

JAK PODNIEŚĆ SKUTECZNOŚĆ WYCHOWAWCZĄ SZKOŁY?

MARIA DEPTUŁA

Przyjmuję, że zadaniem szkoły jest między innymi tworzenie dzieciom warunków do rozwoju ich kompetencji społecznych oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych wykluczających używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież¹. Tak więc zmiany zachodzące w zakresie kompetencji społecznych dzieci oraz używania substancji psychoaktywnych mogą być wskaźnikami skuteczności wychowania młodego pokolenia. W pierwszej części swojego artykułu przedstawię wyniki badań dotyczące zmian zachodzących pomiędzy III lub IV klasą a V lub VI klasą w zakresie kompetencji społecznych dzieci, w drugiej natomiast ukażę, jak te dwa wskaźniki spletają się ze sobą w rozwoju dziecka na ścieżkach ryzyka i zaprezentuję przykładowe działania profilaktyczne, które mogą być podejmowane w różnych fazach rozwoju dziecka.

Wyniki badań nad rozwojem kompetencji społecznych uczniów klas III i IV szkoły podstawowej w ciągu 26 miesięcy uczęszczania do szkoły

Kompetencje społeczne rozumiane przez K.A. Dodga jako zdolność do odczytywania sygnałów społecznych i adekwatnego ich interpretowania, poszukiwania rozwiązań problemów pojawiających się w relacjach z innymi ludźmi, dokonywania wyboru rozwiązania i wprowadzania go w życie (Gagnon, 1988; por. też Sęk, 1985) są powszechnie uznawanym czynnikiem chroniącym przed ryzykownymi zachowaniami w okresie dorastania (Coie i wsp., 1996; McWhirter i wsp., 2001; Ostaszewski, 2005). Zachowania ryzy-

kowe to, zgodnie z teorią R. Jessora (1998), zachowania bezpośrednio lub pośrednio zagrażające pomysłowości, zdrowiu, a nawet życiu młodych ludzi. Należy do nich używanie substancji psychoaktywnych, przedwczesna aktywność seksualna, zachowania agresywne, stosowanie przemocy, znęcanie się nad rówieśnikami, drobne przestępstwa, wykroczenia, czyny chuligańskie, wandalizm, zaniedbywanie obowiązków szkolnych, wagary, nieukończenie szkoły, kłamstwa i ucieczki z domu, próby samobójcze, zachowania wynikające z zaburzeń depresyjnych, nieprawidłowe wywiązywanie się z ról społecznych (np. brak zaangażowania w naukę) czy niewłaściwe wybory zdrowotne (np. nieprawidłowa dieta, niski poziom aktywności fizycznej).

Jednym z bardzo często stosowanych wskaźników kompetencji społecznej jest popularność jednostki w grupie mierzona technikami socjometrycznymi. Natomiast odrzucenie jednostki przez grupę (nieakceptacja) jest wskaźnikiem braku kompetencji społecznej (Argyle, 1994; 1991; Brzezińska, 2004; Gagnon, 1988).

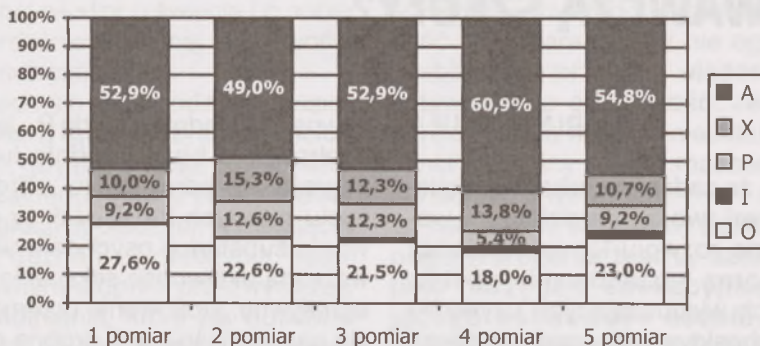
Odrzucenie przez grupę rówieśniczą jest zjawiskiem stałym (zwykle takie dziecko jest odrzucane w każdej grupie, do której wkracza) i zapowiadającym inne trudności psychospołeczne w okresie dojrzewania i w życiu dorosłym, takie jak porzucenie szkoły, zachowania antyspołeczne, przestępczość, psychopatologia (Gagnon, 1988).

