

**IRENA BUDREWICZ**  
WSP w Bydgoszczy

## **NIEPRZYSTOSOWANIE SPOŁECZNE W ŚWIETLE DIAGNOZY BEHAVIORALNEJ**

### **1. Założenia teoretyczne**

Zakładamy, że istota nieprzystosowania społecznego manifestuje się w aktywności (zachowaniach) odbiegającej od normy. Są to zachowania, które dominują u danej jednostki i mają charakter względnie trwałe. Ze względu na swój aspołeczny charakter zaliczane są do negatywnych. W zakresie zachowania są to takie jednostki, które częściej niż inni członkowie grup społecznych, wyrażają pogardę zasadom współżycia społecznego. Są to osoby łamiące normy prawne i moralne, obyczajowe, nie liczą się ze szkodliwością tych zachowań, które mogą być antagonistyczno—destrukcyjne. Z punktu widzenia teorii behawioralnej istotne są takie zachowania antagonistyczne w stosunku do norm i także o charakterze destrukcyjnym, które są manifestowane i obserwowane zewnętrznie, oraz odczuwane przez innych członków grup społecznych. W koncepcji tej — jak wiadomo — zasadniczą kategorią braną pod uwagę są swoiste reakcje jednostki na bodźce czyli zachowania o szczególnym, patologicznym charakterze. Jednostka bowiem jest na tyle patologiczna na ile patologiczny charakter mają zachowania manifestujące ten stan. Zdajemy sobie sprawę, że podejście behawiorystyczne, które jest przydatne do opisu zachowań ludzkich mających miejsce w różnych sytuacjach życiowych, a głównie w interakcjach społecznych, przez zaniechanie brania pod uwagę roli procesów poznawczych i emocjonalnych w sterowaniu ludzkim postępowaniem, nie pozwala na pełną analizę tego procesu i z tego powodu ma charakter trochę ograniczony. Uwaga ta dotyczy także różnych teorii procesu uczenia się. Zatem z punktu widzenia tych założeń zbędne jest analizowanie przeszłości jednostki, jej historii, a nadto nie ma potrzeby określenia innych struktur regulacyjnych tykich np. jak rola procesów poznawczych, emocjonalnych. Jakie są zatem zalety i wady behawiorystycznego podejścia w programowaniu diagnozy behawioralnej w odniesieniu do nieprzystosowanych społecznie? Można wyrazić zapatrywanie, że system ten w sposób możliwie obiektywny (choć są autorzy podnoszący dyskusyjność tego ujęcia) pozwala na opisywanie tego, co w manifestowanych reakcjach, zachowaniach dzieje się na zewnątrz bez rejestrowania tego, co dzieje się „wewnątrz” osób nieprzystosowanych społecznie przejawiających zachowania odbiegające od przyjmowanej przez krąg kulturowy normy. Jak wiadomo — badacz takich procesów o takiej orientacji stara się nie uwzględniać procesów psychicznych, ignoruje je lub uwzględnia w niedostateczny sposób. Wiemy bowiem z wyników badań psychologii ogólnej, jak i psychologii społecznej, że niedoceniając w analizach zachowań ludzkich procesów i zjawisk psychicznych, a głównie zaś procesów poznawczych, uniemożliwia pełne zrozumienie prawidłowości rządzących tymi zachowaniami. Może to czasem doprowadzić do całkowicie błędnych wniosków. Zdając sobie w pełni z tego sprawę zakładamy, że dla modelu diagnozy behawioralnej — w odniesieniu do nieprzystosowania społecznego jako określonego zbioru zachowań patologicznych (dewiacyjnych) podstawową zależnością, można rzec — jedyną, ważną zależnością, która ma być podstawą diagnozy i resocjalizacji, jest związek pomiędzy manifestowanym zachowaniem dewiacyjnym a bodźcem, który stymuluje tę reakcję. Zatem należałoby powołać się na powszechnie znane stanowisko teorii behawioralnych, wedle którego zachowanie patologiczne jest funkcją działających na jednostkę bodźców.

