

LIDIA WAWRYK

Uniwersytet Zielonogórski
ORCID – 0000-0002-8837-4052

JOLANTA LIPIŃSKA-LOKŚ

Uniwersytet Wrocławski
ORCID – 0000-0001-8084-1501

KUMULACJA NIEKORZYSTNYCH CZYNNIKÓW BIOPSYCHICZNYCH I SOCJOKULTUROWYCH W PRZEBIEGU PROCESU DEMORALIZACJI NIELETNIEGO Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ SENSORYCZNĄ SŁUCHU

Wprowadzenie: Rzeczywistość obfituje w nowe zjawiska, a istniejące ulegają przeobrażeniom. Przykładem jest zjawisko niedostosowania społecznego. Obserwuje się wzrost liczby czynów karalnych i świadczących o demoralizacji dokonywanych przez dzieci i młodzież. Sytuacja zmusza do podejmowania radykalnych działań poprzedzonych dogłębną analizą mechanizmów i przyczyn problemu. Analiza wskazuje na zróżnicowanie zjawiska demoralizacji i najczęściej na kumulację czynników ryzyka pojawienia się problemu niedostosowania społecznego, przy niedostatku tzw. czynników chroniących. W szczególnie niekorzystnej sytuacji są osoby z niepełnosprawnościami, często o niskim stopniu przystosowania, narażone na niekorzystne sytuacje społeczne. Niebezpieczeństwo będzie tym większe, im mniej sprzyjające są warunki środowiskowe – rodzinne i brak wsparcia. **Cel badań:** Celem badań jest poznanie sytuacji chłopca doświadczającego niepełnosprawności słuchu i przejawiającego szczególnie intensywną, względnie trwałą postać nieprzystosowania/niedostosowania społecznego oraz uwarunkowań tej sytuacji. Diagnoza posłuży opracowaniu propozycji oddziaływań wspierających poprawę funkcjonowania nieletniego. **Metoda badań:** Badania mają charakter badań jakościowych z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku. Została zastosowana technika analizy dokumentów, w tym analiza opinii OZSS. **Wyniki:** Wyniki diagnozy wskazują na liczne i różnorodne uwarunkowania demoralizacji młodego człowieka z niepełnosprawnością słuchu. Zaburzona sprawność powoduje ograniczenia w funkcjonowaniu, naraża na niski stopień przystosowania, a przy niekorzystnej sytuacji rodzinnej i braku należytego wsparcia doprowadziła do niedostosowania społecznego. **Wnioski:** Analiza sytuacji nieletniego stanowi podstawę do wnioskowania o konieczności podjęcia wobec niego zdecydowanych oddziaływań o charak-

terze resocjalizacyjnym, rewalidacyjnym oraz profilaktycznym. Kompleksowe działania są w stanie zmienić funkcjonowanie osoby, w biografii której zaistniały niekorzystne czynniki.

Słowa kluczowe: nieletni, niepełnosprawność sensoryczna słuchu, demoralizacja, czynniki ryzyka

WPROWADZENIE

Żyjemy w czasach określanych jako ciekawe i wyjątkowe, a nade wszystko trudne, przez to, że nawarstwieniu uległo wiele wyzwań. Poza tym rzeczywistość obfituje w nowe zjawiska, a te już istniejące często ulegają przeobrażeniom. Jest tak m.in. ze zjawiskiem niedostosowania społecznego, gdyż w okresie ostatnich kilkunastu lat obserwuje się wzrost liczby czynów karalnych i świadczących o demoralizacji dokonywanych przez nieletnich (Rajewska de Mezer, 2009, s. 297).

Sytuacja ta zmusza do podejmowania radykalnych działań poprzedzonych dogłębną analizą mechanizmów i przyczyn problemu. Analiza ta wskazuje na zróżnicowanie zjawiska demoralizacji i najczęściej na kumulację wielu różnorodnych czynników ryzyka pojawienia się problemu niedostosowania społecznego, przy niedostatku tzw. czynników chroniących. Czynniki te wpisują się w założenia koncepcji *resilience* (Rutter, 1987; Garmezy i in., 1984; 1985), która koncentruje się na wzmacnianiu czynników chroniących (indywidualnych, rodzinnych i pozarodzinnych), gwarantujących odporność na negatywne wpływy (Borucka, 2011).

Wydaje się, że w szczególnie niekorzystnej sytuacji są osoby z niepełnosprawnościami, których stan zdrowia i rozwoju powoduje biopsychospołeczne ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu i naraża je często, poprzez niski stopień przystosowania, na uwikłanie w niekorzystne sytuacje społeczne.

Niebezpieczeństwo będzie tym większe, im mniej sprzyjające są warunki ich środowiska życia, szczególnie rodzinnego oraz brak należytego wsparcia instytucjonalnego. Analizując problematykę demoralizacji i oddziaływań resocjalizacyjnych, konieczne jest ustalenie czynników natury społecznej/środowiskowej, czy jak określa Lesław Pytka – twórca diagnostycznej Skali Nieprzystosowania Społecznego – socjokulturowych (Pytka, 2001) lub też czynników zewnętrznych w myśl interakcyjnej koncepcji zachowań dysfunkcyjnych Richarda Jessora i Shirley L. Jessor (1977, 1987, 1998), którzy podają, że zachowania dysfunkcyjne są wypadkową wzajemnych interakcji między trzema grupami zmiennych: zmiennych wyjściowych i podstawowych (np. struktura społeczno-demograficzna rodziny oraz socjalizacja), zmiennych społeczno-psychologicznych i zmiennych zachowania społecznego. Zachowania dewiacyjne według tych autorów to takie, które nie są zgodne z powszechnie akceptowanymi konwencjonalnymi normami (prawnymi,

obyczajowymi, społecznymi, zdrowotnymi), są one źródłem społecznego niepokoju, a także są niepożądane z punktu widzenia autorytetu dorosłych, wywołujących dezaprobatę oraz sankcje społeczne (Gaś, 1995; 2006; Zajączkowski, 2001).

Niewątpliwie zjawisko niedostosowania społecznego – demoralizacji – wymaga szczegółowych diagnoz, zwłaszcza kiedy zjawisko to sprzęga się z dodatkowymi ograniczeniami, np. niepełnosprawnością słuchową.

TEORETYCZNE IMPLIKACJE

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SENSORYCZNA SŁUCHU I JEJ BIOPSYCHOSPOŁECZNE KONSEKWENCJE

Podjmując problematykę niepełnosprawności sensorycznej słuchu i osób jej doświadczających wkraczamy w obszar surdopedagogiki – nauki, której przedmiotem zainteresowań są osoby z wadą słuchu (których na całym świecie żyje ok. 550 mln) (Chrzanowska, 2015), a jej celem „jest przygotowanie osób z wadą słuchu do funkcjonowania w warunkach życiowo zmienionych wskutek zaistniałej wady i do możliwie samodzielnego życia” (Eckert, 1997, s. 149).

