

Henryk Machel*

Rola terapii w resocjalizacji penitencjarnej

Potrzeba psychokorekcji

Liczne zachowania patologiczne młodzieży, które rejestrujemy w ostatnich 15 latach, szczególnie w latach 90. oraz na początku XXI wieku w Polsce, muszą poważnie niepokoić¹. Media często informują o zgwałceniach, o zabójstwach, o wczesnym alkoholizmie i narkomanii. Wypada przypomnieć znane przypadki nakładania kosza na głowę nauczycieli w szkołach średnich: pierwszy w Toruniu a następne w Poznaniu, których negatywny społeczny wydźwięk próbowano zminimalizować. Nieracjonalne opiniowanie szkół przez władze oświatowe w obszarze poprawnej socjalizacji poprzez poziom tzw. „ładu szkolnego” (nic złego się nie dzieje, nasza szkoła pracuje dobrze, kontrolujemy sytuację itp.), powoduje poprawne ocenianie dyrektorów szkół i nauczycieli, którzy „radzą” sobie z istotnymi problemami szkolnymi, nie ujawniają i nie zgłaszają poważniejszych zachowań patologicznych uczniów władzom oświatowym w obawie przed złą oceną ich pracy pedagogicznej (panie dyrektorze, pan sobie nie radzi!?). Wielu autorów od dawna sygnalizowało obniżenie się dyscypliny szkolnej uczniów zwracając szczególną uwagę na wzrost agresji i przemocy jednych uczniów wobec drugich², a niekiedy uczniów (jak wyżej) wobec nauczycieli. W roku 2011 w Bydgoszczy, podczas finałowego meczu o Puchar Polski, apogeum osiągnęło bardzo kosztowne chuligaństwo stadionowe w wyniku czego określone działania zapobiegawcze powzięło Państwo. Warto podkreślić długotrwałą indolencję Państwa w tym obszarze oraz znaczne poczucie bezkarności sprawców, które było tego efektem. Jak wskazują badania, i co wynika z informacji medialnych, chuligaństwo stadionowe młodzieży

* Prof. zw. dr hab. Henryk Machel, Gdańska Wyższa Szkoła Humanistyczna.

¹ A. Nowak, E. Wysocka. *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie. Elementy patologii społecznej i kryminologii*. Wyd. „Śląsk”, Katowice 2001, s. 114–115.

² Np. J. Żerko. *Z badań studentów nad przemocą dzieci i młodzieży*. W: J. Papież, A. Phukis (red). *Przemoc dzieci i młodzieży*. Wyd. Adam Marszałek, Toruń 1998.

osiągnęło bardzo niebezpieczny poziom³. Na tle pewnej społecznej niemocy wychowawczej, w tym szkolnej, w triadzie resocjalizacyjnej, którą niżej wyjaśniam, coraz większe znaczenie psychokorekcyjne przywiązuje się do rozmaitych form indywidualnej i grupowej terapii, adresowanej do sprawców tych zachowań. Nie jest bowiem możliwe, by nadal wzrastało zagrożenie ze strony zdemoralizowanych kręgów młodzieżowych chowających się dla nierozpoznania w szczelnych kapturach, co powoduje poczucie zagrożenia, zwłaszcza starszego pokolenia, które jak to było w warszawskim tramwaju dwa lata temu nie pomogło interweniującemu policjantowi (sierż. Zdrój), którego dwaj młodzi ludzie z premedytacją zażołowali w biały dzień. Bezsensowna agresja, irracjonalna przemoc oraz inne zachowania aspołeczne i antyspołeczne, z którymi niezwykle często się spotykamy, wymagają zarówno wzmocnionej profilaktyki jak i zdecydowanej redukcji⁴. W szeroko rozumianym procesie resocjalizacyjnym istotną rolę odgrywa terapia, o której niżej. Badania kryminologiczne wskazują, iż przyczyną demoralizacji wielu młodych ludzi jest źle funkcjonująca rodzina, która albo nie umie racjonalnie wychowywać swoich dzieci, albo jako rodzina patologiczna, jest aspołecznym modelem życia społecznego. Niektórzy badacze wskazują na ubóstwo i jego konsekwencje dla negatywnego funkcjonowania rodziny, m.in. w postaci zaburzeń w wychowaniu⁵. Wymienione wyżej czynniki patogenne niekiedy nabierają cech kryminogennych doprowadzając do zachowań przestępczych, które w odniesieniu do nieletnich, nazywa się czynami karalnymi, ponieważ nieletni, z niewielkimi wyjątkami nie odpowiadają karnie. Przestępczość nieletnich w Polsce w latach 1990–2005 w świetle statystyki policyjnej i sądowej przedstawiła B. Gruszczyńska⁶. Według statystyki policyjnej, z której dane za autorką przytoczę, w 1990 r. przestępczość nieletnich była stosunkowo mała i wynosiła w liczbach bezwzględnych 60 525 i wzrastała do roku 1995 do poziomu 82 551, co stanowiło najwyższy poziom w wymienionych latach. W roku 2005 liczba zachowań przestępczych wynosiła 71 482. Poziom ten z małymi zmianami, utrzymuje się do dzisiaj⁷. Nie zmieniła się generalnie struktura przestępczości nieletnich z wyjątkiem wzrostu przestępstw z użyciem przemocy w tym szczególnie rozbojów, udziału w bójkach i pobiciu oraz w spowodowaniu uszczerbku na zdrowiu. W roku 1990 czyny te stanowiły 4% wszystkich przestępstw nieletnich, zaś w roku 2005 już 18,5%. Zdecydowanie wzrosły czyny karalne o charakterze narkotycznym, których nie zarejestrowano w r. 1990, natomiast w r. 2005 wynosiły już 15,2%. Udział najpoważniejszych przestępstw tj. zabójstw i zgwałceń utrzy-

³ J. Dudała. *Fani-buligani. Rzecz o polskich kibolach*. Wyd. „Żak”, Warszawa 2004.

⁴ M. Libiszowska-Żółtkowska, K. Ostrowska (red.). *Agresja w szkole. Diagnoza i profilaktyka*. Wyd. Difin, Warszawa 2008.

⁵ D. Lalak. *Rodzina i szkoła w systemie wychowania*. W: M. Libiszewska-Żółtkowska, K. Ostrowska (red.), *Agresja w szkole. Diagnoza i profilaktyka*. Wyd. Difin, Warszawa 2008, s. 128.

⁶ B. Gruszczyńska. *Przestępczość nieletnich w Polsce w świetle statystyk*. W: M. Libiszewska-Żółtkowska, K. Ostrowska (red.), *Agresja w szkole. Diagnoza i profilaktyka*. Wyd. Difin, Warszawa 2008, s. 29–44.

⁷ A. Siemaszko, K. Marczewski, B. Gruszczyńska. *Atlas przestępczości 4*. Wyd. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości. Warszawa 2009, s. 46–47.

mywał się w analizowanych latach na tym samym poziomie. Należy jednak podkreślić, iż liczba zgwałceń jest, jak zawsze, zaniżona, ponieważ nie wszystkie ofiary zgwałceń zgłaszają ten fakt policji bo albo się wstydzą, albo są w różny sposób szantażowane przez sprawców. W wyniku gwałtu u ofiary powstaje jednak mocny i długotrwały uraz, niekiedy na całe życie. Gwałty niezgłoszone powodują poczucie bezkarności u sprawców. Dnia 16 czerwca 2011 r. TVN INFO podała informacje o rozwodach w Polsce. Zdaniem autora programu obserwujemy ich stały wzrost. W roku 1990 w Polsce zarejestrowano ponad 32 tys. rozwodów, a w roku 2010 ich liczba przekroczyła 72 tys. Oczywiście młodzież z tych małżeństw narażona jest na desocjalizację tracąc poczucie własnego bezpieczeństwa i znajdując często wsparcie w negatywnych kręgach młodzieżowych. Podane wyżej liczby wskazują na wzrost zapotrzebowania na terapię rodzin, stanowiącą tu istotny czynnik profilaktyczny.

