasy VI, natomiast najbardziej adekwatne – uczniowie klasy V i VII. Uczniowie młodszych klas I-V formułują samooceny echoidalne, będące powtórzeniem opinii dorosłych, dlatego też są one bardziej trafne. Począwszy od klasy VI oceny siebie opierane są coraz bardziej na własnych przemyśleniach. Z uwagi jednak na to, że umiejętność autorefleksji zaczyna się dopiero rozwijać, trafność samoocen 12-latków jest niska, wzrastając stopniowo od 13 roku życia (Kozielecki, 1986, s. 252-253 za: L. I. Biżowicz). Do podobnych wniosków doszedł Leon Niebrzydowski, który zauważył, że „procent badanych adekwatnie oceniają-

cych swoje możliwości w okresie wczesnego dorastania (13-15 r. ż.) wzrasta z każdym rokiem” (1989, s. 27).

Wyniki tych badań zbliżone są do wyników autorki, w których stopień adekwatności samooceny jest wyższy w klasach IV-V, niższy natomiast w klasie VI (zwłaszcza na wymiarze intelektualnym).

Z drugiej strony J. Koziński wymienia także wiele czynników, które, jego zdaniem, należą do zbioru najważniejszych czynników decydujących o trafności obrazu własnej osoby. Są to m. in. zjawisko faworyzacji subiektywnej (ocenie siebie wyżej od innych), ucieczka przed samopoznaniem lub brak odpowiednich kompetencji. Wydaje się jednak, że najważniejsza jest treść i waga samoocen, osobiste doświadczenia jednostki i jej prawidłowa lub zaburzona osobowość. To wszystko jest niezależne od wieku, przez co jego rola jest ograniczona (1986, s. 254-256).

Wnioski

Podsumowując wyniki badań, należy zastanowić się, jak ocenić poziom i adekwatność samooceny uczniów klas IV-VI, czy ukształtowana przez nich ocena siebie jest prawidłowa. Jest to bardzo ważne, gdyż pozytywna, realistyczna samoocena jest jednym z ważniejszych czynników, które determinują funkcjonowanie jednostki. Od niej zależy zachowanie człowieka, pomyślne przystosowanie do otoczenia, stosunek do nowych zadań, a także formułowanie planów na przyszłość.

Biorąc pod uwagę wyniki „Drabinki” (pytania odnośnie sfery „ja” intelektualnego) i „Łamigłówki” (zamówienia na układanki), można stwierdzić, że większość uczestniczących w badaniach dzieci charakteryzuje się umiarkowanym poziomem samooceny, bowiem stanowią one 58% ogólnej liczby badanych. Dzieci te cechuje nieznaczna rozbieżność między „ja” realnym i „ja” idealnym, dzięki czemu zdają sobie sprawę ze swoich możliwości, realnie je oceniając, ale jednocześnie są świadome swoich braków. Henryk Kulas uważa, że takie jednostki uznają siebie takimi, jakimi są w rzeczywistości, nie muszą zaprzeczać temu, kim są, ani udawać tego, kim nie są (1986, s. 76-77). Znacznie mniej dzieci ocenia siebie umiarkowanie pod względem „ja” społecznego (30%). Na tym wymiarze przeważa odsetek uczniów z wysoką samooceną, którzy nie utrzymują tak życzliwych stosunków z rówieśnikami i nie są tak lubiani, jak osoby o umiarkowanej samoocenie.

Co się tyczy stopnia adekwatności samooceny, sprawdzonego na podstawie „Łamigłówki” i testu socjometrycznego, to na wymiarze intelektualnym trafnie ocenia się blisko 15% dzieci i ponad 30% na wymiarze społecznym. Kierując się wynikami badań przytoczonych przez J. Kozielleckiego, zgodnie z którymi dzieci młodsze mają bardziej trafną samoocenę, a w wieku 12 lat ta adekwatność spada, można uznać, że skoki w stopniu adekwatności samooceny są zjawiskiem normalnym. Jeśli natomiast weźmiemy pod uwagę inne czynniki wymienione przez autora, które według niego znacznie bardziej wpływają na trafność samooceny niż wiek, to przewaga samooceny nieadekwatnej (ponad 85% na wymiarze intelektualnym i blisko 70% na wymiarze społecznym) może świadczyć o nieprawidłowym ukształtowaniu samooceny. Jednostki oceniające siebie nietrafnie nie doceniają siebie i swoich możliwości, albo przeciwnie, przypisują sobie wyższe umiejętności i zdolności niż w rzeczywistości posiadają. Nie są także popularne w swoim otoczeniu.

Z przeprowadzonej przeze mnie analizy indywidualnych wyników poszczególnych uczniów wynika, że tylko 12% dzieci na wymiarze intelektualnym i 9% dzieci na wymiarze społecznym ma prawidłowo ukształtowaną samoocenę (adekwatna umiarkowana ocena siebie). Wysoko i adekwatnie ocenia siebie 7,5% badanych odnośnie „ja” intelektualnego i 22% w przypadku „ja” społecznego. 3% dzieci ma niską i trafną samoocenę na wymiarze społecznym. Na obu badanych wymiarach przeważają uczniowie, którzy oceniają się bardzo wysoko i jednocześnie nietrafnie – w sposób zawyżony („ja” intelektualne – 33% i „ja” społeczne – 45%). Bardzo niską i równocześnie zaniżoną samoocenę ma po jednym dziecku w dwóch sferach „ja”.

Samoocena dzieci i młodzieży nie jest stała. Jej poziom i adekwatność kształtuje się i zmienia pod wpływem obserwacji wyników własnych działań (sukcesy, niepowodzenia) i opinii osób znaczących. Główną rolę w tym procesie mają do odegrania dorośli. Mogą oni wpływać na samoocenę dzieci, znajdując takie płaszczyzny działania, w których mogą one odnieść sukces i przez to formułować wysoką samoocenę. Pochwały i nagany kierowane pod adresem dziecka również prowadzą do tego, że utrwała ono pozytywny lub negatywny obraz własnej osoby. Dlatego tak ważne jest konsekwentne postępowanie rodziców, dostrzeganie przez nich wad i zalet dziecka, z naciskiem na te ostatnie. Również wychowawcy powinni zwracać większą uwagę na realizację w szkolnych programach profilaktycznych zadania rozwojowego,

jakim jest zdolność do samooceny i poprzez to dążyć do jej prawidłowego ukształtowania. Można bowiem przypuszczać, że nierealistyczna i niska (lub bardzo wysoka) samoocena może być znaczącym czynnikiem ryzyka, zagrażającym prawidłowemu rozwojowi i funkcjonowaniu społecznemu dzieci.

Bibliografia

- Appelt K., Jabłoński S. (2004), *Osiągnięcia i zagrożenia dla rozwoju dziecka w wieku szkolnym*, [w:] *Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy*, (red.) A. Brzezińska, E. Hornowska, Scholar, Warszawa.
- Brzezińska A. (2004), *Co wiemy o tym jak rozwija się człowiek w ciągu życia?*, [w:] *Dzieci i młodzież wobec agresji i przemocy*, (red.) A. Brzezińska, E. Hornowska, Scholar, Warszawa.
- Cekiera Cz. (1993), *Psychoprofilaktyka uzależnień oraz terapia i resocjalizacja osób uzależnionych. Metody – programy – modele – ośrodki – zakłady – wspólnoty*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin.
- Coie J.D., Watt N.F., West S.G., Hawkins J.D., Asarnow J.R., Markman H.J., Ramey S.R., Shure M.B., Long B. (1996), *Profilaktyka: teoria i badania. Ramy teoretyczne i wybrane wytyczne narodowego programu badawczego*, „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, 15–37.
- Deptuła M. (1996), *Koncepcja diagnozy rozwoju społecznego dzieci w klasach I–IV*, Wyd. WSP, Bydgoszcz.
- Doroszewicz K., Stanisławiak E. (2002), *Skala do pomiaru samooceny dzieci i młodzieży „DRABINKA”*, [w:] *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej dziecka*, (red.) J. Rola, M. Zalewska, Wyd. APS im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Kozielecki J. (1986), *Psychologiczna teoria samowiedzy*, PWN, Warszawa.
- Kulas H. (1986), *Samooocena młodzieży*, WSiP, Warszawa.
- McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H. (2001), *Zagrożona młodzież. Ujęcie kompleksowe dla pracowników poradni, nauczycieli, psychologów i pracowników socjalnych*, tł. H. Grzegołowska-Klarkowska, A. Basaj, PARPA, Warszawa.
- Niebrzydowski L. (1989), *Psychologia wychowawcza: samoświadomość, aktywność, stosunki interpersonalne*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Szczepański J. (1978), *Sprawy ludzkie*, Czytelnik, Warszawa.

IV-VI grade pupils self-evaluation

Summary. The ability of self-evaluation is one of development tasks of the school age. In this period the child evaluates itself under the influence of its own experiences (success and failures), as well as basing on opinions of adults important for it.

The belief in self effectiveness, achieving success during consciously taken actions, receiving praises and positive evaluation from the social surroundings are the basis of formulating a realistic self-evaluation, which consists of it's moderately high level and adequacy – a proper evaluation of oneself, compatible with the individual's real possibilities. Such self-evaluation allows effective overcoming the development crisis in next stages of life.

Self-evaluation is one of the factors determinating the functioning of an individual. Human's behavior, successful adapting to the surroundings, attitude towards new challenges and making plans for the future rely on it. That is why diagnosing children's self-evaluation is so important, as its unrealistic and low (or very high) level could become a significant risk factor, threatening their proper development and social functioning.

KRZYSZTOF BOBROWSKI

Zajęcia dla hobbystów – badanie odroczonego efektów programów profilaktycznych

Niniejsza praca podsumowuje wyniki longitudinalnych badań ewaluacyjnych oddziaływań profilaktycznych, rozpoczętych w 2003 roku i wspieranych przez PARPA. Głównym celem badań była ocena odroczonego efektów dwuletniego programu wczesnej profilaktyki alkoholowej „Fantastyczne Drużyny”. Ten szkolno-środowiskowy program adresowany jest do 10-12-letnich uczniów, ich rodziców oraz najbliższego środowiska szkolnego i rówieśniczego. Stanowi adaptację pierwszych dwu części amerykańskiego programu „Project Northland” opracowanego przez zespół naukowców z University of Minnesota (Williams i in., 1995, 1996, 1998, 1999; Tomey i in., 1996). W pierwszym roku oddziaływań profilaktycznych, w klasach czwartych lub piątych, realizowany był Program Domowych Detektywów (w skrócie: PDD), a w kolejnym roku edukacji – program Fantastyczne Możliwości (FM).

Charakterystyczne cechy programu oddziaływań profilaktycznych, decydujące o jego specyfice na tle innych polskich programów profilaktycznych, wymieniono poniżej:

1. Obie części programu nie ograniczają się jedynie do zajęć w szkole, ale zawierają także część domową, dzięki której oddziaływania profilaktyczne przenoszone są na grunt relacji pomiędzy rodzicami (opiekunami) i ich dziećmi. Charakterystyczna jest przy tym forma włączania rodziców do pracy profilaktycznej – poprzez propozycje wykonywania wraz z dziećmi specjalnie przygotowanych zadań, zawarte w materiałach dostarczanych do domu rodzicom.
2. Charakter środowiskowy programu: udział w programie bierze jednocześnie znaczna część klas z określonej szkoły, pedagog szkolny,

dyrekcja, rodzice, czasem przedstawiciele lokalnego samorządu, a bardzo istotną rolę w prowadzeniu zajęć w klasie, oprócz wychowawcy, pełnią liderzy rówieśniczy.

3. Intensywność oddziaływań – prowadzenie programu w trakcie dwu kolejnych lat nauki szkolnej.
4. Dostosowanie programu do potrzeb odbiorców – komiksy, nagrania, w których bohaterami i narratorami są nastolatki, propozycje gier i zabaw – to formy wykorzystywane w programie w celu uatrakcyjnienia go dla młodzieży.

Warto zauważyć, że program wprowadzany jest do klas w szczególnym momencie życia młodych ludzi, poprzedzającym inicjację alkoholową i szybki wzrost doświadczeń związanych z piciem. Według badań HBSC z 2002 roku, średni wiek inicjacji alkoholowej (15-letnich uczniów) to ok. 12 lat (Woynarowska i in., 2005). Przykład picia piwa dobrze ilustruje zmiany w zakresie doświadczeń młodzieży. Wśród 11-latków zdecydowana większość (ok. 80%) nigdy nie piła piwa, ale wraz z wiekiem proporcje odwracają się – ponad 70% uczniów 15-letnich piło już piwo, a odsetek pijących piwo w każdym miesiącu sięga 20% (Woynarowska i in., 2002).

Problem trwałości efektów oddziaływań profilaktycznych jest aktualnie jednym z najważniejszych zagadnień w badaniach skuteczności programów profilaktycznych, a jego szczególnie znaczenie jest widoczne w obszarze profilaktyki alkoholowej (Foxcroft i in., 1996; Ostaszewski, 2001; Pentz i in., 1989). O takiej specyfice decyduje prawdopodobnie fakt większej społecznej aprobaty dla picia alkoholu niż dla palenia papierosów czy sięgania po narkotyki. Wśród różnych strategii zmierzających do pokonania ograniczeń w skuteczności oddziaływań profilaktycznych warto wymienić dwie: zwiększanie intensywności oddziaływań profilaktycznych, poprzez kontynuowanie zajęć profilaktycznych dla uczniów w kolejnym roku (a nawet w kolejnych kilku latach) nauki szkolnej oraz konstruowanie programów z maksymalnym wykorzystaniem wiedzy teoretycznej i doświadczeń w realizacji innych programów (Ostaszewski, 2001; Williams i in., 1999).

Metoda

W ostatnim, trzecim etapie projektu badawczego, w 2005 roku analizowane były efekty dwuletniego programu *Fantastyczne Drużyny* (PDD + FM), badane w około rok po zakończeniu całego programu.

Pytania badawcze dotyczące efektów programu były następujące:

1. Czy realizacja dwuletniego programu Fantastyczne Drużyny przynosi odroczone efekty w zakresie zmiennych behawioralnych, takich jak: częstość picia alkoholu przez uczniów, częstość upijania się lub opóźnienie inicjacji alkoholowej, częstość palenia papierosów?
2. Czy realizacja programu Fantastyczne Drużyny przynosi odroczone efekty w zakresie zmiennych pośredniczących, takich jak: intencja picia alkoholu w przyszłości, postawy proalkoholowe uczniów, umiejętność odmawiania w sytuacjach społecznych, presja rówieśnicza, zasady rodzinne i przekonania normatywne dotyczące alkoholu, wiedza o skutkach picia alkoholu, rozmowy z rodzicami na tematy związane z piciem alkoholu lub paleniem papierosów?
3. Czy efekty programu zależą od zmiennych, takich jak płeć, osiągnięcia szkolne uczniów czy spostrzegana przez uczniów częstość picia alkoholu przez rodziców?

Efekty oddziaływań profilaktycznych słabną z czasem, w związku z tym po roku od zakończenia programu można spodziewać się gorszych wyników, w porównaniu z uzyskanymi w poprzednich etapach badań. Przypomnijmy, że efekty mierzone tuż po zakończeniu programu obejmowały: opóźnienie inicjacji w upijaniu się oraz podejmowaniu picia alkoholu w towarzystwie rówieśników, ograniczenie proalkoholowych postaw, większą gotowość uczestników programu do przeciwstawiania się negatywnej presji rówieśniczej, a także wzrost wiedzy o negatywnych konsekwencjach picia alkoholu (Bobrowski i in., 2005). Jeśli po roku utrzymałyby się tego rodzaju efekty, można by twierdzić, że są one względnie trwałe i realizacja programu osiąga zakładane cele.

Narzędzia badawcze i procedura badań

Anonimowe audytoryjne badania ankietowe prowadzono w klasach szkolnych według standardowej procedury stosowanej w poprzednich etapach badań. Ankieterzy ponownie odwiedzali każdą ze szkół w związku z nieobecnością podczas poprzednich badań audytoryjnych części uczniów. W celu zapewnienia anonimowości badanym z jednej strony, a identyfikacji ankiet z kolejnych pomiarów z drugiej, stosowano specjalne numery identyfikacyjne, którymi oznaczano ankiety wręczone uczniom (dwucyfrowe liczby losowo przyporządkowane numerom kolejnym uczniów w dzienniku).

W ankiecie pomiar kilku zmiennych wynikowych oparty był na pojedynczych pytaniach ankietowych. Natomiast większość zmiennych

mierzona była przy użyciu skal, o sprawdzonych i dostatecznych właściwościach psychometrycznych, z których każda obejmowała grupę kilku, czasem kilkunastu pytań składowych (Bobrowski i in., 2005). Odpowiedziom na każde z pytań przypisano wartości liczbowe, a skale powstawały jako suma odpowiedzi na poszczególne pytania. Pomiar skuteczności programu oparty był na dwóch grupach zmiennych:

- 1) zmienne pośredniczące, które nawiązywały do treści i celów operacyjnych programu profilaktycznego: *intencja picia alkoholu, rozmowy z rodzicami* na tematy dotyczące picia alkoholu i używania innych substancji, *presja rówieśnicza, nieumiejętność odmowy, zasady rodzinne dotyczące picia alkoholu, postawa wobec picia, subiektywne normy, wiedza na temat konsekwencji picia alkoholu*;
- 2) zmienne behawioralne nawiązujące do głównych celów programu profilaktycznego, takich jak ograniczenie inicjacji w picie alkoholu czy ograniczenie częstości picia, opisujące deklarowane przez badanych zachowania w zakresie picia alkoholu:
 - częstość picia alkoholu – skala (0–12 punktów) będąca sumą odpowiedzi na pytania o częstość picia alkoholu: w życiu, w ostatnim roku, miesiącu i tygodniu;
 - inicjacja w picie alkoholu w ogóle, w towarzystwie rówieśników oraz w paleniu papierosów (pojedyncze pytania – „kiedy po raz pierwszy ... wypaliłeś papierosa?”);
 - pierwsze doświadczenia w upiciu się (pojedyncze pytanie – „Czy kiedykolwiek w życiu upiłeś się ...?”).

Pytanie o upijanie się włączono do ankiety dopiero w drugim etapie badań (intertest). Wcześniej nie było to uzasadnione z powodu bardzo małej skali rozpowszechnienia tego typu zachowań.

W przypadku skal składających się z wielu pytań składowych szczególnie dotkliwy jest problem braku danych. Następstwem braku odpowiedzi na którekolwiek z pytań jest brak danych w skali. Co więcej, w analizach wielu zmiennych taka sytuacja powoduje wykluczenie całej ankiety z obliczeń. W celu ograniczenia wykruszania się próby z powodu pojedynczych braków danych, w przypadku skal o największej liczbie pytań składowych (postawa proalkoholowa, subiektywne normy i zasady domowe), zastosowano specyficzną procedurę obliczania wskaźników. Na przykład dla 10-itemowej skali „zasady domowe” oznaczymy jako p liczbę pytań składowych, na które badany udzielił odpowiedzi, a jako M – sumę odpowiedzi na pytania składowe. Jeśli p było większe od założonej wartości krytycznej (w tym przypadku przyjęto $p > 6$), wskaźnik liczone według wzoru: $w = M/p$.

Analizy statystyczne

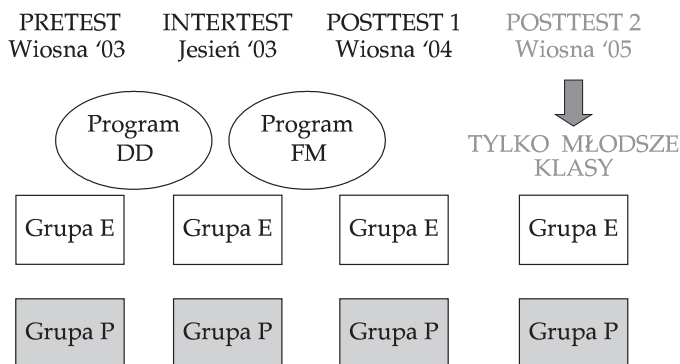
W przypadku grupy zmiennych pośredniczących oraz skali „częstość picia alkoholu”, stosowano wielowymiarową analizę wariancji MANOVA z powtarzanymi pomiarami. W kolejnych etapach analiz uwzględniano zmienne kontrolowane, a więc płeć, oceny w nauce oraz częstość picia alkoholu przez rodziców (ostatnie dwie zmienne dychotomizowano względem mediany).

W przypadku zmiennych dychotomicznych dotyczących inicjacji (w picu alkoholu, paleniu papierosów i upijaniu się) do oceny efektów programu wykorzystywano proste statystyki chi-kw. dla oceny zmian w odsetkach osób przekraczających określone „progi” inicjacji.

Schemat badawczy, badane grupy uczniów

Badania odroczonej efektywności dwuletniego programu Fantastyczne Drużyny prowadzone były na podstawie **quasi-eksperymentalnego** schematu badawczego. Na początku realizacji projektu badawczego 8 szkół losowo przyporządkowano do grupy eksperymentalnej lub porównawczej. Łącznie w grupie eksperymentalnej znalazło się 18 klas: dziesięć klas czwartych i osiem klas piątych, a w grupie porównawczej – 16 klas: po osiem klas czwartych i piątych.

Schemat badawczy



Rycina 1. Schemat badawczy – badania odroczonej efektywności programów profilaktyki alkoholowej: Programu Domowych Detektywów i jego kontynuacji – Fantastycznych Możliwości

W opisywanym tu, ostatnim etapie projektu (ryc. 1), badani byli jedynie uczniowie z klas młodszych (w czerwcu 2005 r. byli to uczniowie z klas szóstych, kończący edukację w szkole podstawowej, którzy na początku badań byli czwartoklasistami). Uczniowie będący w klasach piątych na początku projektu badawczego stali się w tym czasie gimnazjalistami.

Przewidywane duże koszty związane z docieraniem do tej grupy uczniów (duże rozproszenie, konieczność prowadzenia badań indywidualnych) zdecydowały o planowym ograniczeniu ostatniego etapu badań do młodszej grupy.

Ostatni etap badań ankietowych (tabela 1) objął ogółem 431 uczniów z 18 klas, 10 klas eksperymentalnych i 8 klas porównawczych. 21 osób było nieobecnych w trakcie badań, nie udało się ich także zbadać w czasie ponownej wizyty ankieterów w szkole (tzw. „doróbki”).

Tabela 1. Liczebności badanych grup – wskaźniki „wykruszania się” próby. Grupa E – eksperymentalna, grupa P – porównawcza

Grupa (całkowite liczebności grup objętych programem badawczym)	Podstawowe liczebności grup w obliczeniach statystycznych	Liczba osób wykruszających się z próby	
		Brak ankiety z pierwszego lub ostatniego pomiaru (nieobecni, „niesparowani”)	Wykluczeni z badań: (sprzeczności w odpowiedziach, liczne braki danych w ankiecie)
Eksperymentalna (E) (n=244)	202 (82,8%)	31 (12,7%)	11 (4,5%)
Porównawcza (P) (n=187)	170 (90,9%)	10 (6,3%)	7 (3,7%)
Razem (n=431)	372 (86,3%)	41 (9,5%)	18 (4,2%)

Biorąc pod uwagę dwa pomiary: pretest i posttest2 (czyli pierwszy i ostatni etap badań), 41 osób badanych (9,5%) wykruszyło się z badań z powodu braku danych w jednym z dwu pomiarów. Były to osoby nieobecne lub „niesparowane” – analiza kodu ankiety i danych, takich

jak płeć i data urodzenia, nie pozwalała prawidłowo zidentyfikować określonej osoby w obu pomiarach.

Drugi istotny powód wykruszania się próby to nierzetelne wypełnianie ankiet.

Wykluczono z tego powodu ankiety 18 osób (4,2%). O wykluczeniu decydowało:

- 1) udzielanie sprzecznych odpowiedzi na pytania o częstość picia alkoholu (bliższy opis dalej w tekście) i jednocześnie występowanie jeszcze innych sprzeczności w odpowiedziach tej samej osoby (rozbieżność w określeniu płci lub miesiąca czy roku urodzenia między pierwszym i ostatnim pomiarem);
- 2) sprzeczności w pytaniach o picie alkoholu oraz liczne braki danych w jednej z ośmiu głównych skal wynikowych;
- 3) liczne braki danych – zarówno w pytaniach o częstość picia alkoholu, jak i w co najmniej jednej z pozostałych skal.

W sumie z powodu nierzetelnego wypełnienia ankiet lub braku ankiet z pierwszego lub drugiego pomiaru, wykruszyło się z próby 59 osób (około 14% z grupy 431 badanych), a w tym 17 osób z grupy porównawczej i 42 – z eksperymentalnej. Podstawowe liczebności badanych grup, jakie pozostały w obliczeniach statystycznych, prezentuje tabela 1.

Sprzeczności w pytaniach o częstość picia alkoholu

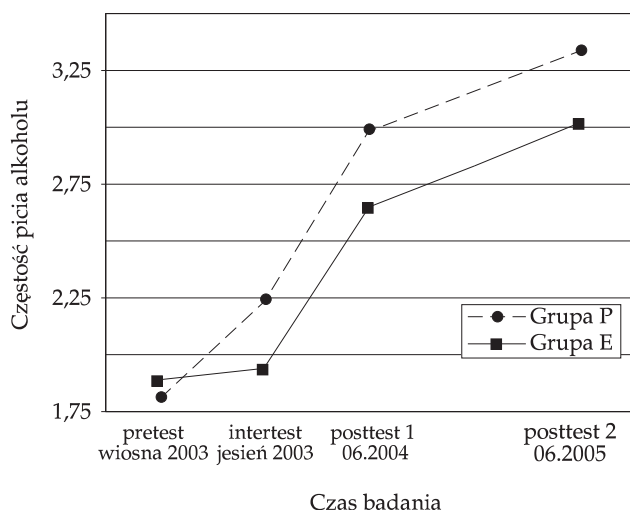
Odpowiadając na pytania o częstość picia alkoholu (w życiu, ostatnim roku, miesiącu i tygodniu), część badanych udzielała sprzecznych logicznie odpowiedzi. W pytaniach tych określono siedem wzorów sprzeczności. Jako przykłady można podać: picie alkoholu więcej razy w ostatnim miesiącu niż w ostatnim roku lub picie więcej razy w ostatnim roku niż w ogóle w życiu. Wystąpienie w ankiecie jednej z siedmiu sprzeczności powodowało wykluczenie odpowiedzi danej osoby z analiz dotyczących picia alkoholu. Dotyczyło to w sumie 35 osób (ok. 8% spośród 431), 19 z grupy eksperymentalnej i 16 z grupy porównawczej.

Wyniki

Efekty programu w zakresie zmiennych behawioralnych

Wyniki analizy wariancji z powtarzаныmi pomiarami nie potwierdziły wpływu dwuletniego programu profilaktycznego na częstość picia

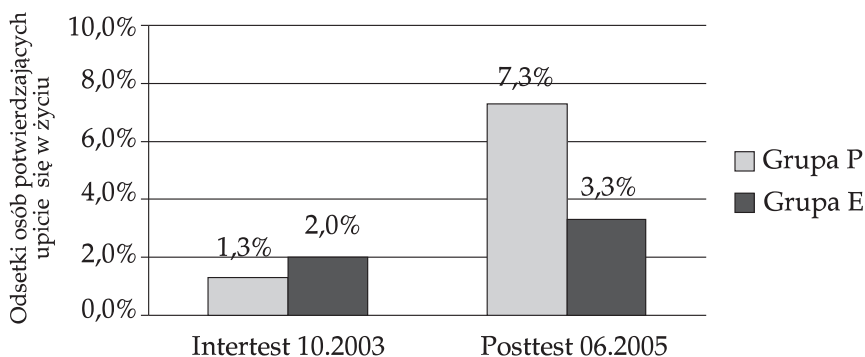
alkoholu przez uczniów. Utrzymała się korzystna tendencja obserwowana już w poprzednich etapach badań (Bobrowski, 2004; Bobrowski i in., 2005). Po realizacji Programu Domowych Detektywów (intertest) wzrost częstości picia w grupie eksperymentalnej był mniejszy niż w grupie porównawczej i różnice te pozostały niezmienione zarówno w momencie zakończenia drugiej części oddziaływań – Fantastycznych Możliwości (posttest 1), jak i rok później (posttest 2, rycina 2). Nie mamy tu jednak do czynienia z efektami istotnymi w sensie statystycznym.



Rycina 1. Zmiany w zakresie częstości picia alkoholu w grupach eksperymentalnej i porównawczej. Brak efektów istotnych statystycznie

Opóźnienie pierwszych doświadczeń w upijaniu się

Uczniowie pytani byli w ankiecie o doświadczenia w upijaniu się dopiero w drugim pomiarze, a więc przed realizacją drugiej części programu profilaktycznego – Fantastycznych Możliwości. Mniejsze „postępy” w doświadczeniu upicia się zaobserwowano w grupie eksperymentalnej (przyrost o 1,3% upijających się) niż w grupie porównawczej (przyrost o 6%, $\chi^2=4,62$; $p<0,05$). Analizując ten efekt, wyłączono z analizy osoby udzielające sprzecznych odpowiedzi na pytania o picie alkoholu, a także te osoby z grupy eksperymentalnej, które nie potwierdziły w ankiecie, że brały udział w programie profilaktycznym.



Rycina 2. Odroczone efekty PDD+FM – ograniczenie liczby uczniów, którzy upili się kiedykolwiek w życiu, $n = 302$; $\chi^2 = 4,62$; $p < 0,05$

Brak istotnych efektów w zakresie innych zmiennych behawioralnych

W trakcie realizacji dwuletniego programu profilaktycznego w grupie eksperymentalnej odsetek uczniów, którzy po raz pierwszy wypili alkohol w towarzystwie rówieśników, wzrósł o 15%. W tym samym czasie w grupie porównawczej przybyło więcej takich uczniów – 21%. Choć liczbowo różnice pomiędzy grupami kształtowały się na identycznym poziomie, jak w poprzednim etapie badań, tym jednak razem efekt ten okazał się nieistotny statystycznie.

Nie stwierdzono także jakichkolwiek istotnych efektów programu w zakresie palenia papierosów.

Efekty programu w zakresie zmiennych pośredniczących

Efekty w zakresie całej grupy zmiennych pośredniczących, zidentyfikowane tuż po zakończeniu realizacji całego programu, utrzymały się także rok później. Stwierdzono znaczący, pozytywny wpływ programu na zmienne pośredniczące analizowane łącznie.

(MANOVA, $F(S=1; M=3 N=155 \frac{1}{2}) = 3,64$; $p < 0,001$). Wyniki dotyczące poszczególnych zmiennych wskazywały analogicznie, jak w poprzednim etapie badań, że program miał znaczący i zgodny z oczekiwaniem wpływ nie tylko na postawy wobec picia alkoholu ($F=4,12$; $p < 0,05$) oraz na wiedzę uczniów na temat alkoholu ($F=18,82$; $p < 0,001$), ale także na przekonania uczniów o możliwości odmowy w sytuacjach presji rówieśniczej skłaniającej do picia alkoholu ($F=9,89$; $p < 0,01$).

Tabela 2. Wpływ programu na zmienne pośredniczące. Wyniki wielowymiarowej analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami (MANOVA), w której główny efekt to interakcja: „grupa x czas”. Grupa E – eksperymentalna, grupa P – porównawcza, „+” oznacza korzystny kierunek zmian w grupie eksperymentalnej względem grupy porównawczej

Skale (w nawiasach – zakresy wartości skal)	Czas badania	Wartości średnie	Wartości statystyki F(1, 320)	
		Grupa E n=336	Grupa P n=314	Efekt grupa x Czas
Intencja picia (0-12)	pretest	2,01	2,10	n.i.
	posttest	3,26	3,37	
Rozmowy z rodzicami (0-9)	pretest	3,93	4,32	n.i.
	posttest	3,09	3,42	
Presja rówieśnicza (0-18)	pretest	1,30	1,14	n.i.
	posttest	2,53	2,71	
Subiektywne normy (1-5)	pretest	1,44	1,48	n.i.
	posttest	1,76	1,86	
Postawa proalkoholowa (1-5)	pretest	2,19	2,08	4,12* +
	posttest	2,12	2,20	
Zasady domowe (1-4)	pretest	2,90	3,10	n.i.
	posttest	2,35	2,51	
Nieumiejętność odmowy (0-20)	pretest	1,69	1,13	9,89** +
	posttest	2,49	3,40	
Wiedza o skutkach picia alkoholu (0-12)	pretest	7,27	7,87	18,82*** +
	posttest	8,51	7,82	
Efekty dla ośmiu skal łącznie	S=1; M=3; N=155 1/2			3,64*** +

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001

Obraz uzyskanych wyników nie zmienił się w istotny sposób, gdy w kolejnych analizach kontrolowano takie zmienne, jak: płeć uczniów, ich wyniki w nauce, palenie papierosów przez rodziców i częstość picia przez nich alkoholu.

Podsumowanie wyników

Skuteczność programu Fantastyczne Drużyny okazała się trwała. Efekty, jakie stwierdzono tuż po zakończeniu realizacji programu (Bobrowski i in., 2005), zidentyfikowano także rok później, w ostatnim, opisywanym tu etapie badań. Formalnie rzecz biorąc, nie stwierdzono jednego efektu występującego wcześniej, a mianowicie nieistotny statystycznie był wpływ programu na inicjację w picie alkoholu w towarzystwie rówieśników. Utrzymały się natomiast efekty dotyczące inicjacji w upijaniu się oraz w zakresie wiedzy, postaw i przekonań o możliwości odpięcia presji rówieśników skłaniającej do picia alkoholu. Ocena uzyskanych wyników wymaga nieco szerszego omówienia.

W Polsce badania ewaluacyjne programów profilaktyki uzależnień prowadzone były rzadko (Bobrowski i in., 2004a; Junik, 2000). Opublikowano dotychczas wyniki badań skuteczności zaledwie kilku programów profilaktyki alkoholowej: „Próba sił”, „Dziękuję, nie”, „Drugi Elementarz”, „Noe”, „Drugi Elementarz + Noe”, „Program Domowych Detektywów” (Wolniewicz-Grzelak i in., 1988; Aranowska i in., 1993; Bobrowski, 1995; Grzelak, 1995; Bobrowski i in., 1997; Ostaszewski i in., 2000). Brak jest polskich prac badawczych i publikacji opisujących odroczone, średnio- lub długoterminowe efekty programów profilaktycznych. Z tej perspektywy wydaje się, że zaprezentowane wyniki mają dużą wartość. Wykazano bowiem nie tylko istnienie krótkoterminowego wpływu programu na uczniów, ale i trwałość tych efektów w dłuższej perspektywie czasowej.

Także zagraniczne doświadczenia wskazują, że istnieje niewielka liczba programów profilaktyki alkoholowej charakteryzujących się względnie trwałymi w czasie efektami. Naukowcy brytyjscy (Foxcroft i in., 1997) dokonali przeglądu około 500 prac badawczych z całego świata, poszukując wyników udokumentowanych w sposób poprawny od strony metodologicznej. W efekcie zidentyfikowali tylko jedną publikację mówiącą o efektach programu utrzymujących się ponad 3 lata od zakończenia programu (Botvin i in., 1990a, 1990b), pięć prac opisywało efekty odroczone od 1 roku do 3 lat, a 16 publikacji relacjonowało jedynie krótkotrwałe efekty programów (do jednego roku).

Pewną słabością wyników naszych badań, mając na uwadze surowe standardy badań ewaluacyjnych, jest brak udokumentowanych efektów w zakresie ograniczenia częstości picia. Co prawda standardy te mówią o efektach w zakresie „zmiennych behawioralnych”, a więc niekoniecznie musi to być częstość picia. Może to być ograniczenie upija-

nia się lub zmiana innych zachowań związanych z pićm alkoholu. Sukces jednak byłby pełniejszy, gdyby udokumentowano zarówno bezpośrednio, jak i odroczone efekty programu Fantastyczne Drużyny także w szerszym zakresie.

W trakcie poprzednich etapów projektu analizom skuteczności programu towarzyszyły badania jakości jego realizacji (Bobrowski, 2004; 2005). Warto przypomnieć, że wyżej odroczone efekty zidentyfikowano przy niepełnej realizacji programu, odbiegającej od zakładanych standardów w znaczącej części klas. Pierwsza część – Program Domowych Detektywów – zrealizowano pomyślnie w 2/3 klas, a Fantastyczne Możliwości w niespełna połowie klas. Część przyczyn takiego stanu rzeczy udało się zidentyfikować już w trakcie badań pierwszej części programu (Bobrowski, 2004). Były one następujące: bardzo napięty harmonogram realizacji programu w klasach, brak ciągłości w finansowaniu i wspieraniu działań profilaktycznych przez samorząd lokalny, dość niska wstępna motywacja części nauczycieli do realizacji działań profilaktycznych, zbyt małe wsparcie nauczycieli (według ich opinii) przez dyrekcje szkół. Bardzo prawdopodobna wydaje się teza, że program realizowany pomyślnie, zgodnie z podstawowymi standardami, może przynosić dużo większe i trwałe efekty profilaktyczne. Przemawiają za tą tezą wcześniejsze wyniki badań ewaluacyjnych, w których wykazano związek pomiędzy jakością realizacji Programu Domowych Detektywów a jego skutecznością (Okulicz-Kozaryn i in., 2000) oraz fakt, że realizacja Programu Domowych Detektywów w przeciętnych, „normalnych” warunkach przynosi bezpośrednie efekty w postaci ograniczenia częstości picia alkoholu przez uczestników (Ostaszewski i in., 2000; Okulicz-Kozaryn i in., 2000).

Można przypuszczać, że pozytywne wyniki ewaluacji odroczonego efektów dwuletniego programu nie są dziełem przypadku. Program Fantastyczne Drużyny oparty jest na naukowych podstawach, sprawdzonych strategiach profilaktycznych, ma odpowiednią intensywność, jest dobrze dostosowany do potrzeb odbiorców. W sumie można powiedzieć, że spełnia założenia charakterystyczne dla nowoczesnego i obiecującego, w zakresie skuteczności, nurtu w profilaktyce, określanego czasem jako „profilaktyka interaktywna” (Ostaszewski, 2005).

Pozostaje pytanie, skąd taki tytuł pracy, dlaczego badanie odroczonego efektów to zajęcie dla „hobbystów”? Nasze wieloletnie doświadczenia związane z realizacją projektu badawczego wskazują na szereg barier, utrudniających organizowanie tego typu badań i ich rozwój w Polsce. *Bariera nr 1 – czas*. Już sam proces opracowania lub adaptacji

programu to zadanie długofalowe. Prace nad adaptacją obu części amerykańskiego programu „Project Northland”, czyli Programu Domywych Detektywów i Fantastycznych Możliwości, łącznie z trzyletnimi badaniami ewaluacyjnymi, trwały w sumie blisko 9 lat. Nawet w optymalnych warunkach minimalny czas na realizację tego typu projektu można oszacować na ok. 4-6 lat.

Bariera nr 2 – trudne zadanie. Eksperyment prowadzony w warunkach naturalnych to złożone przedsięwzięcie, wymagające rozwiązywania szeregu problemów organizacyjnych, metodologicznych i etycznych. Trzeba koordynować w czasie realizację programu profilaktycznego, badania oraz ich finansowanie. Niezbędna jest dobra, kilkuletnia współpraca zespołu badawczego ze szkołami (powtarzane kilkakrotnie badania ankietowe). Problemem jest randomizacja grup, wykruszanie się z badań poszczególnych uczniów, czy nawet całych klas. Problem etyczny polega na tym, że grupę kontrolną przez kilka lat trzeba „chronić” przed działaniami profilaktycznymi.

Bariera nr 3 – otoczenie instytucjonalne i pieniądze. Spośród instytucji centralnych, odpowiedzialnych za rozwój krajowej profilaktyki, jedynie PARPA wykazuje pewne zainteresowanie tego typu projektami badawczymi (m.in. dofinansowywała w części opisywany tu projekt). Inne instytucje: MEiN czy Krajowe Biuro ds. Narkomanii z reguły nie finansują takich przedsięwzięć, nie traktują ich priorytetowo. Może jednak powinny? W konsekwencji mamy w Polsce bardzo bogaty rynek usług profilaktycznych, a jednocześnie deficyt programów o udokumentowanej skuteczności.

Wnioski

1. Realizacja dwuletniego programu profilaktycznego przyniosła trwałe, odroczone efekty w zakresie opóźnienia deklarowanych przez uczniów pierwszych doświadczeń w upijaniu się.
2. Utrzymały się efekty w zakresie wiedzy, postaw i przekonań o możliwości odpierania presji rówieśników skłaniającej do picia alkoholu.
3. Jakość realizacji badanych programów nie osiągnęła wszystkich zakładanych standardów. Pomimo to przyniosły one trwałe w czasie efekty. Wynika to prawdopodobnie z bardzo dobrego merytorycznego przygotowania programów. Przy dobrej jakości realizacji programu można się spodziewać jeszcze lepszych efektów.

4. Uzyskane wyniki stanowią rekomendację dla upowszechniania w polskich szkołach programu Fantastyczne Drużyny.
5. Postęp w dziedzinie profilaktyki zależy od likwidacji pewnych, istniejących barier: potrzebne jest finansowanie wieloletnich projektów badawczych ukierunkowanych na przygotowywanie modelowych, skutecznych rozwiązań, inspirowanie i motywowanie środowiska naukowców oraz praktyków do podejmowania tego rodzaju zadań przez odpowiedzialne za ten obszar życia instytucje.

Bibliografia

- Aranowska E., Mieszalski S., Morawski J., Grudziak-Sobczyk E. (1993), *Program wychowania w trzeźwości pt. „Dziękuję, nie”, „Alkoholizm i Narkomania”*, nr 14, 62-85.
- Bobrowski K. (1995), *Pilotażowe badania ewaluacyjne nad programem profilaktyki alkoholowej „Drugi Elementarz czyli Program Siedmiu Kroków”*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2/19, 37-50.
- Bobrowski K., Ostaszewski, K. (1997), „Noe + Drugi Elementarz”. *Ewaluacja programu profilaktyki alkoholowej, „Alkoholizm i Narkomania”*, nr 1/26, 67-88.
- Bobrowski K. (2004), *Ocena odroczonych efektów Programu Domowych Detektywów, mierzonych po czterech miesiącach od zakończenia programu, „Alkoholizm i Narkomania”*, nr 1-2/18, 61-76.
- Bobrowski K., Okulicz-Kozaryn K. (2004a), *Modelowe programy profilaktyczne dla młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych, [w:] Alkohol a zachowania problemowe młodzieży. Opinie i badania, PARPA, Warszawa, 17-25.*
- Bobrowski K., Kocoń K., Pisarska A. (2005), *Efekty dwuletniego programu profilaktyki alkoholowej, „Alkoholizm i Narkomania”*, nr 3/18, 25-41.
- Botvin G., Baker E., Filazzola A., Botvin E. (1990a), *A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One year follow-up, „Addictive Behaviour”*, nr 15(1), 47-63.
- Botvin G., Baker E., Dusenbury L., Tortu S., Botvin E. (1990b), *Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach; results of a 3-year study, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”*, nr 58(4), 437-446.
- Foxcroft D., Lister-Sharp D., Lowe G. (1997), *Alcohol misuse prevention for young people: a systematic review reveals methodological concerns and lack of reliable evidence of effectiveness, „Addiction”*, nr 92(5), 531-537.

- Grzelak S. (1995), *Ocena skuteczności realizacji studialnej programu „NOE”. Ewaluacja sumaryczna*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2/19, 65-80.
- Junik W. (2000), *Przegląd wybranych działań ewaluacyjnych we wczesnej profilaktyce uzależnień*, [w:] *Psychopatologia i psychoprofilaktyka. Materiały z ogólnopolskiej konferencji naukowej zorganizowanej przez Instytut Pedagogiki Społecznej Wyższej Szkoły Pedagogicznej w Częstochowie 19-21.10. 1999*, (red.) A. Margasiński, B. Zajęcka, Impuls, Kraków, 571-586.
- Okulicz-Kozaryn K., Bobrowski K., Borucka A., Ostaszewski K., Pisarska A. (2000), *Poprawność realizacji Programu Domowych Detektywów a jego skuteczność*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 2/13, 235-254.
- Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. (2000), *Ocena skuteczności programu wczesnej profilaktyki alkoholowej „Program Domowych Detektywów”*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1/13, 83-103.
- Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. (2000a), *Evaluating innovative drug-prevention programmes: Lessons learned*, [w:] *Evaluation – a key tool for improving drug prevention*, EMCDDA Scientific Monograph Series No 5. Office for Official Publications of the European Commission.
- Ostaszewski K. (2001), *Szkolno-środowiskowe programy profilaktyczne. Sukcesy i dylematy naukowego podejścia*. [w:] *Ewaluacja profilaktyki problemów dzieci i młodzieży*, (red.) J. Ł. Grzelak, M. Sochocki, Pracownia Profilaktyki Problemowej, Warszawa, 11-57.
- Ostaszewski K. (2005), *Interaktywna profilaktyka*, „Remedium”, nr 11-12 (153-154), 36-37.
- Pentz M., Dwyer J., MacKinnon D., Flay B., Hansen W., Wang E., Johnson A. (1989), *A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence*, „Journal of the American Medical Association”, nr 261, s. 3259-3266.
- Toomey T., Williams C., Perry C., Murray D., Dudovitz B., Veblen-Mortenson S. (1996), *An Alcohol primary prevention program for parents of 7th graders: The Amazing Alternatives! Home Program*, „Journal of Child & Adolescent Substance Abuse”, nr 5(4), 35-53.
- Williams C., Perry C., Dudovitz B., Veblen-Mortenson S., Anstine P., Komro K.A., Toomey T.L. (1995), *A Home-Based Prevention Program for Sixth-Grade Alcohol Use: Results from Project Northland*, „The Journal of Primary Prevention”, nr 16(2), 125-147.
- Williams C., Perry C. (1996), *Badania ewaluacyjne środowiskowego programu profilaktyki alkoholowej wśród młodzieży*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 3/24, Warszawa, 361-376.

- Williams C., Perry C. (1998), *Lessons from Project Northland*, „Alcohol Health & Research World”, nr 22 (2), 107-116.
- Williams C., Perry C., Farbaksh K., Veblen-Mortenson S. (1999), *Project Northland: Comprehensive Alcohol Use Prevention for Young Adolescents, Their parents, Schools, Peers and Communities*, „Journal of Studies on Alcohol”, supplement nr 13, 112-124.
- Wolniewicz-Grzelak B., Bobrowski K. (1988), *Próba sił - młodzieżowy program profilaktyczny. Ocena efektywności*, „Alkoholizm i Narkomania”, Zima, 146-164.
- Woynarowska B., Mazur J. (2002), *Zachowania zdrowotne, zdrowie i przestrzeganie szkoły przez młodzież w Polsce w 2002 roku*, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa.
- Woynarowska B., Mazur J., Kołło H., Małkowska A. (2005), *Zdrowie, zachowania zdrowotne i środowisko społeczne młodzieży w krajach Unii Europejskiej*, Wydział Pedagogiczny UW, Warszawa.

Hobby activities – analysing the postponed effects of preventive programmes

Summary. The work presents the results of a few years' research project, directed on evaluating long term effects of the school alcohol-prevention programmes. Elementary school pupils from the fourth and fifth grade took part in the 'Fantastic Detective' programme: during the first year of education they were involved in the 'Home Detective Programme', and the next year – in the second part of the project called 'Fantastic Possibilities'. It occurred that the positive effects, identified just after ending the two-year programme, were confirmed during the children's examination a year later.

The programme influenced not only the knowledge and attitudes of participants, but also increased the ability to repel their peers' pressure persuading them into drinking alcohol and to limit the first attempts of getting drunk. Experiences connected with the realisation of the research project indicate various barriers, that make organising and developing such research in Poland a difficult task. An experiment conducted in natural conditions is a complex enterprise, demanding dealing with several organisational, methodological and ethical problems. Many other restrictions are caused by the institutional surroundings, the way of financing the preventive actions and preventive-area research.

ELŻBIETA TOMCZAK

Zastosowanie Grupy Fokusowej do ewaluacji szkolnego programu profilaktyki

Od maja 2002 roku jako zewnętrzny lider-moderator autorka wspieram proces konstruowania i ewaluacji szkolnego programu profilaktyki w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Pyzdrach, woj. wielkopolskie, pow. wrzesiński. Do Zespołu Szkolno-Przedszkolnego w Pyzdrach uczęszczają dzieci w wieku przedszkolnym i uczniowie szkoły podstawowej, łącznie około 400 osób. Grono pedagogiczne to około 40 nauczycieli. Nauka odbywa się w dwóch budynkach położonych na przeciwległych krańcach miasteczka, a w budynku mieszczącym szkołę podstawową pobierają naukę uczniowie gimnazjum.

W szkole powstał zespół ds. tworzenia programu profilaktyki, zajmujący się diagnozowaniem zapotrzebowania na działania profilaktyczne, konstruowaniem – na podstawie wyników diagnoz – szkolnego programu profilaktyki, koordynacją prowadzonych działań i ewaluacją ich skuteczności. Działania zespołu są każdorazowo zatwierdzane przez Radę Pedagogiczną; większość nauczycieli to wykonawcy zadań profilaktycznych.

W roku szkolnym 2004/2005 szkoła została objęta zewnętrznym mierzaniem jakości pracy. Procedura zewnętrznego mierzenia jakości pracy szkoły dotyczyła obszaru IV.4 „Efekty pracy wychowawczej, profilaktycznej i opiekuńczej szkoły”, w zakresie standardu: „Postawy i zachowania uczniów wpływają na ich moralny, społeczny, emocjonalny i duchowy rozwój oraz odpowiadają uniwersalnym wartościom i uznawanym powszechnie normom postępowania. Podejmowane w szkole działania wychowawcze, profilaktyczne i opiekuńcze są systematyczne i skutecz-

ne". Wskaźnik wewnętrzny: „Program wychowawczy i program profilaktyki zawierają kryteria efektywności działań wychowawczych, profilaktycznych i opiekuńczych”, a zadanie, które poddane było szczegółowej ocenie, to: „Szkoła wypracowuje dokumenty dotyczące wychowania, będące realizacją postulatów zawartych w szkolnym programie wychowania i zawierające kryteria efektywności”. Mierzeniu został poddany również szkolny program profilaktyki i szkolny program wychowawczy w zakresie systematyczności i skuteczności podejmowanych w szkole działań wychowawczych, profilaktycznych i opiekuńczych. Szkolny zespół ds. tworzenia programu profilaktyki przy współpracy autorki dokonał ewaluacji konstrukcji szkolnego programu profilaktyki, według procedury zaproponowanej przez prof. Zbigniewa Gasia (2003).

Wyniki ewaluacji w tym zakresie ujawniły liczne słabe strony konstrukcji programu, dotyczące następujących obszarów: nazbyt ogólny cel programu, słabo usystematyzowane treści, zadania zawarte w programie profilaktyki nazbyt ogólne, charakterystyczne bardziej dla programu wychowawczego szkoły, funkcjonowanie obok szkolnego programu profilaktyki innego programu zawierającego zadania z zakresu profilaktyki tj. „Programu przeciwdziałania agresji”, niewystarczająca, niepełna diagnoza środowiska lokalnego i identyfikacja problemów na terenie szkoły, niedookreślona odpowiedzialność za realizację konkretnych zadań, jak i terminów ich realizacji.

Mocne strony programu to:

- odniesienie się w celach i zadaniach programu do problemów obserwowanych w szkole i środowisku,
- objęcie działaniami profilaktycznymi trzech grup odbiorców: uczniów, nauczycieli i rodziców,
- realizacja zadań nie tylko za pomocą dominującej strategii informacyjnej, ale także za pomocą strategii edukacyjnej i prawnej, a czasem również alternatywnej,
- założenie (słabo jednak dookreślone) o stosowaniu monitoringu i ewaluacji programu.

Na uwagę zasługuje też będący elementem programu profilaktyki, koordynowany przez pedagoga i wychowawców klas, program dziecięcych negocjatorów. Ciekawe rozwiązania zostały również wypracowane w obszarze strategii prawnych. Są to regulaminy boiska i przerw, regulujące i porządkujące zachowania zarówno uczniów, jak i nauczycieli, cechujące się wysoką skutecznością w zakresie zmniejszania ilości zachowań agresywnych uczniów podczas przerw. Nauczyciele uczest-

niczą w profilaktycznych działaniach informacyjnych i edukacyjnych, takich jak treningi umiejętności wychowawczych, ustrukturuwane programy profilaktyczne, jak: „Spójrz inaczej”, „Spójrz inaczej na agresję”, a wcześniej „II Elementarz, czyli Program 7 Kroków”, „Nasze spotkania”.

Pojawił się problem, na ile i w jakim zakresie skonstruowany i zaproponowany przez zespół szkolny program profilaktyki jest akceptowany przez nauczycieli, wspiera i pomaga im realizować zadania i osiągać cele profilaktyczne. Niepokój autorów programu dotyczył zwłaszcza tego, czy nauczyciele identyfikują się z programem, a w związku z tym, czy będą wewnętrznie motywowani do podejmowania proponowanych działań profilaktycznych.

Zaproponowałam wykorzystanie Grupy Fokusowej do poznawania opinii nauczycieli na temat skuteczności szkolnego programu profilaktyki. Oczekiwania dotyczyły pozyskania informacji jakościowych w wyniku dyskusji, których zebranie za pomocą innych metod (np. ankieta) byłoby mało dostępne.

„Grupa Fokusowa to zogniskowany wywiad grupowy, przejrzysta dyskusja, w której grupa ludzi pod kierunkiem facylitatora lub moderatora rozmawia na wybrany temat.

Wywiad – zbieranie informacji podczas dyskusji w grupie. Informacje zbiera moderator, prowadząc rozmowę według ustalonego wcześniej scenariusza.

Zogniskowany – skupienie się na konkretnym problemie, ściśle określonych zagadnieniach w celu zebrania informacji na wybrany temat.

Grupowy – realizacja w małej grupie z uwzględnieniem i wykorzystaniem zachodzących w niej procesów.

Składniki badania fokusowego z uwagi na metodologię obejmują:

- zdefiniowanie problemu i sformułowanie pytań badawczych,
- opracowanie scenariusza badań,
- dobór badanej populacji,
- wybór osoby prowadzącej badanie (moderatora/facylitatora),
- przygotowanie strategii badania,
- realizację terenową badania.” (Poleszak i in., 2004).

Konstrukcja badania fokusowego rozpoczęła się zdefiniowaniem przez zespół problemu i sformułowaniem pytań badawczych.

Celem przeprowadzonego badania fokusowego było:

1. Poznanie opinii nauczycieli ZSP w Pyzdrach na temat: czy szkolny program wychowawczy i profilaktyki ułatwiają im pracę wychowawczą.

2. Poznanie opinii dotyczącej zagadnienia: jakie cechy przypisują nauczyciele ZSP w Pyzdrach skutecznym programom: wychowawczemu i profilaktyki.

3. Poznanie opinii dotyczących cech skutecznego wychowawcy.

Kolejne etapy zogniskowanego wywiadu grupowego przebiegały następująco.

Scenariusz badania fokusowego w ZSP w Pyzdrach został opracowany przez Elżbietę Tomczak i pedagoga szkolnego Elżbietę Ratajczyk. Do badań decyzją rady pedagogicznej przystąpiło 12 wychowawców klas z trzech poziomów edukacyjnych: wychowanie przedszkolne – 2 osoby, kształcenie zintegrowane – 4 osoby, nauczanie blokowe – 6 osób.

Struktura badania fokusowego obejmuje następujące elementy:

1. Wprowadzenie: prezentacja uczestników, przedstawienie zasad pracy, budowanie klimatu spotkania, temat wprowadzający.
2. Główne badanie: pytania wprost i ze wspomaganiami, otwarte i zamknięte, zadania, techniki projekcyjne.
3. Zakończenie: podsumowanie spotkania, podziękowanie uczestnikom, sprawy formalne (Poleszak, 2004).

Scenariusz badania fokusowego obejmował więc kolejno następujące etapy przebiegu wywiadu zogniskowanego:

1. Przywitanie, prezentacja uczestników.
2. Przedstawienie celu spotkania: poznanie opinii na temat szkolnego programu wychowania i szkolnego programu profilaktyki.
3. Przedstawienie zasad pracy i uzyskanie akceptacji uczestników:
 - zasada dyskrecji związana z rejestrowaniem przebiegu badania,
 - mówimy po kolei,
 - nie przerywamy,
 - mówimy na temat,
 - nie oceniamy innych i ich opinii,
 - wypowiadamy się w swoim imieniu.
4. Temat wprowadzający: Przypomnij sobie i opowiedz, jaki był najskuteczniejszy Twój wychowawca ze szkoły podstawowej.
5. Główne badanie:
 - a. Czy programy: wychowawczy i profilaktyki, a w szczególności program zapobiegania agresji ułatwiają pracę wychowawczą?
 - b. Czy spełniają swoją rolę?
 - c. A gdyby programów w szkole nie było, to czy praca wychowawcza przebiegałaby inaczej?
6. Technika projekcyjna: proszę przedstawić za pomocą symbolu (dowolnego) cechy skutecznie funkcjonujących programów: wychowawczego i profilaktyki.

7. Podsumowanie zebranego podczas spotkania materiału, zarówno przez uczestników, jak i prowadzącego; poinformowanie o sposobie przekazania wyników badania (raport).

8. Podziękowanie uczestnikom badania.

Strategia realizacji badania obejmowała wybór miejsca (klasa szkolna), termin (ferie zimowe), sposób rejestracji materiału: rejestracja pisemna i rejestracja za pomocą dyktafonu przez pedagoga Elżbietę Ratajczyk, rejestracja kamerą wideo przez emerytowaną nauczycielkę tejże szkoły. Przygotowane były kredki i szary papier do przeprowadzenia techniki projekcyjnej. Symbole rysowane były na arkuszu szarego papieru i kolejno omawiane przez uczestników podczas rysowania. Symbole były interpretowane przez grupę i podsumowywane przez prowadzącego.

Badania przeprowadzone zostały w Zespole Szkolno-Przedszkolnym w Pyzdrach, w dniu 4 lutego 2005 r., czas trwania wywiadu: 90 minut.

Wyniki badań, po ich zebraniu i przeanalizowaniu jakościowym i ilościowym, zostały przedstawione Radzie Pedagogicznej w formie raportu. Raport zawierał cel badania, wyniki, ich interpretację i wnioski. Wyniki badań obejmowały:

1. Opinie nauczycieli dotyczące cech programów, które ułatwiają pracę wychowawczą.
2. Opinie nauczycieli dotyczące trudności wynikających z konstrukcji programu wychowawczego i programu profilaktyki.
3. Opinie nauczycieli dotyczące cech skutecznych programów: wychowawczego i profilaktyki.
4. Opinie nauczycieli dotyczące cech skutecznego wychowawcy.

Opinie nauczycieli dotyczące cech programów profilaktyki i wychowawczego, które ułatwiają pracę wychowawcy, zostały przedstawione w tabeli 1.

Wyniki badań zawierały opinie nauczycieli dotyczące trudności wynikających z konstrukcji programu wychowawczego i programu profilaktyki. Problemy nauczycieli wynikają ich zdaniem z: zawężenia działania programów do terenu szkoły i niepodejmowania programów systematycznych, środowiskowych, obejmujących zewnętrzne podmioty i sąsiadujące szkoły; niewystarczającej identyfikacji przyczyn zachowań dysfunkcyjnych; oddelegowania odpowiedzialności za wychowanie i profilaktykę na szkołę; małej skuteczności pracy z rodzicami; trudności w komunikacji z rodzicami; nieskutecznej wymiany informacji pomiędzy nauczycielami, ich wzajemne relacje.

Tabela 1. Cechy programu profilaktyki ułatwiającej pracę wychowawczą

Lp.	Cechy programu ułatwiającej pracę wychowawczą	Liczba wypowiedzi
1	Określone tematy zajęć do pracy wychowawczej	8
2	Usystematyzowanie oddziaływań	7
3	Wspólny front działania	7
4	Określone ramy i zasady	6
5	Możliwość modyfikowania treści do aktualnych problemów klasy i wieku rozwojowego	3
6	Uczy konsekwencji nauczycieli i dzieci	3
7	System powiązany ze ścieżkami edukacyjnymi	2
8	Skonstruowany przez nauczycieli szkoły	1
9	Objęcie współpracą i edukacją rodziców	2
10	Umożliwia dzielenie się doświadczeniami	1

Nauczyciele ZSP w Pyzdrach skutecznym programom: wychowawczemu i profilaktyki przypisują następujące cechy: efektywność, skuteczność – 6; ochrona, opieka – 5; uporządkowanie – 3; nastawienie na rozwój – 2; systematyczność oddziaływań – 2.

Ponadto w wyniku analizy tematu wprowadzającego, tj. cechy skutecznego wychowawcy, powstał dodatkowy materiał w postaci najczęściej powtarzających się cech skutecznego wychowawcy. Najczęściej powtarzały się cechy: otwarta, opanowana, sympatyczna, konsekwentna, empatyczna, elegancka, zaangażowana w życie szkoły.

Wnioski ujęte w raporcie obejmowały wskazania do uwzględnienia w szkolnym programie profilaktyki:

1. Nawiązanie i kontynuowanie wspólnych, systemowych działań z Publicznym Gimnazjum mieszczącym się w tym samym budynku.
2. Większa współpraca z instytucjami i organizacjami pozaszkolnymi (urząd gminy, fundacje, OPS, PPP, policja i inne).
3. Pogłębienie i poszerzenie o inne strategie profilaktyczne niż informacyjne, współpracy z rodzicami.
4. Stworzenie skutecznego systemu komunikowania się nauczycieli między sobą.

5. Podejmowanie systematycznych działań mających na celu identyfikację przyczyn zachowań dysfunkcyjnych.
6. Dokonywanie systematycznej autodiagnozy przez nauczycieli w zakresie umiejętności profesjonalnych i osobistych wychowawcy.

Na podstawie cech skutecznego wychowawcy zidentyfikowanych w trakcie fokusu, została skonstruowana lista przymiotników. Badaniem listą przymiotników w późniejszym terminie zostali objęci nauczyciele nieuczestniczący w wywiadzie zogniskowanym.

Badanie polegało na oszacowaniu stopnia posiadanej cechy na skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza posiadanie cechy w niewielkim stopniu, a 5 w bardzo dużym; 3 – natężenie cechy przeciętne.