Niepełnosprawność słuchu oznacza obniżony w stosunku do normy stan sprawności zmysłowej (słuchowej) organizmu (Gałkowski, 1986), uszkodzenie narządu słuchu, wadę słuchu, ograniczenie lub brak możliwości odbioru bodźców dźwiękowych, percepcji słuchowej (Maciarz, 2005). Niepełnosprawność powoduje dysfunkcjonalność organizmu i stanowi predyspozycję do stwarzania sytuacji problemowych, które oznaczają brak zgodności między możliwościami człowieka a stawianymi mu przez otoczenie wymaganiami (Kowalik, 1996).

Ten rodzaj niepełnosprawności wpisuje się w istotę niepełnosprawności ludzkiej, gdzie wyraźnie widoczny jest obniżony, w stosunku do norm i standardów, poziom funkcjonowania człowieka – na skutek stanu zdrowia, wady wrodzonej, urazu lub zmian starczych (Dryżałowska, 2004) – w trzech płaszczyznach: „biologicznej – zniesienie, ograniczenie lub zaburzenie funkcji organizmu w zależności od stopnia uszkodzenia jego organów i układów; osobowej (psychicznej) – ograniczenie aktywności i działania; społecznej – ograniczenie uczestnictwa w życiu społecznym” (Lipińska-Lokś, 2011, s. 11).

Tak rozumiana niepełnosprawność podkreśla trójwymiarowość zjawiska, co jest widoczne w przyjętej terminologii: uszkodzenie/*impairment* (aspekt biomedyczny: wszelki ubytek czy odstępstwo od psychologicznej, fizjologicznej lub anatomicznej struktury czy funkcji organizmu na skutek wady wrodzonej, choroby czy urazu), niepełnosprawność/*disability* (aspekt funkcjonalny: wszelkie ograniczenie

lub brak – w związku z uszkodzeniem – zdolności do wykonywania czynności w sposób i w zakresie uznanym za normalny), upośledzenie/*handicap* (aspekt psychospołeczny: niekorzystna sytuacja osoby będąca wynikiem wymienionych wcześniej aspektów, ograniczająca czy wręcz uniemożliwiająca jej wypełnianie ról uwzględniających wiek osoby, jej płeć, czynniki kulturowe i społeczne) (ICF, 1980).

Niepełnosprawność wyraża istotę kondycji człowieka, kształtuje jego biografię, określa jego potrzeby (w tym wsparcia), wyznacza charakter jego interakcji w środowisku społecznym (niestety także negatywnych skutkujących wyobcowaniem i zdystansowaniem) (Wojciechowski, 2009).

Należy jednak przytoczyć pogląd, który w pewnym sensie podważa traktowanie osób z wadą słuchu jako doświadczających w pełnym znaczeniu niepełnosprawności. Wskazuje się bowiem „na wyjątkową w porównaniu z innymi grupami osób z niepełnosprawnością sytuację społeczną osób niesłyszących” (Chrzanowska, 2015, s. 232; Podgórska-Jachnik, 2013). Charakter funkcjonowania Głuchych, ich tożsamość, język i kultura rzeczywiście stawia osoby uznające się za kulturowo Głuche (porównujące się do członków innych wspólnot etnicznych i mniejszości językowych) w specyficznej sytuacji (Chrzanowska, 2015). Osoba Głucha, osoba głucha – to nie tylko gra słów, to przede wszystkim rozumienie funkcjonowania osób z niepełnosprawnością słuchu, to wyznacznik wręcz stylu życia osób Głuchych i ich sytuacji. Należy jednak pamiętać, że nie każda osoba głucha (posiadająca uszkodzony słuch) jako Głuchą (będącą członkiem Kultury Głuchych) siebie postrzega.

Problematyka niepełnosprawności słuchu i funkcjonowania osób nią dotkniętych jest więc obszerna i złożona. Już sam aspekt terminologiczny wymaga pewnych wyjaśnień dla precyzji sformułowań i jednoznaczności rozumienia problemu. Wśród wielu terminów funkcjonujących w omawianym obszarze na uwagę zasługują te dotyczące samej niepełnosprawności sensorycznej słuchu: głuchota i niedosłuch czy osób doświadczających uszkodzenia słuchu: głuchy (niesłyszący) i niedosłyszający (słabo słyszający). Terminy te wskazują na stopień niepełnosprawności i jednocześnie ukazują złożoność wady słuchu oraz jej zróżnicowane konsekwencje dla funkcjonowania osób.

Nie bez znaczenia dla funkcjonowania osoby z wadą słuchu jest też moment doznania przez nią niepełnosprawności – to czy niepełnosprawność osoby ma charakter wrodzony (głuchota) czy też nabyty (ogłuchnienie) oraz przyczyna niepełnosprawności słuchu – należy podkreślić liczbę i różnorodność przyczyn (patocynniki o charakterze biologicznym i społecznym, endo- i egzogenne, pre-, peri- i postnatalne) (Szczepankowski, 1999). Próba klasyfikacji przyczyn umożliwiła klasyfikację niedosłuchu, głuchoty, ukazując kolejne typy niepełnosprawności (np. uwzględniając lokalizację uszkodzenia: zaburzenie słuchu centralne i obwodowe

– typu odbiorczego, przewodzeniowego, mieszanego, a biorąc pod uwagę czas uszkodzenia – w połączeniu z fazą rozwoju mowy człowieka: głuchotę pre-, inter-, postlingwalną) (Dryżałowska, 1997). Typ niepełnosprawności słuchu skutkuje specyficznymi trudnościami i rzutuje na ogólne funkcjonowanie człowieka na każdym etapie życia.