Można np. powiedzieć; zachowanie przestępcze jest zachowaniem wyuczonym. Na tej zasadzie oparte są niektóre socjologiczne koncepcje etiologii kryminalnej w kryminologii. W stanowisku tym przyjmuje się, że przyswajanie sobie i utrwalanie zachowań dewiacyjnych, w tym przestępczych, odbywa się w toku uczenia się społecznego i podlega takim samym prawom warunkowania klasycznego oraz instrumentalnego jak i wszelkie inne zachowania ludzkie pozostające w normie czyli pozostające w zgodzie z oczekiwaniami prospołecznymi. Psychologiczna teoria uczenia się jest podobnie dobra dla wyjaśnienia zachowania dewiacyjnego jak każda inna teoria odwołująca się do dorobku badawczego, badań eksperymentalnych bądź laboratoryjnych ukazujących ilościowe zależności między zachowaniami i ich determinantami. Można sądzić, wychodząc z założeń teorii uczenia się zachowań dewiacyjnych, że niekonieczna jest do tego znajomość mechanizmów regulujących zachowania, gdy ich istnienia się nie zakłada, tak jak w naszym przypadku omawiania diagnozy behawioralnej, której wyniki są tak bardzo potrzebne w procesie wychowania resocjalizującego. Wzmocniając argumentację warto w tym miejscu zaznaczyć, że w świetle teorii uczenia się resocjalizacja jest procesem polegającym na ponownej socjalizacji, a to w celu doprowadzenia do zmian osobowościowych czyli takich zmian, które polegają na kształtowaniu reakcji (zachowań) ludzkich zgodnie z pożądanymi, oczekiwanymi, prospołecznymi wzorcami w zmieniających się warunkach czyli w zmieniających się strukturach bodźcowych, w które „wtopiona” jest jednostka. Owe struktury bodźcowe jako zewnętrzne w stosunku do podmiotu, stanowią czynniki manipulowania w procesie resocjalizacji w celu uzyskania modyfikacji zachowania osoby nieprzystosowanej społecznie. Istotą tej modyfikacji zgodnie z uprzednio wysuniętym celem jest z jednej strony eliminacja (przez zapomnienie lub wygaszanie) zachowań np. antagonistyczno—destruktywnych. Jest zupełnie oczywiste, że przy takich założeniach, a szczególnie modyfikacji zachowań sprzecznych z oczekiwanym wzorem zachowań bądź normą, niezbędna jest znajomość tych wszystkich czynników sprawczych, na które żywo reaguje osoba nieprzystosowana społecznie, osoba następnie resocjalizowana. W diagnozie behawioralnej zakłada się wykrycie tych czynników sprawczych bowiem znajomość zakresu manipulowalności i plastyczności zachowań jednostki, osoby resocjalizowanej, może być poddana odpowiedniemu treningowi społecznemu. Trening taki może powstrzymać zachowania niepożądane społecznie, przy czym owo powstrzymywanie się może nabrać cechy wględnej stałości.

## 2. Założenia związane z propozycjami diagnostycznymi

Wychodząc z założeń behawioralnych ważna jest konstatacja, że przedmiotem diagnozy są zachowania osób nieprzystosowanych społecznie, wymagających oddziaływań w wychowaniu resocjalizującym, manifestujących się jako zachowania świadczące o łamaniu przez taką jednostkę zasad współżycia społecznego, czyli obowiązujących norm prawnych i moralnych, standardów obyczajowych, a więc takich, które przynoszą szkody jej samej lub innym członkom tej samej lub bliskiej grupy społecznej.

Tak sformułowany przedmiot diagnozy określa tym samym jej zakres. Zakres tej diagnozy winien zatem ograniczać się jedynie do badania związków między obserwowalnymi a zarazem obserwowanymi przez diagnozę bodźcami czy też całymi syndromami bodźców działających na jednostkę nieprzystosowaną społecznie a jej zauważalnymi reakcjami.

Sposób sformułowania przedmiotu i zakresu diagnozy (diagnozy behawioralnej) pozwala zatem również określić jej cel. Tym podstawowym celem postępowania diagnostycznego w odniesieniu do osób nieprzystosowanych społecznie, prowadzonego w nawiązaniu do zadań procesu resocjalizacyjnego bądź równoległe do tego procesu, jest wykrywanie tych wszystkich

zmiennych niezależnych, które mają charakter determinant wywierających faktyczny wpływ na zachowanie ludzi. Realizacja takiego celu diagnostycznego stanowi niezbędną podstawę dokonywania selekcji czynników (zmiennych niezależnych) z uwzględnieniem ich przydatności w procesie celowego i zaplanowanego zmieniania zachowania jednostki w kierunku zamierzonym przez inicjatorów diagnozy i osób resocjalizujących.