W wyniku dokonanej autorefleksji uzyskano następujące wyniki (w procentach):

Tabela 2. Zestawienie wyników badania nauczycieli listą przymiotników

Cechy	Natężenie					
	0	1	2	3	4	5
Elegancka		12,5	12,5	68,75	6,25	
Otwarta			6,25	37,5	37,5	18,75
Opanowana			12,5	37,5	43,75	6
Sympatyczna			12,5	31,25	43,75	12,5
Zaangażowana w życie szkoły				18,75	50	31,25
Konsekwentna				31,25	56,25	12,5
Empatyczna				31,25	43,75	25

Zastosowanie grupy fokusowej pozwoliło pozyskać dużą ilość danych jakościowych w przebiegu dyskusji w grupie. Nauczyciele uczestniczący w badaniu pozytywnie ocenili metodę i jej przydatność do zbierania opinii w procesie ewaluacji szkolnego programu profilaktyki. Pozyskane informacje wykorzystano w doskonaleniu konstrukcji szkolnego programu profilaktyki. W zakresie identyfikacji problemów wypracowano więcej metod diagnozy sytuacji problemowej: analiza dokumentów szkolnych, ankiety dla rodziców na temat spostrzegania bezpieczeństwa swoich dzieci na terenie szkoły, rozmowy kierowane z uczniami klas młodszych, użycie dyferencjału semantycznego jako narzędzia do diagnoz. Zidentyfikowano rodzaje zachowań ryzykow-

nych (zachowania agresywne, groźby słowne, łamanie reguł szkoły, brak krytycznego stosunku do mediów), odniesiono się do przyczyn zachowań ryzykownych (podstawy teoretyczne zachowań dysfunkcyjnych). Sformułowano mierzalne cele operacyjne szkolnego programu profilaktyki:

1. Ograniczenie aktów przemocy fizycznej i werbalnej.
2. Rozszerzenie zakresu i form współpracy oraz pomocy rodzinom dysfunkcyjnym.
3. Zmniejszenie ilości czasu przeznaczanego na oglądanie telewizji.

Określono wskaźniki skuteczności realizowanych zadań, sformułowano pytania do każdego ze wskaźników, określono sposoby, metody i źródła pozyskiwania na nie odpowiedzi. Postawione zostały konkretne pytania do ewaluacji programu, zadania dla zespołu mającego dokonywać jego ewaluacji. Zasadniczej zmianie uległa treść i struktura programu. Połączono funkcjonujące do chwili obecnej dwa programy: profilaktyki i zapobiegania agresji. W każdym ze zdiagnozowanych obszarów określono rodzaj działań (edukacyjne, informacyjne, interwencyjne i alternatywne), zadania i działania, w realizacji których wezmą udział rodzice i kierowane do rodziców, zadania do realizacji przez nauczycieli i uczniów kierowane do obu grup, sposoby potwierdzające skuteczność działań. Zadania zostały wyznaczone osobno dla grup wiekowych uczniów.

Szczególnym odbiorcą działań profilaktycznych uczyniono rodziny, zwłaszcza dysfunkcyjne. Zaplanowano i zrealizowano zewnętrzne doskonalenie nauczycieli, a następnie jego kontynuację w ramach wewnętrznego doskonalenia nauczycieli, dotyczące pracy z dziećmi z rodzin dysfunkcyjnych. Wypracowano sposoby komunikowania się z rodzicami, koordynowania realizacji wynegocjowanych indywidualnie zadań poprzez wprowadzenie kontraktów. Dzieciom z tych rodzin udziela się pomocy poprzez profilaktykę II^o (zajęcia socjoterapeutyczne finansowane z gminnego funduszu profilaktyki).

W oddziaływaniach profilaktycznych rozszerzono strategię prawną. W wyniku realizacji zadań z tego obszaru wypracowano techniki i procedury umożliwiające zbieranie danych i wymianę informacji między nauczycielami. Najważniejszym dokumentem jest „Karta przeglądu pracy z dzieckiem”, wypełniana systematycznie przez odpowiedzialne za to osoby. Zawiera możliwość zapisywania informacji odzwierciedlających całokształt sytuacji dziecka: problemy edukacyjne, wychowawcze, rodzinne i inne uznane za ważne, wskazania do pracy z dzieckiem i jego rodziną, cele i oczekiwane efekty pracy z dzieckiem i rodziną.

Trwają prace nad koordynowaniem celów i zadań szkolnych programów profilaktyki Zespołu Szkolno-Przedszkolnego z Publicznym Gimnazjum, opartych na identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących oraz przeprowadzanych diagnozach. Niestety, do chwili obecnej prace te nie doprowadziły do stworzenia systemu współpracy. Umożliwiły jedynie wypracowanie przez nauczycieli gimnazjum ankiety dla rodziców uczniów klasy VI, zawierającej wypełniany przez wychowawców klas VI aneks dotyczący problemów dydaktycznych i wychowawczych ucznia. Zarówno wypełnienie aneksu, jak i przekazanie wypełnionej ankiety do gimnazjum wymaga uzyskania pisemnej zgody rodziców. Współpraca między sąsiadującymi szkołami dotyczy również działań opiekuńczych i przekazywania informacji z tego obszaru wzajemnie przez pedagogów szkolnych.

Wprowadzone zmiany były skutkiem całego procesu ewaluacji, którego najważniejszym elementem była Grupa Fokusowa wraz z procedurą zaproponowaną przez Z. Gasia (2003).

Bibliografia

- Daniłowicz P., Lisek-Michalska J.(2000), *Fokus – zogniskowany wywiad grupowy. Zarys metody*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 44, 1, 213-231.
- Gaś Z. B. (2003), *Szkolny program profilaktyki: istota, konstruowanie, ewaluacja*, MENiS, Warszawa.
- Poleszak W. (2004), *Grupy Fokusowe rodziców jako sposób poznawania postaw i opinii rodziców na temat problemów środowiska szkolnego*, [w:] *Badanie zapotrzebowania na profilaktykę w szkole. Poradnik dla szkolnych liderów profilaktyki*, (red.) Z.B. Gaś, MENiS, Warszawa.

The use of Focus Group in evaluation of the school programme of prophylaxis

Summary. The lecture considered evaluation of the school programme of prophylaxis based on the example of Nursery and Primary School in Pyzdry (province: wielkopolska, district: września). The evaluation script has been worked out by Elżbieta Tomczak and the school educationist, Elżbieta Ratajczyk. 12 form masters from three educational levels took part in the study. The main stages in the course of the focused interview were as follow:

- welcoming part,
- introduction of the participants,
- bringing forward the aim of the meeting: studying the opinion about the school programme of education and the school programme of prophylaxis,
- presenting the principles of work and obtaining participants' acceptance,
- introductory subject: „Think back and tell me about your most effective primary school form master ”,
- main study, containing following discussions: Do educational and prophylaxis programmes (preventing aggression in particular) make educational work easier? Do they meet their requirements? Would educational work run differently without the programmes in question?

Projection technique was used: using a symbol to show the characteristics of a successfully functioning programmes of education and prophylaxis. Registered statements were analysed and after that teachers' opinions about difficulties resulting from construction of educational programme and programme of prophylaxis were identified. Moreover teachers' opinions considering those characteristics of the programmes which make educational work easier were also recognized. Additional material was created about the most frequent qualities of an effective form master. Conclusions contain the indications which should be taken into account while working on a school programme of prophylaxis:

- starting, as well as continuing, common system actions along with secondary junior school which is situated in the same building,
- the greater co-operation with institutions and organizations of all kind,
- co-operation with parents should be intensified and extended on prophylactic methods different than just informative ones,
- creating an effective system of communication among teachers,
- undertaking systematic actions in order to identify dysfunctional behaviour,
- teachers should make systematic autodiagnosis considering their professional and personal skills as form tutors.

ELŻBIETA WIEWIÓRA

Aspekty profilaktyczne w programie edukacyjnym „Moje konsumenckie ABC”

Program edukacyjny „Moje konsumenckie ABC” kierowany jest przede wszystkim do dzieci i młodzieży w wieku od 5 do 15 lat oraz ich rodziców. Jest elementem ogólnopolskiej kampanii społecznej pod tym samym tytułem. Przedsięwzięcie to finansowane jest przez Unię Europejską i Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, i realizowane jest w ramach rządowej strategii polityki konsumenckiej na lata 2004-2006. Kampania „Moje konsumenckie ABC” ma na celu: zwiększenie znajomości praw przysługujących najmłodszym konsumentom, rozbudzenie krytycznego podejścia młodzieży do oferty rynkowej i technik sprzedaży, a także edukację w zakresie umiejętnego korzystania z reklamy jako źródła informacji o produktach i usługach oraz wzmocnienie asertywnych postaw dzieci i młodzieży wobec przekazów reklamowych i praktyk marketingowych. Projekt składa się z wielu różnych elementów przeznaczonych dla przedszkolaków, uczniów szkół podstawowych i gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych. W jego ramach realizowany będzie także pilotażowy program dla studentów kierunków ekonomicznych poświęcony społecznej odpowiedzialności biznesu i etyki w biznesie – „Etyka w biznesie”.

Główne działania w trakcie kampanii to:

1. Ogólnopolskie badania socjologiczne „W krainie konsumpcji: nastolatki wobec marki, reklamy i zakupów”, przeprowadzone przez Centrum Badania Opinii Społecznej w styczniu 2006 roku, które określiły stopień niezależności nastolatków w dokonywanych przez nich wyborach konsumenckich oraz znajomość przysługujących im praw. Badaniem objęto dzieci w wieku 10-12 lat i młodzież w wieku 13-15 lat.

Badanie ilościowe, przeprowadzone metodą audytoryjną w losowo wybranych klasach w 135 szkołach podstawowych i gimnazjach (próba reprezentatywna) N=3349 uczniów z 75 szkół podstawowych i 60 gimnazjów z terenu całej Polski (Giza-Poleszczuk, 2006).

2. Kampanie *public relation* – konferencje naukowe, spoty reklamowe, które mają odpowiedzieć na pytanie, jak skutecznie edukować dzieci i młodzież, by wzrosła ich świadomość konsumencka, oraz by w rozsądny sposób odnosili się do działań marketingowo-reklamowych.
3. Utworzenie i uruchomienie strony internetowej www.konsumencieabc.pl z informacjami na temat praw konsumenckich oraz grami edukacyjnymi dostosowanymi do wieku odbiorców: przedszkolaków, uczniów szkół podstawowych i gimnazjów.
4. Zorganizowanie siedmiu regionalnych konferencji informacyjnych m.in. na temat młodych konsumentów w sieci w aspektach prawnych, medialnych, edukacyjnych, konsumenckich i marketingowych, o stosunku najmłodszych do marki, etyce w reklamie, o wpływie rodziców, nauczycieli i innych dorosłych – w tym specjalistów od marketingu oraz reklamy – na konsumenckie zachowania dzieci i młodzieży.
5. Przygotowanie przez Fundację Centrum Edukacji Obywatelskiej publikacji informacyjnych i edukacyjnych: dla dzieci przedszkolnych w formie „Kolorowanki”, dla uczniów szkół podstawowych w formie komiksu pt. „Zakupy z Makssem” (publikacje są dostępne na stronie www.konsumencieabc.pl) oraz podręczników dla uczniów gimnazjum i szkół ponadpodstawowych. Materiały i publikacje mają:
 - wzmocnić postawy prokonsumenckie dzieci i młodzieży, gotowość do poszukiwania informacji o swoich prawach oraz umiejętność korzystania z nich,
 - rozwinąć umiejętność podejmowania racjonalnych i samodzielnych decyzji konsumenckich przez młodych ludzi,
 - rozbudzić asertywne podejście konsumentów do oferty rynkowej oraz różnych technik sprzedaży,
 - uświadomić młodym odbiorcom specyfikę i cel reklamy jako przekazu medialnego i nauczyć korzystania z reklam jako źródła informacji o produktach oraz posługiwania się innymi niż reklama źródłami wiedzy,
 - przekazać informacje o mechanizmach perswazji stosowanych w reklamach oraz uwrażliwić młodych odbiorców na ich efekty uboczne, np. utrwalanie stereotypów społecznych,
 - wskazać rolę reklamy społecznej m.in. w dziedzinie przeciwdziałania przemocy, uzależnieniom, czy też promocji kultury.

6. Przeprowadzenie szkoleń dla 900 nauczycieli przedszkoli i 1600 nauczycieli szkół podstawowych (tytu nauczycieli zgłosiły wydziały do spraw edukacji w urzędach miast i gmin z terenu całej Polski, które wyraziły chęć współpracy z CEO w zakresie kampanii „Konsumenckie ABC”), podczas których nauczyciele zostaną m.in. zapoznani z prawami młodych konsumentów, z informacjami na temat strategii marketingowych i reklamowych oraz regulacjami prawnymi dotyczącymi reklam adresowanych do dzieci i młodzieży. W części warsztatowej szkolenia nauczyciele przygotowują się do realizacji programu edukacyjnego z dziećmi z wykorzystaniem publikacji: „Kolorowanki” dla przedszkolaków i komiksu dla uczniów szkoły podstawowej. Ponadto opracują i przedyskutują projekt scenariusza spotkania z rodzicami dzieci objętych programem „Moje konsumenckie ABC”, aby zmotywować rodziców do aktywnego udziału w wychowywaniu młodego konsumenta, który zna swoje prawa, rozumie mechanizmy promocji i reklamy i podejmuje świadome decyzje. Ten obszar kampanii realizowany będzie przez Fundację Centrum Edukacji Obywatelskiej i Fundację Rozwoju Dzieci im. Jana Amosa Komeńskiego (Internet, 9 czerwca 2006).

Postawy świadomego konsumenta w podstawie programowej kształcenia ogólnego

Ważnym obszarem kampanii „Moje konsumenckie ABC” z punktu widzenia profilaktyki uniwersalnej (w tradycyjnym podziale profilaktyki tzw. profilaktyki pierwszorzędowej) jest objęcie programem edukacyjnym jak największej grupy dzieci i młodzieży oraz ich rodziców. Do tej pory dzieci i młodzież uczyła się zachowań konsumenckich przede wszystkim w domach rodzinnych, rzadziej w szkołach. W podstawie programowej kształcenia ogólnego dla szkół podstawowych i gimnazjów znajdujemy – począwszy od klasy IV (czyli II etapu edukacji) – elementy kształcenia w kierunku świadomej konsumpcji w ramach ścieżki edukacyjnej „Edukacja czytelnicza i medialna”, której celem jest m.in. „Przygotowanie do odbioru informacji rozpowszechnianych przez media. Przygotowanie do świadomego i odpowiedzialnego korzystania ze środków masowej komunikacji (telewizji, komputerów, prasy itp.)” (Rozporządzenie MENiS, 2002).

Dyrektor szkoły odpowiedzialny jest za uwzględnienie problematyki ścieżek edukacyjnych w szkolnym zestawie programów nauczania. Za realizację ścieżek edukacyjnych odpowiedzialni są nauczyciele wszystkich przedmiotów, którzy do własnego programu włączają odpowiednio treści danej ścieżki, lub jeden nauczyciel, który realizuje treści ścieżki w czasie odrębnych, kilkugodzinnych modułów. Najczęściej jednak duży nacisk kładzie się na treści nauczania dotyczące edukacji czytelnicznej (zajęcia często prowadzą nauczyciele bibliotekarze), a rzadziej na przygotowanie dzieci do rozważnego i krytycznego funkcjonowania w świecie rynkowej propagandy, oddzielenia rzetelnej informacji od reklamowej fikcji.

Podstawa programowa wychowania przedszkolnego i kształcenia ogólnego dla szkół podstawowych dotycząca I etapu edukacji (klas I–III) nie przewiduje realizacji treści kształtujących świadomość konsumencką.

Reklama i marka – główne determinanty zachowań konsumenckich dzieci i młodzieży

Program informacyjno-edukacyjny „Moje konsumenckie ABC” jest propozycją działań, które mogą powstrzymać proces przemiany naszego społeczeństwa w „społeczeństwo konsumpcyjne”. Dzieci i młodzież są grupą szczególnie narażoną na negatywne konsekwencje nieznamośności reguł panujących we współczesnym świecie konsumpcji. Świecie, w którym coraz częściej ujawniają się postawy konsumpcyjne: najważniejsze, żeby „mieć”; „być” staje się wymiarem życia mało popularnym, przestaje być miarą wartości człowieka. Człowiek sukcesu to ten, który większość czasu oraz środków przeznaczają na konsumpcję dóbr i usług (Sochocki, 2000) Muszę to mieć! Daj! Mam markowe ciuchy! Z nim się nie „zadajemy” bo nigdy nic markowego nie nosi! Nie masz – jesteś nikim! To niektóre stwierdzenia, które pojawiają się w rozmowach i myśleniu dzieci. Z badań publikowanych w norweskim piśmie dla konsumentów „Nice-Mail” wynika, że już dziecko poniżej drugiego roku życia rozpoznaje znaki towarowe i może prosić o zakup pożądanых rzeczy; poniżej czterech lat z pomocą starszego potrafi dokonywać własnych zakupów, a ośmiolatek podejmuje samodzielnie decyzje o zakupie. Dziewięcioletek w pełni dorósł już do roli konsumenta, a dziecko w wieku dziesięciu lat przyswoiło sobie przynajmniej połowę zasadniczych postaw i wzorców konsumenckich (Czaczkowska, 2006).

Nasuwa się pytanie, co tak skutecznie wychowuje młodego konsumenta, co ma tak ogromny wpływ społeczny? Otóż odpowiedź jest krótka – to reklamy, które są wszechobecne w naszej rzeczywistości. Reklama działa i to mocno, wpływając na nasze zwyczaje, upodobania oraz postawy życiowe (Kuśpit, 2006). Dzieci stanowią znaczną część widowni reklam telewizyjnych, chętnie korzystają z reklam i jako konsumenci mają duże znaczenie dla reklamodawców. Badania CBOS wykazują, że 94% młodych ludzi dysponuje własnymi pieniędzmi w kwotach miesięcznych: 39% 21-50 zł, 26% do 20 zł, 20% 50-100 zł, 15% powyżej 100 zł (Giza-Poleszczuk, 2006).

Jest to wielomilionowa rzesza klientów, o których warto zabiegać. Celem każdej reklamy jest zachęcanie odbiorców do kupna reklamowanego produktu, więc nadawcy reklam poszukują jak najskuteczniejszych mechanizmów manipulacji psychologicznej. Najczęściej stosowane mechanizmy to: perswazja, modelowanie, nadawanie znaczeń emocjonalnych, wzbudzanie potrzeb (Braun-Gałkowska, 1997). Badania m.in. M. Braun-Gałkowskiej wskazują, że dzieci 5-7 letnie stają się przedmiotem skutecznej manipulacji, dzieci w tym wieku wierzą we wszystko, co przekazuje reklama. Reklama kreuje nowe wartości, nowy styl życia. Stwarza wizję bezpiecznego i pięknego życia: jak odmówić sobie zabawki, dzięki której zawładnie się światem, albo nie kupić bluzki z napisem, która uczyni cię kimś wyjątkowym. Dzieci oglądają telewizję już od drugiego roku życia przez około 30 godzin tygodniowo, a to oznacza, że reklamy oddziałują na nie przez 3 godziny tygodniowo. Maluchy oglądają od 500 do 900 reklam telewizyjnych miesięcznie. Równie dobrze zapamiętują slogany dotyczące zabawek, jak i artykułów spożywczych czy kosmetycznych. Efekty widać w sklepach – ponad 90% przedszkolaków domaga się produktów z reklam. Teoria społecznego uczenia się A. Bandury wskazuje, że „większość zachowań kształtuje się i utrwała na skutek modelowania, czyli obserwowania zachowań innych osób i efektów ich działań oraz wzmocnień psychicznych, społecznych lub/i farmakologicznych” (Okulicz-Kozaryn, 2003). Modelowanie poprzez reklamę nie ogranicza się do zjedzenia np. batonika, ale dziecko z czasem naśladuje sposób ubierania się, mówienia i inne zachowania bohatera reklamy. Socjologowie doszli do wniosku, że dzieci utożsamiają przekaz reklamy z autorytetem rodziców i dlatego reklama nie może kłamać. To dzięki rodzicom utrwalone zostają informacje pochodzące z ekranu bądź kolorowych gazet, ponieważ to oni pozwalają oglądać kreskówki albo kupować komiksy. Produkt jest

identyfikowany z rodzicem: kosmiczny robot to tato, a krem czekoladowy to mama (za Kuśpit, 2006).

Innym działaniem rodziców, utrwalającym w dzieciach konsumpcyjny styl życia, jest spędzanie wolnego czasu, przeznaczonego dla rodziny, w supermarketach. Problem czasu wolnego jest jednym z głównych zagadnień naszego wieku. Sensowne jego wykorzystanie bywa często trudne dla dorosłych, ale jeszcze trudniejsze może być dla dzieci. W czasie wolnym człowiek może oddawać się zajęciom twórczym, których możliwość wyboru odpowiada jego własnym potrzebom i zainteresowaniom. Wtedy rozwija się jego osobowość. Na pewno coniedzielne, kilkugodzinne wizyty całych rodzin w centrach handlowych nie sprzyjają regeneracji sił dziecka oraz nie umożliwiają prawidłowego rozwoju fizycznego, społecznego, emocjonalnego oraz intelektualnego.

Reklama najczęściej jest komunikatem kulturowym kierowanym do dziecka, który nie ma celów edukacyjno-wychowawczych, ale jego działanie edukacyjne jest silniejsze, niż się wydaje. Dziecko, myśląc o chęci posiadania kolejnego reklamowanego produktu, utrwala w swojej świadomości styl życia, w którym określony standard materialny jest wyznacznikiem wartości człowieka. Bezrefleksyjny odbiór reklam ogranicza krytycyzm, powoduje zniekształcenie rzeczywistości. Reklamy kształtują postawy i opinie, bo młody człowiek nie ma ugruntowanej wiedzy i przekonań. Tylko rodzice w istotny sposób mogą uchronić swoje dzieci przed wszechobecną manipulacją reklamy komercyjnej (Kuśpit, 2006). Pomocne w tej kwestii mogą być właśnie kampania i program edukacyjny „Moje konsumenckie ABC”, których skuteczność w dużej mierze zależeć będzie od aktywnego udziału rodziców.

Program „Moje konsumenckie ABC” dla dzieci przedszkolnych

W części dotyczącej obszarów działań kampanii wspomniano o opracowaniu scenariusza spotkań z rodzicami, które przeprowadzą przeszkoleni nauczyciele w czasie wdrażania programu w swojej grupie przedszkolnej lub klasie szkolnej. Materiałem pomocniczym do pracy z dziećmi przedszkolnymi zarówno dla rodziców, jak i nauczycieli jest publikacja zwana „Kolorowanką”. Publikacja inspirowała działania, które pomogą odpowiedzieć na pytania: Czy dziecko to też konsument?, Dlaczego nie można mieć wszystkiego?, Gdzie robimy zakupy?, Dlaczego

trzeba sprawdzać datę ważności?, Co to jest paragon i do czego służy? Co zrobić, gdy kupisz dziurawą piłkę?, O czym informują tajemnicze znaki na opakowaniach?, Dlaczego nie zawsze trzeba korzystać z promocji?, Co chcą nam powiedzieć reklamy?, Co ludzie kupują, a czego nie można nigdzie kupić?, Czy można zrezygnować z pewnych rzeczy (nie kupować ich) i nadal być zdrowym i wesołym?, Czy nowa zabawka zastąpi zabawę z kolegami i rodzicami? Rodzice po szczegółowym zapoznaniu się z podstawowymi prawami konsumentów, „Kolorowan-ką” i podzieleniu się własnymi spostrzeżeniami i refleksjami na temat: zakupów z dziećmi, produktów dla dzieci i wpływu dzieci na wybór towarów kupowanych przez rodziców, planują realizację zadań domowych wypracowanych podczas spotkania. Mogą to być np. poniżej prezentowane sytuacje i zabawy (propozycje zostały opracowane podczas szkolenia dla trenerów nauczycieli przedszkolnych):

- „Samo czy z dorosłym” – na zakupach znajdujemy towary i określamy, które z nich dziecko może kupić samo, a które tylko z rodzicami,
- „Nie można mieć wszystkiego” – rozmowa na temat zachowania się w sytuacji, gdy rodzice nie mogą kupić dziecku jego wymarzonej zabawki,
- „Rozmawiamy o reklamach” – wspólnie oglądamy reklamy (telewizyjne, w czasopiśmie dla dzieci), i rozmawiamy o nich (co lubisz, a czego nie lubisz w reklamach, jak rozumiesz przekaz w reklamie, czy uważasz, że reklama zawsze mówi prawdę, jaką zabawkę chcesz dostać na urodziny i czy widziałeś wcześniej reklamę tej zabawki, czy zabawki, które nie są reklamowane, też są dobre, jakie korzyści twoim zdaniem mają ludzie z oglądania reklam itp.),
- „Dlaczego to wybierasz?” – kupując w sklepie batonik czy sok zastanawiamy się wspólnie, dlaczego dziecko wybrało właśnie ten, a nie inny (czy dlatego, że słyszało o nim od kolegów, czy widziało reklamę, czy dlatego, że lubi taki sok i pije go od dawna w domu),
- „Szczęście bez kupowania” – spędzamy wolny czas bez telewizji i kupowania,
- „Zabawa w sklep” – płacenie, wydawanie reszty, paragonu, reklamacje towaru.

Nauczyciele, realizując program w przedszkolu, odwoływać się będą do tych samych obszarów tematycznych z wykorzystaniem różnorodnych form i metod pracy, które wypracowali podczas warsztatów szkoleniowych.

W przekonaniu autorki – treści edukacyjne dotyczące reklamy pozwolą na wypracowanie i wdrożenie zasad chroniących dzieci i mło-

dzień przed bezmyślnym nabywaniem różnych dóbr materialnych, substancji zmieniających świadomość czy naśladowaniem bohaterów z reklam komercyjnych. Oto propozycja zasad, którymi należy się kierować oglądając reklamy, opracowana przez autorów strony internetowej www.konsumenckieabc.pl:

- Miejmy swój rozum i swoje zdanie. Sami decydujemy, co jest dla nas najlepsze i rzeczywiście potrzebne.
- Podchodźmy do reklamy z dystansem. Świat w rzeczywistości nigdy nie będzie taki, jak w reklamie. Pamiętajmy, że to tylko kolorowa opowieść o produkcie, w której nie wszystko musi być prawdą.
- Nie zapominajmy, że reklamę stworzono po to, by nas do czegoś namówić, abyśmy wydali nasze pieniądze.
- Gdy jesteśmy w sklepie, zastanówmy się chwilę, dlaczego wybieramy taki, a nie inny produkt. Zwróćmy uwagę na napis na etykiecie i cenę. Może się okazać, że zakup nie będzie dla nas wcale taki opłacalny.
- Nie wierźmy, iż modne markowe rzeczy sprawiają, że będziemy lepsi od innych, że zyskamy przyjaciół i sympatię otoczenia.

Program „Moje konsumenckie ABC” ukazuje nie tylko negatywne oblicze reklamy. Uwrażliwia na przekaz reklamy społecznej, w której wykorzystuje się podobne mechanizmy psychologiczne jak w reklamie komercyjnej, a która informuje, edukuje, przed czymś ostrzega lub zachęca do pożytecznego działania na rzecz innych ludzi czy środowiska.

Bibliografia

- Braun-Gałkowska M. (1997), *Reklama telewizyjna a dzieci*, „Edukacja i Dialog”, nr 5.
- Czaczkowska E. K., *Telewizyjne polowanie na dzieci*, <http://www.dobremedia.org.pl/artykuły.php?stan=wybrano&idwybrano=9> (11.05.2006)
- Giza-Poleszczuk A., *Nastolatki wobec reklamy, marek i zakupów. Podsumowanie wyników badań zrealizowanych w ramach kampanii edukacyjnej „Moje konsumenckie ABC”*, http://www.uokik.gov.pl/pl/informacja_i_educacja/educacja/m_konsumenckie_abc/raport_z_bada_polecznych/ (11. 06.2006)
- O programie „Moje konsumenckie ABC” <http://www.ceo.org.pl/dokument.php?dzial=2309&id=54329> (9.06.2006)
- Kuśpit M. (2006), *Dziecko w świecie reklamy*, „Remedium” nr 3, 22-23.

Okulicz-Kozaryn K. (2003), *Teorie psychologiczne w praktyce profilaktycznej*, „Remedium”, nr 12, 36.

Rozporządzenie MENiS z 26 lutego 2002 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół, w: DzU z 2002 r. Nr 51, poz. 458, zm. Dz.U. z 2003 r. Nr 210, poz. 2041.

Sochocki M. (2006), *Mechanizmy i formy wykluczenia*, „Remedium”, nr 4, 2.

Preventive aspects of the ‘My consumer ABC’ educational programme

Summary. The article contains a presentation of the ‘My consumer ABC’ educational programme meant for children and teenagers, which main objectives are: increasing knowledge of young consumers rights, creating a critical approach towards market offer and selling techniques, showing the proper way of using advertisements as a source of information about products and services, strengthening children’s assertive attitude towards advertisements and marketing. The author emphasises the importance of early educating in shaping an attitude of a conscious consumer. Another issue raised is the negative effect that advertisements have on attitudes and opinions of young people, who are not ready to receive marketing actions, and at the same time, are a group especially endangered by all sorts of persuasions and manipulation. The article also clearly shows the need of parents’ active support in shaping consumer attitudes and conscious receivers of all marketing actions.

JOLANTA BORYSZEWSKA

Praktyka profilaktyki – problemy i doświadczenia

Doświadczenie autorki* związane z działaniami profilaktycznymi sięga ćwierć wieku. Wieloletnia praktyka i zdobyta wiedza upoważniają do próby swoistego podsumowania.

Początki działań profilaktycznych

Pedagog praktycznie amator – pedagog teoretycznie ekspert

Pracę w roli profilaktyka zaczynałam jeszcze w okresie studiów – odbywając praktykę w świetlicy. Dzisiaj powiedzielibyśmy w świetlicy socjoterapeutycznej. Było to pomieszczenie w piwnicy, na słynnym warszawskim osiedlu Ursynów, przeznaczone dla młodych osób, które mieszkały w sąsiadujących z nią blokach. Studenci Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW we współpracy z profesjonalistami (kadram Fundacji Ursynów) uczyli się pracy z młodzieżą zagrożoną wszelkimi formami dysfunkcjonalności. Był to proces długotrwały, wspierany wykładami i rodzajem superwizji prowadzonej przez pracowników Fundacji. W tym okresie miałam szansę poznać podstawowe zasady pracy wychowawczej, ale przede wszystkim miałam okazję weryfikować na bieżąco wiedzę teoretyczną sukcesywnie zdobywaną

* Od Redakcji – z racji osobistego charakteru niniejszego artykułu, wynikającego z doświadczeń Autorki, pozostawiono tryb wypowiedzi w osobie pierwszej.

w ramach studiów. Było to doświadczenie bezcenne, głównie z tego powodu, że pozwoliło na wypracowanie nawyku refleksyjnego podejścia do własnych zasobów wiedzy – z jednej strony i nawyku poszukiwania teoretycznej podbudowy dla możliwych praktycznych rozwiązań. Mam wrażenie, że jest to jedna z cenniejszych umiejętności, którą z powodzeniem stosuję do dziś w swojej pracy zawodowej.

Być może dlatego nie byłam zaskoczona doświadczeniami z pierwszego okresu swojej pracy. Wiedziałam, że będą „rozpinały się” one pomiędzy poczuciem posiadania wiedzy, umiejętności, sprawczości, a poczuciem zagubienia, nieporadności i bezradności. Momentem rozpoczęcia pracy na stanowisku pedagoga było powołanie mnie do pełnienia roli eksperta w sprawach – między innymi – profilaktyki. Dyrekcja i nauczyciele odetchnęli z ulgą i nadzieją: jest fachowiec – mamy sprawę profilaktyki załatwioną. Ja wiedziałam, że – mimo pewnych doświadczeń – jestem praktycznie amatorem.

Moje odczucia bycia pedagogiem – praktycznie amatorem, a teoretycznie ekspertem były podzielane przez inne osoby pełniące tę funkcję. Spotykając się, dyskutując, wymieniając doświadczenia stworzyliśmy grupę wsparcia składającą się z pedagogów szkół średnich. Było to niezbędne, ponieważ początek lat 90. XX wieku był trudny dla profilaktyki. Wszystko właśnie powstawało. W zasadzie nie było opracowanych programów profilaktycznych, nie było wypracowanego systemu działań profilaktycznych, a wiedza teoretyczna na ten temat dopiero burzliwie się rozwijała.

Nowy warsztat metodyczny – szansą dla profilaktyki

Zapożyczenia, naśladownictwo, adaptacje

W tym czasie pedagogzy byli w dużej mierze pozostawieni sami sobie. Nie było powszechnie dostępnych przewodników, poradników czy innych opracowań teoretycznych. Oczywiście nie mieliśmy zbyt wielu doświadczeń ani nie było programów profilaktycznych. Spotkania w niewielkim gronie pedagogów szkół średnich (nie było pedagoga w każdej szkole) były bardzo emocjonujące: przekazywaliśmy sobie wiedzę o każdym nowym opracowaniu, szkoleniu czy kursie. Wówczas braliśmy udział niemal we wszystkich formach doszkalania się – płacąc często za nie z własnej kieszeni.

Na kolejnych kursach uczyliśmy się pracy w ramach programów, które były zwykle tłumaczeniami pochodzącymi z zagranicy: To jest Twoja decyzja (1992), Podaj dłoń (Jahnson, 1992) czy Jak żyć z ludźmi? Umiejętności interpersonalne (1991). Nieco później zaczęły być tworzone programy polskiego autorstwa: Nasze spotkania, Noe, Elementarz i później Drugi Elementarz (zmodyfikowany po uwzględnieniu uwag realizatorów pierwszej edycji). Mam wrażenie, że część spośród nich była w różnym stopniu wzorowana na doświadczeniach zachodnich. Jest to ze wszech miar zrozumiałe. Były to projekty działań, które nie mogły opierać się na naszych doświadczeniach, ponieważ ich nie było.

W pewnym momencie pojawiła się koncepcja mówienia do młodych osób ich językiem. Efektem tego był np.: program w ramach kampanii „Nie truj się”, który wykorzystywał naklejki z obrazkami i komentarzami napisanymi językiem młodych osób („Olej to”, „Nie nastukuj się młotku”, „Czubie nie miej w czubie” itp.). Dostarczany był masowo do szkół, opakowany bardzo estetycznie, ale – z mojej wiedzy wynika – niewykorzystywany. Nie był to język pedagogów, a poza tym zanim dotarł do szkół już również nie był to język młodych osób. Myślę, że młodzi ludzie nie oczekują od nas, abyśmy mówili ich językiem, wręcz przeciwnie – oni tego nie chcą. Każdy z nas pełni swoją rolę, której jest przypisany odpowiedni kod językowy. Znam osoby dorosłe, które w sposób naturalny posługują się językiem młodych osób, ale jest ich bardzo, bardzo niewiele. Propozycja programu dla wszystkich szkół całej Polski była mocno nieprzemyślanym i bardzo kosztownym przedsięwzięciem.

Charakterystyczną cechą tamtych czasów było edukowanie pedagogów, dyrektorów do spraw wychowawczych czy typowanych wychowawców do realizacji konkretnego programu. Nie byliśmy edukowani do realizacji profilaktyki rozumianej jako systemowe działanie. W tym okresie dużym osiągnięciem była znajomość metod aktywizujących, które wykorzystywały programy, a same metody stanowiły *novum* w procesie edukacji. Można chyba zaryzykować, że dopiero z tego obszaru zaczęły przenikać do innych dziedzin wiedzy i zaczęły być powszechnie wykorzystywane, aż do momentu, kiedy już nikt nie chciał po raz setny rysować siebie „jako roślinkę”, „jako zwierzątko” czy mówić o sobie w inny alegoryczny sposób. Znakomita większość zarówno prowadzących, jak i uczestników miała opracowane schematy i z dużą sprawnością wykorzystywała je podczas zajęć. Ja sama pamiętam nieprzyjemną sytuację, kiedy grupa pedagogów odmówiła udziału

w kolejnym ćwiczeniu, w którym mieliśmy znów narysować siebie jako kwiatek.

Myślę, że był to naturalny proces: zachwyty, uzyskanie sprawności, udoskonalenie umiejętności i przesyt – rodzaj wypalenia. Bardziej niepokojący był fakt oderwania programów profilaktycznych od realiów lokalnego środowiska, ponieważ były one transponowane w całości, bez uprzedniego diagnozowania środowiska. Był to wynik wprowadzania programów profilaktycznych, a nie profilaktyki. Czasami realizacja programów – w ich zmasowanej formie – przypominała „atak pomocnej ręki” nieadekwatny do potrzeb środowiska.

Pamiętajmy jednak, że to są moje doświadczenia. Być może w innych rejonach kraju wyglądało to inaczej, chociaż kolejne kursy i szkolenia wydają się temu przeczyć. Jednym z pierwszych szkoleń, poszerzonych o „bazę teoretyczną”, było przygotowanie do realizacji programu „Nasze Spotkania”. Później niemal każda propozycja związana z profilaktyką była bogata w obudowę teoretyczną. Nadal jednak ogromnym problemem była umiejętność zdiagnozowania środowiska szkolnego.

Diagnoza podstawą profesjonalnej profilaktyki

Profesjonalny profilaktyk – kompetencja i intuicja

Problem diagnozy jest nieustannie dyskutowany. Spory toczą się nie tylko wokół tego, co prawidłowa diagnoza powinna zawierać, ale nawet, czy jest ona absolutnie niezbędna (Ostaszewski, Borucka, 2005; Gaś, 2005; Wasilewski, 2002). Myślę, że jednak konieczność opracowania diagnozy jest dość oczywista, a sama diagnoza powinna przypominać schemat badania naukowego. Wymaga odpowiedniego doboru osób badanych, narzędzi diagnostycznych, samego przeprowadzenia badań, dokonania analizy zebranych danych i opracowania wniosków – w wypadku profilaktyki – zaleceń dla szkolnego programu profilaktyki (Gaś, 2003, 2004).

Z pozycji praktyka podjęcie próby działań bez jasnego określenia punktu wyjścia wydaje się niewyobrażalnie trudne. Z drugiej strony – właśnie jako praktyk – zdobyłam doświadczenie, które uświadomiło mi, że trafna diagnoza jest wypadkową wielu elementów, a jednym z trudniejszych jest umiejętność interpretacji zebranych danych. Na tym etapie musimy umieć połączyć ogromny zasób wiedzy i doświadczenia

z czymś, co należy chyba nazwać intuicją. Wiele czasu zajmuje układanie zdobytych elementów, tak aby wyłoniła się z nich całość, która pozwoli zidentyfikować braki, nielogiczności, niespójności wymagające uzupełnienia i wyjaśnienia, aby móc później sformułować pytania i określić prawdopodobne odpowiedzi. Diagnoza w profilaktyce pełni identyczną funkcję jak w medycynie – wyznacza działanie. Błędna diagnoza skutkuje podobnie w obu dziedzinach.

Nie chciałabym włączać się w chór malkontentów narzekających na brak umiejętności osób zajmujących się profilaktyką, ale fakt, że sama jestem po „tamtej stronie” może bardziej mnie do tego upoważnia, a jednocześnie jest szczególnie przykrą konstatacją: stan wiedzy i umiejętności osób zajmujących się profilaktyką w szkołach jest zdecydowanie niezadowolający. Jest to szczególnie widoczne, jeżeli chodzi o umiejętność postawienia trafnej diagnozy środowiska szkolnego. Umiejętność ta musi opierać się nie tylko na wiedzy (której brakuje), ale musi być jednocześnie efektem bardzo bogatego doświadczenia (którego również często brakuje) wspartego przez bardzo wnikliwą refleksję (wymagającą całościowego widzenia problemu i dostrzegania jego dynamiki). Mam ogromną pokorę wobec tego zadania, ponieważ jeszcze do dziś pamiętam, jak bardzo trudziłam się jako studentka nad opracowywaniem różnego rodzaju diagnoz w ramach przedmiotu „Diagnoza psychologiczna”.

Zupełnie innym problemem jest gotowość szkoły do przyjęcia – zakładając, że jest ona trafna – diagnozy. Szkoła broni się przed informacjami mówiącymi o tym, że są uczniowie potrzebujący pomocy, że w zasadzie cała szkoła wymaga podjęcia skrupulatnie zaplanowanych działań. Broni się z wielu powodów: natychmiast staje się szkołą, w której „coś” się dzieje, szkołą, której należy się baczniej przyjrzeć, może należy jej unikać – to widzenie z zewnątrz, a od wewnątrz – trzeba coś robić, nad czymś intensywnie pracować, coś zmieniać! Na koniec sam pedagog musi zadać sobie pytanie: co zrobiłem źle, czego nie zauważam, źle interpretuję, na co nie reaguję, że narastają problemy.

Jest wiele powodów, aby szkoła za wszelką cenę starała się łagodzić wnioski płynące z diagnozy, aby w zasadzie ją zafałszowywać. Pamiętam koszmar pani pedagog, która zrobiła rzetelną diagnozę swojej szkoły, a później przez kilka lat musiała walczyć z etykietką przyklejoną do jej szkoły: TAM BIORĄ!

Podobny mechanizm można obserwować w przypadku problemów wychowawczych. Zwerbalizowanie problemu prowadzi wprawdzie do

możliwości uzyskania pomocy, ale jest jednocześnie – w powszechnym odczuciu – komunikatem o tym, że wychowawca nie radzi sobie z klasą. Dlatego też niestety powszechny jest proces polerowania wizerunku klasy czy szkoły. Jak bardzo jest to szkodliwe nie muszę dodawać.

Realizacja działań profilaktycznych

Kto? Kiedy? Co?

Od momentu wprowadzenia obowiązku opracowania szkolnego programu profilaktycznego nieco łatwiej jest mówić o konieczności podjęcia działań w tym zakresie. Już nie rzuca to cienia tylko na naszą szkołę. Jest to oczywisty, niedyskutowalny obowiązek wszystkich szkół. Z jednej strony jest to ułatwienie, ale może warto zastanowić się przy okazji, czy masowe, bardzo energiczne, czasami popisowe działania, nie przynoszą niektórym uczniom krzywdy. Może warto – w ramach walki o autonomię szkół – pozostawić pewien margines swobody poszczególnym dyrektorom, pedagogom, nauczycielom. Może są szkoły, w których znacznie więcej energii i zaangażowania wymagają inne obszary. Mam świadomość, że w ten sposób otwieramy furtkę dla uniknięcia wysiłku związanego z całym procesem budowania szkolnego programu profilaktycznego, ale robienie tego tylko dlatego, że musimy to robić, a do tego musimy to zrobić tak, aby przelicytować innych – nie jest dobrym pomysłem. Ciekawa jestem, czy istnieje w Polsce szkoła, która rzetelnie uzasadniła, że szkolnym programem profilaktycznym nie będzie się w tej chwili zajmowała, ponieważ...

Wróćmy jednak do pytań związanych z realizacją programów profilaktycznych. Bez wątplenia na pytanie „Kto?” jest jedna odpowiedź – wszystkie osoby pracujące z młodzieżą. Pozostaje jednak wątpliwość: kto spośród tych „wszystkich” jest w stanie kompetentnie to robić? Profilaktyka jest gałęzią wiedzy – jak wszystkie inne, której poznawanie jest trudne i czasochłonne. Moje studia trwały pięć lat – podobnie jak inne. Poza tym podobnie jak fizyka czy biologia wiedza z tego zakresu wymaga od nauczyciela nieustannego uzupełniania. Trudno więc od fizyka, biologa czy matematyka wymagać dodatkowo ciągłego uzupełniania wiedzy i umiejętności kluczowych dla prawidłowej realizacji programów profilaktycznych.

Zgodnie z różnego rodzaju opracowaniami twórca programu, ale też i realizator powinien posiadać wiedzę interdyscyplinarną z zakresu medycyny, psychologii (etiologia, epidemiologia i symptomatologia zaburzeń, jakie pojawiają się w procesie rozwoju dzieci i młodzieży), socjologii, kryminologii, ale też oczywiście pedagogiki i psychoprofilaktyki (Szymańska, 2002; Gaś, 2002). Do tego należy dodać, że nauczyciel poza ogromnym zasobem wiedzy powinien mieć świadomość siebie i swojego systemu wartości, dostęp do swoich uczuć i umiejętność ich okazywania, powinien prezentować nienaganną postawę moralną i etyczną, a ponadto być odpowiedzialnym człowiekiem (Prajsner, 2001; Gaś 2002, 2006). Jasne się staje, że wychowawca „przedmiotowiec” będzie miał kłopoty z czuciem się kompetentnym, podejmując działania z zakresu profilaktyki, co oczywiście natychmiast zidentyfikują uczniowie, a co za tym idzie, skuteczność tych usiłowań będzie mizerna, może momentami żałosna – mimo starań nauczyciela. Myślę, że podobnie nieudolna byłabym, usiłując nauczać języka polskiego, który w końcu przecież znam.

Wraca więc pytanie – kto powinien realizować szkolny program profilaktyki? Odpowiedź na to pytanie nie napawa optymizmem...

Nie mniej istotne jest pytanie o to, kiedy znaleźć czas na realizację działań związanych z profilaktyką. Pozostawiam bez komentarza „epizody profilaktyczne” w postaci spektakli czy jednorazowych spotkań z liczebnymi grupami w ramach jednej godziny.

Bazą dla tych działań powinny być oczywiście godziny pozostawione do dyspozycji wychowawcy. Był taki moment (i nadal trwa, np.: w szkołach technicznych), że taka godzina pojawiała się raz na dwa tygodnie! Należałoby do tego dodać, że poza obowiązkiem realizacji zadań związanych z przyjęciem szkolnego programu profilaktycznego, cała szkoła jest uwikłana w niekończący się szereg bardzo absorbujących innych działań wynikających choćby z realizacji procesu dydaktycznego i zadań wychowawczych szkoły (między innymi: tworzenie planów – dydaktycznego, wychowawczego, profilaktycznego, i odpowiednio programów klasowych, planu ścieżek edukacyjnych, diagnoza uczniów na wejściu do szkoły, w trakcie procesu edukacji, na zakończenie, analiza osiągnięć, weryfikacja zamierzeń, opracowanie programu naprawczego, tworzenie zmian w szkolnym systemie oceniania, tworzenie planów wynikowych, bardzo obszerne działania związane z mierzaniem jakości pracy szkoły – w efekcie tego każdy nauczyciel pracuje w czterech-pięciu zespołach). Dodatkowo wszystkie podejmo-

wane działania muszą być po ich zakończeniu – co jest oczywiste – podsumowane w formie obszernych sprawozdań.

A przecież wiemy, że działania zarówno wychowawcze, jak i profilaktyczne są skuteczniejsze, kiedy są prowadzone cyklicznie przez dłuższy czas, dla w miarę jednorodnych grup osób, w atmosferze wzajemnego zaufania i poczucia bezpieczeństwa, które wymaga między innymi stałego kontaktu, kompetencji i czasu, czasu, czasu...

Pozostaje jeszcze jedno pytanie – Jakie programy powinna realizować szkoła? Czy powinna ona sięgać po gotowe projekty posiadające rekomendacje, czy pokusić się o tworzenie autorskiego programu przykrojonego odpowiednio do potrzeb i możliwości swojej szkoły. W przeciwieństwie do okresu, kiedy zaczynałam swoją pracę, propozycja programów w tej chwili jest bardzo bogata. Jest to rzeczywiście „kłęska urodzaju”, a wybór odpowiedniego wymaga znajomości wszystkich propozycji i bardzo wnikliwej wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania naszych uczniów. Nie chciałabym oceniać propozycji dostępnych na rynku, ale z pozycji praktyka – mam dość różne doświadczenia. Złożmy to jednak na karb moich nieumietności, luk w wiedzy, czy wreszcie specyfiki szkoły, w której pracuję.

Wspomniane już programy autorskie pozostawiają zwykle wiele do życzenia. Z przykrością, ponieważ jestem również autorką takich programów, ale zdecydowanie zgadzam się z uwagami Joanny Szymańskiej (2005). Nawet jeżeli program autorski nie będzie plagiatem, jest niewielka szansa na to, że będzie to cenne przedsięwzięcie z powodów niżej określonych: trudności z diagnozą, luk w wiedzy, braku umiejętności, braku zespołu, który odpowiedzialnie stworzyłby projekt, a następnie równie odpowiedzialnie i konsekwentnie uczestniczył w jego realizacji. Myślę, że warto jednak pamiętać o tych szkołach, gdzie takie programy powstały, są rzeczywiście autorskie, a jednocześnie cenne dla uczniów tych szkół.

Jasnym punktem mego doświadczenia są kontakty z nauczycielami i rodzicami uczniów naszej szkoły. Tutaj został wypracowany pewien system. Rzeczywiście posługiwaliśmy się programami mojego autorstwa, a ich realizacja zawsze była poprzedzona zajęciami warsztatowymi dla późniejszych realizatorów. Były to spotkania, w których uczestniczyli wychowawcy i dyrekcja szkoły. Pracowaliśmy metodami aktywizującymi, a ponadto nauczyciele otrzymywali materiały opracowane do prowadzenia kolejnych zajęć czy całych modułów. Efektem tego jest książka, która zawiera zbiór propozycji działań do realizacji w ramach

godzin do dyspozycji wychowawcy. Zostały one zgromadzone na przestrzeni ostatnich piętnastu lat, a więc długo jeszcze przed koniecznością tworzenia szkolnego programu profilaktycznego.

Spotkania z rodzicami odbywały się dość regularnie. Były to trzy formy: spotkanie z rodzicami jednego poziomu klas (temat był narzucany przeze mnie np.: Trudności okresu dorastania), spotkania z rodzicami jednej klasy (temat był określany przez samych rodziców) i oczywiście spotkania indywidualne (byłam obecna „na dyżurach” podczas wszelkich spotkań wychowawców z klasami). Moje spotkania były często uzupełniane przez osoby zapraszane z zewnątrz (np.: psycholog z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej, psycholog z Monaru, psychiatra, policjant zajmujący się nieletnimi itp.). Idea spotkań z rodzicami była oczywista dla mnie od zawsze, a myślę, że zawdzięczam ją moim wykładowcom ze studiów, którzy bardzo często tę oczywistość podkreślali.

Profilaktyka teoretycznie idealna – efekty ciągle niedoskonałe – dlaczego?

Pytania o skuteczność profilaktyki powracają od kilkunastu lat niemal bez przerwy. Odpowiedzi są zwykle dalekie od zachwyty, chociaż swego czasu polska „Ustawa o wychowaniu w trzeźwości” zyskała miano najlepszej w Europie (Wojcieszek, 2003). Dlaczego więc teoretycznie idealnie dopracowana polityka społeczna daje tak dalekie od doskonałości efekty?

Cała moja wypowiedź naszpikowana jest różnego rodzaju wątpliwościami. Pora więc, zgodnie z najlepszą zasadą, nakreślić propozycje rozwiązań lub przynajmniej kierunki możliwych poszukiwań.

Zacznijmy od tego, kto ma zajmować się realizacją działań profilaktycznych. Myślę, że osobą wiodącą powinien być pedagog, ale koniecznie (!) wspierany przez psychologa szkolnego, którzy w ścisłej współpracy z dyrektorem będą tworzyli zespół odpowiedzialny za kreowanie działań profilaktycznych szkoły. Taki skład osobowy jest, moim zdaniem, wersją podstawową. Wydaje się jednak, że skład optymalny takiego zespołu to:

- osoba zajmująca się pomocą materialną,
- prowadząca zajęcia socjoterapeutyczne,
- pedagog,
- psycholog,

- ewentualnie socjolog, który służyłby pomocą przy opracowywaniu diagnoz i
- oczywiście dyrektor.

Ta propozycja pachnie utopią, ale to, co spotykamy w tej chwili w szkołach, zdecydowanie powinno ulec zmianie. Powinna pojawić się chociaż ta najbardziej uboga wersja zespołu do spraw profilaktyki (psycholog, pedagog i dyrektor). Musi to być zespół kompetentnych osób. Możliwość pracy w zespole jest trudna do przecenienia – każda decyzja jest wówczas oparta na wnikliwszej analizie, bardziej wielorakim spojrzeniu. Samo działanie jest łatwiejsze, a ponadto – praca w zespole – daje szansę swego rodzaju bieżącej superwizji. Myślę też, że działania pedagoga i psychologa doskonale się uzupełniają, a udział dyrektora zapewnia „pełne zrozumienie problemu” i możliwość wspierania procesu realizacji przyjętych zamierzeń. Co więcej – jednak zdejmujemy pewien ciężar z nauczycieli „przedmiotowców”, który jest związany np.: z opracowaniem diagnozy. Nie oznacza to oczywiście, że nauczyciele otrzymają gotowy program profilaktyczny dopiero na etapie jego realizacji. Ich udział zawsze będzie cenny, ale w większej mierze dobrowolny.

Na poziomie międzyszkolnym (gminnym, miejskim, dzielnicowym?) proponowałabym stworzenie zewnętrznych zespołów eksperckich. Osoby w nich pracujące nie byłyby związane z żadną szkołą, ale współpracujące z każdą placówką oświatową. Do ich zadań należałoby przede wszystkim:

- troska o poziom kompetencji osób zajmujących się profilaktyką (udział w decyzjach związanych z zatrudnianiem, troska o właściwy proces szkolenia i doszkalania kadry już funkcjonującej),
- pomoc w opracowywaniu i realizacji programów profilaktycznych (zarówno jeżeli chodzi o same konsultacje np.: procesu tworzenia programów autorskich, jak i skrupulatnie zaplanowany proces szkolenia realizatorów programów rekomendowanych, problem finansowania czy inne sprawy o charakterze organizacyjnym),
- troska o ewaluację programów,
- wszelkie formy wsparcia dla nauczycieli, rodziców i ewentualnie uczniów (częste kontakty pozwoliłyby precyzyjnie namierzyć obszary wymagające wsparcia z ich strony, a ponadto, być może rodzicom byłoby łatwiej współpracować z osobą spoza szkoły swego dziecka).

Mam nadzieję, że dzięki temu kluczowe pytanie: kto ma realizować działania profilaktyczne znalazłoby po kilku latach jasną odpowiedź:

pedagodzy i psychologzy zatrudnieni w szkołach we współpracy z dyrekcją i nauczycielami swojej szkoły, a wspierani przez zespół dostępnych ekspertów. W wersji ekskluzywnej wspomagani przez socjoterapeutę i osobę odpowiedzialną za rozdysponowywanie funduszu dla osób potrzebujących wsparcia materialnego.

Oczywiście wszystkie te osoby muszą być odpowiednio wykształcone. Jest to zadanie dla uczelni wyższych. Nie analizowałam programu studiów na tych kierunkach, z których głównie rekrutują się pedagodzy, ale sądząc z programu realizowanego w ówczesnej Akademii Bydgoskiej w ramach studiów dziennych i zaocznych na kierunku pedagogika o specjalności Opiekuńczo-Wychowawcza i Praca opiekuńcza z profilaktyką społeczną (Deptuła, 2002) jest dobrze. Być może jedynie należy upowszechnić taki styl edukacji studentów, ale też wykorzystać tę wiedzę do uzupełnienia procesu edukacji nauczycieli „przedmiotowców”, tak aby stali się w większym stopniu partnerami, współpracując z pedagogiem czy psychologiem szkolnym.

Aby zamknąć rozważania związane z doborem (najlepiej w pełni kompetentnych!) osób zajmujących się profilaktyką na różnych szczeblach, chciałabym zachęcić wszystkich do zwrócenia uwagi na to, jakie wykształcenie mają osoby zajmujące się polityką społeczną na poziomie miasta czy gminy. W wypadku naszego miasta jest to magister inżynier budownictwa... Bez komentarza!

Miejmy jednak nadzieję, że dzięki sukcesywnie budowanej kompetencji, fachowcy przygotowują właściwe programy (zarówno na poziomie szkoły, gminy, miasta jak i kraju), a nauczyciele będą z nimi kompetentnie współpracowali. Kompetencja jest absolutnie niezbędna w procesie tworzenia autorskich programów profilaktycznych, ale oczywiście jest również kluczowa w procesie realizacji gotowych programów rekomendowanych.

Na koniec jednak proponuję, aby – mając zaufanie do poziomu wykształcenia przyszłych kadr profilaktyków – pozostawić szkołom większy margines swobody nie tylko w doborze treści i form działań, ale również czasu realizacji. Upieram się, że profilaktyka „na gwizdek” ma mniejszy sens niż inne działania proponowane przez kompetentne osoby dobrze znające potrzeby swoich uczniów, rodziców i nauczycieli. Być może w którymś roku pracy szkoły będzie coś innego istotniejszego do realizacji niż program profilaktyczny, być może są szkoły o takim profilu, gdzie wystarczy dobrze prowadzony proces wychowania i edukacji.

Jeszcze jedno pytanie pozostaje bez odpowiedzi – kiedy? Bez wątpienia muszą wrócić cotygodniowe godziny do dyspozycji wychowawcy. Powinny być one uzupełniane działaniami pozalekcyjnymi. Jeżeli bazą skuteczności profilaktyki jest autentyczność relacji z prowadzącym – musimy prowokować takie sytuacje, które dadzą szansę powstaniu tego typu relacji. Musi to być poza lekcjami, może nawet poza szkołą. Wiem, że jest to możliwe. W przypadku naszej szkoły od kilku lat funkcjonuje Klub Rowerowy (dorobiliśmy się nawet książkowego wydania przewodnika po okolicach naszego miasta). Przez kilka miesięcy w roku wyruszamy w sobotę na trasy. Jest wiele okazji, aby porozmawiać z uczniami, aby wspólnie uczestniczyć w bardzo różnych zdarzeniach. Dla mnie jest to bezcenne doświadczenie. Ponadto, od ponad dwudziestu lat trzy razy do roku wyrusza w góry Klub Beskid. Opiekunami są: matematyk, historyk i polonista. Nie są to działania prowadzone pod hasłem „profilaktyka”, ale to jest – moim zdaniem – najczystszej wody profilaktyka.

Gdyby nauczyciele mogli (musieli?) spędzać więcej czasu w szkole, w swojej sali, lub innym powszechnie dostępnym, ale pozwalającym zachować pewien stopień intymności pomieszczeniu (nie w pokoju nauczycielskim!) – byłaby okazja do wypracowania innych form relacji z uczniami. Na to trzeba czasu. Być może początkowo byłaby to okazja do rozmów, możliwość udzielenia pomocy w zakresie własnego przedmiotu, a być może później pojawiłaby się inna propozycja współpracy. Myślę, że tak tworzona koncepcja pracy z młodymi osobami jest naturalna, a przez to dla nich autentyczna, wiarygodna. Daje im czas na oswojenie się z nami, daje im pretekst do rozmów, do wymiany poglądów, do podpatrywania naszych reakcji, postaw.

Mam świadomość, że propozycja zatrzymania nauczycieli w szkole na dłużej jest bardzo ryzykowna, ale chyba już w tej chwili nieunikniona. Jeżeli jednocześnie dostaliby oni możliwość wykonywania niektórych prac, które zwykle zanoszą do domu, na miejscu – nie napotkałoby to na zbytne opory. Prawdopodobnie jest to koncepcja możliwa do rozważenia tam, gdzie szkoła nie pracuje w systemie zmianowym, gdzie gminę stać na doinwestowanie szkoły. Powtórzę znaną wszystkim prawdę, że każda złotówka wydana na profilaktykę daje kilkakrotny zysk, że terapia jest zbyt kosztowna dla naszego kraju i czasami nie kończy się pomyślnie, a zatem powstaje grupa osób, której egzystencja w całości zależy od środków społecznych. Za zwiększeniem dotacji na profilaktykę przemawiają twarde prawa ekonomii.

Na koniec chciałabym podzielić się dość przewrotną uwagą związaną ze skutecznością profilaktyki.

Niedawno odbyła się dyskusja na temat przyczyn „epidemii depresji” wśród młodych Amerykanów (Czapiński i in., 2005). Epidemii, która pojawiła się w państwie znajdującym się na najwyższym poziomie rozwoju, który może tylko budzić podziw. Psycholodzy, poszukując przyczyn tego zjawiska, mówili o tym, że młodym osobom zostało odebrane prawo, a może raczej okazja do przeżywania złego samopoczucia, niezadowolenia z siebie. Powszechna troska o budowanie wysokiej samooceny uniemożliwia to, a konstatowanie faktu własnej niedoskonałości, niemożności, nieumiejętności jest z punktu widzenia psychologii cenne. Jest prawdziwym komunikatem o tym, jak funkcjonujemy w naszym otoczeniu. Daje szansę trenowania własnej wytrwałości, konsekwencji, odporności w pokonywaniu trudności. Poza tym, jeżeli nie nauczymy się tolerować i przezwyciężać smutku, lęku i gniewu, to nie nauczymy się doświadczać zaangażowania (Seligman, 2000).

Chciałabym przetransponować to na grunt profilaktyki. Być może w tym obszarze działa podobny mechanizm u osób, które tylko poprzez własne doświadczenie są w stanie czegoś się nauczyć. Mają – nazwijmy to – taki styl poznawczy. Nie chodzi o to, że ich zdolność przyswajania informacji jest ograniczona. Chodzi o taki styl zbierania informacji, który musi być oparty na autentycznych, silnych, czy wręcz ekstremalnych – koniecznie własnych – doświadczeniach. Być może – właśnie przewrotnie – im lepsza profilaktyka, tym wytrwalej będą dążyły takie osoby do możliwości zmierzenia się – w swoim pojęciu – z ważnymi dla nich wyzwaniem. Nie chciałabym użyć określenia: intuicyjnie czują, że ważne jest samodzielne, autentyczne zmaganie się z wyzwaniem w postaci np.: pokusy związanej z narkotykami. Dla takich osób jedyną formą działań profilaktycznych będzie stworzenie alternatywnych, społecznie akceptowalnych wyzwań, z którymi będą musieli się zmierzyć przy świadomie minimalnej pomocy przyjaciół...

Myślę, że to może obrazować, jak różna musi być profilaktyka, aby była skuteczna. Nie ma możliwości stworzenia „odgórnej”, wyczerpującej listy potencjalnych działań, kolejnych programów i skrupulatnego zaplanowania procesu ich realizacji. Musimy zakładać konieczność podejmowania różnorodnych działań autorskich – w bardzo szerokim pojęciu. Aby jednak były one skuteczne, muszą robić to osoby kompetentne. Wówczas – jakiegokolwiek będą to propozycje – będą oparte na rzetelnej wiedzy i głębokiej refleksji. Za „jakość” wykształcenia takich osób odpowiedzialne są uczelnie.

Podsumowanie

Droga, jaką przeszła profilaktyka w ciągu ostatniego ćwierćwiecza, jest imponująca. Pedagodzy przechodzą od amatorstwa do profesjonalizmu. Jest ich jednak ciągle zbyt mało i często, realizując programy, pozostają bez wsparcia. Rzeczywiście posługują się już nie przypadkowymi narzędziami, a programami stworzonymi na miarę potrzeb naszej społeczności. Sugerowałabym jednak pozostawienie większej swobody realizatorom programów.

Nadal pozostaje problem, kto ma wspierać „zawodowych profilaktyków” i kiedy profilaktyka powinna być realizowana – nad tym niestety trzeba nadal debatować i szukać rozwiązań.