Co to jest terapia?

Według A. Rebera⁸ terapia oznacza „zbiorcze określenie wszystkich sposobów i odmian leczenia chorób lub zaburzeń”. Autor dodaje, iż sens tego terminu, jest niezwykle rozległy tak pod względem konotacji, jak i denotacji – używa się go przeważnie z przymiotnikami wyjaśniającymi wyrażnie o jaką terapię chodzi”. Wśród wielu rodzajów terapii jakie wyróżnia i wyjaśnia w swoim słowniku warto zwrócić uwagę na podział bardzo ogólny i wymienić m.in. terapię aktywną, którą utożsamia z terapią dyrektywną oraz terapię bierną. W pierwszej terapeuta odgrywa aktywną, kierowniczą rolę w interakcji terapeutycznej. Terapię bierną charakteryzuje jako „każdą odmianę terapii, w której mówiąc ogólnie, terapeuta schodzi na dalszy plan i nie próbuje kontrolować ani przebiegu terapii, ani zmian zachodzących w pacjencie [...] jest przeciwieństwem terapii biernej”. Reber wymienia i definiuje m.in. takie rodzaje terapii jak: behawioralna, Gestalt, perswazyjna, przez pracę, relaksacyjna, choreoterapia, teatralna. Autor ten wyjaśnia także pojęcie psychoterapii. Podaje, iż „w najbardziej ogólnym sensie jest to zastosowanie każdej metody, która ma łagodzące lub lecznicze oddziaływania na wszelkie zaburzenia psychiczne, emocjonalne lub zachowania [...] Termin ten często bywa używany w skróconej formie – terapia”⁹. Podkreśla, że tę odmianę terapii może stosować tylko personel odpowiednio przeszkolony: psycholog, psychoterapeuta, psychiatra. Tu należy dodać, iż wymienione wyżej terapie także mogą realizować jedynie osoby kompetentne, a więc odpowiednio przygotowani profesjonalnie terapeuci (psychologowie, pedagodzy-psychoterapeuci). Pojęcia psychoterapia używa Jerzy Aleksandrowicz, który czyni to wskazując na jej zastosowanie w leczeniu medycznym. Podkreśla jednak, podobnie jak Reber, że „Niemał każdy podręcznik nieco inaczej prezentuje tę wiedzę, najchętniej przy tym unikając jasnego określenia co jest psychoterapią i jasnego odróżnienia tej formy leczenia, od innych, nie będących leczeniem, oddziaływań

⁸ A. Reber. *Słownik psychologii*. Wyd. SCHOLAR, Warszawa 2000.

⁹ Tamże, s. 600.

na psychikę chorych – np. psychoedukacji, wspierania w rozwoju osobistym, itp”. Autor twierdzi więc, że nie ma jednej obowiązującej definicji psychoterapii. Definiuje ją „jako formę oddziaływań społecznych, której celem jest korekta zaburzeń i zachowania”¹⁰. Wyjaśnia jednocześnie, iż psychoterapia ma zredukować lub zlikwidować symptomy i przyczyny choroby, w tym cechy osobowości, powodujące zaburzenia przeżywania. J. Aleksandrowicz wyraźnie akcentuje, iż oddziaływania psychoterapeutyczne mają m.in. wpływ na przeżywanie (kwestie emocjonalne) i zachowanie poprzez zmianę procesów psychicznych chorego. Oddziaływania te to procesy dokonujące się w trakcie relacji interpersonalnej polegającej na komunikacji werbalnej i niewerbalnej między terapeutą i pacjentem lub między terapeutą a grupą terapeutyczną. W takiej sytuacji psychoterapia leczy jednocześnie wszystkich członków grupy. Autor zaznacza jednak, że nie wszystkie osoby mogą być adresatami oddziaływania psychoterapeutycznego, a jedynie te, u których pozwala na to stosowne rozpoznanie wskazujące na możliwość stosowania określonej terapii¹¹.

Kazimierz Pospiszyl, wychodząc z pozycji resocjalizacyjnych osób nieprzystosowanych społecznie, w tym przestępców, zdecydował się na wskazanie różnic i podobieństw terapii i resocjalizacji. Powołując się na badaczy zachodnich i dokonując własnej analizy zagadnienia, porównuje resocjalizację z terapią. Podaje, iż resocjalizacja (wychowanie resocjalizacyjne) najbardziej ogólnie to korektura osobowości metodami wychowawczymi. Terapia zaś „to stałe ćwiczenie woli, to uwalnianie człowieka z tyranii woli, która spycha jego zachowania na manowce!” Przestrzega jednocześnie, że nie można przesadzać z rygoryzmem w wychowaniu, z wpajaniem wychowankowi nazbyt skrupulatnego perfekcjonizmu¹². Wskazuje, że terapia nie może skutkować redukcją przyswojonych w toku wychowania pozytywnych hamulców powodujących powstrzymywanie się w relacjach społecznych od zachowań aspołecznych i antyspołecznych, m.in. naruszających obowiązujące standardy moralne i prawne. Według Pospiszyla można wyróżnić wiele czynników, które dzięki zachodzącemu procesowi sprzężenia zwrotnego między terapeutą a grupą terapeutyczną powodują, iż jest ona bardziej skuteczna w porównaniu z oddziaływaniami indywidualnymi „nawet najbardziej utalentowanego terapeuty”. Wskazuje na pewną zbieżność między terapią a resocjalizacją i ich wzajemne wspomaganie korekcyjne¹³. Przypomnę, iż teoria resocjalizacji wyróżnia tzw. triadę resocjalizacyjną, na którą składają się: wychowanie korekcyjne, którego celem jest redukcja lub likwidacja deficytów wychowawczych, terapia i wspomaganie społeczne. W tym sensie, w szerokim rozumieniu, terapia stanowi jeden z ważnych elementów postępowania resocjalizacyjnego (rehabilitacyjnego).

Arthur Reber we wspomnianym wyżej *Słowniku psychologii* definiuje jeszcze jedno pojęcie, często spotykane w opracowaniach teoretycznych i w terminologii oddziaływań

¹⁰ J. Aleksandrowicz. *Psychoterapia*. Wyd. Lekarskie PZM, Warszawa 2000, s. 11–12.

¹¹ Tamże, s. 12.

¹² K. Pospiszyl. *Resocjalizacja a terapia*. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. *Ujęcie praktyczne*. Wyd. „Żak”, Warszawa 2009, s. 7–14.

¹³ Tamże, s. 13.

praktycznych: socjoterapia. Definiuje ją „jako termin zbiorczy na określenie każdej formy terapii, w której nacisk kładzie się w większym stopniu na czynniki społeczno środowiskowe i interpersonalne niż na czynniki intrapsychiczne; zalicza się do niej różne formy psychoterapii grupowej, psychodramy i tym podobne”¹⁴.