Kompetencje społeczne dziecka kształtują się od wczesnego dzieciństwa w kontaktach z rodzicami, a potem rówieśnikami i innymi dorosłymi. Przyczyną zaburzeń w rozwoju kompetencji społecznych są między innymi:

- nieprawidłowości w wypełnianiu ról rodzicielskich, zwłaszcza brak warunków niezbędnych do zbudowania więzi przynajmniej z jednym rodzicem, opiekunem (brak obiektu przywiązania), niezaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa i kontaktu emo-

¹ Artykuł jest fragmentem wystąpienia na Międzynarodowym Kongresie Edukacyjnym „Edukacja polska w jednoczącej się Europie”, który odbył się w Warszawie w dniach 2-3.06.2005 roku. Tekst w całości ukaże się w materiałach pokonferencyjnych.

Wykres 1. Rozkład pozycji na skali popularności uczniów klas III i IV w pięciu pomiarach wykonanych w okresie 26 miesięcy (n = 261)



Legenda: A – akceptacja, X – przeciętna akceptacja, P – polaryzacja akceptacji (dzieci kontrowersyjne), I – izolacja, O – odrzucenie

Źródło: badania własne

cjonalnego w pierwszych latach życia;
 – niewłaściwe postawy rodzicielskie i metody wychowania w okresie późniejszym;
 – brak kontaktu z rówieśnikami lub odrzucenie przez rówieśników we wczesnym dzieciństwie i młodszym wieku szkolnym.

Piszą o tym C. Gagnon (1988), J. Grochulska (1992), M. Janosz i P.J. LaFrénier (1991), M. John (1987), S. Lis (1992), H. Olechnowicz (1988).

Wyrazem nieakceptacji dziecka przez rówieśników jest izolacja w grupie (lekceważenie) lub odrzucenie. Dzieci izolowane w badaniach socjometrycznych otrzymują mało wyborów pozytywnych i mało wyborów negatywnych. Natomiast dzieci odrzucane otrzymują mało wyborów pozytywnych i dużo wyborów negatywnych. O ich charakterystycznych cechach i zachowaniach pisałam w tekstach (Deptuła, 1996; 1997a, b; patrz też Domagała-Zyśk, 2004), w tym miejscu przytoczę właściwości ich funkcjonowania przedstawione przez A. Brzezińską (2004) na podstawie przeglądu sześciu prac anglojęzycznych.

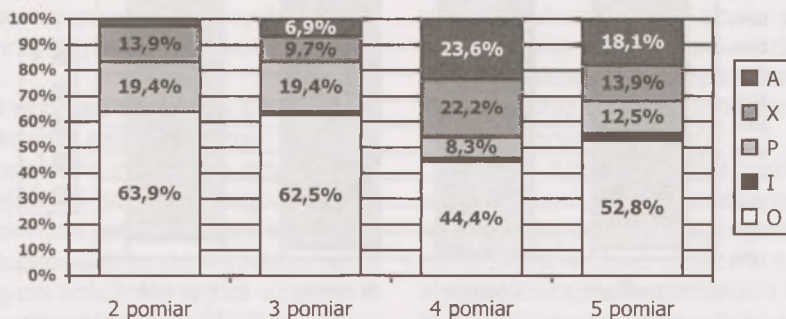
Dzieci izolowane (lekceważone) wykazują wysoki poziom lęku społecznego (lęk przed ekspozycją społeczną), niski poziom agresywności, częste symptomy depresyjne, niskie poczucie własnych społecznych kompetencji. Nie potrafią być liderem, nie umieją współpracować z innymi, często naruszają reguły

szkolne, są słabymi uczniami. Mało angażując się w interakcje społeczne, mają niewiele okazji do uczenia się, co sprawia, że ich kompetencje poznawcze i społeczne są niskie. Są też mało znane przez rówieśników, więc w konsekwencji nie są ani wybierane, ani odrzucane. Należą do grupy dużego ryzyka różnorodnych zaburzeń zachowania.

Dzieci odrzucane są często agresywne, nie radzą sobie w wielu sytuacjach społecznych, cechuje je niska samoocena dotycząca osiągnięć szkolnych, a ich kompetencje poznawcze i społeczne są niskie. Przeżywają konflikt między silną tendencją do agresywności i równie silną tendencją do wycofywania się. Ich agresywne, destrukcyjne zachowania powodują izolowanie ich przez rówieśników, więc w konsekwencji mają niewiele okazji do nabywania kompetencji społecznych. Dzieci te mają problemy z adaptacją w późniejszych okresach życia.

