

*Agnieszka Barczykowska, Sonia Dzierżyńska-Breś**

Profilaktyka oparta na wynikach badań naukowych (*evidence based practice*)

*Żeby zrobić co w twojej mocy,
najpierw musisz wiedzieć, co jest w twojej mocy*
W.E. Deming

Wprowadzenie

Profilaktyka, mimo odmienianego przez wszystkie przypadki sloganu „lepiej zapobiegać, niż leczyć”, jest jednym z najbardziej niedocenianych obszarów działalności pedagogów, psychologów, pracowników socjalnych, kuratorów i innych specjalistów zaangażowanych w proces wychowania, także tego o charakterze resocjalizacyjnym. Jest to dość zastanawiające, bowiem tradycje w tym obszarze są naprawdę imponujące. Warto w tym kontekście wspomnieć o powoływanych do życia w miastach dynamicznie urbanizującej i industrializującej się w XIX wieku Ameryki i Anglii siedlisk społecznych (*settlement house*)¹, które

* Dr Agnieszka Barczykowska, mgr Sonia Dzierżyńska-Breś, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

¹ Jednym z najbardziej znanych siedlisk społecznych był założony pod koniec XIX wieku przez Jane Adams i Ellen Gates Starr *Hull House*. Jego pierwowzorem był założony kilka lat wcześniej w Londynie *East End*. Instytucje bez wątpienia należy uznać za centra reform społecznych. W obu prowadzono intensywne oddziaływania edukacyjne, kulturalne, opiekuńcze i profilaktyczne. Ze względu na skalę problemów socjalnych, z jakimi borykali się podopieczni siedlisk stały się one również obszarem pracy socjalnej. Niektórzy w działaniach *Hull House* dostrzegają początki współczesnej pomocy społecznej. Działacze siedlisk społecznych w znaczący sposób przyczynili się do opracowania regulacji prawnych w obszarze prawa pracy, edukacji, ochrony zdrowia, edukacji i przepisów dotyczących imigrantów. To między innymi z ich inicjatywy w 1899 roku powstał w Chicago pierwszy sąd dla nieletnich, który w założeniu miał przede wszystkim sprawować funkcje opiekuńcze, a dopiero później karne. L.C. Wade. *The Heritage from Chicago's Early Settlement Houses*, „Journal of the Illinois State Historical Society” 1967, Vol. 60 (4), <http://www.jstor.org/stable/40190170>;

miały integrować społeczności lokalne, zapobiegać ekskluzji i patologii społecznej, wspierać integrację ze społeczeństwem licznie przybywających wówczas emigrantów. Innym „dowodem” na aktywność profilaktyczną były podjęte pod koniec XIX wieku i uwieńczone sukcesem starania o stworzenie odrębnego pionu sądownictwa dla nieletnich wraz z kuratelą. Przełom XIX i XX wieku to pierwsze programy profilaktyczne oparte głównie na zasadach mentoringu. Listę przedsięwzięć profilaktycznych można by mnożyć w nieskończoność. Wiele z tych działań opierało się na zaangażowaniu, charyzmie, pomysły osób w nie zaangażowanych, niebędących profesjonalistami. Często mimo szczerych chęci i niekłamnego zapału podejmowane działania nie przynosiły oczekiwanych rezultatów, rozczarowując i zniechęcając. Dziś wiemy, że nie ma skutecznego działania nie tylko profilaktycznego, ale i resocjalizacyjnego, bez solidnej podbudowy teoretycznej i jej weryfikacji empirycznej. Ruch, który promuje tego rodzaju rozwiązania określa się mianem *evidence based practice*². Oznacza on poszukiwanie najskuteczniejszych rozwiązań poprzez zastosowanie wyników badań naukowych z uwzględnieniem sytuacji, interesów i preferencji klientów. Podejście to jest dziś coraz mocniej obecne w profilaktyce i resocjalizacji.

Niniejszy tekst ma za zadanie przybliżyć idee *evidence based practice* i pokazać w jaki sposób wyniki badań naukowych są wykorzystywane w oddziaływaniach profilaktycznych skierowanych do dzieci i młodzieży w różnym poziomie ryzyka³.

***Evidence based practice* w profilaktyce i resocjalizacji**

Idea *evidence based practice* została sformułowana w latach siedemdziesiątych poprzedniego wieku na użytek nauk medycznych. To na tym obszarze zrodziły się refleksje i wątpliwości nad kosztami pomyłek, jakie mogą stać się udziałem pacjentów i lekarzy. Szybko okazało się, że błędy są najczęściej wynikiem z jednej strony niedostatecznej diagnozy,

M.A. Johnson (2004). *Hull House*. W: I. Grossman, J.R. Keating, A. Durkin, J.L. Reiff, *The Encyclopedia of Chicago*. Chicago 2004, <http://www.encyclopedia.chicagohistory.org/pages/615.html>

² Poza *evidence based practice* w praktyce i piśmiennictwie funkcjonuje jeszcze termin *dobre praktyki* (*best practice*), który bywa używany z nim zamiennie. Nie jest to działanie uprawnione, bowiem dobre praktyki oparte często na zbiorowym doświadczeniu i powszechnie dostępnej wiedzy nie mają nic wspólnego z badaniami naukowymi, za pomocą których można by było potwierdzić ich efektywność. Powszechna, pozytywna ocena ich efektywności związana jest ze zjawiskiem społecznego dowodu słuszności – „skoro wszyscy myślą, że coś jest skuteczne, to musi takie być”.

³ W literaturze obcej, zwłaszcza anglosaskiej, efekty zaburzeń procesu socjalizacji lub działania niekorzystnych czynników biopsychicznych oraz poziom wadliwości funkcjonowania społecznego opisuje się za pomocą poziomów ryzyka. Jest to jednocześnie próba opisu prawdopodobieństwa konfliktu z prawem. W przypadku osób dorosłych zwykle wyróżnia się poziom niski (*low risk*), średni (*middle risk*) i wysoki (*high risk*). Udał się uporządkowanie omawianych kwestii w odniesieniu do dzieci i młodzieży przedstawiali McWhirterowie, wyróżniając ryzyko: minimalne, znikome, wysokie, bezpośrednie i zaktualizowane. Por. J. McWhirter, B.T. McWhirter, A.M. McWhirter, E.H. McWhirter. *Zagrożona młodzież*. Warszawa 2008, s. 13–14.

a z drugiej działaniem opierającym się na intuicji i tzw. dobrych chęciach, przy niewielkiej unifikacji procedur postępowania. Dążąc do eliminacji tego typu sytuacji, zaczęto postulować zbliżenie nauki i praktyki, poprzez wypracowywanie procedur, metod i technik działania opartych na wynikach badań naukowych. Ponieważ rozwiązania te okazywały się skuteczne w obszarze medycyny, wkrótce zostały przetransferowane do pracy socjalnej i edukacji, a z biegiem lat również profilaktyki i resocjalizacji⁴. Obecnie *evidence based practice* traktowane jest z jednej strony jako ideologia, a z drugiej metoda działania. Ideologia rodzi się z etycznej zasady, mówiącej o konieczności dostarczenia najskuteczniejszej interwencji, oddziaływania, leczenia. Z kolei jako metoda *evidence based practice* stanowi drogę wdrażania w życie tych interwencji, których skuteczność została pozytywnie 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*⁵. Narodził się w ten sposób paradygmat, w którym dobrze zaplanowane oddziaływania, oparte na profesjonalnej diagnozie, doprowadzić miały do zmniejszenia poziomu recydywy, chroniąc jednocześnie społeczeństwo. Równolegle prowadzone były liczne badania zmierzające do wyjaśnienia genezy zachowań przestępczych. Miały one również pomóc zidentyfikować najefektywniejsze metody, techniki, procedury działania w obszarze profilaktyki i resocjalizacji. Dzięki temu możemy odpowiedzieć na pytanie co sprawdza się w zakresie prewencji przestępczości i jednocześnie jakich działań należy unikać ze względu na ich nieskuteczność.

Ostatnia dekada w zakresie prewencji przyniosła powrót do modelu zdrowia publicznego, jako podstawy rozumienia przyczyn nieprzystosowania i przestępczości nieletnich. Celem działań profilaktycznych i resocjalizacyjnych stało się utrzymanie jednostki w stanie optymalnego funkcjonowania, co oznacza również brak (ponownego) konfliktu z prawem (*desistance*)⁶. Czyni się to przez redukcję czynników ryzyka oraz rozwój i wzmacnianie czynników chroniących⁷. Działania w tym zakresie podejmuje się na trzech pod-

⁴ J. Fischer. *Toward Evidence Based Practice. Variations on a Theme*. Chicago 2009, s. 451–453.

⁵ Słynny slogan, będący efektem analizy programów resocjalizacyjnych dokonanej w latach 70. przez zespół R. Martinsona. 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

⁶ K.H. Hess, C. Hess-Orthmann, J.P. Wright. *Juvenile Justice*. Independence 2012, s. 370.

