

Paweł Szczepaniak

Uniwersytet Warszawski [p.szczepaniak@uw.edu.pl]

Techniki terapeutyczne rekomendowane na potrzeby praktyki resocjalizacyjnej

Abstrakt: W niniejszym opracowaniu omówiono teoretyczne i metodyczne zagadnienia terapii pedagogicznej w kontekście praktyki wychowania resocjalizacyjnego oraz przedstawiono rekomendacje odnośnie do aplikacji tych technik terapeutycznych, które bazując na modelu nieprzystosowania społecznego, sprzyjają realizacji funkcji i zadań wychowania resocjalizującego*.

Słowa kluczowe: terapia pedagogiczna, metody i techniki terapii, wychowanie resocjalizacyjne.

.....

* Wychowanie resocjalizujące adresowane jest do osób nieprzystosowanych społecznie. Przez łączne spełnianie funkcji: wychowania, opieki i terapii, staje się wychowaniem specjalnym (Czapów 1978, Lipkowski 1981, s. 25–29, 31). Wyróżnia się następujące zadania i etapy wychowania resocjalizacyjnego (Czapów, Jedlewski 1971; Czapów 1978): Zadanie 1) Postawienie diagnozy i prognozy (stwierdzenie nieprzystosowania lub wykołejenia społecznego oraz prognozowanie funkcjonowania psychospołecznego). Po tym następuje realizacja zadania nr 2, a w nim etap nazywany oddziaływaniem **etiotropowo-reedukacyjnym** (eliminowanie lub ograniczanie wpływu endo- i egzogennych czynników etiologicznych – przyczyn nieprzystosowania społecznego), z kolei następuje zadanie nr 3 – realizowane są dwa etapy. Etap **oddziaływania ergotropowo-reedukującego** (przekształcanie stanów osobowości, w ramach procesu reedukacji, czyli naprawianie negatywnych zmian w osobowości) oraz etap działań **semiotropowo-reedukujących** (oddziaływanie skierowane na czynniki środowiskowe) (Han-Ilgiewicz 1961, s. 209; Czapów 1978, s. 5; Pytka 2005). Po tym następuje realizowanie zadania 4, czyli utrwalanie i ewaluacja wyników powyższych oddziaływań (profilaktyka następca), z kolei jako zadanie finalne 5: inspirowanie podmiotów do samowychowania, samorozwoju.

Pojęcie i zadania terapii pedagogicznej na gruncie nauk o wychowaniu

Podstawą do omawiania zagadnień terapii w oddziaływaniach resocjalizacyjnych jest określenie jej istoty i funkcji na gruncie nauk o wychowaniu, a zwłaszcza odróżnienie terapii pedagogicznej od psychoterapii. Wyjaśnieniu powyższych kwestii sprzyja etymologia pojęcia terapia. W języku nowogreckim *therapeia* (rzeczownik) znaczy: kuracja, leczenie, terapia. Czasownik *therapewo* oznacza: leczyć się, kurować się, a metaforycznie – zaspokajać. W języku starogreckim, który stanowi najstarszy rodowód tego pojęcia, terapia posiada kilka kolejnych znaczeń, m.in.: służenie, obsługa, staranie, opieka, pielęgnowanie; w kolejnym znaczeniu: kult, cześć okazywana bogom, szacunek, czczenie; trzecie znaczenie, to: leczenie; czwarte zaś, to: hodowanie, uprawa, a w piątym: orszak, świta, służba (Jurewicz 2000, s. 406). Przedstawione konteksty pojęcia terapii wyznaczały od zarania sposoby jej rozumienia oraz wpływają na rozwój teorii i praktyki terapii w różnych odmianach, od orientacji medyczno-leczniczej, poprzez wychowanie, aż po rolę służebną, wspieranie tudzież szeroko rozumianą opiekę i pomoc. Współczesne jej rozumienie oraz związki z wychowaniem w ogóle, a z wychowaniem resocjalizującym w szczególności, jest przedmiotem dyskusji, w której poglądy rozciągają się na kontinuum: od stanowiska utrzymującego rozdzielność wychowania i terapii (oraz psychoterapii), poprzez stanowisko opowiadające się za ich integralnością, aż po różnego rodzaju poglądy wyrażające eklektyzm (podejście interdyscyplinarne). Podziały te i klasyfikacje zaznaczają swą obecność w różnych płaszczyznach analizy naukowej, tworząc mozaikę opcji metodologicznych ukazujących wzajemne relacje tych dyscyplin. Dla uniknięcia nieporozumień pojęciowych i merytorycznych należy (w skrócie) przedstawić najważniejsze stanowiska oraz zadania i funkcje terapii pedagogicznej i psychoterapii.

Jeśli chodzi o poglądy na temat relacji zachodzących pomiędzy wychowaniem a terapią (a w tym akcentujących integralność tych dziedzin, czy nawet nadrzędną rolę psychoterapii): współcześnie raczej nikt nie podważa poglądu, że: „efektem wychowania powinien być pełny, wszechstronny: psychiczny, fizyczny i społeczny rozwój człowieka” (Kwieciński, Śliwerski 2003; Pytka 2005, 2009; Sikorski 2002, s. 142). Jednakże wiele badań ukazuje, że rozwojowi temu skuteczniej sprzyjają założenia psychoterapii (zwłaszcza o humanistycznej proweniencji), niż tradycyjny, dość powszechny, dyrektywny styl wychowania (utożsamiany z socjalizacją i prospołecznością). W uzasadnieniu takiego poglądu podaje się, że: „tradycyjne warunki wychowania wykorzystują jedynie niewielką część i zasób tkwiących w jednostce możliwości jej rozwoju” (Sikorski 2002, s. 143 i n., por. Górski 1986, s. 6). Niedostatki i ograniczenia wychowania opisane wyżej, płynące głównie z tradycyjnego celu wychowania – położenia nacisku na zada-

niu utrwalania tradycji i funkcji kształtującej, kierują uwagę na potrzebę bardziej upodmiotowionego ujmowania tego procesu oraz przełożenia akcentu z kształtowania na trud autowysiłku w rozwoju człowieka, z uwzględnieniem korelacji między dynamiką procesów społecznych, wychowaniem ujmowanym jako ciągły proces życiowy oraz osobowością jednostki w bogactwie różnic indywidualnych (Kwieciński, Śliwerski 2003; Pytka 2005, 2009). Tak jest uzasadniany postulat, że wychowanie (także resocjalizujące) powinno posiadać walory kreacji, twórczości i transgresji. Jednakże również w kontekście wychowania o cechach kreacji dostrzegane są przeszkody dla rozwoju wychowanków, wynikające z czynników utrudniających czy wręcz patologicznych. Niektórzy autorzy, a wśród nich R. Miller (zwolenniczka integralnego ujmowania socjalizacji, wychowania i psychoterapii)¹ wskazują, że wychowanie kreacyjne jest związane z wychowaniem naprawczym (terapeutycznym), stąd postuluje ona integralny związek między wychowaniem a psychoterapią, bowiem wówczas dochodzi z jednej strony do kształtowania osobowości, a z drugiej do usuwania (terapii) zaburzeń, które nierzadko pojawiają się w tym procesie. Zatem „procedury korekcyjne, resocjalizacyjne czy psychoterapeutyczne powinny być nieodłącznym elementem wychowania kreacyjnego” (Sikorski 2002, s. 143).

W opozycji do tego poglądu przedstawiane są następujące argumenty, wskazujące na rozłączność wychowania i terapii (a dokładniej – psychoterapii). Podnoszony jest fakt, że w naukach o wychowaniu pojęcie *terapii* nie ma znaczenia obiegowego, m.in. dlatego, że słowa *terapia* i *terapeuta* są zarezerwowane dla lekarzy oraz psychologów klinicznych (Kilburg 2000, s. 116–117, por. Clagett 1992; Clutterbuck 2009; Syrek-Kosowska 2010). W tym aspekcie utrzymuje się, że terapia to proces, w którym przeszkolony i licencjonowany terapeuta wykorzystuje **metody psychoterapeutyczne** (podkr. PS.) w celu rozwiązania przez klienta problemów lub ich symptomów. Wyniki badań przeprowadzonych m.in. przez V. Hart, J. Blattnera i S. Leipsica (2001, s. 229–237), pokazują, że terapia jest zasadniczo związana z problemami zdrowia psychicznego, które wpływają na jakość funkcjonowania klienta, ma retrospektywny charakter i dotyczy nieświadomych traum z przeszłości, które stara się uleczyć, stosując w tym celu dodatkowo terapię farmakologiczną.

Jednakże bodaj najistotniejsza różnica pomiędzy wychowaniem (a wraz z nim – terapią pedagogiczną) a psychoterapią jest taka, że **psychoterapia (odmienne od wychowania), nie bazuje na wpływie osobistym wychowawcy** (podkr. PS), koncentrując się na organizowaniu (przez licencjonowanego terapeutę) warunków do samodzielnej „wewnętrznej” aktywności „pacjenta” z intencją facylitowania autonomicznego rozwoju jego osobowości. Dlatego w celu rozróżnienia wyżej wymienionych kategorii, **działania wychowawcze podejmowane przez**

¹ Zob. znamieny tytuł jej książki: R. Miller, *Socjalizacja – wychowanie – psychoterapia*, PWN, Warszawa 1981.

wychowawców z zamiarem osiągnięcia efektów terapeutycznych nestorzy pedagogiki specjalnej nazywają **terapią wychowawczą** (Doroszevska 1963, s. 10). Na taki sposób rozumienia terapii na gruncie pedagogiki wpływało m.in. to, że J. Doroszevska opierała się na osiągnięciach neurofizjologii, a zwłaszcza na wiedzy (ówcześnie) dotyczącej współzależności kory mózgowej i podkorza. Ośrodki podkorowe są niejako „siedliskiem” zjawisk określanых zwykle jako *sfera uczuciowa*, a więc mających w pedagogice znaczenie niebagatelne, by nie powiedzieć – podstawowe. Stąd dla teorii i metodyki wychowania wnioski płyną takie, że właściwe oddziaływanie na sferę uczuciową wychowanka może przyczynić się do regulowania zachwianej przez czynniki chorobowe równowagi między korą mózgową a podkorzem, ponieważ „cały przebieg pracy pedagogicznej, to przecież stałe oddziaływanie na siłę, jakość i rytm procesów nerwowych, oddziaływania pobudzające czy hamujące, przyspieszające czy spowalniające, a przede wszystkim harmonizujące procesy, albo też w wypadku nieudanych działań stwarzające układowi nerwowemu warunki, które wywołują konflikty procesów” (Stankowski 1986, s. 12; Doroszevska 1955, 1963). Powyższy pogląd zdaje się wskazywać na prymat sztuki wychowania nad psychoterapią i leczeniem, ze względu na szerszy zakres tego pierwszego.

Spotykamy również pogląd przypisujący terapii pedagogicznej zakres szerszy od psychoterapii. Zdaniem J. Doroszevskiej, terapia pedagogiczna afiluje wiele czynników ściśle wychowawczych, których m.in. psychoterapia nie wykorzystuje. Jednocześnie zaś we wszystkich gałęziach u podstaw leży wpływ osobisty wychowawcy, „bo przecież wszystkie odmiany terapii wychowawczej mają za zadanie kształtowanie procesów nerwowo-emocjonalnych chorego przez świadome, celowe oddziaływanie z zewnątrz w celu przywrócenia ustrojowi psychofizycznemu zachwianej w ten czy inny sposób równowagi” (Doroszevska 1963, s. 98).