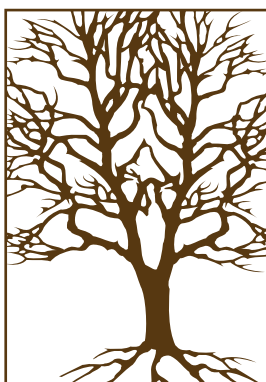
Bibliografia

- Badanie zapotrzebowania na profilaktykę w szkole*, (2004), (red.) Gaś Z., Wyd. MENiS, Warszawa.
- Deptuła M. (2002), *Przygotowanie pedagogów do profilaktyki uzależnień*, „Remedium”, nr 12, 32-34.
- Gaś Z. (2002), *Od wychowania do profilaktyki*, „Remedium”, nr 12, 8-11.
- Gaś Z. (2003), *Szkolny program profilaktyki. Istota, konstruowanie, ewaluacja*, MENiS, Warszawa.
- Gaś Z. (2005), *Diagnoza zapotrzebowania na profilaktykę w szkole – zagrożenie czy szansa?*, „Remedium”, nr 11-12, 18-19.
- Gaś Z. (2006), *Współczesny nauczyciel a wyzwania profilaktyki*, „Remedium”, nr 3, 6-7.
- Jahnsen D. W. (1992), *Podaj dłoń. Wydawnictwo Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości*, Warszawa.
- Jak żyć z ludźmi? Umiejętności interpersonalne* (1991), *Program Profilaktyczny dla młodzieży*, MEN, Warszawa.
- Ostaszewski K., Borucka A. (2005), *Obszary diagnozy w szkole*, „Remedium”, nr 9, 1-3.
- Prajsner M. (2001), *Trudne pytania*, „Remedium”, nr 12, 1-4.
- Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, (2005), (red.) Czapiński J., Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Seligman M. E. P. (2000), *Positive psychology*, [w:] *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E. P. Seligman*, (red.) J. E. Gillham, Philadelphia.

- Szymańska J. (2002), *Standardy szkolnych programów profilaktycznych*, „Remedium”, nr 12, 5-7.
- Szymańska J. (2005), *Co chodzi w szkołach, czyli oferta programów profilaktycznych*, „Remedium”, nr 11-12, 8-9.
- To jest Twoja decyzja, Metoda edukacji do zdrowia* (1992), Wydawnictwo Instytutu Matki i Dziecka – Zakład Pediatrii Społecznej i Medycyny szkolnej, Warszawa.
- Wasilewski C. (2002), *Diagnoza profilaktyczna*, „Profilaktyk”, nr 3-4, IX-XVI.
- Wojcieszek K. A. (2003), *„Prakseologia walki” w polskiej profilaktyce lat dziewięćdziesiątych*, „Remedium”, nr 12, 8-10.

Prophylaxis in practice

Summary. The tasks connected with prophylaxis are one of the most important areas in schools. Until recently schools did not have suitable prevention programs. At present, the situation is far better because there is a range of programs available well suited to the needs of the society. Unfortunately, the problem related to the competence of people carrying the programs out still exists. So far it has been a pedagogue that was mainly responsible for this. It seems, however, that one person is not enough. In order to deal with this job effectively, there should be a team consisting of a pedagogue, a psychologist and the headmaster. To achieve even better results, these people need financial assistance and someone responsible for sociotherapy. Another problem is providing necessary time and funds to take full advantage of the projects and maximise the results.



część trzecia

**Profilaktyka
adresowana
do grup ryzyka**

ANNA MARZEC-TARASIŃSKA

Rodzina długotrwale bezrobotna jako rodzina dysfunkcyjna – charakterystyka i formy pomocy

*W państwie rządzonym dobrze wstyd być biednym,
w państwie rządzonym źle – bogatym*
Konfucjusz

Bezrobocie jest w doświadczeniach ludności krajów postkomunistycznych zjawiskiem nowym i nieznanym. Okres 45 lat istnienia systemu realnego socjalizmu z programową gwarancją pełnego zatrudnienia był wystarczająco długi (życie dwóch pokoleń), aby ze świadomości ludzi wyeliminować poczucie zagrożenia utraty pracy (Kryczka, 1997). Zjawisko bezrobocia pojawiło się w Polsce w 1990 roku nagle, rosło w bardzo szybkim tempie i obecnie swym zasięgiem obejmuje ponad 3 miliony osób, zaś stopa bezrobocia wzrosła do 19,7% w 2002 roku. Nieoczekiwana zmiana na rynku pracy była zaskoczeniem dla wszystkich. Brakowało doświadczeń i nikt w Polsce nie był przygotowany do masowego bezrobocia (Reszke, 1999).

Charakterystyka zjawiska bezrobocia w Polsce

Należy zaznaczyć, iż bezrobocie w naszym kraju ma charakter strukturalny, tzn. spowodowane jest niedopasowaniem struktury podaży pracy (głównie pod względem kwalifikacyjnym i zawodowym) do struktury zmieniającego się popytu towarowego i produkcji; ma ono charakter trwały (por. Unolt, 1999); ubożenie bezrobotnych zaczyna się od znacznie niższego poziomu zamożności niż w krajach Europy Zachod-

dniej, w związku z tym przebiega znacznie szybciej. Bieda bezrobotnych jest często związana z długotrwałością bezrobocia. Ci, którzy nie mają prawa do zasiłku, zwykle stają się podopiecznymi ośrodków pomocy społecznej (Reszke, 1999). A im mniejsza miejscowość i mniej uprzemysłowiony region, tym trudniej znaleźć zarówno stałą pracę, jak i dorywcze zajęcie (Ratajczak, 2004).

W rezultacie biernej polityki kolejnych rządów Polska pobiła sześć (niechlubnych) rekordów (za Kabaj, 2005) w sferze zatrudnienia, bezrobocia, ubóstwa i wykluczenia społecznego:

- 1. Rekordowy spadek zatrudnienia.** W ciągu piętnastu lat polskiej transformacji zlikwidowano w Polsce prawie pięć milionów miejsc pracy, a liczba osób w wieku zdolności do pracy zwiększyła się aż o 2,1 mln. W okresie sześciu lat 1999-2004 przeciętne zatrudnienie w gospodarce zmniejszyło się o blisko 1,3 mln osób, tj. o 13%. Tak głęboki ubytek miejsc pracy wystąpił równoległe z wyższym przyrostem zasobów pracy, które zwiększyły się o 800 tys. osób a liczba absolwentów szkół wyższych wyniosła w tym okresie aż 1,5 mln. Polska znalazła się obok Turcji w grupie krajów o najniższej stopie zatrudnienia.
- 2. Najwyższy poziom bezrobocia.** W rezultacie tych procesów (spadku zatrudnienia i wzrostu zasobów pracy) bezrobocie zwiększyło się z 1,8 mln osób w 1998 roku do 3 mln. pod koniec 2004 roku. Stopa bezrobocia nadal przekraczała 19%. Spośród 25 krajów UE tylko jeden kraj (Słowacja) miał stopę bezrobocia zbliżoną do polskiej (16,9%). W żadnym innym kraju OECD lub UE stopa bezrobocia nie przekroczyła 11%. Średnia stopa bezrobocia w krajach starej UE wynosiła 8% i była ponaddwukrotnie niższa niż w Polsce. W 12 krajach w transformacji średnia stopa nie przekroczyła 10% (np. na Węgrzech – 6,2%, w Czechach – 8,3%, na Słowenii – 5,8%).
- 3. Najwyższe bezrobocie długotrwałe.** Największym problemem współczesnej Polski jest bezrobocie długotrwałe (powyżej 12 miesięcy bez pracy) lub bezrobocie bardzo długotrwałe (powyżej 24 miesięcy bez pracy). W końcu 2004 roku w polskich urzędach pracy zarejestrowanych było 1565 tys. osób pozostających bez pracy powyżej 12 miesięcy. Stanowili oni 52% ogółu bezrobotnych, a stopa bezrobocia długotrwałego osiągnęła 10%. Wśród długotrwałe bezrobotnych 2/3, tj. 1055 tys. osób (67%), pozostawało bez pracy ponad 24 miesiące.
- 4. Najwyższa stopa bezrobocia młodzieży.** Jednym z największych polskich problemów jest niezwykle wysoka stopa bezrobocia mło-

dzieży (15-24 lata), która w ostatnich czterech latach przekroczyła 39% i była ponaddwukrotnie wyższa niż stopa bezrobocia ogółem. Średnia stopa bezrobocia młodzieży w krajach OECD wynosiła 13,3% pod koniec 2003 roku, czyli była trzykrotnie niższa niż w Polsce. Należy dodać, że charakterystyczną cechą polskiego bezrobocia jest to, że dotyka ono najbardziej ludzi w wieku mobilnym, a więc od 18-44 lat.

- 5. Marginalizacja zasiłków.** W większości krajów UE władze publiczne mają obowiązek zaoferować bezrobotnemu pracę, szkolenie lub zasiłek. Zasiłek jest ostatnim „rozwiązaniem”, gdy nie mogą być zrealizowane dwa pierwsze. W krajach UE 75% otrzymuje zasiłki z ubezpieczenia od bezrobocia, pozostali – zasiłki socjalne. Średnia wysokość zasiłku, który otrzymuje bezrobotny (łącznie z dodatkami socjalnymi, rodzinnymi i mieszkaniowymi), wynosi 55% przeciętnego wynagrodzenia. Polski system zabezpieczenia bezrobotnych różni się diametralnie od systemów dominujących w innych krajach.

Po pierwsze, na blisko 3,1 mln bezrobotnych 446 tys. otrzymywało zasiłki, a więc tylko 14,4%, a 85,6% utraciło prawo do zasiłków (dane za styczeń 2005 roku). Warto przypomnieć, że w 1990 roku 79% bezrobotnych otrzymywało zasiłki, a w 1995 roku jeszcze 55%. W niektórych województwach (lubelskie, śląskie, podlaskie, podkarpackie) tylko 1-12% zarejestrowanych bezrobotnych otrzymuje zasiłki. W woj. lubelskim w 60 gminach tylko od 1% do 5% bezrobotnych otrzymuje zasiłki. Po drugie, poziom zasiłków jest niezwykle niski w relacji do przeciętnego wynagrodzenia; wynosi on od 17% do 25%. Poziom zasiłków odbiega znacznie od standardów międzynarodowych, które przyjmują, że powinny one mieścić się w granicach co najmniej 40-50% przeciętnego wynagrodzenia (w zależności od sytuacji rodzinnej bezrobotnego). Po trzecie, okres pobierania zasiłku, który wynosił w przeszłości 12-18 miesięcy, skrócono w większości powiatów (w około 75%) do 6 miesięcy.

- 6. Rosnąca sfera ubóstwa i wykluczenia społecznego.** W rezultacie wzrostu bezrobocia i dezaktywizacji ludzi zdolnych do pracy oraz dużej polaryzacji dochodów rozszerzyła się znacznie sfera ubóstwa i wykluczenia społecznego. W okresie transformacji (1990-2003) PKB zwiększył się o 1/3, a dochody ludności wzrosły o blisko 40%. Jest paradoksem, że w tym samym okresie rozszerzyła się znacznie sfera ubóstwa. Liczba osób nieuzyskujących dochodów na poziomie minimum socjalnego (21 zł dziennie na osobę) zwiększyła się czterokrot-

nie, prawie trzykrotnie wzrosła liczba osób nieuzyskujących dochodów na poziomie minimum egzystencji (10 zł dziennie). Ponad 7 mln Polaków nie uzyskuje dochodów na poziomie ustawowej granicy ubóstwa (14 zł dziennie na osobę).

Równocześnie gwałtownie wzrosły wynagrodzenia i dochody osób zaliczanych do najwyższego decyla. Relacja między dochodami najwyższego a najniższego decyla zwiększyła się z 5,3 w 1990 roku do 10,7 w 2002 roku. Udział w dochodach ogółem 10% Polaków (pierwszego najniższego decyla) zmniejszył się w okresie transformacji o połowę. Ubóstwo dotyka różne grupy ludności, także ubogich pracujących, ale głównie ludzi pozbawionych pracy, żyjących z zasiłków lub pomocy społecznej, a szczególnie osoby pozbawione zasiłków, korzystających z pomocy rodziny (76% bezrobotnych korzystało wyłącznie z pomocy rodziny), (Kabaj, 2005).

Województwami o najwyższym poziomie warunków życia były w 2005 roku pomorskie, lubuskie i opolskie, a o najniższym świętokrzyskie, podlaskie i kujawsko-pomorskie. Natomiast najwyższa jakość życia na różnych wymiarach (materialnym, cywilizacyjnym, społecznym, psychologicznym w 2005 roku charakteryzuje osoby zamożne, mieszkańców Warszawy, Wielkopolski i woj. pomorskiego. Najniższą jakość życia stwierdzono wśród mieszkańców województw lubelskiego i warmińsko-mazurskiego (Czapiński, Panek, 2006).

Zaburzenia w realizacji podstawowych funkcji przez rodziny długotrwale bezrobotne

Już sama analiza danych statystycznych ukazuje, jak tragiczna jest sytuacja bezrobotnych w Polsce. Za tymi liczbami kryją się dramaty ludzkie, nie tylko samych bezrobotnych, lecz także ich rodzin. Jeżeli w styczniu 2005 roku liczba bezrobotnych wynosiła około 3,1 mln osób, to przyjmując, że większość z nich żyje w rodzinie, można stwierdzić, iż ponad 10 milionów Polaków jest bezpośrednio dotkniętych dramatem bezrobocia.

Jak w takiej rzeczywistości społeczno-ekonomicznej funkcjonują rodziny długotrwale bezrobotnych? Jak realizują podstawowe funkcje przypisane rodzinie jako podstawowej grupie społecznej?

Bezrobocie, zwłaszcza długotrwale, w poważnym stopniu zakłóca funkcjonowanie rodziny, a nawet może prowadzić do jej rozbicia (Ko-

łaczek, 1992; Tomza, 1992; Kotlarska-Michalska, 1994; J. Pilch, 1995; Graniewska, 2001a; Dyczewski 1994; Rymarz, 1999; Balcerzak-Paradowska, 1994, 2004; Rostowska, 2001; Matyjas 2003). Dotychczasowe badania wskazują, że długookresowe bezrobocie wywiera wysoce degradujący i dezorganizujący wpływ na realizację podstawowych funkcji rodziny: ekonomicznej, opiekuńczo-wychowawczej, emocjonalno-ekspresyjnej, socjalizacyjnej i prokreacyjnej.

W pierwszej kolejności załamaniu ulega realizacja funkcji ekonomicznej rodziny, która bezwzględnie musi być spełniana, jeśli rodzina ma trwać i rozwijać się (por. Graniewska, Balcerzak-Paradowska, Głogosz, 1994; Raczkowska, 1994; J. Pilch, 1995; Matyjas, 2003; Balcerzak-Paradowska, 2001, 2004). Brak pracy oznacza utratę podstawowego źródła dochodu. Inne źródła dochodu: zasiłek dla bezrobotnych i zasiłek z pomocy społecznej nie rekompensują utraconego wynagrodzenia. Bezrobocie jest najczęstszym czynnikiem powodującym ubóstwo. W gospodarstwach domowych, w których jest przynajmniej 1 osoba bezrobotna, poniżej relatywnej granicy ubóstwa żyło trzykrotnie więcej osób niż w gospodarstwach bez osób bezrobotnych (Balcerzak-Paradowska, 2004). Pauperyzacja społeczeństwa (57%) polskiego pozwala wnioskować, że co druga osoba w naszym kraju nie radzi sobie z rozwiązywaniem problemów ekonomicznych lub żyje w ubóstwie (Maślanka, 2001). Większość rodzin dotkniętych bezrobociem (54%) nie ma możliwości zaspokojenia żadnych innych potrzeb poza podstawowymi a w 12% nie wystarcza dochodów nawet na żywność (Balcerzak-Paradowska, 2004).

W szczególnie dramatycznej sytuacji materialnej znajdują się rodziny wielodzietne, które należą do najuboższej grupy ludności (Dyczewski, 1994; Tomza, 1992; Roter, 2001; T. Pilch, 2001; Stochmiątek, 2002) i samotne, bezrobotne matki (Kończak, 1992; Tomza, 1992; Warzywoda-Kruszyńska, 2002). Wysokość zasiłku dla bezrobotnych nie pozwala nawet na zaspokojenie osobistych potrzeb bezrobotnego, a przecież zwykle w rodzinie są dzieci i inne niepracujące osoby, które trzeba utrzymać (J. Pilch, 1995). Bezrobocie długotrwale prowadzi do występowania istotnych ograniczeń konsumpcyjnych. Poziom życia rodzin bezrobotnych obniża się, a wraz z nim ulega zmianie stopień i ilość możliwych do zaspokojenia potrzeb jej członków. Zmiana ta ma charakter ilościowy i jakościowy (Urbanik, 1997). Następuje ograniczenie wydatków w pierwszej kolejności na kulturę, wypoczynek, turystykę. Często są też oszczędności na ubraniu i wyżywieniu. Spośród bezrobotnych co druga osoba określa czynione oszczędności jako „rezygnację ze wszystkiego”,

co nie jest niezbędne do przeżycia. Ograniczenia obejmują nawet wydatki na żywność i chociaż najbardziej chronione jest odżywianie dzieci, to jak wynika z badań Instytutu Matki i Dziecka, co szóste dziecko w wieku od 9 do 15 lat jest niedożywione, pierwszego śniadania nie je aż 16% uczniów ze wsi i 14% z miasta, a każdego dnia 50 tysięcy dzieci głoduje (Wagner, 2001). W co trzeciej rodzinie bezrobotnych brakuje nawet na najtańszą żywność (Graniewska, 1994) a co druga rodzina systematycznie staje przed wyborem zakupu żywności i odzieży, a dokonaniem niezbędnych opłat związanych z posiadaniem mieszkania (Urbanik, 1997). Najbardziej obciążające w opinii bezrobotnych są wydatki mieszkaniowe. Wysokość czynszów uniemożliwia ich systematyczne opłacanie. Zaległości narastają, narasta też poczucie zagrożenia eksmisją. Poza możliwościami rodzin bezrobotnych pozostaje zaspokojenie potrzeb kulturalnych i w niektórych przypadkach edukacyjnych. Jest to szczególnie ostro widoczne w przypadku wyboru przez dzieci szkół ponadpodstawowych, który jest zdeterminowany możliwościami finansowymi rodziny (Urbanik, 1997).

Najdłużej ochraniają się potrzeby dzieci, ale w przypadku długotrwałego bezrobocia i tych nie można zaspokoić. Tymczasem zaspokojenia potrzeb dzieci nie wolno odkładać „na później”. Niedożywienie dzieci, zaniedbania higieniczne, lecznicze czy edukacyjne nie dadzą się nadrobić w najbardziej nawet „świetlanej przyszłości”, a pokolenie, którego udziałem w dzieciństwie będą te deprivacje, stanie się obciążeniem – także ekonomicznym – dla całego społeczeństwa, zamiast być kreatorem jego i swojego dobrobytu (J. Pilch, 1995). Bieda długotrwała w okresie dzieciństwa obniża średnio współczynnik inteligencji o 9 punktów, a krótkotrwała o 4 w porównaniu z równolatkami, którzy nigdy nie doznali biedy (za Warzywoda-Kruszyńska, 2002).

Równie dramatyczny jest społeczny wymiar bezrobocia. Zakłócenia na rynku pracy mogą powodować spadek dochodu narodowego. Powodują patologie społeczne – w tym głównie alkoholizm, narkomanię, lekomanię (większość osób bezrobotnych, głównie kobiety, przyjmuje środki uspokajające i przeciwbólowe). Długość okresu pozostawiania bez pracy ma często związek z sięganiem po środki medyczne. Obserwuje się również gwałtowny wzrost liczby przestępstw, głównie w województwach i rejonach objętych strukturalnym bezrobociem (Raczkowska, 1994; Rostowska, 2000; Mierzwiński, 2003; Dyczewski, 2005).

Ograniczone możliwości materialnego zabezpieczenia członków rodziny odbijają się na realizacji funkcji opiekuńczo-wychowawczej.

Bożena Balcerzak-Paradowska (2004) wskazuje na występujące zmiany tej funkcji w dwóch kierunkach. Z jednej strony umacnia się forma osobistej opieki matki nad dzieckiem, spowodowana bezrobociem kobiety. Z drugiej strony kobiety mające pracę często nie wykorzystują w pełni urlopu wychowawczego z powodu bezrobocia męża. Możliwość osobistego zajęcia się dzieckiem przez bezrobotnego rodzica, ale przede wszystkim spadek poziomu życia są przyczyną rezygnacji z usług placówek opiekuńczo-wychowawczych, zwłaszcza z przedszkoli. Ograniczenie dostępności tego rodzaju usług z powodu braku pieniędzy stanowi w wielu przypadkach pierwszą barierę zmniejszającą równość szans edukacyjnych dzieci z rodzin dotkniętych bezrobociem. Edukacja przedszkolna jest podstawą sukcesu szkolnego dzieci ze środowisk charakteryzujących się niskim poziomem statusu społeczno-ekonomicznego (por. Putkiewicz i in., 2001).

Zubożenie powoduje ograniczenie lub niemożność inwestowania w rozwój i wykształcenie młodego pokolenia. Bieda w rodzinach bezrobotnych wyostreza problemy związane z wykształceniem dzieci (Graniewska, 2001a). W ostatnich latach zminimalizowano wymiar zajęć pozalekcyjnych w szkołach. Jednocześnie nastąpiła komercjalizacja placówek oświaty pozaszkolnej. W tej sytuacji te ważne formy rozwoju i wychowania dziecka są niedostępne dla tych, których rodziców nie stać na ponoszenie dodatkowych opłat. W rodzinach bezrobotnych obserwuje się obniżanie aspiracji edukacyjnych dzieci starszych w związku ze stanem niepewności i zagrożenia ekonomicznego. Prawie połowa rodziców brała pod uwagę możliwość rezygnacji z dalszego kształcenia swoich dzieci (Tomza, 1992; Matyjas, 2005).

Obniża się pozycja dzieci bezrobotnych rodziców w środowisku rówieśniczym i szkolnym. Dzieci te są źle widziane przez rówieśników, a także i przez nauczycieli (Tomza, 1992). Czując się źle w swoim dotychczasowym środowisku rówieśniczym, szukają nowych kontaktów, nie zawsze korzystnych ze względów wychowawczych. Dzieci odczuwają odmienną swoją sytuację w porównaniu z rówieśnikami. Ograniczenie kontaktów koleżeńskich, izolowanie się od rówieśników w wielu przypadkach związane jest ze staraniami dzieci, aby ukryć fakt, że rodzice są bez pracy, że warunki – w jakich żyją, odbiegają od warunków występujących w domach ich koleżanek i kolegów. Dzieci te wstydzą się swojej sytuacji, oddalają się coraz bardziej od kolegów, a ci z kolei nie chcą się z nimi przyjaźnić. Dotkliwiej są odczuwane te zewnętrzne (w przeciwieństwie do wprowadzanych przez nich samych)

ograniczenia w kontaktach rówieśniczych, kiedy to one są odsuwane i izolowane (Głogosz, 1994). Uczą się odrzucenia przez zasobniejszych rówieśników, co z kolei pogłębia proces stygmatyzowania ich przez społeczeństwo. Bywają częściej upokarzane, odrzucane w procesie socjalizacji – następuje przesunięcie norm, porażek i sukcesów. Sieć kontaktów społecznych ogranicza się do przebywania wśród rówieśników o podobnych socjobiografiach. Odrzucenie społeczne powoduje znajdowanie akceptacji w negatywnych, jednorodnych grupach rówieśniczych o silnej więzi. Wchodzenie w negatywne grupy rówieśnicze dzieci z rodzin dotkniętych ubóstwem staje się początkiem reprodukcji ubóstwa w następnych pokoleniach i tworzeniem się polskiej *underclass* po przemianach ustrojowych (por. Roter, 2001).

Sytuacja szkolna dzieci z rodzin dotkniętych bezrobociem jest gorsza niż dzieci wychowujących się w rodzinach, których problem ten nie dotyczy. Dzieci te wskazują w sposób jednoznaczny, że szkoła jako instytucja, sprzyja i wtórnie determinuje (po grupach pierwotnych – nieformalnych) usadowienie ich w najniższych statusach w strukturze społecznej (Roter, 2001). Szkoła jest dla nich środowiskiem nieprzyjaznym, terenem niezdrowej rywalizacji, źródłem złego samopoczucia i stresu (Zawada, 2002). Etykietowanie dziecka wzmacnia się z powodu niemożności wypełniania roli ucznia. Nabyty odruch odrzucenia zaczyna również funkcjonować w szkole, ponieważ dzieci odczuwają inność i dezaprobatę w warunkach szkolnych. Trudnościami dodatkowymi są zazwyczaj: brak przyborów szkolnych, częsta absencja, niedożywienie, brudne ubranie, brak akceptacji w klasie. Sprzyja to niepowodzeniom szkolnym, które z każdym rokiem się pogłębiają. Powodowane to jest nie tylko słabymi ocenami w postępach w nauce, ale również niskimi notami z zachowania. Nauczyciele szybko akceptują, że dziecko nie jest w stanie spełnić wymaganych kryteriów dydaktycznych. Takie destrukcyjne myślenie o uczniu przez nauczyciela znajduje odzwierciedlenie w jego postawie, powodującej dobre samopoczucie pedagogów – jako efekt Pigmaliona (samospełniającej się „diagnozy wejściowej”). Konsekwencją tego jest przyzwyczajanie się do złego funkcjonowania dziecka w szkole i stępienie wrażliwości nauczycieli na jego problemy (por. Roter 2001; Szymański, 1996; T. Pilch, 2001; Matyjas, 2005). Współczesna szkoła zamiast niwelować nierówności społeczne *de facto* utrzymuje je, a nawet pogłębia (patrz T. Pilch, 1997; Kwieciński, 2005; Kawula, 2005).

Wielu badaczy wskazuje, iż deprywacja w zakresie funkcji opiekuńczo-wychowawczej prowadzi do zaburzeń w rozwoju fizycznym,

psychicznym i społeczno-osobowościowym dzieci oraz przyczynia się do wzrostu patologii społecznych.

Funkcja emocjonalno-ekspresyjna, tak istotna dla spójności i trwałości rodziny, to niezwykle wrażliwa i skomplikowana sfera interakcji między małżonkami, między rodzicami i dziećmi oraz działań związanych z kontaktami rodziny z szerszym środowiskiem rodzinnym i społecznym (Graniewska, 1994).

Badania (Głogosz, 1994; J. Pilch, 1995) wykazują, że w pierwszej fazie bezrobocia następuje konsolidacja, zacieśnienie i pogłębienie więzi rodzinnych. Bezrobotni otrzymują wsparcie psychiczne od innych członków rodziny. Starsze dzieci oferują swoją pomoc, poczucie odpowiedzialności, zamiary wcześniejszego podjęcia pracy. Ale wraz z wydłużaniem się okresu bezrobocia następuje pogorszenie samopoczucia osoby, która utraciła pracę, staje się ona rozdrażniona, lękliwa, obniża się jej poczucie wartości. Złe samopoczucie rodzi konflikty, kłótnie, których podłożem jest brak pieniędzy, niemożność realizacji potrzeb dzieci i rodziny (Kotlarska-Michalska, 1994). Znaczna część bezrobotnych odczuwa przejawy lekceważenia swojej osoby ze strony partnera, a także spostrzega, że częściej niż przed utratą pracy dochodzi do nieporozumień i kłótni. Stosunkowo często negatywnym zmianom ulegają kontakty bezrobotnego ojca czy matki ze współmałżonkiem i dziećmi. W rodzinach tych łatwo dochodzi do wybuchów złości, kłótni, konfliktów, rzadziej ma miejsce wzajemne zrozumienie i wsparcie. Często dotychczasowy optymizm ojca czy matki zostaje zastąpiony zniechęceniem, frustracją, agresją. Długotrwale bezrobocie wiąże się także z wyższym poziomem neurotyzmu i negatywnie wpływa na więź psychiczną w małżeństwach (Rymarz, 1999). Potwierdzeniem negatywnego wpływu bezrobocia na relacje wewnątrzrodzinne są także wyniki innych badań (patrz: Kołaczek, 1992; Głogosz, 1994; Kotlarską-Michalską 1994; Sitarczyk, 2003; Balcerzak-Paradowską, 2004). Wyraźne pogorszenie relacji między członkami gospodarstwa domowego występuje w rodzinach, w których jest większa liczba osób bezrobotnych (Graniewska, Balcerzak-Paradowska, Głogosz, 1994; Balcerzak-Paradowska 2004).

Bezrobotny traci swą pozycję w małżeństwie i rodzinie, obniża się jego autorytet w oczach współmałżonka i dzieci, zwłaszcza rodzica, który na bezrobocie reaguje załamaniem, apatią, brakiem działania w kierunku zmiany swojej sytuacji (Rymarz, 1999). Zachwiane poczucie bezpieczeństwa, strach o jutro, brak perspektyw na znalezienie pracy niszczy więzi rodzinne (Matyjas, 2005). Złe zaczynają się układać sto-

sunki rodzice-dzieci, ponieważ rodzice nie mogą zaspokoić oczekiwań konsumpcyjnych potomstwa. Rynek oferuje mnóstwo atrakcyjnych towarów a *mass media* lansują określony poziom konsumpcji – niedostępny dla ubogich. Rodzice czują się winni i bezradni, nie mogą zaspokoić potrzeb dzieci, dlatego nasilają się tendencje wzajemnego obwiniania, ucieczki od odpowiedzialności oraz szukanie winnego zaistniałej sytuacji (Trepka-Starosta, Roszkowska, 2003). U dzieci zaś bezskuteczność usiłowań rodziców może budzić uczucie żalu, a często i zawodu (Graniewska, 2001). Bezrobotni rodzice wydają się niekiedy „gorsi” od pracujących rodziców kolegów i koleżanek (Balcerzak-Paradowska, 2004).

Odczuwane przez dzieci trudności rozwojowe w rodzinie współwystępują z mało zintegrowanymi działaniami systemu w sytuacji kryzysu, z wysokim poczuciem bezsilności i bezradności rodziny w konfrontacji z problemem, natomiast z niskim poczuciem funkcjonalności (Sitarczyk, 2003). Bezrobocie prowadzi do osłabienia więzi środowiskowych i towarzyskich, a następnie do izolacji społecznej (Graniewska, 2001a). Izolację tę pogłębia poczucie wstydu i zaniżona samoocena, co z kolei powoduje zwiększenie frustracji (Trepka-Starosta, Roszkowska, 2003). Konflikty, wzajemne żale, obwinianie się, poczucie zawodu, bezradność wobec dzieci, dla których przestaje się być autorytetem – to wszystko godzi w trwałość rodziny, nie sprzyja wypełnianiu niezwykle ważnej funkcji rodziny, jaką jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Społecznie niepokojącym zjawiskiem mogą być deklaracje większości badanych (2/3), że przedłużające się bezrobocie może stać się przyczyną rozpadu ich małżeństwa i rodziny (Kryczka, 1997). Bezrobocie wywołuje także sytuacje utrudniające bezpośrednie kontakty członków rodziny. Chodzi tu o rozłąkę spowodowaną koniecznością podejmowania przez któreś z małżonków pracy w innej miejscowości lub w innym kraju. Odległość przestrzenna powoduje często oddalenie emocjonalne. Dysfunkcjonalność rodziny w tym zakresie prowadzić może nawet do jej rozbitcia (Balcerzak-Paradowska, 1994, 2001).

Funkcja socjalizacyjna w warunkach powstających napięć na tle trudności materialnych także narażona jest na ograniczenia i deformacje. Bieda, konflikty, napięcia – nie stwarzają właściwego klimatu do prawidłowego rozwoju dzieci, rozbudzania szerszych zainteresowań, kształtowania pozytywnego systemu wartości, wzorów i norm postępowania, wprowadzania w obszar kulturowy. Stygmat niższości bardzo deformuje pełnienie tej funkcji. Bezrobotni, szczególnie długoterminowi, wycofują się z szerszego życia społecznego, zawężają kontakty

społeczne i cechuje je typowy dla nich familiocentryzm (Dyczewski, 2005). To poczucie niższości potęguje dominująca „kultura posiadania”, bowiem żyjemy w czasach, kiedy „mieć” znaczy dużo więcej niż „być” i – jak mówił profesor Włodzimierz Fijałkowski – „zamiast używać rzeczy a kochać ludzi, używa się ludzi a kocha rzeczy”. W *mass mediach* propaguje się ludzi sukcesu, ludzi bogatych, przedsiębiorczych z równoczesnym minimalizowaniem zewnętrznych uwarunkowań bezrobocia i ubóstwa (por. Graniewska, 2001a). Bezrobotni – „przeigrani”, ci, którym się nie powiodło, odczuwają podwójną klęskę: „obiektywną” wynikającą z odniesienia porażki w życiu, oraz „subiektywną”, ponieważ łączą tę porażkę z ułomnościami własnej natury, ze swymi osobistymi wadami, niedostatkami czy nieumiejętnościami, a nie z „wadami” struktury społecznej (por. Merton za Siemaszko, 1993). Sytuacja materialna i społeczna naznaczona stygmatem niższości nie może pozostawać bez wpływu na przekazywany młodemu pokoleniu system wartości oraz norm postępowania. Uzyskiwana w rodzinie wiedza o świecie i kraju będzie oceniana przez pryzmat własnej sytuacji i powiększających się nierówności społecznych, potęgując wzrost niezadowolenia społecznego (Graniewska, 2001a).

Nierzadko brak pracy, a więc i stałego źródła dochodu, wyzwala „zachowania innowacyjne”, czy też „strategie zaradności” będące na pograniczu legalności, a nawet niekiedy przekraczające te granice. Takie postawy i zachowania mogą również stanowić wzór przekazywany dzieciom, zwłaszcza wtedy, gdy bezrobocie obejmuje kolejną generację w rodzinie (por. Balcerzak-Paradowska, 2004).

Uzyskanie statusu bezrobotnego uniemożliwia jednostce zdobycie czy utrzymanie cenionej pozycji społecznej, a tym samym pozytywnej samooceny. Wiąże się z niskim prestiżem, poczuciem zbędności czy bycia niepełnym członkiem społeczeństwa (Warr, 2004), powoduje także brak zaufania we własne siły, wyuczoną bezradność, zanik gotowości i chęci do pracy (por. Raczkowska, 1994; Chirkowska-Smolak i in., 2004). Na bardzo istotne dla socjalizacji zjawisko zwraca uwagę Kotlarska-Michalska (1994). Okazuje się, że rodziny bezrobotnych funkcjonują w sposób bezplanowy, bezzadaniowy, utrwalając przy tym zarówno u dorosłych, jak i u dzieci roszczeniowe postawy wobec państwa i jego instytucji. Sytuacja taka sprzyja „kształtowaniu się osobowości uzależnionej od zewnętrznych warunków. Dzieci mają utrudnione kształtowanie umiejętności samorealizacyjnych i samosterowniczych; na takich jednostkach społeczeństwo nie może budować swojej przyszłości.

Istnieje też niebezpieczeństwo, że na skutek zaniedbań w wypełnianiu funkcji socjalizacyjnych i wychowawczych nastąpić może dziedzielenie przez dzieci i młodzież upośledzonego statusu społecznego rodziny. Proces ten – jeśli nastąpi – może zadecydować o całej przyszłości wielkiej części następnego pokolenia (Rostowska, 2000; Dyczewski, 2005; Kawula, 2005).

Funkcja prokreacyjna jest i będzie realizowana w warunkach narastającego poczucia braku bezpieczeństwa materialnego. Ma ona wymiar indywidualny i społeczny. Społeczny wymiar tej funkcji decyduje o wzroście lub spadku liczby ludności w danym społeczeństwie, wymiar indywidualny pozostaje w związku z zaspokojeniem wielu potrzeb małżonków, między innymi takich, jak potrzeba emocjonalna, potrzeba samospełnienia się przez rodzicielstwo i potrzeba seksualna (Ziemska, 1979; Tyszka, 1982). Bezrobocie i towarzyszący mu stan niedostatku lub biedy skłania do ograniczenia liczby dzieci. Warunki materialne w decyzjach prokreacyjnych odgrywają decydującą rolę w rodzinach mających już dzieci i pod wpływem trudności materialnych uznających, że plany w zakresie dzietności zostały zrealizowane (Graniewska, 1994, 2001b). Pozostawanie bez pracy wpływa w sposób wyraźny na plany prokreacyjne (Kotlarska-Michalska, 1994). Leży u podstaw odkładania decyzji urodzenia zwłaszcza kolejnych dzieci oraz częściej dopuszcza przyzwolenie na stosowanie środków drastycznych w sytuacji niepożądanego ciąży (aborcja), (Kryczka, 1997). Najczęściej kobiety mające 1 dziecko rezygnowały z następnego, a kobiety niemające dzieci odkładały na później decyzję o urodzeniu pierwszego dziecka (Kołaczek, 1992). Rozległy obszar ubóstwa powoduje, że funkcja prokreacyjna rodziny realizowana jest w warunkach zagrażających rozwojowi i zdrowiu dzieci (Graniewska, 2001a, 2001b).

Jeszcze silniej bezrobocie determinuje decyzje dotyczące zawarcia związku małżeńskiego. Za jedną z głównych przyczyn rezygnacji z założenia rodziny uważa się trudności materialne i mieszkaniowe. Wpływ bezrobocia na plany matrymonialne stwierdziło 59% ogółu badanych pań. Wpływ ten odnotowały respondentki stanu wolnego niezależnie od wieku (Kołaczek, 1992; por. Kantowicz, 2001). Znajduje to już odbicie w statystyce demograficznej. W latach 90. ubiegłego wieku wyraźnie spadła liczba urodzeń (i nadal spada), nie gwarantując prostej zastępowalności pokoleń (Maślanka, 2001) Utrzymanie ciągłości biologicznej ludności stanowi istotną i wręcz podstawową funkcję rodziny w wymiarze społecznym. Z badań demograficznych wynika, że Polska

zaliczana jest obecnie do krajów stojących na pograniczu zastępowalności pokoleń (Rostowska, 2000).

Proces dysfunkcji w rodzinach długotrwale bezrobotnych

Długotrwale bezrobocie prowadzi do braku stabilności i zabezpieczenia materialnego rodziny, ale także do stopniowej erozji innych sfer życia. Jakikolwiek poważniejsze, notoryczne, czy też trwałe zaburzenia jednej z podstawowych funkcji powodują zapoczątkowanie całego procesu dysfunkcji (Kawula, 1999). Rodziny, których prawidłowe funkcjonowanie z jakiegoś powodu zostało zaburzone, określa się mianem dysfunkcyjnych (dysfunkcjonalnych). Nie wypełniają one należycie swoich funkcji, nie radzą sobie z rzeczywistością dnia codziennego, a ich organizacja, struktura i egzystencja są zagrożone (por. Bartnicka, 2003). Dysfunkcjonalność rodziny może dotyczyć realizacji różnych zadań oraz różnego ich zakresu. W rodzinach bezrobotnych najpierw występuje dysfunkcja częściowa (ekonomiczna), która wraz z przedłużającym się bezrobociem przeradza się w dysfunkcję całkowitą, kiedy rodzina nie jest w stanie prawidłowo wypełniać żadnej funkcji. Rodziny dysfunkcyjne częściowo wymagają pomocy wyspecjalizowanych instytucji. Natomiast, kiedy już rozwinie się dysfunkcja całkowita, muszą być zastąpione wyspecjalizowanymi rodzinami lub instytucjami. Niezmiernie istotną sprawą jest jak najszybsze udzielenie kompleksowej, indywidualnej i adekwatnej do występujących potrzeb pomocy rodzinom bezrobotnych. Jeżeli nie otrzymają stosownej pomocy, nie są w stanie sprostać swoim obowiązkom względem dzieci i innych członków oraz pomysłnie rozwiązywać swoich problemów i sytuacji kryzysowych, co prowadzi je do tzw. spirali upadku. W pierwszym etapie zazwyczaj są to działania łagodzące trudną sytuację życiową, przede wszystkim: materialną, opiekuńczą, wychowawczą i zdrowotną. Dodatkowymi wskaźnikami dysfunkcjonalności rodziny mogą być: brak lub zaburzone kontakty z rodzinami pochodzenia, sąsiadami, brak pomocy oraz wsparcia ze strony rodziny, środowiska lokalnego, instytucji socjalno-wychowawczych w sytuacji pojawienia się kryzysu (por. Matyjas, 2003).

Dysfunkcjonalny dom rodzinny staje się źródłem przykrości, podłożem napięć i frustracji, zarówno dla jej dorosłych członków, jak i dzieci, które szczególnie narażone są na skutki braku realizacji podstawowych funkcji rodziny. Niektórzy autorzy mówią nawet o krzywdzie dziecka

żyjącego w rodzinie dysfunkcyjnej. Rodzice często nie dbają o zaspokojenie jego potrzeb, a sposób jego traktowania przez rodziców jest źródłem cierpień i często prowadzi do deformacji jego rozwoju, negatywnych skutków emocjonalnych, zaniżonych osiągnięć edukacyjnych i aspiracji (por. Badora i in., 2001). W rodzinach dysfunkcyjnych dzieci mają ograniczone możliwości rozwoju, mówi się o nich, iż są dziećmi gorszych szans. T. Pilch (za Matyjas, 2005) podkreśla, że należy zrobić wszystko, by nie były one pozbawione szans, że nawet w najtrudniejszych sytuacjach nie wolno wobec dzieci tworzyć strategii przetrwania w imię mitycznych i enigmatycznych wartości rynkowych i budżetowych. Rozumne państwo zawsze, w każdych warunkach, musi tworzyć, bronić i realizować strategię pełnych i równych szans, pomysłowości i szczęścia wszystkich dzieci.

Zatem konieczna jest radykalna zmiana polityki społeczno-gospodarczej państwa: na pierwszym miejscu powinno się znaleźć promowanie i stymulowanie produktywnego zatrudnienia, zaś na drugim łagodzenie negatywnych skutków bezrobocia poprzez pomoc socjalną.

Szkoła zaś, jako jedna z instytucji mających bezpośredni kontakt z bezrobotnym, a w szczególności – z jego dzieckiem, powinna prowadzić działalność socjalną (opiekuńczo-wychowawczą) oscylującą wokół czterech podstawowych form wspierania dziecka: ratownictwa, opieki, pomocy i kompensacji. Jednocześnie powinna zmierzać do tego, aby młodzież:

- opuszczając system szkolny, posiadała już pewne kwalifikacje zawodowe,
- potrafiła wykorzystać możliwość uczenia się zawodu poza szkolnym systemem,
- w okresie nauki szkolnej miała możliwość uczenia się zawodu w rzeczywistych warunkach pracy,
- poprzez naukę w systemie szkolnym (silnie powiązanim z wymaganiami rynku pracy) była zachęcana do dalszego kształcenia,
- mogła wykorzystywać marnotrawiony tak często potencjał organizacji pracodawców i innych organizacji, mogących przyczynić się do efektywnego przebiegu procesu przejścia do zatrudnienia (np. kształcenie dualne).

U podstaw prozatrudnieniowego działania szkoły stoi idea optymalizacji życiowych szans każdego ucznia i dostępu do pracy, jako niezbywalnego elementu składowego ludzkiej aktywności, samorealizacji oraz stwarzania warunków bezpieczeństwa ekonomicznego.

Szkoła służąca optymalizowaniu ludzkich szans powinna być jednocześnie, szczególnie w obecnej sytuacji społeczno-ekonomicznej kraju, szkołą minimalizującą bezrobocie i jego skutki poprzez swą prozatrudnieniową i nacechowaną pomocniczością oraz wsparciem społecznym – działalność (por. Mosiek, 2002).

Bibliografia

- Badora S., Czeredreka B., Marzec D. (2001), *Rodzina i formy jej wspomagania*, Impuls, Kraków.
- Balcerzak-Paradowska B. (2001), *Ubóstwo rodzin w Polsce*, [w:] *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*, (red.) Z. Tyszka, Wyd. Nauk. UAM, Poznań.
- Balcerzak-Paradowska B. (2004), *Rodzina i polityka rodzinna na przełomie wieków*, IPiSS, Warszawa.
- Bartnicka D. (2003), *Doświadczenie jakości życia w rodzinach dysfunkcyjnych*, [w:] *Zagrożenia życia rodzinnego*, (red.) G. Poraj, J. Rostowski, Wyd. UŁ, Łódź.
- Chirkowska-Smolak T., Wilczyńska-Kwiatek A., Chudzicka A. (2004), *Pomoc psychologiczna dla bezrobotnych – uwarunkowania i formy*, [w:] *Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia*, (red.) T. Chirkowska-Smolak, A. Chudzicka, Wyd. Nauk. UAM, Poznań.
- Czapiński J., Panek T. (2006), *Diagnoza społeczna 2005*, VIZJA PRESS&IT, Warszawa.
- Dyczewski L. (1994), *Rodzina, społeczeństwo, państwo*, TN KUL, Lublin.
- Dyczewski L. (2005), *Wieloaspektowe skutki bezrobocia*, [w:] *Prawo do pracy a polityka społeczna*, (red.) J. Mazur, Wyd. KUL, Lublin.
- Głogosz D. (1994), *Sytuacja dzieci w rodzinach dotkniętych bezrobociem*, „Polityka Społeczna”, nr 3, 13-14.
- Graniewska D. (1994), *Ubóstwo a realizacja podstawowych funkcji rodziny*, „Polityka Społeczna”, nr 3, 10-12.
- Graniewska D. (2001 a), *Rodzina a bezrobocie – sytuacja w Polsce*, „Problemy Rodziny”, nr 3, 9-17.
- Graniewska D. (2001 b), *Rodzina a bezrobocie. Sytuacja w Polsce*, [w:] *Współczesne rodziny polskie – ich stan i kierunek przemian*, (red.) Z. Tyszka, Wyd. Nauk. UAM, Poznań.
- Graniewska D., Balcerzak-Paradowska B., Głogosz D. (1994), *Współczesne zagrożenia realizacji podstawowych funkcji rodziny*, IPiSS, Warszawa.

- Kabaj M. (2005), *Elementy strategii promowania zatrudnienia i przeciwdziałania bezrobociu i ubóstwu. Jak utworzyć 2 mln miejsc pracy do roku 2010*, [w:] *Prawo do pracy a polityka społeczna*, (red.) J. Mazur, Wyd. KUL, Lublin.
- Kantowicz E. (2001), *Pedagogika społeczna wobec kwestii jakości życia*, „*Pedagogika Społeczna*”, nr 1, 105-117.
- Kawula S. (1999), *Człowiek w relacjach socjopedagogicznych*, Akapit, Toruń.
- Kawula S. (2005), *Drogi dystansujące biografie ludzkie: marginalizacja, wykluczenie i normalizacja. Przykład bezrobocia i biedy w małym mieście*, [w:] *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, (red.) K. Marzec-Holka, Wyd. UKW, Bydgoszcz.
- Kołaczek B. (1992), *Wpływ bezrobocia na postawy i życie rodzinne kobiet*, „*Problemy Rodziny*”, nr 2, 9-11.
- Kotlarska-Michalska A. (1994), *Rodzina a bezrobocie*, „*Polityka Społeczna*”, nr 5/6, 19-22.
- Kryczka P. (1997), *Zmiany ról rodzinnych w rodzinach bezrobotnych*, [w:] *Rodzina w zmieniającym się społeczeństwie*, (red.) P. Kryczka, RW KUL, Lublin.
- Kwieciński Z. (2005), *Szkoła a wykluczanie*, [w:] *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, (red.) K. Marzec-Holka, Wyd. UKW, Bydgoszcz.
- Maślanka W. (2001), *Wpływ transformacji ustrojowej na złe funkcjonowanie rodzin w Polsce*, „*Problemy Rodziny*”, nr 4/5/6, 39-43.
- Matyjas B. (2003), *Opieka i wychowanie w rodzinie bezrobotnej. Zakres i formy pomocy*, [w:] *Opieka i wychowanie w rodzinie*, (red.) Cz. Kępski, Wyd. UMCS, Lublin.
- Matyjas B. (2005), *Rodzina i jej wspomaganie*, Wyd. Uczelniane Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.
- Mierzwiński B. (2003), *Bezrobocie jako problem rodzinny*, [w:] *Rodzina polska u progu trzeciego tysiąclecia*, (red.) W. Majkowski, Wyd. UKSW, Warszawa.
- Mosiek P. (2001), *Edukacja, rynek pracy, wsparcie społeczne. Regulacyjne możliwości szkoły w przezwyciężaniu bezrobocia*, „*Auxilium Sociale*”, nr 1, 25-37.
- Mosiek P. (2002), *Typy osobowościowe bezrobotnego. Jednostkowy i rodzinny wymiar jego codziennej egzystencji*, „*Auxilium Sociale*”, nr 1, 142-151.
- Pilch J. (1995), *Bezrobocie – nowa kwestia społeczna*, [w:] *Pedagogika społeczna*, (red.) T. Pilch, I. Lepalczyk, Żak, Warszawa.

- Pilch T. (1997), *Obudź się szkoło*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 7, 10-12.
- Pilch T. (2001), *Pedagogika społeczna wobec procesów marginalizacji*, „Pedagogika Społeczna”, nr 1, 67-76.
- Putkiewicz E., Zahorska M. (2001), *Skąd te nierówności*, „Pedagogika Społeczna”, nr 1, 33-42.
- Raczkowska J. (1994), *Pedagogiczne problemy bezrobocia*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, nr 4, 19-26.
- Ratajczak Z. (2004), *Psychologiczne aspekty funkcjonowania człowieka w sytuacji braku pracy*, [w:] *Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia*, (red.) T. Chirkowska-Smolak, A. Chudzicka, Wyd. Nauk. UAM, Poznań.
- Reszke I. (1999), *Wobec bezrobocia: opinie, stereotypy*, Śląsk, Katowice.
- Rostowska T. (2001), *Co zagraża podstawowym funkcjom rodziny w Polsce*, „Problemy Rodziny”, nr 5, 21-26.
- Roter A. (2001), *Metodyka pracy z dzieckiem z rodziny dotkniętej ubóstwem społecznym*, „Auxilium Sociale”, nr 1, I-XVI.
- Rymarz T. (1999), *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania rodzin z problemem bezrobocia*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 1, 34-39.
- Siemaszko A. (1993), *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Sitarczyk M. (2003), *Bezrobocie rodziców a percepcja systemu rodzinnego przez dzieci*, [w:] *Zagrożenia życia rodzinnego*, (red.) G. Poraj, J. Rostowski, Wyd. UŁ, Łódź.
- Stochmiątek J. (2002), *Teoretyczne koncepcje przewyższania zjawiska wykluczenia społecznego w sytuacji ubóstwa*, „Auxilium Sociale”, nr 2, 34-57.
- Szymański M. (1996), *Bezrobocie rodziców a osiągnięcia szkolne ich dzieci*, „Edukacja”, nr 4, 85-101.
- Tomza E. (1992), *Wpływ bezrobocia na realizację podstawowych funkcji rodziny*, „Problemy Rodziny”, nr 4, 15-17.
- Trepka-Starosta J., Roszkowska A. (2003), *Wpływ niedostatku materialnego na funkcjonowanie rodziny w świetle uznawanych wartości osób dotkniętych bezrobociem*, [w:] *Zagrożenia życia rodzinnego*, (red.) G. Poraj, J. Rostowski, Wyd. UŁ, Łódź.
- Tyszka Z. (1982), *Rodziny współczesne w Polsce*, IWZZ, Warszawa.
- Unolt J. (1999), *Ekonomiczne problemy rynku pracy*, Śląsk, Katowice.
- Urbanik W. (1997), *Wybrane aspekty życia rodzin bezrobotnych w społecznościach lokalnych*, [w:] *Rodzina wobec wyzwań edukacji międzykulturo-*

- wej, (red.) J. Nikitorowicz, Trans Humana Wyd. Uniwersyteckie, Białystok.
- Wagner I. (2001), *Dziecko zagrożone i osierocone – wybrane aspekty*, „Pedagogika Społeczna”, nr 1, 86-95.
- Warr P. (2004), *Psychologiczne skutki długotrwałego bezrobocia*, [w:] *Człowiek w społecznej przestrzeni bezrobocia*, (red.) T. Chirkowska-Smolak, A. Chudzicka, Wyd. Nauk. UAM, Poznań.
- Warzywoda-Kruszyńska W. (2002), *Przemiany struktury rodziny a bieda dzieci*, „Polityka Społeczna”, nr 4, 27-29.
- Zawada A. (2002), *Sytuacja szkolna dzieci wychowujących się w rodzinach o niskim statusie ekonomicznym*, „Auxilium Sociale”, nr 1, 297-305.
- Ziemska M. (1979), *Rodzina i dziecko*, PWN, Warszawa.

A long-term unemployed family as dysfunctional family – characterization and forms of support

Summary. The main aim of presented study is to describe the problem of dysfunction occurred in long-term unemployed families.

The first section generally characterized the problem of unemployment in Poland, its range and consequences: top level drop of employment, record level of unemployment and long-term unemployment, high level of unemployment among young people, marginalization of unemployment benefits, increasing state of poverty and social rejection.

The second part presents the analysis of destructive unemployment's influence on the process of realization basic functions of family: economical, protectional and educational, expressional-emotional, socializational and procreational.

The last, third section include the characterization of long-term unemployment family as an example of dysfunctional family and the basic form of support: intervention, care, aid, compensation and non-employment and social activities of the state and educational system.

SUSANNE LORENZ

Edukacja uliczna wśród młodych ludzi w wieku 15-25 lat w gminie Sion¹

Wychowanie na ulicy jest coraz bardziej docenianym sposobem interwencji, by nie powiedzieć modnym. Obserwując cele tego typu interwencji dostrzega, się wielką różnorodność sposobów i możliwości oraz różnorodność osób, które można objąć tą pomocą. Ocenia się ją jednak krytycznie, wątpiąc w skuteczność tego typu przedsięwzięcia. Ta opinia jest bardzo krzywdząca, gdyż niewiele badań w tej dziedzinie przeprowadzono w sposób systematyczny.

Może się wydawać, że wychowanie na ulicy jest nowym sposobem interwencji, jednak pierwsze doświadczenia wychowawców ulicy (*streetworkerów*) pochodzą już z lat 30. XX wieku z Chicago, gdzie podejmowane były pod szyldem słynnej szkoły socjologicznej. To podejście odwoływało się wówczas do prac Parka i Burgessa (1925). Autorzy ci pokazują, że dana osoba może stać się kowalem swej przyszłości, wpływając na bieg wypadków i na swoje życie, należy jej tylko dać odpowiednie środki i niezbędną pomoc. Oprócz tego każda osoba, która chce oddziaływać na swoje otoczenie, odczuwa też i jego wpływ. Uczestnictwo człowieka w społeczeństwie zależy w dużej mierze od dobrodziejstw, które otrzymuje. Silny charakter jednostki i otoczenie społeczne wywierają na siebie wzajemny wpływ.

¹ Badania zrealizowane przy pomocy Fonds DO-REsearch (Szwajcarskie fundusze badawcze), Urzędu Miasta w Sion i Akcji Edukacyjnej w Środowisku Otwartym AEMO. Ankieta zrealizowana we współpracy z Jean-Yves Riand, Isabelle Boin, Etienne Jacottet et Gabriel Carron. Tłumaczenie Małgorzata Hack.

Pierwsze zamysły polegały przede wszystkim na tym, by łączyć mieszkańców danej dzielnicy, aby poznali się wzajemnie i swoje miejsce, w którym mieszkają. Następnie Shaw i McKay (za Capul i Lemay, 1996) rozwijali projekty dla młodych przestępców w wieku 12-25 lat, by umożliwić im uspołecznienie i ukształtowanie poczucia przynależności kulturowej. Tego typu interwencje miały podwójny charakter: indywidualny i zbiorowy.

Dość prędko też stwierdzono, że warunki życia² niektórych grup społecznych pogarszały się coraz szybciej. Pierwsze próby pomocy bezpośredniej wyszły od osób osamotnionych, często z kręgów bliskich kościołowi. Taka pomoc rozwijała się w Europie Północnej pod koniec lat 60. XX wieku. Z czasem władze chciały rozwinąć sposób interwencji przystosowany do grup z marginesu. Wówczas zdecydowano o nadaniu pracy na ulicy formy zinstytucjonalizowanej. We Francji wychowanie na ulicy jest oficjalnie uznane już od 1972 roku (LeRest, 2001). W Szwajcarii można mówić o zinstytucjonalizowaniu pracy na ulicy³ od początku lat 80. ubiegłego wieku (Maurer, 1992).

To dążenie do rozwoju interwencji bezpośredniej nabrało przyspieszenia w latach 90., gdy zauważono w ośrodkach miejskich coraz większą liczbę młodych ludzi z problemami (Eisner i wsp., 1998). Ta tendencja potwierdziła się również na peryferiach miast. Rozluźnienie więzi społecznych wzmocniło ten proces poprzez odrzucenie tradycyjnych postaw społecznych, gdyż przez grupy zwiększonego ryzyka były one postrzegane jako bardzo odległe ich postawie. Brak zaufania, w dodatku słaba dostępność do tradycyjnych instytucji dla grup zwiększonego ryzyka doprowadziły do rozwoju tego typu interwencji (Pichler i wsp., 2002). Wychowanie na ulicy stało się alternatywną propozycją dla pracy socjalnej zinstytucjonalizowanej, wkraczając na teren grup z marginesu. Pracownicy socjalni *streetworkerzy* pracują i są obecni na ulicy. Ich celem jest przekonanie ludzi do instytucji społecznych, które powinny kontynuować rozpoczętą przez nich pracę. Tego typu interwencja jest ograniczona w czasie.

Obecnie sposób interwencji i metodologia wychowania na ulicy odnoszą się do bardzo różnych płaszczyzn poznania (LeRest, 2001). Jeśli przyjrzymy się używanej terminologii, to można powiedzieć, że

² Chodzi o pauperyzację i wzrost ryzyka wykluczenia.

³ Część germańska kraju wybrała nazwę, którą używa się w państwach anglosaskich, stąd nazwa praca na ulicy: *streetworker*. Termin wychowanie na ulicy jest używane przez część frankofońską w nawiązaniu do tradycji francuskiej.

zmienia się ona w zależności od miejsca używania. Można mówić zarówno o „udzielaniu bezpośredniej pomocy, pracy w dzielnicy, pomocy w krytycznych przypadkach, pracy na ulicy, pracy socjalnej *streetworkerów*, albo o specjalistycznym zapobieganiu”, tak jak we Francji⁴. Zwrócić należy także uwagę na zróżnicowanie wdrażania programu pomocy poprzez osoby współpracujące ze *streetworkerami*⁵ w środowisku interesującej nas grupy młodych ludzi⁶. Obecnie interwencja *streetworkerów* wydaje się formą pracy, której nie można pominąć ani odrzucić, gdyż obejmuje pracę z człowiekiem na wielu różnych płaszczyznach, uwzględniając podejście normatywne, które odnosi się do zasad wychowawczych i współżycia w społeczeństwie. Paradoksalnie pracownicy socjalni podczas wykonywania swoich obowiązków stwierdzili, że ich praca odpowiada na oczekiwania świata politycznego, w szczególności w zakresie tego, co dotyczy „potrzeby ochrony” społeczeństwa przed pewnymi postawami osób z kręgu grup marginesowych⁷ (de Boevé, 1997, www.travail-de-rue.net, s. 2).

Pracownicy socjalni są czasem wzywani do godzenia przeciwstawnych postaw. Mocodawcy czekają „na skuteczność, natychmiast wyczuwalną dla danej zbiorowości, nawet wówczas, gdy interwencja u osób potrzebujących pomocy, na przykład u młodego człowieka”, wymaga czasu, by zbudować niezbędną więź (Bradley, 2000).

Zarys historyczny edukacji ulicznej na terenie gminy Sion

Tego typu struktury istnieją w wielkich ośrodkach miejskich od wielu lat. W strefach podmiejskich także prowadzi się tego typu działania i rozwija podobne struktury coraz bardziej przystosowane do miejsca działania (Besse & Pigent, 1997)⁸.

⁴ Ze względu na wielorakość nazewnictwa, nadamy nazwę *streetworker* i będziemy ją stosować zamiennie z wychowaniem na ulicy.

⁵ Chodzi tu o pracowników centrów rozrywki czy innych pracowników socjalnych niosących pomoc społeczną.

⁶ Pomoc może być skierowana do zmarginalizowanych grup społecznych, takich jak osoby używające substancji psychotropowych, osoby zajmujące się prostytutką, a także grup ryzyka wyrzucenia poza nawias społeczeństwa lub/i do młodych ludzi z różnymi problemami.

⁷ Spadek przestępczości, polepszenie warunków życia, obniżenie poczucia niepewności itd.

⁸ Zobacz również w Pichler i wsp. (2002). Wiele małych miejscowości powołało tego typu struktury w Valais w ostatnich 10 latach.

W wyniku napiętej sytuacji między mieszkańcami w jednej z dzielnic gminy Sion i grup młodzieży, grupa robocza opracowywała kilka propozycji rozwiązań, a jedną z nich było rozwinięcie interwencji *streetworkerów*. W marcu 1999 roku Urząd Miasta w Sion i AEMO podpisali konwencję współpracy, dążąc do zbudowania na miejscu grupy wychowawców na ulicy⁹. Zamysł z 2001 roku określa pracę na ulicy jako „pracę poza murami”, swoiste „wychowanie specjalistyczne”, które „proponuje opiekę wychowawczą i socjokulturalną typu zapobiegawczego. Zwraca się głównie do nieletnich, młodzieży i młodych dorosłych dotkniętych problemem odrzucenia lub zerwania więzi ze środowiskiem albo przyjmujących postawę mogącą przynieść szkody fizyczne czy psychiczne. Nasze grupy celowe nie są wcale albo słabo wspomagane przez stowarzyszenia, instytucje, organizacje i/albo struktury miejscowe. Proponowana praca stawia sobie za cel rozwój osobisty, wychowanie, uspołecznienie, integrację, budowanie i odnawianie więzi społecznych osób z problemami. Poprzez akcje mediacyjne i obecność *streetworkerów* oraz znajomość pozostałych mieszkańców, celem *streetworkerów* jest niesienie konkretnej pomocy danym osobom, umożliwienie nawiązywania więzi społecznych z zachowaniem podmiotowości osób, ułatwienie i wskazanie sposobu dotarcia do istniejących struktur w porozumieniu ze stowarzyszeniami i zainteresowanymi partnerami” (Concept Education, 2001).

Podstawy wychowania na ulicy

Akcje prowadzone w ramach pracy na ulicy podporządkowują się zasadom, które odróżniają je od sposobu interwencji zinstytucjonalizowanej. Te zasady zmieniają się z czasem. Obecnie można wyróżnić cztery zasady.

Pierwsza dotyczy *wolnego wyboru* w nawiązywaniu więzi przez osobę zainteresowaną: inaczej mówiąc pracownik socjalny i osoba zainteresowana nie są przymuszani do nawiązania kontaktu. Osoba zainteresowana jest podmiotem-aktorem, osobą szukającą kontaktu.

⁹ We wrześniu 2002 roku Rada Miasta starała się połączyć różne instytucje niosące pomoc młodym ludziom. Powierzono wówczas pełnomocnictwo Centrum ds. czasu wolnego młodzieży RLC (skrót oznacza: spotkania, wypoczynek, kultura).