⁷ Koncepcja czynników ryzyka wywodzi się z badań nad epidemiologią chorób i odnosi się do tych zmian, które wiążą się z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia, większym nasileniem i dłuższym czasem trwania chorób lub istotnych problemów zdrowotnych. Została ona zastosowana również w badaniach nad młodzieżą do wyjaśniania przyczyn podejmowania przez nią zachowań ryzykownych. Wyodrębnienie grupy młodzieży, która nie podejmowała zachowań ryzykownych uruchomiła działania nad czynnikami chroniącymi, czyli cechami, sytuacjami, warunkami zwiększającymi odporność na działanie czynników ryzyka. Por. K. Ostaszewski. *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych: podstawy opracowywania oraz ewaluacja*

stawowych poziomach, wpisujących się w światowe standardy profilaktyki. W profilaktyce pierwszorzędowej modyfikuje i zmienia się warunki fizyczne, psychiczne i społeczne, które mogą sprzyjać popełnianiu przestępstw. Prewencja na tym poziomie odbywa się poprzez programy organizujące czas wolny, mentoring, włączanie dzieci i młodzieży do klubów zainteresowań lub program Starszy Brat – Starsza Siostra (*Big Brother – Big Sister*, dalej BBBS). Pozytywne rezultaty przynoszą programy poradnictwa rodzinnego, skierowane do tych młodych rodziców, którzy sami jako dzieci mieli ograniczone możliwości obcowania z prawidłowymi wzorcami realizacji roli rodzica. Za skuteczne w tym obszarze prewencji uważa się również programy rozwijające kompetencje intelektualne, emocjonalne i społeczne. Profilaktyka drugorzędowa skupia się na wczesnym wykrywaniu i interwencji w życie tych osób lub grup, w których otoczeniu znajdują się czynniki sprzyjające podejmowaniu zachowań dewiacyjnych. Na tym poziomie pracuje się nad zmianą tych zachowań, emocji i schematów myślenia, które mogą doprowadzić do naruszenia prawa. Efekty w tym zakresie osiąga się poprzez budowanie indywidualnych umiejętności społecznych osoby, modyfikację mechanizmów uczenia się oraz pracę z rodziną nad redukcją czynników ryzyka. Profilaktyka trzeciorzędowa określana jest często jako *treatment* lub *rehabilitation*. Głównym jej zadaniem jest redukcja zjawiska recydywy⁸. Na tym poziomie, podobnie jak na poprzednim, nie wyklucza się również działań opartych na karze (*punitive prevention*⁹).

W ramach *evidence based practice* wypracowano osiem zasad skutecznego działania profilaktycznego i resocjalizacyjnego. Pierwsza zasada dotyczy konieczności przygotowania diagnozy potrzeb i ryzyka na podstawie modelu aktuarialnego (*assess actuarial risk/needs*)¹⁰. Badania wskazują również na konieczność pracy przede wszystkim z osobami

programów dla dzieci i młodzieży. Warszawa 2003, s. 89; J. Szymańska. *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa 2002, s. 16–23.

⁸ K.H. Hess, C. Hess-Orthmann, J.P. Wright. *Dz.cyt.*, s. 372–373.

⁹ W literaturze amerykańskiej poza prewencją karną (*punitive prevention*), która poprzez nieuchronną i surową karę uprzedza powstanie przestępstwa wyróżnia się prewencję przez oddziaływanie (*corrective prevention*), skoncentrowaną na usuwaniu tych warunków, które mogą sprzyjać podejmowaniu przez jednostkę zachowań przestępczych lub nieprzystosowawczych oraz prewencję mechaniczną (*mechanical prevention*), która ukierunkowana jest na utrudnianie lub uniemożliwianie popełnienia przestępstwa poprzez działania zabezpieczające sytuację, przestrzeń lub dobra, np.: zamykanie drzwi, montaż alarmów, blokowanie okien lub zatrudnianie ochrony. Tamże, s. 370.

¹⁰ W wielu krajach, głównie związanych z tradycją anglosaskiego prawa i resocjalizacji, proces diagnozowania określany jest w kategoriach szacowania (*assessment*). Szacuje się ryzyko (*risk*), potrzeby (*need*) i reaktywność (*responsivity*), rozumianą jako gotowość do zmiany, a z drugiej określenie warunków, w których zmiana ta będzie możliwa do uzyskania. Szacowanie może odbywać się w jednym z dwóch modeli: klinicznym lub aktuarialnym. Model kliniczny, realizowany głównie przez osoby z przygotowaniem psychologicznym lub psychiatrycznym, oparty jest na analizie cech charakteru, chorób i zaburzeń psychicznych występujących u podsądnego oraz innych czynników, które mogą być powiązane z przestępczością. W modelu aktuarialnym kluczowe jest ryzyko oraz potrzeby. Zakłada się, że u podstaw zachowań dewiacyjnych leżą niezaspokojone deficyty i potrzeby, które D.A. Andrews i J. Bonta określili mianem potrzeb kryminogennych (*criminogenic needs*). Zalicza się do nich historię zachowań antyspołecznych (aresztowania i zatrzymania w wieku adolescencji lub wcześniej, łamanie warunków podczas zwolnień z instytucji resocjalizacyjnych i probacji), osobowość

z grup średniego i wysokiego ryzyka, pozostawiając poza głównym nurtem oddziaływań grupę niskiego ryzyka. Tą ostatnią grupę tworzą osoby, posiadające zasoby indywidualne i społeczne wystarczające do samodzielnego rozwiązania problemów i sprawowania (samo) kontroli. Włączenie ich w obszar oddziaływań profilaktycznych czy resocjalizacyjnych na równi z osobami średniego i wysokiego ryzyka oznaczałoby ryzyko ich demoralizacji. Druga zasada koncentruje się na budowaniu wewnętrznej motywacji do zmiany (*enhance intrinsic motivation*). W przypadku dzieci i młodzieży korzystne efekty osiąga się poprzez zastosowanie oddziaływań opartych na mentoringu¹¹. Trzecia zasada kładzie nacisk na kwestię dobru działań do konkretnej osoby. Konstruuując oddziaływania należy wziąć pod uwagę skalę potrzeb kryminogennych i związany z tym poziom ryzyka oraz zdolność i ograniczenia osoby. Ważne jest również określenie czasu trwania oddziaływań. Podkreśla się również konieczność przewagi oddziaływań resocjalizacyjnych/profilaktycznych nad punitywnymi. Czwarta zasada dotyczy budowania nowych kompetencji (*skill train with directed practice – using cognitive-behavioral treatment methods*). Metaanalizy wskazują, że jednymi z najbardziej efektywnych programów są te oparte na podejściu kognitywno-behawioralnym, w których zmiana w sposobie myślenia, definiowania swoich emocji i relacji ze światem zewnętrznym prowadzi do zmiany zachowania¹². Kolejna zasada pozostaje w ścisłym połączeniu z poprzednią, ponieważ wskazuje na konieczność wzmacniania i budowania potencjałów osoby (*increase positive reinforcement*). W działaniach profilaktycznych i resocjalizacyjnych opartych na *evidence based practice* dużą wagę przykładą się do budowania sieci wsparcia i kontroli w środowisku lokalnym (*engage ongoing support in natural communities*), o czym mówi zasada szósta. Chodzi o włączenie do działania wszystkich potencjalnie zainteresowanych, bowiem tylko podejście systemowe może

antyspołeczną (impulsywność, agresywność, poszukiwanie wrażeń, skłonność do manipulacji), myślenie antyspołeczne (internalizacja wartości, zasad, reguł związanych ze światem przestępczym, rozbudowany system racjonalizacji uzasadniający przestępczy styl życia, identyfikacja ze światem przestępczym), więzi/sieci społeczne (powiązanie ze środowiskiem przestępczym, przy jednoczesnej izolacji od świata prospołecznego), sytuację rodzinną/mażeńską (charakter związku, poziom konfliktowości, struktura rodziny, związane formalne, zjawiska patologiczne np.: przemoc), przebieg edukacji i aktywności zawodowej (relegowanie ze szkoły, porzucenie szkoły, niski poziom wykształcenia i kwalifikacji, okresy bezrobocia, brak motywacji do pracy), sposób spędzania czasu wolnego oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wymieniony katalog potrzeb kryminogennych określa się jako „wielką ósemkę”. Ich specyficzną cechą jest podatność na modyfikację pod wpływem ukierunkowanych i systematycznych oddziaływań. Współwystępowanie ze sobą czynników kryminogennych determinuje ryzyko, czyli określa poziom prawdopodobieństwa podjęcia zachowań nieprzystosowawczych lub (ponownego) wejścia w konflikt z prawem. Badania empiryczne wskazały, że programy korekcyjne są najbardziej skuteczne w stosunku do sprawców o wysokim ryzyku recydywy (*high risk offenders*), natomiast zawodzą w przypadku sprawców o niskim ryzyku oraz, gdy w grupie znajdują się osoby o różnych poziomach ryzyka. Por. D.A. Andrews, J. Bonta. *The Psychology of Criminal Conduct*. New York 2006, s. 67–68.

¹¹ Zob. A. Barczykowska, S. Dzierżyńska. *Zastosowanie mentoringu w działaniach profilaktycznych i resocjalizacyjnych*. „Resocjalizacja Polska” 2012, nr 3, s. 263–276.

¹² A. Barczykowska. *Podejście kognitywno-behawioralne w pracy penitencjarnej i postpenitencjarnej (na przykładzie wybranych programów korekcyjnych stosowanych w USA)*. „Probacja” 2011, nr 2, s. 87–113.

przynieść oczekiwane rezultaty. Zatem nie pracuje się tylko z dzieckiem, ale również z jego rodzicami, dziadkami, nauczycielami i rówieśnikami, czyniąc to na wielu frontach. Zasada ta oznacza także budowanie koalicji wśród zróżnicowanych podmiotów (sformalizowanych i niesformalizowanych) działających na rzecz szeroko rozumianych osób w potrzebie¹³. Siódma i ósma zasada związane są z pomiarem efektywności oddziaływań (*measure relevant processes/practices, provide measurement feedback*), bowiem nie można działać skutecznie nie dokonując ewaluacji. Pozwala nam ona zweryfikować czy zrealizowaliśmy założone cele, a także daje odpowiedź na pytanie o jakość naszego działania.