Na tym tle uwidaczniają się odmienne w stosunku do ustaleń pedagogiki specjalnej poglądy prezentowane w literaturze psychologicznej, a ukazujące rolę wychowania (w roli służebnej wobec psychoterapii) jako **wzbogacania terapii (leczenia) przez rehabilitację, pomoc i wychowanie**. Ta grupa poglądów (eklektycznych), traktuje wychowanie i terapię jako dziedziny rozłączne, aczkolwiek współdziałające różnymi metodami i środkami dla osiągnięcia określonego celu terapeutycznego (wychowanie spełnia rolę wspomagającą). Z. Włodarski (1960) zaproponował dwutorowe oddziaływania terapeutyczne: 1. *etiotropowe* (skierowane na usunięcie przyczyny wywołującej zaburzenie lub chorobę) oraz 2. *patogenetyczne* (skierowane na naprawienie mechanizmów, które na skutek działania szkodliwych czynników zostały zaburzone; por. Han-Ilgiewicz 1961, s. 209; Czapów 1978, s. 5). Z. Włodarski, odwołując się do poglądów I. Pawłowa, uznał ich zasadność, przywołując twierdzenie, że „sposób zachowania zależy od nieustannego wychowania i uczenia się w najszerszym znaczeniu słów” (Pawłow 1952, s. 569). Założenie, że oprócz leczenia np. farmakologicznego i ogólnego oddziaływania wychowawczego powinno się prowadzić ćwiczenia procesów ner-

wowych wynika z faktu, że w samym pojęciu układu nerwowego, ulegającego zmianom w ciągu życia pod wpływem środowiska zewnętrznego, zawarte jest przeświadczenie o możliwości dokonywania zmian w tym układzie przez planowe, specjalistyczne działanie pedagogiczne. Za takim ujęciem opowiedziała się m.in. E. Węgrzynowicz (1966), podtrzymując pogląd o rozdzielności terapii pedagogicznej i psychoterapii. Jej zdaniem w terapii pedagogicznej chodzi o utrwalenie korzystnych społecznie nawyków na tle zdrowej sylwetki emocjonalnej. Jako że sprzyjanie osiągnięciu takich właściwości jest domeną psychoterapii, zakres oddziaływań terapii pedagogicznej uściśliła ona do zabiegów typu rehabilitacyjnego (np. kształtowanie i utrwalanie prawidłowych nawyków mowy, kształtowanie równowagi procesów nerwowych u dzieci nadpobudliwych itp.). Postulowała również, by w leczeniu etiotropowym stosować psychoterapię, natomiast podejście patogenetyczne winno należeć do zakresu terapii pedagogicznej. Psychoterapia jest bowiem terapią osobowości, zaś terapia pedagogiczna raczej dotyczy terapii zachowania lub/i wpływów środowiskowych. Argumentem, świadczącym na rzecz wyodrębnienia ich zakresów jest odrębność dyscyplin naukowych (psychologii i pedagogiki), realizujących na wskazanym polu uzupełniające się zadania. Psychoterapię stosują lekarze psychiatry oraz psychologowie, natomiast terapia pedagogiczna pozostaje w gestii pedagogiki specjalnej (rewalidacyjnej i resocjalizacyjnej). Tak oto terapia pedagogiczna spotkała się z psychoterapią z pozycji dwóch niewykluczających się stanowisk. A. Stankowski zaś, dostrzegając potrzebę komplementarnego podejścia, konstatuje powyższe poglądy następująco: „W tym rozumieniu psychoterapia i terapia pedagogiczna powinny być stosowane wszędzie tam, gdzie nie uzyskano sukcesu w działaniach ogólnowychowawczych” (Stankowski 1986, s. 15). Powyższe opinie zdają się wskazywać na odrębność wychowania specjalnego (rewalidacyjnego) i psychoterapii, jednakże opowiadają się za współdziałaniem oraz interdyscyplinarnością wspomnianych dziedzin (właśnie przez funkcję terapeutyczną).

Należy jednak wskazać, że głównie dzięki pedagogice specjalnej funkcje terapii przebiły się i rozpowszechniły w niektórych dyscyplinach pedagogicznych. Terapia wiązana jest z pedagogiką specjalną i jej subdyscyplinami: pedagogiką rewalidacyjną oraz resocjalizacyjną. Pojęcie to stało się nawet dźwignią rozwoju pedagogiki specjalnej, bowiem uzasadnienie jej terapeutycznej funkcji funduje się na osiągnięciach pedagogiki leczniczej, zajmującej się jednostkami przewlekle chorymi. W połowie lat 60. XX wieku praktycy zaczęli przenosić osiągnięcia pedagogiki leczniczej na wszystkie działy pedagogiki specjalnej, w tym również na resocjalizację jednostek niedostosowanych społecznie (Stankowski 1986, s. 10; Lipkowski 1976, s. 217). Skutkowało to utrwaleniem poglądów o integralności, czy przynajmniej powinowactwie procesu wychowania specjalnego i terapii (wyodrębnieniem tego pojęcia) oraz, co istotne – wprowadzeniem do nazewnictwa pedagogicznego określenia terapii pedagogicznej.

Stąd na gruncie pedagogiki specjalnej, zwłaszcza wskutek rozwoju pedagogiki rewalidacyjnej, przyjmuje się, że „dobranie działań wychowawczych posiadających walory terapeutyczne i ułożenie ich w odpowiedniej, metodycznej kolejności tworzy strukturę procesu wychowania z ciężarem gatunkowym przeniesionym na osiągnięcie celu terapeutycznego. Zatem [...] działania z kręgu terapii pedagogicznej, jak i działania wychowawcze wchodzi w skład struktury procesu wychowania i odnoszą się do zmian, jakie powinny wywołać w osobowości jednostki poddanej tym zabiegom” (Stankowski 1986, s. 26). Powyższe stwierdzenie należy zakwalifikować do grupy poglądów, które przypisują wychowaniu funkcję terapeutyczną, tzn. w powyższej opcji zakłada się, że osiągnięcie efektów terapeutycznych możliwe jest w procesie wychowania. Jak wykazano wyżej – dyscyplina, która zajmuje się tak organizowanym procesem nazywana jest terapią pedagogiczną. W literaturze przedmiotu bodaj najszerszej jej zadania określił O. Lipkowski. Jego zdaniem w skład terapii pedagogicznej wchodzi „wszelkie działania pedagogiczne mające na celu likwidację lub ograniczenie zaburzeń rozwojowych oraz umożliwienie lub ułatwienie najkorzystniejszego rozwoju jednostkom z odchyleniami od normy” (Lipkowski 1976, s. 217). Powyższe ujęcie włącza terapię do zakresu procesu wychowania, czyniąc ten wzbogacony nową funkcją proces oddziaływaniem rewalidacyjnym (a także resocjalizacyjnym), łączącym wychowanie z terapią i opieką. Należy przy tym wskazać, że powyższa definicja terapii pedagogicznej ma tak szeroki zakres, iż zdaje się obejmować także obszar rehabilitacji i leczenia oraz profilaktyki. Ten nurt myślenia wspiera pogląd Z. Sękowskiej, która utrzymuje, że terapia pedagogiczna zajmuje się wychowaniem korygującym, rewalidacją i leczeniem osób niepełnosprawnych (Sękowska 1983, s. 7; por. Grzegorzewska 1980, s. 80). Ten sposób pojmowania terapii pedagogicznej zawdzięczamy relacjom pedagogiki specjalnej z takimi naukami, jak: medycyna, biologia, fizjologia i inne, przy czym wiele twierdzeń z zakresu tych dyscyplin, jak wskazano wyżej, zostało włączonych do podstaw teorii i metodyki wychowania specjalnego.

Na podstawie zrelacjonowanych poglądów należy wskazać najistotniejsze ustalenia dotyczące celów, **zadań i funkcji oraz metod terapii pedagogicznej**. Na gruncie pedagogiki specjalnej (a zwłaszcza rewalidacyjnej związanej z leczeniem), funkcje terapii pedagogicznej są przez J. Doroszewską (1957, 1963) określane następująco:

- terapeutyczna w znaczeniu medycznym,
- wspierająca leczenie,
- kompensująca braki,
- przyspieszająca rozwój (Stankowski 1986, s. 9).

Znamienne jest to, że wszystkie wymienione wyżej zadania i funkcje są pochodną słownikowej konotacji pojęcia *terapia* (por. źródłosłów grecki). Przesłankami oraz zadaniami prowadzenia terapii pedagogicznej wedle nestorów pedagogiki specjalnej są przede wszystkim:

- dodatnie wpływanie na uczuciową sferę wychowanka,

- wytwarzanie korzystnych dla leczenia stereotypów dynamicznych, np. oszczędzanie psychiki, wypracowanie korzystnych organizacyjnie form działania,
- normowanie stanu psychiki przez unikanie bodźców negatywnych,
- normowanie zaburzeń w procesach psychicznych spowodowanych przebudową dotychczasowych,
- wyzwalanie zahamowanych dynamizmów wynikających z niedoświadczenia funkcji, braku funkcji lub zaniku funkcji,
- poszerzenie zadań nauczyciela wychowawcy i specjalne przygotowanie go do pełnienia wynikających dla niego zadań i funkcji,
- jasna organizacja warunków życia i pracy wychowanków, bogata w odpowiednie treści, formy, metody i rytm, występujące w podejmowanych działaniach pedagogicznych,
- wyrabianie plastyczności kory mózgowej (usprawnienie) przez stawianie zadań,
- walka z werbalizmem i działanie twórcze (Grzegorzewska, Doroszevska 1955; por. Stankowski 1986, s. 13).

Tak oto przedstawiają się z perspektywy pedagogiki specjalnej zadania i funkcje terapii pedagogicznej, w odróżnieniu od psychoterapii oraz określenie istoty procesu wychowania, uwzględniającego funkcję terapeutyczną. Z kolei jeśli idzie o systematykę terapii pedagogicznej i treści tej dyscypliny J. Doroszevska podzieliła terapię pedagogiczną na dwie grupy:

- 1) **terapię spoczynkową** występującą w następujących odmianach:
 - a) terapia za pomocą hamowania podzakresowego, czyli dostarczanie warunków do snu,
 - b) terapia najniższego poziomu czynnościowego, inaczej – terapia najniższego stopnia wysiłku jednostki, czyli zajęcia receptywne, np. słuchanie przyjemnej muzyki, czytania lub opowiadań,
 - c) terapia zmniejszonych obciążeń, w której podstawą jest dynamizowanie dodatnich procesów emocjonalnych na drodze uczynienia pierwszego układu sygnałowego – w praktyce to obcowanie z przyrodą, wykonywanie ulubionych zajęć itp.,
 - d) terapia przez uchylanie przykrych skojarzeń – polega na dostarczeniu bodźców obojętnych w stosunku do nieakceptowanych przez jednostkę zjawisk, osób, warunków życia,
 - e) terapia za pomocą zmiany bodźców uprzednio obciążających na inne – stosuje się tutaj prawo czynnego odpoczynku, czyli wprowadzenie szerokiego wachlarza czynności odmiennych od tych, które mogły być źródłem nieprawidłowego funkcjonowania; zmiany mogą obejmować otoczenie, wystrój wnętrza, zainteresowania, hobby itp.),
 - f) terapia odciążająca za pomocą zwolnienia długotrwałych napięć i hamowania, polegająca na rozhamowaniu dynamizmów psychoruchowych i emocjonalnych (takich jak tęsknota, oczekiwanie, niepokój) i zmianę ich na stany radosne, poprzez dostarczanie przeżyć emocjonalnych o dodat-

nim ładunku, dynamizujących i ogólnie tonizujących (Doroszevska 1964, s. 75–85);

- 2) **terapię czynnościową** w formach: terapia ruchowa, terapia rozrywką (zabawa), terapia zajęciowa, terapia przez pracę (ergoterapia). Dodałbym jeszcze m.in. logopedię, biblioterapię oraz elementy ortodydaktyki (P. Sz.). Z kolei taką formę terapii, która polega na osobistym oddziaływaniu terapeuty (głównie za pomocą bodźców słownych) (Stankowski 1986, 11) Dodałbym również, że za pomocą dynamiki grupowej, czy socjoterapii (P. Sz.)

Omówiony wyżej dorobek pedagogiki specjalnej częściowo został afiliowany do teorii i metodyki wychowania resocjalizacyjnego, częściowo zaś pedagogika resocjalizacyjna oparła się na innych założeniach teorii wychowania.