Niepełnosprawność sensoryczna słuchu pociąga więc za sobą wiele różnorodnych konsekwencji. Tak jak sam biopsychospołeczny charakter niepełnosprawności, tak i jej konsekwencje dotyczą sfery biologicznej, psychicznej oraz społecznej funkcjonowania człowieka. Zdaniem Aleksandry Maciarz „kluczowym następstwem wady słuchu jest opóźniony rozwój mowy, możliwości rozumienia i komunikowania się, co wpływa na inne sfery rozwojowe” (Maciarz, 1992, s. 139). Osoby niedosłyszące, niesłyszące mają trudności w poznawaniu świata w zakresie treści słuchowych i w związku z tym z przygotowaniem do życia społecznego. Znaczną trudnością jest rozumienie otaczającej rzeczywistości, pełnego zrozumienia stosunków społecznych i praw rządzących światem słyszących, przewidywanie następstw zdarzeń obserwowanych i własnych działań (Dryżałowska, 1997). Trudności w komunikacji werbalnej z otoczeniem skutkują ograniczeniem kontaktów społecznych, ogólnie opóźnieniem w rozwoju społecznym i najczęściej emocjonalnym, gdzie bardzo często do głosu dochodzą: brak akceptacji swej niepełnosprawności przez osoby z uszkodzeniem słuchu oraz brak pełnej akceptacji rodziców i dalszego środowiska. Osoby z niepełnosprawnością słuchu przeżywają negatywne emocje związane ze swymi ograniczeniami, spotykają się często ze społecznym naznaczeniem mianem innych, obcych, gorszych. Często przejawiają zahamowanie, lękliwość, brak im poczucia własnej wartości, pewności siebie, co może pociągać za sobą brak kolejnych umiejętności: podejmowania decyzji i ponoszenia ich konsekwencji oraz sprawdzania się w konkretnym działaniu (Plichta i in., 2017). W szczególności trudnej sytuacji są dzieci z uszkodzeniem słuchu, które albo są pozbawione wsparcia i często nawet zaspokojenia potrzeb przez rodziców, którzy nie w pełni akceptują „wybrakowane sensorycznie” dziecko i siebie w roli rodzica „takiego” dziecka, albo dzieci doświadczające nadopiekuńczości swych rodziców, wyręczane, idealizowane, co w konsekwencji może skutkować poczuciem dziecka bycia najważniejszym, oczekiwaniem stałego zainteresowania swoją osobą, domaganiem się pochwał, narzucaniem swojej woli, nieliczeniem się z potrzebami innych, brakiem umiejętności dzielenia się. W konsekwencji uszkodzenia słuchu, jego skutków dotyczących ograniczeń poznawczych, emocjonalnych, osoba jest także najczęściej mniej zaradna życiowo, przejawia mniejszą samodzielność i to – co jest bardzo charakterystyczne w aspekcie społecznym – legitymuje się mniejszymi kompetencjami społecznymi, m.in. widoczne są niedostatki umiejętności funkcjonowania w grupie, nawiązywania, podtrzymywania interakcji oraz rozwiązywania konfliktów

w grupie, które mają miejsce nie tylko w grupach osób słyszących i niesłyszących, ale też w grupach homogenicznych osób z wadą słuchu. Co ciekawe niedostatki w sferze kompetencji społecznych mogą powodować izolowanie się osoby głuchej, niedosłyszącej, czy też często spotykają się ze zdecydowaną reakcją otoczenia, rówieśników, którzy nie dostrzegając w koledze z wadą słuchu partnera interakcji, wykluczają go ze swego grona. Ta z kolei sytuacja albo nasili wspomnianą już samoizolację osoby głuchej, niedosłyszącej, albo uruchomi wręcz walkę o bycie w grupie, niestety często w sposób nieakceptowany społecznie, np. błazenada czy zachowania agresywne (Maciarz, 1992; Ekiert, 1997). Chęć zaimponowania rówieśnikom, odnalezienia swego społecznego miejsca może mieć różny skutek dla funkcjonowania każdej osoby, ale wydaje się, że z niepełnosprawnością sensoryczną słuchu szczególnie. Na tę sytuację młodzieży niesłyszącej należy zwrócić uwagę, dostrzegając różnice w poziomie rozwoju społecznego słyszących i niesłyszących. Różnice te dotyczą m.in.: poczucia odpowiedzialności, którego źródeł być może powinno się upatrywać w postawie wyręczania, czy autokratycznej rodziców, ale też w instytucjonalnym wychowaniu internatowym (wychowanek podlega kontroli i decyzyjności wychowawcy) – osoby z uszkodzonym słuchem charakteryzuje niższe poczucie odpowiedzialności; umiejętności współdziałania, współpracy i współżycia – problemy w tym zakresie to niedostateczne (na skutek utraty słuchu) wykształcenie takich cech osób z wadą słuchu, jak: czynność, życzliwość, chęć współdziałania, wiara we własne umiejętności; gotowości do udzielania pomocy innym – rzadziej występuje u niesłyszących pomoc bezinteresowna, często spotykane jest nastawienie „wszystko dla siebie”, dbanie głównie o własne wygody i interesy; umiejętności oceny człowieka – niższe wyniki osób z wadą słuchu, mogą wynikać ze specyfiki ich myślenia (myślenie pozostaje długo na etapie konkretno-obrazowego, niedostatki myślenia abstrakcyjnego, nieumiejętność wyciągania odpowiednich wniosków i brak zdolności krytycznego oceniania) oraz dominacji percepcji wzrokowej i dostrzegania głównie cech zewnętrznych innych ludzi (<http://przemysl.idn.org.pl/files/zaburzenia-sluchu.doc>, dostęp: 22.09.2020).

Podsumowując, niewątpliwie sam stan zdrowia i rozwoju człowieka odgrywa znaczącą rolę w jego funkcjonowaniu. Nie bez znaczenia zdaniem Czesława Dziemidowicza są także: wiek, w jakim nastąpiła utrata sprawności słuchowej (szczególnie w kontekście rozwoju mowy), rodzaj i stopień utraty słuchu, protezowanie słuchowe, umiejętność wykorzystania posiadanych resztek słuchu, cechy osobowości osoby niesłyszącej (m.in. poziom inteligencji, zdolności kompensacyjne, motywacja, gotowość do integracji z osobami słyszącymi), podstawowy sposób porozumiewania się z otoczeniem. Kolejne wymienione przez autora czynniki wpływające na konsekwencje uszkodzenia słuchu u różnych osób należy rozpatrywać w aspekcie czynników o charakterze środowiskowym/społecznym/socjokulturowym. Wśród

tych czynników zostały wymienione: czynniki środowiskowe okresu dzieciństwa (w tym stan zdrowia rodziców, ich postawa wspierająca dziecko, wczesne wspomaganie specjalistyczne rozwoju dziecka), aktualne warunki rodzinne osoby niesłyszącej (m.in. kontakty z bliską rodziną, przyjaciółmi), czynniki środowiskowe wieku szkolnego (m.in. forma edukacji dziecka, miejsce zamieszkania dziecka podczas nauki, czas wolny dziecka) (Dziemidowicz, 1996).

Należy stwierdzić, że osoba z niepełnosprawnością sensoryczną słuchu charakteryzuje się często niskim stopniem przystosowania osobniczego, licznymi problemami poznawczymi, emocjonalnymi w interakcjach społecznych, przy jednoczesnych niedostatkach środowiska rodzinnego oraz wsparcia w środowisku szkolnym, co stawia ją w trudnej sytuacji życiowej, narażając ją na szereg niebezpiecznych skutków, także tych społecznych o charakterze niedostosowania społecznego.