Te założenia wpływają na określenie sposobów, technik i metod diagnozowania. Przyjmujemy, że optymalną metodą diagnozowania jest bezpośrednia obserwacja aktualnego zachowania się osoby nieprzystosowanej społecznie, jej szczególnych symptomów występujących w różnych typowych i bardziej specyficznych sytuacjach, w tym sytuacjach trudnych, sytuacjach zadaniowych prostych i bardziej skomplikowanych, sytuacjach interakcyjnych itp. Nie wnikamy obecnie w typy czy rodzaje obserwacji a więc np. nie rozstrzygamy, czy winna to być obserwacja jawna, ukryta, bezpośrednia, pośrednia itp., bowiem zakładamy, że w odniesieniu do wyboru zastosowanego rodzaju obserwacji zachowania należy diagnoście pozostawić możliwość wyboru najbardziej jego zdaniem – optymalnej obserwacji. Przy jej doborze w organizacji i planie całego postępowania diagnostycznego istotną rolę winno odgrywać doświadczenie zawodowe resocjalizatora – diagnosty.

Wyniki obserwacji diagnosta zamieszcza w sporządzonym protokole czy sprawozdaniu. Podlegają one wnikliwej analizie, która ukierunkowana jest na wykrycie związków przyczynowych „bodziec – reakcja” w ogólnym syndromie zachowania dewiacyjnego w tym przestępczego, pozaprzestępczego bądź innego zachowania antagonistyczno–destruktywnego. Istnieje tak duża ilość sposobów i technik stosowanych w procedurze diagnozowania, że trudno byłoby je przytaczać i opisywać w skrócie i dlatego można ogólnie tylko zalecić te wszystkie techniki badawcze, które pozwalają optymalnie i obiektywnie oraz rzetelnie i trafnie opisywać zachowania ludzi nieprzystosowanych społecznie wraz z wszystkimi jego aspektami. Podejście takie nazwaliśmy „behawioralnym”, w którym najwyższe przecież preferencje zyskują techniki psychometryczne, których sposób stosowania cechuje właściwość ich ciągłości bądź stosowania co pewien czas. Chodzi bowiem zarówno o diagnozę wstępną dokonywaną przed rozpoczęciem procesu wychowania resocjalizującego, jak i ocenianie zakresu i jakości zmian, w zachowaniu jednostki pod wpływem tego wychowania. Są to przede wszystkim oceny utilitytarne zmierzające do wykrywania i mierzenia określonego, ewentualnego dystansu pomiędzy zakładanym „modelem zachowania się zgodnego z oczekiwaniami” czyli modelu opartego na akceptowanym ideale usocjalizowania i rzeczywistymi, dostępnymi dla obserwacji zachowaniami jednostki resocjalizowanej. Zatem dla diagnosty o przyjętej tu orientacji, orientacji behawioralnej, nie jest najważniejsza aksjologiczna podstawa „modelu zachowania zgodnego z oczekiwaniami” np. prawno–moralna lecz „model zachowania pożądanego” – jak to określa L. Pytka – przez decydenta, na którego usługach jest diagnosta<sup>1</sup>.