Przykładem takiej terapii jest tzw. milieu terapia, którą w polskiej literaturze opisał A. Szecówka¹⁵. Ten rodzaj terapii polega na oddziaływaniu otoczeniem społecznym albo inaczej środowiskiem społecznym. Jest to koncepcja amerykańska. Powołuje się m.in. na A. Aichborna, B. Bettelheima i D. Winemana uważanych za jej twórców. Autor akcentuje skuteczność tej terapii podkreślając, iż „wiele elementów stosowanych w niej weszło na trwałe do wszystkich nowoczesnych instytucji resocjalizacyjnych”. Przytacza opinię I.A. Simonsena¹⁶, który uważa, że ten rodzaj terapii charakteryzuje się uniwersalnością gdy idzie o jej zastosowanie oraz interdyscyplinarnością z uwagi na solidne podłoże teoretyczne. A. Szecówka dla wzmocnienia pozytywnej oceny opisywanej tu terapii podaje, iż zarówno wcześniejsze jak i obecne badania potwierdzają wysoki stopień jej skuteczności wobec osób z różnych kategorii wiekowych: dzieci, młodzieży i dorosłych. Powołując się na opinię K. Pospiszyla podaje, iż milieu terapia znajduje świetne zastosowanie w szeroko rozumianym procesie resocjalizacji osób nieprzystosowanych społecznie, wpływając korzystnie na jej skuteczność.

Analizując powyższe wyjaśnienia najogólniej terapią można nazwać ściśle zaprogramowane, celowe oddziaływanie na człowieka (terapia indywidualna) lub na członków grupy (terapia grupowa) realizowane przez kompetentnego terapeuty. Idzie tu o uwolnienie jednostki od dręczących ją problemów, których nie może bez pomocy terapeuty rozwiązać, o wzbudzenie wiary w swoje możliwości, o uwolnienie się od uzależnień itp., a generalnie o zmianę zachowania społecznego na bardziej korzystne czego efektem będzie lepsze funkcjonowanie w środowisku społecznym. Według Cz. Cekiery¹⁷ idzie tu o uzyskanie lub odzyskanie mocy i kontroli nad własnym życiem. J. Siemionow¹⁸ podaje, iż „Psychoterapia (przypomnę w skrócie: terapia) – to zespół działań, którego celem jest poprawienie stanu psychicznego pacjenta, jego funkcjonowania, metodami psychologicznymi, nieinwazyjnymi”. Warto zwrócić uwagę, iż metodyczna literatura psychologiczna nie wyjaśnia zwykle na czym polegają metody psychologiczne, nie wymienia ich i nie opisuje. Nie wiadomo w tej sytuacji w jakim stopniu mają one cechy metod pedagogicznych, którymi przecież także realizuje się oddziaływanie korektywne na jednostki ludzkie, pomagając im w ten sposób.

¹⁴ A. Reber. *Słownik...*, dz. cyt., s. 686.

¹⁵ A. Szecówka. *Milieu therapy w resocjalizacji młodocianych*. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red), *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. *Ujęcie praktyczne*. Wyd. „Żak”, Warszawa 2009, s. 14–24.

¹⁶ I.E. Simonsen, *Cognitive milieu therapy from an experiential learning perspective*. „Tidsskrift for Norsk Psykologforening” 2007, nr 11, s. 1340–1349.

¹⁷ Cz. Cekiery. *Dwanaście Kroków – odnoszące się do jednostki; odzyskania jej mocy i kontroli nad własnym życiem*. W: A. Nowak, E. Wysocka, *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie*. Wyd. „Śląsk”, Katowice 2001, s. 317 i n.

¹⁸ J. Siemionow. *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*. Wyd. „Difin”, Warszawa 2011, s. 69.

Zmiany w tożsamości człowieka jako cel terapii

Literatura psychologiczna ostatnich lat powołując się na liczne badania, zdecydowanie akcentuje wpływ oddziaływań opartych na teorii poznawczo-behawioralnej na zmiany w obszarze osobowości, szczególnie w strukturze „Ja”, a więc w tożsamości człowieka (tj. w obrazie samego siebie), co powoduje zmianę jego orientacji społecznej i zmianę w zachowaniu. Szeroko tę kwestię opisał ostatnio R. Opora¹⁹. Stanowisko takie prezentują w swoich publikacjach m.in. również J.Cz. Czabała²⁰, J. Siemionow²¹, J. Wolińska²² i inni. Wskazują oni, odwołując się do koncepcji poznawczo-behawioralnej (vide niżej: pkt 2) na rolę zasobu wiedzy (samowiedzy) na wybór zachowania. J. Siemionow przytacza za H. Sęk²³ cztery orientacje terapeutyczne:

1. Orientacja dynamiczna – psychoanaliza i jej pochodne, których podstawowym założeniem jest odkrycie nieświadomych przeżyć, ich odreagowanie i zrozumienie oraz wgląd w nie.
2. Orientacja poznawczo-behawioralna, podstawowe założenie tej grupy dotyczy tego, że zachowanie jest czynnością wyuczoną a jednocześnie wraz z rozwojem człowieka coraz większą rolę odgrywają struktury poznawcze, systemy przekonań i pamięć doświadczeń społecznych.
3. Orientacja humanistyczna – istotne w tej grupie metod terapeutycznych jest to, aby stworzyć warunki ludziom z zaburzeniami i problemami egzystencjalnymi do swobodnego rozwoju, samorealizacji, do pozytywnej zmiany ich jakości życia.
4. Orientacja systemowo-interakcyjna – stosunkowo nowy zbiór koncepcji terapeutycznych przyjmujących założenie, że u źródeł wszelkich zaburzeń człowieka leżą jego kontakty interpersonalne, a właściwie ich patologia, zatem celem terapii jest ich poprawa oraz usunięcie wszelkich barier w interpersonalnym funkcjonowaniu jednostki.

Jolanta Wolińska odwołując się do wielu autorów (Biela, Wojciszke) podkreśla ważność procesów poznawczych człowieka, uważając to za w pełni uzasadnione, ponieważ odgrywają one niezwykle istotną rolę regulacyjno-sterowniczą ludzkiego zachowania. Schematy percepcyjno-poznawcze wynikające z doświadczeń społecznych jednostki to skumulowane doświadczenia życiowe człowieka stanowiące jednocześnie mapę znaczeń i wartości determinujących jego zachowanie w otoczeniu. Istotne znaczenie funkcjonalne wśród tych

¹⁹ R. Opora. *Ewolucja niedostosowania społecznego jako rezultat zmian w zakresie odporności psychicznej i zniekształceń poznawczych*. Gdańsk 2009, s. 55–138.

²⁰ J.Cz. Czabała. *Czynniki leczące w psychoterapii*. PWN, Warszawa 1997.

²¹ J. Siemionow. *Niedostosowanie...*, dz. cyt., s. 68.

²² J.M. Wolińska. *Agresywność młodzieży. Problem indywidualny i społeczny*. Wyd. UMCS, Lublin 2003, s. 34 i n.

²³ J. Siemionow. *Niedostosowanie...*, dz. cyt., s. 60–61 za: H. Sęk. *Spoleczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1993.

schematów mają specyficzne standardy i reguły postępowania związane z obrazem własnej osoby, samooceną oraz obrazem i oceną innych. Wpływają one na siebie i oddziałują na percepcję i ocenę rzeczywistości.

W literaturze przedmiotu wymienia się dwa cele terapii (psychoterapii): 1) usunięcie objawów psychicznych, zauważanych u pacjenta zaburzących jego zachowanie. Wtedy „Zadaniem terapeuty jest uwolnienie pacjenta od tych trudności tak, aby mógł on powrócić do swych czynności życiowych, które przed podjęciem terapii były zaburzone”²⁴. 2) zmiana o charakterze resocjalizacyjnym, reedukacyjnym, powodująca reorganizację tożsamości pacjenta. Przypomnę, iż tożsamość jest istotnym i niesłychanie ważnym elementem osobowości i ma istotne znaczenie dla podejmowania decyzji w zakresie wyboru takiego lub innego zachowania.