Niżej zamieszczony wykres dostarcza informacji o rozkładzie pozycji na skali popularności w pięciu kolejnych badaniach wykonanych za pomocą „Plebiscytu życzliwości i niechęci (opis narzędzia: Deptuła, 1996) w grupie 261 uczniów, którzy w momencie pierwszego pomiaru rozpoczęli III lub IV klasę. Drugi pomiar wykonano pod koniec III lub IV klasy, trzeci w połowie IV lub V klasy, czwarty na koniec IV lub V klasy, a piąty pomiar wykonano w połowie V lub VI klasy.

Wykres 2. Zmiany zachodzące w grupie dzieci odrzucanych w kolejnych pomiarach (n = 71)



Legenda: A – akceptacja, X – przeciętna akceptacja, P – polaryzacja akceptacji, I – izolacja, O – odrzucenie; 2 pomiar informuje, w jakich kategoriach znalazły się te dzieci, które były odrzucane w 1 pomiarze itd.

Źródło: badania własne

Badano pięciokrotnie 13 zespołów klasowych w trzech małych miastach, a okres pomiędzy pierwszym i piątym pomiarem wynosi 26 miesięcy².

Jak widać, w kolejnych latach utrzymują się zbliżone proporcje uczniów w poszczególnych kategoriach popularności, z wyjątkiem pomiaru czwartego, gdzie wyniki są nieco korzystniejsze niż w innych pomiarach. We wszystkich pozostałych pomiarach ponad 20% uczniów jest odrzucanych w swoich zespołach klasowych. O tym, w jakim stopniu ta grupa jest stała, to znaczy składająca się z tych samych dzieci, informuje wykres nr 2.

Kategoria dzieci odrzucanych jest dosyć stabilna – ponad połowa dzieci, które były w niej w III lub IV klasie, pozostaje w tej kategorii także w klasie V lub VI. W kolejnych latach pobytu w szkole udaje się opuścić kategorię dzieci odrzucanych 47,2% badanych (tyle

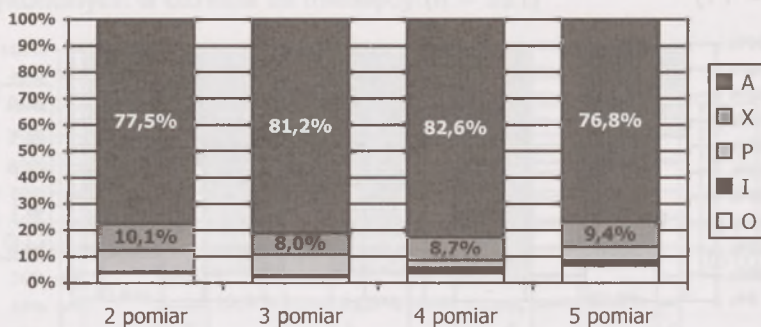
wynosi różnica pomiędzy 1 i 5 pomiarem). Osoby te przenoszą się do kategorii uczniów akceptowanych, przeciętnie akceptowanych, polaryzujących akceptację grupy (kontrowersyjnych) i izolowanych (lekceważonych).

Dwie pierwsze kategorie sprzyjają dalszemu rozwojowi społecznemu tych dzieci. Natomiast w kategorii dzieci polaryzujących akceptację grupy, nazywanych też kontrowersyjnymi, znajdują się osoby, które otrzymują dużo wyborów pozytywnych i dużo wyborów negatywnych. Dzieci te charakteryzuje A. Brzezińska (2004) jako często agresywne, jednak ich agresja rzadko jest destrukcyjna, a „często jest wyrazistym przejawem woli dziecka”. Ich kompetencje poznawcze i społeczne są wysokie, ale cechuje je niska samoocena dotycząca osiągnięć szkolnych. Dzieci te nie radzą sobie w wielu sytuacjach społecznych. Swoją wysoką tendencję do agresywności kompensują wysokim poziomem kompetencji poznawczych i społecznych, a rozbudowane kontakty z osobami dorosłymi chronią je przed odrzuceniem lub wykluczeniem z grupy. Dzieci kontrowersyjne „ujawniają wiele zachowań dewiacyjnych, mimo posiadania różnych umiejętności społecznych na dobrym poziomie”, „nie potrafią konstruktywnie pracować w grupie”, „są dziećmi dużego ryzyka różnorodnych zaburzeń w zachowaniu” (ibidem).

Można więc przyjąć, że prawdopodobieństwo dalszego niezaburzonego rozwoju

² Prezentowane tu wyniki są efektem ubocznym dwóch projektów badawczych realizowanych na próbach celowych, pod moim kierunkiem, przez W. Junik na temat: *Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci z rodzin z problemem alkoholowym w świetlicach terapeutycznych* i M. Zabłocką: *Wspomaganie rozwoju psychospołecznego dzieci nieśmiałych – finansowanych przez Komitet Badań Naukowych (5 H01F 054 21) i Ministerstwo Nauki i Informatyzacji (1 H01F 103 26) – granty promotorskie*. Obydwa projekty wymagały monitorowania popularności dzieci w klasie szkolnej. Z prezentowanej tu analizy wyłączono dzieci nieśmiałe objęte autorskim programem wspomaganie ich rozwoju.