DEMORALIZACJA NIELETNICH – WYBRANE ASPEKTY

W okresie ostatnich kilkunastu lat – jak już wspomniano we wstępie – obserwujemy wzrost liczby czynów karalnych i świadczących o demoralizacji dokonywanych przez nieletnich. Statystyki i przeprowadzone badania dotyczące przestępczości nieletnich wskazują na eskalację tego zjawiska i utrzymywanie tendencji wzrostowych. Poszukiwane są też odpowiedzi na pytania dotyczące etiologii procesu niedostosowania społecznego nieletnich, zwłaszcza że „przyczyny zaburzeń zachowania charakteryzują się dużą różnorodnością i złożonością, a w większości przypadków różnorodne czynniki współwystępują i przeplatają się, tworząc zindywidualizowaną, właściwą danej jednostce mozaikę przyczynową” (Rajewska de Mezer, 1997, s. 297). Według Jana Konopnickiego na etiologię zjawiska niedostosowania społecznego składają się następujące przyczyny: biologiczne (wewnętrzne) jednostki – w tym organiczne, np. uszkodzenia centralnego układu nerwowego; psychiczne – uwarunkowane przede wszystkim czynnikami dziedziczności i obejmujące sferę emocjonalną i wolicjonalną w zakresie popędów, co powoduje zmiany psychopatyczne; środowiskowe – np. wadliwa struktura rodziny, zaniedbania środowiska wychowującego, błędy wychowawcze rodziny i szkoły, wpływ środków masowego przekazu na kształtowanie postawy społeczno-moralnej dzieci i młodzieży (Konopnicki, 1971).

Określanie nieadekwatności zachowań podejmowanych przez daną jednostkę, polegająca na łamaniu przez nią norm lub ignorancji oczekiwań społecznych określa się jako: „niedostosowanie społeczne” („nieprzystosowanie społeczne”, „wykolejenie społeczne”, „zachowanie dewiacyjne”, „zaburzenie w zachowaniu”,

„demoralizację” czy też „zachowanie patologiczne” lub „zachowanie przestępcze”) (Szymański, 2010). Sam termin „niedostosowanie społeczne” należy wiązać z nierespektowaniem społecznych norm i powodowaniem społecznej reakcji (ze strony grupy rówieśniczej, klas szkolnej i nauczycieli), a odbiór tych reakcji przez dziecko niedostosowane ma określone konsekwencje w dalszym rozwoju psychospołecznym (Urban, 2000). Zestawienie obszarów i zachowań charakterystycznych dla jednostek niedostosowanych społecznie szczegółowo ujmuje Ewa Wysocka (2008). Tkwią one w: osobowości i psychopatologii, np. brak wrażliwości na krzywdę innych; brak zdolności odczuwania żalu za popełnione czyny; brak poczucia winy za popełnione czyny; negatywizm wobec obowiązków i zadań; notoryczne kłamstwa, zachowania autoagresywne; zaburzenia koncentracji uwagi; lękliwość; funkcjonowaniu w sytuacji szkolnej – szeroko rozumianych niepowodzeniach szkolnych; funkcjonowaniu w rodzinie, m.in. ucieczki, konflikty z rodzicami, przebywanie poza domem w sposób niekontrolowany; funkcjonowaniu w grupie rówieśniczej – konflikty z rówieśnikami, uczestnictwo w gangach, bandach; uczestnictwo w bójkach; ujawnianiu zachowań patologicznych, jak: włóczęgostwo, picie alkoholu, narkotyzowanie się, prostytutka; podejmowanie prób samobójczych, niekonwencjonalne zachowania seksualne; relacjach z innymi ludźmi – bunt przeciw autorytetom; przemoc wobec innych, agresja werbalna, agresja niewerbalna; zachowaniach naruszających normy społeczno-prawne – przywłaszczanie mienia, kradzieże; ujawniona przestępczość; niszczenie mienia – wandalizm.

Wobec nieletnich ujawniających cechy niedostosowania społecznego stosuje się też termin „demoralizacja”, która oznacza stan bądź proces charakteryzujący negatywne postawy i zachowania nieletniego w stosunku do obowiązujących w społeczeństwie podstawowych norm i zasad postępowania (za: Urban, 2008; za: Szymański, 2010). Demoralizacja w świetle przepisów u.p.n (Ustawy o postępowaniu w sprawach nieletnich, z dnia 26 października 1982 r., Dz.U. Nr 35, poz. 228) oznacza „szczególnie intensywną i względnie trwałą postać nieprzystosowania społecznego” (Szymański, 2010, s. 25).

Podstawowym aktem prawnym regulującym postępowanie wobec nieletnich popełniających czyny karalne jest Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich, Dz.U. Nr 35, poz. 228 (dalej: u.p.n.), która ma dwa zasadnicze cele: przeciwdziałanie demoralizacji i przestępczości nieletnich oraz stworzenie warunków powrotu do normalnego życia tym nieletnim, którzy popadli w konflikt z prawem bądź zasadami współżycia społecznego oraz dążenie do umacnianie funkcji opiekuńczo-wychowawczej i poczucia odpowiedzialności rodzin za wychowanie nieletnich na świadomych swych obowiązków członków społeczeństwa (Wałęcki, 2013). Środki wychowawcze, które wynikają z ustawy, stosuje się wobec nieletnich, którzy ujawniają następujące cechy demoralizacji:

„naruszenie zasad współżycia społecznego, popełnienie czynu zabronionego, systematyczne uchylanie się od obowiązku szkolnego lub kształcenia zawodowego, używanie alkoholu lub innych środków w celu wprowadzenia się w stan odurzenia, uprawianie narządu, włóczęgostwo, udział w grupach przestępczych” (za: Borowski, Wysocki, 2001, s. 173). Ustawa przewiduje następujące rodzaje oddziaływań wobec nieletnich: środki o charakterze ostrzegawczym, w tym umorzenie postępowania lub upomnienie nieletniego (art. 21§2 oraz 6 pkt 1 u.p.n.); zobowiązanie nieletniego do odpowiedniego zachowania się (art. 6 pkt 2 8 u.p.n.); skierowanie nieletniego do instytucji, która pomoże mu w rozwiązaniu jego problemów (art. 6 pkt 2 i pkt 6 oraz art. 42§4 u.p.n.); środki o charakterze nadzorczym, połączone jednak z prowadzeniem pracy wychowawczej – czyli nadzór odpowiedzialny rodziców lub opiekuna, kuratora lub organizacji albo osoby godnej zaufania (art. 6 pkt 3-5 u.p.n.); środki zmieniające środowisko wychowawcze nieletniego (art. 6 pkt 9 i art. 12 u.p.n.) (Klaus, 2009).