Terapia pedagogiczna w wychowaniu resocjalizacyjnym

Zrelacjonowane wyżej poglądy ukazały rozległość dyskusji toczącej się wśród nestorów pedagogiki specjalnej (rewalidacyjnej) nad zagadnieniami terapii w wychowaniu. Natomiast prekursorzy, jak również kontynuatorzy pedagogiki resocjalizacyjnej – zapewne z myślą o usamodzielnieniu i wydzieleniu pedagogiki resocjalizacyjnej, jako dyscypliny, nie włączyli się do dyskusji nad sposobami pojmowania terapii pedagogicznej, a dyskurs nad istotą procesu wychowania resocjalizującego prowadzą, przyjmując za oczywistą (immanentną) obecność psychoterapii w wychowaniu resocjalizującym (bardziej w znaczeniu używanym w psychologii). Preferowanie psychoterapii należy uznać za adekwatne wobec przypadków klinicznych. Należy jednak wspomnieć, że od czasu ukazania się pierwszego podręcznika wychowania resocjalizacyjnego nastąpił postęp w dziedzinie doradztwa i terapii, pojawiły się i z powodzeniem rozwijają profesje: socjoterapeuty, tutora i inne (szerzej: Szczepaniak 2009, s. 117). Czapów i Jedlewski nie wprowadzili na grunt teorii i metodyki wychowania resocjalizującego znaczenia pojęcia terapii ani terapii pedagogicznej. Świadczy o tym m.in. fakt, że w indeksie rzeczowym jednego z fundamentalnych opracowań z zakresu wychowania resocjalizującego (Czapów 1978) nie pojawiło się słowo *terapia*, zaś, używane jest w różnych kontekstach wyłącznie pojęcie *psychoterapii*, m.in. w następujących konotacjach: techniki oddziaływania resocjalizacyjnego (psychoterapeutyczna) – teatr, oraz wśród zasad wychowania – zasada psychoterapii resocjalizującej. Istotniejszy od omawianych podziałów jest jednak zasadniczy mechanizm zmianotwórczy, stosowany w *wychowaniu resocjalizacyjnym*.

Teoria wychowania resocjalizującego bazuje na modelu nieprzystosowania bądź wykolejenia społecznego, który stanowi bodaj najistotniejszy przedmiot jej penetracji naukowej². Nestorzy pedagogiki resocjalizacyjnej, wyjaśniając konsty-

² Syndrom (model) nieprzystosowania bądź wykolejenia społecznego obejmuje czynniki etiologiczne, warunkujące zmiany w osobowości (następujące pod wpływem tych czynników w procesie

tutywne cechy procesu wychowania resocjalizującego, wiązali je z *teorią twórczej samodzielności* (Czapów 1978, s. 167, 190–191, 196; Konopczyński 2006; Konopczyński, Nowak 2008), fundowaną na teorii uczenia (*learningu*) (Czapów, Jedlewski 1971, s. 175 n.), a dokładniej, rozumiejąc konstrukt nieprzystosowania społecznego jako następstwo uczenia się wykolejającego – wychowanie resocjalizujące kojarzyli z procesem tzw. „przeuczenia” czyli *reedukacji*. Uczenie się reedukacyjne kojarzone jest z reedukacją (Czapów 1978, s. 64), a psychoterapia jest niemal utożsamiana z procesem reedukacji, bowiem Czapów i Jedlewski nazywają ją „swoistym procesem przewarunkowywania, który obejmuje nie tylko uczenie się unikania określonych sytuacji, blokowanie określonych reakcji, lecz także wytwarzanie struktur nawykowych skłaniających do określonego zbliżania się do sytuacji oraz zwiększenia gotowości do określonej aktywności” (Czapów, Jedlewski 1971, s. 200). Cz. Czapów uzasadnia, że „proces wykolejenia społecznego jest to [...] proces uczenia się wykolejającego”, stąd „socjalizacja młodzieży wykolejonej społecznie musi polegać m.in. na *oduczeniu się* tego, czego się nauczyło” (Czapów 1978, s. 64). Rezultatem uczenia się (socjalizującego) jest zawsze względnie trwała zmiana zachowania. Resocjalizacja jest więc *socjalizacją reedukacyjną* (Czapów 1978, s. 64), a wszelka socjalizacja jest tym bardziej socjalizacją reedukacyjną: „im bardziej w strukturze procesów uczenia się uczenie reedukacyjne decyduje o przysposobieniu się do pełnienia określonych ról społecznych i uczestniczeniu w określonych systemach społecznych” (Czapów 1978, s. 64; Lipkowski 1987, s. 245). Jest to proces zmiany struktur psychicznych, a więc dotyczy zawsze zmiany osobowości (Górski 1985, s. 26; Górski 1986; Czapów 1978, s. 68). W ten sposób przez twórców polskiej pedagogiki resocjalizacyjnej został wyjaśniony proces wychowania resocjalizującego, przy czym należy podkreślić, że w tak pojmowanym wychowaniu specjalnym, metodycznym „motorem” zmian jest zarówno terapia pedagogiczna (Stankowski 1986, s. 10; Lipkowski 1976, s. 217; Szczepaniak 2009, s. 107–121), oraz socjoterapia (Sawicka 1998, s. 9–28; Dzwonkowska, Kępka 1998, s. 213–237), a jak utrzymują Czapów i Jedlewski – psychoterapia. Ostatecznie: wedle nestorów pedagogiki resocjalizacyjnej, podstawowymi, immanentnymi funkcjami wychowania resocjalizacyjnego są *wychowanie-terapia-opieka*, i przez to staje się ona pedagogiką specjalną (Czapów, Jedlewski 1971, s. 200; Czapów 1978, s. 68). Procesu reedukacji (resocjalizacji) bowiem zasadniczo nie jest w stanie samodzielnie przeprowadzić klient (osoba nieprzystosowana społecznie), a terapię, wychowanie, opiekę może prowadzić jedynie osoba posiadająca fachowe kompetencje w tej dziedzinie (trener, terapeuta).

Podsumowując analizę dotyczącą terapeutycznej funkcji wychowania resocjalizującego należy wskazać, że wysuwane w okresie ponad 60 lat rozwoju terapii pedagogicznej różnorodne i nierzadko przeciwstawne argumenty, jak się zdaje,

.....
 wykolejającego uczenia) oraz przejawy czy inaczej symptomy nieprzystosowania lub wykolejenia społecznego.

biorą początek nie tylko w podziale zrazu jednolitej pedagogiki specjalnej na subdyscypliny: pedagogikę rewalidacyjną (która pozostaje pod wpływem nauk medycznych) oraz pedagogikę resocjalizacyjną (która w znacznej mierze podstawy teorii wychowania wraz z teorią learningu zaczerpnęła z psychologii). Różne rozumienie pojęcia i funkcji terapii wśród pedagogów może być ponadto uzasadnione inspiracjami czerpanymi z innych nauk na potrzeby usamodzielniających się gałęzi pedagogiki specjalnej. W tej mierze odmienne poglądy na terapię pedagogiczną wśród psychologów czy pedagogów rewalidacyjnych (o orientacji medycznej bądź psychologicznej) oraz w kręgu pedagogów resocjalizacyjnych, którzy przecież uczestniczyli w formowaniu zarówno pedagogiki specjalnej jak i emancypowaniu się pedagogiki resocjalizacyjnej – jak sądzimy – mają podłoże w interdyscyplinarnym charakterze, zarówno pedagogiki specjalnej, rewalidacyjnej jak i resocjalizacyjnej. Równolegle trwa też dyskusja nad samodzielnością, czy raczej integralnym charakterem pedagogiki specjalnej, resocjalizacyjnej i rewalidacyjnej (temu zagadnieniu poświęcają uwagę m.in. Pytką 2009; Rejzner, Szczepaniak 2009).

Terapia (pedagogiczna) w praktyce resocjalizacyjnej – przeгляд koncepcji i doświadczeń oparty na wynikach badań naukowych (*evidence based criminal policy*)³

Szeroko rozumiana terapia jako forma oddziaływania na osoby nieprzystosowane społecznie (w tym przestępców) rozpowszechniła się w latach 70. ubiegłego stulecia w USA i Europie. Paradoksalnie było to wynikiem osławionego raportu R. Martinsona pt. *Nothing works* z 1974 roku. Ów kryminolog, w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie: Co działa? (*What Works?*), dokonał obszernej meta-analizy ok. 200 programów resocjalizacji, zastosowanych w praktyce. Wynik okazał się zaskakujący i został rozpowszechniony w klasycznych określeniach „Nic nie działa”, bądź „Zerowy efekt resocjalizacji”. Z tej przyczyny odżyła dyskusja wśród przedstawicieli nauki i praktyków o sens czy bezsens resocjalizacji instytucjonalnej (m.in. z wykorzystaniem terapii). Jedna grupa ekspertów skierowała uwagę na zaostrenie sankcji karnych oraz izolacyjną funkcję więzienia, co rychło dało znać

.....

³ Idea pochodzi z etycznej zasady mówiącej o konieczności dostarczenia najskuteczniejszej interwencji, oddziaływania, leczenia. Z kolei jako metoda *evidence based practice* stanowi sposób wdrażania w życie tych interwencji, których skuteczność została zweryfikowana przez badania naukowe oraz codzienność. Implementacja idei *evidence based practice* w obszar profilaktyki i resocjalizacji była związana z poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie *what works?*, będące reakcją na Martinsonowskie *nothing Works*. Mimo wielu prób zrelatywizowania jednoznaczności hasła *nothing works* przez samego autora, na wiele lat zmieniło ono wizję polityki kryminalnej Stanów Zjednoczonych. Por. T.C. Pratt, J.M. Gau, T.W. Franklin, *Key Ideas in Criminology and Criminal Justice*, Chicago 2011, s. 71–85, http://www.sagepub.com/upm-data/36811_6.pdf.

o sobie hasłem „Więzienie działa”, tzn. że właśnie izolacja jest skuteczna (określenie przypisywane M. Howardowi – Home Secretary UK w 1993–1997 – Thompson 1999, s. 13; por. Harland 1996, s. 75). Wiązało się to z promowaniem tzw. „twardych” metod profilaktyki przestępczości (czyli represji oraz izolacji). Przeciwny pogląd pojawił się w gronie zwolenników rozwijania idei resocjalizacji w stosunku do przestępców. Za takim kierunkiem opowiedziała się rzesza terapeutów, i to oni pierwsi dostarczyli argumentów świadczących o pozytywnych efektach oddziaływań terapeutycznych w więzieniu, pod warunkiem spełnienia pewnych podstawowych warunków (Lipsey 1992; Mc Quire 1995; Gendreau 1996). Pod wpływem tych argumentów nawet R. Martinson zweryfikował swoje poglądy.

Oto najważniejsze z postulatów dotyczących efektywnego stosowania terapii (pedagogicznej, socjo- i psychoterapii). J. McGuire (1995, 2000) podnosi, że program (resocjalizacyjny, terapeutyczny) jest wyodrębnionym ze względu na cel, adresatów, metody i środki oddziaływaniem, nastawionym na przepracowanie zidentyfikowanych problemów uczestników, więc nie każde oddziaływanie spełnia te warunki. Z kolei J. Bonta (1997) oraz D. A. Andrews (1995) wśród kardynalnych zasad efektywności programów wskazali (jako nieodzowne), nastawienie na: a) zapobieganie powrotowi do przestępstwa, b) indywidualne potrzeby resocjalizacyjne skazanych będące funkcją diagnozy kryminologicznej, c) uwzględnianie możliwości percepcji programu przez skazanych, d) autonomię personelu w realizacji programu, oraz b) spójność (integralność) programu. Odnośnie do metodyki: V. Quinsey (1985, por. Antonowicz, Ross 1994) podkreśla, że skuteczne programy wykorzystują odgrywanie ról, zawierają elementy treningu umiejętności, a zwłaszcza umiejętności społecznych i poznawczych. Podobne treści zawierają artykuły dotyczące socjoterapii, np. I. Micheltisch-Traeger (1991, s. 283–286) oraz doświadczenia związane z terapią uzależnień. Terapię przy użyciu dramy, jako wysoce efektywnej formy terapii, omawia J. Thompson (1999). Z kolei terapia grupowa, realizowana na obozach (Juvenile Boot Camps) np. oparta na teorii Glassera (dotycząca USA, jako kolebki społeczeństwa poszukującego własnego „ja”, tzw. terapia rzeczywistego zaangażowania), okazała się skuteczna w rehabilitacji młodocianych przestępców. Zagadnienia rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami osobowości z wykorzystaniem intensywnej i rozległej współpracy personelu z pacjentami jako model i narzędzie terapii (tzw. społeczność terapeutyczna) na przykładzie doświadczeń zebranych w Holandii w klinice dr Henri van Huevena w Utrechcie opisał J. T. Feldbrugge (1992, s. 169–177). Powyższe ustalenia stanowią kluczowe zalecenia dotyczące wszelkiego rodzaju interwencji terapeutycznych czy rehabilitacyjnych, podejmowanych w instytucjach resocjalizacyjnych. Dotyczą one zarówno psychoterapii, socjoterapii, jak i szeroko rozumianej terapii pedagogicznej. Wśród różnorodnych paradygmatów terapeutycznych (psychoanalityczne, niedyrektywne, niestrukturalizowane, klasyczne formy pracy socjalnej, oddziaływania w celu poprawy warunków życia w miejscu zamieszkania bez jednoczesnej pracy rehabilitacyjnej z otoczeniem społecznym) wskazuje się, że „za szczegól-

nie obiecujące uznaje się podejście poznawczo-behawioralne (Gendreau 1996; Andrews, Bonta 1994; Mc Quire 1995). Reasumując: obecnie najbardziej efektywne interwencje bazują na założeniach teorii społecznego uczenia się i zakładają użycie metod poznawczych i behawioralnych, wywieranie wpływu społecznego, naukę umiejętności i wywołanie zmiany sposobu myślenia (Andrews i in. 1990; Andrews, Bonta 1994).