Wykres 3. Zmiany zachodzące w grupie dzieci akceptowanych (n = 138)



Legenda: A – akceptacja, X – przeciętna akceptacja, P – polaryzacja akceptacji, I – izolacja, O – odrzucenie

Źródło: badania własne

społecznego dotyczy tylko tych dzieci, które znalazły się w kategorii przeciętnie akceptowanych i akceptowanych. Trzeba jednak pamiętać, że kategoria dzieci przeciętnie akceptowanych jest mało stabilna. W przedstawianych tu badaniach pozostało w niej tylko 7,7% osób z pierwszego pomiaru, 53,8% pogorszyło swoją sytuację w grupie wraz z upływem czasu, a tylko 38,5% osób zajęło pozycję dzieci akceptowanych.

Tak więc, jeśli przyjąć, że obserwowane pomiędzy III lub IV i V lub VI klasą trendy utrzymują się w późniejszych latach, to za sukces rozwoju i wychowania w przypadku dzieci odrzucanych można uznać z dużą pewnością fakt przeniesienia się do kategorii dzieci akceptowanych.

Dzieci akceptowane otrzymują dużo wyborów pozytywnych i mało negatywnych. Jest to kategoria najbardziej stabilna ze wszystkich porównywanych w tych badaniach, co widać wyraźnie na wykresie nr 3.

Cechy tych dzieci i właściwości ich funkcjonowania prezentowałam w innych publikacjach (Deptuła, 1996, 1997, 1997a), w tym miejscu uzupełnię ich charakterystykę korzystając z syntezy przedstawionej przez A. Brzezińską. Są to dzieci, które cechuje niski poziom agresywności i wycofywania się, bardzo mało zachowań destrukcyjnych, wysokie kompetencje społeczne, wysokie kompetencje poznawcze. Dzieci te z łatwością przystosowują się do nowych warunków, posiadają różnorodne kompetencje zapewniające im sukces w wielu dziedzinach, potrafią współ-

pracować w grupie, znają reguły wzajemności i potrafią je stosować w życiu, często są „naturalnymi liderami”. Posiadają dużą gotowość i łatwość uczenia się, co sprawia, że osiągają wysoki poziom różnych kompetencji, zapewniających osiągnięcie sukcesów.

A. Brzezińska zwraca też uwagę na to, że są to dzieci, którym tworzy się niewiele okazji do doskonalenia kompetencji społecznych, często zaniedbywane przez dorosłych (ibidem). Jednak wydaje mi się, że fakt zaniedbywania przez dorosłych dotyczy w głównej mierze tych dzieci, które, wychowując się w rodzinach dysfunkcyjnych, przyjmują rolę tzw. bohaterów rodzinnych (Robinson, Rhode, 2000), co nie zmienia moim zdaniem faktu, że we wczesnym okresie życia dzieciom tym stworzono warunki niezbędne dla rozwoju ich kompetencji społecznych.

Prezentowane wyniki dotyczące rozkładu badanych dzieci w poszczególnych kategoriach na skali popularności informują, że 23% uczniów klas V lub VI jest społecznie niekompetentnych, nie może w klasie szkolnej zaspokoić niezwykle ważnej potrzeby przynależności i uznania, nie ma też warunków niezbędnych do rozwoju swych społecznych kompetencji. W tej grupie aż 52,8% stanowią dzieci, dla których jest to stan trwający przynajmniej przez dwa i pół roku uczęszczania do szkoły. W świetle zgromadzonej wiedzy o specyfice tego zaburzenia i jego konsekwencjach można z dużym prawdopodobieństwem stwierdzić, że bez specjalistycznej pomocy te dzieci nie zmienią swego statusu w gru-

pie w kolejnych latach, nawet wtedy, kiedy zmienia szkołę, a w okresie dojrzewania będą używały substancji psychoaktywnych i przejawiały także inne ryzykowne zachowania.

