

Agnieszka Barczykowska

Podjęcie kognitywno-behawioralne w pracy penitencjarnej i postpenitencjarnej (na przykładzie wybranych programów korekcyjnych stosowanych w USA)

Perspektywa kognitywno-behawioralna może poszczycić się długą historią rozważań nie tylko teoretycznych, ale i empirycznych. Obiektem jej zainteresowania stały się przez ten czas nie tylko osoby zaburzone, wykluczone, ale także i takie, które wymagają oddziaływań resocjalizacyjnych. Popularność tego podejścia w przypadku tej ostatniej kategorii związana jest z dowiedzioną skutecznością tego typu oddziaływań, osiąganą poprzez precyzyjnie określoną procedurę postępowania oraz wspólną pracę z klientem, zorientowaną na realizację celów, co w znacznej mierze ułatwia monitorowanie zmiany, jej korygowanie, mając przy tym znaczenie motywujące (por. Curwen, Palmer, Ruddell, 2006, s. 15). Wymienione elementy decydują o tym, że podejście kognitywno-behawioralne jest jedną z najczęściej wykorzystywanych „baz” teoretycznych w obszarze oddziaływań korekcyjnych (por. Urban, 2008, s. 29; Opora, 2010, s. 17–19).

Niniejszy artykuł ma na celu przybliżenie podstaw oddziaływań kognitywno-behawioralnych oraz wskazanie możliwych zastosowań w obszarze korekcji zachowań nieprzystosowawczych lub/i przestępczych. W tym celu dokonano prezentacji programów korekcyjnych stworzonych i realizowanych w oparciu o teorię kognitywno-behawioralną w Stanach Zjednoczonych Ameryki oraz przedstawiono wyniki ewaluacji dokonywanej w odniesieniu do stosowanych w praktyce penitencjarnej i postpenitencjarnej programów.

Założenia koncepcji kognitywno-behawioralnych

Psychologia jako samodzielna nauka ukształtowała się w połowie XIX wieku. Opierając się na metodach nauk tradycyjnych, jak czasami nazywano nauki ścisłe, szybko wypracowała własne metody badawcze, dzięki którym mogła mieć, jak się wydawało, wgląd w najbardziej skomplikowaną strukturę, jaką jest świadomość człowieka¹. Działania praktyczne zweryfikowały nad-

¹ Empiryczny charakter ówczesnej psychologii silnie związany jest z nazwiskiem W. Wundta, który w 1875 r. w Lipsku założył pierwsze laboratorium psychologiczne, oraz z nadaniem badaniom introspekcyjnym charakteru eksperymentalnego.

miernie optymistyczne oczekiwania co do możliwości wniknięcia w głąb ludzkiego wnętrza, doprowadzając w XIX wieku do kryzysu, którego efektem było ukształtowanie się między innymi behawioryzmu² oraz psychologii poznawczej³. W rozwijających się początkowo niezależnie od siebie podejściach szybko zidentyfikowano ograniczenia, które obniżały efektywność prowadzonych oddziaływań⁴. W efekcie „rozwój i ewolucja behawioryzmu, psychologii poznawczej i psychoterapii poznawczej doprowadziły w latach 60. XX wieku do zbliżenia tych trzech podejść⁵. (...) Psychologia poznawcza spowodowała

² Najdogodniejsze warunki do rozwoju behawioryzmu znalazł w Stanach Zjednoczonych, odpowiadając praktycznemu i pragmatycznemu nastawieniu społeczeństwa amerykańskiego. Europejczycy, początków nieufni wobec nowej szkoły psychologii, stosunkowo szybko docenili zalety tego podejścia, rezygnując z metod introspekcyjnych (Tomaszewski, 1975, s. 191). Behawioryści odrzucili jako „nienaukowe” badania nad świadomością, a zwłaszcza nad nieświadomością, wskazując iż jedynie „zachowania się” są dostępne badaniu naukowemu i tylko ich poznanie może mieć walor praktyczny (Tomaszewski, 1975, s.185). Zgodnie z tym modelem jednostka uczy się zachowań na podstawie własnych doświadczeń i obserwacji. Zachowanie według behawiorystów daje się zamknąć w formule „bodziec (S) – reakcja (R)”. Znajomość związków między bodźcami a reakcjami pozwala przewidzieć zachowanie osobnika, a także nim manipulować, bez uzyskania wglądu w złożone psychologiczne mechanizmy regulujące zachowania człowieka (Pytka, 1995, s. 69), bowiem oparty na teorii uczenia behawioryzm zakładał środowiskowy determinizm, eksperymentalizm i antypsychologizm. Stąd też osobę pracującą w oparciu o metody behawioralne nie interesują powody zachowania człowieka („dlaczego?”), ale cel („po co?”) (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 5). Głównymi metodami oddziaływania w behawioryzmie jest wygaszanie lub/i hamowanie zachowań nieprzystosowawczych.

³ Psychologia poznawcza w szerokim znaczeniu zajmuje się badaniami dotyczącymi funkcjonowania umysłu i mózgu jako struktur rzeczywistych, jak i modeli sztucznych (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 9).

⁴ K. Pospiszyl, opisując terapię behawioralną, zwrócił uwagę na możliwość kształtowania się zachowań jednostronnych, jako skutku wybiórczego nagradzania jednostki oraz spłytenie procesu wychowawczego w związku z odejściem od budowania głębokich związków emocjonalnych między klientem a terapeutą, co prowadzi do kształtowania zewnętrznych motywacji działania (Pospiszyl, 1998, s. 46–47). W literaturze amerykańskiej w nurcie krytyki behawioryzmu często przywołuje się dodatkowo „hipotezę przemotywowania”, zgodnie z którą poprzez wprowadzenie dodatkowych wzmocnień zaburza się naturalne dążenia człowieka do zaspokojenia swoich potrzeb, na rzecz realizacji korzyści motywowanych zewnętrznie. Obecny poziom wiedzy nie potwierdza zasadności tej tezy (Pospiszyl, 1998, s. 49). Wskazuje się również na to, że behawioryzm nie brał pod uwagę indywidualnych różnic jednostek, które mogą powodować, że mimo działania jednakowych bodźców uzyskany efekt nie będzie taki sam.

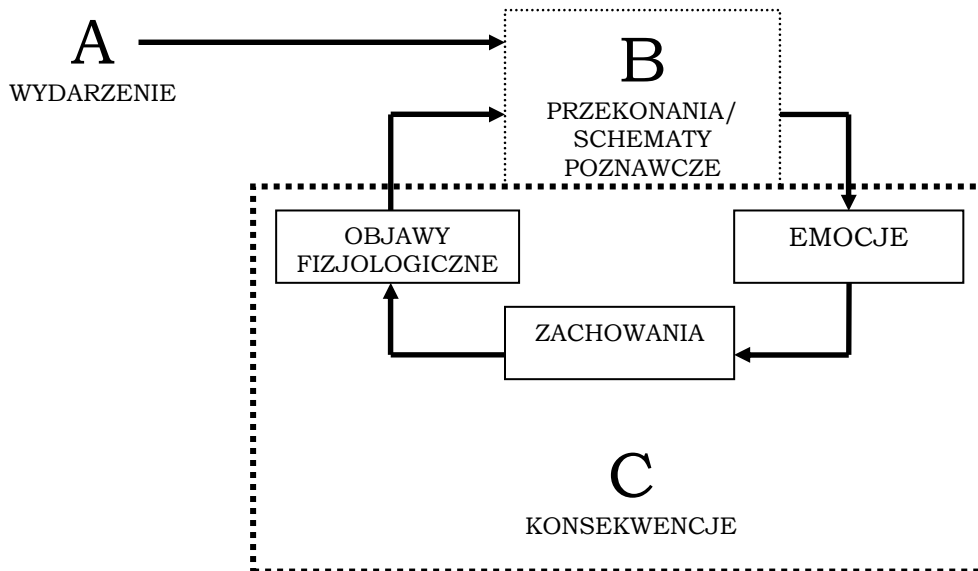
⁵ Nie był to jednak proces łatwy i przebiegający bez przeszkód, czego dowodem mogą być działania Towarzystwa Analizy Behawioralnej, które na jednej z konferencji wykluczyło z programu doniesienia poznawcze jako „nienaukowe” (Drań-Ruszczak, Drażkowska-Zielińska, 2005, s. 103). W podejście poznawczym zakłada się, że wspólną cechą wielu problemów emocjonalnych czy zaburzeń jest występowanie charakterystycznych elementów w postaci: myśli automatycznych oraz schematów i zniekształceń poznawczych, które pośredniczą w utrwalaniu się specyficznych emocji i wpływają na zachowanie. Stąd też poprawę funkcjonowania jednostki można osiągnąć poprzez wpływ na sferę poznawczą i modyfikację przekonań leżących u podłoża dysfunkcyjnych reakcji emocjonalnych i zachowań

zmiany w głównych obszarach behawioryzmu, a zarazem wzmocniła argumenty i postulaty terapii poznawczej” (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 12). W ten sposób ukształtowało się podejście kognitywno-behawioralne.