Wśród szczegółowych celów tych programów i interwencji wymienia się: zmianę antyspołecznych postaw i uczuć, zmodyfikowanie wartości grupy rówieśniczej, identyfikacje z nie-kryminalnymi modelami zachowania, trening umiejętności, szczególnie w zakresie samokontroli i kierowania własnym życiem (Mc Quire 2000). Omówione wyżej koncepcje i doświadczenia odnoszą się również do osiągnięć rozpowszechnionych na gruncie polskiej pedagogiki specjalnej/resocjalizacyjnej. W rodzimej literaturze przedmiotu (Rejzner, Szczepaniak 2009) spotykamy analogiczne poglądy, a wśród metod i technik resocjalizacji, które wpisują się do kategorii dialogu, wymienia się w szczególności: terapię skoncentrowaną na rozwiązaniach TSR (Solution Focused Brief Therapy), Dialog Motywujący oraz mediację w praktyce resocjalizacyjnej, w pewnym zakresie również ART – Aggression Replacement Training – Trening Zastępowania Agresji. Metody te coraz częściej są wykorzystywane w praktyce wychowawczej polskich placówek resocjalizacyjnych (Kołomański 2009, s. 150–171). Należy podkreślić, że dorobek polskiej praktyki i teorii resocjalizacji wpisuje się do zrelacjonowanych wyżej doświadczeń światowych. Odwołując się do tradycji Warszawskiej Szkoły Wychowania Resocjalizacyjnego, na drodze uogólnienia, warto wskazać i przyjąć jako podstawę analizy model nieprzystosowania społecznego, w ramach którego czynniki etiologiczne, m.in. w procesie uczenia wykolejającego (desocjalizacji, demoralizacji itp.) warunkują zmiany w osobowości, co skutkuje (symptomami), zachowaniami odczytywanymi w powyższym kontekście i pozwalającymi (diagnozować) wnioskować o syndromie nieprzystosowania (wykolejenia) społecznego. Jako kategorię porządkującą (standard) w świetle aktualnych tendencji w analizie teoretycznej i praktycznej na gruncie pedagogiki resocjalizacyjnej przyjmuje się zmianę reedukacyjną (Pytka 2009). W dalszej części skupimy się na takich technikach terapeutycznych, które wpisują się w omówiony wyżej model teoretyczny.

Rekomendacje dotyczące technik terapeutycznych wspierających resocjalizację

W realizacji zadań wychowania resocjalizacyjnego idzie o możliwie jednolity teoretycznie i metodycznie, na gruncie dyscypliny jaką jest pedagogika resocjalizacyjna, ciąg działań na kolejnych etapach/ogniwach postępowania pedagogicznego. Mówiąc w uproszczeniu: ten model diagnozowania jest optymalny, który jednocześnie służy sporządzeniu projektu oddziaływania resocjalizacyjnego, te-

rapeutycznego itp. Przy tym postulowane są te modele diagnostyczne, które są skorelowane/zharmonizowane z technikami terapeutycznymi, które uwzględniają wszelkie elementy modelu wykojenia (etiologię, osobowość, zachowania), dotyczą elementów rzeczywistości wychowawczej, zwłaszcza w środowisku naturalnym, mają charakter systemowy, realizują zadania i etapy resocjalizacji (na podstawie diagnozy i prognozy następuje stwierdzenie wykojenia społecznego oraz przewidywanie funkcjonowania psychospołecznego). Z kolei zaprojektowanie oddziaływań, i w ramach realizacji planu resocjalizacji, dokonuje się eliminowania wpływu czynników etiologicznych w procesie wychowania-opieki-terapii („naprawianie” negatywnych zmian w osobowości), następnie realizuje się utrwalanie wyników powyższych oddziaływań (profilaktyka następcza) oraz w procesie tym występuje inspirowanie do samorozwoju, samodzielności, samowychowania (ideał, standard wychowania). Tenże bowiem model metodologiczny jest kanonem w wychowaniu resocjalizacyjnym.

Należy jednak stwierdzić, że opisane modele i narzędzia w głównej mierze opierają się na ujęciu symptomatologicznym i ewentualnie etiologicznym, jednakże w mniejszym stopniu, z tak opracowanej diagnozy, w wyniku operacjonalizacji, bezpośrednio umożliwiają zaprojektowanie oddziaływań, uwzględniających metody i środki oddziaływania adekwatne do indywidualnego problemu w zakresie psychospołecznego funkcjonowania danej osoby. Idzie tutaj o pewne niedostatki w zakresie realizowania zadania diagnozy, jaką jest funkcja projektująca (por. pojęcie diagnoza projektująca), która dotyczy nieprzystosowania społecznego. Przypomnijmy w tym miejscu, że wedle autorów opracowań monograficznych w dziedzinie diagnozy w resocjalizacji, „na diagnozę składają się klasyfikacja i szczegółowy opis wybranych stanów faktycznych i ich ocena z punktu widzenia norm i standardów (fizjologicznych, psychologicznych, pedagogicznych, społecznych) **istniejących na gruncie danej dyscypliny i konkluzje działania interwencyjnego** [podkr. P.Sz.] lub powstrzymania się od niego oraz sprawdzenie uzyskanego obrazu diagnostycznego i projektu działania modyfikacji” (Wysocka 2015, s. 35).

Optymalnym przykładem narzędzia, które spełnia wyżej omówione postulaty, a jednocześnie ukazującym wielowymiarowość myślenia resocjalizacyjnego, odwołującym się do rozwiązań wypracowanych na gruncie nauk o wychowaniu jest np. koncepcja Sullivana i Granta, oraz wynikający z niej system diagnostyczno-resocjalizacyjny I-Level Classification (The Interpersonal Maturity Level Classification System). Model ten zawiera wszelkie istotne ogniwa procesu resocjalizacji: opisuje z perspektywy humanistycznej uwarunkowania procesu demoralizacji, pozwala postawić diagnozę oraz potencjalne możliwości resocjalizacyjne w kontekście poziomu rozwoju dojrzałości społecznej (interpersonalnej) wychowanków nieprzystosowanych społecznie oraz pozwala zaprojektować zindywidualizowane oddziaływania z uwzględnieniem celów, warunków środowiska wychowawczego a co najistotniejsze – adekwatnych strategii metodycznych. Sekwencja ta spełnia warunki optymalnego projektowania wychowawczego, ponieważ narzędzie to zawiera:

- cele kierunkowe oddziaływania (resocjalizującego),
- charakterystyki środowiska wychowawczego (cechy) oraz rodzaje aktywności,
- rodzaj (typ) kontroli wychowawczej,
- sposoby i zasady postępowania (wychowawczego),
- cechy wychowawców prowadzących dany przypadek lub grupę osób zafiksowanych w rozwoju dojrzałości interpersonalnej na danym etapie.

Zatem, jak widać, zastosowanie narzędzia umożliwiła równocześnie opracowanie indywidualnego programu resocjalizacji. Poniżej zostaną przedstawione sposoby oddziaływania (czy techniki), które są możliwie bliskie optymalnemu modelowi oddziaływań resocjalizacyjnych (dodajmy – na bazie teorii osobowości), które uwzględniają specyficzny proces resocjalizacji (wychowania-opieki-terapii na bazie reedukacji) z uwzględnieniem wszystkich jego funkcji i ogniw – w związku z podstawowymi zadaniami pedagogiki resocjalizacyjnej.

Poniżej zostaną przedstawione techniki zaliczane do obszaru terapii pedagogicznej, spełniające wyżej określone warunki. W celu lepszej prezentacji zostaną one umownie (nieco arbitralnie) pogrupowane w ramach odmian terapii czynnościowej i spoczynkowej (zob. klasyfikacja J. Doroszewskiej). Zaczniemy od technik, które niewątpliwie dynamizują oddziaływania resocjalizacyjne. W poniższej relacji wykorzystano fragmenty monograficznych opracowań poświęconych terapii w resocjalizacji⁴.

Milieu therapy

Zdaniem A. Szecówki (2009) *milieu therapy* w Polsce najczęściej rozumiana jest jako terapia przez otoczenie społeczne, określana jest również jako terapia środowiskiem społecznym. Geneza *milieu therapy* wiąże się z USA i sięga końca XIX wieku. Do prekursorów systemu, występującego pod nazwą *milieu therapy*, zaliczani są: August Aichorn, Bruno Bettelheim, Fritz Redl, David Wineman. Zebrane i ugruntowane przez nich doświadczenia w latach 20. XX wieku przekonują, że ta odmiana terapii może być wartościowym narzędziem w kreowaniu korzystnych przemian w sferze postaw, zachowań a także struktur osobowości. Do najbardziej znanych instytucji posługujących się tą metodą należała np. Hawthorne Cedar-Knolls School oraz wioska dziecięca pod Sztokholmem. Wiele elementów stosowanych w *milieu therapy* weszło na trwałe do praktyki nowoczesnych instytucji resocjalizacyjnych w pracy z dziećmi poważnie wykojejonymi (zwykle psychopatycznymi). W wielu placówkach resocjalizacyjnych spotykamy typowe dla *milieu therapy* położenie nacisku na poprawę zachowania wychowanka poprzez

.....

⁴ *Terapia w resocjalizacji*, cz. 1: *Ujęcie teoretyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009 oraz *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2: *Ujęcie praktyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2009.

zwiększenie reżimu dyscyplinarnego. W praktycznym działaniu *milieu therapy* polega na dostarczeniu wychowankowi gamy bodźców skłaniających do właściwego postępowania poprzez postawienie go w sytuacji totalnego naporu (total push) pozytywnych oddziaływań. Taką wersję *milieu therapy* zastosowano w Hawthorne Cedar-Knolls School. Pracownicy ośrodka opracowywali pod kątem walorów terapeutycznych niemal każdą chwilę pobytu w zakładzie resocjalizacyjnym, cały rozkład dnia, od wstania z łóżek do ciszy nocnej. Personel ośrodka, bez względu na pełnione funkcje, miał wyznaczone role w procesie resocjalizacji, bowiem tylko w ten sposób można było wprowadzić zasadę totalnego nacisku społecznego na zachowania podopiecznego. W instytucji tej każdy niemal wychowanek posiadał oddzielny program oddziaływań terapeutycznych. Znaczne modyfikacje w *milieu therapy* wprowadzono w latach 50. ubiegłego stulecia na terenie nowojorskiego ośrodka Wiltwyck School. Ośrodek prowadzony przez Ernesta Papanka, szczylił się satysfakcjonującymi rezultatami terapeutycznymi. Dowodzą tego longitudinalne oraz poprzeczne badania przeprowadzone tam przez W. i J. McCordow (Pospiszyl 1990, 2003). Dane empiryczne dowodzą, że *milieu therapy* przynosi pozytywne rezultaty zarówno w odniesieniu do dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych (oddziaływań indywidualnych i grupowych). W praktyce terapeutycznej znajduje zastosowanie w ośrodkach dziennego pobytu, jak i w instytucjach opieki całkowitej o charakterze zamkniętym i otwartym (Günter 2005; Simonsen 2007; Vatne 2008; Knutson, Sorlandet 2004; Pospiszyl 1990, 2003).