Powyższe zasady uznać należy za warunki brzegowe do prowadzenia skutecznej profilaktyki. Trzeba jednak pamiętać, że żadna z powyższych zasad nie działa w odosobnieniu. Wszystkie one wzajemnie się warunkują lub co najmniej na siebie wpływają.

Wybrane programy profilaktyki nieprzystosowania i przestępczości nieletnich oparte na zasadach *evidence based practice*

W związku z ideą *evidence based practice* w wielu krajach poddaje się ewaluacji prowadzone dotąd, ale również i nowe programy, nadając im certyfikaty skuteczności/efektywności. Biorąc pod uwagę rygory metodologiczne leżące u podstaw ewaluacji program zostaje zaliczony do jednego z pięciu poziomów. Poziom pierwszy (złoty) i drugi (srebrny) grupują programy, które były wielokrotnie multiplikowane z pozytywnymi rezultatami oraz w przypadku, których nie pojawiają się dowody wykluczające efektywności. Różnica pomiędzy poziomami wynika z doboru grupy kontrolnej, który jest zdecydowanie bardziej restrykcyjny na poziomie złotym. Na poziomie trzecim (brązowy) znajdują się programy, w których nie dokonano porównania z grupą kontrolną, ale kolejne edycje oddziaływań przynoszą pozytywne oceny efektywności. Na poziomie czwartym (żelazny) lokują się programy, które nie przynoszą jednoznacznej odpowiedzi dotyczącej ich efektywności. Ostatni z poziomów (brudny) obejmuje programy nieskuteczne¹⁴.

W przypadku Stanów Zjednoczonych powyższe kryteria wykorzystano również przy ewaluacji programów zapobiegania przemocy, zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży oraz oddziaływań skierowanych do dorosłych w konflikcie z prawem. Dwa pierwsze obszary badano w ramach projektu *Blueprints* zrealizowanego przez Uniwersytet Kolorado oraz Centrum Badań i Zapobiegania Przemocy (*Center for the Study and Prevention of Violence*). W ramach tej inicjatywy poddano ocenie blisko 900 programów profilaktycznych

¹³ A. Barczykowska, M. Muskała. „Transition from Prison to the Community Model” jako przykład zastosowania podejścia multiagencyjnego w zakresie wsparcia procesu readaptacji osób opuszczających zakłady karne. Poznań 2012 (w druku).

¹⁴ M. Guevara, E. Salomon. *Implementing Evidence Based Policy and Practice in Community Correction*. Chicago 2006, s. 59–60.

wdrażanych w niemal całych Stanach Zjednoczonych. Chodziło o wyodrębnienie tych charakteryzujących się wysoką efektywnością, by rozpowszechniać je jako wzorcowe oraz tych nieefektywnych, a czasami wręcz szkodliwych¹⁵, dążąc do ich wyeliminowania z codziennej praktyki. Wśród analizowanych programów jedenaście zostało zweryfikowanych jako wysoce skuteczne, a kolejne dwadzieścia dwa uznano za obiecujące, ale wymagające dalszego sprawdzania. Poniżej przedstawione zostaną wzorcowe w rozumieniu *evidence based practice* programy profilaktyczne dla dzieci i młodzieży.

Midwesternański Program Profilaktyki (*Midwestern Prevention Project*, dalej MPP) jest kompleksowym programem z zakresu profilaktyki używania substancji psychoaktywnych realizowanym na wielu poziomach życia społecznego. Trwający pięć lat cykl programu obejmuje młodzież od początku okresu adolescencji do wczesnej dorosłości. Na ten czas przypada, bowiem największe ryzyko inicjacji zachowań związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Pierwsze oddziaływania MPP realizowane są w środowisku szkolnym, w miarę rozwoju programu włącza się do niego rodzina, społeczność i instytucje lokalne oraz media. W pierwszym roku trwania programu młodzież uczestniczy w 10 lub 13 modułach warsztatowych, realizowanych w szkole, podczas których rozwija mechanizmy radzenia sobie z presją rówieśniczą oraz wyposaża w kompetencje społeczne konieczne do podejmowania zachowań prozdrowotnych i uczestnictwa w prospołecznych sieciach. Wspomniane wcześniej efekty osiąga się głównie poprzez aktywne techniki uczenia społecznego, tj. modelowanie, odgrywanie ról oraz dyskusje, elementy doradztwa rówieśniczego oraz szeroko rozbudowany system wsparcia. Zdobyte umiejętności wzmacniane i rozwijane są w dalszych latach trwania programu. W drugim roku programu działania rozszerzane są o rodzinę, co czyni się poprzez wprowadzanie zadań domowych, spotkania z rodzicami oraz różnorodne treningi. Rodziców ukierunkowuje się również, by stali się modelami oczekiwanych zachowań. Aktywny udział rodziców w MPP umożliwia budowanie pozytywnych relacji pomiędzy dorosłymi a nastolatkami. W kolejnych latach do

¹⁵ Do programów nieefektywnych, a wręcz szkodliwych zaliczono program *Scared Straight*, który w założeniach miał zniechęcać młodzież do podejmowania zachowań przestępczych poprzez prezentację życia w zakładach karnych, jako konsekwencję podejmowania aktywności kryminalnej. A. Petrosino, który dokonał metaanalizy programu doszedł do wniosku, że dla dzieci i młodzieży będących uczestnikami lepsza byłaby beczynność w stosunku do nich, niż udział w *Scared Straight*. Okazało się bowiem, że dla wielu młodych ludzi to, co miało stanowić „starszak”, było postrzegane jako nobilitujące. Wypowiedzi więźniów budowały pozytywne oczekiwania wobec więzienia. Było ono bowiem przedstawiane, jako miejsce, w którym można przeżyć przygodę i potwierdzić swoją pozycję. Podobne oceny otrzymały programy doradztwa rówieśniczego, letnie szkoły pracy, a także areszt domowy i monitoring elektroniczny. A. Petrosino, C. Turpin-Petrosino, J. Buehler. *Scared Straight” and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency (Review)*. „The Cochrane Library” 2009, Issue 1, s. 13, [http://www.ucl.ac.uk/ich/research-ich/mrc-cech/training/evidence-based-child-health/docs/ft-articles/073_Petrosino-2002_ft.pdf](http://www.ucl.ac.uk/ich/research-ich/mrc-cech/training/evidence-based-child-health/teaching-resources/ich/research-ich/mrc-cech/training/evidence-based-child-health/docs/ft-articles/073_Petrosino-2002_ft.pdf). Wiele kontrowersji wzbudzają w tym kontekście *boot camps*. Zob. M. Muskała. *Juvenile Boot Camps – zmierzch eksperymentu?*, „Pedagogika Społeczna. Oblicza Resocjalizacji” 2009, nr 2, s. 88–100; M. Muskała. *Amerykańskie i angielskie wzory strategii awersyjnych*. „Studia Edukacyjne” 2012, nr 21, s. 63–78.

programu włączana jest społeczność lokalna i funkcjonujące w niej instytucje. Przez cały czas ważną rolę pełnią media, które stanowią swego rodzaju forpocztę projektu. Działania wspomnianych podmiotów są ze sobą zintegrowane. Ich włączanie w różnym czasie nie oznacza, że pozostawione są one same sobie. Przez cały czas trwania programu podlegają oddziaływaniom prowadzonym przez lokalnych liderów i wolontariuszy. Ewaluacja programu wskazuje, że redukuje on zachowania związane z używaniem substancji psychoaktywnych o 40% oraz wydatnie poprawia jakość relacji między rodzicami a dziećmi. Dodatkowym pozytywnym efektem jest integracja społeczności lokalnych¹⁶.

Starszy Brat – Starsza Siostra (*Big Brothers – Big Sisters of America*, dalej BBBS) to program skierowany do dzieci i młodzieży pochodzących ze środowisk dysfunkcyjnych, w których z jednej strony brakuje dorosłych stanowiących wzór godny naśladowania, a z drugiej pojawiają się niezwykle destrukcyjne oddziaływania ze strony rówieśników. Pierwotnie program nie posiadał konkretnej podbudowy teoretycznej, obecnie sytuuje się go w obszarze teorii kontroli społecznej¹⁷, bowiem poprzez zbudowanie relacji z mentorem dziecko poddawane jest stałemu monitoringowi. Główną metodą działania jest mentoring, również w wersji rówieśniczej. Starszy, ale nie zawsze dorosły, mentor opiekuje się i wspiera w nauce, pomaga w rozwiązywaniu problemów podopiecznego, pomaga rozsądnie zagospodarować czas wolny i rozwijać mocne strony dziecka¹⁸. Wśród uczestników programu odnotowano 46% spadek użycia narkotyków i o 27% niższą częstotliwość spożywania alkoholu. Co trzeci uczestnik BBBS lepiej radził sobie z agresją własną. W większości odnotowano poprawę funkcjonowania w podstawowych rolach społecznych (ucznia, dziecka, rodzeństwa), a także polepszenie relacji z rówieśnikami i dorosłymi, przede wszystkim rodzicami¹⁹.