Terapia kognitywno-behawioralna kładzie nacisk na konieczność wspólnego ujęcia myśli, uczuć i zachowań, czego ilustracją może stanowić, dziś już klasyczny, schemat osobowości A. Ellisa, zwany modelem ABC (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 35). Trzy wspomniane elementy są traktowane jako części jednego systemu, co skutkuje tym, że zmiana w jednym obszarze pociąga za sobą zmianę w pozostałych. W podejściu kognitywno-behawioralnym zakłada się, że „myślenie (wewnętrzne zachowanie) kontroluje jawną aktywność (zewnętrzne zachowanie)” (Opora, 2010, s. 15). Ilustracją ich wzajemnego wpływu przedstawia schemat nr 1. Jest to mechanizm charakterystyczny dla wszystkich ludzi. Jednak w niektórych sytuacjach może powodować on zaburzenia w funkcjonowaniu jednostki. Dzieje się tak, gdy dojedzie do ukształtowania się ugruntowanego, aktywowanego w trudnych sytuacjach negatywnego przekonania (sposobu myślenia), głównie dotyczącego siebie, własnych relacji ze światem i wizji przyszłości (Drat-Ruszczak, Drażkowska-Zielińska, 2005, s. 11). Pojedyncze, krótkotrwałe sądy tego rodzaju, okresowo występujące u niemal każdego człowieka, są traktowane raczej jako obraz niezaspokojonych potrzeb lub działania szkodliwych czynników zewnętrznych. Patogenne stają się wówczas, gdy rośnie ich natężenie w czasie i gdy obejmują kolejne obszary życia jednostki. Myślenie wpływa bowiem na emocje i zachowania, pozostając pod wpływem nastroju i konsekwencji wcześniejszych działań. W ten sposób myślenie wraz z innymi czynnikami odgrywa rolę determinanty w powstawaniu i utrzymywaniu się zaburzeń emocjonalnych i negatywnych zachowań (Grzesiuk, 2005, s. 145; por. Curwen, Palmer, Ruddell, 2006, s. 29). Ukształtowanie się poprawnego bądź też zaburzonego sposobu funkcjonowania jest sprawą niezwykle indywidualną. Zdaniem A. T. Becka poza emocjami, reakcjami fizjologicznymi oraz zachowaniami, wskazanymi w triadzie ABC A. Ellisa, ważnym elementem kształtowania się przekonań są również wczesne doświadczenia osoby, związane na przykład z utratą kogoś

(Popiel, Pragłowska, 2008, s. 3). Okazało się, że najlepszym sposobem modyfikacji i utrwalania są metody i techniki oparte na teorii uczenia się. Ciężenie obu kierunków najszybciej i najsilniej widoczne było w działalności A. Ellisa, który stworzoną przez siebie terapię racjonalno-emotywną (RET) w latach 60. przekształcił w racjonalno-emotywną terapię behawioralną (REBT), a w końcu lat 80. na terapię kognitywno-behawioralną (CBT) (Drat-Ruszczak, Drażkowska-Zielińska, 2005, s. 103). Nie bez znaczenia były również prace amerykańskiego psychiatry A. T. Becka. Za datę oficjalnego połączenia koncepcji behawioralnej i poznawczej uznaje się czas dodania do nazwy założonego w 1976 roku *European Association for Behaviour Therapy* (EABT) słowa *cognitive*, co doprowadziło do powstania w 1992 r. *European Association for Behaviour and Cognitive Therapy* (EABCT) (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 5).

bliskiego w dzieciństwie (por. Popiel, Pragłowska, 2008, s. 36; Grzesiuk, 2005, s. 145).



Schemat 1. Model funkcjonowania osobowości ABC według A. Ellisa (źródło: Popiel, Pragłowska, 2008, s. 36).

Zatem zniekształcenia myślenia prowadzą do nieprzydatnych/szkodliwych emocji i zachowań, wśród których wymienia się depresję, wrogość, lęk, poczucie daremności w podejmowaniu wysiłku, poczucie bezwartościowości (Grzesiuk, 2005, s. 145). Reprezentowane przez poszczególnych ludzi triady poznawcze, rozpoznawane i modyfikowane, muszą być w kontekście schematów poznawczych, powstających na ich bazie myśli automatycznych oraz zniekształceń poznawczych (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 37). Schematy poznawcze określa się jako „trwałe aspekty funkcjonowania poznawczego jednostki, tworzące system klasyfikacji bodźców. Dzięki schematom jesteśmy w stanie nazywać obiekty i wydarzenia, klasyfikować je, oceniać, interpretować i przypisywać im znaczenie” (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 39). Zdaniem B. A. Alforda i A. T. Becka schematy powstają w celu ułatwienia jednostce adaptacji do środowiska (2005, s. 14; cyt. za: Popiel, Pragłowska, 2008, s. 45). Uformowane schematy zaczynają rządzić przetwarzaniem informacji, zachowaniem osoby, a także kształtują sposób, w jakim myśli, czuje i zachowuje się ona w relacjach ze światem zewnętrznym (Curwen, Palmer, Ruddell, 2006, s. 30). Część przekonań

zawartych w schematach poznawczych traktowana jest jako prawdy niepodważalne i nie podlega weryfikacji niemal przez całe życie, a niektóre modyfikowane są przez jednostkę w procesie dorastania, kształcenia i nabywania doświadczeń życiowych. Wiele z nich stanowi tak zwaną wiedzę utajoną, czyli oddziałują one na działanie człowieka, ale poza jego świadomością. Ogromna siła ich oddziaływania jest związana z dużym zabarwieniem emocjonalnym oraz nasyceniem historią jednostki, a zwłaszcza kształtowaniem się ich w relacjach z osobami znaczącymi⁶ (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 41). Przekonania można podzielić – za A. T. Beckiem – na dwie grupy: kluczowe i pośredniczące. Przekonania kluczowe to myśli o sobie i innych ludziach, często występujące niemal w postaci aksjomatów. Z kolei przekonania pośredniczące mają charakter swego rodzaju ram do działania, postaw wobec rzeczywistości, zasad rządzących zachowaniem czy wyborem strategii życiowej, determinujących ogólny kierunek aktywności człowieka (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 40). Przekonania stanowią samonapędzającą się maszynę (mechanizm błędnego koła), niezależnie od ich rodzaju, z jednej strony determinują wybór strategii działania, ale też i sprzyjają selekcji informacji z otoczenia, tak by nie naruszyć dotychczasowej struktury poznawczej. Skutkiem takiego działania może być niemożność przełamania utartych schematów myślenia i działania, przez co zmniejsza się szansa na optymalizację funkcjonowania jednostki. Schematy poznawcze werbalizowane są najczęściej za pomocą myśli automatycznych. Pojawiają się one niezależnie i natychmiast po zadziałaniu na jednostkę bodźca, którym może być sytuacja lub jakaś osoba. Są one najszybszą, natychmiastową formą interpretacji zdarzenia, sytuacji i prognozowania przyszłości. Co ciekawe, myśli automatyczne osób diagnozowanych w jednym kierunku (np. depresji) są do siebie podobne, stanowiąc o specyficzności poznawczej zaburzenia (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 37). Ich zadaniem jest wzbudzenie i podtrzymanie specyficznych emocji, stając się swoistą instrukcją dotyczącą zachowania w danej sytuacji. Mogą one podtrzymywać lub osłabiać motywację do działania w określonym kierunku (Grzesiuk, 2005, s. 146; Popiel, Pragłowska, 2008, s. 39). Zdaniem A. T. Becka ich oddziaływanie jest na tyle silne, że mogą one spowodować zmianę przekonania o sobie na bardzo głębokim poziomie (Grzesiuk, 2005, s. 146).

⁶ Z punktu widzenia rozwoju dziecka najistotniejszymi znaczącymi innymi są rodzice. To od nich w procesie socjalizacji pierwotnej, w oparciu o głęboką więź emocjonalną, dziecko niemal automatycznie przejmuje i internalizuje ich sposób widzenia świata, wartości, postawy i wzory zachowań. Wpływ rodziców jest tym silniejszy, że dziecko jest na nich nieodwołalnie skazane, co powoduje, że świat przedstawiony dziecku może wydawać się mu jedynym istniejącym. Dziecko, „czy chce, czy nie chce, żyje w świecie zdefiniowanym przez swoich rodziców” (S z a c k a, 2003, s. 152–153).

Jak wcześniej zostało wspomniane, schematy poznawcze powstają jako wypadkowa przebiegu procesów poznawczych oraz doświadczeń i wpływu środowiska. Kształtowanie się nieprawidłowych przekonań jest najczęściej powiązane z popełnianymi przez ludzi (także zdrowych) błędami logicznymi, określanymi w praktyce jako *zniekształcenia poznawcze*. Do najczęściej występujących zniekształceń poznawczych należą: nadmierna generalizacja, myślenie dychotomiczne⁷, selektywne abstrahowanie⁸, katastrofizacja, przepowiadanie przyszłości, personalizacja, czytanie w myślach, egocentryzm w interpretacji faktów, automatyczne deprecjonowanie pozytywnych komunikatów o sobie, uzasadnienie emocjami, minimalizowanie, etykietowanie oraz myślenie zdominowane przez powinności i nakazy (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 47; Grzesiuk, 2005, s. 146; Drat-Ruszczak, Drażkowska-Zielińska, 2005, s. 11). Pojawiające się od czasu do czasu zniekształcenia poznawcze mają charakter ochronny, jeśli jednak powtarzają się zbyt często, stają się destrukcyjne.

Terapia kognitywno-behawioralna

Dynamiczny rozwój terapii zorientowanych na uzyskanie zmiany w zachowaniu poprzez oddziaływanie na myśli spowodował, że dziś nie możemy mówić o jednej dominującej technice związanej z podejściem kognitywno-behawioralnym. W ramach tego nurtu rozwija się przecież terapia zorientowana na schematy, dialektyczna terapia behawioralna, racjonalna terapia poznawcza, terapia oparta na akceptacji i zaangażowaniu, racjonalna terapia behawioralna itd. Każda z nich kładzie nacisk na inne kwestie, ale większość z nich posiada następujące cechy:

- założenie o determinującej zachowania i emocje roli myśli, dzięki czemu zmiana myślenia powoduje zmianę zachowania (Grzesiuk, 2005, s. 146);
- orientacja na cel, którym jest optymalizacja funkcjonowania klienta;
- krótkoterminowość i czasowa ograniczoność, związana z występowaniem bardziej dyrektywnego, choć opartego na współpracy i zorientowanego na cel działania (Curwen, Palmer, Ruddell, 2006, s. 48) (średnio do rozwiązania problemów klientki potrzebują około 16 sesji, ale trzeba pamiętać, że praca klientów nie ogranicza się jedynie do spotkań z terapeutą

⁷ Myślenie dychotomiczne nazywane jest czasami błędem fałszywego dylematu i polega na tym, że osoba z wielu różnych możliwości dostrzega lub wybiera tylko dwie i do tego przeciwstawne („Albo dobiegnę pierwszy, albo wcale”).

⁸ Selektywne abstrahowanie polega na koncentracji na wybranych szczegółach (negatywne działania niektórych ludzi) (selekcja) i budowaniu na ich podstawie ogólnych wniosków (abstrahowanie) dotyczącego całego świata, życia, ludzi i siebie samego (wszyscy ludzie są źli). Koncentracja na wybranych aspektach powoduje, że inne, mogące spowodować odmienne spojrzenie na świat, są ignorowane.