Socjoterapia

Definicję, starającą się łączyć różne podejścia metodologiczne podaje J. Strzeмиęczny: „socjoterapia polega na celowym stwarzaniu [...] warunków (doświadczeń społecznych) umożliwiających zajście procesu socjoterapeutycznego (zmiana sądów o rzeczywistości, sposobów zachowań i odreagowanie emocjonalne) (Strzeмиęczny 1993, s. 45; por. Cornel 1995; Nyckowski 2009, s. 78). Wyżej omówiona *milieu therapy* spełnia warunki tej definicji. Celem zajęć socjoterapeutycznych (na podstawie diagnozy) jest eliminowanie przyczyn i przejawów zaburzeń zachowania, które są społecznie nieakceptowane i utrudniają realizację pozytywnych zadań życiowych. Grupa socjoterapeutyczna najczęściej składa się z kilku osób (rzadziej kilkunastu). Proces korekcyjny będący istotą spotkań socjoterapeutycznych zależy w dużej mierze od roli prowadzącego, która polega na aranżowaniu sytuacji pomagających uczestnikom spotkań uświadomić sobie własne trudności oraz potencjał i możliwości zmiany, które są bodźcem do dalszego konstruktywnego rozwoju osobistego i społecznego. „Zajęcia socjoterapeutyczne mają charakter ustrukturalizowanych spotkań grupowych, na które składają się odpowiednio dobrane gry, zabawy i ćwiczenia. Każde spotkanie ma swój cel szczegółowy, podporządkowany celowi ogólnemu, oraz propozycje aktywności sprzyjające osiągnięciu założonych

celów. Zarówno cały cykl spotkań, jak i każde spotkanie tworzą pewną dynamiczną całość, na którą składają się określone etapy pracy z grupą” (Sawicka 1998, s. 20). Wśród technik znajdujących zastosowanie w rozumianej jak wyżej socjoterapii znajduje się różnorodny zestaw technik, również o charakterze interwencyjnym i profilaktycznym, m.in. omówione niżej.

Aggression Replacement Training (ART) **– Trening Zastępowania Agresji**

Zdaniem m.in. Ł. Kołomańskiego (2009), jedną z obiecujących technik w profilaktyce, prewencji, rehabilitacji i resocjalizacji jest Trening Zastępowania Agresji (TZA). Jest on adaptacją do warunków polskich programu Aggression Replacement Training (ART). Trening ów został opracowany przez Arnolda Goldsteina i jego współpracowników w Instytucie Badań nad Agresją Uniwersytetu w Syracuse w USA (Goldstein, Glick, Gibbs 2004, s. 2 n.). Jest to program wielostronnej interwencji, skierowanej na zmianę zachowania młodzieży agresywnej. Sprawdza się w szeroko rozumianej profilaktyce społecznej, zarówno jako propozycja nauczania postaw i zachowań prospołecznych, jak i jako oferta diagnostyczno-terapeutyczna zmiany zaburzonych zachowań. Metoda ta rozpowszechniona w krajach Europy Zachodniej, znajduje coraz więcej zastosowań w edukacji, wychowaniu, szkolnictwie specjalnym, resocjalizacji, terapii psychiatrycznej, terapii uzależnień, przeciwdziałaniu przemocy domowej, pomocy społecznej i w innych dziedzinach. W Polsce funkcjonuje od lat 90. XX wieku (Ostrowska, Wójcik 1986; Odrowąż-Pieniążek 1988; Pospiszyl 1998). Prowadzona jest w szkołach, ośrodkach wychowawczych i socjoterapeutycznych, rzadziej natomiast w zakładach poprawczych lub zakładach karnych (Kołomański 2008, s. 234). W dobrze realizowanych projektach uzyskuje się trwałą poprawę u 85% młodzieży agresywnej. Jest to wskaźnik o 25–40% wyższy niż w grupach kontrolnych (Kołomański 2009, s. 234). Trening Zastępowania Agresji wspiera także doskonalenie organizacji i zarządzania szkołą jako systemem wychowawczym (Morawska, Morawski 2004, s. 4–5).

Podstawą programu zastępowania agresji jest pogląd, że każdy agresywny czyn nieletniego (w szkole, domu itp.) jest uwarunkowany czynnikami zarówno wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi. Charakterystyczny dla tych jednostek jest brak lub niedostatek wielu umiejętności interpersonalnych i społeczno-poznawczych, które łącznie warunkują skuteczne zachowania prospołeczne. Impulsywność młodych ludzi i ich odwoływanie się do zachowań agresywnych w procesie zaspokajania swoich potrzeb i długoterminowych celów, wskazuje na deficyt kontrolowania złości. Z kolei w odniesieniu do systemu wartości tych jednostek – cechuje ich egocentryczny, konkretny i, w pewnym sensie, prymitywny sposób uzasadniania moralnego. Powyższemu odpowiadają trzy komponenty TZA: trening umiejętności

prospołecznych, trening kontroli złości i trening wnioskowania moralnego. ART odnosi się do każdego z powyższych deficytów:

- Trening umiejętności prospołecznych (*Skillstreaming* – SLT) – jest zespołem procedur zaprojektowanych w celu podwyższenia poziomu umiejętności prospołecznych (Goldstein 1973, 1981). Jest składnikiem behawioralnym, psychoedukacyjnym, nastawionym na uczenie właściwych zachowań interpersonalnych. Metoda ta składa się z serii procedur instrukcji społecznego uczenia się. Młodzież agresywna bądź przestępcza, w małych grupach, podczas treningu umiejętności prospołecznych ogląda przykłady wzorcowych zachowań (modelowanie), ma możliwość ćwiczenia zachowania (odgrywanie scenek), otrzymuje pozytywne wzmocnienia w postaci pochwał za odgrywanie ról najlepiej zbliżonych do wzorca oraz zachęcana jest do angażowania się w aktywność nastawioną na utrwalanie wyuczonych umiejętności i wykorzystania wyuczonych umiejętności w szkole, domu, społeczności lokalnej, zakładzie i innym środowisku (transfer treningu).
- Trening kontroli złości (*Anger Control Trening* – ACT) – opracowany został przez Fendler i jej zespół badawczy na uniwersytecie Adelphi. Dotyczy kontroli gniewu. Składnik ten oparty jest na czynniku emocjonalnym, a jego celem jest podwyższenie poziomu samokontroli, ograniczenie i kontrolowanie gniewu i agresji. Osoby uczą się reagowania na prowokacje (zaczepki) nie gniewem, ale łańcuchem reakcji skupionych na stymulujących gniew sygnałach – odczuciach i innych fizjologicznych, lub doświadczeniach narastania własnej złości oraz reduktorach – technikach zmniejszania pobudzenia, np. głębokie oddychanie, wyobrażeniach spokojnego materiału itp. (Fendler, Econt 1986).
- Trening wnioskowania moralnego (*Moral Reasoning Training* – MRT) – element związany ze sferą poznawczą. Komponent moralny polega na wprowadzaniu problemów, dylematów oraz propozycji rozwiązań. Oparty jest na stadiach rozwoju moralnego Kohlberga, który wykazał, że „dyskutowanie przez młodzież w grupie, składającej się z osób na różnych poziomach wnioskowania moralnego, serii dylematów moralnych wywołuje dysonans poznawczy, którego analiza podnosi wnioskowanie moralne do najwyższego poziomu rówieśników w grupie” (Kohlberg 1973). Zaskakujący jest fakt, że ogół młodzieży antyspołecznej podkreśla wagę wartości moralnych, takich jak: dotrzymywanie obietnic, mówienie prawdy, pomaganie innym, ratowanie życia (Gregg, Gibbs, Basinger 1994, s. 538–553).

Drama jako interwencja społeczna

Prekursor dramy, Jacob Levy Moreno, twierdził, że „człowiek nie jest istotą całkowicie zdeterminowaną przez swoje wczesnodziecięce doświadczenia, że może wyrwać się ze stanu dryfowania i znaleźć w stanie decydowania o własnym lo-

się, a drogą do tego jest spotkanie z drugim człowiekiem” (Moczydłowska 2000, s. 103). Jadwiga Królikowska (2009) wyjaśnia, że programowym założeniem dramy stosowanej jest wywarcie wpływu na postawy i zachowania uczestników (por. Zimbardo 2008). Krystyna Pankowska (1985, s. 14) wśród współczesnych form aktywności teatralnej wyróżnia teatr instrumentalny, postrzegany jako metoda parateatralna, istniejący „w celu spełniania zadań pozaartystycznych (terapeutycznych, resocjalizacyjnych itd.)”. Teatr i związane z nim techniki i metody stanowią doskonałe narzędzie wychowawcze, edukacyjne, terapeutyczne i profilaktyczne. Jedną z najbardziej popularnych metod pracy z dziećmi i młodzieżą (nie tylko społecznie nieprzystosowaną) jest drama. Zasługi dla rozwoju dramy przypisuje się Dorothy Heathcote, która uważana jest za twórczynię dramy kreatywnej. Drama jako doświadczenie społeczne jest formą artystycznego działania. Jako taka angażuje emocjonalnie, włącza do wspólnoty, inspirowa do działania na rzecz rozwiązania własnych i zbiorowych problemów. Odróżnia się tym od spowszednianych, zniechęcających, słownych pouczeń wychowawczych (Satori 2007). Dla celów wychowawczych i edukacyjnych używa się jej wzmocnionej formy czyli dramy stosowanej. Można ją scharakteryzować jako technikę wychowawczej interwencji, mającą na celu rozwój i zmianę postaw na korzystne dla jednostki i społeczeństwa w sytuacji, gdy występuje niespójność między działaniem jednostki a oczekiwaniem społeczeństwa. Jest ona najbliższa temu, co R. Schechner określa jako „współczesny teatr środowiskowy” (*contemporary environmental theater*) (Schechner 2003, s. XVI). Najcenniejszą właściwością dramy stosowanej jako metody dydaktycznej jest współgranie w niej treści i formy. Treść dramy – ujęta w scenariuszu zorientowanym na wieloaspektowe ukazanie problemu społecznego – jest prezentowana w postaci ciągu scen. Częściowo otwarty i wspólnie improwizowany przez uczestników scenariusz dramy nie pozwala nikogo wprowadzić w przykre sytuacje i stany identyczne z własnym doświadczeniami życiowymi, a jedynie podobne pod względem sensu i znaczenia. Ten zabieg umożliwia uczestnikom skoncentrowanie się na centralnym problemie, który, nawet gdy jest im osobiście znany, to występuje tu jako „temat dramy”, a nie ich własna, bolesna „opowieść życia”. Automatycznie wprowadza więc na drogę rozumienia problemu, a nie jego powtórnego przeżycia.

Podobnie scenariusz dramy, który poprzez kontrolę nad przedstawianymi scenami dystansuje artystów-widzów od przykrych osobistych doświadczeń, chroni ich przed ukryciem się za „nieswoją” rolę, przebraniem, dekoracjami, rekwizytami. Również takie czynności, jak: zapisywanie scenariusza, tworzenie scenografii, odgrywanie ról, udzielanie przedstawieniu własnych umiejętności reżyserskich oraz ciała czy głosu, sytuuje uczestników po stronie analityków zdarzeń i twórców sztuki, a nie bohaterów własnego życia. Koncentracja na teatralnej stronie dramy „chowa” emocje uczestników w jej tle, a nie umieszcza w centrum. W finale dramy, jej uczestnicy-twórcy biorą udział w wyciąganiu wniosków i komentowaniu zawartej w niej prawdy. To jest koniecznym, definicyjnym elementem dramy sto-

sowanej, ponieważ jest ona realizowana „po coś”, dla spełnienia celu dydaktycznego. Temat i szczegółowa forma teatralna dramy stosowanej (może to być np. „teatr środowiskowy” lub „teatr w edukacji”) zależy od wielu czynników, a przede wszystkim tego, czy ma ona mieć profilaktyczny, czy korygujący charakter, oraz od wieku, sytuacji życiowej i społecznej jej adresatów (np. uczniowie, rodziny alkoholików, ofiary przemocy domowej), a także od uwarunkowań instytucjonalnych w jakich jest prowadzona (np. szkoła, więzienie, parafia, zebranie polityczne) (Świeca 1996; Pankowska 2000). Na siłę społeczną dramy składają się takie cechy, jak: udział aktorów-uczestników-adresatów, realność problemu-tematu oraz jego teatralizacja czyli przełożenie na artystyczne środki wyrazu. Dzięki tym elementom drama jest bezpośrednia, bliska, zrozumiała, wyrazista, a równocześnie uogólniona i oddalona od jednostkowych doświadczeń. Zaprogramowana w niej misja dydaktyczna jest prowadzona otwarcie przez podanie normatywnych wzorów. Praktycy techniki dramowej świadomie podkreślają dydaktyzm dramy, którego istotą jest pomoc jej uczestnikom-amatorom-twórcom w ocenie i ewentualnej zmianie opinii o problemie, albo w zrewidowaniu postawy wobec określonych spraw.