Trening umiejętności życiowych (*Life Skills Training*, dalej LST) to skierowany do uczniów w wieku od 8 do 16 lat program profilaktyki pierwszorzędowej, wzmacniający czynniki chroniące. Uczestnicy programu w czasie zajęć prowadzonych w szkole koncentrują się na budowaniu ogólnych umiejętności społecznych (przewycięzanie nieśmiałości, strategie skutecznej komunikacji, unikanie nieporozumienia, rozwiązywanie konfliktów, asertywność, zastępowanie zachowań agresywnych) oraz indywidualnych (budowanie pozytywnego obrazu siebie, poczucie sprawstwa i kompetencji, radzenie sobie z lękiem i gniewem, wyznaczanie celów i śledzenia osobistych postępów, spostrzegania związków przyczynowo-skutkowych). Uczestnicy programu pracują również nad weryfikacją błędnych

¹⁶ M.A. Pentz, S.F. Mihalic, J.K. Grotpetter. *The Midwestern Prevention Project: Blueprints for Violence Prevention*. Book One. Blueprints for Violence Prevention Series, 1998, <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/modelprograms/MPP.html>

¹⁷ D.E. McGill, S.F. Mihalic, J.K. Grotpete. *Big Brothers Big Sisters of America: Blueprints for Violence Prevention*. Book Two. Blueprints for Violence Prevention Series (D.S. Elliott, Series Editor). Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado 1998.

¹⁸ Zob. A. Barczykowska, S. Dzierżyńska. *Dz.cyt.*, s. 263–276.

¹⁹ K.H. Hess, C. Hess-Orthmann, J.P. Wright. *Dz.cyt.*, s. 378.

przekonań na temat używania substancji psychoaktywnych. W programie pracuje się zatem nad przyczynami zachowań ryzykownych, wzmacniając czynniki chroniące. Badania nad skutecznością programu wskazują obniżenie odsetka adolescentów używających substancje psychoaktywne²⁰.

Funkcjonalna Terapia Rodziny (*Functional Family Therapy*, dalej FFT) jest programem, w którym poprzez poprawę funkcjonowania rodziny redukuje się ryzyko wystąpienia zachowań zaburzonych lub przestępczych. Program jest skierowany do szerokiej gamy klientów, począwszy od dzieci z grup ryzyka wkraczających w okres dorastania (11–18 lat), aż do nieletnich z poważnymi problemami w zachowaniu, nadmierną agresywnością oraz z problemem uzależnienia²¹. Może być zastosowany w ramach probacji, jako alternatywa więzienia lub jako wsparcie procesu readaptacji społecznej po opuszczeniu placówki. Program opiera się na organizowanych przez przygotowanych pracowników oddziaływaniach, które mają poprawić komunikację w rodzinie oraz zbudować/rozwinąć kompetencje rozwiązywania problemów, z naciskiem na redukcję dysfunkcyjnych strategii porozumiewania się i działania. Cele programu muszą być akceptowane i realizowane przez każdego z członków rodziny. Ważne, by stały się one częścią kultury rodziny. Rodzinę traktuje się w tym programie jako system, stąd wszelkie źródła problemów są lokowane w relacjach wewnętrznych. Tym samym oddziaływania muszą obejmować wszystkich członków rodziny. Najpopularniejszymi metodami pracy z rodziną w tym programie jest zarządzanie przypadkiem, kontrakt, ekonomia punktowa (*token economy*) oraz wzmacnianie.

Tabela 1. Charakterystyka etapów oddziaływań w Funkcjonalnej Terapii Rodziny

Nazwa i charakterystyka działań	Budowanie kontaktu i motywacji do zmiany (<i>engagement and motivation</i>)	Zmiana zachowania (<i>behavior change</i>)	Generalizacja (<i>generalization</i>)
Cele fazy	Zbudowanie relacji z rodziną Redukcja negatywnych zachowań Uśprawnianie komunikacji Minimalizowanie poczucia beznadziejności Rozwijanie mocnych i wspólnych punktów rodziny Wzmacnianie motywacji do zmiany	Rozwój i wprowadzanie zmian Zmiana zaburzonych zachowań Budowanie kompetencji komunikacyjnych oraz rodzicielskich	Generalizacja zachowań Zapobieganie nawrotom Budowanie zewnętrznego systemu wsparcia

²⁰ Tamże, s. 381.

²¹ Tamże, s. 347.

Nazwa i charakterystyka działań	Budowanie kontaktu i motywacji do zmiany (<i>engagement and motivation</i>)	Zmiana zachowania (<i>behavior change</i>)	Generalizacja (<i>generalization</i>)
Czynniki ryzyka i chroniące, na które ukierunkowana jest interwencja	Negatywizm i bezradność (ryzyko) Poczucie beznadziejności (ryzyko) Brak motywacji (ryzyko) Przymierza/kontakty z innymi systemami (ochrona) Udział w oddziaływaniach (ochrona)	Niski poziom kompetencji rodzicielskich (ryzyko) Ubogie kompetencje komunikacyjne (ryzyko) Wsparcie społeczne (ochrona) Potrzeby osobiste (ryzyko, ochrona w zależności od kontekstu) Patologiczne zachowania rodziców (ryzyko, ochrona w zależności od kontekstu) Poziom rozwoju (ryzyko, ochrona w zależności od kontekstu)	Niska częstotliwość kontaktów ze szkołą i społecznością lokalną (ryzyko) Niski poziom wsparcia społecznego (ryzyko) Pozytywne relacje ze szkołą i społecznością lokalną (ochrona)
Diagnoza (<i>assessment focus</i>)	Zachowania Nakładanie się na siebie problemów (<i>relational problems sequence</i>) Kontekst funkcjonowania rodziny	Jakość i gęstość kompetencji (komunikacyjnych, rodzicielskich) Zaangażowanie w plan zmiany zachowań Skala problemów i ich wzajemne relacje	Identyfikacja zasobów społeczności lokalnej Wzmacnianie zmian
Cechy/kompetencje osób prowadzących oddziaływani	Rozwinięte kompetencje interpersonalne Dyspozycyjność	Strukturalizacja działań Dokonywanie modyfikacji w procesie zmian Modelowanie Kontrolowanie Kkoncentrowanie, Tenowanie, modelowanie	Zarządzanie przypadkiem Wzmacnianie zasobów Zapobieganie nawrotom

Źródło: T.L.Sexton, J.F.Alexander, Functional Family Therapy, „Juvenile Justice Bulletin” 2000, s. 3; <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/184743.pdf>

Rodziców uczy się, w jaki sposób ustalać i wprowadzać w życie zasady, i w jaki sposób je egzekwować. Oddziaływania rozłożone są zwykle na trzy miesiące i uzależnione od potrzeb rodziny. Przy niewielkim nasileniu problemów zwykle wystarcza od dziewięciu do dwunastu sesji, natomiast gdy sytuacja jest poważniejsza konieczne może być nawet trzydzieści sesji ukierunkowanej i zróżnicowanej pracy (np.: spotkania, wywiady telefoniczne, spotkania terapeutyczne)²². FFT obejmuje zwykle cztery fazy: wprowadzenie,

²² E. Trupin. *Evidence-based treatment for justice – involved youth*. W: C.L. Kessler, L.J. Kraus (red.). *The Mental Health Needs of Young Offenders: Forging Paths towards Reintegration and Rehabilitation*, Cambridge 2007, s. 348.

motywowanie, zmianę zachowania i generalizację, które zostały opisane w tabeli 1. W zależności od przyjętej metodologii badań i grupy badawczej programy tego typu redukują ryzyko recydywy u nieletnich w przedziale 20–60%²³.

Terapia multisystemowa (*Multisystemic Therapy*, dalej MST) jest intensywną formą oddziaływań skierowanych na rodzinę i środowisko. Łączy w sobie elementy podejścia systemowego oraz ekologii społecznej. MST obejmuje się nieletnich angażujących się w poważne zachowania antyspołeczne (przestępstwa narkotykowe, seksualne, przeciwko życiu i zdrowiu), zagrożonych z tego powodu umieszczeniem w placówkach resocjalizacyjnych poza miejscem zamieszkania. Badania wskazują również na skuteczność tego podejścia w stosunku do nieletnich wykazujących problemy i zaburzenia emocjonalne i psychiczne oraz doznających przemocy ze strony dorosłych²⁴. Działania obejmują środowisko rodzinne, szkolne i lokalne, a także instytucje wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich oraz system pomocy społecznej. Zakłada się, że między tymi obszarami a nieletnim zachodzą wzajemne interakcje, których efektami mogą być zachowania antyspołeczne. Efektywność terapii związana jest ze zidentyfikowaniem w szeroko rozumianym środowisku dziecka czynników ryzyka²⁵ i praca nad nimi. W MST stosuje się wiele zróżnicowanych typów interwencji poczynając od strukturalnej i systemowej terapii rodzin, poprzez treningi kompetencji rodzicielskich, terapię kognitywno-behawioralną, skończywszy na terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach. Jeśli istnieje potrzeba wprowadza się również interwencje farmakologiczne. Dobór sposobów oddziaływania zależy od potrzeb rodziny. Terapia trwa zwykle od 3 do 5 miesięcy. Terapeuta, pełniący rolę przewodnika i łącznika z innymi specjalistami, jest dostępny dla rodziny przez całą dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku. Pod opieką każdego terapeuty znajduje się 4–5 rodzin. Interwencje zaprojektowane są zgodnie z głównymi zasadami MST²⁶ i koncentrują się na dokonaniu zmiany zachowania w naturalnym środowisku nieletniego, poprzez wzmocnienie rodziców i jego samego. Zakłada się, że silne

²³ T.L. Sexton, J.F. Alexander. *Functional Family Therapy*. „Juvenile Justice Bulletin” 2000, s. 2–7, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/184743.pdf>

²⁴ S.W. Henggeler, T. Lee. *Terapia wielosystemowa poważnych problemów klinicznych*. W: A. Kazdin, J.R. Weisz. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków 2006, s. 340; T.L. Sexton, J.F. Alexander. Dz.cyt.