Druga zasada to *bezwzględne uszanowanie anonimowości*. Nie można przekazać żadnego sprawozdania ani dokumentacji osobom trzecim i innym instytucjom.

Po trzecie – *nieinstytucjonalizowanie* takiej działalności, co zmusza do stałej pracy w terenie, z którego wpłynęło zapotrzebowanie¹⁰. W końcu pełnomocnictwo polega na działaniu osób interweniujących w ten sposób, by działać nie *za daną osobę*, ale *wraz z nią*. Dla pracownika socjalnego istotną sprawą jest rozbudzenie w osobie zainteresowanej wszystkiego tego, co pozwoli jej na rozwijanie swoich umiejętności. Pracownik socjalny unika niesienia pomocy, która może zniewolić, gdyż jest to sprzeczne z ustalonymi zasadami.

Cele wychowania na ulicy w strefie podmiejskiej

Celem pracy społecznej poza murami jest prewencja¹¹ i uspołecznienie¹². Wpisuje się to w ramy tego, co nazywa się wychowaniem nieformalnym¹³. Zadaniem jest znaczne polepszenie warunków życia i przez to zmniejszenie marginalizacji i łączącego się z tym czynnika ryzyka¹⁴. Poprzez uspołecznienie, zainteresowana osoba „uczy się i przyswaja ... elementy socjokulturowe swego środowiska, przenosi je na siebie zgodnie ze swoją osobowością pod wpływem doświadczeń i znaczących czynników społecznych i przez to przystosowuje się do otoczenia społecznego”¹⁵, w którym żyje. Ten trwający w czasie proces

¹⁰ Chodzi tu o pełnomocnictwo, które może przyjąć formę umowy nieformalnej, tzn. tej, która łączy pracownika socjalnego *streetworkera* i osobę, korzystającą z pomocy, która ukierunkowuje spotkania, bez udziału osób trzecich.

¹¹ Prewencja rozumiana jest tu jako zapobieganie sytuacjom, które mogłyby być niebezpieczne dla zdrowia psychicznego i/lub fizycznego pojedynczego człowieka lub całej grupy.

¹² Uspołecznienie oznacza rozwijanie poczucie zadowolenia i niezależności jednej osoby lub całej grupy w danym środowisku.

¹³ Przez wychowanie nieformalne rozumiemy tworzenie przestrzeni dla socjalizacji poza instytucjami formalnie istniejącymi. Spotkania stwarzają okazję, by wykonywać pracę, z której samoistnie wypływają wartości, by je poznać, identyfikować się z nimi i respektować reguły. Nauczyć się panować nad frustracjami, rozpoznać w sobie wartości, rozwijając umiejętności osobiste i społeczne.

¹⁴ Patrz: Raport końcowy w: *Division des subventions nationales au bien-être social* – cytowany na stronach internetowych www.travailderueqc.ca.

¹⁵ Patrz: *La prévention: une question centrale!*, www.travail-de-rue.net.

pozwala danej osobie na rozwój¹⁶, by czynnie zaistnieć w życiu społecznym.

Konkretnie, podejście bezpośrednie ma na celu pomoc w budowaniu/odbudowywaniu oraz rozwoju pozytywnych i konstruktywnych stosunków interpersonalnych, jak i poprawę stosunków, w których osoby nie są równorzędne. Na poziomie osobowym wskazuje się osobie zainteresowanej, jak rozwijać czynniki chroniące oraz zwraca uwagę na możliwość wpływania na swój własny los. Akcent jest postawiony na rozwój pozytywnej tożsamości społecznej, osiągnięcie autonomii i nauczenie odpowiedzialności, poprzez mobilizację czynników tkwiących w środowisku. Budowanie mostów między środowiskiem nieformalnym¹⁷ a środowiskiem formalnym¹⁸ odgrywa w tym procesie zasadniczą rolę. Pomaga się też młodemu człowiekowi w nabraniu wiary w siebie i wyobrażeniu zamierzeń życiowych zgodnych z obowiązującymi normami społecznymi.

W terenie pracownicy socjalni przystosowują swoje strategie, aby zareagować w należyty sposób na różne potrzeby. Pourtois i Desmet (1998) wyróżniają cztery kategorie takich potrzeb, a mianowicie:

1. Uczuciowe, które odpowiadają przywiązaniu, możliwości ustalenia wczesnych i głębokich więzów, akceptacji drugiej osoby i zaangażowania. Zaspokojenie tej potrzeby uczuciowej zagwarantowuje życzliwą i bezpieczną współpracę, która pozwoli na sformułowanie zamierzeń życiowych.
2. Poznawcze, które stymulują, zachęcają do próbowania swoich sił i do odkrywania nowych doznań. Wzmacniają pozytywne zachowania poprzez informację.
3. Ideologiczne, które pozwalają na zapoznanie się z istniejącymi wartościami i normami.

¹⁶ To oznacza, że osoba jest zdolna do jasnych wyborów i rozwija własne umiejętności społeczne.

¹⁷ Przez środowisko *nieformalne* (zwane także rodzinnym), rozumiemy sieć powiązań, kontaktów i znajomości w rodzinie i/lub z przyjaciółmi. Kontakty są określone przez różne więzi i uczucia, które łączą osoby między sobą. Na ogół te więzi są uważane za mocne i trwałe w czasie.

¹⁸ Przez środowisko *formalne* (zwane także wtórnym) rozumiemy stosunki zawodowe i instytucjonalne, których celem jest wykonanie powierzonego pełnomocnictwa. Różne osoby muszą wykonać zadanie zgodnie z powierzonym pełnomocnictwem, które jest ograniczone w czasie. Więzy są raczej słabe, bo wynikają z pełnomocnictwa jako zadanie do wykonania, bez włączania więzi uczuciowych.

4. Społeczne, które łączą w jedną całość komunikację i rozważę, co pozwala na stawianie czoła obawom. Pomoc jest skierowana na rozważę. Jest wzmacniany szacunek do siebie, a oprócz tego staje się możliwa budowa niezbędnych, społecznych punktów odniesienia.

W terenie pracownicy kierują swoje działania na dodatkowe cele (Girard, 1991). O ile cele o charakterze wychowawczym¹⁹, integracyjnym²⁰ i nastawione na budowanie więzi²¹ pozostają najważniejsze w pracy socjalnej *streetworkerów*, to płaszczyzna normatywna²² jest najrzadziej stosowana przez pracowników (Girard, 1991). Ostatni cel jest mało uwidoczny przez pracowników socjalnych, gdyż jest często połączony z problemem umiejętnego zachowania. Jednakże, gdy tylko pracownicy socjalni starają się wzmocnić rozwój zdolności do poprawnych postaw w życiu osób objętych pomocą na poziomie zbiorowym, czy też indywidualnym, aby zapobiec zachowaniom niebezpiecznym w stosunku do samego siebie i/lub do grupy ludzi, cele normatywne same uwidaczniają się podczas interwencji w środowisku otwartym. Uznanie wymiaru normatywnego jako wymiaru oddzielnego prowadzi według niektórych pracowników do rozdźwięku między sposobem widzenia ich funkcji, a wyznaczonym zadaniem. *Streetworkerzy* „widzą siebie głównie jako osoby, które mają swój udział w rozwoju społecznym, a nie jako pracowników kontroli społecznej” (Girard, 1991, s. 45).

Po to, by zrealizować ogólne cele wychowania na ulicy, pracownicy interweniuja w bardzo różny sposób (Besson i Guay, 2000; LeRest, 2002). Pichler i wsp. (2002) wskazują na cztery płaszczyzny interwencji w terenie:

- 1) płaszczyzna uczuciowa, w ramach której najpierw niesie się pomoc emocjonalną poprzez aktywne słuchanie, zachęcenie, pociechę, itp.;
- 2) płaszczyzna instrumentalna, w ramach której pokazuje się przede wszystkim konkretną pomoc i/albo materialną w celu realizacji jakiegoś działania, na przykład opieki nad osobą potrzebującą pomo-

¹⁹ Cele te obejmują rozwinięcie niezależności, zmniejszenie czynników ryzyka i wzmocnienie czynników chroniących.

²⁰ Cele te polegają na znalezieniu i ułatwieniu sposobu integracji na poziomie indywidualnym, jak i grupy ludzi.

²¹ Cele te obejmują rozwinięcie więzi, współpracę między kilkoma osobami i zapewnienie bezpieczeństwa z nastawieniem na ukazanie nowych perspektyw.

²² Cele te obejmują uwrażliwienie na reguły i normy społeczne (Girard, 1991, s. 45).

cy w różnych przedsięwzięciach, transport, napisanie listu, określenie własnego budżetu, itp.;

- 3) płaszczyzna informacyjna, która pozwala na niesienie informacji w różnych dziedzinach, jak: kształcenie, pomoc lekarska, istnienie innych form pomocy itp. Ta płaszczyzna jest niezależna i można ją później włączyć w cały ciąg przyszłych działań;
- 4) płaszczyzna normatywna, której celem jest umożliwienie zrozumienia reguł społecznych, rozwój zachowania społecznego i przystosowanie do ram społecznych itp. Mieści się tutaj duża ilość informacji i jest skierowana głównie na konfrontację i *feed back*.

W terenie głównym narzędziem interwencji wychowawców na ulicy jest według Girarda (1991) i LeResta (2001, 2002):

- 1) *słowo*, które pozwala nadać sens danej sytuacji i/albo jakimś kontaktem (Marpeau, 2000);
- 2) *zaufanie* niczym kamień węgielny w budowaniu przyszłych więzi, które powstaje w wyniku uznania dla pracownika socjalnego; jest on rozpoznawany jako osoba kompetentna i godna szacunku;
- 3) *kontakt* buduje się na wysłuchaniu, zrozumieniu i bezwarunkowej akceptacji słowa pracownika. Kontakt jest stabilny, kiedy umiejętność słuchania jest wzajemna, wówczas nawet w sytuacji konfliktu więź może nie być zagrożona, a partnerzy są świadomi swoich ról, akceptują je i nie czują się zobowiązani do robienia wzajemnych ustępstw. Taki kontakt buduje przestrzeń, w której jest miejsce na doświadczenie nowej postawy. W przypadku braku budowania więzi, oczekiwania wypowiedziane przez młode osoby wskazują bardziej na wyrażanie zapotrzebowania zgodnego z oczekiwaniami pracowników (Sampson i Laub, 1993);
- 4) *zamierzenia*, które zobowiązują młodą osobę do zamiany pragnienia w cel do osiągnięcia. Zbudowana więź pozwala na realizację zamierzenia. I to służy jako wskaźnik kontaktu, który może ulegać wzmocnieniu. To zamknięcie koła między zamierzeniem, a nawiązaniem kontaktu prowadzi pomału do integracji społecznej (Dumat, 1999);
- 5) *chęć działania*, która ma swój początek w wypowiedzeniu planów, pozwala na rozwinięcie niezbędnych umiejętności do podjęcia konkretnych działań niosących pozytywne zmiany w życiu;
- 6) *praca nad* wyobrażeniami zmienia się od wprowadzenia sprzeczności, która pozwala młodemu człowiekowi na rozwinięcie innego sposobu podejścia do rzeczywistości społecznej.

Przedmiot badań

Po dwóch latach nowego sposobu interwencji na obszarze gminy Sion zrodziła się konieczność zrobienia bilansu działań. Analiza działań pracowników socjalnych pokazała Urzędowi Miasta konieczność finansowania tego typu usług, „nawet gdy ich efekty nie są wyczuwalne” (Graham 1998), i „w pewnym sensie nie można” zmierzyć jakości interwencji (Gusy i wsp., 1994). W badaniach przeprowadzonych na przełomie 2002 i 2003 roku postawiono następujące pytania:

- kim są młode osoby, które otrzymały pomoc na ulicy od pracowników socjalnych?
- w jaki sposób interwenują wychowawcy na ulicy (*streetworkerzy*)?
- w jaki sposób budują się kontakty (więzi) między młodymi ludźmi, a pracownikami socjalnymi?

Cele badań

Celem badań była analiza wyników wychowania na ulicy w strefie podmiejskiej i poznanie cech charakterystycznych młodych ludzi, mających kontakt z wychowawcą na ulicy, a w szczególności poznanie ich potrzeb. Systematyczne przyglądanie się cechom specyficznym młodych, którzy uzyskali pomoc w terenie, pozwala na postawienie diagnozy o ewentualnych problemach społecznych i ich zasięgu (Charlebois, 1998; Merchel, 1998). Analiza podjętych czynności pozwala na poznanie, czy dokonana się odpowiednia zmiana, czy praca w terenie została wykonana poprawnie i w jaki sposób (Desrumeaux-Zagrodnicki, 1998). Badanie ma też pokazać, w jaki sposób młodzi ludzie i pracownicy socjalni nawiązują kontakty. Ten kontakt wychowawczy oparty jest na następującej triadzie „dawać/otrzymywać/oddawać”²³, jest on podstawą rozwoju wewnętrznej motywacji i zaangażowania młodego człowieka. Badania skupiają się raczej na czynnikach ułatwiających ten kontakt z punktu widzenia młodego człowieka.

Główne założenia badań są następujące:

- specyfika młodych osób z regionu Valais, z którymi wychowawca na ulicy nawiązał kontakt w Sion, zależy od społecznego zaangażowania młodych z danego terenu;

²³ Te trzy punkty rozwinięte przez Mauss (1987, za Besson i Guay, 2000) są uważane za podstawę pracy socjalnej. Ich połączenie pozwala na zbudowanie więzi i poczucia przynależności (www.lesocial.fr/ecrits).

- cele wychowania na ulicy mogą być osiągnięte tylko wówczas, gdy istnieje zgodność między istotnymi potrzebami młodych ludzi i ich wyobrażeniami;
- młodzi ludzie ustalają z wychowawcą ulicy kontakty, które przekształcają się w nieformalne pełnomocnictwo;
- ustalone kontakty pozwalają młodym ludziom na rozwijanie nowych umiejętności.

Metoda

Na początku badań naszymi uczestnikami byli przede wszystkim ludzie młodzi i młodzi dorośli w wieku 15-25 lat²⁴. To spostrzeżenie zdeterminowało nasze działania.

Aby porównywać punkt widzenia osób niosących pomoc z osobami ją otrzymującymi, wybrano podwójną metodologię:

- 1) przeanalizowano 406 formularzy²⁵, które były systematycznym wykazem interwencji (odbiorca, sytuacja itp.) przeprowadzonych przez pracowników socjalnych, podczas 6 miesięcy wśród 117 osób albo odrębnych grup. Formularze zawierały informacje na temat odbiorców interwencji i całego kontekstu, w jakim miała miejsce itp., wyrażonego zapotrzebowania, rodzaju przeprowadzonej interwencji, jak i podjętej decyzji o kontynuacji spotkań²⁶;
- 2) przeprowadzono w terenie regularne spotkania z 10 młodymi ludźmi między 15 a 25 rokiem życia. Pozwoliły one na uzyskanie jasnej wiedzy na temat młodych ludzi, informacji o ich warunkach życia, otrzymanej pomocy i ich oczekiwaniach. W wyniku tych spotkań (Vermersch, 1994), opracowano otwarty przewodnik spotkań. To podejście wydaje się odpowiednie, gdyż prowadziło do tego, by osoby,

²⁴ O ile w zamierzeniach wychowania na ulicy był brany pod uwagę wiek młodych ludzi w przedziale między 15 a 21 rokiem życia, to sama praca na ulicy wykazała, że pracownicy socjalni często spotykają się z młodymi dorosłymi w wieku 21–25 lat.

²⁵ Zawartość tych formularzy była określona na podstawie wiedzy znalezionej w literaturze, uzupełnionej danymi pochodzącymi ze spotkania przeprowadzonego z pracownikami socjalnymi zgodnie z rozmowami wyjaśniającymi (wg Vermerscha, 1994). Oprócz tego, w formularzach wzięto pod uwagę potrzeby młodych określone przez pracowników socjalnych i niesioną im pomoc. Te potrzeby i otrzymana pomoc zostały sklasyfikowane według typologii niesienia pomocy i wsparcia, rozwiniętej przez Pichler i wsp. (2002).

²⁶ Jest to narzędzie pozwalające na systematyczne określenie akcji prowadzonych w terenie.

z którymi przeprowadzono wywiad, opowiedziały o swoich różnych spotkaniach z pracownikami socjalnymi. Proszono, by dokładnie opowiedziały o zmianach w ich życiu wynikłych z odbytych spotkań, o przemianie tych spotkań w określonym czasie, jak również o wyrażanych potrzebach. Spotkania były prowadzone przez *streetworkerów*, by zagwarantować dostępność do próby.

Próba

Jak wyżej powiedziano, wybór postawienia pytań jedynie młodym ludziom wynikał z potrzeby opisanie czynności wychowawców ulicznych w terenie. W celu ustanowienia próby, zastosowano dwa kryteria: wiek między 15 a 25 rokiem życia i skorzystanie co najmniej z 3 indywidualnych spotkań²⁷ w ciągu jednego miesiąca w okresie ostatnich sześciu miesięcy²⁸. W sumie 19 młodych osób podlegało wymienionym kryteriom, z czego 10 zaakceptowało uczestnictwo w spotkaniach²⁹.

Niżej zamieszczone tabele zawierają dane o wieku, płci i narodowości osób zaproszonych do badań i tych, które ostatecznie wzięły w nich udział.

Tabela 1. Wiek osób odpowiadających kryteriom wyboru

Wiek	Mniej niż 15 lat	15-18 lata	19-25 lata	Brak danych	Razem	
					N	%
zaproszeni do badań	1	4	13	1	19	100%
badana próba	1	0	9	0	10	100%

²⁷ Badanie grup doprowadziłoby do zmiany metodologii. Wskazuje na to istotna sprawa, a mianowicie: zdanie wypowiedziane mogłoby być wynikiem stanowiska grupy i efektem zgody na jego wypowiedzenie. Porównanie danych byłoby trudne.

²⁸ Przyjęcie takiego okresu jest związane z faktem, że duża liczba spotkań w krótkim okresie może stanowić o zbudowanych więziach i pozwala na spojrzenie na różne sytuacje.

²⁹ W chwili prowadzenia wywiadów na 19 młodych osób dwie nie zgodziły się na uczestnictwo, a z siedmioma nie można było się skontaktować.

Tabela 2. Płeć osób odpowiadających kryteriom wyboru

Płeć	Żeńska	Męska	Razem	
			N	%
zaproszeni do badań	8	11	19	100%
badana próba	8	2	10	100%

Tabela 3. Narodowość osób odpowiadających kryteriom wyboru

Narodowość	Szwajcarska	Inna	Bez informacji	Razem	
				N	%
zaproszeni do badań	11	6	2	19	100%
badana próba	4	4 ³⁰ i 1 dwunarodowościowy	0	10	100%

W badaniach, pod względem reprezentatywności w kontaktach z pracownikami socjalnymi w terenie, przeważają młode dziewczęta, które spotykają się z pracownikami socjalnymi i wszystkie zgodziły się uczestniczyć w badaniu ankietowym. Ta tendencja różni się od tendencji obserwowanej wśród młodych mężczyzn: tu pomoc przybiera formę opieki nad grupą, co wyłączyło ich z możliwości badania w naszej próbie i w dużym stopniu uniemożliwiło spotkania indywidualnie w celu wypełnienia ankiety. To tłumaczy tak dużą reprezentatywność młodych dziewcząt.

Główne wyniki

Cechy charakterystyczne młodych ludzi mających kontakt z wychowawcą ulicznym

Wyniki badań ilustrują, że młodzi ludzie otrzymujący pomoc w terenie³¹ przeważnie mają od 19 do 25 lat (N=50, 67,6%), są narodowości

³⁰ Młody człowiek, który mieszka w Szwajcarii od prawie 5 lat i trójka młodych ludzi, którzy mieszkają w Szwajcarii 5 i więcej lat.

³¹ 74 kontakty opracowane na podstawie ankiety. W przypadku 22 kontaktów brakuje informacji o osobach, co stanowi (29,8%).

szwajcarskiej (N=46, 62,1%) albo pochodzą z krajów Unii Europejskiej (N=8, 10,8%), płci męskiej (56, 75,6%)³². Na pierwszy rzut oka nie są oni najbardziej wykluczonymi ludźmi ze społeczeństwa³³. Młodzi wykwalifikowani ludzie, to znaczy ci, którzy otrzymali wykształcenie, mają zatrudnienie w chwili otrzymywania pomocy (N=24, 100%). Podczas wywiadu okazywało się, że ich praca nie zawsze zapewnia im dostateczny dochód. Dla wielu z nich wprowadzenie konstruktywnych zmian, by polepszyć swoje życie, jest trudne do realizacji ze względu na niewielkie dochody (6 na 10 przypadków).

W przypadku prawie jednej czwartej młodych, którym niesiona jest pomoc, ich społeczno-ekonomiczne warunki życia są niepewne. Z braku wykształcenia i zatrudnienia są zależni finansowo od pomocy społecznej (N=1, 1,4%) i/lub od rodziców (N=28, 27,8%)³⁴ i trudno im się uniezależnić³⁵. Ta liczba osób jest nieco wyższa od średniej liczby osób w tym samym wieku, która według Eckmanna i wsp. (1994) wynosi ok. 16%.

Podczas spotkań okazało się, że większość tych młodych ludzi przeżyła chwile załamania w przeszłości i/lub niedawno (8 na 10), które wynikają ze straty uprawnień społecznych i szybkiego pogorszenia się warunków życia. Możliwość otrzymania zatrudnienia i uznanie społeczne określa ich uczucie symbolicznej integracji. Strata jednego z tych filarów osłabia młodych ludzi do tego stopnia, że wątpią chwilami w swoją integrację. Na dodatek wśród tych, których położenie jest zdecydowanie niepewne, są tacy, którzy wracają do społeczeństwa, umniejszając swoją rolę (5 na 10 osób).

U młodych ludzi, którym udziela się pomocy, występują czynniki ryzyka, które określają ich podatność na zaburzenia z powodu niewydolności środowiska rodzinnego (9 na 10 przypadków).

Analiza spotkań pozwala na wyróżnienie dwóch grup młodych ludzi:

Pierwsza grupa młodych (5 na 10 osób) ocenia pozytywnie przemianę życia w ciągu sześciu ostatnich miesięcy. Mówią o aktywnych strategiach, które pomogły im odnaleźć się w społeczeństwie. Czują się zintegrowani społecznie i uznają, że to polepszenie jest efektem ich wysiłków i zabiegów. Ci młodzi rozwijają strategie rozwiązywania problemów

³² Jest mniej młodych dziewcząt, ale uzyskują one pomoc regularną i indywidualną.

³³ Posiadają stały adres (N=50, 67,5%) i prawie jeden na dwóch uzyskuje obecnie wykształcenie (N=12, 16,2%) albo ukończył szkołę średnią, a nawet wyższą (N=24, 32,4%).

³⁴ Nie posiadają własnego mieszkania.

³⁵ Patrz też: DeGauléjac i wsp. (1994).

samodzielnie. Czynniki angażują się w zamierzenia, które mają na celu polepszenie warunków życia. Wybierają na przykład kierunki kształcenia bardziej przystosowane do ich aspiracji (3 na 5 przypadków). Dzięki temu uzyskują umiejętności społeczne i umacniają je. Jednocześnie nadają nową wartość swoim wysiłkom i oceniają swoje umiejętności (5 na 5 osób).

Natomiast u drugiej grupy młodych ludzi (5 na 10 osób) występują czynniki ryzyka na poziomie indywidualnym, jak i społecznym. Poza tym wobec niepewności społeczno-ekonomicznej czują się także ofiarami wydarzeń, rozwijają więzi zależności wobec osób trzecich, w szczególności w sprawach rozwiązywania problemów (5 na 5 osób). Przyjmują strategię ucieczki, gdy tylko odczuwają brak wiary w swoje możliwości. Te hamulce łączą się z przeżyтыми urazami albo z wypowiedzianymi stanami depresyjnymi. Z braku konkretnych celów nie mają więc punktów odniesienia, by oszacować nabyte umiejętności (4 na 5 osób), nawet jeśli odczuwają zwiększone zaufania do siebie (5 na 5 osób). Nie czują się także zintegrowani społecznie (5 na 5 osób).

Spotkania z pracownikami socjalnymi pozwalają na określanie napotykaných trudności oraz natychmiastowe rozstrzygnięcie wszelkich problemów, a jednocześnie ustabilizowanie i podtrzymanie nabytych umiejętności. W mniejszym stopniu wspomagają wyrażanie celów na przyszłość. Jeżeli dochodzi do takiego przypadku, to osoby badane wyrażają pragnienia, a nie cele niemożliwe do osiągnięcia (5 na 5).

LeRest (2002) stwierdza – na podstawie wypowiedzi pracowników „prewencji wyspecjalizowanej” – że jest to forma dyskryminacji badanych ludzi. To są młodzi ludzie najbardziej potrzebujący, którzy mają zdolności społeczne³⁶ (Girard, 1991; LeRest, 2001) i utrzymują kontakt z pracownikami socjalnymi.

Zakres interwencji na obszarze gminy Sion

Wychowawcy na ulicy prowadzili jedną trzecią interwencji przez telefon i jedną trzecią w miejscach publicznych³⁷. W następnej kolejności

³⁶ Przez *zdolności społeczne* rozumiemy przyjętą postawę w kontaktach z dwoma lub wieloma rozmówcami. Zawierają one poszanowanie istniejącego kodu zachowań, umiejętność odcodowania wskaźników społecznych i zastosowania reakcji odpowiednich do sytuacji i do otoczenia społecznego w: www.ac-bordeaux.fr/ / „*La mise en œuvre du lien social: affaiblissement ou renforcement des instances d'intégration*”.

³⁷ Na ulicy, w pubie albo w sklepach.

wykonywane są interwencje w mieszkaniach osób albo w innych, zazwyczaj bardzo różnych miejscach³⁸. Prawie co drugie spotkanie odbywało się w centrum miasta albo w punktach szczególnie zaludnionych (177, 43,6%). Wyznaczanie miejsca spotkania zmienia się w zależności od nawiązanych kontaktów: odbywają się one w mieszkaniach młodych ludzi (3 na 10) lub w miejscach pracy pracowników socjalnych (5 na 10). Spotkania mogą odbywać się w pomieszczeniach innych instytucji socjalnych, o ile młodzi ludzie wyrażą tego typu prośbę (8 na 10).

Większość spotkań trwa mniej niż 30 minut (N=248; 61,1%). W sytuacjach kryzysowych mogą przekraczać 2 godziny (5 na 10 przypadków). Względnie krótkie spotkania tłumaczy się dużą liczbą wezwań telefonicznych (N=150, 37,0%), które umożliwiają nawiązanie kontaktu i uzyskanie pomocy. Wezwanie telefoniczne wymaga wówczas umówienia spotkania (10 na 10 przypadków). W sytuacji kryzysowej tego typu telefon ma zmniejszyć napięcie i/albo podtrzymać kontakt (7 na 10 przypadków).

Liczba spotkań znacznie się waha. Analiza formularzy wskazuje, że liczba interwencji oscyluje od 1 do 60 spotkań. Średnia mieści w okolicach 3,5 spotkań w czasie 6 miesięcy. Na zakończenie spotkania można przyjąć kilka rozwiązań: począwszy od braku jakiegokolwiek postanowienia, aż do podjęcia decyzji o następnym spotkaniu. Osobie zainteresowanej pozostawia się możliwość wyboru, co nie zmienia faktu, że pracownik socjalny zawsze proponuje kontynuację spotkań (10 przypadków na 10).

Podczas spotkań mówi się o wzajemnych relacjach, konfliktach, a także na tematy społeczno-ekonomiczne³⁹. W ciągu kolejnych spotkań i z czasem powstawania więzi, tematy stają się coraz bardziej głębokie i osobiste. Mają również odniesienie do przyszłości, co pozwala na sformułowania celów perspektywicznych (6 na 10). Ma to wpływ przede wszystkim na polepszenie warunków życia na dłuższy czas (zdobycie mieszkania, znalezienie sposobu na zapewnienia sobie regularnego dochodu i odnalezienie się na rynku pracy, umiejętność wykorzystania czasu wolnego itp.) (5 na 10 osób).

³⁸ W większej części spotkania odbywały się w AEMO.

³⁹ Z rozmów wynika, że pierwsze spotkania odbywają się pod znakiem „narzekania”, dopiero później dochodzi do poszukiwania rozwiązań w celu osiągnięcia pozytywnych zmian we własnym życiu.

Ogólnie mówiąc, dynamika spotkań jest ściśle związana z jakością ustalanych stosunków i z oczekiwaniami młodych ludzi. Gdy stosunki są stałe, a spotkania dotyczą sfery bardziej osobistej, zauważa się tendencję do szukania miejsc spotkań bardziej dyskretnych, przedłużanie czasu i częstotliwości spotkań⁴⁰. Tak samo lepszy kontakt i/lub definiowanie celów wzmacnia u młodego człowieka gotowość inicjowania następnych spotkań (10 na 10). Te interwencje przyjmują wówczas formę działań społeczno-wychowawczych. To one określają w terenie etapy⁴¹ pomocy, które są różne w czasie i miejscu.

Wykonane czynności i wyniki

W czasie sześciu miesięcy zwrócono się po pomoc 1029 razy. Te interwencje podzielono na 4 płaszczyzny. W tym samym okresie pracownicy socjalni zareagowali 1505 razy. Potrzeby i interwencje pogrupowano następująco: zidentyfikowane potrzeby dotyczą w połowie interwencji niosącej wsparcie uczuciowe, kolejne miejsce zajmuje pomoc w uzyskaniu informacji, pomoc w konkretnych przedsięwzięciach i na końcu pomoc typu normatywnego.

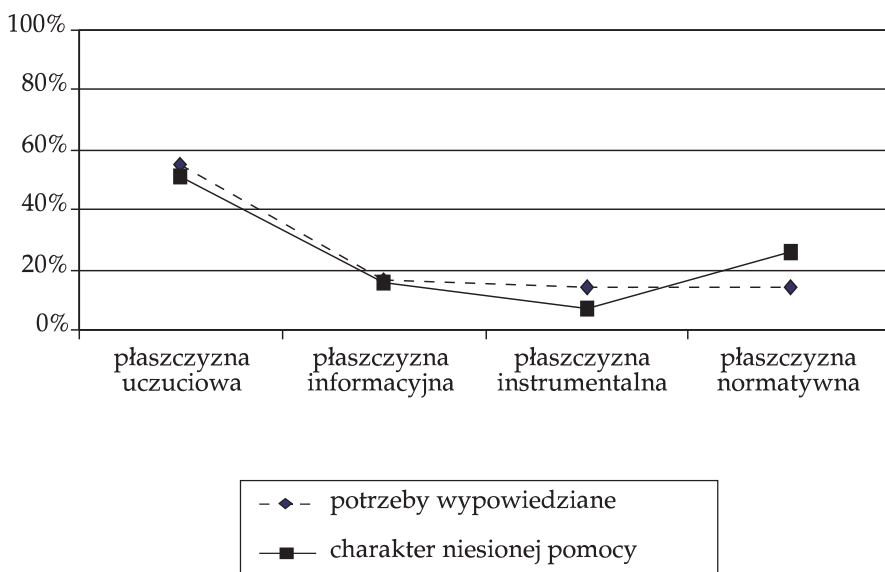
Krzywa niesionej pomocy (ryc. 1) odpowiada zidentyfikowanym potrzebom, oprócz różnicy w sprawach pomocy instrumentalnej i normatywnej:

- w około jednej trzeciej liczby wypowiedzianych potrzeb na płaszczyźnie instrumentalnej, charakter pomocy jest innego typu. Według pracowników socjalnych sformułowane zamiary są tylko szkicami albo mrzonkami – uważają oni, że natychmiastowa interwencja byłaby ograniczeniem niezależności;
- potrzeby wypowiedziane na poziomie normatywnym występują rzadziej. Natomiast podczas niesienia pomocy zauważane są przez pracowników socjalnych nieodpowiednie zachowania. Według nich, te

⁴⁰ Pierwsze spotkania nie przekraczają 15 minut. Natomiast, gdy tylko jest nawiązana więź, czas tych spotkań znacznie się wydłuża. Spotkania trwają wówczas godzinę i dłużej, w zależności od potrzeb. Tak samo wybór miejsca spotkania ulega zmianom. Na początku spotkania mają miejsce na ulicy, w kawiarni lub pubie. Z czasem nierzadko te spotkania odbywają się w domu młodego człowieka albo w pomieszczeniach AEMO.

⁴¹ Wypowiada się, a następnie dokładnie określa potrzeby i cele, poszukuje rozwiązań, realizuje cele.

postawy wymagają pomocy skierowanej na zrozumienie reguł społecznych i/lub ocenę przyjętych postaw.



Rycina 1. Potrzeby i charakter pomocy niesiony przez wychowawców ulicznych na obszarze gminy Sion między styczniem a lipcem 2002 r. (w%)

Wychowanie na ulicy jest adekwatną odpowiedzią na potrzeby młodych ludzi z problemami. Aby sprawdzać adekwatność pomiędzy wyrażonymi potrzebami a niesioną pomocą, utworzono i przedstawiono młodym ludziom do oceny listę potrzeb⁴². Ich odpowiedzi porównano z potrzebami określonymi przez pracowników socjalnych.

Potrzeby wyrażane przez młodych ludzi i te zidentyfikowane przez pracowników socjalnych nie zawsze są takie same:

1) młodzi ludzie wymieniali potrzeby wysłuchania, pociechy i zachęty jako główne punkty odniesienia. Wysłuchanie jest również ważne dla

⁴² Te potrzeby są określone według czterech płaszczyzn interwencji (działania pracowników socjalnych przyp. tł), płaszczyzna uczuciowa (afektywna przyp. tł), informująca, instrumentalna i normatywna.

- pracowników socjalnych; inne wymiary na płaszczyźnie uczuć według nich są drugoplanowe;
- 2) płaszczyzna normatywna jest cytowana po potrzebach uczuciowych i jest istotna na poziomie uregulowania zachowania, a w minimalnym stopniu w sprawie uregulowania zachowania w ramach norm społecznych. Tu występuje mniejsza jednomyślność. Niektórzy wyrażają opinię, że ich zachowania społeczne są odpowiednie, zaś inni uważają, że byłoby dobrze zająć się tą problematyką. Natomiast pracownicy socjalni uważają tę płaszczyznę za istotną;
 - 3) pomoc instrumentalna jest łączona z podejściem ułatwiającym realizację zamiarów. Młodzi ludzie utożsamiają ją czasem z zachętą. Spotkania służą wtedy do przedyskutowania podjętych kroków, a przede wszystkim upewniania się „o słusznym postępowaniu”. Pracownicy socjalni przypisują jej tak samo dużą wagę jak młodzi ludzie;
 - 4) płaszczyzna informacyjna jest wskazywana przez młodych ludzi na ostatnim miejscu, ale często podkreślana. Łączą ją z potrzebą informacji związanej z wypowiedzianymi planami do wykonania. Jest ona impulsem do nawiązania kontaktu z pracownikiem socjalnym.

Jeżeli porządek i zawartość pozycji różnią się nieco, dynamika pozostaje raczej identyczna. Potrzeby w sferze pomocy uczuciowej i normatywnej są wypowiedziane na pierwszym miejscu, następnie wypowiedziane są oczekiwania w sferze konkretnej pomocy. Obserwowana różnica jest do przyjęcia, gdyż nie wprowadza sprzeczności.

Podczas spotkań lista potrzeb była uzupełniana przez: chęć skorzystania z ogólnych rad życiowych, a jednocześnie zwracano się z prośbą o uzyskanie pomocy w zniesieniu napięć podczas konfliktów i mediacji. Wypowiedziano także wolę rozwinięcia strategii rozstrzygnięcia napotykanых problemów i prośbę o zajęcie stanowiska przez pracownika socjalnego i uzyskanie jego opinii.

Waga przyznana potrzebom uczuciowym (10 na 10 przypadków) i instrumentalnym (9 na 10 osób) okazała się stała w ciągu całego okresu udzielania pomocy. Ciągła chęć zrozumienia ram społecznych i pomoc w realizowaniu przedsięwzięć stawały się z czasem i podczas budowania więzi coraz ważniejsze (8 na 10). Rozwój tej ostatniej płaszczyzny zezwolił na sformułowanie nowego celu, bardziej precyzyjnego, ale także bardziej osobistego.

Wszyscy młodzi ludzie wyrażają opinię, że opieka proponowana przez pracowników socjalnych odpowiada ich potrzebom. To uczucie

Tabela 4. Zestawienie potrzeb młodych ludzi określonych przez wychowawców ulicznych i tych wyrażonych przez młodych ludzi, uporządkowane w kolejności ważności i pokazane na poszczególnych płaszczyznach⁴³

Potrzeby określone przez wychowawców ulicznych⁴⁴	Potrzeby określone przez młodych ludzi⁴⁵
(a) wysłuchanie (N= 345)	(a) wysłuchanie (średnia 1.8)
(n) zarządzanie normami społecznymi (N= 93)	(a) pociecha (średnia 2)
(ins) pomoc w realizacji zamiarów (N= 65)	(a) zachęta (średnia 3)
(a) pociecha (N= 63)	(n) regulowanie zachowania (średnia 4.5)
(a) zachęcanie (N= 63)	(ins) pomoc w realizacji zamiarów (średnia 4.6)
(inf) informacja o wychowaniu na ulicy (N= 30)	(inf) informacje dla ... (średnia 4.8)
(n) regulowanie zachowań (N= 30)	(ins) pomoc dla osoby trzeciej (średnia 5)
(inf) informacje różne (N= 24)	(ins) pomoc dla ... (średnia 5.4)
(ins) konkretna inna pomoc (N= 22)	(n) regulacja zachowania (średnia 5.5)
(inf) informacje administracyjne (N= 20)	(inf) informacje na temat streetworkerów (średnia 7.5)

⁴³ Skrótly oznaczają: (a) płaszczyzna uczuciowa (afektywna), (n) płaszczyzna normatywna, (ins) płaszczyzna instrumentalna, (inf) płaszczyzna informacyjna.

⁴⁴ Przedstawiona klasyfikacja opiera się na analizie ankiet interwencyjnych, uzupełnionej przez *streetworkerów* (na podstawie częstotliwości odnoszenia się do tych płaszczyzn).

⁴⁵ Klasyfikacja ustanowiona na podstawie częstotliwości odnoszenia się do tych płaszczyzn.

jest wzmacniane przez fakt, że oni sami oceniają swoje potrzeby, według których ustawiany jest cały rytm i sposób spotkań, a pracownik socjalny musi się do nich dostosować. Dzięki swoim działaniom wychowawcy na ulicy ukazują swoją kompetencję i znajomość rzeczy (8 na 10 przypadków). Stają się oni wiarygodnym punktem odniesienia dla młodych, którzy szukają pomocy, której im brakuje (8 na 10 osób).

Młodzi oceniają interwencję pracowników socjalnych *streetworkerów* przede wszystkim pod kątem pomocy uczuciowej (10 na 10 przypadków)⁴⁶, następnie wypowiadają się o pomocy normatywnej (8 na 10 osób). Doceniają szczególnie fakt, że pracownicy przekazują im punkty odniesienia i wzory zrozumienia, które akceptują, a jednocześnie konfrontację, która, nawet jeśli zaskakuje, to pozwala wzrastać (7 na 10 osób). Przyjęcie innego punktu widzenia, pobudza do wyjścia poza własne problemy, bez ciągłego skupiania się na sobie samym (6 na 10 przypadków). To połączenie niesienia pomocy typu uczuciowego i normatywnego daje młodym ludziom poczucie, że pracownicy socjalni zapewniają im więzi bliskie środowisku rodzinnemu, inaczej mówiąc, zastępują rodziców (8 na 10 przypadków). Ta bliskość uczuciowa wypowiedzana jest słowami, które określają kontakty typu uczuciowego: przyjaciel albo matka (7 na 10 osób).

Ponadto opisują pracownika socjalnego jako osobę dyspozycyjną, która może podjąć zadania odmiennie od tradycyjnej pomocy społecznej (8 na 10 osób); raczej nie jest apodyktyczny i pozostawia możliwość wyboru (8 na 10 osób); osoba, która wnosi coś do naszego życia, jest źródłem informacji i dzięki której można przystąpić do grupy (8 na 10 osób).

To dzięki elastycznej postawie *streetworkerów* i w połączeniu różnych płaszczyzn interwencji zawiera się pełna oferta. Wsparcie uczuciowe, konstruktywna konfrontacja i propozycja pomocy lub przyjęcia odpowiedniej strategii pomaga młodemu człowiekowi w sformułowaniu planów życiowych i ułatwia skupieniu się na nich (5 na 10 przypadków).

W interesie młodych ludzi jest podtrzymywanie kontaktów z wychowawcami na ulicy. Młodzi ludzie nie odnoszą się bezpośrednio do

⁴⁶ Innymi słowy, umiejętność wysłuchania młodego człowieka i wsparcie uczuciowe, które zawiera w sobie zachętę, otuchę, postawę bez oceny i mediację.

zdobytych umiejętności, ale przytaczają bardzo konkretne doświadczenia. Wskazują szczególnie na fakt, że poprzez połączenie różnych płaszczyzn pomocy, pracownik socjalny zastępuje ich środowisko rodzinne, postrzegane jako niesprawne lub nieobecne (8 na 10 przypadków). Prawie co drugi młody człowiek stwierdza znaczne polepszenie warunków życia (5 na 10 osób), a w szczególności uważa, iż posiada już niezbędne umiejętności i informacje (5 na 10 osób). Te umiejętności pozwalają mu na wyobrażenie sobie nowych dróg i perspektyw (5 na 10 osób).

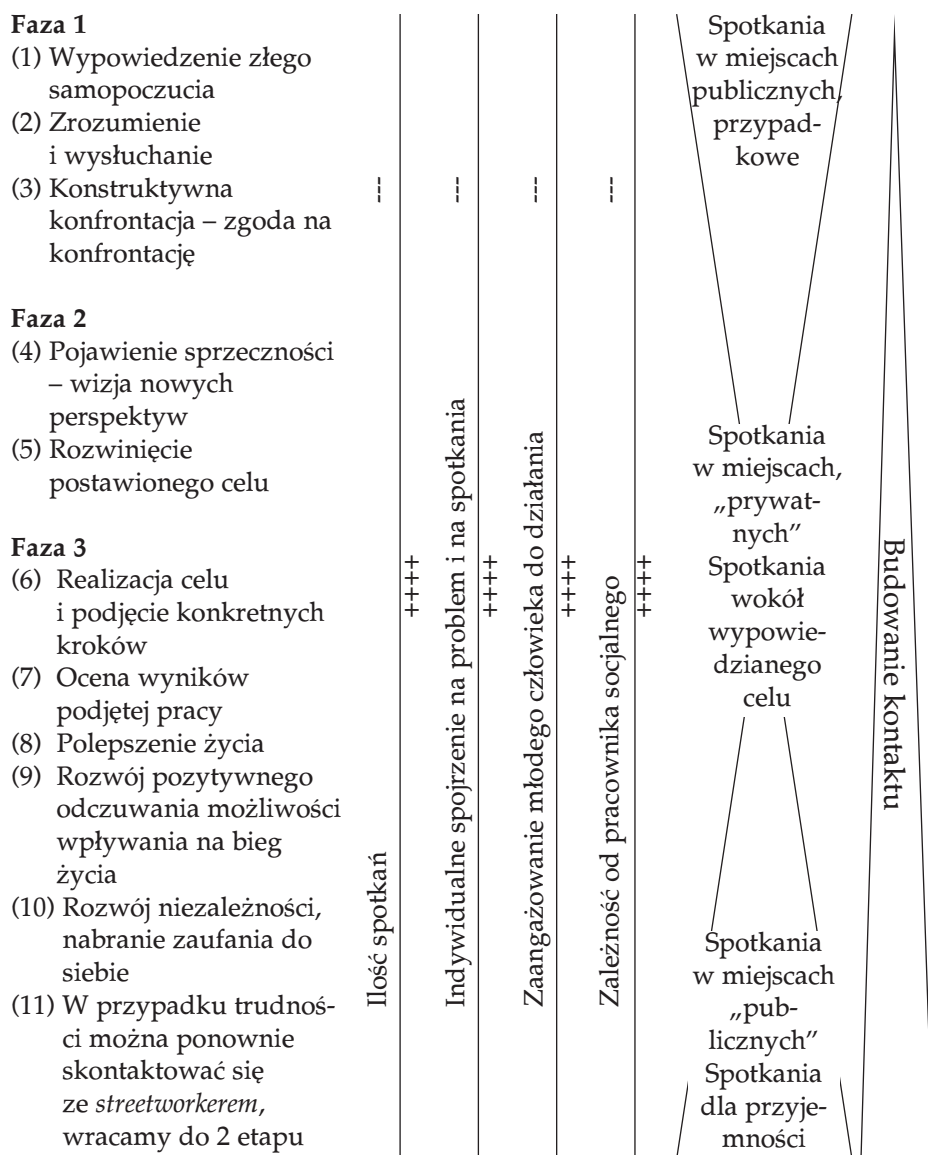
Następna umiejętność polega na lepszym poznaniu siebie i nabyciu pewności, że dokona się rozsądnego wyboru. Młodzi ludzie lepiej rozpoznają i wyrażają trudności, na jakie napotykają (5 na 10 osób). W ten sposób potrafią lepiej sformułować zamierzenia, podchodzą do nich odpowiedzialnie, czują się „lżej” i „lepiej”. Odrzucają „narzekanie” by „przejsć do działań konstruktywnych” (5 na 10 osób).

Sam fakt sformułowania indywidualnego celu nabierze przez to szczególnego znaczenia. To w zasadzie wystarcza, by zbudować dźwignię do pracy nad własnym życiem, a także, by ukierunkować młodego człowieka na konkretne i pozytywne działania (7 na 10 osób), wyzwolić w nim wiarę we własne możliwości i możliwość wpływania na otoczenie (6 na 10 osób).

Wnioski

Nasze badania jasno wykazują, że przebieg interwencji zawiera trzy fazy. Pierwsza faza to są zazwyczaj przypadkowe spotkania w miejscach publicznych i brak wyrażania jakiegokolwiek celu działania przez młodego człowieka. Na tym etapie młody człowiek jest mało wymagający. Natomiast, jeśli tylko pracownik socjalny okaże się osobą kompetentną, wówczas może rozpocząć się druga faza, ze sformułowaniem celu włącznie. Dynamika spotkań ewoluuje, aby doprowadzić w pewnym momencie do rozmów i spotkań z dala od miejsc publicznych. Gdy tylko osiągnięty konkretny cel, rozpoczyna się trzecia faza: młody człowiek odnajduje swoją drogę, więzi pozornie się rozluźniają. Natomiast jeśli nastąpią trudności, kontakt jest ponownie nawiązywany.

Cały ten przebieg można przedstawić następująco:



Rycina 2. Trójfazowy przebieg interwencji

Nasze badania pokazały, że interwencja streetworkerów jest potrzebna młodym ludziom w chwilach załamania. Daje im konkretną opiekę, która pozwala na polepszenie warunków życia i rozwija perspe-

których życiowe. Jednakże ten proces jest tym szybszy i skuteczniejszy, im więcej młodzi ludzie posiadają umiejętności społecznych: łatwiej wyrażają swoje potrzeby, szybciej dostrzegają owoce swojej pracy, rozwijają uczucie pozytywnej i interaktywnej przynależności społecznej. Wielu innym młodym ludziom interwencja *streetworkerów* pozwala uniknąć pogorszenia sytuacji. Jednakże w przypadku słabego rozumienia spraw społecznych odczuwają bardziej ciężar własnej sytuacji niż chęć mobilizacji i działania.

Jasną sprawą jest, że tego typu interwencja musi trwać i rozwijać się w czasie, gdyż przemiana osobowa zawsze wymaga czasu. Równie ważne jest równoległe prowadzenie i szerzenie polityki informacyjnej w interesującym nas środowisku. Pokazanie umiejętności pracowników socjalnych w terenie ułatwi kontakt z innymi młodymi osobami. Można również żywić przekonanie, że przyjęcie tego typu wsparcia przez niektórych młodych ludzi zachęci innych do korzystania z tego typu pomocy.

Wychowanie na ulicy musi zachować swoją niezależność instytucjonalną. Bez tego, młodzi ludzie, którzy już i tak wykazują brak zaufania do tradycyjnych instytucji społecznych, nie mogą być nakłaniani do nawiązywania więzi z pracownikami socjalnymi. Nie można wykluczyć zaangażowania innych pracowników socjalnych do wykonywania zadań i chęci nawiązania kontaktów z młodymi ludźmi. Mogą pojawiać się i być rozpoznawalni na ulicy, by przekonać młodych ludzi do swojego typu interwencji. Jednakże ten rodzaj pracy musi być ograniczony w czasie.

W terenie, aby zagwarantować różnorodność niesionej pomocy, należy czuwać, by zaangażowany zespół był wielodyscyplinarny, obydwu płci i o różnym wykształceniu. Wówczas można zaproponować całą gamę interwencji. Dzięki temu można będzie podejmować działania o charakterze zespołowym. Tego typu działania pozwolą *streetworkerom*, by ich (roz)poznawano i by mogli nieść pomoc, pełniąc swoją misję wśród młodych ludzi. Interwencje o charakterze społeczno-wychowawczym muszą łączyć aspekt uczuciowy i normatywny. To połączenie rozwija w młodym człowieku poczucie bycia pod opieką, poza tym sprzyja rozumieniu i dostrzeganiu innych możliwości. Najważniejszą sprawą jest jednak rozwinięcie interwencji kilkustopniowej, by na jej końcu sformułować cel do realizacji. Jest to bowiem moment przełomowy w odnalezieniu swego miejsca w społeczeństwie.

Bibliografia

- Abric J.-C., al. (1996), *Exclusion sociale, intervention et prévention*, Ed Erès, Paris.
- Autes M. (1999), *Les paradoxes du travail social*, Ed Dunod, Paris.
- Besse M., Pigent A. (1997), *Prévention spécialisée et formation*, Ed Erès, coll. L'éducatons spécialisée au quotidien, Ramonville Saint Agne.
- Besson C., Guay J. (2000), *Profession travailleur social – savoir évaluer, oser s'impliquer*, Ed. Gaëtan Morin, Montréal.
- Bortz J., Döring N. (2002), *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*, 3 Auflage, Verl. Springer, Berlin.
- Bradley F. (2000), *Entre urgence et long terme les paradoxes du travail de rue*, [w:] *Repère social*, Ed. Hospice général, Genève, nr 15.
- Capul M., Lemay M. (1996), *De l'éducation spécialisée*, Ed Erès, coll. L'éducatons spécialisée au quotidien, Ramonville Saint Agne.
- Charlebois R. (1998), *Evaluation: un passe-temps pour chercheurs ou une nécessité pour les intervenants?* [w:] *Revue Canadienne de Psycho-Education*, t. 27, nr 2, 253-269.
- CFPS, *Journées thématiques Incivilités et Violence. Malaise dans la cité*, Sion, 23-24.04.2002.
- De Gauléjac V., Taboada Leonetti I. (1994), *La lutte des places*, Ed Desclée de Brouwer, Paris.
- Dumat H. (1999), *La démarche d'insertion et l'aide aux familles fragilisées: un enjeu pour l'action éducative en milieu ouvert*, [w:] *Qu'est-ce que l'insertion? Entres pratiques institutionnelles et représentations sociales, sous la dir*, M. Loriol, Ed. L'Harmattan, Paris.
- Duck S., Silver R.C. (1990), *Personal relationship and social support*, Sage Publications, London.
- Eckmann-Saillant M., Bolzmann C., de Rham C. (1994), *Jeunes sans qualifications, Trajectoires, situations et stratégies*, Ed IES, Genève.
- Eisner M., Manzoni P. (1998), *Gewalt in der Schweiz, Studien zu Entwicklung, Wahrnehmung und staatlicher Reaktion*, Ed Ruegger, Zürich.
- Desrumeaux-Zargrodnicki P. (1998), *Manuel pratique en travail social : des méthodes pour être efficace*, Ed. Gaetan Morin, Paris.
- Girard V., al. (1991), *La prévention spécialisée en France, forme originale de l'action socio-éducative*, Ed PUF, Publications du C.T.N.E.R.H. Vanves.
- Graham J. (1998), *Rapport de synthèse sur l'efficacité des interventions psychosociales précoces dans la prévention des comportements criminels*, Conseil de l'Europe. Texte non publié, Strasbourg.

- Gusy B., Krauss G., Schrott G., Heckmann W. (1994), *Aufsuchende Sozialarbeit in der AIDS-Prävention, das Streetworker Modell*, [w:] *Schriftreihe des Bundesministeriums für Gesundheit*, Band 21, Nomos Verlag, Baden-Baden.
- Jacob M., Laberger D. (1997), *Les déterminants de l'intervention auprès de jeunes «en danger». Un bilan des recherches*, [w:] *Déviance et société*, t. 21, nr 4, 443-470.
- Killias M. (2001), *Précis de criminologie*, Ed Staempfli, Bern.
- LeBlanc L., Séguin M. (2001), *La relation d'aide, concepts de base et interventions spécifiques*, Ed Logiques, Outremont.
- LeRest P. (2002), *Paroles d'éducateurs de prévention spécialisée – Les éduc de rue au quotidien*, Ed. L'Harmattan, coll. Educateurs et Préventions, Paris.
- LeRest P. (2001), *La prévention spécialisée – Outils, Méthodes, Pratiques de terrain*, Ed. L'Harmattan, coll. Educateurs et Préventions, Paris.
- Maurer R. (1992), *Tout va bien: Travail de rue en Suisse 1981-91, Groupement professionnel «Travail de rue»*, Gruppo Verlauto, Lausanne.
- Marpeau J. (2000), *Le processus éducatif – La construction de la personne comme sujet responsable de ses actes*, Ed Erès, Ramonville St. Agne.
- Merchel J. (1998), *Qualität in der Jugendhilfe*, VOTUM Verlag, Münster.
- Park R.E., Burgess E.W. (1925), *The City*, University of Chicago Press, Chicago.
- Paugam S. (1996), *L'exclusion. L'Etat des savoirs*, Ed La Découverte, Paris.
- Pichler M. & (2002), *Recherche concernant la problématique des jeunes adultes en difficulté dans la Broye*, Ecole d'études sociales et pédagogiques (EESP), Lausanne.
- Pourtois J.-C., Desmet H. (1998), *Que nous enseigne le terrain de l'intervention? Les principes d'une pratique sociale à visée préventive*, [w:] *Revue française de Pédagogie*, nr 124, juillet-août-septembre, 109-120.
- Repère social nr 28 juin. (2001), *Travail social: le hors mur en plein essor*, Ed. Hospice général, Genève.
- Repère social, nr 38, juin. (2002), *Dossier Décrochage*, Ed. Hospice général, Genève.
- Vermersch P. (1994), *L'entretien d'explicitation*, Ed. ESF, Paris
- Wicht C. (1997), *De l'éducation de rue au travail social de rue*, [w:] *Repère social*, Ed. Hospice general, Genève, nr 13 février, 1997, 30-32.
- Sampson R. J., Laub J. H. (1993), *Crime in the Making: Patways and Turning Point trough Life*, Ed. Harvard University Press, Cambridge
- Sauvegarde de l'enfance (2002), *La prévention spécialisée est-elle en danger ou se met-elle en danger*, t. 57, nr 3, juin-juillet, Paris.

www.travail-de-rue.net
www.travailderueqc.net
www.lesocial.fr

Street education in Sion county – state of affairs among young people aged 15-25

Summary. In 2002–2003 the ways of tutors' street interventions in the Sion county has been a subject of research. Researchers analyzed exactly 406 intervention cards and 10 meetings with young people, who had constant contact with social workers. As a result, the following conclusions were made:

- The majority of these young people have not yet reached the margins of society, but they belong to a group of high risk, because they cannot achieve their social and professional aims. In order to help them they are offered a series of meetings.
- Young people in difficult situations need not only to be listened to, comforted and encouraged, but also they want to understand their own behaviour. They adapt new attitudes, develop skills essential in realising their plans and dealing with obstacles, they have encountered.
- The relationship between young people and the street workers is built in three steps. First a meeting with a social worker is offered, followed by an attempt to define goals to achieve. Such attitude helps young people to observe social workers at work and regard them as somebody competent.
- The goals formulated together with the social worker are vital to set the relationship between them and are a way of young man's involvement in the process.

CHRISTOPHE BOULÉ

Zgodność między oczekiwaniami odbiorców pomocy Akcji Wychowawczej w Środowisku Otwartym AEMO a spojrzeniem wychowawców AEMO na swoją działalność¹

Celem artykułu jest ukazanie zgodności oczekiwań odbiorców Akcji Wychowawczej w Środowisku Otwartym AEMO, głównie rodziców, z działaniami podejmowanymi przez wychowawców pracujących w tej instytucji w Sion (Szwajcaria) i ich spojrzeniem na istotę tej pracy. Chodzi o sprawdzenie, czy działania praktyczne są realizowane właściwie i czy stanowią konkretną pomoc zgodnie z oczekiwaniami wyrażonymi przez odbiorców korzystających z pomocy AEMO. W tym celu przeprowadzono wywiady z rodzicami, którzy korzystali z pomocy, i z wychowawcami udzielającymi jej. W rozmowach z jedną i drugą grupą pytano o takie same kwestie: czy narzucona forma pomocy (pełnomocnictwo)², nawiązanie kontaktu, pierwsze spotkanie, sam proces spotkań w domu rodzinnym oraz zakończenie pełnomocnictwa spełniły zakładane cele. Rodzicom postawiono pytania dotyczące odczuć i nastawienia do sposobu pracy AEMO. Z kolei wychowawców poproszono o opisanie swojej strategii postępowania. Ogólnie rzecz biorąc, wyniki pokazały dużą zbieżność między oczekiwaniami wyrażonymi przez odbiorców pomocy a działaniami wychowawców.

¹ Tłumaczenie Małgorzata Hack.

² Pełnomocnictwo to opieka, pomoc na zlecenie instytucji zajmującej się rodziną z powodu jej problemów (uwaga redaktora tomu).

Charakterystyka Akcji Wychowawczej w Środowisku Otwartym AEMO

AEMO wpisuje się w ruch akcji społecznej i wychowawczej z lat 70. XX wieku. Ta idea intensywnej, „ruchomej” interwencji wobec jednej osoby lub całej grupy rozwinęła się przede wszystkim we Francji, a potem dotarła do Szwajcarii Romańskiej (Lozanna) już w 1983 roku. J. B. Dumas (1993, s. 7) powiedział że „(...) od wielu lat, zdawaliśmy sobie sprawę z potrzeby rozwinięcia bardziej adekwatnego rodzaju interwencji w stosunku do tradycyjnych metod społecznych (...) i znacznie lepszego niż umieszczanie dzieci w placówkach opiekuńczych, które i tak spotykają się z różnymi problemami”. Jego zdaniem AEMO to: „Podpora i swoiste towarzyszenie osobie i jej otoczeniu, mające na uwadze utrzymanie osoby znajdującej się w trudnej sytuacji w jej w naturalnym środowisku” (Dumas, 1993, s. 3). Inaczej mówiąc, jest to: „Interwencja określona jako pomoc, którą niesie pracownik socjalny, zgodnie z uzyskanym pełnomocnictwem, spotykając się z małoletnim i jego otoczeniem w jego codziennym środowisku (rodzina, mieszkanie albo środowisko zawodowe, ...) podczas czasu wolnego” (Chazal de Mauriac, 1979, s. 10).

Cele i strategia Akcji Wychowawczej w Środowisku Otwartym AEMO

Cele

Podczas regularnych spotkań z dzieckiem/młodym człowiekiem w wieku (0-18 lat) i/lub z jego rodziną, wychowawca AEMO dąży do innego spojrzenia na ich sytuację, by zrozumieć przyczyny ich trudności, opracować osobiste i indywidualne cele oraz strategię ich realizacji. Cechą tego podejścia jest wspieranie i jednoczesne dostarczanie nowych doświadczeń w celu zbudowania nowego obrazu samego siebie, odnowienia więzi między członkami rodziny a w rezultacie nauczania nowej postawy wobec problemów i umiejętności panowania nad trudnościami.

Strategia

Praca wychowawcy polega głównie na regularnych kontaktach z rodziną czy osobą, której dotyczy pełnomocnictwo (od 2 do 3 godzin

tygodniowo). Po 3-miesięcznym okresie próbnym określony jest już wspólny projekt działania i współpraca może się rozpocząć. Regularna ocena sytuacji i przyjętych celów pozwala, o ile jest taka potrzeba, na przekształcanie projektu, jak również stosunków panujących między różnymi partnerami.

Interwencja AEMO jest ograniczona w czasie i nie powinna przekraczać 2 lat (w wyjątkowych sytuacjach możliwe jest odstępstwo od tej reguły). Przeciętnie czas pomocy wynosi 18 miesięcy. Z uwagi na czas pracy wychowawcy na pełnym etacie (45 godzin tygodniowo), jest on odpowiedzialny za około 12 sytuacji. Jest to już znaczne obciążenie, by nad tym wszystkim odpowiednio zapanować, biorąc pod uwagę liczbę spotkań i różnorodność sytuacji problemowych.

AEMO jako instytucja zobowiązana do niesienia pomocy dzieciom albo młodym ludziom, ich rodzinom i/lub ich otoczeniu interweniuje, gdy pojawiają się niespodzianie trudności wychowawcze, osobiste, społeczne, szkolne albo zawodowe. Te trudności mogą być wyrażane przez same dzieci bądź przez rodzinę, czy też przez osoby trzecie. AEMO natomiast nie interweniuje w przypadkach osób chorych z zaburzeniami (umysłowymi i/lub psychicznymi albo w przypadku stwierdzonej narkomanii).

Specyfika pracy z pełnomocnictwem

Interwencja pracowników AEMO odbywa się wyłącznie po uzyskaniu pełnomocnictwa od uznanych służb społecznych, nadanego przez taką osobę jak sędzia, pracownik socjalny, psycholog. Pełnomocnictwo jest misją, zadaniem, powierzoną wychowawcy odpowiedzialnością, podczas gdy mocodawcą jest osoba albo urząd, które powierzają tego typu misję albo szczególną pracę do wykonania.

Wyróżnia się 3 typy pełnomocnictw:

- karne – wyznaczone przez sąd dla małoletnich,
- cywilne – wyznaczone przez sąd dla nieletnich lub biuro opiekuńcze,
- publiczne – wyznaczone przez Urząd Kantonu Pomocy Młodym, Centrum Medyczno-Społeczne, Centrum dla uchodźców i inne.

AEMO jest prywatną poradnią użyteczności publicznej działającą jako pełnomocnik. Jest częścią systemu pomocy młodym ludziom z kantonu Valais, z którym współpracuje.

Oczekiwania i punkt widzenia rodziców

Metoda badania

W celu zbadania opinii osób korzystających z pomocy AEMO zapytano o zgodę na rozmowę 151 osób. Uzyskano jedynie 26 odpowiedzi pozytywnych, w rezultacie umówiono się na spotkania z 13 kobietami, 3 mężczyznami, 2 małżeństwami, 6 kobietami z dziećmi i 4 samymi dziećmi.