Procesy korekcyjne zbliżone pod względem merytorycznym do niektórych rodzajów terapii, zarówno co do wyznaczonego i oczekiwanego celu, jak i co do stosowanych metod znane są w pedagogice jako twórcza resocjalizacja. Koncepcja ta jest z powodzeniem stosowana wobec nieletnich jako sposób resocjalizacji. Przykładem jest zakład poprawczy w Raciborzu. Jej merytoryczne założenia mogą być także stosowane wobec młodocianych w izolacyjnych instytucjach resocjalizacyjnych. Wykorzystuje się tu fakt pozostawania w procesie rozwoju, który można ukierunkowywać. Oczekiwanym celem jest zmiana w strukturze tożsamości, jednego z najważniejszych elementów osobowości, wpływających na samosterowanie. Tożsamość indywidualna, tj. „Ja” ma charakter realny (jaki jestem) i zwykle nie odpowiada „Ja” idealnemu (jaki chciałbym być). Ta rozbieżność, u np. nieletnich i młodocianych nieprzystosowanych społecznie często jest powodem wyboru zachowań aspołecznych i antyspołecznych. Wybitnym entuzjastą i propagatorem twórczej resocjalizacji jest M. Konopczyński (rektor Wyższej Szkoły Nauk Społecznych w Warszawie)²⁵, teoretyk i praktyk jednocześnie. O tożsamości i jej znaczeniu na wybór zachowania pisali różni autorzy. W tym tekście wymienię cytowaną już J. Siemionow²⁶, która badała proces resocjalizacyjny w kontekście zmiany tożsamości indywidualnej i grupowej w skonstruowanym przez siebie programie doświadczalnym w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Malborku, w którym jest psychologiem. Korzystała Ona z terapii poznawczo-behawioralnej jako sposobu – jak pisze – zmiany wizerunku własnej osoby i poziomu samooceny. Dodam, że przeprowadzony eksperyment przyniósł duży sukces. Według nie tylko mojej oceny, zaprezentowany przez nią model resocjalizacyjno-terapeutyczny, wskazuje na realne możliwości uzyskiwania zmian resocjalizacyjnych, których istotą są pozytywne zmiany w tożsamości nieletnich nieprzystosowanych społecznie w warunkach izolacji społecznej.

²⁴ J. Siemionow. *Niedostosowanie...*, dz. cyt., s. 71.

²⁵ M. Konopczyński. *Metody twórczej resocjalizacji: teoria i praktyka wychowawcza*. PWN, Warszawa 2006. „Pedagogium”. Jest On autorem trzech książek na ten temat i rozdziału w podręczniku *Resocjalizacja* (2007) oraz wielu artykułów.

²⁶ J. Siemionow. *Niedostosowanie...*, dz. cyt., s. 68–79.

Ważniejsze obszary terapii i jej adresaci

Terapia w rozumieniu A. Rebera, J. Aleksandrowicza i innych ma zastosowanie w wielu obszarach. Wszędzie tam, gdzie znajdują się ludzie jej potrzebujący i gdzie „normalne” wychowanie korektywne jest niewystarczające. Może ona być stosowana np. w szkołach, w szpitalach (wg J. Aleksandrowicza, również w szpitalach psychiatrycznych), w zakładach wychowawczych i poprawczych dla nieletnich, w zakładach penitencjarnych, w poradniach pedagogiczno-psychologicznych dla młodzieży, w poradniach rodzinnych, w zakładach leczenia uzależnień itp. Dobrze przeprowadzona terapia może ułatwić wyjście z bezrobocia, może poprawić sposób starania się o pozyskanie pracy, może poprawić relacje z rodziną, z osobami najbliższymi, może poprawić poziom zdyscyplinowania niektórych uczniów, może spowodować rezygnację z przemocy wobec innych, redukcję agresji (np. wśród skazanych w zakładzie karnym), poprawić relacje z nauczycielami itp. Przede wszystkim może i powinna spowodować umiejętne rozwiązywanie swoich problemów życiowych bez szkody dla innych. Terapia na terenie szkoły została opisana m.in. w książce pt. *Terapia i resocjalizacja dzieci i młodzieży z problemami szkolnymi*²⁷ W publikacji tej umieszczono także artykuły dotyczące terapii dzieci i młodzieży cierpiących na anoreksję, dotkniętych dysleksją. Ukazano, jako dobry przykład, warsztat terapii zajęciowej jako formę pomocy chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo oraz ich rodzinom²⁸. Biorąc pod uwagę rozmaite sytuacje stresowe, sytuacje trudne, jakich doświadcza młodzież szkolna oraz personel pedagogiczny, stosowanie terapii wobec nich jest niekiedy niezwykle ważną metodą tzw. powrotu do równowagi i poprawy stanu przystosowania do szkolnego (w tym rówieśniczego) otoczenia społecznego. Generalnie zatem teren szkoły jest istotnym obszarem, w którym określony rodzaj terapii ma zastosowanie. Terapię wobec młodzieży stosują, kiedy jest to konieczne, psychologowie i pedagodzy szkolni posiadający w tym zakresie stosowne kompetencje. Szkoła jest obszarem społecznie niejednolitym. Spotykamy się w niej z różnymi przypadkami dzieci i młodzieży z defektami osobowości, dziećmi niedorozwiniętymi intelektualnie, z dziećmi o rozmaitych zaburzeniach neurofizjologicznych itp. W szkole znajdują się uczniowie z różnymi kompleksami, np. z kompleksem niższości, uczniowie stroniący od innych, uczniowie bardzo zdemoralizowani (wulgarni, chamscy, ignorujący nauczycieli itp.), przy czym źródłem tego rodzaju właściwości są najczęściej patologie rodzinne (awanturnictwo, alkoholizm, bieda, kaziernictwo, przemoc wobec małżonka, rozbitcie rodzin, brak autorytetu, podrywanie au-

²⁷ W. Budziński (red.). *Terapia i resocjalizacja dzieci i młodzieży z problemami szkolnymi*. Wyd. GWSH, Gdańsk 2010, s. 77–174.

²⁸ A. Wóycicka, *Warsztat Terapii Zajęciowej jako forma pomocy chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo oraz ich rodzinom*. W: W. Budziński (red.). *Terapia i resocjalizacja dzieci i młodzieży z problemami szkolnymi*. Wyd. GWSH, Gdańsk 2010, s. 166–174.

torytetu szkole itp.). W takiej sytuacji należy podjąć²⁹ działania na rzecz redukcji tych patologii, co oznacza wejście w obszar terapii rodzin.