Terapia Skoncentrowana na Rozwiązaniach (*Solution Focused Brief Therapy*)

Oto konsultacja terapeutyczna jako jedna z form współpracy z dzieckiem przejawiającym nieprzystosowanie społeczne w ujęciu Beaty Boćwińskiej-Kiluk (2006, 2009). Konsultacja terapeutyczna należy do niedyrektywnych form oddziaływań werbalnych⁵. W praktyce przypomina rozmowę indywidualną i wywiad. Celem konsultacji jest zorientowanie się w oczekiwaniach osoby konsultowanej, jej potrzebach, sposobie rozumienia sytuacji, w jakiej się obecnie znajduje, rozpoznanie gotowości do współpracy. Zadaniem konsultanta jest stwarzanie warunków do dialogu. Warunki z jednej strony tworzone są przez miejsce i czas, a z drugiej, stan umysłu terapeuty i jego postawę (Boćwińska-Kiluk 2006, s. 3, 2009, s. 123).

.....

⁵ Podobną rolę spełnia Dialog Motywujący (DM) (*Motivational Interviewing* – MI) jednakże w odróżnieniu od omawianego tu rodzaju, zgodnie z definicją autorów tej koncepcji: „**jest dyrektywnym**, skoncentrowanym na kliencie stylem doradztwa (sposobem komunikacji) ukierunkowanym na wydobycie z klienta motywacji do zmiany zachowania poprzez zbadanie i rozwiązanie ambiwalencji wobec zmiany. Wywiad motywujący nie jest zestawem technik, które mają zastosowanie wobec klienta, ale jego istota wyraża się w określonej filozofii komunikowania się z klientem” (Miller, Rollnick 1995, 2010). Pozwala odnaleźć i zwiększać motywację u pacjentów i pomagać im w przewyciężaniu różnorodnych życiowych trudności, znajduje zastosowanie nawet u najbardziej opornego klienta. Z tego powodu DM jest predestynowany do oddziaływań resocjalizacyjnych. Zasady Dialogu Motywującego to: 1. Wyrażanie empatii, 2. Wspieranie poczucia własnej sprawczości, 3. Rozwijanie rozbieżności, oraz 4. Podążanie za oporem. Z kolei Narzędzia Dialogu Motywacyjnego (ang. OARS) to: 1. Pytania otwarte – O (Open questions), 2. Dowartościowania – A (Affirmation), 3. Odzwierciedlanie – R (Reflective listening), 4. Podsumowania – S (Summarizing).

Jeśli osobą konsultowaną jest dziecko, wtedy konsultant terapeuta zmierza do poznania faktów z życia dziecka, ustalenia przyczyn jego cierpienia i zachowania, postawienia diagnozy i na tej podstawie opracowania planu dalszego postępowania. Konsultacja przeważnie poprzedza proces psychoterapii, ale bywa też stosowana samodzielnie. Przyjmuje postać jednej, dwu lub trzech rozmów trwających 50 minut, odbywających się z częstotliwością raz w tygodniu. Umożliwia poznanie problemów dziecka z jego punktu widzenia oraz odsłania siatkę znaczeń nadającą sens jego życiu i określającą tożsamość. Nadrzędnym celem terapeutycznym jest zapoczątkowanie łańcucha zmian w zachowaniu i postawie „nieprzystosowanego” poprzez kontrolę poznawczą i sprawczą. Cechą charakterystyczną konsultacji jest postawa terapeuty polegająca na zawieszaniu roli eksperta. Konsultant terapeuta „zawiesza” oceny moralne czy wartościujące, a dąży do zobaczenia faktów w obiektywnym świetle. Powstrzymuje się od perswazji i udzielania rad. Taka postawa wynika z przekonania, iż zmiana jest następstwem toczącego się dialogu i dlatego właśnie dialog sprzyja dzieleniu się myślami i odczuciami. Konsultowane dziecko i terapeuta konsultant są partnerami w znaczeniu wspólnie wykonywanej pracy, gdyż aktywność każdego z nich jest niezbędna, a w związku z tym równoważna. Dialog służy wyzwalaniu i budowaniu porozumienia, które jest procesem odkrywania znaczeń. Terapeuta słysząc wypowiedzi i obserwując zachowanie konsultowanego, stara się zrozumieć co one znaczą. Wierzy, że każde zachowanie i wypowiedź słowna jest formą komunikatu i formą nawiązania kontaktu. Terapeuta dokonuje rekonstrukcji wypowiedzi dziecka poprzez odnoszenie jego słów do posiadanej przez siebie wiedzy o faktach i następnie przekazuje zwrotnie swoje rozumienie tychże dziecku. W ten sposób dziecko włączone zostaje w proces analizy, staje się czynnym uczestnikiem wymiany. Odkrywa aspekty nieznanych dotychczas znaczeń oraz pewną prawdę o tym co robi, a tym samym pozbywa się iluzji, przeżywa emocje, które niezrozumiałe, nieokiełznane były pożywką dla zachowań nieakceptowanych społecznie. Spotkanie będące rzetelną rozmową, którą zdaniem H.G. Gadamera cechuje zwracanie się do innego, rzeczywiste uznawanie jego punktu widzenia, utożsamianie się z nim w tym sensie, że pragnie się zrozumieć to, co on mówi, a nie jako jednostkę (Gadamer 1993). Pozwala zrozumieć dlaczego pomimo starań różnych osób i instytucji nie dochodzi do poprawy zachowania, jak też właśnie stwarza warunki niezbędne do wszczęcia procesu zmiany jako decyzji własnej dziecka.

Mediacja w praktyce resocjalizacyjnej

Zdaniem Pawła Szczepaniaka (2003, 2016), wychowanie resocjalizacyjne (także w ramach kary pozbawienia wolności) powinno zawierać nie tylko elementy rehabilitacji społecznej (w formie inkluzyjnego wychowania resocjalizującego), lecz również naprawienie szkody i zadośćuczynienie pokrzywdzonemu

przez sprawcę. Ten aspekt wychowania resocjalizującego był jak dotąd pomijany, bądź zastępowany ideą miłosierdzia, tymczasem współczesne koncepcje wychowania resocjalizacyjnego uwzględniają potrzebę suwerennego autowysiłku podmiotu w procesie społecznej readaptacji. Wynika to m.in. z ugruntowanej w moralności sekwencji, że czyn karygodny domaga się od winowajcy (jeśli ma poczucie winy i wolę poprawy) powinności dopełnienia sprawiedliwości, a zwłaszcza uregulowania naruszonego wolumenu dóbr poprzez przeproszenie i zadośćuczynienie pokrzywdzonemu, a także poniesienie konsekwencji (pokuty i/lub kary) na drodze do uzyskania wybaczenia. Oczekiwany jednak finałem tych działań jest pojednanie, realizowane w postulowanej tutaj formule sprawiedliwości naprawczej, ufundowane na czterech następujących wartościach: partycypacja, spotkanie, reparacja i reintegracja, czyli na aktywnym uczestnictwie podmiotów powiązanych faktem przestępstwa (partycypacja), które w bezpośrednim kontakcie (spotkanie) dokonują uregulowania (reparacji) relacji poprzez naprawienie szkód i zadośćuczynienie ofierze, co jest również sposobem konstruktywnego włączenia się do nurtu życia społecznego (reintegracja). Znamienne, że spełnienie elementów tego procesu sprawiedliwości naprawczej jednocześnie zawiera wszelkie elementy efektywnej resocjalizacji (z uwzględnieniem inkluzji społecznej przy udziale społeczeństwa), a w jej ramach spełnia funkcje wychowania-opieki-terapii. Jeśli chodzi o mediacje, niezależnie od typów spotykanych w praktyce wymiaru sprawiedliwości, mają one pewne cechy wspólne.

1. Znany jest sprawca i ofiara oraz szkoda wyrządzona czynem przestępnym. Organ wymiaru sprawiedliwości (zależnie od etapu procesu karnego) zleca wyspecjalizowanym mediatorom przeprowadzenie dobrowolnego dialogu pomiędzy poszkodowanym i sprawcą.
2. Mediatorzy po zapoznaniu się z dostępnymi materiałami w sprawie najpierw prowadzą indywidualne rozmowy wstępne ze stronami, w czasie których wnikliwie informują o zasadach, podstawach prawnych, metodach, celach, konsekwencjach prawnych mediacji. Po uzyskaniu obopólnej zgody na spotkanie, doprowadzają do spotkania stron, przy czym opracowuje się ze stronami specyficzne reguły postępowania. Zasadnicze znaczenie ma zdefiniowanie przez strony swych stanowisk, a z kolei rozwiązanie rozpoznanego problemu (stanowisko wobec problemu obejmuje przebieg konfliktu, emocji i nastrojów, konsekwencji i wpływ tychże na sytuację każdej ze stron). Mediator sprzyja podsumowaniom, w którym miejscu pojawiła się empatia lub antypatia oraz możliwości rozwiązania. Dopuszczane są początkowo kryteria subiektywne, ukazujące fakt że jeden konflikt zawiera tyle prawd, ile osób weń jest zaangażowanych, następnie mediator sprzyja zrozumieniu ujawnionych problemów, a to stanowi podstawę do obiektywizacji i dalszych rokowań. Zasadnicze kwestie dotyczą czynu oraz jego skutków i sposobów rekompensaty. Zgoda sprawy na naprawienie szkody i jej naprawienie jest traktowane jako bezpośrednie zadośćuczynienie.

3. Sprawozdanie z mediacji przedstawione przez mediatora odpowiedniemu organowi jest zatwierdzane przez ten organ, czyli sankcjonuje on przebieg i skutki a następnie wydaje stosowne orzeczenie (najczęściej umarza postępowanie karne).

Obecnie w różnych krajach mediacja jest wprowadzana na każdym etapie procesu karnego.

1. Przed wszczęciem procesu i oficjalnym zgłoszeniem do organów ścigania (np. policji).
2. Po zgłoszeniu przestępstwa do policji, która może skierować sprawę do mediacji (w uzgodnieniu z prokuraturą).
3. W fazie postępowania przygotowawczego może do mediacji sprawę skierować prokurator i wtedy program może się stać alternatywą postępowania karnego.
4. Po wniesieniu aktu oskarżenia przebieg mediacji może mieć wpływ na orzekanie (np. nadzwyczajne złagodzenie kary, warunkowe zawieszenie wykonania kary itp.).
5. W postępowaniu wykonawczym możliwe jest również stosowanie mediacji i takich środków jak warunkowe przedterminowe zwolnienie bądź ułaskawienie.

Mediacja znajduje zastosowanie w postępowaniu z nieletnimi, jednakże wobec dorosłych sprawców niestety nie ma zastosowania. Ponadto polski ustawodawca nie uregulował zadania naprawienia szkody czy zadośćuczynienia, bądź jakichkolwiek innych form poświęconych naprawieniu szkód wyrządzonych ofierze przestępstwa. Jeśli chodzi o sprawiedliwość naprawczą, w sprawach dotyczących wykonania bezwzględnej kary pozbawienia wolności, w k.k.w. mediację przewiduje się tylko w jednej sytuacji procesowej, tj. w przypadku rozważania przez sąd penitencjarny warunkowego przedterminowego zwolnienia skazanego z odbycia reszty kary pozbawienia wolności (uwzględnienie pozytywnie zakończonej mediacji ma być brane pod uwagę przy orzekaniu o warunkowym przedterminowym zwolnieniu – art. 162 § 1 k.k.w.), jednakże praktyka oraz orzecznictwo potwierdzają, że stosowanie mediacji po wyroku nie ma zastosowania. Przepis ten, z uwagi na problemy interpretacyjne, jest przepisem martwym⁶.