W rozmowach poruszono następujące tematy:

- **dostęp do poradni AEMO:** informacja, **nawiązanie kontaktu**, sprzeciw, **narzucony środek (pełnomocnictwo)**;
- **pierwsza rozmowa:** **miejsce, sytuacja, osoby obecne, oczekiwania i trudności osób zgłaszających się**;
- **wsparcie:** **interwencja w środowisku naturalnym, spotkania, nawiązanie kontaktu, interwencja w otaczającym środowisku.**

W niniejszym artykule zostaną przedstawione jedynie tematy wyłuszczone. Te same zagadnienia omówiono w rozmowach z wychowawcami AEMO.

Wyniki

Pomimo to, że pełnomocnictwo jest narzuconą formą pomocy, rodzice uznali je za uzasadnione. Dla większości z nich tego rodzaju przymus okazał się niezbędny i pozytywny, gdyż pozwolił na odblokowanie sytuacji, która mogłaby się nawarstwiać i pogarszać ze szkodą dla wszystkich. Ogólnie mówiąc, forma pracy AEMO jest postrzegana jako pomoc, a nie jako kara. Rodzice uznali także, że pozytywne w pracy AEMO jest to, że można odmówić i odrzucić tę formę pomocy. Byli jednak świadomi, że ich wybór jest w zasadzie ograniczony (obawiali się np., że jeśli z niej nie skorzystają, to dziecko zostanie umieszczone w placówce opiekuńczej). Jednak fakt całkowitego narzucenia formy pomocy uważa się za główną przeszkodę we współpracy.

Jeśli chodzi o nawiązanie kontaktu, rodzice uważali, że skoro zgodzili się na przyjęcie tego typu formy pomocy, to czuli się także zobowiązani do nawiązania kontaktu z pracownikami AEMO; w przeciwnym wypadku to AEMO nawiązałoby kontakt z nimi. Można stwierdzić, że potrzebne jest niezbędne minimum akceptacji, aby rodzice przyjęli od samego początku procesu pomagania odpowiedzialną i aktywną postawę.

Co do miejsca pierwszego spotkania, rodzice proponowali biura AEMO (rodzina zwraca się z prośbą o pomoc, więc musi udać się do poradni), lub swoje miejsce zamieszkania (rozluźniona atmosfera, poczucie bezpieczeństwa; dziecko pewniejsze siebie).

Z kolei osobami, które powinny uczestniczyć w pierwszej rozmowie, są przede wszystkim oboje rodzice, o ile jest to możliwe, oraz dziecko/dzieci, których dotyczy to pełnomocnictwo. Obecność całej rodziny nie jest konieczna, natomiast obecność osób trzecich (np. pracownika socjalnego) niemile widziana (niepewność, nieufność wobec „przedstawiciela prawa”).

W odniesieniu do wychowawców AEMO – rodzice zgłosili następujące potrzeby:

- 1) informacji o AEMO i sposobach pracy,
- 2) wysłuchania tego, co dotyczy dziecka, jak i rodziców (możliwość mówienia, wyrażania różnych rzeczy),
- 3) traktowania jako partnera (chęć czynnego uczestnictwa, współpracy),
- 4) zrozumienia wraz z niesieniem pomocy i rady,
- 5) ukazania optymizmu i pozytywnej postawy,
- 6) wprowadzenia relacji zaufania,
- 7) dania wyboru, co do kontynuacji lub zaprzestania procesu współpracy z AEMO,
- 8) planowania i organizowania spotkań (gdzie, kiedy, z kim).

Trudności, o jakich wspominali badani rodzice, dotyczyły mówienia o trudnym położeniu, o sobie z nieznaną osobą, konieczności wysłuchania, co druga osoba do mnie mówi, obaw przed oceną i osądzeniem czy zbyt formalnym klimatem.

Co do otrzymywanej pomocy wychowawczej, to interwencja w środowisku domowym była uważana za:

- pozytywną, gdyż: stymulowała do zadbania o swoje codzienne otoczenie, znane, uspokajające i dające pewność, dodawała pewności wobec drugiej osoby; dostarczała wiedzy o otoczeniu, w którym żyje dziecko i jego rodzina, o życiu rodzinnym;
- trudną, gdyż oznaczała wejście do sfery prywatnej, pojawianie się uczucie bycia nagim wobec oskarżającego spojrzenia, strachu, przed osądzeniem życia i zachowania w najbardziej naturalnym otoczeniu, bo we własnym domu.

Zdaniem rodziców spotkania w domu rodzinnym pociągały za sobą budowanie więzi zaufania, nie osądzania, lecz naturalnej, otwartej i pozytywnej postawy wychowawcy. Rodzice mówili również o możliwości odmowy przyjęcia we własnym mieszkaniu obcej osoby. Całe to

spotkanie musi być wspólnie przygotowywane i zaplanowane. W sposób przejrzysty rodzice ustalili swoje powiązania między rodzajem pomocy i jakością kontaktów z wychowawcą.

Relacje między stronami były tak ustalone, że każda z nich mogła odmówić dalszej, wspólnej pracy. Ten układ polegał na zaufaniu, szczerości i współpracy. Współzależność była określana jako silna, ale jednocześnie rodzice uważali, że należy zachować pewien dystans, a umiejętność jego utrzymania należy do wychowawcy.

Podsumowanie

Rodzice, którzy nie najlepiej znosili narzuconą „formę pomocy”, przyjmowali ją, a nawet usprawiedliwiali. W zasadzie nie doprowadziła ona do odrzucenia, czy też niechęci. Poza tym rodzice bez problemu odróżniają „mocodawcę” (sankcję) od „pełnomocnika” (pomoc, wsparcie). Pierwszy ich zdaniem powinien utrzymać „dystans”, podczas gdy drugi powinien być godzien zaufania i akceptacji. Najważniejszą sprawą zdaniem rodziców jest kontakt z wychowawcą. Rodzice gotowi są wówczas przyjąć go do swojego prywatnego życia, aby zezwolić i ułatwić mu lepsze poznanie. Rodzice chcieli być wysłuchani, uznani i szanowani. Domagali się możliwości dokonywania wyboru, choćby w ograniczonej formie. Nie przyjmowali też postawy pasywnych odbiorców. Pragnęli być aktywnymi aktorami w poszukiwaniu wyjścia z trudnej sytuacji.

Punkt widzenia wychowawców

Metoda badania

Indywidualne rozmowy z wychowawcami AEMO przeprowadzono na podstawie pytań podejmujących tę samą tematykę, o której rozmawiano z rodzicami.

W próbie uczestniczyło 5 pracowników socjalnych (3 kobiety i 2 mężczyźni; 4 wychowawców, 1 asystent społeczny). Osoby te posiadały dyplom pracy socjalnej, oprócz tego przeszkolenie z zakresu interwencji systemowej i ochrony dziecka. Ponadto jedna osoba miała wykształcenie dotyczące interwencji wśród emigrantów. Wszyscy mieli od 5 do 17 lat doświadczenia zawodowego.

W rozmowach poruszono następujące tematy:

- *Strategia pracownika AEMO*: narzucona forma pomocy,
- *Pierwsza rozmowa*: miejsce, osoby obecne, zapotrzebowanie, określenie ram współpracy oraz relacji między AEMO a osobą zgłaszającą się.
- *Pomoc*: interwencja w codziennym środowisku, rozmowy, przerwanie lub zakończenie formy pomocy.

Wyniki

Zgodnie ze strategią postępowania pracownika AEMO narzucona forma pomocy przez mocodawcę – (pełnomocnictwo) – jest uznanym, niezbędnym punktem odniesienia na początku, w trakcie i na końcu interwencji. Decyzja o pełnomocnictwie sprzyja strategii, która polega na „przekształcaniu” sankcji w pomoc. Wychodząc z takiego punktu widzenia, pracownik stara się na nowo „opisać” sytuację, aby ją jasno określić w kontekście opieki i pomocy. Wyraźne określenie kontekstu sankcji pozwala przejść w sposób jasny i formalny do kontekstu pomocy. To z kolei pozwala określić normy i reguły dla każdej z tych dwóch kategorii: sankcji i pomocy, a tym samym to, na czym każda z nich powinna polegać.

Mocodawca określa ramy działania dla pełnomocnika (AEMO) i dla zgłaszających się osób. Osoba szukająca pomocy nie jest widziana jedynie pod kątem danego problemu, lecz jest częścią całego splotu wydarzeń i kontaktów, w których żyje. Natomiast określona przez pełnomocnictwo trudność jest jedynie symptomem, objawem problemu.

Miejscem pierwszej rozmowy powinno być biuro AEMO, pomieszczenie specjalnie przygotowane do tego celu. Podczas pierwszego spotkania asystent społeczny nie powinien w nim uczestniczyć. Nie chodzi tutaj o brak zaufania, ale o różnice zadań tych dwóch pracowników! Na początku wychowawca spotyka nastolatka lub jego rodzica/rodziców; zależy to od wieku danej osoby. Ewentualną obecność innych osób podczas spotkań rozważa się na bieżąco. Przede wszystkim wychowawca musi przypomnieć treść pełnomocnictwa i prosi nastolatka, czy też rodziców o ustosunkowanie się co do stopnia uznania słuszności zgłoszonej problematyki i ustalonych celów. Pyta odbiorców o to:

- Jak on/oni widzą problem?
- Jakie są ich zapotrzebowania? Czasem są one słabo sprecyzowane.
- Kto zwrócił się o pomoc? Dlaczego? Dlaczego teraz?
- Czy to zapotrzebowanie jest też wyrażone przez pozostałych członków rodziny?
- Czy są inne zapotrzebowania?

Widać, że istotną sprawą jest zrozumienie zapotrzebowania w kontekście rodzinnym i że jest to ważny etap w rozpoczęciu procesu niesienia opieki i pomocy. Zresztą brak sprecyzowania zapotrzebowania nie oznacza niechęci do zmiany. Głównym zadaniem dla wychowawcy i danej osoby jest jasne określenie płaszczyzny pracy, gdzie mogłaby się zrodzić prośba o pomoc, wynik spotkania dwóch lub większej liczby osób.

W tym celu wychowawca, słysząc „określenie problemu”, będzie mógł zaproponować to, co jest w stanie zaproponować w ramach możliwości interwencji AEMO. Dwa główne elementy muszą być jasno określone, a jest to ustalenie ram i stosunków między osobami.

Ustalenie ram interwencji

Wychowawca musi uściślić ramy i określić plan spotkań, nadać im sens, gdyż muszą przebiegać zgodnie i według powierzonego pełnomocnictwa, a także w zgodzie z celami AEMO i oczekiwaniami danej osoby/rodziców. Warunkiem *sine qua non* jest poszanowanie integralności psychicznej i fizycznej osób. Cele są więc przedyskutowane i stanowią przedmiot niepisanej umowy. Podlegają ciągłej ocenie i przemyśleniom, ponieważ kontrakt nie ma charakteru sztywnego.

Sposoby działania są również ustalone: regularne i intensywne spotkania (od 2 do 3 godzin tygodniowo), większość w miejscu zamieszkania. Możliwy jest też kontakt telefoniczny, a nawet zachęca się do niego. Ewentualny kontakt ze środowiskiem pochodzenia jest na drugim miejscu. W pracy wyodrębnia się 3 miesiące próbne, a czas interwencji wynosi maksymalnie 2 lata.

Określając ramy działania, wychowawca stara się dać każdemu partnerowi poczucie bezpieczeństwa i określa zakres działania (aż do przerwania interwencji). Proponuje się także zdefiniowanie kontaktu, tzn. wzięcie pod uwagę punktu widzenia partnerów w zależności od kontekstu, z możliwością przedyskutowania kontaktu, który się tworzy (metakomunikacja).

Ustalenie stosunków pomiędzy osobami

Wychowawca stara się nadać współpracy z nastolatkiem/rodzicami charakter porozumienia; to zobowiązuje wychowawcę do lojalności wobec nich. W tym celu wysłuchuje historii młodego człowieka bez osądzania kogokolwiek.

Wychowawca przyjmuje początkowo „postawę podrzędną”, daje do zrozumienia swoim rozmówcom, że nie może zaproponować od razu słusznych rozwiązań i że nie jest wszechmocny. Pokazuje, że potrzebuje drugiej osoby, aby zrozumieć problem. Dzięki temu osoba, z którą rozmawia, zauważa swoje możliwości i umiejętności, z których może czerpać. Wychowawca nie proponuje więc reguł, według których należałoby postępować(!). Natomiast może zasugerować kierowanie się zrozumieniem i działaniami, które druga osoba może podjąć i uznać za swoje.

Proces wsparcia i pomocy odbywa się głównie w środowisku życia codziennego, tzn. w rodzinie. Wychowawca koncentruje się na kwestiach życia codziennego, na tym, co nie funkcjonuje, a w szczególności na tym, co funkcjonuje; chodzi o zerwanie z logiką trudności, czy też braku, na rzecz logiki, zdolności i umiejętności.

Wizyta w domu pozwala wychowawcy spojrzeć na „środowisko rodzinne”: jego przestrzeń, organizację, układy i sposób porozumiewania się między członkami rodziny (klimat rodzinny), występujące reguły, role, układ pozycji w rodzinie, czyli poznanie struktury rodzinnej. Jest to źródło podstawowych informacji, by zrozumieć działanie i funkcjonowanie rodziny. Jednocześnie wychowawca musi wziąć pod uwagę pewne elementy, które mogą działać destabilizująco. Są to :

- nieformalny aspekt kontekstu i spotkania,
- zakłócenia wywołane przez telewizję, telefon, dzwonki do drzwi,
- ryzyko niejasnej relacji: zbyt zażyłe stosunki, wejście w układ przyjacielski.

W zależności od okoliczności, wychowawca może zaproponować bardziej formalne ramy spotkania, jak np. biuro, celem określenia sytuacji i stosunków w danym przypadku.

Spotkania to główne i niezależne narzędzie pracy wychowawcy. Intensywność i regularność rozmów pozwala szybko stworzyć i wzmocnić kontakty lub dostrzec, że nie są one w pełni zadowalające i że nie sprzyjają współpracy. Wychowawca opracowuje z jednej strony rozmowy dotyczące „wskazanego pacjenta” (dziecka, nastolatka lub młodego dorosłego), a z drugiej strony to, co dotyczy jego rodzica/rodziców (ewentualnie innych osób).

W zależności od sytuacji (pełnomocnictwa) rozmowy przebiegają najpierw albo z młodym człowiekiem, albo z innymi osobami. Ważne jest, aby rodzice wyraźnie powiedzieli dziecku, że zgadzają się na współpracę z AEMO.

Wychowawca powinien uważać na kierunek rozmowy w zależności od tego, kto bierze w nich udział, np. w zależności od przebiegu rozmowy powinien zwracać się raz do rodzica (matki i /lub ojca) raz do pary (męża i /lub małżonki).

W czasie 3-miesięcznego okresu próbnego, każdy z partnerów może podać w wątpliwość pracę i współpracę z zainteresowanymi osobami. Jeśli uregulowanie kontaktów i celów nie przynosi oczekiwanych rezultatów, na prośbę jednego z partnerów lub obu stron może nastąpić zakończenie współpracy. Tak czy inaczej, mocodawca zostaje poinformowany, po czym odbywa się spotkanie mediacyjne lub kończące współpracę. W przypadku zwykłej procedury zakończenie pełnomocnictwa zależy od osiągniętych celów uzgodnionych między wychowawcą a nastolatkiem/rodzicami, a także od możliwości rodziny, by zrozumieć zaistniałą sytuację i umiejętności kierowania i rozwiązywania trudności. Mocodawca proponuje i decyduje o zakończeniu pełnomocnictwa po przeprowadzeniu oceny pracy z wychowawcą i nastolatkiem/rodzicami.

Wnioski

AEMO stara się działać jako struktura pośrednicząca między mocodawcą a zainteresowanym nastolatkiem/rodzicami. Wychowawca opiera się na pełnomocnictwie i posługuje się nim jako środkiem działania, aby określić kontakty i współpracę z nastolatkiem/rodzicami.

Wychowawca stara się ustalić równomierne relacje nastawione na wsparcie. Jednocześnie bierze pod uwagę i uwypatnia zdolności i umiejętności właściwe osobom oraz systemowi rodzinnemu. W miarę możliwości partnerstwo ma polegać na rozwijaniu i dzieleniu wspólnych praw i obowiązków, które nie muszą być takie same. Odpowiedzialność, zaufanie, autentyczność, a także uczciwość to najważniejsze cechy w tworzeniu więzi.

Zakończenie

Osoby, które odpowiedziały na zaproszenie do rozmowy, to przede wszystkim te, które doświadczyły pozytywnego działania AEMO. Skoro tak, to znaczy, że pełnomocnictwo miało wpływ na ich punkt widzenia i na ich oczekiwania. Głównie uwidacznia się tu punkt widzenia kobiet/matek, bo bardzo mało mężczyzn/ojców, czy też dzieci wyraziło zgodę na badania.

Można porównać potrzeby i opinie rodziców z wypowiedziami i motywacją pracowników socjalnych. Patrząc na elementy podane poniżej, można zauważyć, że główne potrzeby i działania są niezwykle podobne do siebie.

Tabela 1. Porównanie potrzeb rodziców i rozumienia swoich zadań przez wychowawców AEMO

Rodzice	Wychowawcy AEMO
Potrzeba możliwości odmówienia	Przypomnienie pełnomocnictwa i praca zgodna z zaistniałym zapotrzebowaniem
Potrzeba budowania znaczących więzi	Zdefiniowanie prawdziwych i uzupełniających się kontaktów
Potrzeba bycia wysłuchanym	Przyjęcie postawy słuchającego – empatia
Potrzeba bycia szanowanym	Przyjęcie postawy nieosądzającej
Potrzeba bycia zaangażowanym	Poszukiwanie współpracy
Potrzeba bycia uznanym	Uświadomienie umiejętności
Potrzeba decydowania	Możliwość działania, swoboda działania możliwość wyboru

Chociaż jasno widać, że podobieństwo jest widoczne, nie gwarantuje to jednak pozytywnych wyników tych spotkań ani całego procesu. Najlepsze zamiary zmierzające do uzyskania odpowiedzi na wypowiedziane oczekiwania nie pozwalają na opanowanie wszystkich parametrów, które składają się na całą alchemię stosunków między ludźmi. Ale niech myśl autora (A. Yatchinovsky, 1999, s. 62) będzie słowem kończącym, a ja w pełni zgadzam się z tą wypowiedzią:

„Im bardziej człowiek uświadomi sobie, że może decydować i wybierać, a wybór zależy od niego, tym mocniej będzie mógł wpływać na kształtowanie samego siebie”.

Bibliografia

Amiguet O., Julier C. (1996), *L'intervention systémique dans le travail social*, (red.) Ies et eesp, Genève.

- Ausloos G. (2004), *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*, Ramonville, Érès (wyd. 1, 1995).
- Beistegui M. (red.) (1994), *L'intervention éducative en milieu ouvert*, L'harmattan, Paris.
- Chazal de Mauriac J. (1979), *L'action éducative en milieu ouvert. Situation et devenir*, C.T.N.E.RH.I, Paris.
- Dumas J.B. (1993), *AEMO Valais, structure privée et concept de suivi ambulatoire sous forme d'une action éducative en milieu ouvert*, Mémoire de Licence, Université de Genève.
- Farron J. (1996), *Recueil d'un regard AEMO auprès d'anciens usagers*, Travail de Diplôme, ESTS Fribourg.
- Lebbe-Berrier P. (1993), *Pouvoir et créativité du travailleur social: une méthodologie systémique*, ESF, Paris, (wyd. 1, 1988).
- « AEMO à cšur ouvert » (1993), *Revue Travail Social*, Fribourg, nr 10.
- Yatchinovsky A. (1999), *L'approche systémique: pour gérer l'incertitude et la complexité*, ESF, Paris.

Compatibility between the expectations of beneficiaries of the Educational Action in Open Environment AEMO and the outlooks of AEMO tutors on their activity

Summary. The aim of the article is to show the compatibility between the expectations of beneficiaries of the Educational Action in Open Environment AEMO, mostly parents, and actions taken by tutors working in this institution in Sion (Switzerland), as well as outlooks on their work. The purpose is to check whether the practical actions are conducted correctly and does the aid meet the expectations of AEMO's beneficiaries. That is why there has been made a series of interviews with both parents, who were helped and the tutors. Those two groups were asked about the same matters: did the imposed way of aid (entitlement – helping on a request of an institution taking care of the family because of its problems), creating a relationship, the first meeting, the process of meeting at home itself and finishing the entitlement achieved the assumed results. The parents were to answer questions concerning feelings and attitude towards AEMO's work. The tutors were asked to describe their strategies. In general, the results indicated a great compatibility between expectations of beneficiaries and actions taken by tutors.

MAGDALENA DRAGAN, BEATA OLEKSY

Ocena zapotrzebowania na działania profilaktyczne w programie „Tak czy Nie”

*I wszędzie tam, dokąd dotarłem,
ciągnąłem za sobą cień t e g o domu, im dalej
uciekłem, tym bardziej się naprężał, krępował mi
ruchy, spowalniał kroki...*

W. Kuczok, *Gnój*

Mając na uwadze konsekwencje, jakie niesie za sobą życie w rodzinie alkoholowej, autorki chciałyby podzielić się swoimi refleksjami, wynikającymi z kilkuletniego realizowania programu profilaktycznego „Tak czy Nie”. Odpowiednie zaplanowanie oddziaływań profilaktycznych obejmuje diagnozę, realizację programu profilaktycznego i ewaluację oddziaływań.

Ustalenia terminologiczne

Termin diagnoza pochodzi z języka greckiego (diágnōsis) – oznacza rozpoznanie, a ściślej rozróżnienie. Proces diagnozowania można postrzegać z różnych perspektyw: z perspektywy założeń ogólnych, pod kątem sposobu wyjaśniania lub ze względu na przedmiot diagnozy. Przez diagnozę można rozumieć albo efekt (wynik) pewnego postępowania (diagnostycznego), albo proces (diagnozowanie), który ma doprowadzić do pewnego efektu (Paluchowski, 2001, s. 7).

Według S. Ziemskiego (1973) diagnoza to rozpoznanie badanego stanu rzeczy przez zaliczenie go do typu, gatunku, przez wyjaśnienie

stanu rzeczy, przewidywanie dalszego rozwoju. W diagnozie pedagogicznej ważna jest także ocena możliwości zmiany badanego stanu w kierunku pedagogicznie pożądanym.

Pełna diagnoza dąży do wyjaśniania o wielorakim charakterze: szuka odpowiedzi na pytanie, do jakiego znanego typu (z literatury i doświadczenia) należy badany stan rzeczy (diagnoza przyporządkowująca), jakie są przyczyny danego stanu rzeczy (diagnoza genetyczna); jakie ma znaczenie badany stan rzeczy dla całości badanego stanu (diagnoza celowościowa); w jakiej fazie przebiegu znajduje się badany stan rzeczy (diagnoza fazy); jak dalej będzie rozwijał się badany stan rzeczy (diagnoza prognostyczna). Nie w każdym przypadku diagnozowania uwzględnia się wszystkie czynniki i nie zawsze są one jednakowo ważne (Malikowski, 1984, s. 67).

L. Pytka (1997) wyróżnia trzy podstawowe modele diagnozy: model diagnozy behawioralnej – przedmiotem rozpoznania są zachowania; model diagnozy interakcyjnej – przedmiotem rozpoznania jest rodzaj i jakość stosunków interpersonalnych; model diagnozy interdyscyplinarnej – przedmiotem rozpoznania są zachowania i mechanizmy wewnętrzne jednostki (Pytka, 1997, s. 102).

Diagnoza przebiega w trzech etapach: od diagnozy konstatującej fakty, przez diagnozę ukierunkowującą, do diagnozy weryfikującej (Ziemski, 1973). Może być podejmowana ze względu na jednostkę, ze względu na grupę uczniów, ze względu na problem (Jarosz, 2001). Dwie podstawowe czynności diagnostyczne to zebranie w odpowiedni sposób danych, które wymagają interpretacji, i określenie na ich podstawie badanego stanu rzeczy.

Diagnoza jako element profilaktyki

Diagnoza i działanie pedagogiczne (wyrównawcze, naprawcze, profilaktyczne) są ze sobą ściśle sprzężone. Diagnoza zapobiega powstaniu w przyszłości szkód (Malikowski, 1984, s. 294), jest więc działaniem profilaktycznym. Rozpoznawanie, diagnozowanie oraz wczesna identyfikacja problemów związanych z piciem alkoholu to jedna ze strategii postępowania, jakie stosuje się w profilaktyce antyalkoholowej (Cierpiałkowska, 2000, s. 217). Profilaktyka problemów alkoholowych z jednej strony obejmuje wszelkie starania zmierzające do zwiększenia szans i zasobów sprzyjających zdrowemu stylowi życia, z drugiej –

zawiera te działania, które stawiają sobie za cel minimalizowanie różnego typu kosztów związanych ze skutkami picia alkoholu, jak również zmniejszenie już istniejącej i przyszłej populacji osób pijących alkohol (Cierpiałkowska, 2000, s. 213).

Szczególnie ważnym terenem dla działań profilaktycznych powinna być szkoła, ponieważ jest miejscem intensywnego rozwoju w zakresie funkcjonowania psychospołecznego, konfrontacji autorytetów i kształtowania poczucia własnej wartości, wypełnia znaczną część aktywnego życia dzieci i młodzieży (Gaś, 1997, s. 54). Podczas międzynarodowej konferencji „Zapobieganie używaniu substancji psychoaktywnych w środowisku szkolnym – rola wczesnej interwencji” w Lubinie 2005 roku, J. Szymańska podkreślała, że najwięcej sukcesów dydaktycznych oraz najmniej problemów z zachowaniem uczniów i dyscypliną mają szkoły, które postawiły na budowanie bliskich, ciepłych relacji nauczycieli z uczniami. Wiele dobrych programów profilaktycznych nie przynosi spodziewanych efektów, gdyż przegrywają w konfrontacji ze złym klimatem szkoły (za: Sochocki, 2005).

Alkoholizm nazywany jest „chorobą rodziny”. Określenie to ma zwrócić uwagę na niezwykle silny wpływ, jaki alkoholicy wywierają na swoje otoczenie. I chociaż istnieje wiele opracowań dotyczących alkoholizmu, temat dzieci niejednokrotnie jest w nich pomijany.

Doświadczenia dzieci z rodzin alkoholowych znacznie różnią się między sobą. Istnieją różne wzorce picia i różne zachowania związane z piciem. Zarówno dzieci, jak i ich rodzice, mogą być w różnym wieku wówczas, gdy ujawnia się problem alkoholowy. Wszystkie te czynniki mają wpływ na to, jaką rolę odegra alkoholizm rodzica w życiu dziecka (Kinney i.in., 1996, s. 155).

Niska samoocena, brak poczucia wpływu na swoje życie, słaba umiejętność radzenia sobie w zmiennej sytuacji oraz problemy w relacjach interpersonalnych, to cechy najlepiej charakteryzujące funkcjonowanie psychiczne dzieci alkoholików (Robinson, 2005, s. 93). Dzieci alkoholików są bardziej niż inne zagrożone uzależnieniem. Badania diagnostyczne prowadzone przez poradnie ujawniły następujące problemy tych uczniów (Kamińska-Buśko, 1997, s. 11):

- niezadowolenie z kontaktów z rodzicami: brak poczucia zrozumienia i oparcia psychicznego,
- trudności i niepowodzenia szkolne,
- trudności w kontaktach z rówieśnikami,
- zaburzenia życia emocjonalnego: wysoki poziom lęku, napięcia psychicznego.

Charakteryzuje je nadmierny egocentryzm, mała odporność na niepowodzenia, nieadekwatna samoocena.

Przyjmując, że w Polsce żyje około 700-800 tys. osób uzależnionych od alkoholu, liczbę niepełnoletnich dzieci alkoholików można określić na około 2 mln. Są oni uczestnikami różnych programów profilaktycznych, realizowanych na terenie szkół. Z przeglądu działań na rzecz dzieci alkoholików wynika, że polskie programy pomocy są ograniczone. Społecznie rozpowszechnione stereotypy myślenia o alkoholizmie i odnoszenia się do dzieci alkoholików zniekształcają obraz rzeczywistości, rodzą bezradność i zniechęcenie. Model proponowany przez A. Pacewicz (1994, s. 123) jest ukierunkowaną na dziecko strategią pomocy. Zestawienie tego modelu z modelem dominującym znajduje się poniżej.

Tabela 1. Zestawienie cech charakterystycznych dwóch modeli myślenia o alkoholizmie i dzieciach alkoholików

Model dominujący	Model proponowany przez A. Pacewicz
1. Alkoholizm to właściwy ludziom niemoralnym (lub) słabym nałóg, z którego prawie nikt nie wychodzi.	1. Alkoholizm to choroba, której nie można całkowicie wyleczyć, ale można ją zaleczyć.
2. Dziecko to ofiara alkoholizmu rodziców.	2. Dziecko to podmiot zmagający się z trudną sytuacją rodzinną.
3. Determinizm i fatalizm: dziecko z takiego domu wcześniej czy później pójdzie na manowce.	3. Dziecko alkoholika prowadzi zmagania, w których wygrywa i przegrywa, a wsparcie otoczenia ma istotne znaczenie dla przebiegu tej walki.
4. Beznadziejność prób ratowania dziecka, bo ojciec i tak nie przestanie pić, więc wszelkie starania tracą sens.	4. Znaczące są drobne działania – osobisty kontakt, istotne informacje o alkoholizmie.
5. Pomóc dziecku alkoholika, to uchronić je przed wpływem zdemoralizowanego rodzica i środowiska.	5. Pomóc dziecku alkoholika, to nauczyć je lepiej radzić sobie z sytuacją rodzinną i zorganizować mu wsparcie, np. w postaci rówieśniczej grupy samopomocy.
6. Efektem pomocy powinna być zmiana systemu wartości dziecka w kierunku proponowanym przez wychowawcę.	6. Efektem pomocy powinno być wzmocnienie konstruktywnych mechanizmów samodzielnego radzenia sobie.

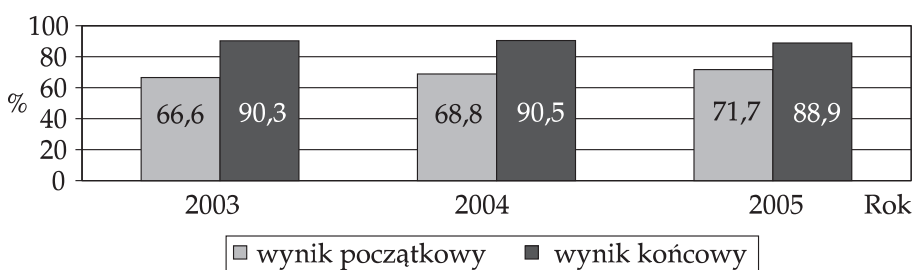
Przykład programu profilaktycznego wykorzystującego elementy diagnozy – dane z badań

Program W. Skrzypczyka „Tak czy Nie” należy do grupy programów obejmujących zagadnienia dotyczące nie tylko problemów związanych z piciem alkoholu, ale również innych uzależnień, a także różnych umiejętności mogących obniżyć ryzyko psychopatologii (Cierpiąkowska, 2000, s. 225).

Celem programu profilaktyki uzależnień „Tak czy Nie” jest:

1. Dostarczenie wiedzy na temat uzależnień oraz wpływu alkoholu i narkotyków na życie w rodzinie – ze szczególnym uwzględnieniem dzieci.
2. Kształtowanie postaw sprzyjających podejmowaniu racjonalnych decyzji, związanych z zażywaniem alkoholu i środków odurzających.
3. Nabycie praktycznych umiejętności umożliwiających samostanowienie i obronę własnych praw, ze szczególnym uwzględnieniem asertywnego mówienia „Nie” (Skrzypczyk, 1997, s. 7).

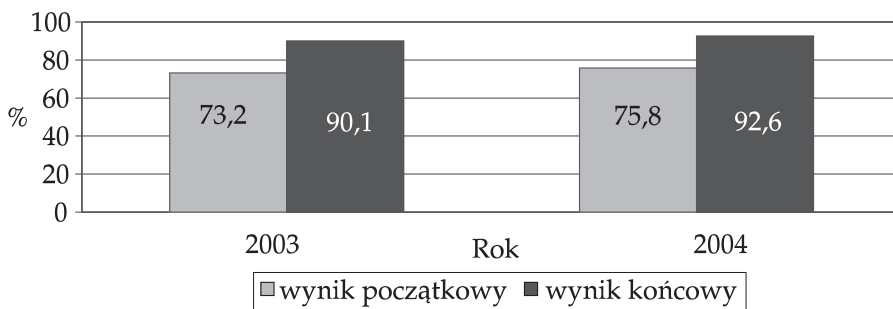
Podczas realizacji programu zapoznaje się uczestników z funkcjonowaniem psychologicznym rodziny (m.in. rolami przyjmowanymi przez dzieci), co ułatwia identyfikację z uczuciami i pozwala zauważyć problemy własnej rodziny. Może to stanowić impuls do zwrócenia się o pomoc.



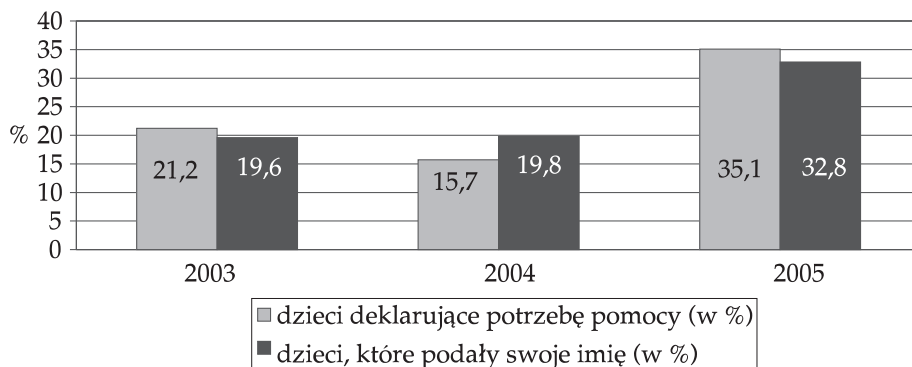
Rycina 1. Zmiany zachodzące w zakresie wiedzy o chorobie alkoholowej u uczniów szkół podstawowych uczestniczących w zajęciach profilaktycznych w latach 2003-2005 (odsetek prawidłowych odpowiedzi)

Na początku realizacji programu przeprowadza się badanie ankietowe diagnozujące wiedzę na temat choroby alkoholowej. Uczniowie ustos-

sunkowują się do prawd i mitów, zaznaczając, które zdania są prawdziwe, a które fałszywe. Ankieta tworzona była na podstawie testu informacyjnego o dzieciach alkoholików COAT (Robinson, 1998, s.196-199). Na zakończenie programu uczniowie wypełniają tę samą ankietę, co pozwala na sprawdzenie przyrostu wiedzy.



Rycina 2. Zmiany zachodzące w zakresie wiedzy o chorobie alkoholowej u uczniów gimnazjum uczestniczących w zajęciach profilaktycznych w latach 2003-2005 (odsetek prawidłowych odpowiedzi)

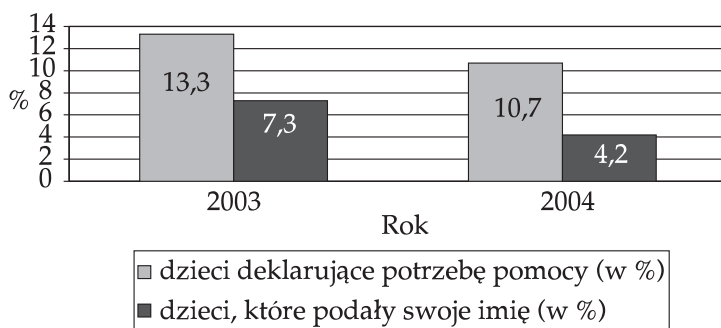


Rycina 3. Odsetek uczniów szkoły podstawowej deklarujących potrzebę pomocy dla siebie lub kogoś bliskiego, zestawiony z odsetkiem uczniów, którzy deklarowali potrzebę pomocy i podali swoje imię w latach 2003-2005

Na koniec otrzymują również drugą, w której najważniejsze, dla poruszanej tu problematyki, jest pytanie, w którym mogą wskazać, że potrzebują pomocy oraz zadeklarować chęć skorzystania z niej poprzez

podanie swojego imienia. Nawiązanie bliskiej relacji z dziećmi podczas realizacji programu profilaktycznego pozwala na ujawnienie się osób, które potrzebują pomocy.

Wykresy obejmują zestawienie wyników badań prowadzonych w latach 2003-2005 na terenie gminy Kąty Wrocławskie we wszystkich szkołach podstawowych i gimnazjach. W 2003 roku w badaniach wzięło udział 378 uczniów, w 2004 – 296 uczniów, a w 2005 roku – 387 uczniów.



Rycina 4. Odsetek uczniów gimnazjum deklarujących potrzebę pomocy dla siebie lub kogoś bliskiego w zestawieniu z odsetkiem uczniów, którzy deklarowali potrzebę pomocy i podali swoje imię w latach 2003-2004

Wnioski

Informacje zebrane podczas badań ankietowych to pierwszy etap diagnozy konstatającej fakty (za: Pytka, 1997 s. 102). Pierwsze badanie przeprowadzone było ze względu na grupę uczniów a drugie ze względu na jednostki.

Znajomość zagadnień związanych z chorobą alkoholową jest przed rozpoczęciem realizacji programu „Tak” czy Nie” na wyższym poziomie w gimnazjum niż w szkole podstawowej (wykres 1 i 2), co wskazuje na to, że młodsze dzieci mają mniej wiedzy i w większym stopniu ulegają stereotypom niż dzieci starsze. Po zakończeniu oddziaływań odsetek prawidłowych odpowiedzi w kwestionariuszu dotyczącym choroby alkoholowej pozostaje na tym samym poziomie w obu grupach.

Z danych wynika, że istnieje znaczna różnica w zakresie liczby dzieci, które zgłosiły, że potrzebują pomocy, pomiędzy szkołą podsta-

wową a gimnazjum (wykres 3 i 4). W szkole podstawowej dzieci częściej przyznają, że potrzebują pomocy. Z wiekiem system zaprzeczeń zostaje tak silnie wpojony, że młodzież rzadziej porusza ten temat. Należy więc zintensyfikować działania i objąć pomocą dzieci w szkole podstawowej oraz tworzyć grupy wsparcia dla dzieci alkoholików. Wysoki odsetek dzieci sygnalizujących, że potrzebują pomocy, wskazuje na konieczność rozmawiania o tym problemie.

Przy porównywaniu danych na przestrzeni lat, uwagę przykuwa znaczny przyrost dzieci, które zgłosiły, że potrzebują pomocy w roku 2005. Być może związane jest to z tym, że prowadzący programy w szkołach to te same osoby, do których dzieci i młodzież zdążyli się przyzwyczaić, poczuć się przy nich bezpiecznie.

Ze względu na specyficzne problemy dzieci z rodzin alkoholowych (opisane powyżej) należy objąć je szczególną opieką i nie zmarnować ich chęci do skorzystania z pomocy.

Wyniki zwracają uwagę na potrzebę przeprowadzenia systemowej diagnozy, ponieważ pokazują, jak wiele dzieci potrzebuje pomocy, ale nie wskazują – w jakich obszarach. Dlatego z dziećmi, które się zgłosiły, przeprowadza się wywiady, a następnie prosi nauczycieli wskazanych jako zaufanych o opiekowanie się danym dzieckiem. Nie zaspokaja to jednak potrzeb, gdyż nauczyciele mogą udzielić ograniczonego wsparcia, ponieważ nie są specjalistycznie przeszkoleni do udzielania pomocy psychologicznej, mają wiele własnych obowiązków i nie znajdują na to czasu. Po zdiagnozowaniu zapotrzebowania należy przeprowadzić pełną diagnozę funkcjonowania wybranych dzieci, w obszarze sytuacji rodzinnej, socjalnej, szkolnej i społecznej.

Istotna wydaje się w tym wypadku potrzeba ścisłego powiązania profilaktyki pierwszorzędowej, do której się zalicza niespecyficzne działania mające na celu zapobieganie pojawianiu się problemów i zaburzeń, z profilaktyką drugorzędową – adresowaną do konkretnych odbiorców, wyselekcjonowanych ze względu na podwyższony poziom ryzyka wystąpienia zaburzeń (w tym wypadku dzieci z rodzin z problemem alkoholowym).

Bibliografia:

- Cierpiałkowska L. (2000), *Alkoholizm*, Wyd. Nauk., UAM, Poznań.
Gaś Z. (1997), *Profilaktyka w szkole*, [w:] *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, (red.) Kamińska-Buśko, CMPPP, Warszawa.

- Jarosz E. (2001), *Wybrane obszary diagnozowania pedagogicznego*, Katowice.
- Kamińska-Buśko B. (1997), *Zapobieganie uzależnieniom uczniów*, CMPPP, Warszawa.
- Kinney J., Leaton G. (1996), *Zrozumieć alkohol*, PARPA, Warszawa.
- Malikowski M. (1984), *Diagnozowanie sytuacji i potrzeb kulturalnych*, Wyd. WSP, Rzeszów.
- Pacewicz A. (1994), *Dzieci alkoholików: jak je rozumieć, jak im pomagać*, Agencja Informacji Użytkowej „Bivar”, Warszawa.
- Paluchowski W. (2000), *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*, Scholar, Seria Wykłady z Psychologii nr 7, Warszawa.
- Pytka L. (1997), *Diagnostyka w wychowaniu resocjalizującym*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna*, (red.) W. Pomykało, Fundacja Innowacja, Warszawa.
- Robinson E.B. (1998), *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa.
- Robinson E.B., Rhoden J.L. (2005), *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa.
- Skrzypczyk W. (1997), *Program profilaktyki uzależnień dla młodzieży „Tak czy Nie”*, PROM, Łódź.
- Sochocki M. (2005), *Interwencja profilaktyczna w środowisku szkolnym*, „Remedium” listopad 2005.
- Ziemski S. (1973), *Problemy dobrej diagnozy*, Wiedza Powszechna, Warszawa.

An assessment of the demand for preventive actions in programme „Yes or Not”

Summary. In this chapter reflections of realizing a preventive programme „Yes or Not” by W. Skrzypczyk are presented. It was conducted among students of primary and grammar school of the borough of Kąty Wrocławskie at the years 2003-2005. During activities students filled in two questionnaires: the first two times (at the beginning and at the end of the programme) which checked they knowledge of alcoholism and the second where they can write that they need help. The authors present results of the evaluation and describe conclusions point to demand for preventive actions.

WIOLETTA JUNIK

Destrukcyjne wzory przystosowania społecznego dzieci z rodzin z problemem alkoholowym

Wieloletnie doświadczenia terapeutów rodzin z problemem alkoholowym przyczyniły się do zgromadzenia wiedzy o specyficznym funkcjonowaniu takich rodzin. Dowiedziono, że picie patologiczne staje się elementem systemu rodzinnego i prowadzi do przewidywalnych, ale przymusowych zachowań zarówno u poszczególnych członków rodziny, jak i osób występujących w interakcjach między nimi (Kellerman, 1969 za: Wegscheider-Cruse, 2000, s. 27).

Z analizy literatury prezentującej systemowe podejście do rodzin wynika, że dzieci wychowujące się w tego typu rodzinach poszukują sposobów radzenia sobie ze stale doświadczanym zagrożeniem własnego rozwoju psychospołecznego (zob. Bradshaw, 1994; Wegscheider-Cruse, 2000). W reakcji na problemy alkoholowe członków rodzin (najczęściej dorosłych) przyjmują nieracjonalne i nieświadomiane destrukcyjne wzory zachowań, w literaturze przedmiotu nazywane rolami. Role – jak twierdzi J. Bradshaw – są sposobem przeżycia trudnych do wytrzymania sytuacji w rodzinie dysfunkcyjnej. Funkcjonują one jako obrony *ego*, stając się również częścią wyobrażonej więzi rodzinnej (1994, s. 100).

Destrukcyjne wzory zachowań mają na celu zneutralizowanie negatywnych skutków wywołanych przez osobę uzależnioną w środowisku rodzinnym, a w środowisku społecznym służą do ukrycia choroby alkoholowej przed innymi ludźmi (zob. Robinson, 1998, s. 30). Takie destrukcyjne wzory przenoszone są przez dzieci na różne obszary społecznego funkcjonowania, gdzie objawiają się w postaci rozmaitych

problemów osobistych czy w formach nieprzystosowania społecznego. Podejmowanie tych ról następuje najczęściej we wczesnym dzieciństwie i trwa częstokroć przez całe życie. Stąd istotnego znaczenia nabiera wczesna identyfikacja występowania u dzieci cech charakteryzujących destrukcyjne wzory zachowań, którą można rozpocząć już od momentu podjęcia przez dzieci nauki w szkole czy pojawienia się w placówce opiekuńczo-wychowawczej. Wczesna diagnoza umożliwi podjęcie interwencji, która sprzyjałaby osłabianiu i/lub likwidacji destrukcyjnych wzorów zachowań.

Celem artykułu jest prezentacja wyników badań nad destrukcyjnymi rolami podejmowanymi przez dzieci z rodzin z problemami alkoholowymi. Wyniki te pochodzą z projektu badawczego zrealizowanego w latach 2001-2002¹, którego celem była ocena skuteczności oddziaływań wspomagających rozwój psychospołeczny dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w świetlicach terapeutycznych.

Charakterystyka ról

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele różnych definicji ról podejmowanych przez dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich klasyfikacji. Zdaniem Sh. Wegscheider-Cruse role to wzorce sztucznych zachowań, pod którymi skrywane są prawdziwe uczucia dziecka (2000, s. 81). Z kolei J. Bradshaw nie podaje precyzyjnej definicji ról, koncentrując się przede wszystkim na ich opisie. Zdaniem autora role są specyficzne, wywołane przez ukryte i jawne potrzeby systemu rodzinnego, zaś ich funkcją jest utrzymywanie systemu w równowadze (1994, s. 100-101). Pełniejszego wyjaśnienia, czym są role, dostarcza L. Cierpiałkowska, definiując role jako określone, sztywne wzory zachowań i interakcji, za którymi ukryta zostaje prawdziwa percepcja i ocena rzeczywistości oraz towarzyszące temu uczucia i emocje (1994, s. 89).

¹ Badania prowadzone były w ramach projektu badawczego pt. „Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w świetlicach terapeutycznych”, na podstawie którego została napisana praca doktorska pod kierunkiem Dr hab. Marii Deptuły – prof. nadzw. UKW. Badania finansowane były z grantu przyznanego przez Radę Programową do Badań nad Problemami Związanymi z Alkoholem przy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, natomiast na napisanie rozprawy Komitet Badań Naukowych przyznał grant promotorski nr 5 H01F 054 21.

Wśród klasyfikacji ról najbardziej znane są dwie autorstwa Sh. Wegscheider-Cruse (1976, 1979) i C. Black (1982) (za: Robinson, 1998, s. 36). Sh. Wegscheider-Cruse na podstawie wieloletnich doświadczeń terapeutycznych wyłoniła pięć ról charakterystycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, takich jak: Wspólnik, Bohater rodzinny, Kozioł ofiarny, Zagubione dziecko i Maskotka² (Robinson, 1998, s. 30).

Obserwacje rodzin z problemem alkoholowym C. Black potwierdziły istnienie podobnych sylwetek dzieci z takich rodzin, przy czym zostały one inaczej nazwane. W klasyfikacji ról opracowanej przez C. Black istnieją takie wzory zachowań, jak: Dziecko odpowiedzialne, Dziecko dopasowane, Dziecko rozjemca i Dziecko odgrywające się. Autorka ponadto zaobserwowała także w rodzinach pewne tendencje w podejmowaniu ról przez dzieci uzależnione od wielkości rodziny. Mianowicie dostrzegła, że w małych rodzinach każda osoba może pełnić więcej niż jedną rolę, a w dużych każda z ról może być odgrywana przez więcej niż jedną osobę. To spostrzeżenie wskazuje na konieczność uwzględniania w procesie diagnozy rozwoju dzieci z rodzin alkoholowych wiedzy o dynamice systemów rodzinnych. Także na potrzebę dokonywania starannej, powtarzanej co jakiś czas diagnozy, co pozwoliłoby uniknąć sytuacji jednorazowej identyfikacji roli, jaką dziecko przyjęło w swojej rodzinie, a w rezultacie przyczynić się do jego etykietowania.

Biorąc pod uwagę obydwie klasyfikacje, można by w skrócie przedstawić role dzieci następująco:

- Bohater rodziny, czyli super odpowiedzialne dziecko przejmujące na siebie role rodziców, którzy z nich się nie wywiązują; w szkole występuje jako najbardziej popularny i najlepszy uczeń;
- Kozioł ofiarny, czyli dziecko zbuntowane przeciwko sytuacji panującej w rodzinie, przejawiające zachowania niezgodne z normami społecznymi; w szkole występuje jako dziecko sprawiające liczne trudności;
- Zagubione dziecko, czyli niezauważane w rodzinie, osamotnione, które izoluje się od świata zewnętrznego; w szkole występuje jako dziecko osamotnione w grupie;
- Maskotka, czyli dziecko odwracające uwagę od problemu rodzinnego poprzez rozbawianie, rozładowywanie napięcia; w szkole występuje jako błazen klasowy.

² W swoich badaniach posłużyłam się klasyfikacją ról według Sh. Wegscheider-Cruse, ponieważ została ona szerzej opisana w dostępnej w Polsce literaturze przedmiotu.

Niestety, poza niezwykle cenną wiedzą wyniesioną z doświadczeń znamienitych terapeutów m.in. C. Black, V. Satir, Sh. Wegsneider-Cruse czy B. Robinsona, dotyczącą przyjmowania przez dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w rodzinach i środowisku społecznym destrukcyjnych wzorów zachowań, nadal brakuje badań naukowych wzbogacających ich obserwacje kliniczne na ten temat lub badań, które przysparzałyby wiedzy o funkcjonowaniu dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w destrukcyjnych rolach.

Korzystając z badań własnych, autorka ma nadzieję chociaż w niewielkim stopniu wypełnić istniejącą lukę.

Metoda badań

Pomysł badania destrukcyjnych wzorów zachowań występujących u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wynikał z założenia, że o skuteczności oddziaływań na rzecz dzieci można wnioskować na podstawie zmian, jakie zachodzą w zakresie deficytów w rozwoju psychospołecznym tych dzieci. Stąd w projekcie badawczym pojawiła się zmienna o nazwie natężenie cech charakteryzujących destrukcyjne role podejmowane przez dzieci z rodzin alkoholowych w klasie szkolnej i grupie wychowawczej w opinii wychowawców klas i świetlic, które miało służyć opisowi zmian zachodzących w rozwoju psychospołecznym dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, poddanych oddziaływaniom świetlic socjoterapeutycznych.

Do badań oprócz grupy dzieci objętych pomocą świetlic socjoterapeutycznych (grupa świetlicowa) włączyłam grupę porównawczą. Dzieci z jednej i drugiej grupy pochodziły z rodzin z problemem alkoholowym, przy czym dzieci z grupy porównawczej nie uczęszczały na zajęcia do świetlic socjoterapeutycznych³. Badane dzieci były w wieku

³ Zdaję sobie sprawę, że ze względów poznawczych i dla większej poprawności metodologicznej wskazane byłoby włączenie do badań także dzieci z rodzin, których dysfunkcjonalność spowodowana jest innymi przyczynami niż alkohol, czy być może dzieci z rodzin funkcjonalnych. Jednak nie zdecydowałam się na uwzględnienie tych grup z dwóch powodów. Po pierwsze, do powstania projektu badawczego zainspirował mnie bardzo intensywny w ostatnich latach rozwój pomocy, głównie na rzecz dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, niesionej w stałe i na dużą skalę powstających świetlicach socjoterapeutycznych. Po drugie, w praktyce pomoc socjoterapeutyczna kierowana jest głównie do dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Stąd

od 7 do 12 lat i uczęszczały do klas od I do IV szkoły podstawowej, ponieważ identyfikowanie ról powinno mieć miejsce jak najwcześniej. W związku z tym, że w świetlicach przebywało zbyt mało dzieci z jednoznacznie zdiagnozowaną problematyczną sytuacją alkoholową w rodzinie, nie było możliwe losowe dobieranie dzieci do grupy badawczej. Podobnie w szkołach, liczba dzieci z klarowną diagnozą była zbyt mała. Stąd zrezygnowałam z losowego doboru dzieci do grup badawczych na rzecz włączenia wszystkich dzieci. W rezultacie grupę świetlicową stanowiło 62 dzieci uczęszczających do 4 świetlic terapeutycznych, a grupę porównawczą 53 dzieci niebędących pod opieką tych placówek. W szkołach – ze względów etycznych – w badaniach wzięła udział grupa losowo wybranych dzieci towarzyszących. Założono, że dla dobra dzieci z rodzin alkoholowych należy unikać sytuacji, w której wychowawcy orientowaliby się, że w badaniach chodzi wyłącznie o te dzieci, ponieważ mogłoby to spowodować ich etykietowanie. Chociaż w niniejszym artykule nie prezentuje się zebranych od tej grupy badawczej wyników, to warto podać tę informację jako sugestię dla badaczy, którym zależy na ochronie dzieci z rodzin z problemem alkoholowym przed stygmatyzacją.

Badania prowadzone były zgodnie ze schematem quasi-eksperymentalnym. Przeprowadzono dwukrotny pomiar zmiennych w jednej i drugiej grupie badawczej w odstępie ośmiu miesięcy, tak by okres oddziaływań objął cały rok szkolny⁴, w trakcie którego dzieci z grupy świetlicowej mogły uczęszczać na zajęcia do świetlic socjoterapeutycznych.

W związku z tym, że za miarę skuteczności oddziaływań prowadzonych w świetlicach socjoterapeutycznych przyjęto zmiany w realizacji zadań rozwojowych, których treść w dużej mierze wiąże się z funkcjonowaniem dzieci w szkole, to badanie natężenia cech charakteryzujących destrukcyjne role podejmowane przez dzieci z rodzin alkoholowych polegało na badaniu opinii nie tylko wychowawców

swoje zainteresowanie naukowe skoncentrowałam wyłącznie na populacji dzieci alkoholików. W przyszłości zamierzam skoncentrować się na poszukiwaniu różnic między innymi w zakresie natężenia cech charakterystycznych dla destrukcyjnych wzorów zachowań pomiędzy rówieśnikami ze środowisk funkcjonalnych i dysfunkcyjnych, co z pewnością będzie sprzyjać szerszej refleksji nad przyczynami występowania destrukcyjnych wzorów zachowań i niesieniu pomocy dzieciom przejawiającym takie wzory.

⁴ Rok szkolny trwał 10 miesięcy, ale w projekcie badawczym należało uwzględnić czas niezbędny do przeprowadzenia pretestu i posttestu, stąd analizowany okres oddziaływań to 8 miesięcy.

światlic socjoterapeutycznych, ale także wychowawców klas szkolnych. W przypadku dzieci z grupy porównawczej badanie polegało oczywiście na zbieraniu informacji wyłącznie od wychowawców klas.

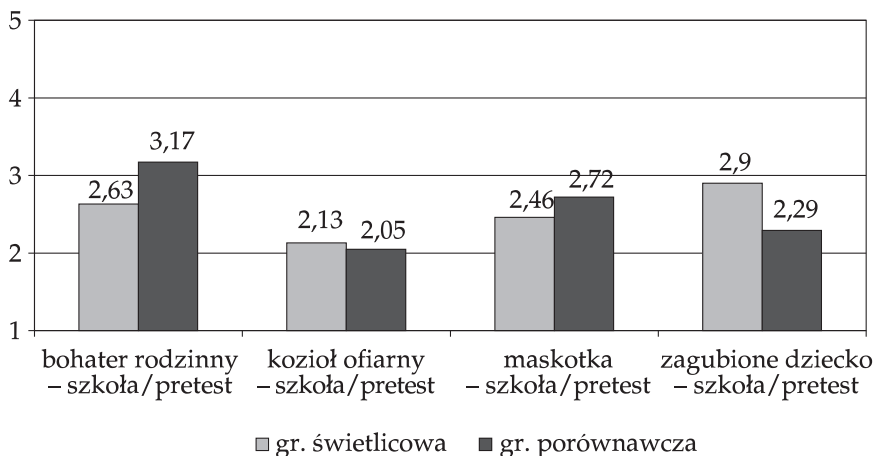
Do badania natężenia cech charakteryzujących destrukcyjne role podejmowane przez dzieci z rodzin alkoholowych opracowano „Kwestionariusz do oceny społecznego przystosowania się wychowanka”. Zadaniem wychowawców klas i grup wychowawczych było odnieść się do 49 stwierdzeń w nim zawartych. Wychowawcy oceniali cechy i zachowania występujące u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym na czterech wymiarach obejmujących takie destrukcyjne role, jak: rola bohatera rodzinnego (BR), kozła ofiarnego (KO), maskotki (M) i zagubionego dziecka (ZD). Natężenie cech było określane przy pomocy pięciopunktowej skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało, że dane zachowanie „nigdy” nie wystąpiło a 5, że występowało „zawsze”. Wysoki średni wynik w grupie oznaczał silne natężenie cech charakterystycznych dla danej roli.

Opracowane przez autorkę narzędzie badawcze spełniało wymóg rzetelności. Rzetelność skal służących do oceny natężenia cech charakteryzujących destrukcyjne role podejmowane przez dzieci z rodzin z problemem alkoholowym była wysoka (a – Cronbacha dla poszczególnych skal mieściła się w przedziale od 0,6606 do 0,9410).

Dla scharakteryzowania omawianej tu zmiennej zależnej obliczono średnie i odchylenia standardowe. W celu ukazania różnic między badanymi grupami – światlicową i porównawczą w I i II pomiarze zastosowano test t-Studenta – dla grup niezależnych. Natomiast dla oceny zmian zachodzących wewnątrz badanych grup pomiędzy I a II pomiarem zastosowano test t-Studenta dla grup zależnych.

Wyniki

Jako pierwsze zaprezentowane będą wyniki badań zebrane od wychowawców klas, którzy wyrazili swoją opinię o funkcjonowaniu dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w szkole w trakcie I pomiaru zmiennych. Poniższy wykres ilustruje średnie wyniki spostrzegania przez wychowawców klas natężenia cech charakterystycznych dla dzieci z rodzin alkoholowych uczęszczających do światlic terapeutycznych i tych niebędących pod ich opieką (rycina 1).



Rycina 1. Spostrzeganie dzieci z grupy świetlicowej i porównawczej przez wychowawców klas na wymiarach charakteryzujących natężenie destrukcyjnych ról podejmowanych przez dzieci z rodzin alkoholowych – pretest

Wymiar – bohater rodzinny

Z opinii wychowawców klas wynikało, że w preteście dzieci uczęszczające do świetlic istotnie rzadziej niż dzieci z grupy porównawczej podejmowały w klasie rolę bohatera rodzinnego ($t=-4,869$ $df=90$ $p(2str)=0,000$). Z kolei na tym wymiarze dzieci niebędące pod opieką świetlic osiągnęły najwyższy w odniesieniu do pozostałych wymiarów średni wynik, przekraczający środek skali o 0,17 pkt. Zdaniem wychowawców klas dzieci te bardziej niż ich rówieśnicy miały skłonności do podejmowania licznych zadań, perfekcyjnego wywiązywania się z powierzonych im obowiązków, w tym osiągania najlepszych wyników w nauce, starały się zachowywać tak, jak zachowują się dorośli, przejmując na siebie dużo odpowiedzialnych zadań czy przejawiając postawy prospołeczne.

Wymiar – koziół ofiarny

Dzieci z grupy świetlicowej i porównawczej na tym wymiarze uzyskały wyniki najniższe w porównaniu z innymi badanymi wymiarami. Oznacza to, że na terenie szkół dzieci z rodzin z problemem alkoholowym

wym przejawiały najmniej cech charakterystycznych dla kozłów ofiarnych, takich jak na przykład zachowania antyspołeczne. Jednocześnie wyniki w obydwu grupach były bardzo zbliżone, w związku z tym różnice pomiędzy grupami okazały się statystycznie nieistotne ($t=-0,555$ $df=83$ $p(2str)=0,581$).

Wymiar – maskotka

Dzieci charakteryzowane na tym wymiarze podejmowały rolę wesółka, dowcipnisa, czy inaczej tzw. „błazna klasowego”, przymilając się do nauczycieli i rówieśników oraz zachowując się generalnie nieodpowiedzialnie w różnych sytuacjach. W preteście dzieci z grupy porównawczej przejawiały istotnie więcej cech charakterystycznych dla tej roli w przeciwieństwie do dzieci uczęszczających do świetlic ($t=-2,259$ $df=100$ $p(2str.)=0,026$).

Wymiar – zagubione dziecko

Tabela 1. Średnie wyniki natężenia cech charakterystycznych dla destrukcyjnych ról podejmowanych przez dzieci z rodzin alkoholowych w klasie szkolnej – pretest

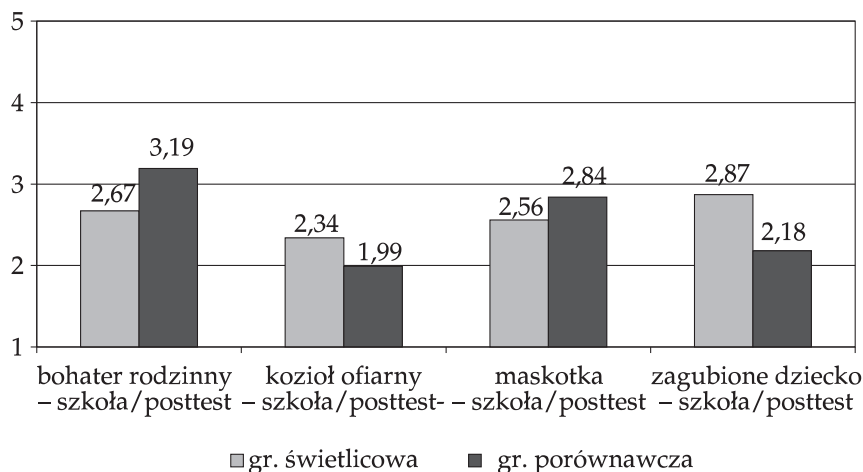
Typy ról	Grupa świetlicowa			Grupa porównawcza			Wynik testu t-Studenta		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	P (2-str.)
Bohater rodzinny – szkoła/pretest	55	2,63	0,48	37	3,17	0,56	-4,869	90	0,000
Kozioł ofiarny – szkoła/pretest	52	2,13	0,59	33	2,05	0,59	0,555	83	0,581
Maskotka – szkoła/pretest	59	2,46	0,54	43	2,72	0,59	-2,259	100	0,026
Zagubione dziecko – szkoła/pretest	59	2,9	0,69	39	2,29	0,72	4,122	96	0,000

W preteście, zdaniem wychowawców klas, dzieci z grupy świetlicowej posiadały najwięcej cech zagubionego dziecka. Rolę taką cechuje

przyjmowanie przez dziecko pozycji wycofującej się, brak umiejętności współpracy oraz izolowanie się od świata zewnętrznego. W rezultacie takie dzieci są najczęściej smutne i samotne wśród innych dzieci, ale także i dorosłych. Średnie natężenie cech charakterystycznych dla zagubionego dziecka na terenie klas wyniosło w grupie świetlicowej 2,89, a w grupie porównawczej 2,29. Różnica pomiędzy badanymi grupami w zakresie natężenia tych cech okazała się statystycznie istotna i wyniosła $t=4,122$ $df=96$ $p(2str.)=0,000$.