- i że wykonują oni zróżnicowane zadania domowe, sprawdzając wypracowane rozwiązania w „warunkach naturalnych”);
- ustrukturalizowany przebieg oddziaływań – ograniczony czas trwania terapii wymusza jego maksymalne wykorzystanie, stąd w całych oddziaływaniach oraz w pojedynczej sesji korzysta się z ustalonego planu działania; cała terapia dzieli się zwykle na trzy części, gdzie pierwsza ma charakter diagnostyczny i zmierza do określenia celów, druga związana jest z zaplanowaniem technik działań i realizacji celów, natomiast w trzeciej pracuje się nad kształtowaniem mechanizmów zapobiegania nawrotom i narzędziami autoterapii (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 90); natomiast w strukturze typowego spotkania znajdują się takie elementy, jak: określenie nastroju klienta, omówienie wydarzeń ostatniego tygodnia, ustalenie planu sesji, nawiązanie do ostatniego spotkania i informacje zwrotne na jego temat, omówienie pracy domowej oraz tematów zawartych w planie spotkania, ustalenie zadań domowych, a także informacje zwrotne na koniec sesji (Curwen, Palmer, Ruddell, 2006, s. 43); trzeba pamiętać, że są to tylko ramy i w zależności od potrzeb mogą być one modyfikowane;
 - przymierze terapeutyczne, czyli solidna merytorycznie i chroniąca emocjonalnie relacja terapeutyczna, gdzie terapeuta ma stanowić „bezpieczną bazę”, która stanie się podstawą do uzewnętrznienia problemu i nauki bardziej efektywnych zachowań; stąd też, zwłaszcza w początkowym okresie, terapeuta nadaje kierunek terapii, jest aktywny i dyrektywny, równoważąc swoją przewagę bezwarunkową akceptacją klienta oraz dodatkowo podkreślając zadowolenie w sytuacji pojawiania się zachowań pożądanых (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 88; Opora, 2009, s. 141–143);
 - współpraca między klientem i terapeutą – podmiotowy charakter relacji wyznaczany jest poprzez wspólne wskazanie celów działania oraz skierowanie do klienta zachęty, by stał się w pełni odpowiedzialny za jej przebieg (Curwen, Palmer, Ruddell, 2006, s. 42); terapeuta działa na zasadzie eksperta od mechanizmów powstawania problemów, przemyśleń, przeżyć i doznań (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 88);
 - psychoedukacja – w prezentowanym podejściu niezwykle ważną rolę przypisuje się edukacji klienta; by była ona skuteczna, terapeuta formułuje problemy w sposób otwarty, przystępnym językiem (ale z zachowaniem terminologii behawioralno-poznawczej), wyjaśnia źródła i naturę zaburzenia, dzieli się swoimi spostrzeżeniami, informuje o postępach oddziaływań, bowiem zasadą jest, że proces terapii ma być dla klienta jawny, bo tylko wówczas będzie on mógł świadomie podejmować decyzje, a w dalszej perspektywie umiał sobie poradzić z problemem (Popiel, Pragłowska, 2008, s. 88);
 - zastosowanie wielu technik terapeutycznych w oddziaływaniu, np. dialog sokratejski, genogram, technika pisania listów, techniki wyobrażeniowe,

systematyczna desensytyzacja, technika planowanej aktywności czy hiperwentylacji.

Podejście kognitywno-behawioralne cenione jest za skuteczność, przejrzystość interwencji oraz filozofię, związaną z koncepcją przetwarzania informacji przez człowieka (Opora, 2009, s. 139).

Oddziaływania kognitywno-behawiorane w praktyce korekcyjnej

Jednym z najistotniejszych wymiarów charakterystyki sprawców przestępstw są zaburzenia procesów poznawczych, związane z błędną interpretacją zasad współżycia społecznego, rozwiniętym systemem samousprawiedliwień, dążeniem do dominacji, która ma być podstawowym mechanizmem podniesienia samooceny. U osób popełniających przestępstwa obserwuje się także deficyty rozwoju moralnego (Lipsey, Chapman, Landenberger, 2001, s. 145). Efektem zaburzeń w procesach myślowych są nieadekwatne do rzeczywistości reakcje, np. agresja w stosunku do osoby, której zachowanie przestępca zinterpretował jako pozbawione szacunku dla niego, choć w rzeczywistości niczym mu nie uchybiono. Zachowaniom towarzyszą liczne dysfunkcyjne schematy poznawcze i myśli automatyczne, typu „nikomu nie można ufać”, „wszyscy są przeciw mnie”, „nikt nie chce zobaczyć, jaki jestem naprawdę, więc będę takim, jakim mnie widzą – będę zły”, „nie mogę się wykazać”. Dodatkowym utrudnieniem są niedostateczne umiejętności planowania perspektywicznego, radzenia sobie w trudnych sytuacjach oraz podejmowania decyzji ze świadomością ich konsekwencji. Dlatego też część wspólną, niezależną od specyfiki modelu działania, stanowią zwykle następujące elementy:

- identyfikowanie zniekształceń poznawczych;
- trening umiejętności społecznych;
- zarządzanie gniewem;
- trening krytycznego i kreatywnego myślenia;
- przeorganizowanie wartości;
- ocenianie i rewidowanie własnych poglądów
- rozwiązywanie problemów i planowanie (Lipsey, Landenberg, Wilson, 2007, s. 5; Opora, 2010, s. 15).

Za prototypy programów opartych na koncepcji kognitywno-behawioralnej skierowanych do sprawców przestępstw uznaje się następujące: *Reasoning & Rehabilitation* (dalej R&R), *Moral Reconciliation Therapy* (dalej MRT) oraz *Aggression Replacement Training* (dalej ART) (Lipsey, Chapman, Landenberger, 2001, s. 145). Wśród innych programów wykorzystanych w pracy z przestępcami należy wymienić jeszcze *Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment: Strategies for Self-Improvement and Change* (dalej SSC), *Thinking for a Change* (dalej T4C) oraz *Relapse Prevention Therapy* (dalej

RPT). Poniżej dokonana została krótka charakterystyka wybranych programów, wykorzystywanych w pracy penitencjarnej i postpenitencjarnej w USA. Wszystkie przedstawione programy posiadają akredytację, będącą potwierdzeniem ich efektywności.

Reasoning & Rehabilitation (R&R)

Program *Reasoning & Rehabilitation* opracowany został przez R. Rossa oraz E. Fabiano na Uniwersytecie w Ottawie w połowie lat 80. ubiegłego wieku (Milkman, Wanberg, 2007, s. 25). Jest to wieloaspektowy program kognitywno-behawioralny, nastawiony na rozwój umiejętności poznawczych (np. krytycznego myślenia, przewidywania konsekwencji), niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania w świecie społecznym oraz samorozwoju, tak w warunkach izolacji penitencjarnej, jak i otwartego środowiska lokalnego. Mniej uwagi program poświęca na wnioskowanie moralne (Hansen, 2008, s. 1). Program koncentruje się na modyfikacji impulsywności, egocentryzmu, nielogicznego myślenia, ucząc hamowania, przewidywania konsekwencji działania, szukania takich rozwiązań, które nie prowadziłyby do popełnienia przestępstwa (Lipsey, Landenberg, Wilson, 2007, s. 5). Zakłada się, że osoby dopuszczające się przestępstw cierpią na społeczne i poznawcze deficyty, stąd w programach korekcyjnych uwaga winna być skierowana nie na działania sprawców, ale na ich sposób myślenia (Fabiano, Porporino, Robinson, 1991, s. 108). Program obejmuje 35 dwugodzinnych sesji. Uczestnicy pracują w niewielkich, zamkniętych grupach nad opanowaniem nowych umiejętności, przy czym każda kolejna jest oparta na już wcześniej przećwiczonych. Poniższa tabela przedstawia treści poszczególnych modułów. Głównymi formami pracy są dramy, łamigłówki, quizy, a także rozmowy i dyskusje.

Przedstawione w tabeli treści modułów opanowywane są zwykle w oparciu o następujących schemat uczenia się: 1) wstępne przeszkolenie; 2) modelowanie; 3) odgrywanie ról; 4) uzasadnianie, *feedback*; oraz 5) transfer umiejętności do rzeczywistych sytuacji.

Ze względu na mocno kognitywny charakter program jest skierowany do osób, które charakteryzują się co najmniej 70 punktami w skali IQ Wechslera oraz zdiagnozowanych jako sprawcy o niskim ryzyku (*low-risk*)⁹ (Tong, Farrington, 2006, s. 3). Autorzy podkreślają bowiem, że sprawcy wysokiego ryzyka (*high-risk*) mogą stać się dodatkowymi modelami zachowań antyspo-

⁹ W Stanach Zjednoczonych Ameryki istotnym czynnikiem określającym, jaki wyrok i tym samym jakie oddziaływania zostaną podjęte wobec sprawcy, jest zaklasyfikowanie go do jednego z trzech poziomów ryzyka (*risk assessment*) na podstawie indywidualnych czynników powrotu do przestępstwa o charakterze kryminogennym (*criminogenic needs*) i niekryminogennym (*noncriminogenic needs*) (por. B a r c z y k o w s k a, 2010).

łecznych/przestępczych. Zatem odseparowanie sprawców mniej obciążonych ryzykiem jest tu niezwykle istotne (Milkman, Wanberg, 2007, s. 27).

Tabela 1. Treści modułów w oddziaływaniach opartych na R&R

Nazwa modułu	Treść
Rozwiązywanie problemów	Podstawą jest identyfikacja problemu oraz określenie warunków, jakie są związane z jego powstaniem. Uczestnicy określają uczucia uruchamiane przy pojawieniu się problemu, uczą się oddzielać fakty od opinii. Istotnym elementem jest postrzeganie siebie jako potencjalnego sprawcy zmiany, co związane jest z szukaniem alternatywnych rozwiązań problemu z uwzględnieniem potencjalnych konsekwencji.
Umiejętności społeczne	W związku z tym, że osoby popełniające przestępstwa dysponują nadwyżką umiejętności antyspołecznych, elementem koniecznym jest opanowanie przez sprawców umiejętności prospołecznych, takich jak: proszenie o pomoc, wyrażanie niezadowolenie, skargi, wyrażanie uczuć, reagowanie na perswazję, radzenie sobie w sytuacji konfliktu, odnajdowanie się w sprzecznych informacyjnie sytuacjach.
Umiejętności negocjacyjne	Punkt wyjścia stanowi refleksja nad do tej pory stosowanymi strategiami radzenia sobie z sytuacjami konfliktowymi. Dochodzenie do postawy kompromisowej opiera się na rozważaniu różnych opcji rozwiązania problemu z uwzględnieniem również konsekwencji prawnych. Uczestnicy odgrywają sytuacje konfliktowe wraz z potencjalnymi rozwiązaniami, starając się znaleźć zadowalające wszystkie strony konfliktu rozwiązanie.
Zarządzanie emocjami	Moduł ten nastawiony jest na wyposażenie uczestników w umiejętności, które umożliwią radzenie sobie w sytuacjach konfliktów interpersonalnych. Chodzi o wypracowanie strategii, które pozwolą unikać reagowania w oparciu o gwałtowne i negatywne emocje (np. gniew). Istotne jest rozpoznawanie emocji oraz ich kontrola, np. poprzez kontrolę oddechu i wewnętrzne monologi.
Myślenie kreatywne	Ideą zajęć w tym module jest rozwijanie alternatywnych sposobów patrzenia na sytuację oraz konstruowania zróżnicowanych, adekwatnych, elastycznych sposobów rozwiązywania problemów.
Rozwój moralny	Najistotniejszym zadaniem tego modułu jest uporządkowanie i uspojnienie systemu aksjonormatywnego jednostki. Niezwykle pomocne w tym względzie są scenariusze dylematów moralnych.
Myślenie krytyczne	Część programu nastawiona na uczenie sprawców logicznego, racjonalnego i dokładnego myślenia o sytuacjach życiowych. Chodzi o rozbudzenie w uczestnikach ciekawości, elastyczności, zdrowego rozsądku, otwartości, zdecydowania oraz szacunku dla innego punktu widzenia.