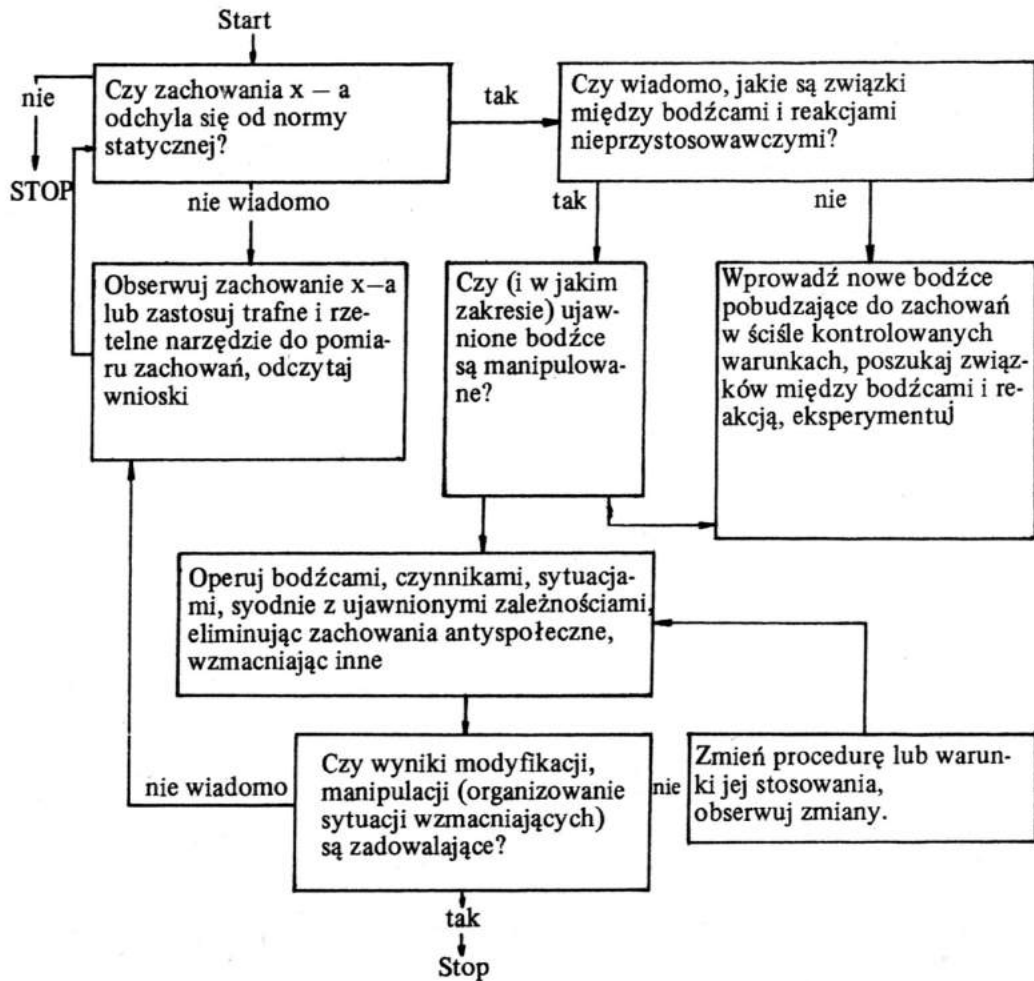
Można zgodzić się z tym autorem, że w diagnozie typu behawioralnego występują oceny skuteczności i sprawności dotychczasowych zabiegów wychowawczych bądź w toku resocjalizacji bądź w pomiarze jej indywidualnych skutków<sup>2</sup>.

Autor ten w omawianym modelu diagnozy behawioralnej nie przewiduje oddzielnych i rozbudowanych programów resocjalizacji nieprzystosowanych społecznie, opracowywanych od razu w pierwszej fazie oddziaływań resocjalizujących. Jest on zdania, że takie programy, ustalone na cały okres resocjalizowania tych jednostek jest o tyle niepożądane, że nie mogą one zawierać w swej treści wszystkich, możliwych do przewidzenia sytuacji wraz z całą strukturą bodźcową, ze względu na którą osoby nieprzystosowane przejawiają kierunek własnych zachowań. Stąd postuluje on formułowanie tych programów na ściśle określony czas, aby w toku codziennych oddziaływań w następstwie napływu nowych informacji, można go modyfikować. Zatem postuluje tworzenie modelu diagnozy o właściwościach elastycznych, otwartych

na nowe informacje, które każdorazowo winny wchodzić do zakresu diagnozy i być jej przedmiotem i celem. Na ogół projekty behawioralne koncentrują się głównie na:

- ujawnionych u osoby nieprzystosowanej będącej przedmiotem diagnozy sferach wrażliwości na manipulację behawioralną,
- na środkach efektywnie prowadzących do przewidywanych w planach resocjalizujących modyfikacji zachowań.