²⁵ Za główne czynniki ryzyka uznaje się: niski poziom monitorowania przez opiekunów, brak ciepła, nieskuteczną dyscyplinę, wysoki poziom konfliktów, zaburzenia psychopatologiczne opiekuna i przestępstwa kryminalne w rodzinie. Czynniki ochronne to harmonia małżeńska, bezpieczny styl przywiązanie do rodziców/opiekunów, środowisko wspierające rodzinę. S.W. Henggeler, T. Lee. Dz.cyt., s. 345.

²⁶ Interwencje oparte na MST są skuteczne, gdy pozostają wierne dziewięciu podstawowym zasadom, wytyczających jednocześnie plan działania: 1) wykrycie i dopasowanie, czyli ujęcie ujawnionych problemów w jedną całość i analiza ich z punktu widzenia ekologii społecznej młodego człowieka, 2) pozytywne postawa i podkreślanie mocnych stron, 3) zwiększanie odpowiedzialności, 4) skupienie na teraźniejszości, zorientowanie na działanie, tak by członkowie rodziny mogli na bieżąco śledzić postępy, 5) zmiana sekwencji zachowań, 6) dostosowanie do wieku i potrzeb rozwojowych, 7) ciągłe starania, czyli tworzenie okazji do zaangażowania się wszystkich członków rodziny, 8) ocena i odpowiedzialność za wyniki, 9) generalizacja, czyli „rozciąganie” efektów oddziaływania na inne konteksty. S.W. Henggeler, T. Lee. Dz.cyt., s. 342–345.

zaangażowanie rodziny jest niezbędne do realizacji założonych celów, stąd też niezwykle podmiotowe podejście do tej grupy, praca przede wszystkim na mocnych stronach rodziny i szybkie odpowiedzi na zgłaszane potrzeby²⁷. Terapeuta dąży do wzmocnienia rodziców i przygotowania ich do samodzielnego rozwiązywania problemów (*empowerment*²⁸) oraz wypracowania naturalnego systemu wsparcia obejmującego dalszą rodzinę, znajomych, sąsiadów, członków grup celowych itd. Jest to o tyle istotne, że rodziny kierowane na MST najczęściej mają bardzo niewielkie zasoby społeczne, dodatkowo doświadczają one problemów ekonomicznych, zdrowotnych (włącznie z uzależnieniami) i strukturalnych. Zasoby wsparcia mogą pomóc rodzicom w podejmowaniu kolejnych kroków zmierzających do uporządkowania procesu socjalizacji własnego dziecka. Nadrzędnym zadaniem MST jest opracowanie i wdrożenie razem z rodzicami strategii i sytuacji, w których niemożliwe byłoby zaistnienie zachowań antyspołecznych nieletniego. Równie dużą wagę przywiązuje się do relacji z rówieśnikami, dlatego terapeuta w tym obszarze koncentruje się na diagnozie kompetencji społecznych dziecka i udziela rodzicowi porad, w jaki sposób je budować i wzmacniać. Zakłada się, że deficyty w tym zakresie utrudniają podejmowanie przez dziecko aktywności prospołecznych i sprzyjają włączaniu się w grupy podkulturowe. Opiekun wprowadza kontrolę podejmowanych interakcji rówieśniczych i surowo karze za kontakty z rówieśnikami problemowymi. W czasie treningów nieletni mogą wypracować i utrwalić pozytywne wzory relacji interpersonalnych, które wprowadza się do kolejnych środowisk funkcjonowania młodego człowieka. Jednym z nich jest szkoła, którą uważa się za niezwykle istotną dla nauki i rozwoju społecznego. W tym obszarze terapia koncentruje się nie tylko na wyrównywaniu deficytów, ale również rozwiązywaniu konfliktów powstających na różnych płaszczyznach (szkoła–rodzice, dziecko–nauczyciel, dziecko–klasa). Rodzice razem z terapeutą wypracowują adekwatne sposoby reakcji w zależności

²⁷ S.W. Henggeler, T. Lee. Dz. cyt., s. 342–345; E. Trupin, *Evidence-based treatment for justice – involved youth*. W: C.L. Kessler, L.J. Kraus (red.). *The Mental Health Needs of Young Offenders: Forging Paths towards Reintegration and Rehabilitation*, Cambridge 2007, s. 349.

²⁸ *Empowerment* to „proces, przez który osoby i grupy rozwijają świadomość swoich zdolności kontrolowania lub wpływania na siebie i innych oraz uczą się umiejętności efektywnego stosowania tego wpływu”. J. Szmagański. *Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna*. Warszawa 1994, s. 153. Interwencja oparta na koncepcji wzmocnienia musi uwzględniać następujące zasady: 1) partnerska współpraca z klientem, 2) postrzeganie klienta, jako osoby kompetentnej i posiadającej odpowiednie do zmiany zasoby, 3) doskonalenie doświadczenia życiowego odbywa się przede wszystkim przez działanie, 4) klienci muszą postrzegać się jako podmioty sprawcze, 5) cele, środki i rezultaty wzmocnienia muszą zostać określone przez samych klientów, 6) rozwiązania dotyczące konkretnych sytuacji muszą być zasadniczo różne, 7) kluczowa we wzmocnieniu jest wiedza, bo ona mobilizuje do zmian, 8) wzmocnienie związane jest z budowaniem nieformalnej sieci społecznej, 9) wzmocnienie jest procesem, trwa w czasie, 10) wzmocnienie osiąga się przez równomierny rozwój osobowości i rozwój socjoekonomiczny. P. Stępnia. *Wymiar sprawiedliwości i praca socjalna w krajach Europy Zachodniej*. Poznań 1998, s. 165–166; zob. J. Szmagański. *O „budzeniu sił ludzkich” nie po polsku: koncepcje „empowerment” w anglojęzycznej literaturze z zakresu edukacji i pracy socjalnej*. „Kwartalnik Pedagogiczny” 1994, nr 4.

od zachowań nieletniego w szkole²⁹. Ewaluacje programu potwierdziły jego skuteczności w stosunku do nieletnich popełniających przestępstwa, uzależnionych oraz z zaburzeniami psychicznymi. W Simpsonville dokonano podsumowania projektu poprzez zestawienie wyników grupy nieletnich po programie MST z grupą kontrolną tworzoną przez młodzież poddawaną standardowym procedurom w ramach usług Departamentu Sprawiedliwości dla Nieletnich (*Department of Juvenile Justice*). W grupie po MST było o 43% mniej aresztowań w perspektywie 1,5 roku, po kolejnych 12 miesiącach odsetek pozostających na wolności był dwukrotnie wyższy w porównaniu do grupy kontrolnej i wynosił 39%. Podobne wyniki uzyskano w ewaluacjach w Projekcie Columbia oraz w Południowej Karolinie. W zakresie terapii uzależnień MST przyczynia się do krótkoterminowej redukcji poziomu używania substancji uzależniających, obniża poziom przestępstw narkotykowych oraz silnie aktywizuje rodzinę w procesie terapii, co podnosi szansę zdrowienia tak osoby uzależnionej, jak i całego systemu. Ewaluacje pozwoliły również na potwierdzenie pozytywnego wpływu MST na dzieci i młodzież z zaburzeniami psychicznymi, w zakresie redukcji zachowań eksternalizacyjnych i internalizacyjnych. MST postrzegane jest jako niezwykle obiecująca droga pracy z nieletnimi zagrożonymi wdrożeniem środków instytucjonalnych, włącznie z uwięzieniem³⁰.

Program wczesnego wsparcia młodocianych rodziców (*Nurse-Family Partnership*, dalej NFP) jest programem profilaktyki pierwszorzędowej, skierowanym do nieletnich rodziców o nieustabilizowanej sytuacji życiowej, często zagrożonych niedostosowaniem albo już w konflikcie z prawem. Oddziaływania ukierunkowane są na budowanie prawidłowych relacji między rodzicem a dzieckiem, ukształtowanie wzorca odpowiedzialnego rodzicielstwa oraz właściwych warunków socjalnych, co zapobiegać ma marginalizacji. Otoczenie wsparciem i opieką nieletnich matek i ojców stanowi również dla nich samych istotny czynnik zapobiegający demoralizacji. Badania pokazują, że uczestniczące w nim nastolatki połowę rzadziej trafiają do aresztów, a blisko trzy czwarte nie popełnia kolejnego przestępstwa. Prowadzona w czasie programu edukacja podnosi świadomość seksualną uczestników, co pozwala odroczyć w czasie kolejne rodzicielstwo, co z kolei zwiększa szansę ukończenia edukacji oraz podjęcia pracy. Program zapobiega zjawisku przemocy i zaniedbań w stosunku do dziecka, które są jednym z najistotniejszych czynników ryzyka powstawania zaburzonych zachowań. W stosunku do obecnych w programie dzieci odnotowuje się o połowę mniej zachowań agresywnych i przemocowych niż w grupie kontrolnej. Dzieci wychowują się w lepszych warunkach materialnych, społecznych i ekonomicznych, co przekłada się na spadek odsetka dzieci umieszczanych w placówkach opiekuńczo-wychowawczych³¹.

²⁹ K. H. Hess, C. Hess-Orthmann, J.P. Wright. Dz.cyt., s. 380.

³⁰ S.W. Henggeler, T. Lee. Dz.cyt., s. 342–345.

³¹ K.H. Hess, C. Hess-Orthmann, J.P. Wright. Dz.cyt., s. 159. Więcej o programie w Wielkiej Brytanii: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_118530).