Stąd istotna jest diagnoza dotycząca młodych ludzi przejawiających formy niedostosowania – ustalenia danych dotyczących nieletniego i jego środowiska, a w szczególności dotyczących zachowania się i warunków wychowywania nieletniego, sytuacji bytowej rodziny, przebiegu nauki, sposobu spędzania czasu wolnego, kontaktów środowiskowych, stosunku rodziców i opiekunów do niego, stanu zdrowia. Ponadto w razie potrzeby uzyskania bardziej kompleksowej diagnozy osobowości nieletniego, wymagającej wiedzy pedagogicznej, psychologicznej lub medycznej oraz określenia właściwych kierunków oddziaływania na nieletniego, sąd rodzinny może zwrócić się o wydanie opinii do Rodzinnego Ośrodka Diagnostyczno-Konsultacyjnego (aktualnie: Opiniodawczy Zespół Sądowych Specjalistów) (Szymański, 2010). W 2015 roku zmieniono nazwę Rodzinnych Ośrodków Diagnostyczno-Konsultacyjnych na Opiniodawcze Zespoły Sądowych Specjalistów, określono miejsce działania w sądach okręgowych, a ustawa, która reguluje funkcjonowanie OZSS to Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów Dz.U. Poz. 1418 oraz z Zarządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 1 lutego 2016 r. w sprawie standardów metodologii opiniodawania w opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów (Dz. Urz. z 2016 r. poz. 76 z późn. zm.). Jak wynika z obecnie obowiązującej ustawy, zadaniem OZSS jest nadal sporządzanie na zlecenie sądu lub prokuratora opinii w sprawach rodzinnych i opiekuńczych oraz w sprawach nieletnich, na podstawie przeprowadzonych badań psychologicznych, pedagogicznych lub lekarskich. Zespoły na zlecenie sądu prowadzą także mediacje, przeprowadzają wywiady środowiskowe w sprawach nieletnich oraz prowadzą poradnictwo specjalistyczne dla małoletnich, nieletnich i ich rodzin (Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów). Dokonywanie kompleksowej diagnozy jest niezwykle istotne

zwłaszcza przy kierowaniu nieletniego do instytucjonalnych oddziaływań resocjalizacyjnych i aby wszelkie oddziaływania stosowane wobec nieletniego mogły być skuteczne (Ostrowska, 2008).

PROBLEM I CEL BADAŃ

Główny problem badawczy sformułowano w postaci pytania: Jakie znaczenie ma kumulacja różnorodnych czynników w procesie demoralizacji młodego człowieka?

Celem badań jest poznanie sytuacji chłopca doświadczającego niepełnosprawności słuchu i przejawiającego szczególnie intensywną, względnie trwałą postać nieprzystosowania/niedostosowania społecznego oraz uwarunkowań tej sytuacji: przyczyn i mechanizmów funkcjonowania chłopca z wadą słuchu, wpływu przyczyn rodzinnych i konsekwencji z nich wynikających, które skutkują pogłębiającym się u niego procesem demoralizacji. Został także zaznaczony aspekt trudności funkcjonowania badanego – zaniedbań, których dopuszcza się chłopak, pomimo otoczenia go pomocą pracowników domu dziecka, Poradni Audiologiczno-Laryngologicznej oraz Ośrodka dla Dzieci z Wadami Słuchu i Mowy.

Diagnoza posłuży opracowaniu propozycji oddziaływań wspierających poprawę funkcjonowania nieletniego.

METODA BADAŃ I CHARAKTERYSTYKA BADANEGO

Badania mają charakter badań jakościowych z wykorzystaniem metody indywidualnego przypadku. Została zastosowana technika analizy dokumentów, w tym analiza opinii OZSS.

Diagnozą objęto chłopca w wieku 15 lat. Diagnoza została wybrana do niniejszego opracowania celowo, gdyż ilustruje funkcjonowanie chłopaka z wadą słuchu i przejawami niedostosowania społecznego. Została ona pozyskana w trakcie badań diagnostycznych nieletniego realizowanych przez współautorkę tekstu – Lidie Wawryk, która dodatkowo pracuje jako specjalista do spraw pedagogiki w Opiniodawczym Zespole Sądowych Specjalistów w Sądzie Okręgowym w Zielonej Górze. Dane personalne badanego zostały zmienione. W opracowaniu wykorzystano i zmodyfikowano część pedagogiczną diagnozy oraz wnioski z niej płynące, wszystko za zgodą kierownika Opiniodawczego Zespołu Sądowych Specjalistów w Zielonej Górze.

PROCEDURA ANALIZY DANYCH

Dane zostały pozyskane z pełnym uwzględnieniem zasad dobrej diagnozy. Analiza danych została zrealizowana zgodnie z procedurą badań jakościowych. Dane uzyskane odnoszą się do zasadniczych obszarów ukazujących sytuację badanego i jej uwarunkowania: stan zdrowia i rozwoju badanego chłopca, sytuacja rodzinna badanego, sytuacja szkolna badanego oraz istota i rozwój jego niedostosowania społecznego. Wyniki analizy danych zostały przedstawione w formie opisowej.

WYNIKI

Zrealizowana diagnoza ukazała sytuację 15-letniego chłopca i jej uwarunkowania. Wyniki diagnozy ukazano w perspektywie biopsychospołecznych czynników stanowiących zasadniczo zarówno przyczynę, jak i skutek aktualnego funkcjonowania badanego. Zaprezentowana diagnoza spełnia funkcję praktycznej ilustracji opisywanych wcześniej zjawisk i procesów. Analiza opinii OZSS pozwoliła wyszczególnić istotne obszary niezbędne w analizie rozwoju demoralizacji nieletniego (rozwój oraz stan zdrowia, środowisko rodzinne, sytuacja szkolna, proces niedostosowania społecznego).

ROZWÓJ ORAZ STAN ZDROWIA

Nieletni urodził się w 35. tygodniu ciąży siłami natury niskiej o masie urodzeniowej. Otrzymał 10 punktów w skali Apgar. Jako dziecko często chorował, przebywał na oddziale szpitalnym jako kilkuletnie dziecko z rozpoznaniem obustronnego stanu zapalnego ucha środkowego, całkowitym ubytkiem błon bębenkowych oraz głębokim niedosłuchem obustronnym. Zalecono mu opiekę laryngologiczną, logopedyczną i psychologiczną, a także noszenie aparatu słuchowego. Od lat objęty opieką Poradni Audiologiczno-Laryngologicznej, ale jak twierdzi, nie uczestniczył w rehabilitacji związanej z wadą słuchu. Nie nosi obecnie aparatu słuchowego, demonstracyjnie zaniedbuje to. Nie posługuje się językiem migowym. Przyjmuje leki przepisane przez psychiatrę w formie płynnej, gdyż nie połyka tabletek, nie utrzymuje systematyczności ich zażywania, oszukuje wychowawców.

Posiada orzeczenie o niepełnosprawności 03-L, posiada także orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną z uwagi na niedosłuch. Leczony psychiatrycznie – z uwagi na nasilające się problemy w zachowaniu przebywał w Centrum Leczenia Dzieci

i Młodzieży, gdzie rozpoznano u niego zaburzenia zachowania i emocji oraz rozpoznano zaburzenia zachowania z prawidłowym procesem socjalizacji. Zalecono wtedy farmakoterapię, a także pobyt w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii, ale nie został tam umieszczony. Stracił przytomność po zażyciu leków i spożyciu z kolegami alkoholu niewiadomego pochodzenia, był hospitalizowany.