Podsumowaniem wyników uzyskanych w preteście na poszczególnych wymiarach jest tabela 1.

Kolejna rycina (2) przedstawia natężenie ról podejmowanych przez dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w klasie szkolnej, po upływie ośmiu miesięcy od I pomiaru. Przyglądając się tym wynikom i zestawiając je z pretestem, od razu dostrzega się taką samą tendencję w rozkładzie ról. Poniżej omawiam różnice, które dotyczą wartości średnich.



Rycina 2. Spostrzeganie dzieci z grupy świetlicowej i porównawczej przez wychowawców klas na wymiarach charakteryzujących natężenie destrukcyjnych ról podejmowanych przez dzieci z rodzin alkoholowych – posttest

Wymiar – bohater rodzinny

Średni wynik na tym wymiarze w grupie świetlicowej wyniósł 2,67, natomiast w grupie porównawczej 3,19. Uzyskany w grupie świetlicowej

wej średni wynik znalazł się poniżej środka skali o 0,63 pkt, a w grupie porównawczej o 1,19 pkt. Zaobserwowana na tym wymiarze różnica pomiędzy grupami okazała się statystycznie istotna i wyniosła $t=-4,862$ $df=98$ $p(2str.)=0,000$.

Wymiar – kozioł ofiarny

Natężenie cech na tym wymiarze utrzymywało się w obydwu badanych grupach na najniższym poziomie w odniesieniu do pozostałych wymiarów. Oznacza to, że i w tym pomiarze wychowawcy klas dostrzegli u swoich wychowanków najmniej cech charakterystycznych dla roli kozła ofiarnego. W przypadku grupy świetlicowej średni wynik natężenia destrukcyjnych cech i zachowań charakterystycznych dla kozła ofiarnego był wyższy $M=2,34$ niż w grupie porównawczej, w której wyniósł 1,99 pkt. W rezultacie powstałe w postteście różnice między grupami na tym wymiarze okazały się statystycznie istotne $t=2,551$ $df=89$ $p(2str.)=0,012$.

Wymiar – maskotka

U dzieci z grupy świetlicowej na tym wymiarze natężenie cech i zachowań było niższe niż na wymiarach: bohater rodzinny oraz zagubione dziecko i wynosiło 2,56 pkt. Natomiast w grupie porównawczej kolejną rolę, jaką zaraz po bohaterze rodzinnym podejmowały dzieci, była rola maskotki. Na tym wymiarze średni wynik wyniósł 2,84, a różnice pomiędzy grupami okazały się statystycznie istotne ($t=2,513$ $df=100$ $p(2str.)=0,015$).

Wymiar – zagubione dziecko

Na tym wymiarze dzieci z grupy świetlicowej, tak samo jak w preteście, osiągnęły najwyższy średni wynik 2,87, świadczący o tym, że w szkole dzieci przejawiały najwyższe natężenie cech i zachowań charakterystycznych dla zagubionego dziecka. Natomiast w grupie porównawczej średnie natężenie wynosiło 2,18. W rezultacie różnice, jakie zaistniały na tym wymiarze pomiędzy grupami, okazały się statystycznie istotne $t=5,21$, $df=100$ $p(2 str.)=0,000$.

Podsumowując wyniki I i II pomiaru w szkołach, można powiedzieć, że badane grupy różniły się pod względem natężenia cech charakterystycznych dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Dzieci

z grup świetlicowej i porównawczej w preteście różniły się istotnie na trzech wymiarach (oprócz roli kozła ofiarnego), a w postteście na wszystkich wymiarach. Kolejność ról, jakie podejmowały w I i II pomiarze dzieci z grupy świetlicowej, była następująca: zagubione dziecko, bohater rodzinny, maskotka i na końcu kozioł ofiarny. Przy czym natężenie tych ról wzrosło w postteście na trzech wymiarach oprócz wymiaru zagubione dziecko, gdzie wskaźnik obniżył się o 0,05 pkt.

Tabela 2. Średnie wyniki natężenia cech charakterystycznych dla destrukcyjnych ról podejmowanych przez dzieci z rodzin alkoholowych w klasie szkolnej – posttest

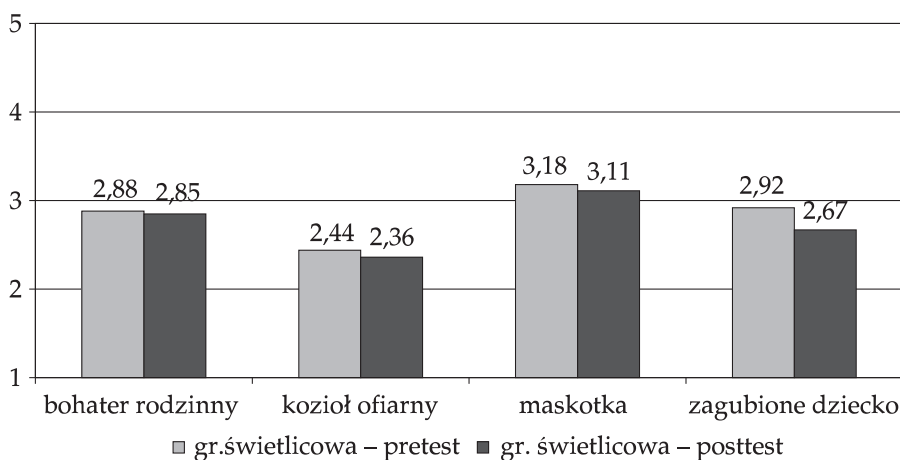
Typy ról	Grupa świetlicowa			Grupa porównawcza			Wynik testu t-Studenta		
	N	M	SD	N	M	SD	t	df	p (2-str.)
Bohater rodzinny – szkoła/posttest	56	2,66	0,536	44	3,19	0,52	-4,862	98	0,000
Kozioł ofiarny – szkoła/posttest	48	2,34	0,634	43	1,99	0,65	2,551	89	0,012
Maskotka – szkoła/posttest	59	2,56	0,577	44	2,83	0,53	-2,481	101	0,015
Zagubione dziecko – szkoła/posttest	57	2,87	0,722	45	2,18	0,57	5,213	100	0,000

Statystycznie istotna niekorzystna zmiana nastąpiła w zakresie natężenia cech i zachowań charakteryzujących destrukcyjną rolę kozła ofiarnego. Natomiast w grupie porównawczej dzieci przejawiały najczęściej cechy bohatera rodzinnego, maskotki, trochę mniej zagubionego dziecka i na końcu, tak jak w grupie świetlicowej – kozła ofiarnego. Zmiany, jakie nastąpiły w zakresie tej zmiennej w grupie porównawczej pomiędzy pomiarami, polegały na wzroście natężenia cech i zachowań charakterystycznych dla bohatera rodzinnego i maskotki.

Z kolei porównanie wyników badań wewnątrz grup pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem wskazuje, że jedyne istotne różnice, jakie się pojawiły, dotyczyły roli kozła ofiarnego w grupie świetlicowej. Na tym wymiarze nastąpiło statystycznie istotne podwyższenie natęże-

nia cech i zachowań charakterystycznych dla tej roli. Niekorzystna różnica pomiędzy pomiarami okazała się istotna $t=-4,4026$ $df=43$ $p(2str) = 0,000$. Ten wynik oznacza pojawienie się niekorzystnej tendencji wśród dzieci z grupy świetlicowej, ponieważ świadczy o tym, że u tych dzieci wzmacniają się cechy i zachowania sprzyjające powstawaniu osobowości antyspołecznej.

Zaprezentowane dotychczas wyniki badań ilustrujące natężenie cech charakterystycznych dla czterech destrukcyjnych wzorów zachowań przejawianych przez dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w szkołach potwierdziły, że przyjmowanie destrukcyjnych ról ma miejsce już w dzieciństwie. Role są wyraźnie obserwowalne już w młodszym wieku szkolnym. Tendencja ta, mająca miejsce w środowisku szkolnym, dotyczyła zarówno dzieci, które korzystały ze specjalistycznej pomocy oferowanej przez świetlice socjoterapeutyczne, jak i tych, które takiego wsparcia nie otrzymywały. Przeprowadzone przez autorkę badania dostarczyły jeszcze innych, znaczących dla tej problematyki danych. Są to wyniki badania spostrzegania przez wychowawców świetlic socjoterapeutycznych cech świadczących o występowaniu destrukcyjnych wzorów funkcjonowania u dzieci uczęszczających do tych placówek. Na rycinie 3 zaprezentowano wyniki badania omawianej tutaj zmiennej zależnej na terenie świetlic socjoterapeutycznych.



Rycina 3. Spostrzeganie dzieci z grupy świetlicowej przez wychowawców grup wychowawczych na wymiarach charakteryzujących natężenie destrukcyjnych ról podejmowanych przez dzieci z rodzin alkoholowych – pretest i posttest

Wymiar – bohater rodzinny

W preteście średni wynik natężenia cech i zachowań charakterystycznych dla roli bohatera rodzinnego wśród dzieci z rodzin z problemem alkoholowym wynosił 2,88, natomiast w postteście nie uległ znaczącej zmianie i kształtował się na poziomie 2,85. Zmiany, jakie nastąpiły w efekcie oddziaływań, okazały się statystycznie nieistotne ($t=0,32$ $df=40$ $p(2str.)=0,745$).

Wymiar – koziół ofiarny

Badane dzieci charakteryzowane przez wychowawców świetlic na tym wymiarze uzyskały w preteście średni wynik 2,44, natomiast w postteście 2,36 i były to najniższe średnie wyniki, co oznacza, że w grupie świetlicowej było najmniej dzieci, które przejawiały tendencje do zachowań antyspołecznych. Różnica, jaka wystąpiła pomiędzy pomiarami, okazała się statystycznie nieistotna i wyniosła $t=0,67$ $df=15$ $p=0,512$.

Wymiar – maskotka

Na tym wymiarze – zdaniem wychowawców – dzieci z rodzin z problemem alkoholowym przejawiały najwyższe natężenie cech i zachowań. Zarówno w preteście, jak i postteście średni wynik informujący o natężeniu cech i zachowań charakterystycznych dla roli maskotki wyniósł kolejno 3,18 i 3,11. Natomiast zmiany, jakie nastąpiły po ośmiomiesięcznych oddziaływaniach, okazały się statystycznie nieistotne ($t=1,026$ $df=46$ $p(2str.)=0,310$).

Wymiar – zagubione dziecko

W I pomiarze średni wynik, jaki uzyskały dzieci z rodzin z problemem alkoholowym na tym wymiarze, wyniósł 2,92, natomiast w II pomiarze 2,67. Zmiany, jakie wystąpiły na tym wymiarze, okazały się istotne statystycznie. Natężenie cech i zachowań charakterystycznych dla roli zagubionego dziecka uległo istotnemu osłabieniu, o czym świadczą różnice pomiędzy pretestem a posttestem, które okazały się statystycznie istotne i wyniosły $t=2,4883$ $df=43$ $SD=0,016$.

Podsumowując przedstawione wyniki badań zebrane na terenie świetlic terapeutycznych, widać, że na trzech wymiarach, oprócz bohatera rodzinnego, gdzie średni wskaźnik natężenia wzrósł zaledwie

o 0,01 pkt., nastąpiło osłabienie natężenia cech i zachowań charakteryzujących destrukcyjne role, niestety statystycznie nieistotne, za wyjątkiem roli zagubionego dziecka, w której obniżenie natężenia cech okazało się istotne.

Interesujące było również porównanie wyników badań uzyskanych na terenie szkół z wynikami zebranymi na terenie świetlic. Okazało się, że dzieci z rodzin z problemem alkoholowym uczęszczające do świetlic, na ich terenie prezentowały w preteście silniejsze natężenie cech i zachowań destrukcyjnych niż w szkole. Natomiast w postteście to natężenie pozostało wyższe na trzech wymiarach, oprócz wymiaru zagubionego dziecka.

Wnioski

Pierwszym pytaniem po przedstawieniu powyższych wyników badań jest pytanie o to, co z nich wynika dla teorii i praktyki pedagogicznej? Zdaniem autorki badania te są podwójnym źródłem informacji. Po pierwsze, stanowią informację o funkcjonowaniu dzieci z rodzin z problemem alkoholowym korzystających z pomocy świetlic socjoterapeutycznych. Zgodnie z celem całego projektu badawczego, jakim była ocena skuteczności oddziaływań prowadzonych w świetlicach, uzyskane wyniki pozwalają dostrzec brak zmian w zakresie przyjmowania przez dzieci destrukcyjnych ról. Po drugie, wyniki te mogą stanowić szersze źródło informacji o tym, co dzieje się z młodszymi dziećmi z rodzin alkoholowych, które nie są objęte pomocą instytucji wsparcia dziennego, takich jak np. świetlice socjoterapeutyczne.

Analizując przedstawione wyniki badań (brak istotnych pozytywnych zmian na trzech wymiarach spośród czterech badanych w świetlicach i silniejsze natężenie cech w świetlicach niż w szkołach), można by dojść do wniosku, że oddziaływania świetlic socjoterapeutycznych wywarły niekorzystny wpływ na zachowania dzieci, które do nich uczęszczały. Przed tak pochopnym wnioskowaniem przestrzegać powinien, zdaniem autorki fakt, że świetlice socjoterapeutyczne, w przeciwieństwie do szkół, są placówkami przeznaczonymi głównie dla dzieci i młodzieży ze środowisk dysfunkcyjnych, z różnego rodzaju deficytami i zaburzeniami. Można więc przypuszczać, że praca z taką populacją będzie wymagała dużego wysiłku, większego niż w środowisku, w którym nie istnieje tak duże skupienie dzieci z problemami wynika-

jącymi z wychowywania się w rodzinie alkoholowej. Stąd osłabienie u dzieci natężenia cech charakterystycznych dla poszczególnych ról, a nie – jak w przypadku szkoły – ich wzmocnienia (za wyjątkiem roli zagubionego dziecka), uważam za zapowiedź korzystnego kierunku zmian, pojawiającego się wraz z realizacją oddziaływań w świetlicach.

W moim przekonaniu za taką tezę przemawia także fakt, że w badanych świetlicach prowadzono oddziaływania socjoterapeutyczne nastawione na dostarczanie dzieciom odpowiednich doświadczeń, które przyczyniają się do korygowania zaburzeń w zachowaniu i zaburzeń emocjonalnych, do odreagowywania stresów i napięć oraz do niwelowania urazów psychicznych. W związku z tym należy przypuszczać, że praca socjoterapeutyczna będzie kontynuowana i tym samym można mieć nadzieję na dalsze osłabianie natężenia cech charakteryzujących destrukcyjne role pełnione przez dzieci.

Niestety, wyniki badań uzyskane na terenie szkół są, zdaniem autorki, bardziej niepokojące niż niezbyt widoczne zmiany na terenie świetlic. Dowodem tego jest istotna zmiana nasilenia u dzieci cech charakterystycznych dla pełnienia roli kozła ofiarnego. Słuszności tej tezy upatruje się w tym, że powszechnie znana jest ułomność systemu szkolnego, w którym najczęściej nie podejmuje się głębszej refleksji nad funkcjonowaniem dzieci z rodzin z problemem alkoholowym, a przeważnie koncentruje się na usuwaniu, tłumieniu czy niekonstruktywnym modyfikowaniu zachowań takich dzieci. Stąd uzasadniona wydaje się obawa, że szkoła może wzmacniać destrukcyjność zachowań dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Warto jednak mieć świadomość, że zarówno optymistyczna wizja co do zmian w zakresie osłabiania natężenia destrukcyjnych ról w świetlicach socjoterapeutycznych, jak i pesymistyczna wizja wzmacniania destrukcji zachowań dzieci w szkołach wymaga potwierdzenia empirycznego. Ważne jest znalezienie odpowiedzi na pytanie o to, jak kształtowałyby się sytuacja dzieci z grupy świetlicowej na terenie szkół, gdyby nie prowadzono na ich rzecz żadnych oddziaływań wspomagających? Czy uległaby znacznemu pogorszeniu, czy nie?

Wobec powyższych rozważań kluczową sprawą staje się wczesna diagnoza umożliwiająca podjęcie oddziaływań osłabiających natężenie cech charakterystycznych dla poszczególnych ról. Jednak warunkiem koniecznym do prowadzenia tego typu diagnozy jest posiadanie przez wychowawców klas, grup wychowawczych podstawowej wiedzy o specyficznym funkcjonowaniu dzieci z takich rodzin. Jednocześnie wycho-

wawca powinien wiedzieć, że jego obserwacje powinny być skonsultowane ze specjalistami, którzy opierając się na jego wiedzy o dziecku, będą opracowywali programy pomocy dziecku i je realizowali. Pojawia się więc konieczność podejmowania współpracy pomiędzy szkołą a świetlicą czy inną placówką wspomagającą rozwój dzieci z rodzin z problemem alkoholowym.

Jak już wyżej wspomniano, uzyskane wyniki badań są także źródłem informacji o dzieciach nieotrzymujących specjalistycznej pomocy. Sytuacja tych dzieci w zakresie prezentowanej tu zmiennej ogólnie rzecz biorąc przedstawiała się korzystniej, ponieważ dzieci te lepiej radziły sobie w swoim otoczeniu społecznym. Okazało się bowiem, że do świetlic trafiły dzieci z największymi trudnościami (potwierdził to pierwszy pomiar wszystkich badanych zmiennych). Powstaje jednak pytanie, czy nie powinno się w równym stopniu koncentrować także i na tych dzieciach, które pozostawały bez pomocy świetlic czy innych placówek. W moim przekonaniu tak, bowiem sam fakt występowania ról jest wystarczającym powodem do podejmowania działań na rzecz tych dzieci – ponieważ założono, że w badanej grupie porównawczej oprócz oczywiście dzieci odpornych psychicznie, większość stanowiły te, które ponosiły duże koszty psychologiczne za realizowanie scenariusza chociażby takiej destrukcyjnej roli, jak bohater rodzinny (a ten wzór dominował w grupie porównawczej).

Pełnienie roli bohatera rodzinnego niekoniecznie oznacza odporność psychiczną dzieci i dobre radzenie sobie z sytuacją w rodzinie i środowisku społecznym. Brak wiedzy na ten temat sprawia, że bohaterowie rodzinni nie są postrzegani jako te dzieci, których rozwój psychospołeczny trzeba wspomagać. Jako uzasadnienie warto przypomnieć tylko z wcześniej prezentowanej charakterystyki ról, że dzieci z takim dominującym wzorem zachowania muszą pełnić rolę wizytówki rodziny ukrywającej rodzinny problem oraz wykazywać dbałość o dobre samopoczucie jej członków. Dlatego też starają się nie dostarczać powodów do zmartwień, ucząc się bardzo dobrze, będąc wyjątkowo pracowitymi dziećmi, dbającymi o dobre kontakty z innymi, co w rezultacie prowadzi do obarczania ich kolejnymi zadaniami czy obowiązkami. Potrzeba sprostania wszystkim wymaganiom, jakie stawia przed dziećmi rodzina i otoczenie, sprawia, iż one same mają poczucie, że mogły zrobić coś jeszcze lepiej, czują się bardzo winne, jeśli nie zrobiły czegoś perfekcyjnie, bo przez to czują się niedoskonałymi. W rezultacie w ich życiu nie ma miejsca na dzieciństwo (zob. Cierpiatkowska, 1994, s. 93-97).

Reasumując, rezultaty badań są potwierdzeniem istnienia specyficznych, destrukcyjnych wzorów zachowań u dzieci w młodszym wieku szkolnym, pochodzących z rodzin z problemem alkoholowym. Badania wykazały, że wzory te są wyraźnie widoczne, w przeciwieństwie do wieku przedszkolnego, w którym identyfikacja jest znacznie utrudniona, ponieważ jest to początek życia w rodzinie alkoholowej, dziecko poznaje destrukcyjne reguły panujące w rodzinie, uczy się życia w niej, nie doświadcza jeszcze tylu zaniedbań ze strony opiekunów. Chociaż powyższy fakt nie stanowi zachęty do rezygnacji z diagnozowania dzieci w wieku przedszkolnym, to dowody na istnienie destrukcyjnych wzorów zachowań u dzieci w młodszym wieku szkolnym powinny przede wszystkim na szkołach wymuszać wczesną identyfikację dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w szkole.

To szkoły mają bezpośredni kontakt z populacją takich dzieci przez cały ich okres dzieciństwa, w związku z tym, to one powinny odgrywać najważniejszą rolę w procesie ich rozpoznawania (Ackerman, 1983; Deutsch, 1982; DiCicco, Davis i Orenstein, 1984; Mc Elligatt, 1986; Morehouse, Scola, 1986 za: Robinson, 1998, s. 129). Argumentem przemawiającym za identyfikowaniem dzieci jak najwcześniej są obserwacje kliniczne, na które powołuje się C. Black. Wynika z nich, że mechanizm zaprzeczeń i role są już u dzieci dziewięcioletnich głęboko utrwalone. Toteż działania profilaktyczne podejmowane jak najwcześniej mogą przerwać przenoszenie choroby alkoholowej z pokolenia na pokolenie, zanim negatywne wzory zachowań utrwala się na dobre (Black, 1987 za: Robinson, 1998 s. 129).

Bibliografia

- Bradshaw J. (1994), *Zrozumieć rodzinę. Rewolucyjna droga odnalezienia samego siebie*. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa.
- Cierpiałkowska L. (1994), *System ról w rodzinach z problemem alkoholizmu*, [w:] *Elementy psychologii klinicznej*, (red.) B. Waligóry, t. III, Wyd. Nauk. UAM, Poznań, 85-107.
- Robinson B.E, Woodside M. (1998), *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*, PARPA, Warszawa.
- Wegscheider-Cruse S. (2000), *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*, IPZ i PTP, Warszawa.

Destructive patterns of social adaptation of children from families with the alcohol problem

Summary. The aim of this article is to present the results of a survey conducted among children in the early school age, that come from families with the alcohol problem and attending additional sociotherapeutic classes. The survey focused on evaluating the intensity changes of features characterising four destructive behavioural patterns (roles), that children of alcohol-problem backgrounds adopt in school and during sociotherapeutic classes. The researched patterns are: Hero, Scapegoat, Lost Child and Mascot, according to Sh. Wegscheider – Cruse's typology (2000). The 'Pupil's social adaptation evaluation questioner' I created, allowed to gather opinions from tutors of various groups. Their analyses has confirmed the occurrence of destructive roles in young children's behavior and shown a set of these roles in all researched backgrounds. Those results clearly indicate the need of conducting an early diagnosis of children from families with alcohol problems, that could serve as a basis for future preventive actions adjusted to child's individual way of functioning in its particular role.

AMELIA KRAWCZYK-BOCIAN

Proces tworzenia tożsamości u Dorosłych Dzieci Alkoholików

*Żadne dziecko alkoholika nie powinno
rosnąć w izolacji i dojrzewać bez pomocy*
Amerykańskie Stowarzyszenie Dzieci Alkoholików

W Polsce żyje około 1,5 mln (ok. 4% populacji) dzieci wychowujących się w rodzinach alkoholików, z czego 500-600 tys. znajduje się w dramatycznej sytuacji (za: Monitor Problemów Alkoholowych, 2000). Codziennie przeżywają one lęk o życie i bezpieczeństwo, swoje i najbliższych.

W niniejszym artykule¹ przybliżono problem tworzenia (kreowania) tożsamości u dorosłych dzieci alkoholików, pokazano (w perspektywie czasu) zmiany, jakie dokonują się w ich sferze emocjonalnej, intelektualnej i sferze Ja, podkreślono znaczenie poszukiwania własnej tożsamości dla funkcjonowania DDA w świecie społecznym, rodzinnym i zawodowym.

W tekście zaprezentowano wyniki badań własnych dotyczących owej problematyki. Podjęto próbę odpowiedzi na pytania: jaką rolę w procesie kreowania tożsamości odgrywają „znaczący inni” w biografii indywidualnej młodych dorosłych, czy role rodzinne DDA ułatwia-

¹ Artykuł powstał na podstawie wyników badań własnych zamieszczonych w pracy doktorskiej nt. „Zdarzenia krytyczne” w narracjach Dorosłych Dzieci Alkoholików. Studium przeżyć i doświadczeń, napisanej pod kierunkiem Prof. zw. dr hab. Teresy Hejnickiej-Bezwińskiej, Bydgoszcz 2005.

ją/bądź utrudniają proces budowania/poszukiwania tożsamości, wreszcie – jak wspomagać dzieci alkoholików, aby wyzwalać tkwiące w nich siły, ułatwić przekraczanie siebie związane z procesem kreowania własnej tożsamości.

O tożsamości

Na drodze poszukiwania własnej tożsamości człowiek staje się zarówno przedmiotem poznania, jak i poznającym podmiotem (Strelau, 2000). Pojęcia wyrażające ową dwoistość Ja nazywa się umownie Ja podmiotowe i Ja przedmiotowe (Strelau, 2000, por. Tesser, 2004). Tożsamość człowieka ujmowana z perspektywy podmiotowej dotyczy sposobów przeżywania siebie (np. w formie doznań, odczuć, spostrzeżeń, myśli, intencji). Perspektywa przedmiotowa opisuje natomiast tożsamość jako system zawierający wiedzę i przekonania o samym sobie. Ja podmiotowe i Ja przedmiotowe składają się na tzw. Ja symboliczne (Tesser i in., 2004). Wyszczególnienie Ja tego typu wydaje się w pełni uzasadnione. Otóż na treść Ja symbolicznego składa się: system reprezentacji poznawczych, obejmujący osobowość oraz jej cechy w systemie pamięciowym; funkcja wykonawcza niezbędna w poszukiwaniu informacji, wyznaczaniu celów i ich realizacji oraz potencjał autorefleksyjny wyrażający się zdolnością do rozumienia siebie i tego, kim się jest. Autorzy są zdania, iż Ja symboliczne zawiera w sobie wiele cennych komponentów, do których można zaliczyć: magazynowanie przeszłości i terażniejszości jednostki, regulacje (w którym Ja symboliczne jawi się jako inicjator myślenia, odczuwania i zachowania) oraz elastyczność (dzięki której zarówno sytuacja, cele jednostki i jej aspiracje mogą wywołać chwilowe zmiany Ja pod wpływem zaktywizowania zmagazynowanej wiedzy) (Tesser i in., 2004).

Proces tworzenia (formowania) tożsamości jest procesem długotrwałym. Wymaga on czasu, cierpliwości, a przede wszystkim refleksji dotyczącej tego, co właściwie z jednostką się dzieje, czemu (lub komu) podlega, czego doświadcza, co przeżywa. Tożsamość osobista wiąże się zatem z uformowaniem struktury Ja. W takiej sytuacji jednostka spostrzega siebie jako kogoś niepowtarzalnego, różniącego się od innych, wyjątkowego.

Zdaniem L. Witkowskiego (2000) „dramat tożsamości” rozgrywa się na poziomie kondycji egzystencjalnej, koncepcji siebie i kompetencji do działania w świecie.

Dramat tożsamości w zakresie kondycji egzystencjalnej człowieka pojawia się na skutek braku wsparcia ze strony najbliższego otoczenia, powodując tym samym poczucie samotności, pustki, czy też odepchnięcia. Na poziomie koncepcji siebie dochodzą do głosu trudności z umiejscowieniem siebie w świecie oraz określenia ról społecznych możliwych do wykonania. Kompetencje do działania w świecie (czy raczej brak takich kompetencji) mogą natomiast stwarzać jednostce problemy na poziomie radzenia sobie z trudnymi, nowymi sytuacjami życiowymi.

Takie sytuacje stawiają jednostkę wobec dylematu samookreślenia się, wobec poszukiwań własnej tożsamości. M. Melchior (1993) twierdzi, że powyższe sytuacje mają miejsce wtedy, gdy jednostka nie potrafi odnaleźć wyraźnych dla siebie drogowskazów czy wzorców, gdy z jakichś powodów czuje się pozbawiona swych korzeni. Mowa tutaj o jednostce, która ciągle napotyka na swojej drodze „kłęski”, ale także o tej, która daje sobie szansę zwycięstwa z bezkształtem i chaosem (Janion, 1996).

Staje zatem jednostka do walki o własne „ja” z dwoma przeciwnikami, którymi są najbliższe mu światy: on sam i otoczenie, w którym żyje. Pojawiający się kryzys, zdaniem Eriksona, może okazać się „koniernym punktem zwrotnym, momentem decydującym, kiedy to rozwój musi zwrócić się w jedną bądź drugą stronę, tworząc źródła wzrostu, powrotu do zdrowia i dalszych różnicowań” (Brzezińska, 2000).

Ale pomiędzy nijakością a szansą na bycie kimś pojawia się przestrzeń, w której ma miejsce wiele prób pozytywnego rozwiązania problemu tożsamości. Jedną z nich może być eksploracja, dająca szansę na poszukiwanie, eksperymentowanie, sprawdzanie siebie, swoich możliwości, prowadząca jednostkę konsekwentnie do podjęcia zobowiązania za własne życie i za to, co robi (Brzezińska, 2000). Inną drogą może być, zdaniem M. Foucault’a (2000), odpowiedź na pytanie, „czym jest ja”, czy też „czym jest owo «siebie»”, na którym odnajdę swą tożsamość, w myśl delfickiej zasady *gnothi seauton* – poznaj samego siebie.

Z powyższych rozważań wynika, że „kryzysy w ujęciu rozwojowym nie oznaczają katastrofy, ale stanowią punkt zwrotny, przełom pomiędzy realizacją wyobrażonych czy rzeczywistych możliwości a niewystarczającą energią i innymi zasobami, aby móc je realizować” (Kubacka-Jasiecka, 1998). Ponadto budowanie tożsamości, rozwiązywanie kryzysu rozwojowego staje się okazją do uzyskania poczucia pewności siebie, określenia drogi życiowej, którą jednostka chce kroczyć, poszukiwania autorytetów i osób znaczących, wzbogacania osobowości, pogłębiania własnej samoświadomości, rozumienia świata i swojego w nim miejsca.

Ten długi wstęp dotyczący tożsamości, poszukiwania siebie wprowadza nas w obszar głównych przemyśleń niniejszego artykułu. Dotyczą one trajektorii tożsamości, którą rozumiem jako zmagania jednostki ze swoimi słabościami, ograniczeniami, ale i wyzwaniem, oczekiwaniami, które w perspektywie czasu sobie wyznacza.

O trajektorii tożsamości DDA

Z zebranych przeze mnie narracji² łatwo nakreślić portret dziecka alkoholika. Narratorzy z niezwykłą swobodą opisywali siebie z okresu dzieciństwa i młodości. Na tej podstawie można ukazać charakterystyczne cechy dziecka alkoholika, odwołując się do trzech ujęć: tego, kim byli w dzieciństwie, tego, kim byli (są) w młodości oraz tego, kim mogą (chcą) być w życiu dorosłym. Takie podejście do omawianych kwestii sytuuje obraz dziecka alkoholika w perspektywie przeszłości, terażniejszości i oczekiwanej przyszłości.

Ukazane w narracjach „myślenie o sobie w czasie” podkreśla tym samym znajomość własnego wnętrza oraz tego, co się w nim zmieniło.

Pierwsze z omawianych podejść wskazuje, że dzieci alkoholików były:



Rycina 1. Przeszłość Dorosłych Dzieci Alkoholików

² Studium przypadku objęło 10 osób w przedziale wiekowym 18–34 lat. Obiektem prowadzonych badań uczyniłam Dorosłe Dzieci Alkoholików, które poznałam w Ośrod-

Zatrzymując się przy omawianych kategoriach, namysłowi podda-
no tożsamość i role rodzinne dziecka alkoholika. Wydają się one nie-
zwykle ważne i decydujące o jego dalszym życiu. Z pojęciem tożsamo-
ści wiążą się dwa podstawowe problemy: poczucie odrębności własne-
go Ja od innych ludzi oraz poczucie trwałości, ciągłości, niezmienności
własnego Ja w perspektywie czasu. Zdaniem Z. Baumana (1993) „pyta-
nie o tożsamość wyrasta z odczucia chybotliwości istnienia, jego „mani-
pulowalności”, „niedookreślenia”, niepewności i nieostateczności wszel-
kich form, jakie przybrało”. Taka sytuacja ma w moim przekonaniu
miejsce w życiu dziecka alkoholika. Brak życiowej stabilności, brak od-
wagi do bycia sobą, brak możliwości zaspokajania własnych potrzeb
i pragnień przeciąga w czasie budowanie własnej tożsamości.

Tworzenie tożsamości jest zatem zadaniem do wykonania, zada-
niem, przed którym nie ma ucieczki. Niezwykle istotnym elementem
w procesie konstruowania własnej tożsamości wydaje się zatem reflek-
syjność człowieka. Autorka widzi ją jako ogniwo łączące w sobie prze-
szłość, terażniejszość i przyszłość w myśleniu indywidualnym jedno-
stki (Worach-Kardas, 1990). Refleksja nad swoim życiem, umiejętność
oddzielenia Ja prawdziwego od Ja fałszywego, świadomość bycia „tu
i teraz” jest punktem wyjścia do konstruowania trwałej, niezakłóconej
tożsamości. Ważne miejsce odegrały tutaj role dzieci alkoholików oraz
zdarzenia krytyczne, których doświadczyły na gruncie życia rodzinnego.

W narracjach przeplatają się trzy role: bohatera rodzinnego, masko-
tki i zagubionego dziecka. Każda z tych ról nadała dzieciństwu i młodo-
ści dziecka alkoholika określony wzór postępowania. Był to zatem wzór
niezbędny (przydatny) do „trwania” w rodzinie z problemem alkoholo-
wym wedle obowiązujących w niej zasad i reguł. Każda z tych ról miała

ku Profilaktyki Środowiskowej w Bydgoszczy, gdzie pracowałam, jak również osoby
poznane przez kontakty nieformalne. Uczestnicy moich badań, mówiąc słowami
U. Ostrowskiej (2000, s. 61), to osoby, które są „najbardziej kompetentne w wyrażaniu
własnym głosem swoich problemów i samych siebie oraz swojego życia, w tym najbar-
dziej istotnych egzystencjalnych problemów czasu, w którym przyszło im żyć i działać”.
To osoby, które świadomie zdecydowały się podjąć wysiłek opowiedzenia historii
swojego życia z myślą o tych DDA, którym zagraża powielenie drogi życiowej swoich
rodziców. Swoim przykładem chciały pokazać, iż środowisko rodzinne, w którym
przyszło im żyć, nie jest czynnikiem w pełni determinującym i nie narzuca „obowią-
zku” pozostania w „alkoholowym dziedzictwie”. Wręcz przeciwnie, mobilizuje do
szybkiej i skutecznej ucieczki od problemów rodzinnych, od zatracania się w chaosie
własnego życia.

tym samym wpływ na proces konstruowania tożsamości, powodując z jednej strony jego znaczne przyspieszenie (bohater rodzinny) bądź z drugiej strony opóźnienie (maskotki, zagubione dzieci) i oddalenie w czasie. DDA podkreślają także znaczenie zdarzeń krytycznych dla kreowania ich poczucia tożsamości, do wzbogacania wiedzy o własnych uczuciach oraz ich różnorodności i intensywności (John-Borys, 1995). Stąd też w myśl wysłuchanych narracji można stwierdzić, iż konstruktywne pokonanie zdarzeń krytycznych:

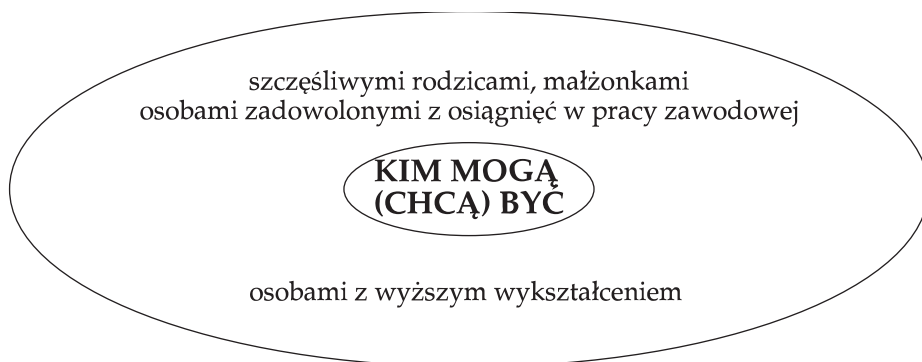
- wpisało się w pamięć biograficzną DDA,
- stało się ważnym ogniwem ich życia, ogniwem łączącym w sobie przeszłość, terażniejszości i przyszłość,
- stało się znaczącym punktem zwrotnym w ich życiu; pokazało, że można wyzwolić się z więzów stereotypów i uprzedzeń społecznych przypisanych dzieciom alkoholików,
- wyzwoliło chęć działania, skutecznego pokonywania ograniczeń ich egzystencji,
- otworzyło drzwi do lepszego świata, wzmocniło poczucie własnej wartości, dało wiarę w siłę i możliwości.

W kontekście wysłuchanych narracji można stwierdzić, iż dorosłe dzieci alkoholików, pokonując życiowe dramaty (zdarzenia krytyczne), werbalizując własne oczekiwania, realizując własne plany, cele, marzenia, stały się pełnowartościowymi osobami. Ilustruje to rycina 2.



Rycina 2. Terażniejszość Dorosłych Dzieci Alkoholików

Przejsie od zagubionego, wyalienowanego dziecka do świadomego siebie, swoich potrzeb i marzeń dorosłego człowieka daje wiarę w to, że proces konstruowania tożsamości rozwija się pozytywnie. Dlatego też uważam, że dla Dorosłego Dziecka Alkoholika sprawą priorytetową w przyszłości będzie rodzina i praca zawodowa.



Rycina 3. Antycypowana przyszłość Dorosłych Dzieci Alkoholików

Przyglądając się uważnie powyższym schematom, można odnieść wrażenie, że dzieci alkoholików – wychodząc ze środowiska alkoholizacji – wykazują nadmierną koncentrację na sobie, swojej przyszłości, zaspokajaniu potrzeby uznania, miłości i przynależności. Zapewne wiąże się to z przełamywaniem ograniczeń rodziny, w której przyszło im dorastać i zmagać się z trudnościami dnia codziennego. Z drugiej strony trajektorię tożsamości dorosłych dzieci alkoholików można odnieść do ponowoczesnego wzoru osobowego „włóczęgi” i „turysty” w ujęciu Z. Baumana (1993). Wpisują się one, w moim przekonaniu, w proces pokonywania własnych ograniczeń, słabości, poprzez poszukiwanie nowych, nieznanych dróg wiodących do obranego celu.

Przejsie od „włóczęgi” do „turysty” odpowiada wychodzeniu dziecka alkoholika z ograniczeń rodzinnego domu do świata pełnego niespodzianek, możliwości i nadziei. Najlepiej ukazują to słowa autora: „przenosi się włóczęga z marginesu społecznego, na jakim wegetował w układzie nowoczesnym do głównego nurtu życia ponowoczesnego. (...) Pociąga go nadzieja niespełniona, popycha nadzieja rozwiana. Monotonia wędrówki jest nieplanowanym efektem namiętnej, nieprzerwanej pogoni za o d m i a n ą. (...) Włóczęga wie zawsze dobrze od

czego ucieka. (...) Jeśli włóczęga opuszcza miejsce chwilowego postoju by odmienić nieznośny los, turysta wybiera się w obce strony by wzbogacić skarbiec swych wrażeń. Szuka nowych „doświadczeń” a nowych doświadczeń dostarczyć może tylko i n n o ś ć – coś czego jeszcze nie widział, a w każdym razie coś, co odbija się od codzienności”.

Nietrudno się domyślić, iż w swojej wędrówce zarówno „włóczęga”, jak i „turysta” spotkał wielu ludzi. Niektórzy z nich stali się „znaczącymi innymi”, a więc osobami, które swoim życiem, swoim przykładem, swoimi przekonaniem i poglądami starali się pokazać nowy (inny) wymiar ludzkiego życia.

Dla badanych narratorów „znaczący inny” okazał się niezwykle ważną osobą. Najogólniej można powiedzieć, że w życiu Dorosłych Dzieci Alkoholików „znaczący inny” odegrał rolę:

- przewodnika na drodze do lepszego świata, czyli osobę, która krok po kroku stara się wprowadzić zagubioną osobę na drogę pewną, stabilną, bezpieczną;
- zastępcy pijącego rodzica, czyli osobę, która bierze na siebie obowiązek wykonywania zadań rodzica, który z różnych powodów nie jest w stanie podołać przynależnej mu społecznie funkcji (studium Oli);
- opiekuna, „wspieracza”, czyli osób zawsze gotowych do niesienia pomocy i wsparcia w trudnych chwilach życia (pracownicy Ośrodka, rodzeństwo, znajomi, przyjaciele, najbliższa rodzina);
- wizjonera lepszej przyszłości³, czyli osób i instytucji, które podtrzymywały wizję pomyślnej przyszłości;
- aktywnego słuchacza i rozmówcy, czyli osób potrafiących i chcących słuchać i rozmawiać na tematy trudne, drażliwe, wymagające „wzucia się” w emocje i przeżycia rozmówcy (taką rolę spełniała w narracjach przede wszystkim matka Dorosłych Dzieci Alkoholików oraz pracownicy Ośrodka).

Pomoc niesiona przez „znaczących innych” przyniosła dzieciom alkoholików wiele korzyści, do których można zaliczyć: 1) przekonanie, że nie są samotne ze swoim problemem, 2) poczucie, że zawsze mogą zwrócić się o pomoc i wsparcie, 3) wiarę, że wcale nie są złe i niepotrzebne, 4) nadzieję, że wszystko zależy od nich samych, a nie od środowiska, które nadało im etykietę „spisanych na straty”.

³ Chodzi mi w tym miejscu o instytucję Amwey (studium Macieja), którą można odczytać jako wizjonerską i sekciarską wizję lepszej przyszłości.

Zdaniem K. Otrębskiej-Popiołek (1991) pomoc niesiona innym ludziom poprawia ich samoocenę, podkreśla sens ich dalszego istnienia, pogłębia i wzmacnia relacje z innymi ludźmi, daje poczucie bezpieczeństwa i komfortu.

Konkludując tę część rozważań, należy podkreślić, iż na poczucie tożsamości DDA składają się dwa rodzaje informacji: psychologiczne i społeczne (por. Nowak-Dziemianowicz, 2003). Pierwsze z nich jednostka zdobywa w toku biograficznych doświadczeń (Ja osobiste), a więc pokonywania trudności i ograniczeń własnego życia, drugie natomiast są źródłem społecznych identyfikacji, czy też interakcji (Ja społeczne), które przyczyniają się do rozumienia swojego miejsca w grupie społecznej oraz zadań, które w jej obrębie są do wykonania.

O propozycjach – zamiast zakończenia

Jeśli przyjmie się, iż pomocna w kreowaniu poczucia własnej tożsamości i pokonywaniu ograniczeń naszego życia jest edukacja, to zasadne staje się w tym miejscu pytanie o „ofertę”, z której warto skorzystać. Jak można sądzić, wyzwaniem (zadaniem) stawianym edukacji powinno się uczynić:

- wzrost zainteresowania rodziną, przede wszystkim relacjami zachodzącymi pomiędzy jej podmiotami. Brak więzi w rodzinie, nieumiejętność podejmowania i podtrzymywania rozmowy zostaje przeniesiona na grunt życia szkolnego, zawodowego i społecznego. Widoczne staje się zatem wycofanie, wyobcowanie, bierność, a w konsekwencji odrzucenie przez najbliższe środowisko. Zadaniem edukacji powinno stać się przełamywanie oporu w procesie nawiązywania kontaktu z drugim człowiekiem;
- promowanie programów edukacyjnych nastawionych na rozumienie siebie, swojego życia, problemów otaczającego świata. Włączenie do szkół programów profilaktycznych daje szansę na wzbogacenie życia młodego człowieka o nowe doświadczenia, wyzwania, zadania, które przy współudziale rówieśników i nauczycieli będzie mógł skutecznie pokonywać;
- wzrost atrakcyjności szkoły oraz tego, co może (i chce) oferować uczniom. Organizacja zajęć pozalekcyjnych sprzyja poczuciu realizacji siebie, swoich marzeń, potrzeb, oczekiwań. Umożliwia tym samym nie tylko zdobywanie nowej wiedzy, ale przede wszystkim spędzanie

czasu z rówieśnikami o podobnych bądź różnych zainteresowaniach. Daje tym samym szansę na przeżywanie swojego dzieciństwa i młodości zgodnie z „duchem aktualnego czasu”.

W kontekście powyższych rozważań zapytać można: czy edukacja ma wpływ na tworzenie (kreowanie) *homo konstruens'a* – człowieka budującego, pozytywnie spostrzegającego otaczający świat, zdolnego do planowania i oceny własnej przyszłości? albo inaczej: Czy edukacja bierze w tym udział? Odpowiedzią na te pytanie niech będzie refleksja L. Witkowskiego na temat absurdu świata dorosłych: (2000, 2001):

„Powstaje wręcz **dramatyczna kwestia** pedagogiczna: co trzeba zrobić, aby z kolejnego pokolenia dorastającej młodzieży – po lekturach i doświadczeniach wyprowadzających z kultury albo obnażających patologię i absurd »świata dorosłych« – nie wyrastały (dorastając do dorosłości?) kolejne kopie tak już przez Małego Księcia krytykowanego świata; i czy lepszy jest...lepszy (choć bardziej fałszywy) obraz świata dorosłych? Czy **pedagogika ma prawo zakładać wyidealizowany obraz dorosłości**, czy też ma obowiązek w punkcie wyjścia uznać diagnozę: świat dorosłych, w jaki wchodzi młodzież, jest pełen absurdu i zła; przede wszystkim zaś czy pedagogika powinna obnażać patologie świata dorosłych także we własnym światku profesjonalnym (studentów, nauczycieli i kadry akademickiej!)”.

Owa „dramatyczna kwestia” poruszona przez L. Witkowskiego zwraca uwagę na świat ludzi dorosłych przepełniony absurdem, złem, niemocą. Taki świat widziany był (jest) oczyma moich narratorów. Czy zatem warto zaryzykować stwierdzenie, że edukacja stworzyła im okazję na chwilę zadumy, refleksji, wyciszenia? Sądzę, że tak. W wielu narracjach podkreślany był aspekt treningów interpersonalnych, grup wsparcia, czy też indywidualnych rozmów ze „znaczącymi innymi”.

Jeśli zatem przyjąć, iż pomocna w zrozumieniu „absurdu świata dorosłych” okazała się **profilaktyka edukacyjna** sprzyjająca autorefleksji, samowiedzy i samoświadomości uczestników jej działań, to można być pewnym, że taka sytuacja ma właśnie miejsce. Przywołując w pamięci humanistyczny model wspomaganie rozwoju autorstwa B. Kaji (2000), warto podkreślić chociażby „dyskurs jako element spotkania” dwóch osób: wspomagającego rozwój i oczekującego wsparcia. Podobną funkcję pełni program profilaktyczny „Jak żyć z ludźmi” (1997), kierowany do młodzieży, która chce poznać siebie, swoje emocje, uczucia oraz nabyć umiejętności niezbędne do nawiązywania i podtrzymywania trwałych więzi międzyludzkich.

Kończąc swoje rozważania, autorka pragnie mocno podkreślić, iż świadomość własnego Ja, poczucie własnej tożsamości i odrębności, konstruktywne rozwiązywanie problemów, umiejętność nawiązywania przyjacielskich relacji z ludźmi, głośne wyrażanie potrzeb i pragnień daje świadectwo temu, iż dzieci alkoholików to niekoniecznie osoby „z góry” spisane na straty. Wychowanie się w rodzinie alkoholycznej nie musi (a wręcz nie może) być przeszkodą na drodze czerpania satysfakcji z życia i tego, co ono daje.

W obszarze badań nad dziećmi alkoholików konieczne staje się zatem przełamanie stereotypów potocznego myślenia o nich w kategorii patologii, ubóstwa czy niewydolności społecznej. Stąd też należy zgodzić się z poglądem E. Marynowicz-Hetki (1989), która uważa, iż problemy, sytuacje trudne dla rodziny nie muszą zawierać w sobie elementów patologicznych. Termin patologia obejmuje znamiona, naznaczenia, napiętnowania, które utrudniają członkom rodziny alkoholycznej przezwyciężanie trudności i ograniczeń. Stąd też należy być ostrożnym w jego stosowaniu.

Bibliografia

- Bauman Z. (1993), *Ponowoczesne wzory osobowe*, „Studia Socjologiczne”, nr 2, 22-24.
- Brzezińska A. (2000), *Společna psychologia rozwoju*, Scholar, Warszawa.
- Foucault M. (2000), *Filozofia, historia, polityka. Wybór pism*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa-Wrocław.
- „Jak żyć z ludźmi” (umiejętności interpersonalne), (1997), *Program profilaktyczny*, MEN, Warszawa.
- Janion M. (1996), *Czy będziesz wiedział co przeżyłeś*, Wyd. Sic, Warszawa.
- John-Borys M. (1995), *Kryzys rodziny jako doświadczenie życiowe*, [w:] *Doświadczenie kryzysu. Szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń*, (red.) J. Heszen-Niejodek, Wyd. UŚ, Katowice.
- Kaja B. (2000), *Wspomaganie rozwoju – „sens tego wszystkiego”*, [w:] *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*, (red.) B. Kaja, Wyd. WSP, Bydgoszcz.
- Kubacka-Jasiecka D. (1998), *Kryzysy psychiczne*, [w:] *Encyklopedia psychologii*, (red.) W. Szewczuk, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Marynowicz-Hetka E. (1989), *Diagnoza rodzin z problemem alkoholowym i jej zastosowanie do profilaktyki*, [w:] *Zagadnienia alkoholizmu i innych uzależnień*, (red.) Z. Bizoń, W. Szyszkowski, PWN, Warszawa.

- Melchior M. (1993), *Kategoria Tożsamości jako wyzwanie badawcze*, [w:] *Kulturowy wymiar przemian społecznych*, (red.) A. Jawłowska, M. Kempny, E. Tarkowska, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa.
- Monitor problemów alkoholowych 2000, 3, Sprawozdanie z konferencji organizowanej przez PARPA w dniach 26-29 października 2000 r. w Juracie na temat: „Pomoc psychologiczna dla dzieci z rodzin alkoholowych”.
- Nowak-Dziemianowicz M. (2003), *Epizodyczna tożsamość człowieka współczesnego a edukacja*, „Zeszyty Naukowe Forum Młodych Pedagogów”, nr 7, (red.) M. Gańko-Karwowska, L. Marek, Wyd. hogben, Szczecin.
- Ostrowska U. (2000), *Dialog w pedagogicznym badaniu jakościowym*, Impuls, Kraków.
- Otrębska-Popiołek K. (1991), *Człowiek w sytuacji pomocy*, Wyd. UŚ, Katowice.
- Strelau J. (2000), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, GWP, Gdańsk.
- Tesser A, Felson R. B, Suls J.M. (2004), *Ja i tożsamość. Perspektywa psychologiczna*, GWP, Gdańsk.
- Witkowski L. (2000), *Edukacja i humanistyka. Nowe konteksty humanistyczne dla nowoczesnych nauczycieli*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa.
- Witkowski L. (2001), *Meta – aksjologiczne aspekty konfliktów i deficytów międzypokoleniowych (dorośli i młodzież jako pedagogiczny przedmiot buntu filozofa)*, [w:] *Młodzież a dorośli. Napięcia między socjalizacją w wychowaniu*, (red.) R. Kwiecińska, M.J. Szymański, Akademia Pedagogiczna im. KEN, Kraków.
- Worach-Kardas H. (1990), *Metoda biograficzna a badanie postaw wobec czasu*, [w:] *Metoda biograficzna w socjologii*, (red.) J. Włodarek, M. Ziółkowski, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

The process of identity creation in Adult Children of Alcoholics

Summary. The article presents the problem of identity creation in Adult Children of Alcoholics. It shows (in temporary perspective) the changes which take place in their emotional, cognitive and personal spheres, it underlines the role of looking for own identity for social, family and professional life of Adult Alcoholic Children.

In this paper attempted answer to a question how – in the process of identity creation – is the role of „significant others” in an individual biography of young adults, if their family roles make easier/or difficult the process of identity creation and how to assist the alcoholic children to make their strengths free and facilitate the „overcoming themselves”, which is connected with the process of identity creation.

MAŁGORZATA ZABŁOCKA

Skuteczność autorskiego programu wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych

Rosnąca liczba dzieci nieśmiałych, postrzeganie ich jako „dzieci zagrożonych” oraz brak koncepcji przewycięzania nieśmiałości wraz z propozycjami oceny ich efektywności (Zabłocka, 2005, s. 76-77) zrodziły potrzebę opracowania programu wspomaganie rozwoju dzieci nieśmiałych oraz oceny jego skuteczności¹. Celem pracy jest ukazanie wybranych elementów autorskiego programu oraz wybranych wyników badania jego skuteczności.

Teoretyczne podstawy programu

Program adresowany jest do dzieci w wieku 10-12 lat. Jego podstawą jest poznawcze podejście do rozwoju i zmiany rozwojowej. Przyjęto założenie, iż przyczyny nieśmiałości tkwią zazwyczaj w specyficznym ukształtowaniu struktur poznawczych. Oznacza to, że u podstaw nieśmiałości leżą niewłaściwe nawyki myślenia o sobie, o zadaniach, o rolach, jakie jednostka pełni, a także o innych ludziach (Harwas-Napierała, 1995, s. 93). Nawyki te kształtują się pod wpływem swoistych doświadczeń nabytych zazwyczaj w dzieciństwie. Zmiana sposobu myśle-

¹ Koncepcja powstała w ramach pracy doktorskiej pt.: „Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych” napisanej pod kierunkiem Dr hab. Marii Deptuły (prof. UKW). Część projektu została sfinansowana ze środków KBN w ramach grantu promotorskiego 1 H01F 103 26. Na realizację projektu otrzymano również środki z Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

nia o sobie, o innych, o zadaniach jest możliwa dzięki stworzeniu dzieciom nieśmiałym warunków umożliwiających nabywanie odmiennych od dotychczasowych doświadczeń. Ta zmiana myślenia dokonuje się na podstawie informacji pochodzących z dwóch źródeł:

- opinii ze strony innych,
- doświadczeń wynoszonych przez jednostkę z własnej aktywności.

Założenia programu nawiązują do teorii rozbieżności informacyjnej W. Łukaszewskiego oraz teorii społecznego uczenia się A. Bandury.

Osoba wspomagająca rozwój, w trakcie 15 spotkań z dziećmi (2 razy po dwie godziny lekcyjne w tygodniu), ma wiele okazji do przekazywania im prawdziwych, pozytywnych opinii dotyczących posiadanych cech, umiejętności, podjętego działania itp. Informacje udzielane uczestnikom zajęć przez prowadzącego są często niezgodne z informacjami zakodowanymi w ich strukturach poznawczych. Zgodnie z teorią rozbieżności informacyjnej W. Łukaszewskiego (1971, 1974), wielokrotne udzielanie przez prowadzącego i/lub dzieci uczestniczące w zajęciach informacji rozbieżnych ze standardami regulacji już posiadanyymi zapoczątkowuje proces zmiany standardów regulacji zachowania się w relacjach z innymi. Informacje niezgodne z dotychczas posiadanyimi powodują doświadczanie rozbieżności pomiędzy tym, co dziecko potrafi, a tym, czego oczekuje od niego otoczenie i jakie stawia mu zadania. Ta rozbieżność jest podstawowym czynnikiem uruchamiającym proces rozwoju kończący się zdobyciem nowych kompetencji (por. Brzezińska, 2000, s. 43). Dzieci muszą coś zrobić z napływającymi informacjami, które są niezgodne z ich obrazem siebie. Mogą one próbować zastosować znane sobie sposoby działania, wykorzystywane w podobnych sytuacjach (*np. powiedzieć sobie, że nie ma sensu angażować się w następne ćwiczenie, bo pani tylko tak powiedziała, że mam fajny pomysł*), mogą też – jeśli nadal będą miały takie doświadczenia – próbować modyfikować struktury poznawcze (*czasami mam fajne pomysły, to mi wychodzi*).

Zgodnie z teorią rozbieżności informacyjnej zmianę posiadanych standardów regulacji może zapoczątkować także podjęcie działania niezgodnego z nimi. Dziecko nie wierzy, że inni będą go słuchali, ale zachęczone przez prowadzącego zajęcia podejmuje rolę kierującego pracą grupy podczas wykonywania jakiegoś zadania. Jeśli jest odpowiednio do tego zadania przygotowane lub wspierane w trakcie działania i odniesie sukces, może zmienić przekonania na temat swoich kompetencji.

Jednocześnie przyjęto założenie, iż zgodnie z poznawczą teorią społecznego uczenia się A. Bandury, nabywanie nowych umiejętności

i wzorów zachowań odbywać się może poprzez obserwację zachowań własnych i innych osób oraz ocenę skutków, jakie one przynoszą. Obserwacja wzorów skutecznych umiejętności społecznych może przenieść korzyści w postaci spostrzeżenia pomyślnych skutków czyjegoś zachowania i chęci jego naśladowania (jeśli np. dziecko chce zwiększyć liczbę swoich znajomych, a czuje się samotne, może naśladować postępowanie modela, jeśli spostrzeże, iż pomaga ono w zawieraniu przyjaźni).

Cele programu

Ogólnym celem programu jest przewycięzanie nieśmiałości poprzez tworzenie dzieciom okazji do:

- rozwijania aktywności społecznej,
- rozwijania kompetencji społecznych,
- kształtowania wyższej i bardziej adekwatnej samooceny,
- kształtowania optymistycznego stylu wyjaśniania przyczyn zdarzeń.

Dodatkowym celem jest tworzenie warunków ułatwiających uczenie się. Obejmuje on tworzenie okazji do wzajemnego poznawania się dzieci i prowadzącego zajęcia, powstawania poczucia bezpieczeństwa w grupie oraz zmniejszanie napięcia towarzyszącego procesowi uczenia się nowych umiejętności.

W tabeli 1 przedstawiono cele, pytania i wskaźniki ewaluacyjne oraz sposoby ich pomiaru².

Zajęcia prowadzone są metodami aktywnymi, tak aby umożliwić dzieciom aktywne doświadczenie i przeżywanie tego, co jest tematem zajęć. Techniki stosowane w programie to m. in.: krąg uczuć, rysunki, historyjki obrazkowe, scenki, burze mózgów, dyskusje, opowiadania. Uczestnicy programu mają wiele okazji do podejmowania aktywności w parach, małych grupkach, na forum grupy.

Dodatkowym celem jest tworzenie warunków ułatwiających uczenie się poprzez tworzenie okazji do wzajemnego poznawania się dzieci i prowadzącego zajęcia, powstawania poczucia bezpieczeństwa w grupie oraz zmniejszanie napięcia towarzyszącego procesowi uczenia się nowych umiejętności.

² Szczegółowy opis technik i narzędzi badawczych przedstawiono w artykule pt. „Diagnozowanie sytuacji społecznej dzieci nieśmiałych w grupie rówieśniczej” (2005).

Tabela 1. Pytania i wskaźniki oceny skuteczności programu

Cele szczegółowe	Cele operacyjne	Pytania ewaluacyjne	Wskaźniki ewaluacyjne i sposoby pomiaru
1 Tworzenie dzieciom warunków do podejmowania aktywności społecznej	2 Tworzenie okazji do: – wypowiadania się lub podejmowania innej aktywności na forum grupy, – inicjowania kontaktów pomiędzy dziećmi oraz kontaktów pomiędzy dziećmi a prowadzącym, – współdziałania z innymi dziećmi, – kształtowania się przekonania o możliwości osobistego wpływu na bieg zdarzeń.	3 Jak zmienia się aktywność społeczna u dzieci nieśmiałych uczestniczących w autorskim programie wspomagania rozwoju psychospołecznego?	4 • wskaźnikiem aktywności społecznej jest liczba czynności, które wiążą się z interakcjami zachodzącymi między członkami zespołu wspólnie rozwiązyjącymi zadanie oraz rodzaj tych czynności (kierowanie, inicjatywa, protest, zachęta, ocena, informowanie, pytanie, zgoda, podporządkowanie, wykonawstwo); ⇒ badaniu tej zmiennej służy obserwacja sytuacyjna z wykorzystaniem Skali Aktywności Społecznej – Bierności Społecznej A. Guryckiej (1970).
Tworzenie dzieciom warunków do kształtowania wyższej i bardziej adekwatnej samooceny	Tworzenie okazji do: – udzielania przez prowadzącego zajęcia i biorące w nich udział dzieci prawdziwych, pozytywnych informacji o cechach dziecka, jego działaniach i ich wynikach, – poznania i rozumienia siebie, – rozwijania świadomości własnych mocnych stron.	Jak zmienia się poziom i adekwatność samooceny u dzieci nieśmiałych uczestniczących w autorskim programie wspomagania rozwoju psychospołecznego?	• wskaźnikiem poziomu samooceny jest, wyrażona na czterostopniowej skali, opinia dzieci o swoim funkcjonowaniu w rolach społecznych (kolegi, ucznia, dyżurnego oraz partnera do zabawy); ⇒ badaniu tej zmiennej służy Arkusz do oceny własnego funkcjonowania w rolach społecznych opracowany przez B. Harwas-Napierałę (1979). • Wskaźnikiem adekwatności samooceny jest stopień, w jakim opinie dziecka o swoim funkcjonowaniu są zbliżone z tym, co sądzą o ich funkcjonowaniu rówieśnicy; ⇒ badaniu tej zmiennej służy Arkusz do badania funkcjonowania dzieci nieśmiałych w rolach społecznych, którego autorką jest B. Harwas-Napierała (1979).

cd. tabeli 1

1	2	3	4
<p>Tworzenie dzieciom warunków do rozwijania kompetencji społecznych</p>	<p>Tworzenie okazji do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zastanawiania się nad przyczynami ludzkich zachowań i uwzględniania różnych punktów widzenia, - dostrzegania „mocnych stron” innych ludzi, - uczenia się informowania innych o własnych myślach, uczuciach, oczekiwaniach, - ćwiczenia umiejętności niewerbalnej komunikacji, - ćwiczenia umiejętności dobrego (aktywnego) słuchania wypowiedzi innych ludzi, - wzbogacania wiedzy dzieci o tym, co sprzyja, a co nie sprzyja nawiązywaniu dobrych kontaktów z innymi. 	<p>Jak zmieniają się kompetencje społeczne u dzieci niesłyszących uczestniczących w autorskim programie wspomagania rozwoju psychospołecznego?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • o kompetencjach społecznych dziecka wnioskujemy się na podstawie jego popularności w zespole klasowym. Deklaracje uczuć wobec danego dziecka złożone przez wszystkie dzieci w klasie stają się podstawą oceny jego popularności w grupie (popularność w grupie określana jest przy pomocy następujących kategorii: akceptacja, polaryzacja akceptacji, przeciętna akceptacja, izolacja, odrzucenie); ⇒ badaniu tej zmiennej służy technika socjometryczna Plebiscyt życliwości M. Deputy (1996).
<p>Tworzenie dzieciom warunków do kształtowania optymistycznego stylu wyjaśniania przyczyn zdarzeń</p>	<p>Tworzenie okazji do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zastanawiania się nad swoimi myślami i uczuciami w trudnych sytuacjach, - uświadamiania sobie przez dzieci związku między myślami i uczuciami, - ćwiczenia umiejętności dostrzegania związku między myślami i uczuciami, emocjami, jakie przeżywamy, - uczenia się optymistycznego stylu wyjaśniania przyczyn niekorzystnych zdarzeń, - uczenia się bardziej realistycznego myślenia o skutkach niepowodzeń. 	<p>Jak zmienia się styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń u dzieci niesłyszących uczestniczących w autorskim programie wspomagania rozwoju psychospołecznego?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wskaźnikiem stylu wyjaśniania przyczyn zdarzeń jest sposób myślenia o przyczynach swoich sukcesów i porażek; ⇒ badaniu tej zmiennej służy opracowany przez N. Kaslow i R. Tanenbaum (Seligman, 1997) Kwestionariusz atrybucyjnego stylu u dzieci. Kwestionariusz zawiera następujące wymiary stałości (powodzeń i niepowodzeń), zasięg (powodzeń i niepowodzeń) oraz personalizacja (powodzeń i niepowodzeń). Narzędzie to okazało się niezatarte dla wymiarów: zasięg powodzeń i personalizacja powodzeń. Pominięto te wymiary w analizie wyników badań.