Oregoński wielowymiarowy program opieki zastępczej (*Multidimensional Treatment Foster Care*, dalej MTFC) skierowany jest do dzieci i młodzieży z zaburzeniami emocjonalnymi oraz zachowaniami antyspołecznymi. Opiera się na teorii społecznego uczenia się oraz systemowej terapii rodzin, w których zakłada się, że zachowania, postawy i emocje dziecka są pochodną sytuacji, w której dziecko żyje. Stąd zmiana niekorzystnych warunków socjalizacji na wspierające ten proces skutkować będzie poprawą jakości funkcjonowania dziecka. W ramach programu dziecko umieszcza się w specjalnie do tego przygotowanej rodzinie zastępczej. Filozofia MTFC opiera się na przekonaniu, że najbardziej efektywna resocjalizacja dzieci i młodzieży odbywa się w i przez środowisko rodzinne, które poprzez wprowadzenie odpowiedniego poziomu i systemu kontroli wraz z klarownym systemem sankcji i nagród, może skutecznie zapobiegać pojawianiu się zachowań nieprzystosowawczych i tym samym z satysfakcją funkcjonować w społeczności lokalnej³². Rodzice zastępczy zapewniają nieletniemu nierestrykcyjną, stałą, wspierającą opiekę. Zakłada się bowiem, że skuteczne rodzicielstwo ma ogromne znaczenie dla redukcji zaburzeń zachowania. Trwający od 6 do 9 miesięcy program opiera się na sformalizowanej współpracy pomiędzy profesjonalnym zespołem, rodzicami nieletniego, szkołą i agencjami zabezpieczenia socjalnego. MTFC ma dwa główne cele. Pierwszym jest stworzenie dzieciom i młodzieży takich warunków społecznych, w których ich socjalizacja będzie przebiegać w kierunku prawidłowego kształtowania postaw, zachowań i emocji. Drugim przygotowanie rodziców do efektywnego stosowania praktyk wychowawczych, które pozwolą na reintegrację rodziny, a tym samym dalsze wspieranie procesu rozwoju dziecka³³. Do rodziny trafia tylko jedno dziecko. W tym czasie rodzice dziecka uczestniczą w terapii i pracują nad zbudowaniem planu, poprzez realizację którego możliwe będzie utrzymanie rodziny w całości. Przede wszystkim chodzi o to, by rodzice sprawowali nad dzieckiem bardziej efektywną kontrolę, wspierali je, zachęcali do zachowań prospołecznych i byli konsekwentni w działaniach. Powrót dziecka do rodziny następuje po zakończeniu przez nie programu i weryfikacji gotowości rodziców do dalszej pracy nad losami rodziny. Zwykle poprzedzają go wizyty w domu rodzinnym, podczas których rodzice mogą zademonstrować nowe umiejętności³⁴. W trwającym od 6 do 9 miesięcy programie pracuje się wykorzystując następujące mechanizmy: 1) aktywne podejście do redukcji zachowań nieprzystosowawczych,

³² E. Trupin. Dz.cyt., s. 349–350.

³³ Środowisko wspierające dostarcza młodemu człowiekowi pozytywnych wzmocnień za określone zadania i zachowania, które zwiększają jego umiejętności. Zapewnia ono również istnienie jasnych granic i oczekiwań, związanych z konsekwencjami. Dziecko ma poczucie kontroli ze strony dorosłych oraz czuje podejmowane przez nich działania zmierzające do redukcji możliwości kontaktów nieprzystosowanych rówieśników. W sytuacjach dla dziecka trudnych opiekunowie służą radą i wsparciem, traktując podmiotowo podopiecznego. P. Chamberlain, D.K. Smith. *Zachowania antyspołeczne u dzieci i nastolatków. Oregoński Program Wielowymiarowej Terapii i Opieki Zastępczej (MTFC)*. W: A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.). Dz.cyt., s. 318–327.

³⁴ P.K. Westermarck, K. Hansson, M. Olsson. *Multidimensional treatment foster care (MTFC): results from an independent replication*. „Journal of Family Therapy” 2010, 1–23, s. 8–9, http://www.mtfc.com/journal_articles.html

2) konsekwentne wdrażanie rozwiązań opracowanych dla konkretnej jednostki i jej rodziny, dopasowanych do problemu i możliwości systemu, 3) ścisły nadzór nad nieletnim, redukcja możliwości kontaktu z nieletnimi o niskich kompetencjach społecznych i wysokim poziomie zachowań antyspołecznych, 4) wykorzystanie zespołu specjalistów (pracownik socjalny, terapeuta, psychiatra, pracownik socjalny). Badania ewaluacyjne pokazały skuteczność programu w zakresie zmniejszenia prawdopodobieństwa ucieczek z domu, (ponownego) wejścia w konflikt z prawem, aresztowania, używania substancji psychoaktywnych. Program pozwala na szybsze podejmowanie interwencji i pozostawienie nieletniego w środowisku rodzinnym, co pozwala ograniczyć potencjalne negatywne wpływy instytucjonalne³⁵.

Program promocji alternatywnych Strategii myślenia (*Promoting Alternative Thinking Strategies*, dalej PATHS) skierowany do dzieci przedszkolnych (PATHS *Turtle Unit*) oraz młodszych dzieci szkolnych (PATHS *Basic Kit*), mający na celu wzmocnienie takich obszarów rozwoju społeczno-emocjonalnego, jak: samokontrola, samoocena, świadomość emocjonalna, umiejętności społeczne, budowanie relacji interpersonalnych, rozwiązywanie problemów przy jednoczesnym zmniejszeniu poziomu agresji i innych problemów z zachowaniem. Podstawą do kreowania oddziaływań jest podejście kognitywno-behawioralne, w którym podstawowymi formami pracy są dyskusje, modelowanie, działania fabularne oraz prezentacje wideo. Program dla uczniów obejmuje 131 półgodzinnych lekcji realizowanych trzy razy w tygodniu przez cały rok szkolny przez wychowawcę. Przedszkolaki te same zagadnienia realizują w ciągu dwóch lat. Program opiera się na czterech zasadach: pierwsza „zatrzymaj się i pomyśl”, kształtuje i rozwija mechanizmy samoregulacji, druga zasada dotyczy rozwijania kompetencji językowych i komunikacyjnych, by dzieci mogły zrozumieć siebie i innych, trzecia zasada odnosi się do różnorodności doświadczeń, które pozwalają dziecku integrować emocje, wiedzę i zasoby społeczne do rozwiązywania problemów, natomiast ostatnia zasada dotyczy generalizacji, czyli zdolności dziecka do adekwatnej reakcji w odmiennych kontekstach społecznych na bazie mechanizmów wyuczonych w czasie programu. Program może być zintegrowany z istniejącymi oddziaływaniami profilaktycznymi i dostosowany do indywidualnych potrzeb w klasie. Co prawda oddziaływania realizowane są głównie w szkole, ale podkreśla się wagę włączenia w nie rodziców³⁶.

Niewiarygodne lata: program treningów dla rodziców, nauczycieli i dzieci (*The Incredible Years: Parent, Teacher and Child Training Series*, dalej IYS) to program zorientowany na wczesną interwencję, oparty na modelu społecznego uczenia. Grupą docelową programu są rodzice i nauczyciele pracujący z dziećmi i młodzieżą ze średniego i wysokiego ryzyka, rodzice dzieci z problemami w zakresie zachowania, wychowawcy i nauczyciele dzieci z różnorodnymi zaburzeniami zachowania oraz rodzice używający lub zagrożeni używaniem przemocy w stosunku do własnych dzieci. Program koncentruje się

³⁵ P. Chamberlain, D.K. Smith. Dz.cyt., s. 329–330; E. Trupin. Dz.cyt., s. 349–350.

³⁶ K. H. Hess, C. Hess-Orthmann, J.P. Wright. Dz.cyt., s. 383.