ŚRODOWISKO RODZINNE

Chłopak od 5. roku życia przebywa w domu dziecka z uwagi na problem alkoholowy rodziców. Dziesięć lat temu ograniczono im władzę rodzicielską poprzez umieszczenie go i jego młodszego rodzeństwa w placówce opiekuńczo-wychowawczej typu socjalizacyjnego, a jego rodziców w 2012 roku pozbawiono ostatecznie władzy rodzicielskiej. Rodzice nie utrzymywali z dziećmi kontaktu w trakcie ich pobytu w placówce, sporadycznie i przypadkowo chłopak spotykał matkę, będąc na urlopowaniu u starszej siostry. Z chwilą usamodzielnienia rodzeństwa pozostał sam w placówce. Chłopak posiada jeszcze pięcioro starszego rodzeństwa, ale kontaktuje się wyłącznie z jedną ze starszych sióstr. Jeden ze starszych braci niedawno zginął, prawdopodobnie śmiercią samobójczą.

SYTUACJA SZKOLNA

Nieletni uczęszczał do powszechnej szkoły podstawowej do klas I–IV. Powtarzał klasę IV i z uwagi na trudności został przeniesiony do Ośrodka dla Dzieci z Wadami Słuchu i Mowy, zamieszkał także w internacie ośrodka. Powtarza obecnie klasę VI. Nieletni ma dwuletnie opóźnienie w realizacji obowiązku szkolnego. Jest mało krytyczny odnośnie do oceny swojego zachowania, nie przyjmuje też negatywnych informacji o sobie ze strony innych osób – zwłaszcza autorytetów wychowawczych. Wobec rówieśników zachowuje się opryskliwie i agresywnie.

PROCES NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO

Chłopak pozostaje w zainteresowaniu Sądu od 2013 roku z uwagi na narażenie życia nauczycielki – rzucił plecak, który spadł na nią, kiedy wchodziła po schodach i uderzył ją w tył głowy (podejrzanie pęknięcia kręgu szyjnego). W obliczu powyższego Sąd zobowiązał nieletniego do prawidłowego zachowania w szkole, placówce opiekuńczo-wychowawczej (dom dziecka) i przestrzegania porządku prawnego pod

kontrolą kuratora sądowego. Chłopak jednak nadal zachowywał się niewłaściwie na terenie szkoły, dokonał też kradzieży komputera na terenie domu dziecka. Ponadto groził koledze i go pobił. W kolejnym postanowieniu Sąd zastosował wobec niego środek wychowawczy w postaci nadzoru kuratora. Podczas trwania nadzoru chłopak krótkotrwale mobilizował się do zmiany niewłaściwego zachowania na terenie ośrodka i w internacie ośrodka, a także w domu dziecka. Łamał regulaminy. Często ulegał wpływom starszych kolegów. Bywał też wulgarny, zaczepiał innych, palił papierosy, eksperymentował z narkotykami, spożył alkohol wraz z innymi środkami, co spowodowało zatrucie i utratę przytomności. Spóźniał się na lekcje, wagarował, nie odrabiał lekcji i nie nadrabiał zaległości. Stąd w roku 2017 roku kurator wniósł o zmianę postanowienia w przedmiocie umieszczenia nieletniego w MOW-ie i wydaniu postanowienia zabezpieczającego przez umieszczenie nieletniego na czas trwania postępowania w młodzieżowym ośrodku wychowawczym.

Z uwagi na lekceważenie i nieprzestrzeganie regulaminu chłopak w styczniu 2017 roku został wydalony z internatu i skreślony z listy uczniów. Dyrekcja domu dziecka postulowała też, aby w trybie pilnym umieścić nieletniego w młodzieżowym ośrodku wychowawczym z uwagi na postępujący proces demoralizacji.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Uzyskane w wyniku przeprowadzonej diagnozy dane ukazują złożoną i specyficzną sytuację nieletniego. Diagnozowany przypadek wpisuje się w znany z literatury obraz zaburzonego funkcjonowania osoby z niepełnosprawnością słuchu. Analiza wyników pozwala na potwierdzenie znaczenia kumulacji wielu zróżnicowanych – o charakterze biopsychospołecznym czynników w przebiegu niedostosowania społecznego młodego człowieka. Na uwagę zasługują następujące kwestie:

1. W trakcie diagnozy chłopak wypowiadał się zachowawczo o swojej sytuacji rodzinnej oraz o swoim funkcjonowaniu w domu dziecka i ośrodku; bagatelizował sytuacje, w których brał udział – pobicie kolegi, kradzież komputera, niewłaściwe – wulgarnie zachowanie w ośrodku, internacie oraz w domu dziecka. Nie wyciąga wniosków i nie modyfikuje swojego negatywnego zachowania w ostatnich latach.
2. Chłopak zaprzecza zaistniałym zdarzeniom i pozostaje wobec nich bezkrytyczny. W styczniu po wypiciu alkoholu i zażyciu leków stracił przytomność z narażeniem życia. Za naruszenie regulaminu ośrodka został z niego wydalony – warunkowo został ponownie przyjęty.
3. Cechuje go niska motywacja do podejmowania zadań i wysiłku umysłowego. Mowa nieletniego jest zniekształcona, charakterystyczna dla dziecka

z wadą słuchu (bezdźwięczność, mylenie głosek zbliżonych fonetycznie). Czyta wolno, nie wymawia niektórych liter, zniekształca wyrazy. Nie rozumie poleceń, wymaga ukierunkowania. Ujawnia trudności z pisaniem (pisze miejscami nieczytelnie), popełnia liczne błędy np. gramatyczne i ortograficzne. Jest leworęczny. Jego rozumienie i słyszenie innych osób jest ograniczone, zwłaszcza gdy nie widzi osoby mówiącej, ponieważ w komunikowaniu wspomaga się odczytywaniem mowy z ust. Wypowiada się pojedynczymi, krótkimi zdaniami, nie zawsze poprawnymi gramatycznie.

4. Chłopak jest impulsywny w zachowaniu, agresywny wobec innych, nie kontroluje się, zachowuje się demonstracyjnie, nie liczy się z innymi. Mimo ograniczeń związanych z wadą słuchu nie ma trudności w nawiązywaniu kontaktów społecznych, ale dryfuje zazwyczaj ku starszym kolegom. Roszczeniowy wobec innych, skoncentrowany na zaspokajaniu swoich potrzeb.
5. Nie potrafi respektować obowiązujących zasad współżycia społecznego oraz systemu norm i wartości, chociaż jest ich świadomy.
6. Z uwagi na dwukrotne powtarzanie klasy nieletni dominuje posturą fizyczną nad innymi uczniami w szkole – wykorzystuje to; w zakresie swojego funkcjonowania aspiruje do dorosłości (zażywanie marihuany, spożywanie alkoholu, palenie papierosów, spotkania z dziewczyną w internacie).
7. Chłopak pali papierosy, spożywa alkohol oraz eksperymentował z narkotykami za namową kolegów.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że w przypadku doświadczania niepełnosprawności, w tym przypadku niepełnosprawności słuchu, zwiększa się ryzyko rozwoju nieprzystosowania osobniczego, co z kolei – przy niekorzystnej sytuacji rodzinnej, szkolnej i braku należytego wsparcia – może skutkować pełnoobjawowym niedostosowaniem społecznym.