Źródło: opracowanie własne.

Dobór osób badanych

Dzieci nieśmiałe wybrano spośród 14 klas, znajdujących się w trzech małych miastach, na podstawie 3 kryteriów: opinii wychowawcy, opinii rówieśników z klasy oraz opinii samych dzieci. Każdy wychowawca został poinformowany o sposobie rozumienia nieśmiałości przez autorkę. Zadanie wychowawcy polegało na wyodrębnieniu (i porangowaniu) wszystkich dzieci nieśmiałych znajdujących się w jego klasie.

Za pomocą techniki socjometrycznej „Zgadnij kto...” wyodrębniono dzieci nieśmiałe z zespołu klasowego³ na podstawie opinii rówieśników oraz przypisywania sobie przez dziecko statusu osoby nieśmiałej. Dzieciom zadano 32 pytania, z których sześć dotyczyło wskazania osób wyróżniających się, w opinii koleżanek i kolegów z klasy, nieśmiałością. Pytania te ułożone w postaci zdań niedokończonych „Zgadnij kto w Twojej klasie...”, dotyczyły form zachowań nieśmiałych, takich jak: bierność, wycofywanie się z kontaktów, unikanie ich. Odpowiedzi uzyskane od wszystkich uczniów danej klasy, obecnych w dniu badania, umożliwiły wyodrębnienie dzieci, które:

- a) były często wybierane w pytaniach dotyczących nieśmiałości,
- b) jakkolwiek nie były często wybierane w pytaniach dotyczących zachowań nieśmiałych, to były wybierane tylko w tych pytaniach,
- c) same określiły siebie jako dzieci nieśmiałe (w pytaniu: „Zgadnij kto w Twojej klasie jest nieśmiały” wpisały: ja),
- d) nie były wybierane w żadnym z 32 pytań albo były wybierane bardzo rzadko (co mogło oznaczać, że są pomijane, niedostrzegane).

Do grupy dzieci nieśmiałych zaliczono te dzieci, które znalazły się na sporządzonej przez nauczyciela liście **a jednocześnie** w dwóch kolejnych pomiarach za pomocą techniki „Zgadnij kto...” zostały zaliczone przynajmniej do jednej z wyżej wymienionych kategorii (a, b, c, d).

Do udziału w zajęciach zostały zaproszone dzieci z dwóch miasteczek. Dzieci z trzeciego miasteczka stanowiły grupę kontrolną. Wybór

³ Wykorzystano w tym celu (za zgodą Autorki) wyniki dwukrotnego pomiaru techniką „Zgadnij kto?” przeprowadzonego przez W. Junik w ramach pracy doktorskiej na temat: *Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w świetlicach terapeutycznych* przygotowanej pod kierunkiem dr hab. Marii Deptuły, prof. UKW. Jej badania finansowane były z grantu promotorskiego przyznanego przez KBN nr rej. 5 H 01F 054 21 oraz grantu przyznanego przez Radę Programową do Badań nad Problemami Związanymi z Alkoholem przy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

taki był korzystniejszy ze względów metodologicznych. Dzieci z wybranych miast mogły uczestniczyć w zajęciach w porównywalnych warunkach.

Ostatecznie grupa eksperymentalna (E) liczyła 37 osób (E1, E2 – 19 osób, E3, E4 – 18 osób) a grupa kontrolna (K) 43 osoby.

Plan badań

Zakładano plan eksperymentalny z grupą kontrolną, z pomiarem początkowym i końcowym zmiennych zależnych. Badanie według tego planu miało przebiegać w trzech etapach.

- 1) przeprowadzenie pretestu w grupie eksperymentalnej⁴ i kontrolnej,
- 2) przeprowadzenie oddziaływań w grupie eksperymentalnej oraz brak oddziaływań w grupie kontrolnej,
- 3) przeprowadzenie posttestu w obu grupach.

Z przyczyn losowych oddziaływania nie mogły być poprowadzone równocześnie w grupach E1, E2, E3, E4, co spowodowało zmianę planu badań. Ostateczną jego wersję przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 2. Plan badań i etapy badań

Grupa	03. 2003	04–06 2003		06. 2003	09–11 2003		12. 2003		
	ETAP II ⁵	ETAP III		ETAP IV	ETAP V		ETAP VI		
E1 N = 11	Pierwszy pomiar zmiennych	→	Oddziaływania Osoby A	→	Drugi pomiar zmiennych	→		Trzeci pomiar zmiennych	
E2 N = 8		→	Oddziaływania Osoby A	→		→			
E3 N = 10		→		→		Oddziaływania Osoby B			
E4 N = 8		→		→		Oddziaływania Osoby C			
K N = 43		→		→		→			

⁴ Na grupę eksperymentalną składały się 4 podgrupy (E1; E2; E3; E4) w których realizowano program.

⁵ Tabela ta nie zawiera badań pilotażowych, które były pierwszym etapem badań.

Opracowany plan badań pozwolił na ocenę efektów programu oddziaływań oraz ocenę trwałości zmian.

Ukazanie zmian, jakie dokonały się w poszczególnych grupach pomiędzy kolejnymi pomiarami, jak również ukazanie różnic pomiędzy grupami nie jest możliwe w obrębie tej pracy. Dla oceny skuteczności oddziaływań adresowanych do dzieci nieśmiałych najbardziej istotna jest analiza zmian zachodzących w grupie E1, E2 w porównaniu z grupą E3, E4 oraz istotności różnic między tymi grupami w I i II pomiarze zmiennych. Te wyniki przedstawiono w dalszej części pracy. W grupach tych znalazły się dzieci, które przyjęły zaproszenie do udziału w zajęciach a ich rodzice wyrazili na to zgodę. Można więc założyć, że w grupach tych znalazły się dzieci zmotywowane do zmiany swego zachowania. O dzieciach z grupy kontrolnej (K), w której nie prowadzono oddziaływań, nie ma takiej informacji.

Analiza wyników badań

Do oceny istotności zmian zachodzących w danej grupie, w zakresie analizowanej zmiennej zastosowano test t dla prób zależnych z $p < 0,05$, bowiem porównania uwzględniają tę samą grupę osób. Do oceny istotności różnic między badanymi grupami zastosowano test t dla prób niezależnych z $p < 0,05$.

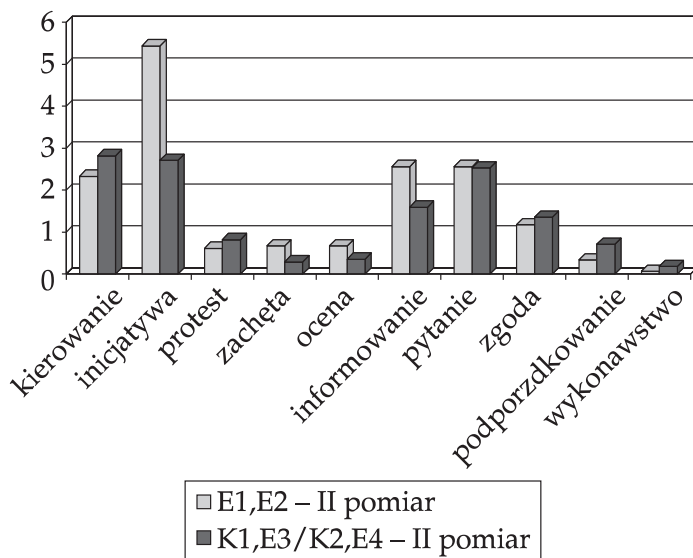
Na podstawie danych z pierwszego pomiaru zmiennych (przed rozpoczęciem oddziaływań) sprawdzono, czy pomiędzy grupą E1, E2 a grupą E3, E4 zachodzą istotne różnice w zakresie analizowanych zmiennych (aktywności społecznej, kompetencji społecznych, poziomu i adekwatności samooceny oraz stylu wyjaśniania przyczyn zdarzeń).

Spośród badanych zmiennych grupy te różni istotnie ($p = 0,018$) sposób wyjaśniania niepowodzeń (w wymiarze personalizacji). Dzieci z grupy eksperymentalnej (E1, E2) bardziej optymistycznie wyjaśniały przyczyny porażek. Częściej niż dzieci z grupy E3, E4, upatrywały ich w czynnikach zewnętrznych, niezależnych od nich, rzadziej zaś we własnych cechach czy umiejętnościach. W zakresie pozostałych zmiennych różnice między badanymi grupami nie były statystycznie istotne.

Zmiany w zakresie aktywności społecznej u dzieci nieśmiałych objętych oddziaływaniami i w grupie kontrolnej

- W określaniu poziomu aktywności społecznej brano pod uwagę:
- liczbę podejmowanych przez dzieci czynności (informuje o niej wskaźnik nasilenia aktywności społecznej),
 - rodzaj podejmowanych przez dzieci czynności (informuje o nim wskaźnik względnej wyrazistości aktywności społecznej). Czynności społeczne są ułożone na skali od największej do najmniejszej dążności do oddziaływania na otoczenie: kierowanie, inicjatywa, protest, zachęta, ocena, informowanie, pytanie, zgoda, podporządkowanie, wykonawstwo,
 - ogólną aktywność (informuje o niej ogólny wskaźnik aktywności, w obliczaniu którego bierze się pod uwagę zarówno liczbę, jak i rodzaj podejmowanych przez dzieci czynności).

Na rysunku 1 przedstawiono średnie wartości poszczególnych wskaźników w I i II pomiarze zmiennych w grupie E1, E2 i w grupie E3, E4. Na rycinie 2 ukazano średnią liczbę zachowań podejmowanych przez dzieci w poszczególnych kategoriach skali. Dane te dotyczą II pomiaru zmiennych.

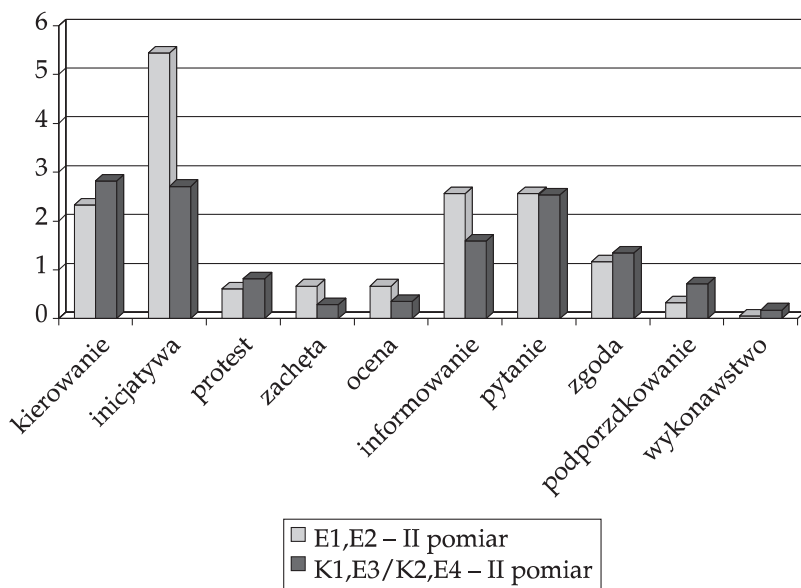


Rycina 1. Zmiany wartości średnich arytmetycznych wyników uzyskanych dla wskaźników aktywności społecznej

Źródło: dane z badań własnych.

Zmiany, jakie zaszły w grupie eksperymentalnej i kontrolnej, mają podobny kierunek. Zarówno w grupie E1, E2, jak i E3, E4 zmniejszyła się liczba podejmowanych przez dzieci czynności, o czym świadczy wartość wskaźnika względnego nasilenia aktywności społecznej. Mogło być to związane z faktem, iż zadanie było dzieciom znane i z tego powodu mniej atrakcyjne.

W obydwóch grupach zmienił się rodzaj podejmowanych przez dzieci czynności, o czym świadczy wartość wskaźnika względnej wyrazistości aktywności społecznej. Oznacza to, iż dzieci częściej niż w pierwszym pomiarze protestowały i zachęcały innych do działania, natomiast rzadziej informowały, pytały, zgadzały się oraz podporządkowywały (por. rycina 2). Zmiana ta jest istotna ($p = 0,007$) jedynie dla dzieci uczestniczących w zajęciach. Również zmiana w zakresie ogólnej aktywności jest istotna ($p = 0,007$) jedynie dla dzieci z grupy eksperymentalnej.



Rycina 2. Średnie dla poszczególnych kategorii skali

Źródło: dane z badań własnych.

Pomiędzy grupą E1, E2 a E3, E4 stwierdzono istotne różnice w zakresie tak ogólnej aktywności ($p = 0,037$), jak i rodzaju podejmowanych przez dzieci czynności ($p = 0,038$).

Zmiany w zakresie kompetencji społecznych u dzieci nieśmiałych w grupie objętej oddziaływaniami i w grupie kontrolnej

O kompetencjach społecznych dzieci wnioskowano na podstawie ich popularności w grupie. Niekorzystna pozycja w grupie, tj. odrzucenie czy izolacja przez rówieśników oznaczała niskie kompetencje u dzieci.

Zmiany pozycji dzieci z grupy E1, E2 oraz E3, E4 pomiędzy I a II pomiarem zmiennych ukazano w poniższych tabelach. Na ich podstawie można uzyskać informacje o tym, do jakich kategorii przeszły dzieci: np. w grupie E1, E2 w pierwszym pomiarze zmiennych pięcioro dzieci było odrzucanych; w tabeli 3 można odczytać, że spośród tych dzieci troje nie zmieniło swojego statusu, jedno przeszło do kategorii przeciętna akceptacja a jedno do kategorii polaryzacja akceptacji.

Tabela 3. Zmiany pozycji dzieci nieśmiałych w grupie E1, E2 pomiędzy I a II pomiarem zmiennych

POZ	O	I	X	P	A	Σ I	%
O	3	0	1	1	0	5	26,32
I	-	-	-	-	-	0	0
X	0	0	0	0	4	4	21,05
P	0	0	0	0	1	1	5,26
A	0	0	0	0	9	9	47,37
Σ II	3	0	1	1	14	19	100
%	15,79	0	5,26	5,26	73,69	100,00	

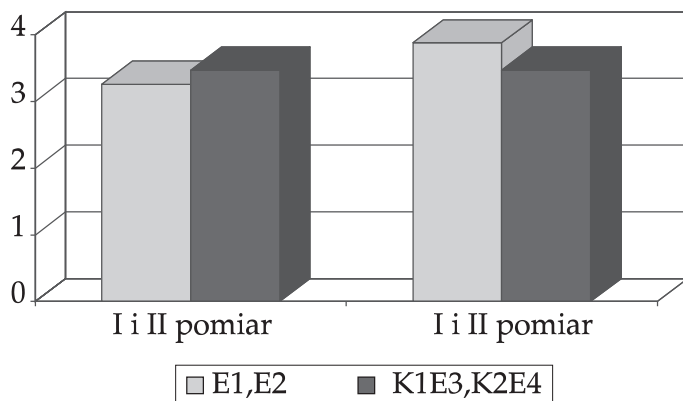
Źródło: dane z badań własnych.

Tabela 4. Zmiany pozycji dzieci nieśmiałych w grupie E3, E4 pomiędzy I a II pomiarem zmiennych

POZ	O	I	X	P	A	Σ II	%
O	4	0	2	0	0	6	33,33
I	-	-	-	-	-	0	0
X	0	1	0	0	0	1	5,56
P	-	-	-	-	-	0	0
A	1	1	0	0	9	11	61,11
Σ III	5	2	2	0	9	18	100
%	27,78	11,11	11,11	0	50	100,00	

Źródło: dane z badań własnych.

Pozycje zajmowane przez dzieci w strukturze popularności były dość stałe. W grupie E1, E2 bezpośrednio po realizacji programu blisko 60% dzieci nie zmieniło swojego statusu a reszta poprawiła swoją pozycję o jedną, dwie, a nawet trzy kategorie. Natomiast w grupie kontrolnej (E3, E4) ponad 70% dzieci nie zmieniło swojej pozycji a pozostałe poprawiły swoją pozycję o jedną, dwie kategorie lub pogorszyły o trzy, a nawet o cztery kategorie.



Rycina 3. Zmiany wartości średnich arytmetycznych wyników uzyskanych dla zmiennej: kompetencje społeczne

Źródło: dane z badań własnych.

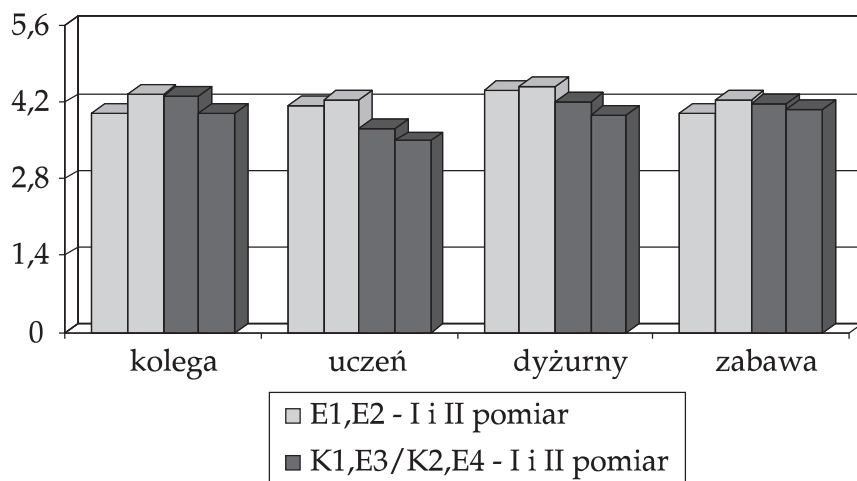
Pozycja dzieci nieśmiałych uczestniczących w zajęciach nieistotnie wzrosła, natomiast pozycja dzieci z grupy kontrolnej nieistotnie uległa pogorszeniu. Różnice pomiędzy badanymi grupami w zakresie analizowanej zmiennej, w II pomiarze zmiennych są statystycznie nieistotne.

Zmiany w zakresie poziomu samooceny u dzieci nieśmiałych w grupie objętej oddziaływaniami i w grupie kontrolnej

Dzieci nieśmiałe oceniały własne funkcjonowanie w czterech rolach społecznych: kolegi, ucznia, dyżurnego i partnera do zabawy.

Dzieci z grupy E1, E2 po zakończeniu oddziaływań wyżej oceniały własne funkcjonowanie we wszystkich rolach (kolegi, ucznia, dyżurnego, partnera do zabawy). Jednak zmiana ta była istotna tylko dla roli kolegi ($p=0,007$). Dzieci z grupy E3, E4 w II pomiarze oceniały własne

funkcjonowanie we wszystkich rolach społecznych niżej, przy czym zmiana ta była istotna dla roli ucznia ($p = 0,042$) oraz roli dyżurnego ($p = 0,024$).



Rycina 4. Zmiany wartości średnich arytmetycznych wyników uzyskanych dla zmiennej: poziom samooceny

Źródło: dane z badań własnych.

W I pomiarze grupy E1, E2 i E3, E4 nie różniły się istotnie, a w II pomiarze różnica pomiędzy tymi grupami w zakresie oceniania siebie jest istotna jedynie dla roli ucznia. Dzieci uczestniczące w zajęciach, wyżej niż dzieci z grupy kontrolnej, oceniały siebie jako ucznia.

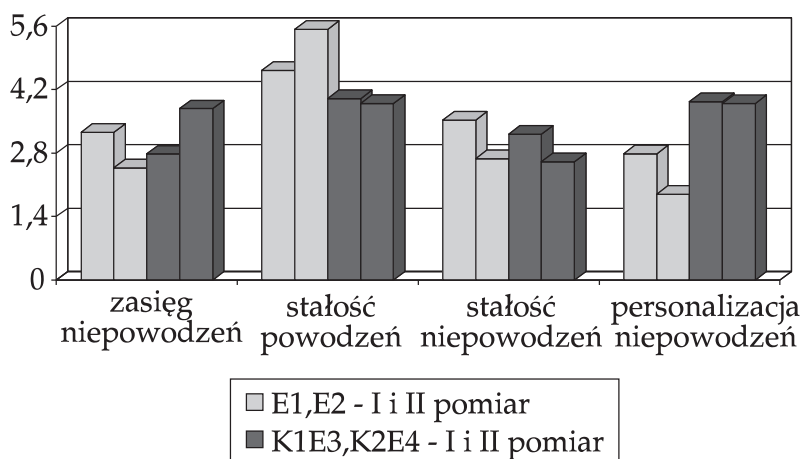
Badano również, jak zmienia się adekwatność samooceny. W zakresie tej zmiennej nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami.

Zmiany w zakresie stylu wyjaśniania przyczyn zdarzeń u dzieci nieśmiałych w grupie objętej oddziaływaniami i w grupie kontrolnej

Styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń rozpatrywano na 3 wymiarach: – stałość (wynik uzyskany przez dziecko pokazuje, czy dla dziecka przyczyny sukcesów/porażek są stałe, czy chwilowe);

- zasięg (wynik uzyskany na tym wymiarze pokazuje, czy doświadczane powodzenie/niepowodzenie dziecko odnosi do danej dziedziny, czy przenosi na inne obszary życia);
- personalizacja (tu wynik uzyskany przez dziecko mówi nam o tym, gdzie leży przyczyna sukcesu/porażki – w samym dziecku (jego cechach), czy też w czynnikach od niego niezależnych).

Skala była tak zbudowana, że im wyższy wynik dziecko uzyska w zakresie wyjaśniania powodzeń, tym bardziej optymistyczny styl wyjaśniania zdarzeń oraz im niższy wynik w zakresie wyjaśniania niepowodzeń, tym bardziej optymistyczny styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń.



Rycina 5. Zmiany wartości średnich arytmetycznych wyników uzyskanych dla zmiennej: styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń

Źródło: dane z badań własnych.

W grupie E1, E2 pomiędzy I a II pomiarem zmiennych zaszły istotne, korzystne zmiany na wszystkich badanych wymiarach: zasięg niepowodzeń ($p = 0,028$), stałość powodzeń ($p = 0,022$), stałość niepowodzeń ($p = 0,028$) i personalizacja niepowodzeń ($p = 0,002$). W grupie E3, E4 zmiany nie były tak jednoznaczne. Korzystne, istotne ($p = 0,038$) zmiany zaszły w zakresie wyjaśniania przyczyn niepowodzeń w wymiarze stałość a korzystne, nieistotne w wymiarze personalizacja. Na pozostałych wymiarach zaszły niekorzystne zmiany: istotne ($p = 0,001$) dla wymiaru zasięg niepowodzeń a nieistotne dla wymiaru stałość powodzeń.

Różnice między grupami w zakresie analizowanej zmiennej były istotne statystycznie dla wszystkich badanych wymiarów na korzyść dzieci z grupy eksperymentalnej. Bardziej optymistyczny styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń prezentowały dzieci uczestniczące w zajęciach.

Podsumowanie

U dzieci uczestniczących w zajęciach inspirowanych autorskim programem wspomaganie rozwoju psychospołecznego zaszły korzystne zmiany. Istotnie – w porównaniu z grupą kontrolną – wzrosła ich aktywność oraz samoocena siebie jako kolegi. Styl wyjaśniania przyczyn zdarzeń stał się bardziej optymistyczny.

Zmiany te mają tendencję do utrzymywania się, a nawet – jak w przypadku samooceny (poza postrzeganiem siebie w roli ucznia) – wzrostu⁶. Mogą być one „tarczą ochronną” przeciw samotności, depresji, używaniu substancji psychoaktywnych. O tym, czy są tą „tarczą” można dowiedzieć się, śledząc losy dzieci, które uczestniczyły w zajęciach, zbierając informacje o tym, jak radzą sobie w życiu, jakie wybierają szkoły, czy znajdują partnerów życiowych, jakie zdobywają zawody, miejsca pracy itp. Być może będzie to przedmiotem innej pracy.

Bibliografia

- Deptuła M. (1996), *Koncepcja diagnozy rozwoju społecznego dzieci w klasach I-IV*, Wyd. WSP, Bydgoszcz.
- Gurycka A. (1970), *Dzieci biernie społecznie*, PAN, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław-Warszawa-Kraków.
- Harwas-Napierała B. (1995), *Nieśmiałość dorosłych. Geneza – Diagnostyka – Terapia*, Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań.
- Harwas-Napierała B. (1979), *Nieśmiałość dziecka*, Wyd. Nauk. UAM, Poznań.
- Łukaszewski (1971), *Niezgodność informacji i aktywność. Hipoteza niezgodności informacyjnej*, „Przegląd psychologiczny”, t. 21, 35-59.

⁶ Ta informacja pochodzi z analizy wyników dotyczących zmian, jakie zaszły w grupie E1, E2 pomiędzy II a III pomiarem zmiennych.

- Łukaszewski W. (1974), *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*, PWN, Warszawa.
- Zabłocka M. (2006), *Diagnozowanie sytuacji społecznej dzieci nieśmiałych w grupie rówieśniczej*, [w:] *Diagnostyka, profilaktyka, socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*, (red). M. Deptuła, Wyd. UKW, Bydgoszcz, 75-87.

The effectiveness of the authorial program of assisting psychosocial development of shy children

Summary. Perceiving shy children as „children at risk” created the need to elaborate a children’s development assistance programme and the system of its effectiveness’ evaluation. Selected elements of the programme as well as the results of the study on its effectiveness are presented in this article.

The programme is addressed to the children in the age of 10–11. An assumption has been made that the causes of shyness are usually rooted in a specific shape of cognitive structures. It means that the causes of shyness are bad habits of thinking about oneself, about tasks and about other people. Overcoming shyness is possible by creation suitable conditions for the acquisition of new experiences, different from the previous ones.

The general purpose of the programme is overcoming shyness by giving the children opportunities for developing social activity, developing social skills, forming higher and adequate self-evaluation and forming an optimistic attribution style. The additional purpose is the creation of conditions which facilitate learning. The programme contains 15 (two hours each) meetings with children.

Children who took part in the classes inspired by the authorial programme of assisting psychosocial development underwent advantageous changes. In comparison with the control group, their activity and their self-evaluation as classmates have grown. Their attribution style has become more optimistic.

BEATA PITUŁA

Wpływ bajek terapeutycznych na sposoby radzenia sobie z lękiem przez dzieci siedmioletnie

Bajkoterapia jako nowa metoda terapii

Już przed wiekami odkryto, że literatura może pełnić rolę „pocieszyciela”, jednakże dopiero niedawno baśnie dla terapii odkrył Bruno Bettelheim. On właśnie, wykorzystując baśnie w pracy terapeutycznej z dziećmi, zaobserwował, że dziecko odbiera tylko te treści, do których dojrzało, które jest w stanie przyjąć bądź te, które w „jakiś” sposób pozwalają mu się „uporać” z rzeczywistością (Bettelheim, 1996). Symbole zawarte w bajce, baśni pozwalają dziecku na odniesienie treści do własnego życia a przez to zrozumienie własnych problemów i tą drogą usuwanie ich z podświadomości. Lęk bowiem, który tkwi u podstaw wszelkich zaburzeń, kryje się właśnie w tym, co nieświadomione. Bajkowe symbole stają się zatem narzędziem tworzącym kanał dla ujścia wszelkiego typu lęków i stanowią podwalinę psychicznej homeostazy (Bettelheim, 1996) koniecznej do budowania i zachowania własnej tożsamości i niezależności.

W języku potocznym pojęcia baśni i bajki używa się zamiennie, jednak są to utwory literackie, o odmiennym charakterze. Bajka jest krótkim, dowcipnym utworem, najczęściej poetyckim o charakterze satyrycznym lub dydaktycznym. Baśń natomiast jest utworem narracyjnym, folklorystycznym. Dla rozróżnienia bajek tworzonych specjalnie na potrzeby terapii przyjęto określenie bajki terapeutycznej. Utwory te są adresowane głównie do dzieci w wieku 4-9 lat. W swoich założeniach odwołują się do psychodynamicznych lub poznawczo-behawioralnych

teorii rozwoju osobowości, animując wewnętrzne mechanizmy adaptacyjne, sprzyjają obniżaniu lęków i napięć. Pokazują dziecku inne sposoby myślenia i działania, relaksują i wyzwalają dobry nastrój, oczyszczają. Pomagają w budowaniu osobistych zasobów, dając dziecku siłę do radzenia sobie z sytuacjami lękotwórczymi (Molicka, 2002). W bogatej literaturze przedmiotu wyróżnia się trzy rodzaje bajek terapeutycznych: relaksacyjną, psychoedukacyjną i psychoterapeutyczną¹.

W pracy badawczej, której wyniki są zaprezentowane w niniejszym tekście, wykorzystano jedynie bajki psychoterapeutyczne, dlatego też ten typ bajki zostanie skrótowo omówiony.

Bajka psychoterapeutyczna

Zadaniem bajek psychoterapeutycznych jest nie tylko przekazanie dziecku wiedzy niezbędnej do efektywnego radzenia sobie w sytuacjach emocjonalnie trudnych, ale także udzielenie wsparcia, kompensowanie braków w zakresie zaspokajania podstawowych potrzeb psychicznych (Molicka, 2004).

Bajki te mają dłuższą fabułę, bohater zawsze odnosi sukces i jest wielokrotnie nagradzany. Ich treść stymuluje do identyfikacji z bohaterem, redukując tym samym napięcie dziecka, wynikające z niezaspokojonych potrzeb. Bajki psychoterapeutyczne niejako „przekonują” dziecko, że nie jest samo w trudnej sytuacji, że inni też podobnie myślą i czują. Pozwalają na ekspresję uczuć poprzez wizualizację tekstu i ponowne bezpieczne „przepracowanie” sytuacji trudnej, jej zrozumienie i odreagowanie (Molicka, 2004).

Metoda

Prowadzone przeze mnie badania miały na celu wykazanie wpływu bajek terapeutycznych na zachowania lękowe dzieci 6-7 letnich. W badaniach wykorzystano metodę *quasi*-eksperymentu, gdyż zezwala ona na ewaluację podjętych działań.

¹ Nie przedstawiono charakterystyki wymienionych bajek, gdyż wykracza ona poza ramy niniejszego opracowania. Pełny opis i analiza zawarta jest w publikacjach zamieszczonych w bibliografii artykułu.

Do badań wybrano dwie grupy uczniów klasy pierwszej. Do grupy eksperymentalnej zakwalifikowano dzieci, które, zdaniem wychowawców, miały problem z adaptacją do szkoły, prezentowały wyższy niż przeciętny poziom lęków (8 chłopców i 8 dziewczynek). Do grupy kontrolnej zakwalifikowano 16 losowo wybranych uczniów klas pierwszych (8 chłopców i 8 dziewczynek). Należy jednak zaznaczyć, że terminu „grupa kontrolna” użyto w rozumieniu quasi-eksperymentu, tzn. jako grupę odniesienia. Niemożliwe bowiem było utworzenie grupy dzieci, która prezentowałaby podobny poziom nasilenia lęków.

Pierwszy etap badań miał na celu określenie typu i rodzaju lęków u dzieci 6-7-letnich. Diagnozę przeprowadzono na podstawie rozmowy wstępnej na temat: „Czego najczęściej boją się dzieci” oraz prac plastycznych nt. „Czego się boję najbardziej?”. Wykorzystano również opowiadanie własnego pomysłu o domu, w którym mieszkały różne lęki. Dzieci rysowały swe lęki na szablonie domu, a później o nich opowiadały.

W drugim etapie zapoznano dzieci z grupy eksperymentalnej z 6 bajkami terapeutycznymi, ukazującymi problem lęku przed zjawiskami nadprzyrodzonymi, ciemnością, śmiercią, bólem i chorobą, zwierzętami, samotnością.

Wykorzystano *Bajki terapeutyczne* M. Molickiej oraz *Bajki, które leczą* Brett Doris.

Dzieci poznały bajki: *Duch krecik, Mrok i jego przyjaciele, Domek na drzewie, Rycerz i jego giermek, Zuzia – Buzia* M. Molickiej oraz *Opowiadania o Ani* Brett Doris.

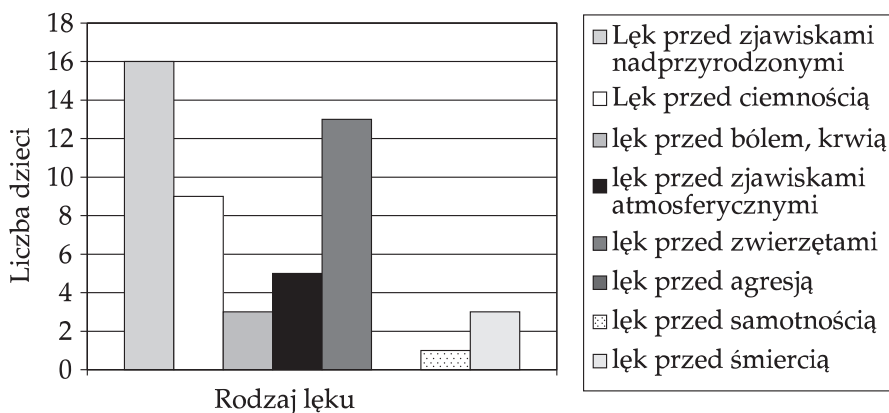
Wybrane bajki terapeutyczne czytano grupie eksperymentalnej. Po wysłuchaniu każdej bajki dzieci wypowiadały się na jej temat, dzieliły się własnymi odczuciami, odzwierciedlały jej treść w formie plastycznej i zabawowej. Wprowadzano bajki po dwie w tygodniu, a czas zajęć i zabaw obejmował średnio 30-40 minut. Sygnał zakończenia pochodził od dzieci.

Przebieg badań i ich organizacja był taki sam dla wszystkich bajek. Lęki dziecięce rozpatrywano w kategorii: liczby lęków, ich natężenia, sposobów wyrażania, stosowania nowych form zachowań werbalnych i niewerbalnych. Występują one w diagnozie wstępnej i wtórnej obu grup.

Wyniki badań własnych

Typ i rodzaj lęku w diagnozie wstępnej

U badanych dzieci w obu grupach zdiagnozowano dużą liczbę lęków, co ilustruje rycina 1.



Rycina 1. Rodzaje lęków u dzieci w grupie kontrolnej – diagnoza wstępna

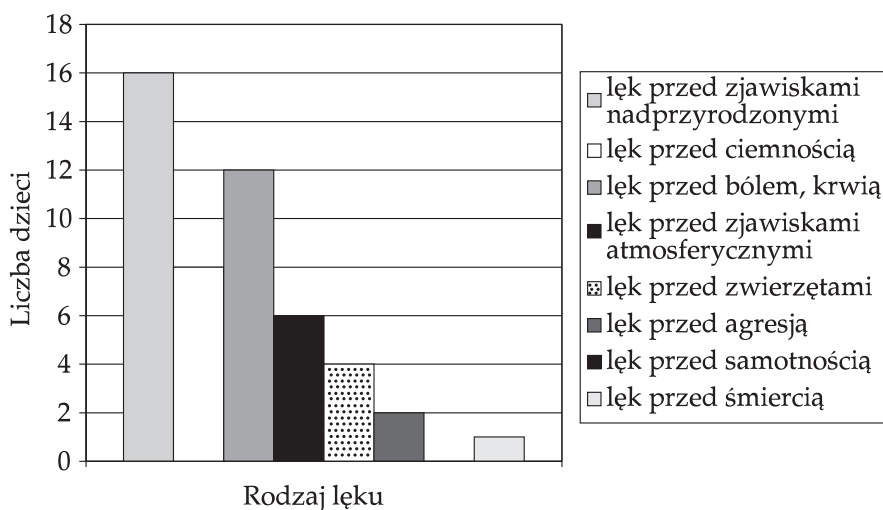
Źródło: dane z badań własnych.

Analiza powyższych danych wykazuje, że w grupie kontrolnej 100% dzieci wyraziło lęk przed zjawiskami nadprzyrodzonymi, typu: duchy, strachy, potwory, mumie itp. Druga co do ilości grupa dzieci wykazała lęk przed zwierzętami – były nimi głównie pająki, węże, muchy, dinozaury. Na trzecim miejscu znalazła się grupa dzieci prezentujących lęk przed ciemnością – niewiele ponad 50% dzieci. Najmniej dzieci z tej grupy boi się zjawisk atmosferycznych i żywiołów typu: burza, woda, ogień oraz chorób i śmierci.

Są to lęki typowe dla dzieci 6-7 letnich, związane z ich okresem rozwojowym. Cechuje je niewielkie natężenie.

W grupie eksperymentalnej również 100% dzieci deklarowało lęk przed zjawiskami nadprzyrodzonymi. Na drugim miejscu widoczna jest grupa dzieci z lękiem przed chorobami, lekarzem, krwią, bakteriami, ranami i inne.

Połowa badanej grupy eksperymentalnej wyraziła lęk przed ciemnością. Niektóre dzieci w rozmowie określiły go jako strach przed „potworami czającymi się w ciemności”, „...gdy śpię w nocy sam, to się boję”. Najmniej dzieci boi się żywiołów i zjawisk atmosferycznych oraz zwierząt i przemocy.



Rycina 2. Rodzaje lęków u dzieci w grupie eksperymentalnej – diagnoza wstępna

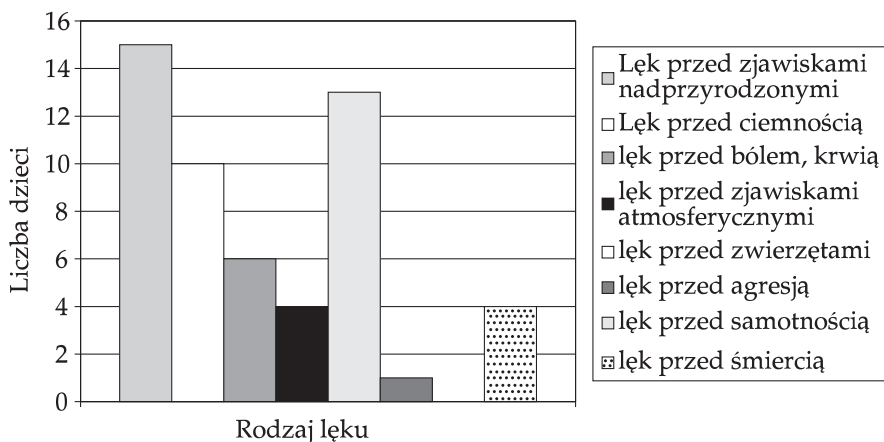
Źródło: dane z badań własnych.

Typ i rodzaj lęku – diagnoza wtórna

Analiza danych wykazała, że w badanej grupie kontrolnej nie wystąpiły istotne zmiany w wyrażanych przez dzieci lękach. Podobnie jak w poprzednim badaniu blisko 100% dzieci wyraża lęk przed zjawiskami nadprzyrodzonymi, 80% – lęk przed zwierzętami, 60% – lęk przed ciemnością, 37% – lęk przed chorobami, bólem, krwią itp. Najmniej dzieci wyraziło lęk przed zjawiskami atmosferycznymi, śmiercią, agresją.

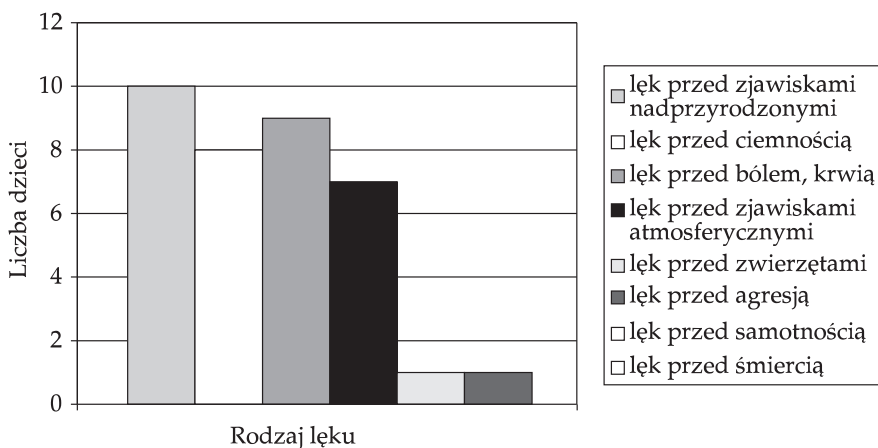
Powyższy wykres wskazuje, iż czytanie bajek terapeutycznych w grupie eksperymentalnej wpłynęło na poziom odczuwania lęków przez dzieci. Co prawda nadal lęk przed zjawiskami nadprzyrodzonymi-

mi występuje w pierwszej kolejności, ale wyraża go już mniejsza liczba dzieci – 60% badanej grupy. Również lęk przed chorobami, krwią, deklaruje o troje dzieci mniej w stosunku do diagnozy wstępnej. Podobnie jest z lękiem przed zwierzętami. Pozostałe rodzaje lęków pozostają bez większych zmian.



Rycina 3. Rodzaje lęków u dzieci w grupie kontrolnej – diagnoza wtórna

Źródło: dane z badań własnych.



Rycina 4. Rodzaje lęków u dzieci w grupie eksperymentalnej – diagnoza wtórna

Źródło: dane z badań własnych.

Bajki terapeutyczne a twórczość plastyczna dzieci

Analiza prac plastycznych dzieci wykazała niejednorodną atrakcyjność bajek terapeutycznych. Po zapoznaniu dzieci z 6 bajkami poproszono je o narysowanie tej, która najbardziej im się spodobała. Czas na wykonanie pracy był nieograniczony. Rozkład tematyki prac przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Najciekawsza bajka

Lp.	Tytuł bajki	Liczba dzieci
1	Duch krecik	6
2	Domek na drzewie	4
3	Zmrok i jego przyjaciele	3
4	Rycerz i jego giermek	1
5	Zuzia – Buzia	1
6	Opowiadanie o Ani	1

Źródło: dane z badań własnych.

Najwięcej dzieci, głównie chłopców, wybrało temat z bajki *Duch krecik* (4 chłopców i 2 dziewczynki); 4 dziewczynki nawiązały do bajki *Domek na drzewie*; 2 dzieci narysowało ilustrację do bajki *Zmrok i jego przyjaciele*, a pojedyncze rysunki uwzględniały tematykę pozostałych 3 bajek.

Analiza treści prac obejmowała wszystkie elementy rysunku. Charakterystyczne jest, że dzieci dla podkreślenia nastroju grozy i lęku używały barwy czarnej, na każdym rysunku widoczne są czarne elementy, chociaż w różnych proporcjach – najczęściej w rysunkach nawiązujących do bajek o duchach i ciemności. Jedna z prac wykonana jest wyłącznie czarną kredką. W pozostałych, obok czarnych, widoczne są kolory jaskrawe: mocna czerwień, niebieski, zielony. To, co stanowiło źródło lęku, dzieci przedstawiły kolorem czarnym, mocną, grubą kreską. To zaś, co było dla dziecka najważniejsze, zostało znacznie powiększone i narysowane na pierwszym planie. W każdej pracy dominował nastrój grozy, co może świadczyć o sile pozostałych emocji. Treść bajek wywoływała różne emocje, stąd dzieci posłużyły się różnymi sposobami przedstawienia wybranej bajki. Najciekawszym przykładem rozłożenia się emocji może być rysunek *Andżeliki*, na którym widzimy zieloną trawę, drzewo z zielonymi listkami (symbol życia, spokoju), a na nim czarny domek – szpital dla zwierząt.

Bajki terapeutyczne rozbudziły ekspresję plastyczną dzieci, dały okazję do przełożenia swego stanu emocjonalnego na papier.

Bajka terapeutyczna a aktywność werbalna i niewerbalna dzieci

Bajka staje się impulsem – tematem dziecięcych zabaw, dlatego też obserwowano zachowania werbalne i niewerbalne dzieci po zapoznaniu ich z bajką terapeutyczną. Wskaźnikiem ekspresji werbalnej była aktywność słowna w trakcie zabaw tematycznych. W obu grupach: kontrolnej i eksperymentalnej poziom aktywności werbalnej był wysoki – dzieci bowiem lubią bawić się „w rolę”.

Jak jednak dodatkowy bodziec w postaci bajek terapeutycznych wpłynął na wypowiedzi dzieci? Okazało się, że dodatkowy bodziec jest źródłem dodatkowych przeżyć i tworzy większą potrzebę ich ekspresji, implikując wyższy poziom aktywności werbalnej. W trakcie zabaw w grupie eksperymentalnej zaobserwowano gotowość do powielania wzorów zachowań bohaterów poznanych bajek. Dzieci prezentowały bardziej różnorodne i bogate formy zachowań w zabawach zainspirowanych tematyką bajek: „w duchy”, „w lekarza”, „w zwierzątka” itp. Można więc przypuszczać, że poznane wzory zachowań bohaterów dodały dzieciom większej pewności siebie oraz dostarczyły wzorów komunikacji werbalnej.

Zestawiając zachowanie dzieci z obu grup w czasie zabaw, można było zauważyć większe zaangażowanie dzieci z grupy eksperymentalnej – być może identyfikacja z bohaterami bajki podniosła wrażliwość dzieci.

Badano także wpływ bajek terapeutycznych na twórczość słowną dzieci w trakcie zabawy *Dokończ historyjkę*. Nawiązując do trudnych sytuacji bohaterów bajek, proponowano dzieciom w obu grupach dokończenie akcji. Aktywność słowna w obu grupach była zróżnicowana, ale tematycznie dzieci z grupy eksperymentalnej (w większości przypadków – ponad 90%) odnosiły się do zachowań bajkowych. W analizie treści tworzonych historii wiele jest elementów z usłyszanych bajek, choć nie brakowało też własnych doświadczeń i rozwiązań. Dzieci w niezamierzony sposób zapamiętują to, co wywarło na nich największe wrażenie, dlatego też niektóre zwroty z bajek znalazły się w ich wypowiedziach. Zatem w wypowiedziach dzieci grupy eksperymentalnej zaznaczył się wyraźny wpływ bajek.

Reakcje dzieci na sytuacje lękotwórcze w opinii rodziców

Rodziców dzieci z grupy kontrolnej i eksperymentalnej poproszono o określenie typowych reakcji swoich dzieci na sytuacje, które napawają je lękiem, obawą. Wypowiedzi ilustruje poniższa tabela.

Tabela 2. Typowe reakcje dzieci na tzw. sytuacje trudne (grupa eksperymentalna, przed bajkoterapią)

Lp.	Reakcja	Ilość wskazań
1	Płacz	16
2	Kurczowe trzymanie się rodzica	14
3	Agresja	6
4	Nadpobudliwość	9
5	Objawy wegetatywne	14
6	„Zamykanie się w sobie”	15

Źródło: dane z badań własnych.

Z tabeli wynika, że najbardziej typową reakcją dzieci z grupy eksperymentalnej na sytuacje lękotwórcze jest płacz, uporczywe trzymanie się rodzica, objawy wegetatywne ze strony układu pokarmowego (wymioty, biegunki), układu moczowego (częstomocz bądź retencja moczu) i układu nerwowego – nadpobudliwość, nadruchliwość bądź izolowanie się od otoczenia. Dla porównania typowe reakcje na lęk i sytuacje lękowe dzieci w grupie kontrolnej ilustruje tabela 3.

Tabela 3. Reakcje na sytuacje lękotwórcze –grupa kontrolna

Lp.	Reakcja	Ilość wskazań
1	Płacz	10
2	Kurczowe trzymanie się rodzica	9
3	Agresja	1
4	Nadpobudliwość	1
5	Objawy wegetatywne	0
6	„Zamykanie się w sobie”	0

Źródło: dane z badań własnych.

Jak można zauważyć, także w tej grupie dzieci typową reakcją na lęk jest płacz i kurczowe trzymanie rodzica, jednakże zachowania te prezentuje zdecydowanie mniejsza liczba dzieci, nadto nie towarzyszą im reakcje dodatkowe ze strony układu wegetatywnego. Należy także zaznaczyć, że są to reakcje właściwe dla wieku i wynikają z niedojrzałości układu nerwowego.

Po trzymiesięcznej bajkoterapii diagnozę powtórzono. Zgodnie z pierwotnym założeniem zachowania dzieci uległy modyfikacji.

Tabela 4. Reakcje dzieci na lęk po bajkoterapii (grupa eksperymentalna)

Lp.	Reakcja	Ilość wskazań
1	Płacz	10
2	Kurczowe trzymanie się rodzica	8
3	Agresja	2
4	Nadpobudliwość	1
5	Objawy wegetatywne	1
6	„Zamykanie się w sobie”	7

Źródło: dane z badań własnych.

Ponowna analiza danych wskazuje, że zaszły istotne zmiany w objawach lęków u dzieci. Nadal dominującym objawem jest płacz oraz „kurczowe trzymanie się rodziców”, ale prezentuje ten typ zachowania mniejsza liczba dzieci, nadto wyraźnie zmniejszyła się liczba wegetatywnych odpowiedzi na lęk.

Oddziaływanie na grupę eksperymentalną bajkami terapeutycznymi wpłynęło na zmianę zachowań dzieci w sytuacjach lękowych.

Dzieci otwarcie komunikują swoje lęki – tak sędzi 13 rodziców z grupy eksperymentalnej. Robią to przeważnie spontanicznie (60% dzieci w grupie eksperymentalnej). Nieco mniej, bo około 30% dzieci w obu grupach „otwiera się” i zaczyna mówić o swoich problemach dopiero pod wpływem pytań rodziców. Najmniej dzieci, bo około 10% wyraża lęk gestami.

Wnioski

Z przeprowadzonych badań wynika, że poziom lęków u dzieci 6-7-letnich jest dość wysoki. Dominują lęki przed zjawiskami nadprzy-

rodzonymi, ciemnością, zwierzętami, bólem. Prawdopodobnie wynika to z dużej wyobraźni dzieci w tym wieku oraz wzrostu orientacji poznawczej. Jedynie nieliczne przypadki lęków badanych dzieci są związane z przeżytym urazem.

Większość badanych dzieci 6-7-letnich potrafi w sposób werbalny i niewerbalny wyrazić swoje odczucia lękowe. Dominującą formą okazywania lęków przez dzieci jest płacz oraz zachowania spontaniczne. Część dzieci wymaga pytań pomocniczych ze strony dorosłych, aby określić swój stan emocjonalny. Jednocześnie badania potwierdziły, że dzieci poddane wpływowi bajek terapeutycznych chętniej i trafniej określają lęki swoje i innych. Przyczyną tego stanu może być wzbogacenie ich słownictwa emocjonalnego o nowe wyrażenia i wyższy poziom poczucia bezpieczeństwa po przeżyciu sytuacji lękowej. Rodzice niechętnie podejmują rozmowy z dziećmi o ich lękach, obawiając się, że tylko dziecko wystraszą. Tymczasem świadomość lęku i jego werbalizacja jest warunkiem zdrowia psychicznego. Dlatego też należy czytać dzieciom bajki terapeutyczne. Stanowią one szansę złagodzenia lęków zarówno świadomych, jak i nieświadomych, wynikających z niezaspokojonych potrzeb. Dają one też okazję poznania różnych sposobów zachowania w sytuacjach trudnych.

Podsumowując powyższe rozważania, należy więc stwierdzić, że:

1. Bajki terapeutyczne dzięki zawartym w nich mechanizmom naśladownictwa i modelowania pomagają dzieciom poradzić sobie z lękami typowymi dla ich wieku. Są ważnym elementem profilaktyki.
2. Inspirują dzieci do mówienia o swoich problemach, co przyczynia się do rozwoju słownika emocjonalnego.
3. Choć bajki te nie eliminują lęków z życia dzieci, to pozwalają „przejść” je w łagodnej formie.
4. Bajki terapeutyczne wyzwalają też różne formy ekspresji dziecięcej: plastycznej, ruchowej, zabawowej i podobnych.

Przytoczone w tekście wyniki badań oraz płynące z nich wnioski z pewnością nie wyczerpują wszystkich wątpliwości związanych z problemem lęków i ich złagodzenia przez bajki terapeutyczne. Mogą jednak stanowić podstawę dalszych dociekań nad tą problematyką. Zagadnienie to wydaje się o tyle istotne, że żyjemy w trudnym okresie przemian społeczno-politycznych i dużym poczuciu zagrożenia. Jeśli uda się nauczyć nasze dzieci różnych sposobów radzenia sobie z lękami, ich życie stanie się łatwiejsze. A wiadomo, że okres przedszkolny i wczesnoszkolny jest najważniejszy w kształceniu osobowości. Dlatego też bajka

terapeutyczna winna stać się narzędziem wychowawczym, stosowanym nie tylko przez nauczycielki przedszkola i szkoły, ale również rodziców, pielęgniarki – wszędzie tam, gdzie są małe dzieci ze swoimi lękami.

Bibliografia

- Bettelheim B. (1996), *Cudowne i pożyteczne. O znaczeniach i wartościach baśni*, Agencja Wydawnicza „Jacek Santorski and Co” W.A.B., Warszawa.
- Brett Brutt (2000), *Opowiadania dla twojego dziecka. Koją, leczą, rozwiązują problemy*, GWP, Gdańsk.
- Keyserling L. (2000), *Opowieści przeciw lękom*, Jedność, Kielce.
- Molicka M. (1999, 2003), *Bajki terapeutyczne*, cz. I i II, Media Rodzina, Poznań.
- Molicka M. (1997), *Bajki terapeutyczne jako metoda obniżania lęku u dzieci hospitalizowanych*, Kolegium Nauczycielskie, Leszno.
- Molicka M. (2002), *O lękach dzieci i nowej metodzie terapii*, Media Rodzina, Poznań.

KATARZYNA SAWICKA

Ekologiczny kontekst socjoterapii

Kilka słów o socjoterapii

Przez socjoterapię autorka rozumie procedurę psychokorekcyjną adresowaną do dzieci i młodzieży głównie z zaburzeniami zachowania lub z grup ryzyka (K. Sawicka, 2004). W swoich założeniach teoretycznych i metodyce nawiązuje do psychoterapii grupowej i treningu interpersonalnego, które zostały wprowadzone w latach 80. XX wieku przez Ośrodek Rozwoju Umiejętności Wychowawczych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Specjalistyczną Poradnię Profilaktyczno-Terapeutyczną dla Dzieci i Młodzieży ze Środowisk Zagrożonych Alkoholizmem OPTA. Według jej pomysłodawców socjoterapia polega na stwarzaniu warunków umożliwiających odreagowanie emocjonalne licznych napięć związanych z niekorzystnym środowiskiem wychowawczym oraz zajście zmiany w sferze zachowania się dzieci i ich sposobu myślenia o rzeczywistości (Strzemieczny, 1993; Sobolewska, 1993). Owe zmiany mogą zachodzić na skutek zdobywania nowych doświadczeń przeciwstawnych do tych, które powodują cierpienie psychiczne dziecka i nieporadne próby radzenia sobie z nim. Istota socjoterapii sprowadza się zatem do korygowania negatywnych doświadczeń społecznych skutkujących specyficznym stanem psychicznym uniemożliwiającym rozwój osobisty i społeczny młodego człowieka, który to manifestuje się zachowaniami zwykle negatywnie ocenianymi lub uznawanymi za dziwaczne.

Przestrzeń do organizowania sytuacji korygujących i sprzyjających budowaniu własnego „ja” tworzą zwykle ustrukturalizowane spotkania grupowe oraz stabilny kontakt z terapeutami. Ich przebieg oraz ciąg

wydarzeń określa zaprojektowany program wynikający z diagnozy poszczególnych uczestników grupy oraz naturalnie pojawiające się w grupie sytuacje interakcyjne, często nieprzewidywalne, które wymagają zwykle rozwiązań „tu i teraz”, bądź włączenia do zaplanowanego procesu leczenia. Podstawą zaś owego procesu leczenia są relacje terapeutyczne powstające w toku interakcji między poszczególnymi uczestnikami a terapeutami, między grupą a terapeutami. Wyznacza je głównie stabilny kontakt z dziećmi oparty na zaufaniu oraz odpowiednia postawa terapeutów, która wyraża się – odwołując się do Rogersa – bezwarunkową akceptacją, empatią i spójnością. Ów kontakt z terapeutą jako znaczącym dorosłym staje się jednym z podstawowych źródeł doświadczeń korekcyjnych.

Kolejnym czynnikiem zmiany korekcyjnej, swoistym dla socjoterapii, jest mała grupa. Ona staje się dla uczestników socjoterapii terenem doświadczeń społecznych, płaszczyzną interakcji oraz powstawania więzi, a koledzy źródłem informacji zwrotnych. Przebywanie w grupie socjoterapeutycznej funkcjonującej według reguł odbiegających od formalnych grup społecznych może wpływać na samopoczucie dzieci i pełnić rolę samoistnego czynnika leczącego. Daje im bowiem szansę na aktywne uczestnictwo w grupie (co rzadziej jest możliwe w klasie szkolnej, w której są one zwykle izolowane bądź odrzucane), zmniejszając tym samym poczucie izolacji społecznej. Nadto dziecko może uzyskać w niej poczucie oparcia oraz zmniejszyć poczucie osamotnienia w swoich troskach („koledzy mają podobne problemy do moich”).

Obok małej grupy rówieśniczej oraz obecności „dobrego” dorosłego, aktywność dzieci stanowi źródło zmiany korekcyjnej i rozwojowej. Może mieć ona charakter spontaniczny, tak jak to się dzieje w niektórych formach psychoterapii dziecięcej, częściej jednak ukierunkowany poprzez gry, zabawy i ćwiczenia interakcyjne proponowane przez terapeutów.

Czynniki wpływające na przebieg spotkań socjoterapeutycznych

Wymienione wyżej podstawowe czynniki leczące w socjoterapii charakteryzują tę procedurę. Uruchomienie tych czynników i ich wykorzystanie do realizacji celów terapeutycznych, rozwojowych i edukacyjnych zależy z kolei od wielu warunków. W przebiegu procesu leczenia

oraz w tok wydarzeń na poszczególnych sesjach spotkaniowych grupy interweniuje bowiem wiele zmiennych. Trudno je wyizolować i uznać ich statyczny charakter. Pozostają one bowiem we wzajemnych relacjach i podlegają ciągłej zmianie. I tak na przykład, psychoekolodzy twierdzą, iż terapia to w istocie rzeczy interakcja 3 elementów: podmiotu terapii, czyli pacjentów, społecznego środowiska terapii, czyli terapeutów oraz osób pośrednio uczestniczących w układzie terapeutycznym, jak w przypadku socjoterapii: nauczycieli, rodziców, kolegów z klasy czy z podwórka oraz środowiska fizycznego i przestrzennego (por. Bańka, 2002, s. 323).

W literaturze przedmiotu wiele uwagi poświęcono pacjentom i procedurom psychoterapeutycznym, warunkując ich powodzenie pozytywną motywacją osób korzystających z pomocy oraz profesjonalnym umiejętnościom terapeutów. Zdecydowanie rzadziej natomiast przyglądano się społeczno-kulturowym kontekstom psychoterapii i innych form pomocy psychologicznej oraz jej otoczeniu materialnemu a ono właśnie, jak się wydaje, ma istotne znaczenie dla zachowania się ludzi, a zwłaszcza dzieci. Jeden z czołowych psychoekologów Barker zauważył, iż na zachowanie się dzieci ma większy wpływ bezpośrednio środowisko niż ich właściwości indywidualne, co oznacza, że dziecko nieśmiałe – np. na placu zabaw – staje się nieco bardziej ekspansywne, a dziecko nadaktywne ruchowo nieco spokojniej się zachowuje np. w kościele (za: Bell i in., 2004, s. 466). Z kolei badania kryminologiczne wskazują na związek przestępczości z właściwościami środowiska fizycznego (por. Siemaszko, 1993, s. 65-70). Podobnie zwrócono uwagę na rolę przestrzeni pomieszczeń domowych w interakcjach rodzinnych, które to z kolei pozostają w związku ze wzorami picia alkoholu i sposobami kontroli rodzicielskiej (Lowe, Silbey, 2000, s. 138-173).

Dorobek psychologii ekologicznej i środowiskowej upoważnia więc do przyjęcia założenia, zgodnie z którym na funkcjonowanie człowieka ma wpływ otoczenie materialne, środowisko fizyczne wraz z systemem znaczeń społeczno-kulturowych i odwrotnie – człowiek na otoczenie (Zimbardo, Ruch, 1994, s. 630-640). Elementy otoczenia materialnego (przestrzeń i jej zagospodarowanie) mogą skłaniać do zachowań kooperacyjnych lub rywalizacyjnych, do tworzenia się więzi między ludźmi lub izolowania się od siebie. Nadto sprzyjają także pojawianiu się określonych nastrojów i emocji. Nie można zatem pominąć ekologicznego kontekstu przebiegu spotkań socjoterapeutycznych, tym bardziej, iż sami socjoterapeuci zauważają różnice w funkcjonowaniu grupy

i w przebiegu spotkań w zależności od miejsca, w którym się one odbywają. Najczęściej organizuje się je w szkole oraz w świetlicy środowiskowej czy socjoterapeutycznej. Przyjrzyjmy się zatem szkole w aspekcie fizyczno-przestrzennym pod kątem jej funkcjonalności dla socjoterapii.