Arteterapia

Jak przekonują Tomasz Rudowski (2009), Anna Glińska-Lachowicz (2009) i inni badacze, arteterapia jest to szeroko rozumiana terapia przez sztukę, w której

.....

⁶ A. Rękas, *Mediacja w polskim prawie karnym*, MS, Warszawa 2004. s. 15. Blankietowo mediacja może być zastosowana na podstawie postanowienia sądu penitencjarnego, na wniosek przedstawiciela administracji zakładu karnego, sądowego kuratora zawodowego, zgodnie z wnioskiem skazanego lub pokrzywdzonego albo z urzędu (o warunkowe przedterminowe zwolnienie) Przepisy art. 23a k.p.k. stosuje się odpowiednio na podstawie art. 1 § 2 k.k.w. (ustawodawca w ten sposób wprowadził mediację do ogólnych przepisów k.k.w.) (por. Hołda, Postulski 2006, s. 550; Dąbkiewicz 2012, s. 473).

można wyróżnić psychoterapię sztuką i terapię sztuką w ujęciu pedagogicznym (terapia pedagogiczna). Bazuje na wykorzystywaniu leczniczych i terapeutycznych walorów poszczególnych dziedzin sztuki w procesie oddziaływania na osobowość człowieka, a w szczególności jego sferę emocjonalną. Kulminacyjnym momentem każdej sesji terapeutycznej jest wyładowanie negatywnych, skumulowanych emocji, zrzućenie „wewnętrznych blokad”, połączone nierzadko z efektem „katharsis” – doświadczenie oczyszczenia (dziś mówi się nawet o tzw. psychokatharsis) (Galińska 1978, s. 84). W arteterapii ma zastosowanie wiele technik skupiających się wokół poszczególnych dziedzin sztuki, ekspresji twórczej a także mających związek z „pięknem przyrody” (zmysłowy kontakt z przyrodą) (Szulc 1993, s. 21).

Wymienia się następujące techniki arteterapeutyczne:

- chromoterapię: leczenie kolorami, barwami,
- dramatoterapię – psychodramę: poprzez przygotowanie i uczestniczenie w spektaklach teatralnych (stosuje się tutaj psychodramę, dramę, pantomimę i sztuki teatralne)⁷,
- esteterapię: poprzez doznania estetyczne, kontakt z pięknym otoczeniem, dziełami sztuki,
- ergoterapię (terapia zajęciowa np. w pracowniach tkackich, ceramicznych, rzeźbiarskich itp., terapia przez pracę),
- hortikuloterapię: terapia przez pracę lub przebywanie w ogrodzie,
- ludoterapię: przez gry i zabawy,
- muzykoterapię: przez muzykę,
- poezjoterapię: terapia za pomocą czytania, recytowania lub pisania wierszy,
- silwoterapię: poprzez obcowanie z lasem,
- talasoterapię: poprzez obcowanie z morzem,
- choreoterapię i muzykoterapię, terapia dźwiękiem, a nawet
- biblioterapię: przez czytanie książek, własną twórczość literacką, pisanie pamiętników, a także poprzez film.

Jak widać, w literaturze przedmiotu można spotkać poglądy postulujące włączanie do zakresu arteterapii wielu wyżej omówionych technik uznawanych za samodzielne i rzadko kojarzonych nawet z szeroko rozumiana arteterapią. Uzasadnia się to poglądem, że w oddziaływaniach terapeutycznych (w tym także resocjalizacyjnych) czerpiących z walorów sztuki, niemal wszystkie z nich, a z pewnością muzyka, obrazy, rzeźby czy taniec są nośnikami treści emocjonalnych i jako takie spełniają warunki stawiane terapii (Koziełło 1997; Kran 2001). Bardzo istotne

.....

⁷ Do rodzajów teatroterapii można zaliczyć: psychodramę, czyli „spontaniczne przedstawienie sceniczne, które pozwala na uwidocznienie i ponowne przeżycie konfliktów interpersonalnych i intrapersonalnych w ramach terapeutycznych”; dramę rozumianą jako metodę pomocniczą w nauczaniu różnych przedmiotów szkolnych lub samoistną metodę kształcenia osobowości człowieka poprzez rozwijanie wyobraźni i wrażliwości, uczenie aktywnej twórczości, kształcenie umiejętności współpracy z innymi ludźmi; pantomimę, czyli „nieme widowisko sceniczne, w którym zdarzenia przekazywane są przez aktorów wyłącznie za pomocą ruchów ciała, gestów, mimiki”.

jest to w przypadku podopiecznych o niższym poziomie inteligencji czy zaburzonej osobowości, u których łatwiej oddziałuje się na sferę emocjonalną niż np. na intelektualną sferę osobowości (Kaszczyszyn 1999, s. 187).

Abstract: Therapeutic techniques recommended for the social rehabilitation practice

This paper discusses theoretical and methodological issues of pedagogical therapy in the context of the practice of social rehabilitation education and presents recommendations for the implementation of those therapeutic techniques, which, based on the model of social maladjustment, are conducive to the fulfilment of functions and tasks of social rehabilitation education.

Keywords: pedagogical therapy, methods and techniques of therapy, social rehabilitation education.

Bibliografia

- [1] Andrews D.A., 1995, *The psychology of criminal conduct effective treatment*, [w:] *What works: Reducing Reoffending*, (red.) J. Mc Guire, New York: John Wiley&Sons.
- [2] Andrews D.A., Bonta J., 1994, *The Psychology of Criminal Conduct Cincinnati*, OH: Anderson.
- [3] Andrews D.A., Zinger I., Hoge R.D., Bonta J., Gendreau P., Cullen F.T., 1990, *Does correctional treatment work? A psychologically informed meta-analysis*, „Criminology”, 28, 369–404.
- [4] Antonowicz D.H., Ross R.R., 1994, *Essential componets of successful rehabilitation programs for offenders*, „International Journal of Offender Rehabilitation and Comparative Criminology”, 38.
- [5] Banasiak J., 1996, *Reagowanie wychowawcze w wielowymiarowej pedagogice działania. Elementy teorii i metodyki*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- [6] Barczykowska A., Dzierżyńska-Breś S., 2013, *Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (evidence based practice)*, „Resocjalizacja Polska”, nr 4, s. 132–154.
- [7] Bielecka E., 2009, *Działania interwencyjno-korekcyjne skierowane do dzieci i młodzieży wychowujących się na ulicy*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2: *Ujęcie praktyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Naukowe „Żak”, Warszawa.
- [8] Boćwińska-Kiluk B., 1999, *Konsultacja terapeutyczna – nowa perspektywa w resocjalizacji*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2: *Ujęcie praktyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Naukowe „Żak”, Warszawa.
- [9] Boćwińska-Kiluk B., 2006, *Wychowanie – technologia czy spotkanie? Rola dyspozycji osobowościowych nauczyciela-wychowawcy w dynamice procesu*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, nr 3.
- [10] Bonta J., 1997, *Offender rehabilitation: from Research to practice. Report No. 1997-01*, Solicitor General Canada, Ottawa.
- [11] Brennan T., W. Dieterich, B. Ehret, 2009, *Evaluating the Predictive Validity of the COMPAS Risk and Needs Assessment System*, „Criminal Justice and Behavior”, nr 1.

- [12] Byrne J.M., Pattavina A., 2006, *Assessing the Role of Clinical and Actuarial Risk Assessment in an Evidence-Based Community Corrections System: Issues to Consider*, „Federal Probation”, nr 2.
- [13] Clagett A.F., 1992, *Group-Integrated Therapy in a wilderness camp*, „Journal of Offender Services and Rehabilitation”, 17/3–4.
- [14] Cornel H., 1995, *Der Beitrag der Sozialarbeit zur Vermeidung von Untersuchungshaft*, „Bewehrungshilfe”, 4.
- [15] Czapów C., 1978, *Wychowanie resocjalizujące. Elementy metodyki i diagnostyki*, PWN, Warszawa.
- [16] Czapów C., Jedlewski S., 1971, *Pedagogika resocjalizacyjna*, PWN, Warszawa.
- [17] Dąbkiewicz Z., 2012, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- [18] Doroszevska J., Grzegorzewska M., 1955, *Uzasadnienie potrzeby terapeutyczności w zakładzie leczniczym w świetle patofizjologii korowo-trzewnej*, „Studia Pedagogiczne”, t. 2.
- [19] Doroszevska J., 1957, *Terapia wychowawcza*, Zakład Imienia Ossolińskich, Wrocław.
- [20] Doroszevska J., 1963, *Nauczyciel wychowawca w zakładzie leczniczym*, Państwowy Instytut Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- [21] Dzwonkowska B., Kęпка S., 1998, *Program zajęć socjoterapeutycznych dla młodzieży z zakładu poprawczego o wzmożonym nadzorze pedagogicznym*, [w:] *Socjoterapia*, red. K. Sawicka, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.
- [22] Egg R., Schmidt G., 1994, *Stand und Entwicklung der Sozialtherapie im justiz-vollzug. Ergebnisse zweier Umfragen*, *Kriminalpädagogische Praxis*, 22 (1).
- [23] Feldbrugge J.T., 1992, *Rehabilitation of patients with personality disorders: patient-staff collaboration used as a working model and tool*, „Criminal Behaviour and Mental Health”, 2/2.
- [24] Fendler E.L., Econt R.B., 1986, *Adolescent anger control: Cognitive – behavioral techniques*, Pergamon, New York.
- [25] Galińska E., 1978, *Podstawy teoretyczne muzykoterapii*, „Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu”, nr 17.
- [26] Gendreau P., 1996, *The principles of effective intervention with offenders*, [w:] *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply*, red. A.T. Harland, Sage Publishing, Thousand Oaks.
- [27] Glińska-Lachowicz A., 2009, *Sztuka resocjalizacji – resocjalizacja przez sztukę. O arteterapii w pracy resocjalizacyjnej*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2: *Ujęcie teoretyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [28] Goetze H., 1990, *Verhaltensgestorte in integrationsklassen – Fiktion und Fakten*, „Zeitschrift für Heilpädagogik”, Heft 12.
- [29] Goldstein A., 1973, *Structured Learning Therapy: Toward a psychoterapy for the poor*, Academic Press, New York.
- [30] Goldstein A., 1981, *Psychological skill training: the structured learning technique*, Pergamon Press, New York.
- [31] Goldstein A., Glick B., J. Gibbs, 2004, *Art. Program Zastępowania Agresji*, Instytut „Amity”, Warszawa.
- [32] Górny J., 1996, *Elementy indywidualizacji i humanizacji karnia w rozwoju penitencjarystyki*, WSPS, Warszawa.
- [33] Górski J., 1986, *Psychoterapia w wychowaniu*, IWZZ, Warszawa.
- [34] Górski S., 1985, *Metodyka resocjalizacji*, IWZZ, Warszawa.

- [35] Grant J. D., Grant M.Q., 1959, *A group dynamics approach to the treatment of non-conformists in the Navy*, „Annals of the American Academy of Political and Social Science”, s. 126–135.
- [36] Gregg V.R., Gibbs J., Basinger K.S., 1994, *Patterns of developmental delay in moral judgment by male and female delinquents*, „Merrill – Palmer Quarterly”, Vol. 40.
- [37] Grzegorzewska M., 1980, *Pedagogika specjalna*, PIPS, Warszawa.
- [38] Grzegorzewska M. (red), 1964, *Pedagogika specjalna*, PIPS, Warszawa.
- [39] Grzegorzewska M., 1966, *Zagadnienie znaczenia budzenia i wymagania dynamizmu adaptacyjnego jednostki w procesie rewalidacji*, „Materiały do Nauczania Psychologii”, z. 4, t. 2.
- [40] Hall C.S., G. Lindzey, 1990, *Teorie osobowości*, PWN, Warszawa.
- [41] Han-Ilgiewicz N., 1961, *Trudności wychowawcze i ich tło psychiczne*, PZWS, Warszawa.
- [42] Hannah-Moffat K., 2005, *Criminogenic needs and the transformative risk subject*, „Punishment & Society”, nr 1.
- [43] Harris P., 2006, *What Community Supervision Officers Need to Know About Actuarial Risk Assessment and Clinical Judgement*, „Federal Probation”, nr 2.
- [44] Hirschi T., 1969, *Causes of Delinquency*, University of California Press, Berkeley.
- [45] Hjelle L.A., Ziegler D.J., 1981, *Personality Theories. Basic Assumptions. Research and Applications*, McGraw-Hill Book Company.
- [46] Hołda Z., Postulski K., 2006, *Kodeks karny wykonawczy. Komentarz*, Wolters Kluwer, Gdańsk.
- [47] Hornichs G., Thiel A., 1992, *Über den Verlauf einer Gruppenpsychoterapie mit jungen Totungsdelinquenten*, „Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe”, Vol. 3.
- [48] Howard P., 2006, *The Offender Assessment System: an evaluation of the second pilot. Home Office 2006: The Research, Development and Statistics Directorate*, Findings 278, www.homeoffice.gov.uk
- [49] Kaszczyszyn R., 1999, *Możliwości wykorzystania plastyki i muzyki w procesie resocjalizacyjnym*, „Szkola Specjalna”, nr 4.
- [50] Kilburg R.R., 2000, *Executive Coaching. Developing Managerial Wisdom in a World of Chaos*, American Psychological Association, Washington.
- [51] Kohlberg L., 1973, *Collected papers on moral development and moral education*, Cambridge.
- [52] Kołomański Ł., 2008, *Przejawy i formy agresji w szkole jako narastający problem w polskiej edukacji. Rola nauczyciela – wychowawcy w profilaktyce agresji*, [w:] *Przemoc i agresja w szkole – próby rozwiązania problemu*, red. A. Rejzner, WWSP TWP, Warszawa.
- [53] Kołomański Ł., 2009, *Aggression Replacement Training (ART) jako przykład zastosowania komponentu behawioralno-poznawczego w resocjalizacji nieletnich*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 1: *Ujęcie teoretyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [54] Konieczna E.J., 2004, *Arteterapia w teorii i praktyce*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków.
- [55] Konopczyński M., 2006, *Metody twórczej resocjalizacji*, PWN, Warszawa 2006.
- [56] Konopczyński M., Nowak B., 2008, *Resocjalizacja: ciągłość i zmiana*, PEDAGOGIUM Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Warszawa.
- [57] Kozdrowicz E., 2006, *Między teorią a praktyką. Dyskusja o kształceniu pedagogów społecznych*, [w:] *Absolwent pedagogiki dziś. Perspektywa teorii i praktyki pedagogiki*

- społecznej, red. E. Kozdrowicz, A. Przecławski, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [58] Kozień D., 1997, *Terapia tańcem*, „Kultura Fizyczna”, nr 1.
- [59] Kran M., 2001, *Taniec jako forma psychoterapii*, „Arka”, nr 36.
- [60] Królikowska J., 2009, *Drama stosowana jako interwencja społeczna*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 1: *Ujęcie teoretyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- [61] Kunowski S., 1993, *Podstawy współczesnej pedagogiki*, Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa.
- [62] Kwieciński Z., Śliwerski B., 2003, *Pedagogika. Podręcznik akademicki*, PWN, Warszawa.
- [63] Leblanc M., 1983, *Une theorie integrative de la regulation de la conduite delinquante*, Universite de Montreal, „Annales de Vauresson”, nr 2.
- [64] Leff S.S., Waasdoorp T.E., Paskewich B., Gullan R.L., Jawad A., MacEvoy J.P., et al., 2010a, *The Preventing Relational Aggression in Schools Everyday (PRAISE) program: A preliminary evaluation of acceptability and impact*, „School Psychology Review”, 39, 569–587.
- [65] Leff S.S., Waasdoorp T.E., Crick N.R., 2010b, *A Review of Existing Relational Aggression Programs: Strengths, Limitations, and Future Directions*, „School Psychology Review”, Vol. 39, No. 4, pp. 508–535.
- [66] Lipkowski O., 1987, *Resocjalizacja*, PWN, Warszawa.
- [67] Lipkowski O., 1966, *Wychowanie dzieci niedostosowanych społecznie*, PZWS, Warszawa.
- [68] Lipsey, M.W., 1995, *What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents?*, [w:] *What Works: Reducing Reoffenders*, red. J. Mc Quire, John Wiley & Sons, Chichester, s. 63–78.
- [69] Low S., Frey K.S., Brockman C.J., 2010, *Gossip on the playground: Changes associated with universal intervention, retaliation beliefs, and supportive friends*, „School Psychology Review”, 39, 536–551.
- [70] Malewski M., 1994, *Metodologiczne problemy andragogiki na tle tendencji w metodologii współczesnych nauk społecznych*, [w:] *Problemy i dylematy andragogiki*, red. M. Marczuk, UMCS, MCNEMT, Lublin–Radom.
- [71] McGuire J., 2000, *Defining correctional programs*, „Forum on Corrections Research”, 12(2).
- [72] Micheltisch-Traeger I., 1991, *Sozialtherapeutisch ausgerichteter Wohngruppenvollzug-oder: was man wissen muss, wenn man eine Wohngruppe implementieren will*, „Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe”, 5, S. 11–16.
- [73] Milczarek-Pankowska K., 1986, *Współczesny teatr poszukujący*, WSiP, Warszawa.
- [74] Moczydłowska J., 2000, *Psychodrama w pracy wychowawczo-resocjalizacyjnej*, „Problemy Poradnictwa Psychologiczno-Pedagogicznego”, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, nr 2.
- [75] Morawska E., Morawski J., 2004, *Trening Zastępowania Agresji w szkołach i placówkach systemu oświaty*, Instytut „Amity”, Warszawa.
- [76] Pankowska K., 2000, *Pedagogika dramy: teoria i praktyka*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [77] Pawłow I., 1952, *Dwadzieścia lat badań wyższej czynności nerwowej (zachowania się) zwierząt*, PZWL, Warszawa.
- [78] Pospiszyl K. (red.), 1990, *Resocjalizacja nieletnich. Doświadczenia i koncepcje*, WSiP, Warszawa.

- [79] *Polska resocjalizacja i więziennictwo: konteksty, praktyki, studia*, 2009, Studia i Rozprawy z Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Instytut Nauk Pedagogicznych Uniwersytetu Opolskiego, t. 2, red. Z. Jasiński i D. Widelak, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- [80] Pytka L., 2000, *Resocjalizacja – anachronizm czy nowe wyzwanie?*, „Opieka–Wychowanie–Terapia”, nr 1.
- [81] Pytka L., 2005, *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Akademia Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.
- [82] Pytka L., 2005, *O eufemizmach w pedagogice specjalnej*, [w:] *Uwarunkowania i wzory marginalizacji społecznej współczesnej młodzieży*, red. W. Kubik, B. Urban, Ignatianum, Kraków.
- [83] Pytka L., 2005, 2008, *Pedagogika resocjalizacyjna. Wybrane zagadnienia teoretyczne, diagnostyczne i metodyczne*, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej, Warszawa.
- [84] Pytka L., 2008, *Rozkwit pedagogiki resocjalizacyjnej w Polsce*, „Opieka–Wychowanie–Terapia”, nr 3-4.
- [85] Pytka L., 2009, *Autonomia i uwikłanie transdyscyplinarne pedagogiki resocjalizacyjnej w Polsce*, [w:] *Terapia w resocjalizacji, cz. 1: Ujęcie teoretyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak”.
- [86] Pytka L., 2009, *Mała refleksja krytyczna nad stanem pedagogiki resocjalizacyjnej*, „Pedagogika Społeczna”, nr 2(32).
- [87] Pytka L., 2011, *Trzy paradygmaty, trzy pedagogiki, trzy strategie. Różne drogi reintegracji społecznej*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- [88] Quinsey V., 1995, *Assessment, management and treatment of sex Offenders*, Corrections Service of Canada.
- [89] Rękas A., 2004, *Mediacja w polskim prawie karnym*, MS, Warszawa.
- [90] Satori G., 2007, *Homo videns. Telewizja i postmyślenie*, tłum. J. Uszyński, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- [91] Sawicka K., 1988, *Warszawska Szkoła pedagogiki resocjalizacyjnej*, [w:] *Rodziny problemowe i problemy resocjalizacji*, Prace IPSiR UW, t. 10, Warszawa.
- [92] Schechner R., 2003, *Performance Theory*, (Routledge Classics) Paperback.
- [93] Sękowska Z. (red.), 1983, *Z psychologii dziecka upośledzonego umysłowo*, UMCS, Lublin.
- [94] Sikorski W., 2002, *Psychoterapia grupowa różnych pokoleń*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [95] *Słownik grecko-polski*, 2000, oprac. O. Jurewicz, PWN, Warszawa.
- [96] Sawicka K. (rec.), 1998, *Socjoterapia*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej, Warszawa.
- [97] Sperry L., 2008, *Executive Coaching: an Intervention, Role Function, or Profession?*, „Consulting Psychology Journal: Practise and Research”, Vol. 60, No. 1, s. 33–37.
- [98] Stankowski A., 1986, *Elementy terapii pedagogicznej w pracy nauczyciela-wychowawcy*, Uniwersytet Śląski, Katowice.
- [99] Strzemieczny J., 1993, *Zajęcia socjoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży*, PTP, Warszawa.
- [100] Sullivan C.E., Grant J.D., Grant M.Q., 1957, *The development of interpersonal maturity: Applications to delinquency*, „Psychiatry”, 20, s. 373–385.
- [101] Szczepaniak P., 2003, *Mediacja po wyroku – w stronę sprawiedliwości naprawczej*, „Mediator”, nr 24/1.

- [102] Szczepaniak P., 2016, *Sprawiedliwość naprawcza w resocjalizacji więźniów*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- [103] Szecówka A., 1991, *Istota nauczania resocjalizacyjnego*, [w:] *Nieprzystosowanie i niedostosowanie społeczne*, red. L. Mościcka, Acta Universitatis Wratislaviensis, No. 1109, Prace Pedagogiczne 70, Wrocław.
- [104] Szecówka A., 2009, *Milieu therapy w resocjalizacji nieletnich*, [w:] *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2: *Ujęcie praktyczne*, red. A. Rejzner, P. Szczepaniak, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [105] Szulc W., 1993, *Sztuka i terapia*, wyd. Centrum Metodyczne Szkolenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa.
- [106] Świeca M., 1996, *Drama w edukacji*, Wszechnica Świętokrzyska, Kielce.
- [107] Rejzner A., Szczepaniak P. (red.), 2009, *Terapia w resocjalizacji*, cz. 1: *Ujęcie teoretyczne*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [108] Rejzner A., Szczepaniak P. (red.), 2009, *Terapia w resocjalizacji*, cz. 2: *Ujęcie praktyczne*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa.
- [109] Thompson J., 1999, *A Drama Workshop for Anger Management and Offending Behaviour*, Jessica Kingsley Publisher, London and Philadelphia.
- [110] Van Kalmthout A., Durnescu I. (red.), 2008, *Probation in Europe*, Wolf Legal Publishers, Nijmegen.
- [111] Verlaan P., Turmel F., 2010, *Development process and outcome evaluation of a program for raising awareness of indirect and relational aggression in elementary schools: A preliminary study*, „School Psychology Review”, 39, s. 552–568.
- [112] Węgrzynowicz E., 1966, *Psychoterapia indywidualna przy pomocy rysunku w zastosowaniu do dzieci z nerwicą lękową w wieku 6–9 lat*, [w:] *Problemy psychoterapii*, Warszawa.
- [112] Winters C.A., 1995, *Inmate Opinions Towards Education and Participation in Prison Education Programmes*, „The Police Journal”, January.
- [113] Włodarski Z., 1960, *Zaburzenia równowagi procesów nerwowych u dzieci*, PWN, Warszawa.
- [114] Wysocka E., 2008, *Diagnoza w resocjalizacji. Obszary problemowe i modele w ujęciu psychopedagogicznym*, PWN, Warszawa.
- [115] Wysocka E., 2015, *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Model teoretyczny i metodologiczny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- [116] Zimbardo Ph., 2008, *Efekt Lucyfera. Dlaczego dobrzy ludzie czynią zło?*, tłum. A. Cybulko, J. Kowalczevska, J. Radzicki, M. Zieliński, red. nauk. M. Materska, Warszawa.
- [117] Zimbardo Ph., Leippe M.R., 2004, *Psychologia zamiany postaw i wpływu społecznego*, Zysk i S-ka, Poznań.