WNIOSKI

Zrealizowana diagnoza ukazała złożoność sytuacji życiowej nieletniego z niepełnosprawnością sensoryczną słuchu przejawiającego znamiona demoralizacji. Jednoznacznie został wykazany zaawansowany stopień niedostosowania społecznego. Chłopak mimo młodego wieku w pełni zasłużył na miano zdemoralizowanego. Ujawnia zaburzenia zachowania i emocji, które na obecnym etapie przybrały formę nasilającej się demoralizacji (preferuje środowisko nieformalne, spożywa alkohol, może mieć kontakt z marihuaną, pali papierosy, jest wulgarny w stosunku do osób go dyscyplinujących oraz innych uczniów oraz wychowanków domu dziecka).

Ukazana diagnoza pozwala na wnioskowanie o wystąpieniu i kumulacji czynników biopsychospołecznych, które niewątpliwie zdecydowanie wpłynęły na sytuację chłopaka. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że chłopak jest wychowankiem domu dziecka – instytucji, która z założenia nie jest powołana do realizacji czystych oddziaływań rewalidacyjnych wobec dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością, co może być dodatkowym czynnikiem ryzyka, mimo starań osób tam pracujących. Ogromnym problemem jest także to, że chłopak lekceważy swoją niepełnosprawność, nie korzysta z aparatu słuchowego, ma także trudność w respektowaniu zaleceń psychiatry (utrzymaniu systematycznej farmakoterapii), nie przejawia motywacji do nauki i uzyskania przyszłego wykształcenia, a środek wychowawczy w postaci nadzoru kuratora sądowego jest przez nieletniego odbierany jako kolejna forma kontrolowania go, nie stosuje się więc do realizacji zaleceń.

Analiza aktualnej sytuacji 15-letniego chłopaka stanowi podstawę do wnioskowania o konieczności podjęcia wobec niego zdecydowanych oddziaływań o charakterze resocjalizacyjnym, rewalidacyjnym oraz profilaktycznym. Tylko bowiem kompleksowe działania są w stanie zmienić funkcjonowanie osoby, w biografii której zaistniało tak wiele różnorodnych niekorzystnych czynników.

Analiza uzyskanych wyników pozwoliła więc na sformułowanie następujących postulatów dotyczących próby poprawy sytuacji tego młodego człowieka w poszczególnych zakresach oddziaływań wobec niego realizowanych.

W zakresie opieki i wychowania – wskazane jest umieszczenie nieletniego w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, gdyż wcześniejsze środki pomocowe nie przyniosły oczekiwanych skutków. Umieszczenie chłopaka w MOW-ie jest jak najbardziej zasadne, będzie służyło eliminowaniu przyczyn i przejawów niedostosowania społecznego, jego socjalizacji. Pozwoli ukształtować u nieletniego prawidłowy system norm i wartości, umiejętność stawiania sobie adekwatnych do możliwości psychofizycznych celów życiowych. MOW jest – wydaje się – jedyną szansą na realizowanie wobec niego funkcji opiekuńczych i wychowawczych. Dla zaspokojenia potrzeby więzi z osobami bliskimi wskazane jest wspieranie kontaktów chłopaka z jego starszą siostrą (jedyną osobą z kręgu rodzinnego, z którą utrzymuje on relacje).

W zakresie edukacji chłopak wymaga stałego nadzoru wychowawczego w procesie edukacji, kontroli i pomocy w nauce, zorganizowanego czasu wolnego. Wymaga kontynuowania kształcenia specjalnego zgodnego z wymogami dostosowanymi dla dzieci z wadą słuchu. Posiada on specjalne potrzeby edukacyjne, których w obecnej sytuacji nie uda się zaspokoić w warunkach innych niż te tworzone w młodzieżowym ośrodku wychowawczym. Tylko pełne stosowanie zasad ortodydaktyki i psychoedukacji w procesie jego nauczania umożliwi mu kontynuowanie edukacji, ukończenie szkoły, zdobycie zawodu. Pozwoli na likwidację negatywizmu szkolnego.

W zakresie profilaktyki i terapii wskazane jest objęcie nieletniego zintensyfikowanymi oddziaływaniami z zakresu profilaktyki uzależnień na terenie MOW-u w celu zrozumienia przez niego istoty uzależnień i wycofania się z ryzykownych zachowań dysfunkcyjnych. Z uwagi na istniejące problemy konieczna jest socjoterapia. Chłopak powinien być także poddany specjalistycznej opiece i rehabilitacji związanej z posiadaną wadą słuchu oraz terapii surdologicpedycznej. Powinien stale korzystać z aparatu słuchowego i to w MOW-ie jest możliwość dopilnowania go w tym zakresie.

OGRANICZENIA BADAŃ

Założeniem badania było przedstawienie indywidualnego przypadku, jego celowy dobór. Ta sytuacja nie daje jednak podstaw do uogólniania uzyskanych wyników na całą populację osób z niepełnosprawnością słuchu oraz na grupę osób niedostosowanych społecznie. Aby dopełnić obrazu eksplorowanego zagadnienia byłoby wskazane zestawienie większej liczby analiz indywidualnych przypadków o podobnym spektrum funkcjonowania, co z uwagi na niedostępność innych diagnoz było niemożliwe. Ograniczeniem badań mogła być także sytuacja samej diagnozy (jej miejsce, osoba diagnozująca, obszar diagnozy), która stanowiła sytuację trudną dla diagnozowanego, który mógł uruchomić swoiste mechanizmy obronne (konfabulacje, postawa negatywizmu).

BIBLIOGRAFIA

- Borucka, A. (2011). Koncepcja resilience. Podstawowe założenia i nurty badań. W: W. Junik (red.). *Resilience* (s. 11–28). Warszawa: Parpamedia.
- Borowski, R., Wysocki, D. (2001). *Instytucje wychowania resocjalizującego*. Płock: Novum.
- Chrzanowska, I. (2015). *Pedagogika specjalna. Od tradycji do współczesności*. Kraków: Impuls.
- Dziemidowicz, C. (1996). *Dziecko głuche i język ojczysty. Traktat o rozwoju języka w całkowitej ciszy*. Bydgoszcz: Tanan.
- Dryżałowska, G. (1997). *Rozwój językowy dziecka z uszkodzonym słuchem a integracja edukacyjna. Model kształcenia integracyjnego*. Warszawa: Wyd. UW.
- Dryżałowska, G. (2004). Niepełnosprawność. W: T. Pilch (red.). *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku* (s. 646–649). Warszawa: Żak.