Dokonywane cyklicznie ewaluacje programu pokazały, że jego efektywność zaczyna spadać w miarę upływu czasu, co jest związane z problemami utrzymania wysokiego poziomu motywacji do pracy nad sobą. Stąd też w 1996 roku R. Ross i J. Hilborn opracowali krótszą wersję programu R&R, zwaną R&R2. Chodziło o to, by wyeliminować z programu sprawców, którzy nie odnosili sukcesów w programie, stając się znaczącym obciążeniem dla budżetu (Milkman, Wanberg, 2007, s. 26). W nowej wersji programu uwzględniono takie szczegółowe zmienne, jak: wiek, płeć, naturę zachowania antysocjalnego, poziom ryzyka oraz kulturę klienta. Podobnie jak w zwykłym R&R, w krótkiej wersji mamy do czynienia z czterema głównymi etapami pracy: pobudzaniem motywacyjnym, modelowaniem myśli i zachowań prospołecznych, zapobieganiem powrotowi do przestępstwa oraz budowaniem prospołecznego stylu życia (Milkman, Wanberg, 2007, s. 26). Idealna grupa powinna liczyć 8 uczestników, ale nie mniej niż 4 i nie więcej niż 10.

Twórcy programu postawili wysokie wymagania osobom, które prowadzą oddziaływanie w oparciu o R&R. Ich podstawową cechą powinny być: ponadprzeciętne umiejętności werbalne, empatyczność, skuteczności w działaniu, stabilny system normatywny, racjonalne i logiczne myślenie oraz otwartość na nowe rozwiązania. Podkreśla się również podmiotowe podejście do uczestników programu, zdolność do konstruktywnej krytyki, a także umiejętność wzmacniania motywacji. Osoby pracujące R&R muszą również charakteryzować się z jednej strony pokorą, a z drugiej nieskrępowanym entuzjazmem. Oczywiście kluczowymi są kompetencje merytoryczne (Polen, 1996, s. 11–12).

Do dziś z programu skorzystało blisko 40 tysięcy osób pozostających w konflikcie z prawem oraz rodzin osób osadzonych. Oddziaływanie oparte na tym modelu prowadzone są w Australii, Kanadzie, Danii, Anglii, Estonii, Niemczech, Hongkongu, Łotwie i, Nowej Zelandii, Szkocji, Hiszpanii, Szwecji, Walii oraz 38 stanach USA. Nadanie programowi ostatecznego kształtu poprzedziły blisko trzydziestoletnie interdyscyplinarne badania. Dziś jest on uważany za jednej z najefektywniejszych, jeśli chodzi o redukcję recydywy (Tong, Farrington, 2006, s. 3, 7–10, 22).

Moral Reconciliation Therapy (MRT)

Program *Moral Reconciliation Therapy* został opracowany przez G. Litte'ego oraz K. Robinsona na przełomie lat 70. i 80. ubiegłego wieku na bazie napisanego również przez wspomnianych autorów, a realizowanego w Federal Correction Institute In Memphis programu dla dorosłych więźniów zatytułowanego „How to Escape Your Prison”. W roku 1987 MRT został przystosowany do pracy z kobietami pozbawionymi wolności na terenie Memphis Shelby County Jail. Obecnie program znajduje zastosowanie we wszystkich

stanach USA, a także jest realizowany w Kanadzie i Puerto Rico (Milkman, Wanberg, 2007, s. 22). Program koncentruje się na obniżaniu zjawiska recydywy wśród dorosłych, uzależnionych sprawców przestępstw. Zdaniem G. Litte'ego i K. Robinsona: „Klienci, którzy wchodzi do programu, reprezentują niski poziom rozwoju moralnego, silny narcyzm, słabo rozwiniętą osobowość, ubogą samoświadomość, niską samoocenę, niezdolność do odrzucania gratyfikacji, rozwinięte mechanizmy obronne oraz relatywnie silny opór przed zmianą” (1986, s. 135). Cechy te są kluczowymi dla rozwoju zachowań przestępczych. Im wyższy poziom rozwoju moralnego, tym wskazanych cech mniej, zatem i mniejsze prawdopodobieństwo naruszenia prawa. Bazę do stworzenia MRT stanowiły własne doświadczenia autorów, którzy zaobserwowali, iż wielu skazanych, którzy bardzo dobrze funkcjonowali w obszarze komuny/grupy terapeutycznej, po opuszczeniu więzienia wracało do przestępstwa. W ich odczuciu za taki stan rzeczy odpowiedzialny był charakter oraz rysy osobowości skazanych (Milkman, Wanberg, 2007, s. XV). Podbudowę teoretyczną MRT stanowi teoria rozwoju moralnego L. Kohlberga, ale obecne są w niej również wątki prac E. Eriksona, A. Masłowa czy C. G. Junga (Boston, Meier, 2001, s. 7).

Ze względu na obecność w treści programu kwestii uzależnienia MRT używa się przede wszystkim w pracy *Drug Courts*¹⁰ oraz w systemie penitencjarnym w oddziaływaniach skierowanych do kierowców jeżdżących pod wpływem substancji psychoaktywnych, sprawców przemocy domowej oraz seksualnej. Program realizowany jest w postaci pracy grupowej, indywidualnego doradztwa, samorozwoju oraz poprzez realizację prostych zadań domowych (często są to rysunki lub krótkie wypowiedzi pisemne).

Program obejmuje 16 tematów, z których najważniejsze to: przekonania, postawy, zachowania, ocena obecnych stosunków społecznych, wzmacnianie zachowań i zwyczajów prospołecznych, tworzenie/rozwój tożsamości, samoświadomość, praca nad hedonizmem i frustracją, co docelowo ma doprowadzić do wejścia na wyższy poziom rozwoju moralnego. Zmiany, jakie wypracowują osoby biorące udział w terapii, zostały przedstawione w tabeli nr 2.

¹⁰ *Drug Courts* są specjalną kategorią sądów (czy raczej interdyscyplinarnych zespołów pracowników wymiaru sprawiedliwości oraz służb społecznych), powołanych pod koniec lat 80. na Florydzie, w związku z dynamicznie rozwijającym się uzależnieniem od narkotyków i coraz poważniejszymi konsekwencjami tego zjawiska. Głównym celem ich działania jest zjednoczenie wysiłków służb społecznych dla przywrócenia osoby uzależnionej, będącej jednocześnie sprawcą przestępstwa, społeczeństwu. W USA działa około 3000 *Drug Courts*. Szacuje się, że działania skierowane na sprawców przestępstw narkotykowych i dokonywanych pod wpływem narkotyków prowadzone w ramach *Drug Courts* redukują recydywę o połowę (por. Dzierżyńska, Wojewoda, 2010, s. 113–114).

Tabela 2. Treści realizowane w ramach oddziaływań opartych na MRT

Kroki programu MRT	Kierunek zmiany	Zmiany w obszarze moralności
Kroki 13–16: uznawane są za opcjonalne; na tych etapach również klient wyznacza sobie cele do działania i działa, korzystając w zasadzie z niewielkiego wsparcia grupy i prowadzącego.	↑	Ponadnormalność (<i>grace</i>) – zdecydowana większość decyzji podejmowanych przez człowieka opiera się do standardach etycznych, niestety tylko niewielka część osób dorosłych tą fazę rozwoju moralnego osiąga, np. Matka Teresa z Kalkuty.
Krok 12: klient wyznacza sobie nowe zadania do wykonania w określonych przedziałach czasowych (rocznych, 5-letnich lub 10-letnich), koncentrując się na tych zadaniach, które mogą uczynić go szczęśliwszym.		Normalności (<i>normal</i>) – osoby na tym etapie są względnie szczęśliwe i pewne siebie, wchodzą w satysfakcjonujące relacje z innymi osobami; ale ich osobowość wymaga jeszcze ciągłego wsparcia i pomocy innych osób; osoby na tym etapie często angażują się w rozwiązywanie problemów innych osób, często z czystej troski o nie, głównym elementem orientującym działania są zasady moralne i społeczne.
Krok 11: klient ponownie dokonuje podsumowania i wskazuje te obszary, które nie zostały jeszcze naprawione.		Utrzymanie moralnego zobowiązania (<i>emergency</i>) – u osoby ukształtowały się prospołeczne podstawy warunkowania zachowań, ale ciągle jeszcze działają na nią jej własne doświadczenia o charakterze destrukcyjnym; klienci na tym etapie mają poczucie kontroli nad swoim życiem, odczuwają obawy związane z nie zrealizowaniem wypracowanych celów.
Krok 10: klient wprowadza zidentyfikowane i przećwiczone zasady moralne we wszystkie obszary swojego życia. Krok 9: klienta pracuje nad obszarami problemowymi zgodnie z opracowanym rozkładem.		Niebezpieczeństwo (<i>danger</i>) – na tym etapie pojawiają się już zwykle zobowiązania do długoterminowego działania, rodzi to napięcia związane z koniecznością korzystania ze wsparcia innych, poddania się osądowi moralnemu, gdy nie zrealizuje się zadań; etap ten związany jest z coraz częstszym odwoływaniem się do wartości prawnych i społecznych, ale przy możliwych nawrotach zachowań destrukcyjnych i utratą w ich następstwie samooceny/samokontroli.
Krok 8: klient na bazie zidentyfikowanych trudnych pól buduje plan/program działania. Krok 7: klient wybiera najistotniejsze dla niego obszary do pracy (<i>set goals</i>).		Izolacji/wyłączenie (<i>nonexistence</i>) – jednostka ma poczucie izolacji społecznej, w związku z brakiem satysfakcjonujących relacji społecznych; bazą dla jej zachowań stają się z jednej strony formalne normy i reguły, a z drugiej własna przyjemność lub ból; pojawia się potrzeba wyznaczenia i realizacji celu, ale rzadziej idzie z nią w parze potrzeba odpowiedzialności.
Krok 6: klient zaczyna odświeżać te rzeczy, które czynią go nieszczęśliwym. Krok 5: klient przygotowuje opis tych relacji, które zostały uszkodzone przez jego uzależnienie i zachowania antyspołeczne.		Ranienie (<i>injury</i>) – w którym zachowania destrukcyjne są wciąż obecne, ale coraz częściej towarzyszy im refleksja nad ich źródłami, jednostka zaczyna postrzegać swoje zachowania w kontekście skutków, jakie mogą stać się udziałem osób trzecich oraz bierze na siebie odpowiedzialność za te zachowania; jest to pierwszy moment, gdzie klienci mogą budować pozytywne relacje z innymi osobami.
Krok 4: klient buduje oryginalną, prawdziwą samoświadomość.		Niezyciliwość (<i>uncertainty</i>) – związana z brakiem umiejętności oceny zachowań innych ludzi, gdzie głównym czynnikiem w związku z powyższym staje się aktualnie przeżywany przez jednostkę stan; coraz częściej pojawiają się wątpliwości co do normalnej natury zachowania.
Krok 3: klient musi zaakceptować rolę, procedury, wymagania związane z przebiegiem terapii.		Opozycyjność (<i>opposition</i>) – dla tego etapu charakterystyczne są zachowania z wcześniej opisanego etapu; klienci często stosują racjonalizację przenosząc odpowiedzialność za swoje niepowodzenia na elementy zewnętrzne, są to dobre argumenty do podważania zasadności reguł i norm akceptowanych przez resztę społeczeństwa; ich zachowania są sztwyne, konfrontacyjne i wrogie, w dalszym ciągu decyzja jest wypadkową poczucia szczęścia lub cierpienia.
Kroki 1 i 2: klient musi demonstrować uczuciowość i zaufanie.		Nieloyalność (<i>disloyalty</i>) – typowymi zachowaniami są zachowania egoistyczne, nieuczciwość, kłamstwa, a także wiktyimizacja innych; specyficzne jest postrzeganie świata jako niebezpiecznego i zanurzonego w chaosie, stąd głównym organizatorem wyborów staje się własna przyjemność lub cierpienie.