Drugim ważnym obszarem jest sytuacja dziecka chorego i jego rodziców. Dominują tu aspekty medyczno-społeczne. Dotyczy to dzieci i młodzieży dotkniętych chorobami nowotworowymi, kalekich, z wadami rozwojowymi, w tym fizycznymi. Idzie tu o przekonanie ich, że mają mimo wszystko perspektywę życiową pozwalającą na, choć ograniczone, ale zbliżone do normalności funkcjonowanie społeczne. Oznacza to, iż nie muszą żyć z negatywną świadomością schodzenia na margines społeczny. Celem stosowanej wobec nich terapii jest m.in. wzmocnienie wiary w siebie i wiary w efekty leczenia oraz wzmocnienia samowspomagania. Specyficzna terapia dotyczy dzieci oraz młodzieży przebywających w hospicjach, żyjących ze świadomością niechybnej śmierci. Dotyczy to wreszcie ich rodziców, rodzeństwa (najogólniej rodziny) znajdujących się w sytuacjach trudnych emocjonalnie, o dużym natężeniu stresu, mającym poczucie swojej bezsilności wobec zaistniałej sytuacji. Wszyscy oni wymagają pomocy terapeutycznej. W obszarze medyczno-społecznym współpracują ze sobą rodzice, opiekunowie, terapeuci i lekarze starając się utrzymać na stosownym poziomie samopoczucie tzw. pacjentów terminalnych, by łatwiej im było przeżyć ten najtrudniejszy okres kurczącego się życia. Terapię stosuje się również wobec pacjentów dorosłych, których świadomość kończącego się życia często jest szczególnie dokuczliwa. Martwią się oni o swoich bliskich, o dzieci, o małżonków i ich przyszłość, której niekiedy nie umieją sobie wyobrazić. Wydaje się, że terapia hospicyjna, charakteryzująca się, jak wszystkie, podejściem indywidualnym, jest szczególnie trudna i wymaga od terapeutów wysokiego profesjonalizmu.

Trzecim obszarem, na który chcę zwrócić szczególną uwagę jest penitencjarystyka. W Polsce, w warunkach więziennych, odbywa karę pozbawienia wolności wielu młodych przestępców. Jest to znaczna liczba nieletnich, młodocianych i tzw. młodych dorosłych (do 25 lat) oraz starszych. Dotyczy to również nieletnich umieszczonych w rozmaitych zakładach resocjalizacyjnych, np. takich jak młodzieżowe ośrodki wychowawcze i zakłady poprawcze oraz schroniska dla nieletnich, o których już wspomniałem wyżej. Często są to osoby uzależnione od alkoholu, od narkotyków, u których uzależnienia te są czynnikami kryminogennymi, powodującymi zachowanie przestępcze. W warunkach więziennych terapię stosuje się zgodnie z art. 96 § 1 kkw z 1997 r. wobec osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnymi intelektualnie, uzależnionych od alkoholu albo od innych środków odurzających lub psychotropowych. Także wobec osób niepełnosprawnych fizycznie, którzy wymagają oddziaływania specjalistycznego w postaci opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej oraz skazanych za przestępstwa seksualne z zaburzeniami preferencji seksualnej, np. pedofilów, którzy stanowią szczególnie trudny problem terapeutyczny w szeroko pojętej resocjalizacji. W warunkach penitencjarnych

²⁹ A. Nowak, E. Wysocka. *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie*. Wyd. „Śląsk”, Katowice 2001, s. 238 i n.

terapia, w zależności od potrzeb trwa od 3 do 6 miesięcy. Odbywa się, zgodnie z ustaleniami kodeksu postępowania wykonawczego, w oddziałach terapeutycznych.

Kierownikiem oddziału terapeutycznego jest odpowiednio przygotowany psycholog zaś personel oddziału to kolejny psycholog, wychowawca oraz terapeuci. Naturalnie wymieniony personel musi posiadać stosowne kwalifikacje. Terapię prowadzi się głównie w systemie grupowym, a w wypadkach tego wymagających, w systemie indywidualnym. Jak podkreśla E. Mazur³⁰, celem poddania terapii skazanych w oddziale terapeutycznym jest:

- 1) zapobieganie pogłębianiu patologicznych cech osobowości;
- 2) przywrócenie równowagi psychicznej;
- 3) kształtowanie zdolności współżycia społecznego (dotyczy osób niepełnosprawnych psychicznie);
- 4) zapobieganie pogorszeniu się ich stanu zdrowia (dotyczy niepełnosprawnych psychicznie);
- 5) przygotowanie do samodzielnego życia;
- 6) zlikwidowanie lub zredukowanie uzależnienia alkoholowego lub narkotycznego albo skłonności do nadużywania alkoholu, stanowiących czynniki kryminogenne a zatem będących przyczyną zachowania przestępczego.

Należy podkreślić, iż np. terapia alkoholików najczęściej realizowana jest za pomocą amerykańskiego systemu „Atlantis”, który został przystosowany do warunków polskich. Stosuje się go m.in. w Zakładzie Karnym Warszawa-Służewiec oraz w Zakładzie Karnym nr 1 dla kobiet w Grudziądzu³¹. Odnosząc się do oceny skuteczności tej metody oraz do skuteczności innych metod terapii nasuwa się pewna wątpliwość. Skuteczność można bowiem ocenić wyłącznie po udanej readaptacji społecznej, co jest bardzo trudne, bowiem ankietowani respondenci niechętnie odpowiadają na wysłane im ankiety, wobec czego informacje są niepełne³². Naturalnie nieco inny charakter ma terapia adresowana do nieletnich, młodocianych, młodych dorosłych i dorosłych mężczyzn a nieco inny charakter ma terapia adresowana do odbywających karę pozbawienia wolności kobiet, których problemy życiowe są inne i często wiążą się z macierzyństwem. Inny charakter ma także alkoholizm kobiet. I. Żelikowska³³, kierownik terapeutycznego oddziału odwykowego w Zakładzie Karnym dla kobiet w Grudziądzu (jest tam także oddział terapeutyczny dla kobiet z niepsychotycznymi defektami psychicznymi), odnosząc się do efektów terapii odwykowej zwraca uwagę na motywy skłaniające skazane-pacjentki do poddania się proponowanej im terapii. Wymienia ona cztery kategorie motywów:

³⁰ E. Mazur. *Resocjalizacja skazanych w warunkach terapeutycznych*. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. *Ujęcie praktyczne*. Wyd. „Żak”, Warszawa 2009, s. 158–174.

³¹ I. Żelikowska. *Program edukacyjno-wychowawczy*. W: M. Marczak (red.). *Resocjalizacyjne programy penitencjarne realizowane przez Służbę Więzienną w Polsce*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2009, s. 171–176.

³² E. Chmurska. *Skuteczność programu „Atlantis”*. „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2003, 40–41.

³³ I. Żelikowska. *Terapia, resocjalizacja i readaptacja społeczna skazanych kobiet uzależnionych od alkoholu*. W: I. Dybalska (red.). *Kobieta w więzieniu – polski system penitencjarny wobec kobiet w latach 1998–2008*. Wyd. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, s. 185 i n.

- 1) u około 30% pacjentek motywem wprost jest zwiększenie prawdopodobieństwa otrzymania warunkowego przeterminowanego zwolnienia;
- 2) u około 32% lęk przed konsekwencjami sądowymi;
- 3) u około 25% pacjentek to ich własna decyzja o leczeniu;
- 4) pozostałe 13% przypadków to inne, indywidualne motywy (np. nacisk rodziny, osób bliskich, kryzys osobisty itp.)

Autorka twierdzi, iż motywacja końcowa do zdrowienia, w czystej formie – odpowiedzialności i nadziei na powodzenie dokonywanych zmian dotyczy około 60% pacjentek, zmniejsza się w miarę długości czasu, jaki upływa od zakończenia terapii i długości pobytu w izolacji. Najmocniej zmotywowane do trzeźwienia są kobiety dojrzałe, których dotyczy tragedia np. dokonania zabójstwa i jej skutek – pobyt w zakładzie karnym, przy zachowaniu więzi rodzinnych. I. Żelikowska uważa, iż oceny skuteczności mogą mieć charakter cząstkowy i końcowy jednak z uwzględnieniem następujących kryteriów:

- uczestnictwa w terapii;
- aktywności;
- treści tego, co skazana mówi, jak się zachowuje, co myśli;
- zmian obejmujących głównie symptomy powstawania zrębów tożsamości trzeźwiejącej alkoholizacji;
- realizacji zadań w ramach celów szczególnych IPT (Indywidualny Program Terapii).