W każdym diagnozowaniu podstawowym kryterium adekwatności diagnozy jest rzeczywiste, empirycznie sprawdzalne ustalenie tych wszystkich właściwości osoby diagnozowanej, by uzyskać rozpoznanie w zamierzonym zakresie. Np. w przypadku popełnienia przestępstwa przez osobę nieprzystosowaną społecznie efektem będzie takie manipulowanie resocjalizacyjne by uzyskać postęp, którym, w naszym przypadku, będzie brak powrotności do przestępstwa przez pewien określony czas. Jest to możliwe pod warunkiem, że diagnoza odpowie nam na pytanie: jakiego rodzaju zmienne niezależne wywierają wpływ na zachowanie przestępcze danej jednostki i na jakie sfery wrażliwości potencjalnego przestępcy te zmienne wywierają wpływ.



Behawioralne stanowisko w sprawie modelu diagnozy musi zakładać ciągłość procesu diagnozowania, a przy tym musi zakładać równoczesne, a może równoległe oddziaływania terapeutyczne, opiekuńcze czy profilaktyczne. Elastyczność takiego modelu zakłada wielokrotność jego korygowania, a w szczególności korygowania działań zarówno diagnostycznych jak i resocjalizacyjnych, aż do osiągnięcia nadrzędnego, praktycznego celu jakim jest osiągnięcie zadawalającego rezultatu wychowawczego.

Obecnie istniejące i praktycznie funkcjonujące systemy diagnozy behawioralnej wiążą się nierozłącznie z systemem resocjalizacji behawioralnej, które opisane są w literaturze (np. przez K. Pospiszyl i E. Żabczyńską). Zdaniem tych autorów wychowawca resocjalizacyjny powinien pełnić podwójną rolę, a mianowicie, funkcję diagnosty i terapeuty.

Warto w tym miejscu przypomnieć tak zwany „blokowy schemat diagnozy behawioralnej” za L. Pytką<sup>3</sup>.

Przykładów ilustrujących założenia teoretyczne teorii nieprzystosowania, terapii i diagnozy w literaturze jest coraz więcej. Oto jeden z nich, który podaje za W.J. Paluchowskim<sup>4</sup> dotyczącym modelu behawioralnego. Podajemy w celu konkretyzacji poniższe tezy

1. Zachowania normalne i patologiczne podporządkowane są tym samym prawom uczenia się. A zatem zachowań prowadzących w konsekwencji do nieprzystosowania uczymy się w taki sam sposób, jak pozostałych zachowań.
2. Techniki terapeutyczne powinny być dobierane ze względu na prawa teorii uczenia się również względem osób zachowujących się w sposób prowadzący do nieprzystosowania społecznego.
3. Celem terapii jest modyfikacja sprawdzalnych w obserwacji indywidualnych zachowań, które są dewiacyjne, przy czym przedmiotem zainteresowania terapeuty są aktualne formy zachowania się, a jego postępowanie jest procedurą eksperymentalną, w której terapeuta bada skuteczność terapii.
4. Diagnoza winna obejmować przede wszystkim te właściwości jednostki i jej sytuacji zewnętrznej, które mogą być wykorzystane bezpośrednio w terapii. W. J. Paluchowski wyraża pogląd, że przy terapii opartej na klasycznym warunkowaniu instrumentalnym diagnoza winna koncentrować się na tych zachowaniach pacjenta, które wprost angażują jego otoczenie.

Wracając po tych uwagach do przedstawionego „blokowego schematu diagnozy behawioralnej” należy zwrócić uwagę na kilka kwestii, które – moim zdaniem – są istotne z punktu widzenia poprawności postępowania diagnosty i terapeuty. Przede wszystkim model ten sugeruje ciągłość procesu diagnozowania w procesie resocjalizacji. W modelu tym – jak widać – występują określenia – „nie wiadomo” jako odpowiedzi na pytania zawarte w bloku diagnostycznym. Te określenia dla diagnosty oznaczają, że nie ma on dostatecznych informacji potrzebnych dla udzielenia na nie odpowiedzi. Sytuacja tego rodzaju może zaistnieć szczególnie na początku diagnozowania, kiedy diagnosta nie dysponuje żadnymi informacjami o osobie bądź te informacje są bardzo skąpe lub nieużyteczne. Również pytanie stawiane w końcowym cyklu diagnostyczno–resocjalizacyjnym „Czy wyniki modyfikacji zachowania są zadawalające” budzi wiele wątpliwości i pytań. W szczególności pytanie o to, co konkretnie winno uwidaczniać się w zachowaniach nieprzystosowanego społecznie po zakończonym procesie resocjalizacyjnym. Zadawalająca odpowiedź niosłaby informację, iż mamy do czynienia z zachowaniami przystosowawczymi czyli w naszym przypadku takimi, które są akceptowane przez decydenta, na którego usługach pozostaje diagnosta. Analiza przedstawionego modelu diagnostycznego prowadzi do wniosku, że wysuwa on kilka grup postulatów diagnostyczno–resocjalizacyjnych, w których na czoło wysuwają się następujące w formie zalecenia;