Szkoła jako miejsce spotkań socjoterapeutycznych

Skoro zachowania i charakter interakcji między terapeutami a uczestnikami terapii oraz między dziećmi może w jakimś stopniu zależeć od warunków, w jakich one przebiegają, to warto zadać pytanie, czy to miejsce sprzyja budowaniu otwartego kontaktu opartego na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa? W jaki sposób sceneria szkoły wpływa na przebieg spotkań socjoterapeutycznych?

Szkoła jako miejsce spotkań socjoterapeutycznych wydaje się niekorzystnym środowiskiem, wręcz miejscem „ucieczkowym” w terminologii ekologicznej, czyli takim, które skłania człowieka młodego a i często dorosłego do jego unikania, które odpycha do przebywania w nim (por. Sawicka, 2005). Zwykle bowiem kojarzy się z wysiłkiem intelektualnym, ocenianiem i w związku z tym z licznymi obawami, władzą dorosłych – nauczycieli i często z konfliktami między uczniem i nauczycielem oraz między rówieśnikami. Charakter doświadczeń osobistych związanych ze szkołą rzutuje na nastawienia do niej nie tylko dzieci, ale także i ich rodziców. Szkoła jako stały element życia społecznego, wkomponowany w cykl życia indywidualnego i społecznego, jest dostępna w doświadczeniu każdego człowieka początkowo, jako ucznia później jako rodzica. Jeśli zatem są one zdecydowanie negatywne, tym większe prawdopodobieństwo negatywnego do niej stosunku i niechęci, i odwrotnie. Ten z kolei może być przenoszony na inne niż edukacyjne aktywności organizowane w szkole w tym i na socjoterapię tam prowadzoną. Motywacja do udziału w spotkaniach socjoterapeutycznych odbywających się na terenie szkoły może więc wiązać się z nastawieniem do tej instytucji uczniów i ich opiekunów ze względu na negatywne przeżycia.

Socjoterapia, tak jak i inne formy terapii psychologicznej, funkcjonują w przestrzeni społecznej odmiennie niż szkoła. Te pierwsze mają przede wszystkim charakter pomocowy i obejmują tylko pewne kategorie osób. Nie są to więc zdarzenia stałe, lecz incydentalne, przeznaczone tylko dla określonej grupy młodych ludzi, w tym uczniów. Definicje

tej grupy, chorzy psychicznie, zaburzeni, mający problemy, alkoholicy, biedni itd., niosą za sobą treści w pewien sposób naznaczające społecznie ze względu na kategorie odmienności czy dewiacyjności. Reakcje zatem najbliższego otoczenia kolegów, rodziców, nauczycieli mogą wobec uczestników terapii uruchamiać procesy stygmatyzacyjne, a te z kolei różnorodne formy obrony przed naruszeniem i tak już nadszarpniętego poczucia własnej wartości i przeżywaniem dyskomfortu psychicznego.

Socjoterapeutom prowadzącym grupy w szkole lub ośrodkach całodobowej opieki wychowawczej znane są takie zachowania ich uczestników, jak: „dlaczego, ja przecież nie jestem wariatem”, „oni się ze mnie śmieją, że tu przychodzę”, „pani kazała mi powiedzieć, że nic się nie poprawiam ...”. itd. Wydaje się, że ryzyko stygmatyzacji, a nawet marginalizacji w klasie szkolnej uczniów-członków grupy socjoterapeutycznej wzrasta wtedy, gdy zajęcia odbywają się w instytucji o wyrazistej tożsamości i heterogenicznej społeczności, jaką jest na przykład szkoła czy placówka wychowawcza. Obawa przed opinią kolegów i dorosłych skutkuje zwykle niechęcią wobec uczestnictwa w proponowanych spotkaniach terapeutycznych.

Negatywne nastawienie do socjoterapii realizowanej zwłaszcza w szkole pogłębia ograniczony do niej dostęp. O ile więc szkoła i nauka szkolna jest doświadczeniem powszechnym, o tyle doświadczenia z terapii są bliskie tylko nielicznym osobom a ogółowi obce i nieznanne oraz trudne do przekazania za pośrednictwem słowa. To, co się dzieje podczas terapii, w istocie rzeczy odbiega od ogólnie znanej rzeczywistości społecznej, nie jest w zasadzie jej przeniesieniem i dlatego też wymyka się podstawowym kategoriom pojęciowym, a przez to utrudnia zrozumienie mających tam miejsce wydarzeń. Ponadto grupy socjoterapeutyczne, być może że ze względu na ich zamknięty charakter oraz normę dyskrecji, wzmagają jeszcze niepokój niektórych kolegów, rodziców i nauczycieli. Towarzysząca im niekiedy „aura tajemniczości” budzi poczucie zagrożenia. I tak, nauczyciele mogą się obawiać opinii o sobie wyrażanych przez uczniów uczestniczących w spotkaniach. Niektórzy rodzice obawiają się, że jakieś tabu rodzinne może zostać ujawnione w grupie. Koledzy, zwłaszcza funkcjonujący w nieformalnych grupach rówieśniczych, z „tajemnicą” wobec dorosłych (rodziców, nauczycieli) stają się też nieufni i ostrożni. W takich przypadkach młody uczestnik socjoterapii niejednokrotnie podlega naciskom zewnętrznym ze strony kolegów czy dorosłych („powiedz, co się tam dzieje”), a to sprzyja poja-

wieniu się konfliktu wewnętrznego. Mechanizm ów, wynikający z kontekstu społeczno-kulturowego, jest szczególnie istotny wtedy, gdy w socjoterapii uczestniczą młodzi ludzie przebywający w nienaturalnym dla nich otoczeniu, jak zakład poprawczy czy placówka całodobowej opieki i wychowania. Ze względu na liczne obawy, niepokoje i niekiedy fałszywe przekonania dzieci i młodzieży, rodziców i nauczycieli w niektórych projektach dotyczących cyklu zajęć socjoterapeutycznych ważną rolę pełnią spotkania terapeutów z rodzicami, liczne kontakty z nauczycielami, wspólne formy aktywności dzieci i dorosłych opiekunów z nadzieją na złagodzenie tychże obaw i niepewności.

Na motywację dzieci do uczestnictwa w spotkaniach socjoterapeutycznych mają więc wpływ doświadczenia osobiste związane ze szkołą ich samych oraz dorosłych, obawa przed naznaczeniem społecznym w środowisku szkolnym oraz przed nieznaną i obcą dla większości ludzi formą aktywności.

Szkoła jako powszechnie znany fragment rzeczywistości społecznej jest też bardzo wyrazistym ośrodkiem aktywności, miejscem publicznym wyznaczonym przez fizyczne właściwości i skojarzone z nimi wzorce zachowań. Pojęcie to wprowadzone przez Barkera psychologa ekologicznego wskazuje na silną współzależność między środowiskiem fizycznym a licznymi i stałymi zachowaniami w nim się pojawiającymi (Bell, 2004, s. 165-167, 730). I tak szkoła jako ośrodek edukacyjny wraz z takimi cechami fizycznymi, jak wydzielone pomieszczenia z ustawionymi w rzędach stolikami i krzesłami, tablicą wyzwała określony wzorzec zachowania. Dorośli, będący na spotkaniu z nauczycielem, na pewno usiądą w ławkach, a nie przy stoliku dla nauczyciela, będą słuchać, robić notatki, podnosić rękę, zadawać pytania itd. To bowiem otoczenie fizyczne uruchamia taki, a nie inny wzorzec zachowania charakterystyczny dla tego miejsca. Oczywiście podobne sekwencje zachowań prezentują uczniowie nawet wtedy, gdy uczestniczą w pozalekcyjnej aktywności.

Wydaje się, że budynek szkolny wraz z wyposażeniem przede wszystkim uruchamia określony schemat poznawczy relacji uczeń-dorosły. Naturalne obawy towarzyszące pierwszym spotkaniom socjoterapeutycznym zostają spotęgowane przez otoczenie klasy szkolnej, co uwiarygadnia przypisywanie terapeutce roli i zadań nauczyciela. Podczas pierwszych spotkań grupowych pojawiają się takie pytania ze strony ich uczestników, jak: „czy będą stopnie?” – nauczyciel głównie ocenia, co ma wpływ na dalsze losy szkolne ucznia; „czy musimy się bawić?” –

uczeń ma obowiązek podporządkowywać się poleceniom nauczyciela; itp. W tych warunkach terapeuci wkładają znacznie więcej wysiłku, by obniżyć stan niepokoju uczestników grupy, niż wtedy, gdyby spotkania odbywały się w miejscu bardziej przyjaznym i mniej obciążonym negatywnym znaczeniem wynikającym głównie z przykrych związanych ze szkołą doświadczeń młodych ludzi.

Przyjrzyjmy się więc bliżej właściwościom fizycznym pomieszczenia klasy szkolnej i generowanym przez nie wzorcom zachowań.

Charakterystyczne fizyczne atrybuty przestrzeni klasy szkolnej to szeregi ławek dwuosobowych z krzesłami, stół nauczycielski, czarna tablica, kreda, gazetka ścienna, typowe pomoce nauczania w zależności od przedmiotu, jak globus, portrety wielkich postaci itp. Jej zagospodarowanie określa także relacje interpersonalne. Nauczyciel-mentor zajmuje centralne miejsce z dość znaczną wolną przestrzenią, co umożliwia mu w miarę swobodne przemieszczanie się a rzędy ławek dojście do poszczególnych uczniów. Tym samym więc nauczyciel ma dogodne warunki do sprawowania kontroli nad grupą i poszczególnymi uczniami oraz kształtowanie, zgodnie z własną wolą, dystansu fizycznego i psychicznego. Takiej możliwości nie mają jednak uczniowie ze względu na fizyczne, w postaci ławek, bariery, co z kolei ułatwia utrzymanie w istocie rzeczy stałych granic osobistych, ale utrudnia kontakty między sobą oraz z nauczycielem. Przeszkody w swobodnej komunikacji między uczniami np. z pierwszej ławki przy oknach z kolegą z ostatniej ławki przy drzwiach w pewnym sensie określają kanały informacyjne i skłaniają do wypracowania sposobów radzenia sobie z owymi przeciwnościami. W każdej niemal klasie powstają w związku z tym określone wzory zachowań komunikacyjnych, choćby takie jak: szeptanie, podpowiadanie, przekazywanie karteczek z rysunkami lub bardzo króciutkim (niemal jak w SMS-ie tekstem czasami nawet zakodowanym) i dość wyrazista mowa ciała.

Warto też zwrócić uwagę, iż tak zagospodarowane pomieszczenie sprzyja również procesom marginalizującym niektórych uczniów. Badania wyraźnie wskazują na związek między miejscem zajmowanym przez ucznia w klasie a wynikami nauczania (Bańka, 2002, s. 350). Okazuje się, że uczniowie siedzący w ławkach w środkowej części rzędów ławek aktywniej uczestniczą w życiu klasy i mają lepsze oceny od kolegów zajmujących miejsca peryferyjne. Zależność ta występuje zarówno wtedy, gdy uczniowie wybierają sobie miejsca, i tu interweniuje zmienna osobowościowa, jak i wtedy, gdy są im przydzielane przez nauczy-

ciela. Zapewne dzieje się więc tak, że dzieci mające gorsze wyniki w nauce dobrowolnie decydują się na miejsca w ławkach oddalonych od centrum, co oczywiście nie ułatwia im poprawienia swojej sytuacji szkolnej ani miejsca w strukturze popularności wśród kolegów. Z kolei zmiana siedzenia spowodowana przez nauczyciela ma zwykle charakter naznaczający, bowiem następuje ona bądź jako forma dezaprobaty dla dotychczasowych osiągnięć, bądź jako forma poddania ucznia wzmożonej kontroli nauczycielskiej. Automarginalizacja i wykluczanie poprzez naznaczenie przez dorosłego staje się kolejnym argumentem potwierdzającym tezę, iż szkoła to także instrument szerszego procesu marginalizacji społecznej (Kwieciński, 2005).

Sceneria szkoły i klasy szkolnej wydaje się nieprzyjazna dla spotkań socjoterapeutycznych, choćby ze względu na formy aktywności, relacje między dorosłymi i dziećmi oraz między dziećmi. Rzeczywistość szkolna znacznie odbiega od rzeczywistości kreowanej podczas spotkań socjoterapeutycznych. Na przykład, o ile aktywność szkolna dzieci wiąże się z uczeniem się, wyłożonym wysiłkiem umysłowym, o tyle zajęcia socjoterapeutyczne – z ukierunkowaną i spontaniczną zabawą. W szkole przedmiotem poznania i zdobywanej wiedzy jest świat i kultura, w spotkaniach grupowych – wiedza o samym sobie i o innych, zwłaszcza o kolegach. Kontrola w szkole oparta jest raczej na wymaganiach, ocenach i sankcjach, w socjoterapii na sugestiach i zachętach. Nauczyciel to mentor i dydaktyk, socjoterapeuci zaś budują relacje rozumiejąco-akceptujące.

Środowisko fizyczne szkoły dostosowane jest do tradycyjnego modelu instytucji edukacyjnej i jednocześnie go utrwała. Nie tworzy sprzyjającego klimatu do spotkań socjoterapeutycznych odbiegających znacznie w swej treści, zasadach, regułach od idei szkoły. Lokalizacja działalności socjoterapeutycznej w budynku szkolnym i sali klasowej lub w programie nauczania tworzy obszar niejednoznaczny, co powoduje poczucie niewygodności nie tylko u dzieci, ale także u dorosłych-terapeutów i samych nauczycieli. Poczucie dyskomfortu nabiera wyrazistości szczególnie w naszym systemie szkolnym, który nie stwarza szerokich ram dla bardziej różnorodnych doświadczeń uczniów i dorosłych zdobywanych w tym właśnie miejscu (Sawicka, 2005).

Socjoterapia jako forma pomocy psychologicznej najbardziej mieści się w rzeczywistości i instytucjach pomocowych. Choć niewątpliwie mają one charakter naznaczający, jednak tworzą jednoznaczne ośrodki aktywności pod względem formy, treści i systemu wartości. Mogą to

więc być ośrodki leczenia uzależnień, poradnie zdrowia psychicznego, centrum pomocy rodzinie, świetlice środowiskowe prowadzone przez różne podmioty. Warto również zauważyć, że coraz częściej grupy socjoterapeutyczne organizują poradnie psychologiczno-pedagogiczne. Wymienione wyżej miejsca wydają się bardziej korzystne i funkcjonalne dla socjoterapii niż klasa szkolna. Jednakże poziom ich atrakcyjności zależy od tego, jakie znaczenie jest przypisywane danym instytucjom przez najbliższe otoczenie dziecka, tj. rodziców, kolegów i nauczycieli. Jeśli zatem jest ono bliższe takiemu przekonaniu „chodzą tam dzieci chore na głowę i głupie albo biedne”, to oczywiście wówczas będą zachowania obronne dzieci i bliskich im dorosłych. Cierpienie z powodu swoich problemów potęguje jakże realna obawa przed dolegliwościami ze strony kolegów, czasami nauczycieli lub rodziców. Z innym nastawieniem zaś rozpoczną spotkania młodzi ludzie, w otoczeniu których dominują pozytywne sądy o instytucjach pomocy typu „to miejsce, w którym można uzyskać pomoc i spotkać się z życzliwymi dorosłymi”.

Warto zatem zwrócić uwagę na rolę obiegowych opinii o miejscu spotkań grupowych funkcjonujących w najbliższym otoczeniu społecznym dziecka. One to tworzą często specyficzny kontekst społeczno-kulturowy socjoterapii. W planowaniu procesu socjoterapii dobrze jest więc je wziąć pod uwagę, wkomponowując ich ewentualne skutki w program spotkań. Można więc uwzględnić organizowanie sesji w poszerzonym o rodziców, nauczycieli czy kolegów składzie. Na przykład – realizując cykl spotkań grupowych dla dziewcząt z zakładu poprawczego, kończących się przedstawieniem teatralnym, zaproszono na próbę generalną „chłopców ulicy” zaintrygowanych uczestniczkami terapii oraz samymi spotkaniami. Dopiero zawarty z nimi kontrakt umożliwiający w określonych terminach udział w spotkaniach spowodował, iż przestali przeszkadzać i zagrażać realizacji zamierzeń. Można też poświęcić więcej czasu na wyjaśnienie dorosłym istoty socjoterapii, planów i przewidywanych zdarzeń. Trzeba też być uważnym na wyrażane przez uczestników problemy związane z uczestnictwem w socjoterapii.

Socjoterapia w przestrzeni „dospołecznej”

Procesowi socjoterapii służy „środowisko przyciągające”, czyli skłaniające do przebywania w nim (por. Sęk, 2000, s. 255-268). Składa się na nie z jednej strony instytucjonalna przynależność jak poradnia

czy szkoła wraz z całym systemem znaczeń oraz pomieszczenie, w którym odbywają się spotkania socjoterapeutyczne. Pomieszczenie i jego aranżacja powinno tworzyć przestrzeń dospołeczną, czyli taką, która sprzyja otwartej komunikacji, podejmowaniu kontaktów i wzrostowi atrakcyjności interpersonalnej oraz zmniejszeniu napięć emocjonalnych i konfliktów interpersonalnych. Wielkość pomieszczenia i jego przestronność to jeden z jej wyznaczników. Wiadomo bowiem, że obiektywne zagęszczenie i poczucie zatłoczenia powoduje rzadsze wchodzenie w interakcje, zmniejszenie liczby zachowań pomocnych oraz wzrost zachowań agresywnych zwłaszcza u chłopców, a także poczucia bezradności i dyssatisfakcji, co pewnie wiąże się z trudnościami w utrzymaniu przestrzeni osobistej. Z kolei zbyt duże pomieszczenie w stosunku do liczby uczestników zajęć (np. w szkolnej sali gimnastycznej) może wywoływać poczucie dyskomfortu, trudności w nawiązywaniu kontaktów zwłaszcza *face to face*, czy wspólne wykonywanie zadań. Choć optymalną wielkość pomieszczenia trudno określić, to jednak warto na ten fakt zwrócić uwagę.

Niewątpliwie znaczenie psychologiczne ma zagospodarowanie przestrzeni (Sawicka, 2005). Jej aranżacja powinna umożliwiać swobodne przemieszczanie się oraz swobodną komunikację podczas spotkań grupowych. Dobrze by więc było, gdyby środek pomieszczenia był wolny od sprzętów co z jednej strony umożliwi przeprowadzenie pewnych ćwiczeń, z drugiej zaś zapewnia poczucie bezpieczeństwa ze względu na swobodne, w zależności od rodzaju interakcji czy stanu emocjonalnego, kształtowanie dystansu przestrzennego pomiędzy członkami grupy, w tym i ucieczki z niewygodnej sytuacji. Dowolnemu kształtowaniu przestrzeni osobistej służy także wydzielenie w pomieszczeniu funkcjonalnych kącików. Może to więc być kącik „dobrego samopoczucia” z materacem na przykład, poduszkami czy przytulanką, do którego dziecko może przejść, by poprawić swój nastrój. Kącik „wyciszenia” czy „nieuczestniczenia” służyłby dzieciom zawieszającym aktywność grupową lub pełniłby funkcję *time out*. Inny fragment pomieszczenia to teren wspólnej zabawy lub pracy grupowej. Wydzielone części sali mogą być oznakowane symbolicznie lub wyodrębnione poprzez wprowadzenie barier fizycznych (np. parawan) w różnym stopniu ograniczającym pole widzenia.

Ważne jest także wzajemne usytuowanie uczestników spotkań utrudniające lub ułatwiające kontakt. Najbardziej korzystne wydaje się siedzenie w kręgu, najlepiej na materacach lub krzeselkach, co zapewnia

bezpośrednie kontakty bez istotnych barier zewnętrznych, jak np. stoliki, które można zgromadzić w jednej części sali, jeśli spotkanie odbywa się w klasie. Taka aranżacja wnętrza początkowo potęguje niepokój u dzieci, niemożliwe bowiem staje się choćby ukrycie się za plecami kolegi. Później już oznacza niezbędny atrybut sesji i odrębności grupy.

Istotny element pracy terapeutycznej to wyposażenie w niezbędne materiały i dostęp do nich. Należy tu wspomnieć o plastelinie, kredkach, papierze dużego i małego formatu, sznurkach, piłeczkach, woreczkach, poduszkach, balonikach, małych kocykach i innych drobiazgach (kamyczki, szyszki, koraliki itp.) w zależności od inwencji terapeuty. Na szczególną uwagę zasługują zaś zabawki. Nie może być ich za dużo w widocznych miejscach, nie mogą też być ostre, a zatem i niebezpieczne. Można zaś rozważyć dostępność do lalek-przytulanek (misia), które mogą być wykorzystywane w trakcie terapii lub przez dziecko mające potrzebę trzymania i przytulania się.

W tym kontekście trzeba zasygnalizować zagadnienie liczby bodźców w przestrzeni. Jeśli pomieszczenie będzie zbyt bogate w bodźce i jeszcze do tego różnorodne, to można przypuszczać, iż dzieci w napięciu i ze wzmożoną tendencją do reakcji agresywnych będą bardziej skłonne do zachowań impulsywnych i dekoncentracji niż wtedy, gdy wnętrze byłoby bardziej spokojne. I tak np. spotkanie prowadzone w świetlicy wyposażonej w ogromną liczbę zabawek (pluszaki, lalki, klocki, kredki itd.) przeobraziło się w chaotyczne rzucanie przedmiotami, w tym ołowianymi z ostrymi brzegami żołnierzykami, co w pewnym momencie stawało się już zdarzeniem niebezpiecznym dla zdrowia. Trudno jednak określić optymalność bodźców materialnego otoczenia. Wiadomo zaś, że niekorzystnie wpływa zarówno ich niedobór, jak i nadmiar. Dostosowanie zawartości informacyjnej pomieszczenia do potrzeb grupy jest już zadaniem terapeutów. I tu warto pamiętać o ogólnie znanej zależności. Im bardziej środowisko materialne jest złożone, tym mniejsza swoboda wyboru aktywności. Im mniejsza zawartość informacyjna otoczenia, tym większa swoboda.

Podsumowanie

Uogólniając, choć podstawowe założenia psychologów-ekologów i psychologów środowiskowych przyjmowane są ze zrozumieniem, to jednak badacze nie mogą jeszcze wskazać na uniwersalne cechy przyja-

znego otoczenia materialnego. Ponieważ w powszechnym odbiorze teza zasadnicza jest słuszna, praktycy poszukują takich wyznaczników oraz organizują i projektują przytulne i bezpieczne miejsca, w których dochodzi do kontaktów z dzieckiem znajdującym się w bardzo trudnej sytuacji. Dla socjoterapii otoczenie społeczno-kulturowe oraz materialne jest niezwykle istotne. Chodzi bowiem o to, by odbywała się ona w miejscach niosących ze sobą wyraziste znaczenie oraz sprzyjających procesowi zmian korekcyjnych i rozwojowych.

Bibliografia

- Bańka A. (2002), *Spółeczna psychologia środowiskowa*, Scholar, Warszawa.
- Bell P.A., Greene Th.C., Fisher J.D., Baum A. (2004), *Psychologia środowiskowa*, GWP, Gdańsk.
- Lowe G., Silbey F. i D. (2000), *Picie młodzieży a style życia w rodzinie*, PARPA, Warszawa.
- Kwieciński Z. (2005), *Szkoła a wykluczanie*, [w:] *Marginalizacja w problematyce pedagogiki społecznej i praktyce pracy socjalnej*, (red.) K. Marzec-Holka, Wyd. AB, Bydgoszcz.
- Sawicka K. (red.) (2004), *Socjoterapia*, CMPP, Warszawa.
- Sawicka K. (2005), *Ekologiczny aspekt socjoterapii*, „Remedium”, nr 5 (147), 20-21.
- Siemaszko A. (1993), *Granice tolerancji. O teoriach zachowań dewiacyjnych*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Sobolewska Z. (1993), *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – zasady projektowania zajęć*, Stowarzyszenie OPTA, Warszawa.
- Strzemieczny J. (1993), *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*, PTP, Warszawa.
- Sęk H. (red.) (2000), *Spółeczna psychologia kliniczna*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.
- Zimbardo P.G. Ruch F.L. (1994), *Psychologia i życie*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

The ecological context of sociotherapy

Summary. Sociotherapy is a psychocorrective procedure, that mainly consists in organising situations, that correct traumatic experiences of children and teenagers during normally structured group meetings. Its efficiency, course of group meetings, group's functioning and behaviour of its individual members depends not only on factors specific for psychological help, but also on the social-material environment in which the sociotherapy is conducted. Sociotherapy's ecological context consists of the credit given to the institution where the sociotherapy is taking place, room's size and furnishing. Considering the goals of sociotherapy the beneficial space for it would be one that enables making contacts, cooperating and open communication. Basing on ecological and environmental psychology, an attempt to single out factors of such space and of an 'attracting' environment was made. In this context, an analysis of school as a activity resort, in which sociotherapeutic groups are often organised, shows that it is not a friendly place for children with traumatic experience. It is so because of school's physical attributes and different character of social reality from the one created by sociotherapy.

BOGNA FRĄSZCZAK

Psychologiczne problemy osób pomagających dzieciom i młodzieży

*Z pomocą nie należy się spieszyć,
z pomocą należy przychodzić*
K. Jedliński

Kilka zdań o pomaganiu

Dawno temu prekursor nauk społecznych Arystoteles stwierdził, że człowiek jest istotą społeczną, nie umie bowiem samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb. Dla wykorzystania w pełni możliwości rozwoju jednostka ludzka potrzebuje wsparcia i pomocy ze strony najbliższej rodziny oraz społeczeństwa (nawet żyjący na bezludnej wyspie Robinson Crusoe miał do towarzystwa swojego Piętaszka). Jednak od wieków wiemy, że nierzadko zdarza się tak, iż na wsparcie i pomoc ze strony rodziny i społeczeństwa mogą liczyć tylko jednostki silne i zachowujące normalność. Pozostałe są najczęściej albo pomijane, porzucane i wykluczane, albo też – czując swoją inność – same izolują się i spychają się na margines życia społecznego lub popełniają samobójstwo.

Do tej szczególnej grupy ryzyka należą osoby: wychowujące się w rodzinach dysfunkcyjnych, niepełnosprawne, obciążone wadami i parcjalnymi deficytami rozwojowymi. Im żyje się dużo trudniej, często mają też mniejsze szanse na rozwijanie oraz wykorzystywanie swoich talentów i zdolności. Są częściej sfrustrowane i zależnione, łatwiej ulegają bezsilności, szybciej uciekają się do siłowych rozwiązań swoich problemów.

Obowiązkiem każdego społeczeństwa jest udzielenie tym osobom wsparcia i pomocy, szczególnie ludziom młodym, którzy dopiero się uczą i rozpoczynają swoją drogę życiową. Aby tak się stało, w każdej społeczności powinien sprawnie funkcjonować system wsparcia i pomocy dla dzieci i młodzieży oraz ich rodziców. W gronie osób zajmujących się pomaganiem powinni znaleźć się wysoko wykwalifikowani: pedagodzy, psycho- i socjoterapeuci, psychologowie, doradcy, lekarze, duchowni, pracownicy socjalni, wychowawcy, pielęgniarki szkolne, kuratorzy sądowi i policjanci. Każda z tych osób powinna pamiętać, iż ich małeletni klienci skierowani zostali do niej lub sami przyszli po pomoc, ponieważ znaleźli się w sytuacji kryzysowej, mają problemy i przeżywają w związku z tym trudne uczucia i emocje, a sami sobie z nimi nie poradzą.

Czasem młodzi ludzie przychodzą po pomoc nie dlatego, żeby rozwiązywać problemy, ale po to żeby nauczyć się większej skuteczności w swoich działaniach (niezadowolające wyniki w nauce; nieciekawe, nudne związki; brak jasno określonych celów w życiu). Najważniejszym zadaniem osób pomagających jest więc zapamiętanie, iż cele pomocy muszą wynikać z potrzeb ich nieletnich klientów. „Istnieją dwa podstawowe cele pomocy: pierwszy – bardziej skuteczne rozwiązywanie przez klienta konkretnych problemów życiowych, drugi – umiejętność pokonywania problemów i wykorzystywania szans życiowych” (Egan, 2002). Udzielona pomoc powinna prowadzić:

- do konstruktywnych zmian w życiu klienta,
- do bardziej skutecznego kierowania swoim życiem przez klienta.

Do głównych obowiązków osoby pomagającej należy stosownie do potrzeb ich klientów:

- rozmowa,
- zapewnienie im względnego poczucia bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego,
- zabezpieczenie w razie potrzeb środków finansowych koniecznych do egzystencji w nowych warunkach,
- wsparcie psychiczne, rozumiane tu jako podtrzymanie emocjonalne i mobilizowanie do podjęcia skutecznego radzenia sobie z zaistniałą sytuacją.

Psycholog H. Sęk (1993) określa kompetencje takiej osoby w następujący sposób: „osoba pomagająca powinna odznaczać się wrodzonym potencjałem empatii, zdolnością spostrzegania społecznego i autentycznie uwewnętrznioną normatywną motywacją do działania na rzecz

innych ludzi, grup społecznych i dobra ogólnoludzkiego". Należy jednak pamiętać, iż osoba pomagająca też jest człowiekiem i w związku z wykonywaniem swojego zawodu przeżywa różne uczucia i emocje wynikające z konieczności podejmowania szeroko pojętych kontaktów społecznych i rozwiązywania problemów swoich klientów. Pomaganie jest więc zajęciem satysfakcjonującym jednak niezmiernie trudnym, obciążającym i wyczerpującym, na osobę pomagającą czyha zaś wiele niebezpieczeństw i pułapek.

Założeniem tego artykułu jest przybliżenie – osobom bezpośrednio zaangażowanym w niesienie pomocy dzieciom i młodzieży – podstawowych problemów psychologicznych, na jakie są one narażone podczas wykonywania swojej pracy. Treści w nim zawarte oparte są na doświadczeniach uczestników grupy wsparcia, złożonej z przedstawicieli różnych profesji, udzielających pomocy młodym ludziom w ramach realizacji zadań Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gminie Nakło nad Notecią w latach 1992-2004.

Lista problemów psychologicznych dotyczących osoby pomagające dzieciom

Podstawową trudnością w tworzeniu relacji wspierania lub pomagania jest nawiązanie pierwszego kontaktu z potencjalnym klientem. Pamiętajmy o tym, iż ofiary urazu (większość małoletnich klientów stanowią ofiary zaniedbania lub przemocy) na skutek utraty zaufania często bronią się przed przyjęciem jakiegokolwiek pomocy nawet od osób sobie bliskich i znanych, a co dopiero pomocy od instytucjonalnie do tego powołanych przedstawicieli różnych profesjonalnych służb. To pierwsza i zasadnicza trudność, na jaką narażone są osoby wspierające i pomagające. Niestety lista problemów na jakie napotykają osoby zajmujące się profesjonalnie i nieprofesjonalnie pomaganiem, jest dużo dłuższa. Opierając się na wieloletnich doświadczeniach psychologów, pedagogów szkolnych, socjoterapeutów, reedukatorów, logopedów, wychowawców, pracowników socjalnych, kuratorów sądowych, policjantów z wydziału profilaktyki i przestępczości nieletnich, strażników miejskich, duchownych, lekarzy i nauczycieli stanowiących przedstawioną wyżej grupę wsparcia, na listę problemów psychologicznych, które napotykali oni w swojej pracy, można wpisać:

- nadgorliwe, toksyczne zaangażowanie się w sprawy podopiecznego,
- przeżywanie trudnych uczuć i emocji w kontakcie z dzieckiem, które sztywno tkwi w roli wyniesionej ze środowiska rodzinnego,
- traumatyczne przeniesienie,
- trudności w ustalaniu granic,
- nieasertywną postawą wobec klienta,
- uraz zastępczy,
- konfluencję uczuć i emocji,
- zbytne utożsamianie się z sytuacją podopiecznego,
- wypalenie zawodowe.

Poniżej podjęto próbę bliższego przedstawienia i opisanie mechanizmów powstawania wymienionych problemów i ograniczeń, które mogą wystąpić podczas wykonywania swoich ról zawodowych przez osoby pomagające.

Toksyczne zaangażowanie się w sprawy podopiecznego

Podstawowe znaczenie w pracy terapeutycznej ma zapewnienie dziecku bezpieczeństwa i opieki. Poranione psychicznie dziecko na ogół przeżywa strach przed opuszczeniem i tęskni za zwykłą obecnością współczującej jej osoby. „Raz doświadczywszy poczucia całkowitej izolacji, człowiek ma niezwykle silną świadomość kruchości wszelkich związków międzyludzkich w obliczu niebezpieczeństwa. Potrzebuje jasno wyrażonego zapewnienia, że nie zostanie opuszczony po raz drugi” (Herman, 2002). Często podczas pierwszych spotkań młody człowiek okazuje daleko idącą nieufność i unika rozmowy, co może stanowić szczególnie trudną sytuację dla osoby niedoświadczonej w niesieniu pomocy. Jednak sama obecność i dyspozycyjność osoby wspierającej pozwala poszkodowanemu na oswojenie się z urazem oraz na powolne zbieranie sił w celu dokonania zmian w swoim życiu. Jeśli osobie wspierającej uda się przetrwać ten trudny okres i nie będzie ona wyręczać swojego klienta w podejmowaniu decyzji i odpowiedzialności za swoje życie, obie strony uzyskają szanse na wzmocnienie pozytywnego obrazu samego siebie. W przeciwnym razie nadgorliwość i nadopiekuńczość terapeuty, który zaczyna myśleć o problemie dziecka jak o swoim i w celu szybkiego rozwiązania problemu zaaplikuje podopiecznemu katalog dobrych rad, może spowodować poczucie niezrozumienia, wycofanie się z relacji i rozgoryczenie u obu stron. Rozgoryczenie to przyczyni się również do

tego, że obie strony zaczną podchodzić z dużą podejrzliwością i nieufnością do kolejnych pomagających lub kolejnych klientów.

Większość osób pomagających młodym ludziom w swojej codziennej pracy ma do czynienia z jednostkami, które sprawiają problemy wychowawcze, są ofiarami bądź przyjęły role zarówno ofiar, jak i agresorów. Jednak podczas tworzenia systemu wsparcia nie należy zapominać o świadkach, ich problemy zwykliśmy, jako osoby dorosłe, pomijać lub bagatelizować. Zamiast udzielać im fachowej pomocy lekceważymy ich przeżycia, zdajemy się na rutynę i oczekujemy, iż szybko poradzą sobie ze swoimi kłopotami, stosując się do naszych dobrych rad. Świadków przestępstw i zaniedbań powinniśmy również traktować jako poszkodowanych podczas „życiowej bitwy”. Ich poczucie bezsilności i winy jest tym bardziej dotkliwe, gdy byli świadkami cierpienia lub czasem nawet śmierci innych ludzi. Świadomość, że się ocalało, podczas gdy towarzyszące im osoby spotkał gorszy los, stanowi często bardzo poważne obciążenie emocjonalne. Czują się winni, że byli pasywni i nie zaryzykowali, aby ratować pokrzywdzonych. Tak traumatyczne wydarzenia podważają przekonanie młodych ludzi, że mogą być sobą w relacji z innymi. Dlatego problemy tej grupy stanowią dla osób pomagających spore wyzwanie, a co za tym, idzie poważne obciążenia. W pokonaniu ich pomaga stosowanie się do ogólnie obowiązujących granic i norm moralnych.

Należy pamiętać, iż praca z ofiarami i świadkami przemocy oraz zaniedbań wymaga siły wewnętrznej i zdecydowanej postawy moralnej. Zadaniem osoby pomagającej jest wejść w rolę świadka urazowej sytuacji i solidaryzować się z ofiarą. Zasady te wyrażają się nie w dawaniu dobrych rad i wyrażaniu poszkodowanego, lecz w uczciwym zobowiązaniu do mówienia prawdy, bez uników, upiększania i pocieszania. Pomoc powinna polegać na oświecaniu klienta, tak by on sam mógł nabrać dystansu i zobiektywizować swój uraz, a wtedy przestanie lękać się zemsty ze strony sprawcy przestępstwa lub zaniedbania.

Traumatyczne przeniesienie i ponowne ustanowienie granic

Kolejnym problemem w pracy osoby pomagającej jest traumatyczne przeniesienie. Przeżyte przez dziecko przerażenie zniekształciło w nim odpowiednie do sytuacji reagowanie na każdą osobę będącą w pozycji autorytetu. Zalękniony klient zachowuje się tak, jakby jego życie zależało

od tego, czy uda mu się zachować kontrolę nad osobą wspierającą. Często zagubiony nastolatek próbuje narzucić osobie pomagającej rolę wszechmocnego wybawcy i oczekuje od niego pełnej dyspozycyjności. Usiłuje kontrolować czas wolny terapeuty, nachodzi go w domu, telefonuje do niego, próbuje wysłać e-maile i sms-y. Interesuje się życiem rodzinnym terapeuty, jest zazdrosny o czas poświęcany innym dzieciom. Czasem nieletni klient próbuje nawet uwieść terapeutę. Wydaje mu się, iż nawiązanie relacji seksualnej stanowić będzie w tej sytuacji najbardziej przekonujący dowód o jego ważności i znaczeniu dla terapeuty. Kiedy okaże się, że terapeuta nie spełnia wymienionych wyżej oczekiwań i stawia jasne granice, wówczas klient wpada w gniew i koncentruje się na ukaraniu terapeuty. Rozczarowane dziecko wyobraża sobie wówczas, że skazuje osobę wspierającą na takie samo przerażenie i wstyd, jakich samo doświadczyło lub doświadcza na co dzień. Czasem nawet w odwecie za „zdradę” i niedyspozycyjność terapeuty próbuje stać się sprawcą przemocy: robi wyrzuty, obraża, ośmiesza, próbuje ugryźć, kopnąć lub uderzyć pomagającego. Bywa także, iż ofiara urazu, bazując na swoich poprzednich doświadczeniach z dorosłymi, szczegółowo analizuje każde słowo i każdy gest osoby pomagającej, próbując zabezpieczyć się przed oczekiwaną wrogością i zdradą. Nie wierzy w jej dobre intencje, niewłaściwie interpretuje jej słowa i postępowanie, co może doprowadzić terapeutę do zniechęcenia lub do złości i co najpewniej zakończy się jego zachowaniami obronnymi.

J. A. Kottler (2003) tak opisuje tę sytuację: „Zbuntowane dzieci odczuwają taki poziom złości i nienawiści, że są w stanie wywoływać podobne uczucia także i w nas. Często opuszczone lub zaniedbywane przez jednego lub oboje rodziców, wypełniają swoją najważniejszą misję: odebrać namiastkę zapłaty za doznane wyimaginowane (lub rzeczywiste) krzywdy. Ich zachowanie, jakkolwiek szorstkie i nieuprzejme, jest formą komunikacji – taką, jaka im najbardziej odpowiada”.

Aby bezpiecznie i bezkolizyjnie przetrwać ten trudny moment w trakcie tej sytuacji niezbędne jest ponowne ustanowienie granic. „Ludzie nie posiadający granic prowokują nas, abyśmy szczególnie uważnie strzegli naszych granic. W przeciwnym razie będziemy mieć wrazenie, że sami się gubimy.” (Grun i in. 2006). Nieasertywna postawa osoby pomagającej wobec nieletniego klienta może spowodować wyjątkowo trudną sytuację dla obojga, uniemożliwiającą rozwiązanie problemu. Nadgorliwość, czasem wręcz nachalność wspierającego lub lepkość emocjonalna, czy też pełna wrogości postawa wspieranego

dziecka powoduje, iż obie strony mają trudności w nawiązaniu prawidłowej relacji pomagania, co przyczynia się do powstawania u którejś ze stron albo wyuczonej bezradności, albo poczucia nadmiernej władzy i kontroli.

Uraz zastępczy

W sytuacji gdy dziecko jest ofiarą przemocy lub zaniedbań, a sprawcami są jego rodzice, zdarza się, że osoba wspierająca, stając się podczas relacji terapeutycznej świadkiem wydarzeń urazowych, nie daje sobie rady ze swoimi emocjami. Podczas procesu wspierania doświadcza tego samego przerażenia, rozpacz i bezradności, co ofiara. Zjawisko to nazywamy traumatycznym przeciwprzeniesieniem lub trafniej urazem zastępczym. Należy zatem pamiętać, że zbyt silne zaangażowanie w pracę z klientem niesie ze sobą pewne ryzyko dla zdrowia psychicznego samego terapeuty. Aby zapobiec tego typu przypadkom lub zminimalizować ich skutki, osoba wspierająca pracująca z nieletnimi ofiarami przemocy i zaniedbań musi dysponować stałym systemem wsparcia, który pomoże jej poradzić sobie z trudnymi reakcjami emocjonalnymi. Osoba pomagająca pracująca z ofiarą nie tylko cierpi na zastępcze objawy pourazowe, ale zmagają się również z podobnymi zaburzeniami w sferze relacji społecznych, gdyż nikt z zewnątrz nie rozumie przyczyn jej zachowania.

Czasem osoba wspierająca może zacząć obawiać się innych ludzi i okazywać nieufność nawet w związkach z bliskimi sobie osobami. Podzielane wespół z ofiarą poczucie bezradności powoduje, że zaczyna nie doceniać własnej wiedzy, umiejętności oraz nie dostrzegać zarówno swoich mocnych stron, jak i mocnych stron i zasobów swojego nieletniego klienta. W rezultacie takiej sytuacji osoba wspierająca traci wiarę w swoje podstawowe umiejętności, jakimi są: słuchanie podopiecznego i rozpoznawanie jego potrzeb i możliwości. Aby bronić się przed nieznośnym poczuciem bezsilności, niektóre osoby pomagające przyjmują postawę osoby wyjątkowej i wszechmocnej, próbując stać się obrońcą ofiary. Zaczynają traktować małoletniego klienta w wyjątkowy sposób, np.: wydłużając sesje terapeutyczne, zezwalając na kontakt telefoniczny poza godzinami pracy lub spotkania w czasie weekendów. Prowadzi to do coraz większej zależności klienta od terapeuty – nie służy jego zdrowieniu, a kończy się najczęściej wyczerpaniem pomagającego. Takie postępowanie

nie powoduje także, iż klient staje się niezdolny do samodzielnego działania, co tym bardziej nasila u niego objawy kryzysowe. W dziecku utrwała się poczucie bezradności i beznadziei, a to zdecydowanie obniża jego samoocenę i wiarę w możliwość rozwiązania problemu.

Konfluencja uczuć i emocji

Czasem, poza utożsamianiem się z bezradnością nieletniej ofiary, osoba wspierająca identyfikuje się: z jej gniewem skierowanym przeciwko sprawcy lub świadkom zdarzenia, albo z jej głębokim smutkiem. W każdym z tych przypadków reakcja przeniesienia prowadzi do takich działań osoby pomagającej (agresywnych lub zaniechania), które dziecko osłabiają. Konfluencja u osoby pomagającej powoduje, iż wchłania ona nie swoje uczucia i nie jest w stanie zachować dystansu do tego, co porusza klienta, a co za tym idzie, nie może służyć swojemu podopiecznemu jako lustro. Jej niepokój i poruszenie udziela się małodzieci klientowi, co prowadzi do braku przejrzystości w relacji i uzależnienia. Obie strony uzależniają się od siebie wzajemnie, nie może więc być mowy o wsparciu i pomocy. Osoba pomagająca okazuje bezgraniczne wsparcie, bo sama go ogromnie potrzebuje – nie jest już w stanie poradzić sobie z trudnymi emocjami, których doświadczyła na skutek kontaktu ze skrzywdzonym dzieckiem. Bywa i tak, że nieletni klient opowie wszystko o sobie, po czym – na skutek obaw o rozedrganego pomagającego oraz wstydu i potrzeby zachowania kontroli nad sytuacją – próbuje odwrócić role i chce odgrywać terapeute.

Przeżywanie trudnych uczuć i emocji w kontakcie z dzieckiem, które tkwi sztywno w rolach wyniesionych ze środowiska rodzinnego

Czasem przykre emocje targają osobą pomagającą podczas kontaktu z dzieckiem, które mocno tkwi w roli wyznaczonej przez swoją dysfunkcyjną rodzinę. Trudna do przezwyciężenia sztywność i powtarzalność zachowań podopiecznego, może spowodować, iż osoba wspierająca zderzy się ze swoimi ciemnymi stronami. Powstaje wtedy bardzo niebezpieczna sytuacja, bowiem z reguły własnych ciemnych stron nie

dostrzegamy świadomie. Tak więc osoba wspierająca, którą irytuje brak sukcesu w terapii i bezradność klienta, zaczyna utożsamiać się z dysfunkcyjnym rodzicem lub innym prześladowcą, co wywołuje w niej przerażenie. Wydarzenie to podważa jej tożsamość jako kompetentnego pomagającego i osoby opiekuńczej. Jest to bardzo traumatyczne doświadczenie, gdyż kontakt z ofiarą przemocy lub zaniedbania zmusza osobę wspierającą do zmierzenia się z własną zdolnością do czynienia zła, szczególnie gdy znajduje ona w poszkodowanym jakąś swoją wadę, z którą trudno jest jej się pogodzić.

Utożsamianie się z sytuacją podopiecznego

Szczególny rodzaj nadgorliwości i nadopiekuńczości wobec nieletnich klientów wykazują te osoby wspierające, które wyniosły ze swego dzieciństwa podobne doświadczenia lub te, które mają bliskie cechom swoich podopiecznych składniki osobowości (zbytne utożsamianie się z sytuacją podopiecznego). Wspierając skrzywdzone dziecko doświadczają raz jeszcze dawnych przeżyć, co znacznie zaburza im możliwość dokonania obiektywnej analizy sytuacji swego podopiecznego i uniemożliwia stworzenie adekwatnego programu pomocy. Empatia osoby pomagającej grozi w tym wypadku stosowaniem tylko jednej, znanej z przeszłości pomagającego, strategii pomocowej i ubezwłasnowolniającym „zagłaskaniem” klienta. Osoba pomagająca w takiej sytuacji ogranicza lub nawet hamuje, zamiast wspomagać rozwój swojego nieletniego podopiecznego.

Wypalenie zawodowe

Nie radząc, a czasem nawet nie próbując sobie poradzić, z wcześniej wymienionymi trudnościami w wykonywanym zawodzie, osoby wspierające narażają się na coraz większe problemy emocjonalne i zdrowotne, często wymagające interwencji innego specjalisty. Nie dbając o siebie i pracując w tak dużym obciążeniu, osoby pomagające stają się coraz bardziej podatne na wypalenie zawodowe, które objawia się: rutynowym wykonywaniem swoich obowiązków, przedmiotowym traktowaniem podopiecznych, znużeniem i zniechęceniem, słabą aktywnością i niską efektywnością pomocowych oddziaływań. Nie trzeba

chyba podkreślać, że pracując w taki sposób, pomagający działa nie tylko na swoją niekorzyść, ale i na szkodę swojego klienta, jego rodziny i najbliższego otoczenia społecznego.

Aby zapobiec tego typu sytuacjom, dla bezpieczeństwa obu stron należy zawsze stosować, struktury ochronne:

- uzgodnione w kontrakcie terapeutycznym lub socjalnym cele, zasady i granice,
- system wsparcia dla prowadzącego, w tym praca pod superwizją.

„Podobnie jak żaden poszkodowany nie może sam wrócić do zdrowia, tak i żaden terapeuta nie może pracować sam z ofiarami urazu” (Herman, 2002). Osoba wspierająca musi rozumieć, że istnieją granice nawet w udzielaniu konkretnej pomocy i odpowiednio zadbać o siebie i o swojego niepełnoletniego i niedojrzałego klienta.

D. Becelewska (2005) zaleca osobom pomagającym stosowanie się do następujących **zasad postępowania**:

- „pomagaj innym, ale nie angażuj się bez reszty w ich sprawy: „oni to oni, a ty – to ty”,
- pamiętaj, że masz także własne życie pozapomocowe; realizuj się nie tylko w działaniach na rzecz innych – bo może oni tego, aż tak, od ciebie nie oczekują,
- wychodź z pomocą, ale nie narzucaj jej innym,
- bądź asertywny, zadbaj także o siebie, ty też jesteś osobą wymagającą własnej troski i pomocy.”

Warto dodać do tej listy jeszcze jedną radę:

- pamiętaj o tym, że często większe efekty, jeśli chodzi o rozwiązanie trudnej sytuacji dziecka, przynosi praca z jego rodzicami niż z nim samym.

Bibliografia

- Becelewska D. (2005), *Wsparcie emocjonalne w pracy socjalnej*, Biblioteka Pracownika Socjalnego BPS, Katowice.
- Grun A., Rabben R. (2006), *Ustalać granice-szanować granice*, Jedność Herder, Kielce.
- Herman J.L. (2002), *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*, GWP, Gdańsk.
- Kottler J.A. (2003), *Opór w psychoterapii. Jak pracować z trudnym klientem?*, GWP, Gdańsk.

Sęk H.(1993), *Spółeczna psychologia kliniczna*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

Psychological problems of people helping children and young people

Summary. The aim of the present paper is to introduce psychological problems experienced by people involved in helping children and young people due to their work. Observations described here are based on experiences of support group members representing various professions that were helping young people as part of the Program for Prevention and Solving Alcohol Problems in Nakło nad Notecią district 1992-2004. These observations concern following problems: toxic involvement in young client problems; experiencing difficult emotions when getting in touch with a child stiffly playing role learned at home; traumatic transference; problems setting limits; countertransference; identifying oneself too much with the clients situation; burnout. In the paper there are also rules of conduct preventing psychological problems being experienced by people helping children.

O autorach

Bobrowski Krzysztof, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, asystent w Zakładzie Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego, psycholog. Zainteresowania naukowe: profilaktyka problemów dzieci i młodzieży, ewaluacja programów profilaktycznych, szkolne działania interwencyjne, zdrowie psychiczne młodzieży.

Borucka Anna, asystent w Zakładzie Psychologii i Promocji Zdrowia Psychicznego Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, psycholog. Zainteresowania naukowe: profilaktyka problemów dzieci i młodzieży, ewaluacja programów profilaktycznych, szkolne działania interwencyjne, zdrowie psychiczne młodzieży.

Boryszewska Jolanta, absolwentka Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego; obecnie prodziekan Wydziału Pielęgniarskiego Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży; przez kilkanaście lat pełniła rolę pedagoga szkolnego w I liceum Ogólnokształcącym w Łomży. W chwili obecnej nadal ściśle z nim współpracuje. Jest od niedawna wiceprezesem Stowarzyszenia Na Rzecz Uzdolnionych Ziemi Łomżyńskiej. Zainteresowania skupiają się w obszarze poszukiwań uwarunkowań pełnego wykorzystania potencjału uczniów.

Boulé Christophe, licencjat w Instytucie Pedagogiki Opiekuńczej Uniwersytetu we Fryburgu, magisterium na Uniwersytecie w Genewie (Wydział Psychologii i Nauk o Edukacji). Od siedmiu lat specjalizuje się w problemach dotyczących adolescentów i adolescentów z trudnościami. Od 1991 roku wykładowca Wyższej Szkoły Valezyjskiej w Szwajcarii na Wydziale Pracy Socjalnej. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół tożsamości i socjalizacji adolescentów, pracy i współpracy z rodziną na bazie podejścia i interwencji systemowej.

Cichosz Mariusz, pracuje na stanowisku adiunkta w Katedrze Pedagogiki Społecznej na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Jest pedagogiem społecznym i głównie z tą problematyką związane są jego prace i badania – jest autorem między innymi kilku prac zwartych, poświęconych zagadnieniu rozwoju polskiej pedagogiki społecznej – jej podstaw w zakresie metodologii, aksjologii, jak również szeroko przyjmowanych i wykorzystywanych teorii. Autor w swoich badaniach przyjmuje ogólnoracjonalny i krytyczny punkt widzenia, właściwy klasycznie pojętej – ogólnej metodologii nauk.

Deptuła Maria, doktor hab. prof. nadzw. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, kierownik Zakładu Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną, trener rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Autorka książek poświęconych diagnozie i wspomaganiu rozwoju psychospołecznego dzieci. Redaktorka prac poświęconych problemom diagnostyki pedagogicznej i profilaktyki. Zainteresowania naukowe: diagnostyka pedagogiczna, profilaktyka adresowana do całej populacji dzieci i młodzieży (uniwersalna) oraz profilaktyka adresowana do grup zwiększonego i wysokiego ryzyka, pomiar skuteczności oddziaływań wychowawczo-profilaktycznych.

Dragan Magdalena, doktorantka Uniwersytetu Wrocławskiego; absolwentka pedagogiki – poradnictwa Uniwersytetu Wrocławskiego; trener Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, psychoterapeutka – absolwentka Szkoły Psychoterapii przy Krakowskim Centrum Psychodynamicznym, zaangażowana społecznie w pracę Stowarzyszenia Psychoedukacji i Terapii „Evolotio”. Obecnie w pracy badawczej interesuje się rozwijaniem kompetencji społecznych studentów i rolą uczelni w ich kształtowaniu. Kontakt: magda.dragan@wp.pl

Frąszczak Bogna, socjolog, absolwentka Szkoły Pracy z Grupą Dziecięcą i Młodzieżową Polskiego Instytutu Terapii Gestalt w Krakowie oraz Specjalnego Studium Socjoterapii dla Osób Pracujących z Dziećmi ze Środowisk Zagrożonych Alkoholizmem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego i Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Jest również specjalistą w zakresie pracy socjalnej i organizacji pomocy społecznej oraz trenerem programu profilaktyczno-wychowawczego „Spójrz Inaczej. W latach 1994-2001 kierowała Świetlicą Terapeutyczną w Nakle nad Notecią.

Jolanta Jarczyńska, pedagog, doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego. Ukończyła Podyplomowe Studium Profilaktyki i Socjoterapii oraz Szkołę Trenerów Psychologicznego Treningu Grupowego. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół teorii i praktyki profilaktyki pierwszorzędowej, szczególnie zaś wokół środowiskowych czynników ryzyka i czynników chroniących oraz rodzinnych uwarunkowań zjawiska używania środków psychoaktywnych przez młodzież szkolną oraz młodych dorosłych.

Jarosław Ewa, pedagog społeczny, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Społecznej Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego. Kierunki zainteresowań badawczych i naukowych koncentruje na problemach przemocy wobec dzieci w rodzinie oraz profilaktyki zjawiska w środowisku lokalnym i ogólnospołecznym, a także na problemach współczesnej diagnostyki psychopedagogicznej realizowanej w różnych obszarach: dziecka, rodziny, środowiska lokalnego.

Junik Wioletta, doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, trener rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół teorii i praktyki profilaktyki społecznej, zwłaszcza profilaktyki drugorzędowej adresowanej do grup ryzyka, oraz wokół problematyki badania skuteczności oddziaływań profilaktycznych.

Klesińska Marta, absolwentka Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, kierunek: Pedagogika, specjalność: opiekuńczo-wychowawcza. Obecnie studentka Studiów Doktoranckich na Wydziale Pedagogiki i Psychologii UKW.

Karasowska Aleksandra, psycholog, licencjonowany trener PTP, konsultant Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, pracownik dydaktyczny SWPS. Przez kilkanaście lat prowadziła terapię dla rodzin alkoholowych, dzieci, młodzieży i rodziców. Prowadzi szkolenia i konsultacje dla szkół, ośrodków pomocy społecznej, poradni, domów dziecka. Pełni obowiązki zastępcy dyrektora w Ognisku Wychowawczym im. Kazimierza Lisieckiego „Dziadka” w Gdyni.

Krawczyk-Bocian Amelia, pedagog, doktor nauk pedagogicznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Ogólnej i Porównawczej Instytutu Pedagogiki na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół metodologii badań jakościowych (narracje, biografie, studia przypadków) oraz przeżyć i doświadczeń młodych dorosłych.

Kwiatkowski Piotr, doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego i w Instytucie Pedagogiki Specjalnej Dolnośląskiej Szkoły Wyższej Edukacji TWP we Wrocławiu. Prowadzi badania nad zjawiskami stresu i wypalenia zawodowego w pracy wychowawczej, postaw młodzieży wobec przemocy i eksperymentowania z narkotykami, postaw nieletnich w zakładach poprawczych wobec resocjalizacji. Specjalizuje się w zagadnieniach metodologii badań ilościowych i konstrukcji testów. Prywatnie – zamiłowanie do starych aut terenowych i jazdy po werstepach.

Lorenz Susanne, wykładowca w Wyższej Szkole Valezyjskiej w Sion w Szwajcarii na wydziale Pracy Socjalnej od 1998 roku. Po uzyskaniu magisterium w zakresie Nauk o Edukacji (Uniwersytet w Genewie) i studiów podyplomowych w zakresie Kryminologii (Uniwersytet w Lozannie) pracowała wiele lat w zakładach karnych i przychodni z osobami uzależnionymi od narkotyków. Autorka i kierownik wielu badań, które dotyczyły trajektorii życia młodych dorosłych z trudnościami oraz osób dopuszczających się przemocy w związkach małżeńskich i rodzinach.

Marzec-Trasińska Anna, doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Zakładzie Teorii Wychowania UMCS w Lublinie. Zainteresowania naukowe: profilaktyka uzależnień, zagrożenia rozwoju dzieci i młodzieży w środowisku rodzinnym, psychospołeczne aspekty funkcjonowania dzieci i młodzieży z rodzin bezrobotnych, rodzinne uwarunkowania zażywania środków odurzających przez młodzież, szkolne programy profilaktyki zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży, czynniki warunkujące skuteczność oddziaływań wychowawczych rodziców i nauczycieli.

Ostaszewski Krzysztof, doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M” w Zakładzie Psychologii i Promocji

Zdrowia Psychicznego. Autor kilkudziesięciu artykułów poruszających zagadnienia profilaktyki oraz ewaluacji programów profilaktycznych. Stypendysta Fogarty International Substance Abuse Research Training Program realizowanego we współpracy z Uniwersytetem Michigan (USA).

Oleksy Beata, absolwentka pedagogiki i doktorantka na Uniwersytecie Wrocławskim. Ukończyła Studium Socjoterapii i Psychoterapii Młodzieży oraz Szkołę Psychoterapii przy Krakowskim Centrum Psychodynamicznym. Trener warsztatu umiejętności psychospołecznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Pracę naukową łączy z pracą zawodową. Obecnie zajmuje się problematyką bezdomności. Kontakt: oliveira7@go2.pl

Pituła Beata, pedagog, adiunkt w Zakładzie Pedagogiki i Zarządzania Oświatą Uniwersytetu Śląskiego. W kręgu zainteresowań badawczych znajdują się głównie problemy adekwatności kompetencji nauczycielskich w stosunku do potrzeb dzieci i młodzieży. Od kilkunastu lat pracuje z dziećmi i młodzieżą przejawiającą różnego rodzaju zaburzenia w zachowaniu.

Poćwiardowska Blanka, pedagog, pracuje jako asystent w Zakładzie Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego. Prowadzi konwersatoria z przedmiotów: diagnostyka pedagogiczna, diagnoza warunków rozwoju dziecka, trening umiejętności terapeutyczno-wychowawczych, studium indywidualnego przypadku w pracy pedagoga. Absolwentka Szkoły Trenerów Psychologicznego Treningu Grupowego. Jej zainteresowania naukowe skupiają się wokół kompetencji wychowawczych rodziców dzieci w wieku przedszkolnym.

Sawicka Katarzyna absolwentka Wydziału Psychologii i Pedagogiki Uniwersytetu Warszawskiego, doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki. Pracownik dydaktyczny Instytutu Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW. Kierownik Ośrodka Socjoterapii IPSiR. Kierownik Podyplomowego Studium Terapii i Treningu Grupowego IPSiR we współpracy z Polskim Towarzystwem Psychologicznym [www.studiumterapii.uw.edu.pl]. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół teorii i praktyki resocjalizacji nieletnich oraz podstaw teoretycznych różnych form pomocy psychologicznej dzieciom i młodzieży.

Tomczak Elżbieta, magister psychologii wychowawczej, dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej we Wrześni. Instruktor pro-

gramów profilaktycznych, organizator zajęć socjoterapeutycznych i kolonii z programem socjoterapeutycznym, lider zewnętrzny w zakresie konstruowania i ewaluacji szkolnych programów profilaktyki. Absolwentka Szkoły Trenerów Psychologicznego Treningu Grupowego. Doświadczenie w pracy edukacyjnej z dorosłymi, w pracy terapeutycznej z uzależnionymi, diagnozie i terapii dzieci i młodzieży z trudnościami w nauce, z zaburzeniami zachowania, z autyzmem, upośledzonych umysłowo. Współpracownik Pracowni Testów Psychologicznych w Warszawie (od 1996 roku). Posiada rekomendacje PTP jako konsultant w zakresie stosowania i interpretacji Testów: DMI-2 A. Matczak i Rysunkowego Testu Myślenia Twórczego K. Urbana i H. Jelena. Autor Arkusza analitycznego do Testu Rysunek Drzewa Ch. Kocha.

Wiewióra Elżbieta, pedagog, wicedyrektor Szkoły Podstawowej nr 63 w Bydgoszczy, wykładowca w Kujawsko-Pomorskiej Szkole Wyższej w Bydgoszczy, trener Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w zakresie warsztatu psychoedukacyjnego, trener Akademii Komeńskiego działającej w strukturach Fundacji Rozwoju Dzieci im. J.A. Komeńskiego, edukator oraz animator Polskiego Stowarzyszenia Pedagogów i Animatorów „Klanza”. Interesuje się problematyką kształcenia i doskonalenia nauczycieli oraz diagnozą i terapią dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi.

Wysocka Ewa, doktor, pedagog resocjalizacyjny i psycholog, pracownik naukowy Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach (e-mail: wysocka@hot.pl). Autorka ponad 130 artykułów i 4 książek („*Młodość a religia. Społeczny wymiar religijności młodzieży*”, UŚ, Katowice 2000, „*Religijność a tolerancja. Obszary zależności*”, Nomos, Kraków 2000, *Problemy i zagrożenia we współczesnym świecie. Elementy patologii społecznej i kryminologii*, Śląsk, Katowice 2001 – współautor A. Nowak, „*Diagnoza psychopedagogiczna. Podstawowe problemy i rozwiązania*”, Żak, Warszawa 2006 – współautor E. Jarosz). Główny przedmiot zainteresowań: problemy młodzieży i diagnostyki psychopedagogicznej.

Zabłocka Małgorzata, doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, adiunkt w Zakładzie Pedagogiki Opiekuńczej z Profilaktyką Społeczną na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Ukończyła Szkołę Trenerów Psychologicznego Treningu Grupowego. Jej zainteresowania naukowe dotyczą diagnozy i profilaktyki zaburzeń zwłaszcza w postaci bierności społecznej, lęku społecznego i nieśmiałości.

Mirosława Żmudzka, doktor nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki, starszy wykładowca w Kujawsko-Pomorskiej Szkole Wyższej w Bydgoszczy. Zainteresowania badawcze: psychodydaktyczne i społeczne uwarunkowania procesu kształcenia w kontekście integracji, przygotowanie nauczycieli do pracy w warunkach zmiany społecznej.