Źródło: Boston, Meier, 2001, s. 12; Milkman, Wanberg, 2007, s. 23–24

Oddziaływania w nurcie rozwoju moralnego realizowane są w zamkniętych cyklach, do których dostęp mają wszyscy zainteresowani będący na odpowiednim poziomie. Warto jednak zaznaczyć, że udział w programie nie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności czy wysokiego poziomu funkcjonowania intelektualnego. Dla osiągnięcia pozytywnych efektów ważniejsze jest proaktywne nastawienie klienta. Zakłada się bowiem, że czynny udział w ćwiczeniach, docieranie we własnym zakresie do podstaw zachowań, odkrywanie reguł, jakie rządzą zachowaniem, jest o wiele bardziej efektywne niż bierna obserwacja. Uczestnicy programu MRT spotykają się raz lub dwa razy w tygodniu, a cały cykl trwa od 3 do 6 miesięcy. Grupy pracują nad takimi zagadnieniami, jak: budowanie zaufania, rozwój umiejętności interpersonalnych i osobowości, podniesienie samooceny, ograniczanie tendencji hedonistycznych oraz budowanie tolerancji dla odraczania gratyfikacji. Ważną częścią pracy są zadania domowe oraz ćwiczenia wykonywane poza grupą. Efekty działań członkowie grupy prezentują na spotkaniach.

Efektywność oddziaływań wiąże się z gotowością przystąpienia do programu, wykazaniem zaufania w stosunku do programu, innych klientów oraz prowadzącego. Sam klient musi wykazywać się aktywnością nie tylko w wykonywaniu zadań domowych, ale również we wchodzeniu w relacje interpersonalne. Są one bowiem bazą dla udzielania sobie wzajemnej pomocy, uzyskiwania informacji zwrotnych na temat własnych wyborów. Dążenia klienta winny koncentrować się na takich formach myślenia i zachowania, które mają pozytywną ocenę społeczną i są również przez niego samego w ten sposób oceniane (Milkman, Wanberg, 2007, s. 24). Wówczas widoczne jest przechodzenie na coraz wyższe stadia rozwoju moralnego.

Aggression Replacement Training (ART)

Podstawy teoretyczne *Aggression Replacement Training* zostały opracowane przez A. Goldsteina i B. Glicka z Syracuse University Center for Research on Aggression. Program opiera się na założeniu, że podstawowymi przyczynami zachowań agresywnych są deficyty umiejętności kontrolowania własnej impulsywności, nieznanostwo lub nieumiejętność zastosowania w życiu innych sposobów radzenia sobie z problemem oraz niedostateczny rozwój myślenia moralnego, co powoduje, że nie następuje korekcja dysfunkcyjnych zachowań, nawet jeśli są one nieefektywne (Potemka, Kłodziejczyk, 2001, s. 6).

Podstawową zaletą tego programu, i tym co jednocześnie odróżnia go od innych związanych z redukcją zachowań agresywnych, jest to, że może być on stosowany do pracy z osobami w różnym wieku, począwszy od dzieci przedszkolnych, przez uczniów szkół średnich, aż po członków grup podkulturowych oraz osoby osadzone w więzieniu. Nie oznacza to jednak braku

selekcji do programu (Potempska, Kołodziejczyk, 2001, s. 6). Głównym kryterium jest wysoka, autentyczna motywacja do zmiany. Interwencja w ART jest wieloaspektowa i ustrukturalizowana, dzięki czemu uczenie się nowych rzeczy oraz prowadzenie działań jest stosunkowo szybkie i proste. Nacisk kładzie się na modelowe przestawianie zachowań pożądaných, zaś uczenie przebiega drogą grania ról. ART oparty jest na trzech podstawowych komponentach: behawioralnym, emocjonalnym i poznawczym, realizowanych w postaci zróżnicowanych treningów. Z obszarem behawioralnym wiąże się trening umiejętności społecznych (*social skills training*), obejmujący podstawowe i zaawansowane umiejętności społeczne (np. rozpoczynanie rozmowy, prośenie o pomoc, instruowanie), radzenie sobie z uczuciami, również negatywnymi, uruchamianie zachowań alternatywnych wobec agresji, radzenie sobie ze stresem oraz planowanie i projektowanie (Milkman, Wanberg, 2007, s. 16). Komponent afektywny stanowi trening kontroli agresji (*anger control training*), skoncentrowany na redukowaniu zachowań impulsywnych i kształtowaniu mechanizmów samokontroli. Wykorzystuje się w tym celu „Dzienniki Złości”, za pomocą których po dziesięciodniowej obserwacji identyfikuje się „zapalniki” (*triggers*) zachowań agresywnych oraz objawy związane z ich występowaniem (Milkman, Wanberg, 2007, s. 17). Ważnym elementem jest również opanowanie sztuki stosowania upomnień, reduktorów oraz regulowania samooceny (Potempska, Kołodziejczyk, 2001, s. 7). Osoby biorące udział w programie pracują nad rozwojem myślenia perspektywistycznego, starają się wzbudzić refleksje nad konsekwencjami podejmowanych przez siebie działań. Ostatnim elementem jest trening wnioskowania moralnego (*moral reasoning*). Ma on na celu uczenie właściwej hierarchii wartości, sprawiedliwego rozumienia złożonych procesów społecznych, uwzględniania potrzeb i praw innych osób (Milkman, Wanberg, 2007, s. 17). Trening wnioskowania moralnego opracowany został w oparciu o teorię rozwoju moralnego L. Kohlberga, który wyróżnił trzy poziomy wnioskowania moralnego (prekonwencjonalny, konwencjonalny i pokonwencjonalny), które w znaczący sposób determinują postrzeganie i interpretowanie faktów, jakie mają miejsce w życiu jednostki. Rozwój przebiega od orientacji na egocentryczne zaspokojenie własnych potrzeb, przez patrzeć na świat w perspektywie silnie konformistycznego członka społeczeństwa, aż do bycia samodzielnym podmiotem działań, szanującym powszechne zasady etyczne i posiadającym poczucie osobistego zobowiązania wobec nich. Większość osób niedostosowanych społecznie zatrzymało się na poziomie prekonwencjonalnym, bowiem zgodnie z teorią L. Kohlberga przyczyną zachowań dewiacyjnych są zaburzenia rozwoju moralnego, przejawiające się zachowaniach hedonistycznych i egocentrycznych. Stąd też celem działań w tym programie jest wywołanie dysonansu poznawczego i refleksji w odniesieniu do świata wartości, sposobu odczytywania rzeczywistości. Czyni się

to zwykle w czasie dyskusji o dylematach moralnych. Ponieważ grupy obejmują zwykle osoby na bardzo różnym poziomie moralnym, zadaniem prowadzącego jest podtrzymywanie i uwypuklanie dojrzałych decyzji wraz z ich moralnymi uzasadnieniami. Materiałem są sytuacje obrazujące dylematy moralne, z jakimi mogą spotkać się uczestnicy treningu w życiu codziennym. Praca nad rozwiązaniem problemu przebiega w czterech etapach. Pierwszy to konfrontacja z dylematem, gdzie uczestnicy starają się dostrzec wieloznaczności sytuacji i próbują znaleźć odniesienie do własnego życia. W drugiej fazie istotnym elementem jest stworzenie prawidłowej atmosfery do podejmowania dojrzałych moralnie decyzji. Prowadzący pracuje z uczestnikami nad nadawaniem pozytywnego znaczenia emocjom i uczuciom, postawom i przekonaniom. Trzeci etap związany jest z wybieraniem przez osoby biorące udział w programie bardziej dojrzałych rozwiązań dylematu, utrwalanie w nich przekonania, że są one najbardziej adekwatne do ich sytuacji. Praca nad uzasadnieniem dokonanego wyboru, budowanie wewnętrznej pewności o jego słuszności, to zadania fazy czwartej (Potemska, Kołodziejczyk, 2001, s. 7).

ART jest szczególnie polecany do pracy z młodzieżą niedostosowaną społecznie.

Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment: Strategies for Self-Improvement and Change (SSC)

Program *Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment: Strategies for Self-Improvement and Change* stworzony został przez K. Wanberga i H. Milkmana, jako forma oddziaływań dla pełnoletnich klientów, którzy mają problemy z wymiarem sprawiedliwości oraz wykazują objawy uzależnienia. Program należy do oddziaływań długoterminowych, ponieważ może trwać nawet do roku. Struktura programu obejmuje 12 modułów, które układają się w trzy fazy. Faza pierwsza skoncentrowana jest na budowaniu relacji z klientem, rozwoju jego motywacji do zmiany i uruchomieniu procesów refleksyjnych. Na tym etapie w bezpośredni sposób dostarcza się klientowi informacji o tym, jaką rolę w zmianie zachowania odgrywa myślenie, jak przebiega proces uzależnienia, i dlaczego podejmował zachowania kryminalne. Punktem docelowym tej fazy jest wskazanie przez klienta tych obszarów jego funkcjonowania, które wymagają zmiany. Indywidualnie określony obszar zmian, wsparcie ze strony grupy, powiązane z informacjami zwrotnymi, współpraca na linii klient–terapeuta, skutkuje opracowaniem wyczerpującego planu zapobiegania nawrotom w uzależnieniu oraz recydywie (Milkman, Wanberg, 2007, s. 19). Druga faza ma bardziej praktyczny wymiar, ponieważ klient poprzez naśladowanie i ćwiczenie uczy się nowych umiejętności społecznych, rezygnując z takiego sposobu myślenia i zachowania, które

związane były z uzależnieniem i przestępstwem. Do podstawowych umiejętności opanowywanych w tym czasie należą przede wszystkim: skuteczna komunikacja, radzenie sobie z ryzykownymi/trudnymi sytuacjami oraz myślami automatycznymi, zdiagnozowanymi w poprzedniej fazie jako szkodliwe, rozładowanie napięcia związanego z potrzebą przyjęcia substancji lub powtórzenia zachowania, również przez ćwiczenie samokontroli czy trening asertywności. Ważnym elementem treningów jest radzenie sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi (agresja, złość, poczucie winy, depresja) oraz kierowanie się empatią i wartościami prospołecznymi. Podsumowując, można powiedzieć, że kształtowanie się odpowiedzialności społecznej to główny kierunek działania w fazie drugiej. Ostatnia faza opiera się na autonomizacji i wzmacnianiu osiągniętych zmian. Na tym poziomie klient wypracowuje zwykle rozmaite metody wspierające, modeluje pełnione przez siebie role społeczne w zgodzie z oczekiwaniami społecznymi, a także tworzy alternatywną, lokującą się poza miejscem terapii, sieć wsparcia społecznego. Niezwykle istotną funkcją tej fazy jest zdobycie umiejętności zarządzania rozwojem zawodowym oraz czasem wolnym (Milkman, Wanberg, 2007, s. XV i 19–20).

Omawiając SSC jako skuteczny program wspierający zmianę zachowań antyspołecznych trzeba wyraźnie podkreślić, że dla jego efektywności kluczowa jest faza początkowa, kiedy to poprzez niezbyt głęboką penetrację dylematów moralnych stawia się klientowi pytania, dzięki którym on sam identyfikuje obszary wymagające zmiany. W ten sposób, w oparciu o diagnozę różnicującą, konstruuje się profil osoby i jednocześnie program zmiany, który dla klienta staje się przewodnikiem. Diagnoza obejmuje pięć podstawowych wymiarów:

- używanie i uzależnienie od substancji psychoaktywnych (wykorzystuje się tu różne narzędzia, począwszy od przesiewowych (np. AUDIT), aż po czysto diagnostyczne (kwestionariusze) oraz refleksje po spotkaniach grupowych);
- zachowania przestępcze (rodzaje, uwarunkowania, identyfikacja czynników ryzyka, myśli automatycznych itd.; klienci tworzą dzienniczki „błędów myślowych”);
- poziom rozumienia znaczenia procesu myślenia oraz emocji dla zachowań przestępczych;
- analiza sytuacji życiowej w celu wskazania obszarów do poprawy funkcjonowania;
- praca nad podtrzymaniem motywacji i gotowości do zmiany (Milkman, Wanberg, 2007, s. 21).

Program może być realizowany tak w środowisku wolnościowym, jak i w sytuacji izolacji penitencjarnej (Hansen, 2008).

Thinking for a Change (T4C)

Program *Thinking for a Change* jest jednym z najmłodszych programów w nurcie kognitywno-behawioralnym. Powstał w 1997 roku w National Institute of Correction. Jego autorami są J. M. Bush, B. Glick i J. Taymans, a pierwowzorem był *Cognitive Approaches to Changing Offenders Behavior* (Bush, Glick i Taymans, 1997, s. 3). Adresatami programu są osoby skazane, tak dorośle, jak i nieletnie, obu płci, przebywające w aresztach, zakładach korekcyjnych oraz karnych. W programie mogą brać również udział osoby pod probacją i parole, a zatem funkcjonujące w warunkach kontrolowanego środowiska wolnościowego (Milkman, Wanberg, 2007, s. 31). Uczestników do programu dobiera się na podstawie indywidualnego wywiadu, uwzględniając ich motywację, oczekiwania oraz poziom ryzyka (Bush, Glick i Taymans, 1997, s. 5). Program skoncentrowany jest na rekonstrukcji procesów myślowych, budowaniu umiejętności społecznych oraz twórczym rozwiązywaniu problemów, a przez to podnoszeniu samoświadomości osadzonego i rozszerzaniu jego kompetencji społecznych (Bush, Gluck, Taymans, 1997, s. 2). Zajęcia organizowane są według schematu: zrozum, naucz się, przećwicz. Główne formy aktywności w tym programie obejmują: modelowanie (*modeling*), udzielanie informacji zwrotnych (*feedback*), prospekty (*handouts*), projektowanie wydatków (*overheads*) oraz fiszki (*pocket card*).

Program rozpoczyna się od nauczania sprawców uzyskiwania wglądu w siebie, tak by mogli oni odtworzyć swój sposób myślenia, zachowania się i odczuwania. Ten proces jest wzmacniany przez cały czas trwania oddziaływań. Ważnym elementem programu jest opracowanie profilu koniecznych umiejętności społecznych, który tworzy sam skazany wraz z opiekunem, by na jego podstawie organizować późniejsze zajęcia (Milkman, Wanberg, 2007, s. 31). Program jest skoncentrowany na integracji umiejętności skazanych, tak by mogły być one wykorzystane do rozwiązywania problemów, również w sytuacjach trudnych, które prowokować mogą konflikty z prawem. Istotnym elementem jest możliwość wypróbowania świeżo nabytych umiejętności w czasie różnego rodzaju dram/gier, podczas których wypracowuje się, modeluje i odtwarza alternatywne formy działania. Po przedstawieniu sytuacji grupa dyskutuje o tym, co zobaczyła, udziela wsparcia i wskazówek. Uczestnik zobligowany jest do wypróbowania nowej umiejętności/kompetencji w swoim środowisku zamieszkania. Zadanie to traktowane jest jako praca domowa i omawiane na kolejnym spotkaniu grupy.

Poprzez zmianę sposobu myślenia, trening umiejętności społecznych, rozwiązywanie problemów program, wspierając wewnętrzną motywację, pozwala przestępcy unikać zachowań kryminalnych.

W chwili obecnej T4C jest realizowany we wszystkich stanach, przez około 5000 pracowników pionu korekcyjnego i socjalnego. Program obejmuje pracę w zamkniętych, 8–12-osobowych grupach, pracujących przez 22 sesje sprofilowane tematycznie, poprzedzone dodatkowymi 10 sesjami, służącymi do potwierdzenia motywacji do pracy nad uzyskaniem zmiany oraz będącymi wstępnym etapem terapii. Zatem w sumie uczestnicy biorą udział w 32-sesyjnym programie treningowym, który kończy się uzyskaniem certyfikatu (Hansen, 2008). Grupa jest zobligowana do ustalenia i przestrzegania norm grupowych (kontrakt), wśród których za najważniejsze należy uznać: dyskrecję, wzajemny szacunek, rotację, „powrotność”, „zwrotność” w komunikacji (*take turns speaking and sharing*) oraz brak agresji w kontaktach między uczestnikami. Autorzy zwracają również uwagę na organizację przestrzeni, sugerując odpowiednie przygotowanie pokoju do zajęć, zapewnienie takich miejsc do siedzenia, by sprzyjały one swobodnej wymianie myśli (Bush, Gluck, Taymans, 1997, s. 5–6).

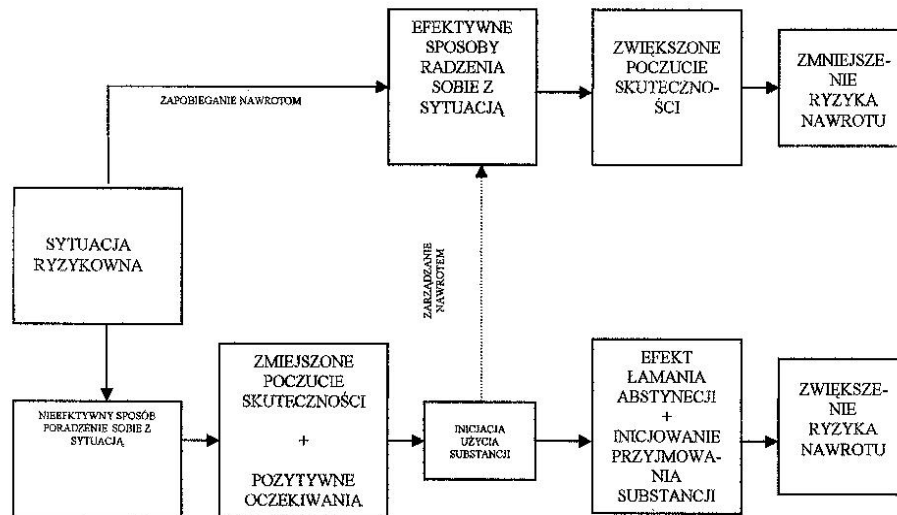
Ze względu na dużą rolę przypisaną jakości relacji interpersonalnych autorzy programu zwracają uwagę również na trenerów, którzy powinny być osobami opiekuńczymi, lubiącymi się uczyć, ale też zdolnymi do kontroli innych osób. W ich pracy ważne jest rozumienie procesów grupowych oraz interakcji osobowych (Bush, Gluck, Taymans, 1997, s. 4).

Program jako jeden z nielicznych został wydany również w wersji latynoskiej (Milkman, Wanberg, 2007, s. 31).