na budowaniu i promowaniu kompetencji społecznych, by przez to zapobiegać, ograniczać zaburzone zachowania u małych dzieci (w wieku od 3 do 10 lat), głównie w postaci zaburzeń opozycyjno-buntowniczych oraz zaburzeń kontroli zachowania. Jest to istotne, ponieważ obserwowalne we wczesnych okresach życia zaburzone zachowania mają tendencję do utrwalania i bardzo często znajdują odzwierciedlenie w obniżeniu jakości funkcjonowania dziecka, czy później młodego człowieka w szkole, grupach rówieśniczych i środowisku lokalnym, co z kolei może prowadzić do konfliktów z prawem³⁷. Kluczem do poprawy zachowań w tym programie jest zmiana zachowań znaczących dorosłych. Stąd też oddziaływaniom poddawani są rodzice, nauczyciele, ale również i same dzieci. Rodzice pracują na dwóch poziomach programu. Trwający dwanaście tygodni poziom pierwszy (*basic*) na charakter grupowy. Podczas spotkań rodzice oglądają na wideo sytuacje rodzinne, dyskutują o nich, próbując znaleźć odpowiednie rozwiązania. Uczą się w ten sposób podejmowania aktywnej roli w procesie wychowania dziecka, kreowania rozwiązań problemów, mają okazję zobaczyć, jakie konsekwencje rodzą podejmowane przez nich strategie. Oglądany materiał i dyskusja pozwalają rodzicom na kształtowanie technik radzenia sobie z trudnymi zachowaniami dziecka poprzez ignorowanie lub limitowanie czasu. Udział w programie wzmacnia ich kompetencje społeczne, poczucie własnej wartości, zdolność rozwiązywania problemów, uczy zarządzania gniewem i oporem, a także rozwija empatię. Pozwala zastąpić nieefektywne i brutalne strategie wychowawcze tymi opartymi na wzajemnym szacunku i zainteresowaniu. Na poziomie drugim (*advance*) grupa zajmuje się innymi rodzinnymi czynnikami ryzyka, do których należą depresja, konflikty partnerskie, brak wsparcia oraz brak efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem/kryzysem. Ta część zwykle trwa od 8 do 12 tygodni. Uzupełnieniem powyższych modułów są zajęcia, które przygotowują i pozwalają rodzicom stać się partnerem nauczycieli w procesie kształcenia dziecka, a co za tym idzie redukować ryzyko przedwczesnego opuszczenia szkoły ze względu na niepowodzenia edukacyjne. Sami nauczyciele w czasie treningów dla nich przeznaczonych uczą się efektywniejszego zarządzania klasą, budowania pozytywnych relacji między dziećmi a dorosłymi, aktywnego słuchania, motywowania uczniów, rozwiązywania konfliktów, ale również reagowania i zapobiegania zachowaniom nieprzystosowawczym. W ramach programu opracowano również specjalny moduł dla dzieci, podczas którego uczą się one radzić sobie z agresją, rozwijają kompetencje społeczne, empatię, co umożliwia budowanie satysfakcjonujących relacji społecznych z rówieśnikami. W związku z tym, że poziom kompetencji językowych dzieci jest jeszcze stosunkowo ubogi uczą się one przede wszystkim przez zabawę. Długofalowym celem jest ograniczenie przemocy, narkomanii i przestępczości dzieci i młodzieży. Wysoka efektywność programu związana jest z jego kompleksowością (obejmuje zintegrowane szkolenie dla rodziców, nauczycieli i dzieci), aktywnym podejściem dla uczestników, elastycznością (program zawiera 26 modułów, które można dobierać w zależności od potrzeb), kulturową wrażliwością (program dostępny w języku hiszpańskim

³⁷ M. Radochoński. *Osobowość antyspołeczna*, Rzeszów 2009, s. 59–61.

i brytyjskim dialekcie, wieloetniczne kasety wideo i kukielki), łatwością w obsłudze – wykorzystuje kombinację książek, wideo taśmy, spotkania z liderami, prace domowe oraz zajęcia szkolne, dopasowane do poziomu rozwojowego klientów (program wykorzystuje lalki, gry i działania), zapewnieniem szerokiego wsparcia ze strony terapeutów, trenerów, personelu szkoły i organizacji, dbałością o jakość podejmowanych działań (certyfikaty dla trenerów), a przede wszystkim z oparciem programu na wynikach badań naukowych³⁸.

Przedstawione powyżej programy uznane zostały za najskuteczniejsze w obszarze profilaktyki i resocjalizacji.

Nowe otwarcie czy ślepa uliczka? – kilka uwag krytycznych

Problem niedostosowania i przestępczości nieletnich jest jednym z najpoważniejszych problemów społecznych, z jakimi przyszło się borykać współczesnym społeczeństwom. Koszty społeczne, ekonomiczne i psychologiczne naruszania norm przez dzieci i młodzież, ale przede wszystkim moralny obowiązek tworzenia dla tej grupy optymalnych warunków do życia każe szukać efektywnych rozwiązań. W tym kontekście z racji licznych zalet na uwagę zasługuje ruch *evidence based practice*. Bez wątpienia walorem działań opartych na dowodach jest możliwość ich stosunkowo prostej aplikacji, bowiem zawierają one konkretne procedury i wskazania do realizacji. Weryfikacja empiryczna pozwala na dobór odpowiedniego programu do potrzeb klienta, wiemy bowiem jakie działania są skuteczne w stosunku do wybranych grup. Co ważne ten element wymusza na nas uprzednie dokonanie diagnozy, na podstawie której kwalifikuje się osobę/rodzinę do programu. Działania są określone w czasie, co z jednej strony pozwala na lepszą organizację, a z drugiej na systematyczną ocenę postępów. Rozwiązania z zakresu profilaktyki oparte na *evidence based practice* wskazują na konieczność działania tam gdzie problem powstaje, dlatego większość programów kierowana jest nie tylko do dzieci i młodzieży w ryzyku, ale obejmuje swoim zasięgiem środowisko rodzinne i lokalne, widząc je w perspektywie systemowej. Ich dodatkową zaletą jest możliwości replikacji lub dostosowania w sposób zgodny z warunkami lokalnymi, kulturą i zasobami, przy zachowaniu funkcji i struktury programu (np. liczba sesji, zawartości sesji, częstotliwość sesji itp.). Warto podkreślić, że niemal wszystkie programy oparte na wynikach badań naukowych bazują na idei *empowerment*, dążąc do usamodzielnienia podmiotów biorących w nich udział, poprzez generalizację kompetencji i umiejętności opanowanych w czasie oddziaływań. W końcu nie można też pominąć

³⁸ C. Webster-Stratton. *The Incredible Years: Parents, Teachers, and Children Training Series*. „Residential Treatment For Children & Youth”, 2001, Vol. 18, s. 34. Por. C.W. Webster-Stratton, M.J. Reid. *Niewiarygodne lata: seria materiałów szkoleniowych dla rodziców, nauczycieli i dzieci. Wieloaspektowe ujęcie leczenia małych dzieci z problemami w zachowaniu*. W: A.E. Kazdin, J.R. Weisz (red.). Dz.cyt., s. 253–271.

kwestii finansowych. Programy oparte na *evidence based practice* są zdecydowanie tańsze³⁹. Trzeba jednak pozostać obiektywnym i pamiętać, że również w tym obszarze czyhają na nas pułapki, które pojawiają się już na etapie weryfikacji empirycznych. Podkreśla się, że w wielu przypadkach badania nad skutecznością programu są po pierwsze prowadzone na stosunkowo homogenicznych grupach, które zwykle charakteryzują się pojedynczymi problemami lub zaburzeniami, a po drugie przebiegają w warunkach, które nie są zbieżne z tymi, w których funkcjonują uczestnicy programów. Wielość problemów, z jakimi borykają się dzieci w ryzyku i ich rodziny, niestabilność i niska motywacja do zmiany, specyficzne środowisko, w którym funkcjonują powodują, że zaplanowane z góry oddziaływania okazują się bezużyteczne. Mamy tu zatem do czynienia z rozdźwiękiem między skutecznością eksperymentalną (*efficacy*) a rzeczywistą (*effectiveness*)⁴⁰. Wynikać ona może z wieloskładnikowości teoretycznej programów, która pozwala na dokładanie kolejnych modułów oddziaływań, gdy coś nie działa. Oponenti *evidence based practice* zwracają także uwagę na ryzyko mechanistycznego podejścia do uczestników programów. Sformalizowane, sztywne wytyczne do działania mogą sprawiać, że prowadzący będą automatycznie powielać wyuczone procedury, nie wprowadzając pierwiastka indywidualizacji. Dotykamy w ten sposób kwestii trafności. Programy są dedykowane osobom, czy grupom, z określonymi deficytami lub zaburzeniami (trafność zewnętrzna), i w związku z tym zawierają ogólne dyrektywy postępowania. Wiemy jednak, że „doskonałe” homogeniczne grupy nie istnieją i każda z należących do nich osób jest inna, w związku z czym wymaga nieco odmiennego traktowania (trafność wewnętrzna), co trudno zapewnić w ramach ustrukturalizowanych programów⁴¹. Niedostrzeżenie indywidualności drugiej osoby stoi także w sprzeczności z ideą skutecznej relacji pomocowej, gdzie obie strony traktują się podmiotowo i działają na podobnym poziomie zaangażowania. Wątpliwości krytyków podejścia *evidence based practice* wzbudza kwestia rzetelności ewaluacji. Zwracają oni uwagę również na to, że w zdecydowanej większości programów ocena ich skuteczności dokonywana było niezwłocznie po ich zakończeniu. Tylko w przypadku jednej trzeciej programów badanie ewaluacyjne zostało wykonane pół roku od momentu zamknięcia. Oznacza to ich zdaniem, że nie wiemy, jakie są długoterminowe efekty większości programów⁴². Osoby podważające zasadność tworzenia programów na podstawie badań naukowych podkreślają wreszcie, że stały się one skutecznym narzędziem do zarobkowania, tak przez ich twórców, jak i instytucje je prowadzące. Wprowadzenie programu do oferty agencji zwiększa szansę na finansowanie z budżetu stano-

³⁹ E. Drake dokonała zestawienia kosztów realizacji amerykańskich programów profilaktycznych i resocjalizacyjnych. Okazało się, że najniższe koszty generują programy oparte na wynikach badań naukowych. Zob. E. Darke. *Evidence-based juvenile offender programs: program description, quality assurance and cost*. <http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/07-06-1201.pdf>

⁴⁰ J.W. Weisz, A.E. Kazdin. *Stan obecny i perspektywy terapii zorientowanych na dowody w odniesieniu do dzieci i adolescentów*. W: Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.). Dz.cyt., s. 495.

⁴¹ E. Wysocka. *Diagnoza w resocjalizacji*. Warszawa 2008, s. 58.

⁴² J.W. Weisz, A.E. Kazdin. Dz.cyt., s. 491.

wego lub federalnego, jak to się dzieje w Stanach Zjednoczonych. W takich wypadkach mamy do czynienia z menadżeryzmem, rozumianym jako zarządzanie przypadkami. W ich ocenie nie ma to nic wspólnego z oddziaływaniami profilaktycznymi i resocjalizacyjnymi.