Ścieżki ryzyka i związane z nimi działania profilaktyczne

Analiza związków pomiędzy czynnikami ryzyka działającymi od wczesnego dzieciństwa a ryzykownymi zachowaniami w okresie dorastania doprowadziła do wyodrębnienia indywidualnych ścieżek ryzyka używania substancji psychoaktywnych (Zucker i wsp., 1997). Dwie z nich prezentują teraz, ukazując związek odrzucenia dziecka przez rówieśników w dzieciństwie z używaniem substancji psychoaktywnych w okresie dorastania.

Pierwsza ścieżka ryzyka rozpoczyna się od zaburzeń w realizacji ról rodzicielskich we wczesnym dzieciństwie. Zaburzenia te mogą mieć różne przyczyny i różny stopień nasilenia. Ich przejawem może być brak czułości, nadmierny krytycyzm i wrogość, niewystarczające zaangażowanie się w opiekę na dzieckiem, niedostateczna dyscyplina czy brak konsekwencji. Skutkiem wychowywania się w takiej rodzinie są zaburzenia w rozwoju psychospołecznym dziecka, których przejawem jest rozwój agresywnych zachowań, odmowa podporządkowania się dorosłym w okresie przedszkolnym. Dzieci te są nieakceptowane przez rówieśników w przedszkolu i w pierwszych latach nauki w szkole. Charakteryzują je też słabe postępy w nauce. W okresie dorastania dzieci te przyłączają się do grup rówieśniczych, w których normą jest używanie substancji psychoaktywnych.

Druga ścieżka ryzyka rozpoczyna się od zaburzeń w rozwoju zdolności poznawczych przejawiających się np. obniżoną zdolnością koncentracji uwagi, percepcji wzrokowej, koordynacji wzrokowo-słuchowo-ruchowej. Ich następstwem są problemy w nauce i obniżona zdolność do radzenia sobie z nimi oraz odrzucenie przez rówieśników w młodszym wieku szkolnym. W okresie dorastania te dzieci, tak jak dzieci znajdujące się na pierwszej ścieżce ryzyka, przyłączają się do grup rówieśniczych, w których używanie substancji psychoaktywnych jest normą.

Wczesna identyfikacja dzieci znajdujących

się na pierwszej lub drugiej ścieżce ryzyka pozwala podejmować nauczycielom i pedagogowi szkolnemu działania profilaktyczne adresowane do rodziców i dziecka. Niżej prezentowane przykłady wskazują na wielkie możliwości szkoły w zapobieganiu niekorzystnemu biegowi wydarzeń.

Celem działań profilaktycznych adresowanych do rodziców dzieci znajdujących się na pierwszej ścieżce ryzyka jest korygowanie ich postaw wobec dzieci w toku specjalistycznej terapii. Tu zadaniem wychowawcy w przedszkolu czy pedagoga szkolnego jest przeprowadzenie interwencji skłaniającej rodziców do szukania specjalistycznej pomocy psychologicznej i ułatwienie im kontaktu z instytucjami świadczącymi tego rodzaju usługi. Niestety dostęp do tej formy pomocy jest w naszym kraju stale jeszcze bardzo trudny. Niemniej jednak rodzice z głębokimi zaburzeniami w wypełnianiu ról rodzicielskich, takiej pomocy wymagają.

Jeśli przyczyną zaburzeń w wypełnianiu roli rodzica nie są zaburzenia osobowościowe lub uzależnienie od substancji psychoaktywnych, lecz brak wiedzy o potrzebach dziecka i deficyty umiejętności wychowawczych, to sytuację dziecka można zmienić dzięki edukacji rodziców. Wychowawcy w przedszkolu mogą uczyć rodziców metody modelowania połączonej z egzekwowaniem wymagań i metody indukcji, opisanych przez J. Reykowskiego (1979) czy metody modelowania i moralizowania, których skuteczność w pracy z dziećmi 6- i 10-letnimi badała B. Arska-Karyłowska (1982). Można także wykorzystać program C. Sutton: „Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci” (Deputa, 2003a) czy trening umiejętności wychowawczych oparty na założeniach psychologii humanistycznej (Deputa, 2002b). Tylko dwie ostatnie propozycje wymagają specjalistycznego przygotowania osób, które chciałyby wykorzystać je w pracy z rodzicami.