- obserwuj i analizuj zachowania nieprzystosowanego społecznie bądź ewentualnie zastosuj trafne i rzetelne narzędzie pomiaru zachowań;
- wprowadzaj bodźce pobudzające do rozmaitych zachowań w ściśle kontrolowanych warunkach w celu wykrycia i wyselekcjonowania tych czynności zewnętrznych, na które wrażliwy jest ten osobnik, wreszcie
- zastosuj manipulowane bodźce wywołujące zmiany w zachowaniu przy czym eliminuj zachowanie nieprzystosowawcze i wzmacniaj te, które wyrażają zachowania przystosowawcze;
- gdyby jednak dotychczasowa procedura prowadziła do niepowodzeń należy zmienić częściowo lub całkowicie procedurę diagnostyczno–resocjalizacyjną, nie zapominając o zmianie warunków jej stosowania.

Znajdujemy więc tutaj postulaty swym charakterem przypominające założenia metodologiczne badań empirycznych, nawiązujących do założeń teoretycznych neopozytywizmu a na nich przecież – jak wiemy – oparta jest teoria uczenia się.

Podstawą teoretyczną omawianego modelu jest ta teoria.

Z modelu tego wynika, że postępowanie diagnostyczne zgodne z nim przypomina całą serię typowych badań empirycznych, w których formuluje się problem bądź problemy, a następnie hipotezy mniej czy więcej prawdopodobne, które później w świetle wyników i informacji zebranych w postępowaniu diagnostycznym weryfikuje się. Jeszcze jedna uwaga nasuwa się na tle analizy tego modelu. Jest nią spostrzeżenie, warte silnego zaakcentowania, iż diagnozowanie zgodne z założeniami teoretycznymi modelu kończy się dopiero wówczas, gdy wyniki jakie osiąga się w modyfikacji zachowania są zadawalające. A są nimi wówczas gdy osobnik resocjalizowany osiągnął oczekiwany przez diagnostę – terapeutę stan przystosowania społecznego, którego symptomem będzie zachowanie zgodne z normatywnym i pozanormatywnym porządkiem życia zbiorowego ludzi. Taki stan można skonstatować dopiero oczywiście po dokonaniu diagnozy efektywności resocjalizacyjnej jako ostatniego etapu szeroko rozumianego modelu diagnozy behawioralnej.

### 3. Zalety i wady modelu diagnozy behawioralnej

Nie chodzi nam o jednostronną, destrukcyjną krytykę tego modelu. Każdy zresztą model może być poddany podobnej krytyce. Chodzi tu jedynie o zaakcentowanie najważniejszych jego walorów i przydatności w procesie resocjalizacji ze zwróceniem uwagi także na słabe strony. Można sądzić, że skoro diagnoza behawioralna w ogóle odwołuje się do rzeczywistych, obserwowalnych faktów (obserwowalnych zachowań i warunków je wzbudzających, stymulujących) i to zarówno w jej fazie początkowej jak i końcowej (efekty resocjalizacji, zachowania przystosowawcze lub dalej odchylone od normy a więc dewiacyjne) to jest to niewątpliwie podstawowa jej zaleta. Poznanie tych faktów leży u podstaw możliwości poznania szerokiego repertuaru zachowań osoby diagnozowanej, od zachowań prospołecznych, antyspołecznych bądź o charakterze ambiwaletnym wobec tych form sposobu bycia w różnych sytuacjach społecznych. Wreszcie poznanie ich (faktów) leży u podstaw poznania szerokiego repertuaru zachowań po oddziaływaniach terapeutyczno–resocjalizacyjnych czyli na faktach opiera się także pomiar efektów resocjalizacji.

I to też jest zaleta tego modelu jak również jego elastyczność.