Relapse Prevention Therapy (RPT)

Opracowany przez G. A. Parksa i G. A. Marlatta w 2000 roku program *Relapse Prevention Therapy*¹¹ skierowany jest przede wszystkim do osób skazanych z problemami uzależnieniowymi (alkohol, narkotyki). Uzależnienie jest tu traktowane jako nabyte zachowanie „o biologicznych, psychologicznych i społecznych determinantach i konsekwencjach” (Marlatt, Parks, Witkiewitz, 2002, s. 2). Osoby uzależnione podtrzymują pewne zachowania, ponieważ za ich pomocą mogą poczuć się dobrze (*feel good*) lub lepiej przez złagodzenie bólu psychicznego (*feel better*). Zachowania te przynoszą najczęściej natychmiastową gratyfikację, która jest oceniana jako warta podjęcia ryzyka, mimo możliwości wystąpienia późniejszych negatywnych konsekwencji. Przebieg takiego zachowania ilustruje schemat nr 2. Obrazuje on również procedurę zapobiegania nawrotom w uzależnieniach, jako efekt pracy w ramach RPT.

¹¹ Nazwę programu należy tłumaczyć jako terapię zapobiegania nawrotom w uzależnieniach.



Schemat 2. Zapobieganie nawrotom w uzależnieniach (źródło: Marlatt, Parks, Witkiewitz, 2002, s. 5).

Jeśli spojrzymy na uzależnienia jak na zestaw zachowań służących do dostarczania sobie pozytywnych wzmocnień lub redukcji negatywnych uczuć, zrozumiałym stanie się główny kierunek oddziaływań RPT, związany z dostarczeniem klientowi konstruktywnych sposobów radzenia sobie z brakiem nagrody lub bólem oraz wypracowanie w nim przekonania, że w walce z uzależnieniem jest skuteczny. W tym kontekście ważne jest skonfrontowanie klienta z negatywnymi konsekwencjami używania środków psychoaktywnych, bowiem wielu klientów RPT charakteryzuje się wyłącznie pozytywnymi postawami wobec substancji, wypierając lub racjonalizując negatywne skutki ich używania. Efektem zaniechania tego kroku może stać się „pragnienie odpustu” (*desire for indulgence*) i wznowienie używania substancji. Jest to szczególnie prawdopodobne w sytuacji, gdy życie klienta jest dalekie od homeostazy (występują u niego liczne konflikty wewnętrzne i zewnętrzne) oraz po dłuższym już okresie abstynencji (Marlatt, Parks, Witkiewitz, 2002, s. 5). Zatem RPT koncentruje się na wytworzeniu u uczestników programu takich sposobów myślenia i działania, które do minimum pozwalają zredukować prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotów. Uważa się je bowiem za „najtrudniejsze i najbardziej dramatyczne zjawisko w przebiegu terapii uzależnienia od alkoholu” (Chodkiewicz, 2006, s. 175). Do negatywnych następstw nawrotów bez wątpienia należy zaliczyć: umacnianie przekonania o bezsensowności podejmowania kroków związanych z utrzymaniem absty-

nencji, obniżenie i tak już niskiego poczucia własnej wartości, poczucie utraty ostatniej szansy oraz obniżenie motywacji do pracy nad sobą i chorobą.

Źródeł nawrotów upatruje się w dwóch grupach czynników: intrapersonalnych i interpersonalnych. Pierwsza grupa obejmuje przekonania, doświadczenia psychologiczne, indywidualną charakterystykę osoby oraz reakcje na będące jej udziałem zdarzenia losowe (nieszczęścia, wypadki, straty finansowe). Do drugiej należą czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym jednostki (Marlatt, Parks, Witkiewicz, 2002, s. 11–15). Szczegółową charakterystykę przedstawia tabela nr 3.

Tabela 3. Czynniki ryzyka nawrotu

Czynniki ryzyka nawrotu	
intrapersonalne	interpersonalne
<ul style="list-style-type: none"> – radzenie sobie z negatywnymi stanami emocjonalnymi, nastrojem, uczuciami (używanie substancji lub czynności w celu redukcji gniewu, frustracji, lęku, smutku, straty, napięcia, depresji, nudy, obawy, dysforii, poczucia winy); – radzenie sobie z nieprzyjemnymi, bolesnymi reakcjami fizjologicznymi (używanie substancji psychoaktywnych dla łagodzenia bólu związanego z chorobą, zaburzeniem, obrażeniami); – wzmacnianie pozytywnych stanów emocjonalnych (używanie substancji lub zachowań do regulowania samopoczucia); – kontrola osobista (podatność na sytuacje „tylko raz spróbuję i zobaczę co się stanie”); – podatność na pokusy (w sytuacji, gdy substancja lub zachowanie są dostępne oraz nie). 	<ul style="list-style-type: none"> – radzenie sobie z konfliktami w relacjach małżeńskich, rodzinnych, zawodowych i towarzyskich (uczucie frustracji, gniewu, zawodu, wrogości, zazdrości, poczucia winy, lęku, napięcia); – niska odporność na działanie pośredniej i bezpośredniej presji społecznej; – wzmacnianie pozytywnych stanów emocjonalnych (używanie substancji lub zachowań do regulowania relacji z innymi osobami, efekt rozluźnienia, przyjemności, podniecenia seksualnego).

Źródło: Marlatt, Parks, Witkiewicz, 2002, s. 11–15

Głównymi przyczynami nawrotów w chorobie uzależnieniowej są zatem negatywne stany emocjonalne, dysforyczność, konflikty interpersonalne, frustracja i gniew, silny stres (związany np. z ekspozycją społeczną lub problemami natury finansowej) oraz presja społeczna (por. Milkman, Wanberg, 2007, s. 28). Stąd klient w RPT musi nauczyć się rozpoznawać sytuacje

ryzykowne oraz własne reakcje, które mogą doprowadzić do sięgnięcia po substancję. Ten pierwszy element RPT określa się mianem „zapobiegania nawrotom”. Jeśli nie udaje się wygasić potrzeby użycia lub powtórzenia zachowania, mamy do czynienia z „zarządzaniem nawrotem” (Marlatt, Parks, Witkiewicz, 2002, s. 5–6). Działania w drugim etapie zorientowane są na obniżenie kryzysu poprzez wdrożenie odpowiednich procedur, opracowanych indywidualnie dla każdego z uczestników RPT. Niezwykle ważne jest, by klient myślał o nawrocie nie jako o bankructwie/ostatecznym rozwiązaniu/końcu, ale raczej o chwilowym braku chęci/sprawstwa (*willpower*). Uczestnik musi nauczyć się postrzegać nawroty jako specyficzne, przewidywalne i dające się kontrolować zdarzenia (Marlatt, Parks, Witkiewicz, 2002, s. 6 i 9).

W RPT stosuje się pięć podstawowych strategii oddziaływań:

- trening radzenia sobie z trudnościami (*coping-skills training*),
- tworzenie map nawrotów (*Relapse Road Maps*), gdzie uczestnik programu identyfikuje i oznacza prowokujące i trudne sytuacje, a także poszukuje dla nich antidotum;
- identyfikowanie i radzenie sobie ze zniekształceniami poznawczymi (*to identify and cope with cognitive distortions*), takimi jak racjonalizacje i zaprzeczenia, które podnoszą prawdopodobieństwo wystąpienia nawrotów;
- zmiana stylu życia na prozdrowotny (*life style modification techniques*);
- nauka przewidywania wystąpienia nawrotu (*learning to anticipate possible relapse*) (Milkman, Wanberg, 2007, s. 29).

Udział w programie rozpoczyna się od rozpoznania indywidualnych, środowiskowych oraz fizjologicznych czynników ryzyka i opisu sytuacji sprzyjających występowaniu nawrotów. Ocenia się na tym etapie zdolność radzenia sobie klienta z problemem, ustalając, czy ewentualne deficyty są związane z brakiem wiedzy, nieodpowiednimi strategiami, czy raczej efektem niskiej motywacji, samooceny lub lęku (Marlatt, Parks, Witkiewicz, 2002, s. 4). Opracowany na tej podstawie plan zmiany jest silnie zindywidualizowany i głęboki. Jego głównym celem jest pomóc klientowi skonstruować oparty na homeostazie styl życia, tak by obniżał on poziom stresu i destrukcji oraz nauczyć go identyfikować wczesne oznaki sytuacji ryzykownych, by zapobiegać nawrotom w uzależnieniach.

Program skoncentrowany jest na trenowaniu umiejętności społecznych, tworzeniu pozytywnych skryptów myślowych oraz modyfikacji stylu życia. W czasie programu uczestnicy uczą się rozumieć kwestię nawrotów, identyfikować i wybierać efektywne schematy reakcji w sytuacjach trudnych oraz hamować zachowania popędowe. Ważne jest również konstruowanie procedur związanych z przełamywaniem destrukcyjnych schematów działania, podtrzymywaniem motywacji do pracy nad sobą, a także konstruowaniem zrównoważonego stylu życia. Odmienne niż pozostałe programy ten po-

myślny jest jako otwarty, co oznacza, że można do niego dołączyć na każdym etapie jego trwania. Program obejmuje 40 godzin treningowych (Hansen, 2008).

W związku z tym, że z uzależnieniami często występują w parze takie zjawiska, jak uszkodzony osąd oraz impulsywność zaburzająca kontrolę, z programu mogą korzystać również osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych, przestępcy seksualni, sprawcy przemocy oraz innych zachowań kryminalnych (Milkman, Wanberg, 2007, s. 28).

Podsumowanie

W pracy z osobami skazanymi próbowano wykorzystać już wiele podejść i koncepcji. Jednak zdecydowana większość z nich nie była w stanie przejść procedur ewaluacyjnych z pozytywnym rezultatem. Mowa tu przede wszystkim o podejściu psychodynamicznym, behawioralnym czy nieustrukturalizowanych formach terapii. Egzaminu nie zdały również klasyczne formy pracy socjalnej oraz odstraszenie (Majcherczyk, 2006, s. 24). Wydaje się, że ich porażka wiązała się ze zbyt jednokierunkowym podejściem do problemów skazanego. Obecnie za jedno z najbardziej obiecujących rozwiązań korekcyjnych, przełamujących problem jednokierunkowości, uznaje się podejście kognitywno-behawioralne. Wprowadzenie go na przełomie lat 80. i 90. ubiegłego wieku na szeroką skalę do praktyki penitencjarnej uruchomiło jednocześnie badania nad jego efektywnością, mierzoną skalą powrotności do przestępstwa (Friednship, Blud, Erikson, Travers, 2002, s. 1). Szacuje się, że działania kognitywno-behawioralne w zależności od przyjętego wariantu redukują zjawisko recydywy w zakresie od 10 do 30%, w porównaniu z grupami kontrolnymi pozbawionymi tego typu oddziaływań¹² (Friednship, Blud, Erikson, Travers, 2002, s. 1; Lipsey, Landenberger, Wilson, 2007, s. 6).