Kiedy dzieci z tej ścieżki ryzyka znajdują się w młodszym wieku szkolnym, bardzo pomocną metodą stymulowania ich rozwoju może być powierzenie zadań (Reykowski, 1979). W codziennym kontakcie z dzieckiem istotne jest też budzenie i podtrzymywanie jego motywacji do nauki i kształtowanie niezbędnych

nawyków związanych z realizacją obowiązku szkolnego zarówno przez nauczyciela, jak i rodziców. Wychowawca klasy może także wykorzystać w pracy z całą klasą program A. Kołodziejczyka i wsp. (1997) „Spójrz inaczej”, którego pozytywny wpływ na kompetencje społeczne dzieci został potwierdzony w badaniach empirycznych (Ostaszewski, 2003; Deptuła, 1997a). Program ten, oparty na założeniach psychologii humanistycznej, umożliwia wspomaganie rozwoju emocjonalnego i społecznego wszystkich dzieci, w tym dzieci przejawiających zaburzenia w tym zakresie (Deptuła, 2003b). W korygowaniu zaburzeń pomocny może być także program reedukacji dzieci agresywnych opracowany przez J. Grochulską (1992). Zakłada on krótką, ale intensywną pracę pedagoga lub psychologa z niewielką (5-, 6-osobową) grupą dzieci agresywnych i odrzucanych przez rówieśników zebranych w specjalnej grupie. Możliwe jest także korygowanie zaburzeń w grupie socjoterapeutycznej (Sawicka, 1998; Strzemieczny, 1988; John-Borys, 2005), jeśli pedagog posiada kwalifikacje do posługiwania się tą metodą.

Te same metody, które mogą być wykorzystane dla stymulowania rozwoju społecznego i korygowania zaburzeń w tym obszarze u dzieci z pierwszej ścieżki ryzyka, mogą być także pomocne w pracy z dziećmi z drugiej ścieżki ryzyka. Konieczne jest też jednak korygowanie zaburzeń w rozwoju poznawczym, bowiem w przypadku tych dzieci pierwotną przyczyną problemów w kontaktach z rówieśnikami są właśnie zaburzenia w tej sferze. Ważne jest zatem organizowanie dla tych dzieci zajęć korekcyjno-kompensacyjnych i rozwijanie ich odporności na sytuacje trudne, kształtowanie klimatu tolerancji w klasie szkolnej opartego na zrozumieniu przyczyn trudności tych dzieci w nauce. Ważna jest także praca z rodzicami, której celem jest zrozumienie przez nich istoty trudności dziecka i rozwijanie kompetencji do wspierania dziecka w ich przezwyciężaniu.

Kiedy dzieci z obu ścieżek ryzyka znajdują się już w okresie dorastania, rozwój ich kompetencji społecznych może być w dalszym ciągu wspomagany podczas pracy z całą klasą np. za pomocą kolejnych części programu

„Spójrz inaczej” (Kołodziejczyk i wsp., 1998; 2001). Możliwe jest także w dalszym ciągu korzystanie z metody socjoterapii, czyli praca z dziećmi przejawiającymi zaburzenia w rozwoju psychospołecznym w specjalnie utworzonej grupie (Dragan, Oleksy, 2005). Są także ciekawe propozycje pracy indywidualnej z dziećmi lub w specjalnie utworzonej małej grupie, jak np. Pensylwański Program Zapobiegania Depresji (Seligman, 1997). Interesujący jest także pomysł na korygowanie zaburzeń rozwoju społecznego przedstawiony przez A. Strzelecką (1987), zakładający zaangażowanie wychowawcy klasy, nauczycieli uczących dane dziecko i pedagoga lub psychologa szkolnego, który opracowuje diagnozę dotyczącą istoty zaburzeń i projektuje indywidualną strategię korygującą dla każdego dziecka.

Z uwagi na niską u tych dzieci motywację do nauki przydać się też mogą pomysły E. Kaniewskiej-Pęczak i M. Płócińskiej przedstawione w programie „Jak polubić naukę”. Szkoła najmniej jest jednak przygotowana do interwencji wobec dzieci z obu ścieżek ryzyka, gdy rozpoczynają one eksperymentowanie lub intensywne używanie substancji psychoaktywnych. Cenną propozycją w tym zakresie jest „Interwencja profilaktyczna wobec ucznia eksperymentującego z substancjami psychoaktywnymi” – nowy program opracowany w Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej Pro-M Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie (Borucka i wsp., 2002; 2005).

Podsumowanie

Przedstawione tu propozycje zakładają współpracę pedagoga szkolnego z nauczycielami, rodzicami i dziećmi. Angażowanie rodziców i nauczycieli do działań profilaktycznych jest próbą wprowadzenia zmian w funkcjonowaniu osób znaczących w życiu dziecka. Konsekwencją tego powinno być z jednej strony lepsze dopasowanie wymagań i oczekiwań do możliwości dziecka, z drugiej zaś zapewnienie dziecku adekwatnej do tych wymagań pomocy. Zmianie ulegnie zatem nie tylko samo dziecko i nie tylko środowisko, ale także relacja dziecka ze środowiskiem, co jest według A. Brzezińskiej (2002) właściwym podejściem do pomagania dzieciom z grup ryzyka. Autorka zwraca uwagę, że jeżeli

skupimy się na samym dziecku, czyli na wewnętrznych czynnikach ryzyka, to może „grozić to tym, że poddana „różnym zabiegom pomocowym i naprawiona osoba” wróci do swego dotychczasowego, niezmiennego środowiska i prędzej czy później powróci także do dotychczasowego nieprawidłowego sposobu funkcjonowania” (2002, s. 42).

Sądzę, że przedstawiony, z konieczności dość pobieżnie, projekt – szerzej na ten temat piszę w tekstach przygotowywanych właśnie do druku (Deptuła, 2005a,b) – to tylko jeden z wielu możliwych projektów podnoszenia skuteczności wychowawczej szkoły. Ich tworzenie wymaga prowadzenia badań naukowych nad efektywnością różnych działań profilaktyczno-wychowawczych oraz upowszechniania wśród nauczycieli wiedzy o warunkach sprzyjających rozwojowi dzieci i młodzieży oraz sposobach ich tworzenia w szkole i środowisku lokalnym.

Maria Deptuła

Literatura:

1. Argyle M. (1991): *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa, PWN.
2. Argyle M. (1994): *Nowe ustalenia w treningu umiejętności społecznych*, (w:) W. Domachowski, M. Argyle (red.): *Reguły życia społecznego*. Oksfordzka Psychologia Społeczna. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 197-208.
3. Arska-Karyłowska B. (1982): *Kształtowanie zachowań prospołecznych u dzieci za pomocą modelowania*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
4. Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. (2002): *Pierwsze doświadczenia związane z wprowadzaniem szkolnej interwencji wobec uczniów używających substancji psychoaktywnych*. „Alkoholizm i Narkomania”, 2, 241-251.
5. Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A. (2005): *Interwencja profilaktyczna wobec ucznia sięgającego po substancje psychoaktywne. Etapy opracowywania programu*, (w:) M. Deptuła (red.): *Diagnostyka – profilaktyka – socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicz-*

- nej*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego (w druku).
6. Brzezińska A. (2002): *Pomoc dzieciom z grup ryzyka*. „Remedium”, 12, 42-46.
7. Brzezińska A. (2004): *Socjometria*, (w:) J. Brzeziński (red.): *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów*, 192-231.
8. Coie J.D., Watt N.F., West S.G., Hawkins J.D., Asarnow J.R., Markaman H.J., Ramey S.L., Shure M.B., Long B. (1996): *Profilaktyka: teoria i badania*. „Nowiny Psychologiczne”, 2, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, s. 15-38.
9. Deptuła M. (1996): *Koncepcja diagnozy rozwoju społecznego dzieci w klasach I-IV*. Bydgoszcz, Wydawnictwo WSP.
10. Deptuła M. (1997a): *Szanse rozwoju psychospołecznego dzieci w zmieniającej się szkole*. Bydgoszcz, Wydawnictwo WSP.
11. Deptuła M. (1997b): *Dzieci nieakceptowane przez rówieśników – co o nich wiemy?* (w:) M. Deptuła, R. Leppert (red.): *Listy z podróży. Profesorowi Edmundowi Trempale w darze na siedemdziesiąte urodziny*. Bydgoszcz, Wydawnictwo WSP.
12. Deptuła M. (2002a): *Psychologia humanistyczna a rozwój umiejętności życiowych*. „Remedium”, 11, 1-3.
13. Deptuła M. (2002b): *Przygotowywanie pedagogów do profilaktyki uzależnień*. „Remedium”, 12, 32-34.
14. Deptuła M. (2003a): *Program C. Sutton „Jak radzić sobie z trudnymi zachowaniami u dzieci” – propozycją pedagogicznego wpięcia rodziny przez pracownika socjalnego*, (w:) K. Marzec-Holka (red.): *Pomoc społeczna. Teoria i praktyka. Tom II, część VI* pod red. H. Guzy-Steinke i U. Sobkowiak. Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, s. 625-633.
15. Deptuła M. (2003b): *Psychologia humanistyczna a rozwój umiejętności życiowych*. „Remedium”, 1, 1-3.
16. Deptuła M. (2005a): *Indywidualne ścieżki ryzyka a profilaktyka*. „Remedium”, 7-8, s. 1-3.
17. Deptuła M. (2005b): *Indywidualne ścieżki ryzyka i związane z nimi działania profilaktyczne*, (w:) M. Deptuła (red.): *Diagnostyka – profilaktyka – socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz, Wydawnictwo

- Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego (w druku).
18. Dragan M., Oleksy B. (2005): *Socjoterapia a zmiana poziomu lęku i stylów funkcjonowania w grupie*, (w:) M. Deptuła (red.): *Diagnostyka – profilaktyka – socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego (w druku).
19. Gagnon C. (1988): *Compétence social et difficultés d'adaptation aux pairs*, (w:) P. Durning i R. Tremblay (red.): *Relations entre enfants. Recherches et interventions éducatives*. Paris, Editions fleurus, 117-149.
20. Grochulska J. (1992): *Wspomaganie rozwoju społecznego dziecka*. Wrocław-Warszawa-Kraków, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
21. Janosz M., LaFrenière P.J. (1991): *Affectivité, amitié et compétence sociale chez des garçons d'âge préscolaire en situation de ressource limitée*. „Enfance”, 1-2.
22. Jessor R. (1998): *New perspectives on adolescent risk behavior*, (w:) R. Jessor (red.): *New perspectives on adolescent risk behavior*. Cambridge University Press, 1-10.
23. John M. (1987): *Orientacja w sytuacjach społecznych dzieci w różnym stopniu akceptowanych przez grupę*, (w:) *Orientacja dzieci i młodzieży w sytuacjach społecznych*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk-Łódź, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo PAN.
24. John-Borys M. (2005): *Socjoterapia – jak zachodzi zmiana?*, (w:) M. Deptuła (red.): *Diagnostyka – profilaktyka – socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego (w druku).
25. Kołodziejczyk A., Czerniewska E., Kołodziejczyk T. (1997): *Spójrz inaczej. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas 1-3, 4-6 szkół podstawowych*. Skarżysko-Kamienna, Wydawnictwo ATE s.c.
26. Kołodziejczyk A., Czerniewska E., Kołodziejczyk T. (1998): *Spójrz inaczej. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla klas 1-3, szkół podstawowych*. Skarżysko-Kamienna, Wydawnictwo ATE s.c.
27. Kołodziejczyk A., Czerniewska E., Kołodziejczyk T. (2001): *Spójrz inaczej. Program zajęć wychowawczo-profilaktycznych dla gimnazjum*. Skarżysko-Kamienna, Wydawnictwo ATE s.c.
28. Lis S. (1992): *Proces socjalizacji dziecka w środowisku pozarodzinnym*. Warszawa, PWN.
29. McWhirter J.J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H. (2001): *Zagrożona młodzież*. Warszawa, PARPA.
30. Olechnowicz H. (1988): *Zabawa a psychoterapia*, (w:) Olechnowicz (red.): *U źródeł rozwoju dziecka. O wspomaganie rozwoju prawidłowego i zagrożonego*. Warszawa, Nasza Księgarnia.
31. Ostaszewski K. (2003): *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych. Podstawy opracowywania oraz ewaluacji programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
32. Ostaszewski K. (2005): *Teoretyczne podstawy profilaktyki zachowań problemowych młodzieży*, (w:) M. Deptuła (red.): *Diagnostyka – profilaktyka – socjoterapia w teorii i praktyce pedagogicznej*. Bydgoszcz, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego (w druku).
33. Robinson B., Rhoden J.L. (2000): *Pomoc psychologiczna dla dzieci alkoholików*. Warszawa, PARPA.
34. Reykowski J. (1979): *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Warszawa, PWN.
35. Sawicka K. (1998): *Socjoterapia jako forma pomocy psychologiczno-pedagogicznej*, (w:) K. Sawicka (red.): *Socjoterapia*. Warszawa, Centrum Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, 9-28.
36. Seligman M. P. (1997): *Optymistyczne dziecko*. Poznań, Media Rodzina.
37. Sęk H. (1985): *Podstawy psychoprofilaktyki*. „Przegląd Psychologiczny”, 1.
38. Strzelecka A. (1987): *Korygowanie zaburzeń rozwoju społecznego w klasie szkolnej*. Katowice, Instytut Kształcenia Nauczycieli im. W. Spasowskiego, Oddział Doskonalenia Nauczycieli w Katowicach.
39. Strzemieczny J. (1988): *Program zajęć socjoterapeutycznych dla dzieci ze szkół podstawowych*. Warszawa, MEN.
40. Zucker R., Boyd G., Howard J. (1997): *Powstawanie problemów alkoholowych. Biologiczne, psychospołeczne i socjologiczne czynniki ryzyka uzależnienia od alkoholu*. Warszawa, PARPA.