Zrekonstruowana krytyka programów profilaktycznych opartych na *evidence based practice* nie powinna bynajmniej zachęcać do ich odrzucenia, ale raczej skłaniać do nieustannej pracy nad podniesieniem standardów, wedle których są one realizowane. Jak pisze R.D. Hare „antidotum, środek zabezpieczający przed katastrofą, kryje się w starannym stosowaniu procedur, które wywodzą się z rzetelnych badań naukowych. Nie wolno tu się godzić na żadne ustępstwa”⁴³. Reasumując, wyniki badań dają nam dogodny punkt startowy do podejmowania działań, wyznaczając jednocześnie poziom, poniżej którego z uwagi na dobro naszych klientów, zejść nam nie wolno.

Streszczenie

Względy etyczne, pragmatyczne i finansowe obligują nas do poszukiwania coraz efektywniejszych rozwiązań w obszarze szeroko rozumianej profilaktyki. Elementami, które w znaczący sposób mogą zredukować ryzyko błędów, przyczyniając się do podniesienia skuteczności, jest z jednej strony oparcie się na teorii, a z drugiej weryfikacja empiryczna jej założeń. Ideą, która łączy te dwie kwestie jest *evidence based practice*, w ramach której wyznacza się kierunki działania na podstawie teorii oraz wyników badań empirycznych, przy uwzględnieniu interesów klienta. W artykule zaprezentowano możliwości zastosowania podejścia *evidence based practice* w obszarze profilaktyki skierowanej do dzieci i młodzieży na różnych poziomach ryzyka.

Słowa kluczowe: działania oparte na wynikach badań naukowych, profilaktyka, resocjalizacja, przestępczość, program.

Abstract

Evidence based practice

These paper present the discussion about necessity of *evidence based practice*. Today we know that there is no effective prevention or correction treatment without theoretical foundation and empirical verification. This means searching for the most effective solutions based on the results of research on the situation, the interests and preferences of customers. This approach is now more and more present in the prevention and rehabilitation.

Key words: evidence based practices, prevent, correction, crime, program.

⁴³ R.D. Hare. *Psychopaci są wśród nas*. Kraków 2010, s. 241.

Bibliografia

- Anderson C., Kracke K., Donogh B. (2011). Evidence-Based Practice for Children Exposed to Violence: A Selection from Federal Databases. Washington. http://www.safestartcenter.org/pdf/Evidence-Based-Practices-Matrix_2011.pdf
- Andrews D.A., Bonta J. (2012). *The Psychology of Criminal Conduct*. New York: Matthew Bender&Company.
- Barczykowska A., Dzierżyńska S. (2012). Zastosowanie mentoringu w działaniach profilaktycznych i resocjalizacyjnych. *Resocjalizacja Polska* 3.
- Barczykowska A., Muskała M. (2012). „Transition from Prison to the Community” *Model* jako przykład zastosowania podejścia multiagencyjnego w zakresie wsparcia procesu readaptacji osób opuszczających zakłady karne. Poznań (w druku).
- Barczykowska A. (2011). Podejście kognitywno-behawioralne w pracy penitencjarnej i postpenitencjarnej (na przykładzie wybranych programów korekcyjnych stosowanych w USA). *Probacja* 2.
- Chamberlain P., Smith D.K. (2006). Zachowania antyspołeczne u dzieci i nastolatków. Oregoński Program Wielowymiarowej Terapii i Opieki Zastępczej (MTFC). W: Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Darke E. Evidence-based juvenile offender programs: program description, quality assurance and cost. <http://www.wsipp.wa.gov/rptfiles/07-06-1201.pdf>
- Wysocka E. (2008). *Diagnoza w resocjalizacji*. Warszawa: PWN.
- Fischer J. (2009). *Toward Evidence Based Practice. Variations on a Theme*, *Lyceum*. Chicago.
- Foltz R. (2004). The Efficacy of Residential Treatment Overview of the Evidence. *Residential Treatment for Children and Youth* 22 (2).
- Fuentes A.I., Burns R. (2002). Getting Back to Nature: an Examination of Therapeutic Wilderness Programming. *Journal for Juvenile Justice and Detention Services* 17 (1).
- Hare R.D. (2010). *Psychopaci są wśród nas*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Henggeler S.W., Lee T. (2006). Terapia wielosystemowa poważnych problemów klinicznych. W: Kazdin A.E., Weisz J.R. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Hess K.H., Hess-Orthmann C., Wright J.P. (2012). *Juvenile Justice*. Independence: Wadsworth. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_118530.
- Johnson M.A. (2004). Hull House. W: I. Grossman, J.R. Keating, A. Durkin, J.L. Reiff, *The Encyclopedia of Chicago*. Chicago. <http://www.encyclopedia.chicagohistory.org/pages/615.html>
- Kazdin A.E., Weisz J.R. (red.) (2006). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- McGill D.E., Mihalic S.F., Grotpete J.K. (1998). Big Brothers Big Sisters of America: Blueprints for Violence Prevention. Book Two. Blueprints for Violence Prevention Series (D.S. Elliott, Series Editor). Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Denver.
- McWhirter J., McWhirter B.T., McWhirter A.M., McWhirter E.H. (2008). *Zagrożona młodzież*. Warszawa: ParpaMedia.

- Muskała M. (2009). Juvenile Boot Camps – zmierzch eksperymentu? *Pedagogika Społeczna. Oblicza Resocjalizacji* 2 (32).
- Muskała M. (2012). *Amerykańskie i angielskie wzory strategii awersyjnych*. *Studia Edukacyjne* 21.
- Ostaszewski K. (2003). *Skuteczność profilaktyki używania substancji psychoaktywnych: podstawy opracowywania oraz ewaluacja programów dla dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Pentz M.A., Mihalic S.F., Grotspeter J.K. (1998). *The Midwestern Prevention Project: Blueprints for Violence Prevention, Book One*. Blueprints for Violence Prevention Series (DS Elliott, Series Editor). Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of Violence, Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Denver. <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/modelprograms/MPP.html>
- Petrosino A., Turpin-Petrosino C., Buehler J. (2009). „Scared Straight” and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency (Review). *The Cochrane Library*, Issue 1. http://www.ucl.ac.uk/ich/research-ich/mrc-cech/training/evidence-based-child-health/teaching-resources/ich/research-ich/mrc-cech/training/evidence-based-child-health/docs/ft-articles/073_Petrosino-2002_ft.pdf
- Petrosino A., Turpin-Petrosino C., Buehler J. (2003). Scared Straight and Other Juvenile Awareness Programs for Preventing Juvenile Delinquency: A Systematic Review of the Randomized Experimental Evidence. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 589.
- Pratt T.C., Gau J.M., Franklin T.W. (2011). Key Ideas in Criminology and Criminal Justice. Chicago: SAGE Publications. http://www.sagepub.com/upm-data/36811_6.pdf
- Radochoński M. (2009). *Osobowość antyspołeczna*. Rzeszów: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego.
- Sedlak A.J., Bruce C. (2010). Youth's Characteristics and Backgrounds. Finding From The Survey of Youth in Residential Placement. *Juvenile Justice Bulletin*, Washington.
- Sexton T.L., Alexander J.F. (2000). Functional Family Therapy. *Juvenile Justice Bulletin*, Washington. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ojdp/184743.pdf>
- Smith D., Chamberlain P., Eddy M.J. (2010). Preliminary Support for Multidimensional Treatment Foster Care in Reducing Substance Use in Delinquent Boys. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* Vol. 19. http://www.mtfc.com/journal_articles.html
- Stepniak P. (1998). *Wymiar sprawiedliwości i praca socjalna w krajach Europy Zachodniej*, Poznań: PDW Ławica.
- Szmagalski J. (1994). O „budzeniu sił ludzkich” nie po polsku: koncepcje „empowerment” w anglojęzycznej literaturze z zakresu edukacji i pracy socjalnej. *Kwartalnik Pedagogiczny* 4.
- Szmagalski J. (1994). *Teoria pracy socjalnej a ideologia i polityka społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Szymańska J. (2002). *Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej.
- Trupin E. (2007). Evidence-based treatment for justice – involved youth. W: Kessler C.L., Kraus L.J. (red.). *The Mental Health Needs of Young Offenders: Forging Paths towards Reintegration and Rehabilitation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wade L.C. (1967). The Heritage from Chicago's Early Settlement Houses. *Journal of the Illinois State Historical Society*. Vol. 60 (4). <http://www.jstor.org/stable/40190170>
- Webster-Stratton C.W., Reid M.J. (2006). Niewiarygodne lata: seria materiałów szkoleniowych dla rodziców, nauczycieli i dzieci. Wieloaspektowe ujęcie leczenia małych dzieci z problemami

w zachowaniu. W: Kazdin A.E, Weisz J.R. *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Webster-Stratton C.W. (2001). The Incredible Years: Parents, Teachers, and Children Training Series. *Residential Treatment For Children & Youth* 18.

Weisz J.W., Kazdin A.E. (2006). Stan obecny i perspektywy terapii zorientowanych na dowody w odniesieniu do dzieci i adolescentów. W: Kazdin A.E, Weisz J.R. (red.). *Psychoterapia dzieci i młodzieży. Metody oparte na dowodach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Westermarck, P.K., Hansson K., Olsson M. (2010). Multidimensional treatment foster care (MTFC): results from an independent replication. *Journal of Family Therapy* 1. http://www.mtfc.com/journal_articles.html

Wilson S.J., Lipsey M.W. (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: a meta-analysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning* 23.