Można sądzić, że te zalety mają duże i istotne praktyczne znaczenie, bowiem wychowawcy resocjalizatorzy, a więc często diagności i terapeuci w jednej osobie, pracujący w instytucjach korekcyjnych, muszą brać pod uwagę te obserwowalne fakty. Fakty te tworzą konkretne

okoliczności zmuszające ich do stosowania w procesie resocjalizacji elementów omawianego tu modelu behawioralnego. Stoją oni niemal bez przerwy wobec sytuacji kryzysowych których nie można łagodzić bądź eliminować bez przeszkód, a jednak zmuszeni są oni do zachowań (stwarzanie bodźców), które wywołują pedagogiczny skutek. Te zachowania mogą mieć charakter intencjonalny, zaplanowany, kontrolowany bądź odruchowy czy automatyczny, ale zawsze za nimi kryje się pewne przypuszczenie, hipoteza, że te sytuacje kryzysowe, np. wystąpienie skrajnej aspołeczności, jako określonego przejawu nieprzystosowania społecznego stanowią rezultat funkcjonowania określonych bodźców i że należy zastosować także określoną terapię w celu modyfikacji tego zachowania. Ten praktyczny aspekt tego modelu szczególnie wybija się w działalności przedstawicieli kontroli społecznej. I tak np. instytucje sprawujące tę kontrolę takie jak organy ścigania, sądownicze, prokuratura, wszczynają postępowanie opierając się wyłącznie na rzeczywistych faktach sprawdzalnych empirycznie, a do takich należą zanotowane, obserwowalne zachowania osób nieprzystosowanych społecznie. Zachowanie się jednostki, chociaż może być tłumaczone w jego warstwie etiologicznej rozmaitymi uwarunkowaniami od biologicznych i psychologicznych począwszy poprzez społeczno-moralne, prawne i kulturowe, to jednak nie może to zmienić powszechnie dającego się spoznać faktu, że zachowanie się jednostki, a już szczególnie jednostki o cechach nieprzystosowania społecznego, jest podstawowym elementem, do którego nawiązują te instytucje w swoich opisach, ocenach czy działaniach profilaktyczno-eliminacyjnych czy też profilaktyczno-korekcyjnych, profilaktyce przedprzestępczej i postpenitencjarnej.

Zarzuty pod adresem modelu diagnozy behawioralnej w odniesieniu do nieprzystosowanych społecznie wywodzą się ze stanowiska krytyki koncepcji behawiorystycznej w ogóle, które jest w literaturze znane i szeroko opisane.

Krytyczne uwagi mogą być odniesione do pracochłonności tego modelu. Liczba zadań (jak to wynika ze schematu) jest ogromna i może każdorazowo wzrastać wraz z rozwojem nowych sytuacji w jakich żyje osobnik nieprzystosowany społecznie. To zaś może doprowadzić do sytuacji w której wychowawca-diagnosta będzie formułował problemy i hipotezy nie pozbawione często intuicji, a więc elementów pozaempirycznych. Tego jednak zarzutu, bez poczucia odpowiedzialności za wypowiedziane zdanie, nie można rozciągać na wszystkich wychowawców i wszystkie sytuacje. Jest to jedynie spostrzeżenie mające na celu zwrócenie uwagi by stosując w praktyce omawiany tu model diagnozy behawioralnej brać pod uwagę także możliwość polegania tylko na własnej intuicji.

#### PRZYPISY

<sup>1</sup>Z. Pytka, *Teoretyczne problemy diagnozy w wychowaniu resocjalizującym*, Warszawa 1986 s. 100–101

<sup>2</sup>K. Pospiszyl, E. Zabczyńska, *Psychologia dziecka niedostosowanego społecznie*, Warszawa 1980 s. 163–178

<sup>3</sup>Z. Pytka, *op. cit.* s. 101

<sup>4</sup>W.J. Paluchowski, *Wybrane problemy psychodiagnostyki*, W: J.W. Paluchowski (red.), *Z zagadnień diagnostyki zachowań*, Ossolineum 1983 s. 14

#### Zusammenfassung

Das Ziel des Artikels ist die Darstellung der Eignung vom Modell der behavioralen Diagnose in Beziehung auf die Menschen, die sozial nicht angepasst sind. Der Artikel zeigt Nach- und Vorteile, als auch theoretische Voraussetzungen, die an der Basis dieses Modells entstehen.