Autorka chcąc uzyskać bardziej dokładne informacje o skuteczności terapii odwykowej, przeprowadziła trzy badania katamnesticzne za pomocą techniki ankietowej. Niestety, podobnie jak w badaniu zrealizowanym przez E. Chmurską, w którym chodziło o całkowitą abstynencję i brak powrotu do przestępstwa po zwolnieniu z więzienia, wielu respondentów nie odesłało ankiet. E. Chmurska, kierownik oddziału terapeutycznego dla mężczyzn, przeprowadziła dwa badania w latach 2000 i 2002. Na 158 ankiet wysłanych w pierwszym badaniu odesłano jedynie 33 ankiety. Liczba „absolwentów” w drugim badaniu wynosiła 116 osób. W tym przypadku wysłano 77 ankiet – wróciły zaledwie 22 ankiety³⁴. Analizując całość otrzymanego materiału badawczego E. Chmurska wyraziła przekonanie iż uzyskane wyniki są optymistyczne. I. Żelikowska przeprowadziła, jak wskazałem, trzy badania kolejnych absolwentów oddziału zwolnionych z więzienia: w roku 1998 oraz w latach 2000 i 2004. Badane grupy liczyły 30 osób wybranych losowo. Kryteria stanowiące ocenę terapii były następujące:

- 1) wskaźnik recydywy (określony na podstawie statystyki centralnych władz więzennych);
- 2) wyniki badań ankietowych, których kontroli poddano następujące zmienne:
 - zachowanie abstynencji od alkoholu;
 - redukcja ilości spożywanego alkoholu lub ograniczenie częstotliwości picia;
 - kontynuację trzeźwienia;
 - inne korzystne zmiany uzyskane w wyniku terapii.

³⁴ E. Chmurska. *Skuteczność...*, dz. cyt., s. 152–154.

I. Żelikowska syntetycznie przedstawiła rezultaty swoich badań:

- poziom recydywy przestępczej wyniósł 10% dla osób badanych w latach 1998 i 2000. W badaniach w roku 2004, poziom ten wyniósł 9%. Z całą pewnością należy uznać to za sukces zastosowanej terapii;
- tzw. stopa zwrotu ankiet wynosiła 41,7%, a więc mniej niż połowę;
- abstynencja respondentek od alkoholu, które odesłały wypełnione ankiety według ich oświadczeń wynosiła 27,8%;
- zredukowanie ilości lub częstotliwości spożywanego alkoholu zadeklarowało 6,7% respondentek;
- inne pozytywne zmiany uzyskane w wyniku terapii zadeklarowało 43,3% badanych.

W uzyskanym materiale badawczym znalazły się pojedyncze informacje o uczestniczeniu w grupach AA, o kontynuacji kształcenia itp.

Generalnie badane kobiety oceniły udział w terapii za pozyteczny, który w wielu miejscach ich społecznej egzystencji poprawił ich funkcjonowanie. Autorka doszła do wniosku, że jeśli nawet wyniki terapii nie są takie jak oczekiwano, to terapia daje szansę na zmianę życia i poprawę jego jakości.

Wracając do programu terapeutycznego „Atlantis”, który A. Majcherczyk³⁵ nazywa programem „Minnesota”, wskażę za autorem i innymi, założenia tego modelu. Są one następujące:

- uzależnienie jest traktowane jako choroba niezawiniona, pierwotna, postępująca, przewlekła i śmiertelna; na jej powstanie złożyło się wiele czynników;
- jednym z symptomów tej choroby jest zaprzeczanie (szczególnie silne u alkoholików), przy czym również otoczenie chorego zaprzecza istnieniu tej choroby;
- wstępna motywacja nie decyduje o przebiegu i wyniku leczenia;
- w terapii należy dążyć do umożliwienia pacjentowi identyfikacji z objawami choroby oraz wywołania potrzeby spowodowania zmian we własnym życiu;
- długofalowym celem terapii jest dożywotnia abstynencja od wszelkich substancji psychoaktywnych;
- terapia jest prowadzona przez wielodyscyplinarny zespół terapeutów z udziałem trzeźwiejących alkoholików (narkomanów utrzymujących abstynencję);
- wykorzystuje się filozofię wspólnoty Anonimowych Alkoholików (Anonimowych Narkomanów) oraz program Dwunastu Kroków.
- do programu terapeutycznego włącza się osoby najbliższe (najczęściej członków rodziny) pacjenta.

Andrzej Majcherczyk akcentuje, iż programy terapeutyczne są zróżnicowane, ponieważ z problemów jawiących się przy okazji uzależnień nie ma jednego jedynego najlepszego podejścia. Uwzględniając potrzeby resocjalizacji penitencjarnej w szerokim znaczeniu,

³⁵ A. Majcherczyk. *Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychoaktywnych*. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. *Ujęcie praktyczne*. Wyd. „Żak”, Warszawa 2009, s. 203–234.

w warunkach więziennych istotną rolę odgrywa terapia grupowa dla sprawców przestępstw o nadmiernej agresywności i przemocy w rodzinie, którą dokładnie opisali K. Linowski i J. Wysocki³⁶. Ten program terapeutyczny z elementami edukacyjnymi adresowany jest do osób stosujących agresję i przemoc w rodzinie dorosłych i młodocianych w zakładach karnych w Radomiu i we Włocławku³⁷. Terapie tego rodzaju oraz inne pod względem jakościowym realizowane są w wielu zakładach karnych. Przeważnie mają one charakter grupowy. Istotę i organizację oraz zasady terapii grupowej a także ważniejsze trudności w ich realizacji, opisali w sposób czytelny H.S. Bernard i K.R. MacKenzie³⁸.

Czym charakteryzują się terapeuci?

Terapeutami nie mogą być dowolne osoby. Warunkiem skutecznej terapii jest posiadanie przez nich określonych cech osobowości, określonej wiedzy oraz określonych umiejętności. Jedną z ważnych właściwości terapeutów jest dobra komunikacja z swoimi pacjentami zwłaszcza w trudnych warunkach więziennych. J.A. Kottler³⁹ wymienia pewne standardy, którym powinien odpowiadać skuteczny terapeuta, Są one następujące:

- jego osobowość powinna mieć modelujący wpływ na pacjenta (pacjentów);
- powinien funkcjonować w pełni, co oznacza, że terapeuta charakteryzować musi zdrowie psychiczne i umiejętność rozwiązywania własnych problemów; pomaga im to zaprezentować się jako osoby pewne siebie, mające poczucie bezpieczeństwa i przekonanie o wartości tego co robią, co powoduje, iż pacjent może ten pozytywny model naśladować;
- powinien charakteryzować się silną osobowością, wzmacniającą jego wpływ na pacjentów; prawdopodobnie w większym stopniu niż jakikolwiek inny czynnik siła osobowości terapeuty decyduje o tym, że jego słowa i gesty mają wielką wagę a także pozytywnie wpływają na pozyskiwanie pacjentów, a w warunkach penitencjarnych, na chętnie poddawanie się terapii.
- powinien posiadać siłę przekonywania i wywierania wpływu na pacjentów podczas procesu terapeutycznego, wtedy jego pacjenci lepiej zrozumieją samych siebie, swoją sytuację życiową, swoje skłonności, obawy i cele a także przestaną czuć się bezbronni i rozgorzyczeni, zwiększą odpowiedzialność za swoje zachowania, będą mniej sfrustrowani;

³⁶ K. Linowski, J. Wysocki. *Oddziaływanie psychokorekcyjne na skazanych agresywnych w warunkach penitencjarnych*. Wyd. Stowarzyszenie na rzecz Wyższej Szkoły Biznesu i Przedsiębiorczości, Ostrowiec Świętokrzyski 2006.