Względnie wysokiej efektywności podejścia kognitywno-behawioralnego należy upatrywać w kilku kwestiach. W jego ramach udało się zniwelować większość ograniczeń, jakie towarzyszyły behawioryzmowi w pierwotnej postaci, czyli odejść od ahisterycznego traktowania jednostki, dostrzec ko-

¹² Trzeba jednak wyraźnie zaznaczyć, że efektywność jest zróżnicowana. W przeprowadzonej na zlecenie angielskiego Home Office zorganizowano eksperyment, który miał potwierdzić skuteczność programów CBT. Do ewaluacji wybrano grupę 2500 więźniów. Na podstawie *Offender Group Reconviction Scale* (OGRS) oszacowano prawdopodobieństwo recydywy, wyodrębniając cztery kwartyle, oznaczające stopnie ryzyka (*low, medium-low, medium-high, high*). Dla grup niskiego i wysokiego ryzyka różnice w efektywności wśród grup kontrolnych i poddanych oddziaływaniom nie były znaczące statystycznie. Natomiast o wyższej skuteczności w porównaniu z grupami kontrolnymi można mówić w przypadku osób zaklasyfikowanych do grup o średnio-niskim i średnio-wysokim ryzyku – tu różnice między grupami wynosiły od 11 do 14% (Friednship, Blud, Erikson, Travers, 2002, s. 3).

nieczność nie tylko wyćwiczenia pewnych zachowań, ale przede wszystkim zrozumienia ich w odniesieniu do indywidualnej biografii jednostki. Stąd też wyodrębniono szereg „specjalistycznych” programów, skierowanych do konkretnych kategorii klientów/skazanych np.: uzależnionych, agresywnych, będących sprawcami przemocy seksualnej. W ramach programów realizowane są moduły, które można odpowiednio dobierać, mając na uwadze potrzeby kryminogenne (*criminogenic needs*)¹³ skazanych, uważane za główne przyczyny przestępczości i później recydywy. Jak napisał D. Andrews: „Jeśli recydywa jest skutkiem antyspołecznego myślenia, nie pracuj nad samoocena, pracuj nad antyspołecznym myśleniem; jeśli recydywa jest skutkiem trudności w utrzymaniu pracy, nie pracuj nad zdobywaniem pracy, pracuj nad jej utrzymaniem” (Andrews, 1989, s. 8; cyt. za Majcherczyk, 2006, s. 21). Modułowa budowa programów powoduje, że łatwiej można zaplanować pracę z poszczególnymi osobami i grupami, a opracowane do każdego modułu podręczniki dla uczestników i prowadzących powodują, że oddziaływania mogą realizować osoby nie tylko z pełnym przygotowaniem psychologicznym czy psychiatrycznym, ale także odpowiednio przeszkoleni pedagodzy, socjolodzy, czy pracownicy socjalni, co w znaczny sposób wpływa na koszty prowadzenia programów. Jest to tym bardziej istotne, że zwykle w ramach instytucji (czy to izolacyjnej, czy nieizolacyjnej) skazany może wybierać i/lub być klasyfikowanym do jednego lub kilku programów, w których łączne uczestnictwo będzie miało pozytywne skutki dla jego funkcjonowania psychicznego i społecznego. Konstrukcja programów opartych na podejściu kognitywno-behawioralnym jest na tyle elastyczna, że uwzględnia takie uwarunkowania jak poziom intelektualny skazanego oraz preferowany przez niego styl uczenia się. Dzieje się tak na skutek tego, że programy przewidują wiele różnych form uczenia się, począwszy od wykładu, poprzez warsztaty, dramy, czy wykorzystanie rysunku, na treningach umiejętności społecznych i poznawczych skończywszy. Wskazując zalety resocjalizacyjnych programów kognitywno-behawioralnych nie sposób nie zwrócić uwagi na stosunkowo precyzyjnie określony czas trwania, co staje się szczególnie istotne w praktyce penitencjarnej oraz specyficzną definicję relacji między skazanym a osobą prowadzącą oddziaływania. Jest ona zdecydowanie bardziej partnerska, dwukierunkowa, nastawiona głównie na wspieranie aktywności skazanego. Osoba prowadząca program występuje tu raczej w roli wspomagacza, kreatora warunków do działania, bo same

¹³ Do najczęściej wymienianych potrzeb kryminogennych bez wątplenia należy zaliczyć: agresję, akceptację i propagowanie wartości i zachowań podkulturowych, uzależnienia od substancji psychoaktywnych, deficyty w umiejętnościach poznawczych i społecznych oraz braki w zakresie kompetencji koniecznych do funkcjonowania na rynku pracy [Barczykowska (b), 2010, s. 7; por. Majcherczyk, 2006, s. 22–24].

działań mają być wynikiem zmiany w sposobie myślenia o sobie i świecie, jaka zaszła u osoby skazanej.

Wskazane powyżej zalety podejścia kognitywno-behawioralnego w resocjalizacji osób skazanych oraz skala wdrożenia programów do praktyki pozwalają sądzić, że w perspektywie kilku najbliższych lat będzie to podejście dominujące. Otwartym pozostaje pytanie, kiedy na szerszą skalę zacznie z niego korzystać również polski system wymiaru sprawiedliwości.

Bibliografia:

1. Altrows I. F., Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy with Adult Male Offenders, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, vol. 20, no. 3/4/200.
2. Barczykowska A., Oddziaływania probacyjne wobec osób w konflikcie z prawem (doświadczenia amerykańskie), *Probacja* 2010, nr 3–4.
3. Barczykowska A. (b), Szacowanie i zarządzaniem ryzykiem jako podstawa oddziaływań korekcyjnych, tekst niepublikowany, Poznań 2010.
4. Boston C., Meier A., Changing Offenders' Behavior: Evaluating Moral Reconciliation Therapy (MRT) in the Better People Program, Portland 2001.
5. Bush J., Glick B., Taymans J., Thinking for a Change: Integrated cognitive behaviour program, Washington 1997.
6. Chodkiewicz J., Zasoby osobiste a występowanie nawrotów u mężczyzn uzależnionych od alkoholu, (w:) Cierpiątkowska L. (red.), *Oblicza współczesnych uzależnień*, Poznań 2008.
7. Curwen B., Palmer S., Ruddell P., *Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa*, Gdańsk 2006.
8. Drat-Ruszczak K., Drażkowska-Zielińska E. (red.), *Podręcznik pomagania. Podstawy pomocy psychologicznej. Szkoły i kierunki psychoterapii*, Warszawa 2005.
9. Dzierżyńska S., Wojewoda M., Angielskie i amerykańskie rozwiązania resocjalizacyjne wobec nieletnich, (w:) Pytka L., Nowak B. M. (red.), *Problemy współczesnej resocjalizacji*, Warszawa 2010.
10. Fabiano E., Porporino, F., Robinson D., Canada's cognitive skills program corrects offenders' faulty thinking, *Corrections Today* 1991, vol. 10.
11. Friednship C., Blud L., Erikson M., Travers R., An evaluation of cognitive behavioral treatment for prisoners, *Findings* 2002, no 161.
12. Groh S., *Cognitive-Behavioral Treatment and Offenders*, Miami 1999.
13. Grzesiuk L. (red.), *Psychoterapia. Teoria*, Warszawa 2005.
14. Hansen C., Cognitive-behavioral Interventions: Where They Come From and What They Do., *Federal Probation* 2008, vol. 72, no 2, adres inter-

- entowy: <http://www.uscourts.gov/viewer.aspx?doc=/uscourts/FederalCourts/PPS/Fedprob/2008-09/index.html>.
15. Hanson R. K., What Works: Effective Interventions with Sex Offenders?, 2008, adres internetowy: <http://www.nysatsa.com/conference/docs/Hanson%20-%20Plenary%20PP.ppt>.
 16. Kazdin A. E., Weisz J. R. (red.), Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach, Kraków 2006.
 17. Landenberger N. A., Lipsey M. W., The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment, *Journal of Experimental Criminology* 2007, vol. 1, no 4.
 18. Lipsey M. W., Chapman G. L., Landenberger N. A., Cognitive behavioral programs for offenders, *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 2001, vol. 578.
 19. Lipsey M. W., Landenberger N. A., Wilson S. J., Effects of Cognitive-Behavioral Programs for Criminal Offenders, Nashville 2007.
 20. Little G., Robinson K., How to escape your prison: A Moral Reconciliation Therapy Workbook, Memphis 1986.
 21. Majcherczyk A., Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa, *Przegląd Więziennictwa Polskiego* 2006, nr 52-53.
 22. Marlatt G. A., Parks G. A., Witkiewitz, K., Clinical guidelines for implementing relapse prevention therapy, Peoria 2002.
 23. Milkman H., Wanberg K., Cognitive-Behavioral Treatment. A review and Discussion for Corrections Professionals, Denver 2007.
 24. Milkman H. B., Wanberg K. W., Criminal Conduct & Substance Abuse Treatment, Denver 2007.
 25. Opora R., Resocjalizacja. Wychowanie i psychokorekcja nieletnich niedostosowanych społecznie, Kraków 2010.
 26. Opora R., Terapia poznawczo-behawioralna w resocjalizacji, (w:) Rejzner A., Szczepaniak P., Terapia w resocjalizacji. Ujęcie teoretyczne, część I, Warszawa 2009.
 27. Parks G. A., Marlatt G. A., Relapse Prevention Therapy: A cognitive-behavioral approach, *The National Psychologist* 2006, vol. 9; adres internetowy: http://www.nationalpsychologist.com/articles/art_v9n5_3.htm.
 28. Pearson F. S., Lipton D. S., Effects of Behavioral/Cognitive-Behavioral Programs on Recidivism, *Crime & Delinquency* 2002, vol. 48.
 29. Pollen. Evaluation of the Reasoning and Rehabilitation Cognitive Skills Development Program as Implemented in Juvenile ISP Colorado, Colorado 1996.
 30. Popiel A., Pragłowska E., Psychoterapia poznawczo-behawioralna, Warszawa 2008.

31. Potempska E., Kołodziejczyk A., Trening Zastępowania Agresji, *Remedium* 2001, nr 12.
32. Pytko L., Pedagogika resocjalizacyjna, Warszawa 1995.
33. Tomaszewski J., Psychologia, Warszawa 1975.
34. Tong L. S. J., Farrington D. P., How effective is the Reasoning and Rehabilitation" programme in reducing reoffending? A meta-analysis of evaluations in four countries, *Psychology, Crime & Law* 2006, vol. 12.