- Eckert, U. (1997). Pedagogika niesłyszących i niedosłyszących – surdopedagogika. W: W. Dykciak (red.). *Pedagogika specjalna* (s. 167–179). Poznań: Wyd. Naukowe UAM.
- Gałkowski, T. (red.). (1986). *Encyklopedyczny słownik rehabilitacji*. Warszawa: PZWL.
- Garmezy, N. i in., (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 95–111.
- Garmezy, N. (1985). Stres-resistant children: The search for protective factors. W: J. Stevenson (red.). *Recent research in developmental Psychopathology* (s. 213–234). Oxford-New York-Toronto-Sydney-Paris-Frankfurt: Pergamon Press.
- Gaś, Z.B. (1995). *Rodzina a uzależnienia*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Gaś, Z.B. (2006). *Profilaktyka w szkole*. Warszawa: WSiP.
- International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (1980). World Health Organization, Geneva.
- Jessor, R., Jessor, S. (1977). *Problem behavior and psychological development: a longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R. (1987). Problem-Behavior Theory, Psychological Development, and Adolescent Problem Drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331–342.
- Jessor, R. (1998). New perspectives on adolescent risk behaviour. W: R. Jessor (red.). *New perspectives on adolescent risk behaviour* (s. 1–10). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kowalik, S. (1996). *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*. Warszawa: Interart.
- Lipińska-Lokś, J. (2011). *Zmiany stosunków między dziećmi pełnosprawnymi i dziećmi z niepełnosprawnością w klasach integracyjnych*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Klaus, W. (2009). *Dziecko przed sądem. Wymiar sprawiedliwości wobec przestępczości młodszych nieletnich*. WaiP.
- Maciarz, A. (1992). *Uczniowie niepełnosprawni w szkole powszechnej. Poradnik dla nauczycieli*. Warszawa: WSiP.
- Maciarz, A. (2005). *Mały leksykon pedagoga specjalnego*. Kraków: Impuls.
- Plichta, P., Jagoszewska, I., Gładyszewska-Cylulko, J., Szczupał, B., Drzazga, A., Cytowska, B. (2017). *Specjalne potrzeby edukacyjne uczniów z niepełnosprawnościami. Charakterystyka, specyfika edukacji i wsparcie*. Kraków: Impuls.
- Ostrowska, K. (2008). *Pedagogika resocjalizacyjna. W kierunku nowej specjalności psychologii*. Warszawa: Wyd. Fraszka Edukacyjna.
- Podgórska-Jachnik, D. (2013). *Głusi. Emancypacje*. Łódź: WSP.
- Pytko, L. (2001). *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej.
- Rajewska de Mezer, J. (2009). Sytuacja rodzinna nieletnich sprawców czynów karalnych i świadczących o demoralizacji, wobec których orzeczono środek poprawczy.

- W: A. Jaworska (red.). *Resocjalizacja. Zagadnienia prawne, społeczne i metodyczne* (s. 297–305). Kraków: Impuls.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanism. *American Journal Orthopsychiatric*, 57(3), 598–611.
- Szczepankowski, B. (1999). *Niesłyszący – głusi – głuchoniemi. Wyrównywanie szans*. Warszawa: WSiP.
- Szymański, A. (2010). *Niedostosowanie społeczne dzieci i młodzieży. Wybrane problemy*. Warszawa: Komandor.
- Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów Dz.U. Poz. 1418. Pobrane 14, Listopada, 2020 z: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150001418>
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. 2010, Nr 33, poz. 178).
- Urban, B. (2000). *Zachowania dewiacyjne młodzieży*. Kraków: Wyd. UJ.
- Urban, B. (2008). Zaburzenia w zachowaniu i niedostosowanie społeczne w świetle współczesnych wyników badań. W: B. Urban, J.M. Stanik (red.). *Resocjalizacja* (s. 136–167), tom 1. Warszawa: PWN.
- Wałęcki, M. (2013). Sądowo-psychiatryczne aspekty zaburzeń zachowania. W: A. Kołakowski (red.). *Zaburzenia zachowania u dzieci. Teoria i praktyka* (s. 356–362). Sopot: GWP.
- Wojciechowski, F. (2009). Interakcje osób niepełnosprawnych w przestrzeni edukacyjnej. W: G. Dryżałowska, H. Żuraw (red.). *Trwałość i zmiana w pedagogice specjalnej* (s. 121–139). Warszawa: Żak.
- Wysocka, E. (2008). *Diagnoza w resocjalizacji. Obszary problemowe i modele rozwiązań w ujęciu psychopedagogicznym*. Warszawa: PWN.
- Zajączkowski, K. (2000). *Profilaktyka zachowań dewiacyjnych dzieci i młodzieży*. Toruń: Adam Marszałek.
- Zarządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 1 lutego 2016 r. w sprawie standardów metodologii opiniowania w opiniodawczych zespołach sądowych specjalistów (Dz. Urz. z 2016 r. poz. 76 z późn. zm.).

ŹRÓDŁA INTERNETOWE:

<http://przemysl.idn.org.pl/files/zaburzenia-sluchu.doc> [dostęp: 22.09.2020].

ACCUMULATION OF UNFAVORABLE BIOPSYCHOLOGICAL
AND SOCIOCULTURAL FACTORS IN THE COURSE OF THE DEMORALIZATION
PROCESS A MINOR WITH A SENSORY HEARING IMPAIRMENT

Introduction: The reality is full of new phenomena, and the existing ones are transformed. An example is the phenomenon of social maladjustment. There is an increase in the number of criminal acts and acts proving demoralization committed by children and adolescents. The situation forces us to take radical measures, preceded by an in-depth analysis of the mechanisms and causes of the problem. The analysis shows the diversification of the demoralization phenomenon and, most often, the accumulation of risk factors for the emergence of the problem of social maladjustment, with the scarcity of the so-called protective factors. People with disabilities are in a particularly disadvantaged situation, often with a low degree of adaptation, exposed to unfavorable social situations. The greater the danger, the less favorable the environmental conditions - family and lack of support. **Research Aim:** The aim of the research is to get to know the situation of a boy experiencing hearing impairment and manifesting a particularly intense, relatively permanent form of social maladjustment and the determinants of this situation. The diagnosis will be used to develop a proposal of actions supporting the improvement of the juvenile's functioning. **Method:** The research is qualitative research using the case-by-case method. The technique of document analysis was used, including the analysis of the opinions of OZSS. **Results:** The results of the diagnosis indicate numerous and varied determinants of the demoralization of a young person with hearing impairment. Impaired efficiency causes limitations in functioning, exposes them to a low degree of adaptation, and in the case of an unfavorable family situation and the lack of adequate support, it led to social maladjustment. **Conclusion:** The analysis of the juvenile's situation is the basis for drawing conclusions about the need to undertake decisive actions of a social rehabilitation, revalidation and preventive nature. Comprehensive actions are able to change the functioning of a person whose biography contains unfavorable factors.

Keywords: minors, sensory hearing impairment, demoralization, risk factors