³⁷ ³⁷ H. Machel. *Sens i bezsens resocjalizacji penitencjarnej. Casus polski. Studium penitencjarno-pedagogiczne*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006, s. 230.

³⁸ H.S. Bernard, K.R. MacKenzie (red.). *Podstawy terapii grupowej*. GWP, Gdańsk 2000.

³⁹ J.A. Kottler. *Skuteczny terapeuta: osobowość terapeuty, różne szkoły – taki sam efekt, co decyduje o skuteczności terapii*. GWP, Gdańsk 2003, s. 75 i n.

- powinien być postrzegany jako człowiek z pasją, który entuzjastycznie podchodzi do podejmowanej przez siebie terapii;
- powinien umieć wykorzystywać, kiedy trzeba, humor i elementy zabawowe, co wzmacnia optymizm i redukuje siłę ponurej sytuacji, jaką odczuwa pacjent; jest oczywiste, iż wtedy redukuje się także napięcie i uwalnia się energię;
- powinien umieć okazywać pacjentom troskę i ciepło; pacjent dostrzega to oraz zauważa, że jest lubiany i życzliwie traktowany, nabiera zaufania do terapeuty i łatwiej ulega jego sugestiom;
- niezwykle ważną cechą jest cierpliwość i umiejętność słuchania bez częstego przerywania odpowiedzi.

Jeffrey Kottler przywołując Bugentalą, zwraca uwagę, że „idealny terapeuta to człowiek, który rozwinął w sobie, wyszkolił i udoskonalił wrażliwość w większym stopniu niż jakiegokolwiek inne atrybuty”. Akcentuje, że „Ten rodzaj odczuwania zmysłowego można porównać do czulego instrumentu zdolnego wylapywać wskazówki niewidoczne dla przeciętnego człowieka: niuanse w znaczeniu, intonacje głosu, subtelne zmiany wyrazu twarzy lub postawy ciała, zawahanie, zaburzenia w wysławianiu oraz niezliczone subtelne oznaki, które można dostrzec u innej osoby”⁴⁰. Podczas spotkania terapeuta musi umieć słuchać, nie może przerywać i oceniać.

Przykłady grupowych oddziaływań terapeutycznych w zakładach resocjalizacyjnych

Literatura z zakresu pedagogiki resocjalizacyjnej zawiera opisy rozmaitych oddziaływań korekcyjnych, które mają charakter terapeutyczny. M. Konopczyński wymienia teatr resocjalizacyjny wskazując na jego terapeutyczną wartość, podkreśla także terapeutyczne i korekcyjne właściwości sportu, działalności artystycznej itp. Wyróżnia terapię przez muzykę (muzykoterapia), którą charakteryzuje jako sposób wspomagający resocjalizację osób nieprzystosowanych społecznie⁴¹. Terapię młodzieży przez sztukę, jej zasady, strategię oraz oczekiwania opisał L. Ploch⁴².

Cechy terapii grupowej posiada procedura Hatha-Joga, która działa jako czynnik redukujący stres, np. u młodych więźniów, jako czynnik redukujący agresję i wzmacniający racjonalność w stosunku do innych ludzi oraz w procesie wyboru zachowań w sytuacjach trudnych⁴³. System ten, najczęściej nazywany po prostu Joga, przez medytację i autosugestię

⁴⁰ Bugental J.F.T. *Psychotherapy and Process*. Reading, Mass: Addison-Wesley 1978.

⁴¹ M. Konopczyński, *Metody twórczej resocjalizacji. Resocjalizacja*. PWN, Warszawa 2006, s. 201–261.

⁴² L. Ploch. *Dążenie do modelu terapii sztuką artystyczną uczniów niedostosowanych społecznie*. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red). *Terapia w resocjalizacji. Cz. II. Ujęcie praktyczne*. Wyd. „Żak”, Warszawa 2009, s. 25–41.

⁴³ Jogi Rama-Czaraka. *Hatha-Joga*. Wyd. Trzaska, Evert i Michalski SP. AKC, Warszawa.

pozwala na określone (korzystne) zmiany w tożsamości, które z biegiem czasu się utrwalają i korygują w znacznym stopniu zachowanie antyspołeczne. Joga posiada także inne właściwości lecznicze. Ravi Javalgekar⁴⁴ wymienia następujące: wpływa pozytywnie na system nerwowy, pomaga w zaburzeniach sercowo-naczyniowych, reguluje nadciśnienie, wpływa pozytywnie na życie seksualne, wpływa korzystnie na układ oddechowy oraz zapobiega starzeniu się itp. Według R. Javalgekara jest to najlepszy sposób na życie.

Hatha-Jogę stosuje się wobec więźniów agresywnych, reagujących impulsywnie w trudnych dla nich sytuacjach w zakładzie karnym w Wierzchowie Pomorskim. Na podstawie obserwacji ich zachowań w trakcie pobytu w tym więzieniu można ocenić, że jest to metoda skuteczna. W tym samym więzieniu wyselekcjonowana grupa więźniów poddawana jest specyficznej terapii o nazwie leczenie dźwiękiem. Jest to oddziaływanie na nich dźwiękami bębnów tybetańskich wyzwalające analizę i ocenę swojego dotychczasowego, negatywnego życia i skłaniające do korekty w tym zakresie. W obu przypadkach seans terapeutyczny prowadzi pomysłodawca i znakomity terapeuta w jednej osobie – dyrektor tego zakładu, płk A. Samek.

Przydatność oddziaływań terapeutycznych, indywidualnych, grupowych, w procedurach resocjalizacyjnych, w tym w izolacji penitencjarnej, nie ulega wątpliwości. Służą one różnym celom readaptacji społecznej, zwłaszcza tam, gdzie wychowanie korekcyjne w postaci likwidacji deficytów wychowawczych nie przynosi określonych oczekiwań.

Streszczenie

Nasilanie się zjawisk patologii społecznej wśród polskiej młodzieży, których symptomy są pokazywane, opisywane i komentowane w mediach, naruszają społeczne poczucie bezpieczeństwa. Szczególnie niepokoją zjawiska chuligaństwa stadionowego wobec którego Państwo jest bezradne. Młodych sprawców patologii społecznej należy resocjalizować, a niekiedy, gdy zachodzi tego potrzeba, poddać ich stosownej terapii. Pojęcie terapii definiuje m.in. A. Reber „jako zbiorcze określenie wszystkich sposobów i odmian leczenia chorób lub zaburzeń”. Używa się go z przymiotnikami wyjaśniającymi o jaką terapię chodzi, np. likwidującą uzależnienia, redukującą przemoc i agresję itp. J. Aleksandrowicz definiuje terapię „jako formę oddziaływań społecznych, której celem jest korekta zaburzeń i zachowania”. Terapia jest drugim elementem szeroko rozumianej resocjalizacji jako procesu poprawczego (psychokorekcja, terapia, wspomaganie społeczne). Można za jej pomocą dokonać korzystnych zmian w obrazie tożsamości sprawców czynów aspołecznych i przestępczych, można dokonać zmiany postaw negatywnych na pozytywne i w ten sposób zniechęcić do zachowań aspołecznych i antyspołecznych. Terapia ma zastosowanie w wielu obszarach

⁴⁴ R. Javalgekar. *Joga lecznicza*. Wyd. Agencja Wyd. „Comes”, Warszawa 1994, s. 13–19, 97–102; także A. Jaworska. *Terapia alternatywna w resocjalizacji penitencjarnej*. Wyd. Akademia Pomorska, Słupsk 2009, s. 132–144.

funkcjonowania społecznego. Wymienię tu trzy ważne: w obszarze szkoły i płaszczyzny edukacji młodzieży i w obszarze rodzin; w obszarze sytuacji dziecka chorego i jego rodziców; w obszarze izolacji penitencjarnej. W penitencjarystyce terapia dotyczy mężczyzn i kobiet. Likwidując uzależnienie od alkoholu i narkotyków redukuje czynniki kryminogenne. Podobnie redukuje nadmierną agresywność itp. Terapeuci muszą charakteryzować się wieloma pozytywnymi cechami, warunkującymi skuteczność ich działania. W więzieniach stosuje się także mniej powszechnie oddziaływanie terapeutyczne: Hatha Jogę oraz leczenie dźwiękiem otrzymanywanym z bębnów tybetańskich.

Abstract

The role of therapy in a penitentiary correction

Phenomens of social pathology are increasing among Polish youth. Symptom of it is presented in media what influences the social sense of secure. Especially stadium hooligans are disturbing because of the authority is helplessness. Young offenders need to be corrected and often the have to participate in a therapy. For example, Reber defines a therapy as collective description of all variety ways an types of treatment certain diseases or disorders. The notion of therapy usually is used with specific description which describe the type of therapy for example, therapy of addiction, violence or aggression, etc. Aleksandrowicz defines therapy as a form of social treatment, which aim is a correction of behaviour disorders. Therapy is a second element of social rehabilitation known as a corrective process (psychocorrection, therapy, social support). Therapy lets make a changes in a identity of criminals, thanks to it we can change antisocial attitudes toward prosocial attitudes. It helps to discourage criminals from committing crimes.

Therapy is used in various fields of social functioning. I will present just some main fields: education, disease of a child, family, penitentiary isolation. Penitentiary treatment liquidate an addiction to alcohol and drugs, reduces risk factors, aggression, etc. Therapy concerns both female and male. Therapeutic staff has to get positive attitudes and features which determine efficiency of their action.

In a prison also is used not common treatment as Hatha-Yoga and sound received rom the Tibetan bowls.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J. (2000). *Psychoterapia*. Warszawa: Wyd. Lek. PZL.
- Biela A. (1989). Współczesne tendencje w psychologii poznawczej. *Przegląd Psychologiczny 1*.
- Bernard A.S., R.K. Mac Kenzie (red.). (2000). *Podstawy terapii grupowej*. Gdańsk: GWP.
- Budzinski W. (red.). (2010). *Terapia i resocjalizacja dzieci i młodzieży*. Gdańsk.
- Bugebtal J.F. (1978). *Psychotherapy and Process*.
- Cekiera Cz. (2001). Dwanaście kroków – odnoszące się do jednostki, odzyskania jej mocy i kontroli nad własnym życiem. W. A. Nowak, E. Wysocka (red.). *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie*. Katowice.

- Czabała J. (1997). *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: PWN.
- Chmurska E. (2003). Skuteczność programu „Atlantis”. *Przegląd Więziennictwa Polskiego* 20–21.
- Dudała J. (2004). *Fani-chuligani. Rzecz o polskich kibolach*. Warszawa: Wyd. „Żak”.
- Gruszczynska B. (2008). Przystępczość nieletnich w Polsce w świetle statystyk. W: M. Libiszowska-Żółtkowska, K. Ostrowska (red.). *Agresja w szkole. Diagnoza i profilaktyka*. Warszawa: Wyd. Difin.
- Javargekal R. (1994). *Joga lecznicza*. Warszawa: Wyd. „Comes”.
- Jaworska A. (2009). *Terapia alternatywna w resocjalizacji penitencjarnej*. Słupsk.
- Konopczyński M. (2006). *Metody twórczej resocjalizacji, teoria i praktyka wychowawcza*. Warszawa: PWN.
- Kottler J.A. (2003). *Skuteczny terapeuta*. Gdańsk: GWP.
- Lalak R.D. (2008). *Rodzina i szkoła w systemie wychowania*. Warszawa: Wyd. Difin.
- Majchrzyk A. (2009). Funkcjonowanie więziennego systemu terapeutycznego dla skazanych uzależnionych od środków psychotropowych. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. Warszawa.
- Mazur E. (2009). Resocjalizacja skazanych w warunkach terapeutycznych. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. Warszawa.
- Nowak A., Wysocka E. (2001). *Problemy i zagrożenia społeczne we współczesnym świecie*. Katowice.
- Opora R. (2009). *Ewolucja niedostosowania społecznego jako rezultat zmian w zakresie odporności psychicznej i zniekształceń poznawczych*. Gdańsk: Wyd. UG.
- Pospiszyl K. (2009). Resocjalizacja a terapia. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. *Ujęcie praktyczne*. Warszawa.
- Ploch L. (2009). Dążenie do modelu terapii przez sztukę artystyczną uczniów niedostosowanych społecznie. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. *Ujęcie praktyczne*. Warszawa.
- Rama-Czaraka, *Hatha Joga*. Warszawa: Wyd. Trzaska, Evert i Michalski.
- Reber A. (2000). *Słownik psychologii*. Warszawa: Wyd. SCHOLAR.
- Siemaszko A., Gruszczynska B., Marczewski M. (2009). *Atlas przestępczości w Polsce 4*. Warszawa: Wyd. Instytut Wymiaru Sprawiedliwości.
- Simonsen J.E. (2007). Cognitive milieu therapy from an experiential learning perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 11.
- Siemionow J. (2011). *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*. Warszawa: Wyd. Difin.
- Szeczówka A. (2009). Millieu therapy w resocjalizacji młodocianych. W: A. Rejzner, P. Szczepaniak (red.). *Terapia w resocjalizacji*. Cz. II. Warszawa.
- Sęk H. (1993). *Spoleczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN.
- Wojciszke B. (1983). *Mechanizmy struktury Ja na zachowanie*.
- Wolińska J.M. (2003). *Agresywność młodzieży – problem indywidualny i społeczny*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Wójcicka A. (2010). Warsztat terapii zajęciowej jako forma pomocy chorym psychicznie i upośledzonym umysłowo i ich rodzinom. W: W. Budziński (red.). *Terapia i resocjalizacja dzieci i młodzieży*. Gdańsk.

- Żelikowska I. (2009). Program edukacyjno-wychowawczy. W: M. Marczak (red.). *Resocjalizacyjne programy stosowane przez Służbę Więzienną w Polsce*. Kraków.
- Żelikowska I. (2009). Terapia, resocjalizacja i readaptacja społeczna skazanych kobiet uzależnionych od alkoholu. W: I. Dybalska (red.). *Kobieta w więzieniu – polski system penitencjarny wobec kobiet w latach 1998–2008*. Warszawa: Wyd. Inst. Rozwoju Służb Społecznych.
- Żerko J. (1998). Z badań studentów nad przemocą dzieci i młodzieży. W: J. Papież, A. Płukis (red.). *Przemoc dzieci i młodzieży*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek.