

Małgorzata H. Kowalczyk

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu [mh.kowalczyk@op.pl]

ORCID ?

Podjęcie salutogeniczne w resocjalizacji Przegląd koncepcji

Abstrakt: Podjęcie salutogeniczne jest jednym z wiodących sposobów myślenia o resocjalizacji. Kładzie nacisk na podmiotowość osób uczestniczących w procesie resocjalizacji. Nadrzędnym celem interwencji resocjalizacyjnych jest wspomaganie zmian jakie w sposób naturalny dokonują się w życiu jednostki, koncentrując się na posiadanych przez nią potencjałach. Podjęcie to znajduje odzwierciedlenie w różnych koncepcjach teoretycznych popartych praktyką jak i postulowanych kierunkach interwencji resocjalizacyjnych. Jest to podjęcie znane także w polskiej myśli resocjalizacyjnej. Celem niniejszego teoretycznego opracowania było omówienie najważniejszych koncepcji resocjalizacji odwołujących się do tej właśnie perspektywy. Zaprezentowane zostały najbardziej znane i poparte badaniami koncepcje: twórczej resocjalizacji, wieloczynnikowego modelu gotowości sprawców oraz model dobrego życia. Wspomniane koncepcje dają możliwość niekonwencjonalnego traktowania oddziaływań resocjalizacyjnych, indywidualnego podejścia do każdej osoby wymagającej interwencji resocjalizacyjnych lub terapeutycznych i mogą być inspiracją przy projektowaniu oddziaływań wobec najtrudniejszych kategorii sprawców przestępstw.

Słowa kluczowe: podjęcie salutogeniczne, postępowanie ergotropowe, twórcza resocjalizacja, wieloczynnikowy model gotowości sprawcy, model dobrego życia.

Wprowadzenie

W sposobie myślenia o resocjalizacji dominujące są dwa podejścia patogeniczne i salutogeniczne. Patogeniczny model oddziaływań opiera się na diagnozie

pozwalającej poznać w miarę dokładnie zakres i kategorie czynników, które mogą oddziaływać na jednostkę i wywoływać niepożądane skutki „chorobowe” czyli przejawy niedostosowania czy bardziej zaawansowanego wykołajenia. Wiodącą strategią działania jest zatem w tym przypadku koncentrowanie się na zjawisku przestępczości, ustalanie deficytów, które do takich zachowań przywiodły oraz dążenie do wyeliminowania, skorygowania destrukcyjnie działających czynników. Wiele modeli resocjalizacyjnych i terapeutycznych nawiązuje do tego właśnie sposobu myślenia o resocjalizacji. Drugie podejście coraz częściej pojawia się jako konkurencyjny sposób myślenia o oddziaływaniach resocjalizacyjnych i traktowane jest w kategoriach nieustannej zmiany nie zaś dualistycznie pojmowanego „stanu organizmu” (zdrowie vs choroba), homeostazy lecz jako stanu dynamicznego, kontinuum między stanem pożądanym, optymalnym a jego przeciwieństwem. Podstawowym wyznacznikiem oddziaływań nie będzie zatem ustalenie „czynników patogennych” czyli wszelkich deficytów jednostki, lecz koncentrowanie się na jej zasobach i potencjałach. Podejście salutogeniczne zmienia perspektywę myślenia o resocjalizacji, kładąc nacisk na podmiotowość osób uczestniczących w procesie resocjalizacji. Nadrzędnym celem interwencji resocjalizacyjnych nie staje się bowiem wywołanie pożądaných zmian w zachowaniu u podopiecznego, lecz wspomaganie zmian jakie w sposób naturalny dokonują się w jego życiu, koncentrując się na posiadanych przez niego potencjałach. Proces zmian w sposób naturalny dla osoby niedostosowanej, uwzględniający twórcze spożytkowanie jej predyspozycji oraz zasobów zewnętrznych prowadzić ma do porzucenia przez nią przestępczego stylu życia, ale w tempie adekwatnym do jej możliwości. W klasycznym ujęciu wpływ na proces zmian pozwalających na przywrócenie, podtrzymanie lub załamanie prawidłowych relacji w społeczeństwie mają między innymi: cechy psychologiczne a w szczególności czynniki poznawcze, intelektualne, cechy osobowościowe, oraz poczucie tożsamości, kontroli i sprawstwa, poczucie uczestnictwa, zaangażowania i zobowiązania oraz wyuczone strategie radzenia sobie. Drugą grupę stanowią cechy społeczno – kulturowe, więzi i wsparcie społeczne. Czynniki te mają zapobiegać przekształcaniu się napięcia w poczucie stresu. Kolejną grupą są stresory wywołujące stan napięcia i wymagające podjęcia niestandardowych reakcji adaptacyjnych oraz poczucie koherencji oznaczające ogólne nastawienie orientacyjne, które wyraża trwałe i dynamiczne przekonanie o przewidywalności i racjonalności świata i własnego położenia życiowego. Ostatnią kategorię stanowi styl życia (por. Heszen, Sęk 2007).

Salutogeniczny sposób myślenia o resocjalizacji znajduje coraz częściej odzwierciedlenie w koncepcjach teoretycznych popartych praktyką jak i postulowanych kierunkach interwencji resocjalizacyjnych. W zasadzie w polskiej myśli resocjalizacyjnej podejście to funkcjonuje od długiego czasu. Odwoływanie się do mocnych stron jednostki i stymulowanie jej rozwoju wyznacza kierunek w diagnostyce resocjalizacyjnej a co za tym idzie także w podejmowanych oddziaływaniach.

Niniejsze opracowanie ma charakter teoretyczny. Zasadniczy cel jaki został sformułowany dotyczy omówienia najważniejszych koncepcji resocjalizacji odwołujących się do perspektywy salutogenicznej w resocjalizacji. W opracowaniu wykorzystano analizę źródeł wtórnych. (por. Rubacha 2016).

Postępowanie ergotropowe w resocjalizacji

Przyjmując znaczenie jak też i ewolucyjność perspektywy salutogenicznej w polskiej myśli resocjalizacyjnej należy odnieść się w pierwszej kolejności do opisanego przez Cz. Czapów postępowania ergotropowego, które obok postępowania etiotropowego i semiotropowego dotyczy zmiany postaw podopiecznych. Pisząc o postępowaniu etiotropowym (opierającym się na diagnozowaniu deficytów) Cz. Czapów zaznacza, że „nie może ono ograniczać się wyłącznie do eliminowania wzmacnianego karaniem aktywnym [...] społecznych źródeł uczenia się wykolejającego się. Potrzebne jest również organizowanie elementów otoczenia, które skłaniałyby wychowanka do realizacji konstruktywnych społecznie zadań życiowych” (Czapów 1978, s. 180). Niezbędne zatem staje się „kształtowanie wewnętrznych źródeł uczenia się reedukacyjnego” (Czapów 1978, s. 181). Wśród czynników kształtujących uczenie się reedukacyjne Czapów wymienia: samokaranie, zasadę linii perspektywicznych oraz uczenie się w warunkach wewnętrznego konfliktu. Szczególną rolę w procesie uczenia się reedukacyjnego zdaje się odgrywać karanie. Jednak „sama kara zewnętrzna nie prowadzi do ustąpienia zachowań i niepożądanych nawyków, [...] nie powoduje zmiany celów do których dąży osoba karana i w wielu wypadkach powoduje jedynie zmianę sposobów, za pomocą których te cele są osiąganе” (Cz. Czapów, 1978, s.181). Istnieje zatem małe prawdopodobieństwo, że podejmując interwencję resocjalizacyjną stworzone zostaną warunki dające możliwość nieuchronnego i natychmiastowego sankcjonowania niepożądanych zachowań osoby niedostosowanej. Rozwojowi zachowań destrukcyjnych sprzyjać zatem będzie niesystematyczność stosowania kar powodująca, że to samo zachowanie raz jest karane a raz nagradzane (na skutek braku sankcji zewnętrznych). Jedyną zatem możliwością jest uczynienie podmiotu reakcji odpowiedzialnym za wypełnienie funkcji reedukacyjnej, czyli zmotywowanie go do zachowania się, które nie jest źródłem odpowiednich kar. W ten sposób reakcja antagonistyczno-destruktywna budzi niezadowolenie z siebie, wyrzuty sumienia czy lęk a reakcje przeciwstawne budzą zadowolenie (Czapów 1978, s. 182–183). Samokaranie jak i samonagradzanie wystąpić może jednak tylko wówczas, gdy w życiu osoby niedostosowanej pojawią się takie dążenia życiowe, których realizacja wymagać będzie rezygnacji z celów antagonistyczno – destruktywnych na rzecz konformistycznych, które powinny być atrakcyjne i możliwe do zrealizowania przy respektowaniu przyjętych w społeczeństwie norm (Czapów 1978, s. 183). Nie można zatem wykluczyć, że zaniechanie destrukcyjnych działań mo-

że być procesem samoistnym, autoresocjalizacją, czyli porzuceniem aktywności przestępczej bez ingerencji instytucjonalnej, ale także następstwem świadomie zaprojektowanych złożonych działań resocjalizacyjnych. Warunkiem niezbędnym do realizacji najbardziej nawet atrakcyjnych celów jest perspektywa sukcesów, które zapewnią jednostce odpowiednio silne zadowolenie i które uzasadnią podejmowany wysiłek. „Konieczne jest więc wywołanie w życiu osoby resocjalizowanej takiej satysfakcji by była ona motywacją do zachowań prospołecznych i aby wzmacniała jej siły do przeciwstawiania się dawnym antyspołecznym skłonnościom” (Czapów 1978, s. 183). Jednakże podejmowanie prospołecznych wyzwań nie wyklucza możliwości pojawienia się ryzyka powrotu do wcześniej realizowanych celów i destrukcyjnych zachowań. Wywołany w ten sposób konflikt wewnętrzny, będący zasadniczym elementem tworzenia się hierarchii wartości, nie w każdej sytuacji będzie sprzyjał wyborom prospołecznych, oczekiwanych rozwiązań. Jedynym konfliktem, który nie grozi wycofaniu się z pola interakcji będzie konflikt „zbliżanie – zbliżanie” zwłaszcza gdy oba kierunki czynności są skierowane na ten sam cel, a jednostka musi dokonać wyboru, który do tego celu wiedzie (tzw. zbieżny konflikt zbliżanie-zbliżanie) (Czapów 1978, s. 188). Konflikt tego rodzaju, choć tak jak każdy konflikt wewnętrzny wiąże się z przykrym napięciem, jest jednak mniej traumatyczny i tym samym w pracy resocjalizacyjnej bardziej przydatny. Kluczowym elementem, pozwalającym poradzić sobie z napięciem wywołanym konfliktem wewnętrznym jest motywacja jednostki. Każde rozwiązanie konfliktu, które doprowadza do przewagi motywacji nagradzającej niż przeciwstawnej jest swoistym nagradzaniem konfliktu, które przybliży jednostkę nie do unikania konfliktu, lecz do przeżycia go i rozwiązywania (Czapów 1978, s. 190).

Reasumując oddziaływania ergotropowe polegają na wytwarzaniu dążeń konkurencyjnych wobec dążeń antagonistyczno-destruktywnych poprzez odwołanie się do zainteresowań, wiedzy, umiejętności, zdolności osoby resocjalizowanej, tak by wywołać u niej względnie trwałą motywację powodującą pozytywny stosunek do norm prawnych i obyczajowych (Czapów 1978, s. 184). W działaniu ergotropowym zasadniczą rolę reedukacyjną odgrywają kary i nagrody wewnętrzne, które stają się najważniejszym elementem oddziaływania w sytuacji wywołanego konfliktu wewnętrznego pomiędzy skłonnością do reagowania negatywnego lub negatywnego. W omówionym podejściu ergotropowym eksponowane jest znaczenie motywacji wewnętrznej jako tej, która może być u jednostki stymulowana, aktywowana i tym samym warunkuje większą skuteczność podejmowanych interwencji resocjalizacyjnych aniżeli motywacja zewnętrzna często wymuszona podjętymi wobec jednostki rozwiązaniami formalnymi (na przykład osadzenie w zakładzie karnym czy umieszczenie w placówce resocjalizacyjnej).

Twórcza resocjalizacja

Współczesna myśl resocjalizacyjna coraz częściej odwołuje się do kierunków oddziaływań, w których centralną ideą staje się odwołanie do potencjałów jednostki, możliwości rozwijania jej zasobów a nie wyłącznie redukowania deficytów często stających się źródłem zaburzonych zachowań nierzadko inicjujących i ukie-runkowujących przebieg kariery przestępczej. Najbardziej znanym przykładem odwołującym się do wykorzystania potencjałów jednostki w planowaniu pracy resocjalizacyjnej w obszarze polskiej myśli resocjalizacyjnej jest twórcza resocjalizacja wg koncepcji M. Konopczyńskiego interpretowana jako kreatywna działalność resocjalizacyjna prowadzona za pomocą opracowanych metod kulturotechnicznych i metod wspomagających (Konopczyński 2006, s. 20). Jest ona definiowana jako „metodyczne poszukiwanie i rozwijanie potencjalności osób niedostosowanych społecznie. Jej metody mają za zadanie poszukiwanie i rozwijanie potencjałów tkwiących w tych osobach, kreowanie nowych kompetencji i umiejętności oraz stwarzanie perspektyw powstawania akceptowanej kulturowo tożsamości indywidualnej i społecznej osób niedostosowanych (Konopczyński 2006, s. 130). W rozważaniach dotyczących twórczej resocjalizacji zasadniczą rolę odgrywają trzy zagadnienia określające istotę oddziaływań: twórczość, resocjalizacja i tożsamość.

Twórcza resocjalizacja pokazuje, że u podstaw odnowy idei człowieka – szlachetnego, lepszego – leży nadzieja, że w każdej fazie swego życia, w sprzyjających warunkach jest on zdolny przeobrażać się na korzyść. Ogromną rolę odgrywa w tym wypadku uczestnictwo w kulturze, które daje mu poczucie twórcy lub odtwórcy (w pozytywnym rozumieniu tego słowa) (Konopczyński 2006, s. 21). Na uwagę zasługuje interpretacja pojęcia twórcy przedstawiona przez autora koncepcji, rozumiana przez niego jako „przekraczanie granic swojego niedostosowania, niesprawności, społecznej marginalizacji. Tworzyć to dostosowywać świat do własnych konstruktywnych intencji ulepszania tego co zastane, ale też kreować innych, pomagać im w stawaniu się lepszymi, mądrzejszymi, dojrzałszymi” (Konopczyński 2006, s. 21). Nadrzędną ideą twórczej resocjalizacji jest uwzględnianie i stymulowanie w procesie wychowania dążenia każdej jednostki do samorealizacji. Proces ten jest bowiem właściwy każdemu człowiekowi bez względu na poziom jego przystosowania społecznego. Samorealizacja człowieka ma związek z twórczością rozumianą jako zdolność do wykorzystywania wszystkich swoich możliwości do wyzwalania potencjalnych sił osobowości (Konopczyński 2006, s.45). Przyjmuje się zatem, że osobowość osób niedostosowanych jest zubożona o te parametry, które ich rówieśnikom poddawanych procesom prawidłowej socjalizacji pozwalają pełnić role społeczne w sposób adekwatny i akceptowany. Działalność resocjalizacyjna zmierzać zatem powinna do kreatywnego uzupełniania tożsamości nieletnich o nowe parametry (Konopczyński 2006, s.47). Kluczowym

pojęciem wskazującym na umiejscowienie w podejściu salutogenicznym jest tożsamość podmiotu traktowana jako resocjalizacyjna kategoria zmiany, wyznaczająca kierunki aktywności pedagogicznej. Tożsamość człowieka zawierająca określone dyspozycje pozwala regulować relacje społeczne, może być dla niego źródłem satysfakcji, zmartwień lub nawet, co może dotyczyć osób niedostosowanych, piętna (Konopczyński 2006, s.94). Osoby niedostosowane w procesie socjalizacji zostają wyposażone w ubogie kompetencje społeczne, system wartości i umiejętności rozwiązywania problemów. Oddziaływania resocjalizacyjne koncentrują się na działaniach modyfikujących sferę i strukturę Ja, w szczególności odnosząc się do wpływu innych osób. Jest to jedna z możliwości zbudowania i przekazania osobom niedostosowanym konstruktywnych wzorów do naśladowania. W ten sposób mają oni możliwość porównania się do wzoru (osoby), która imponuje i która może wywrzeć na osobę niedostosowaną pozytywny wpływ, choć niekoniecznie wspomnianym wzorem musi być wychowawca czy pedagog. Istotne jest natomiast by mechanizm wzoru był dla osoby niedostosowanej osiągalny oraz dawał możliwość utożsamiania się ze wzorem i tym samym wyciąganiu wniosków na własny temat (Konopczyński 2006, s. 100). Zasadniczym celem twórczej resocjalizacji jest rozwój nowych kompetencji i umiejętności, a w konsekwencji nowych parametrów tożsamości osób niedostosowanych. Rozwój ten wiąże się także z nabywaniem nowego sposobu autoprezentacji społecznej, zmierzającej do wywierania innego, lepszego wrażenia na ludziach z bliższego lub dalszego otoczenia. Osoby niedostosowane w różnych sytuacjach wyciągają niewłaściwe wnioski i prezentują się w nieadekwatny kontekstowo sposób, który może mieć zarówno charakter konformistyczny jak i antagonistyczny. W pierwszym przypadku, konformistycznego sposobu autoprezentacji dotyczyć on może podporządkowania się grupie podkulturowej, w drugim antagonistycznym wymiarze odnosić się będzie do braku umiejętności wypełniania w sposób oczekiwany różnych ról społecznych (Konopczyński 2006, s. 112). Twórcza resocjalizacja w zależności od zastosowanych technik i środków metodycznych umożliwia modyfikowanie istniejącego, powodującego negatywny wizerunek społeczny osoby niedostosowanej lub kreowanie nowych, konstruktywnych dla publicznego wizerunku parametrów osobowych. Oba procesy nie występują samoistnie a przeplatają się i uzupełniają tworząc przestrzeń rozwoju osób niedostosowanych, której istotą jest rozwijanie strukturalnych czynników procesów twórczych (Konopczyński 2006, s. 121). Umiejscowienie omówionej koncepcji w perspektywie salutogenicznej jest uprawnione przede wszystkim ze względu na to, że resocjalizacja jest w niej traktowana jako proces rozwijania i kreowania potencjałów nie zaś korygowania deficytów jednostki. Twórcza resocjalizacja traktuje także niedostosowanie nie jako skutek wadliwych postaw, ale jako przejaw wadliwie ukształtowanej tożsamości, a jej celem jest wykreowanie nowych parametrów tożsamości za pomocą procesów twórczych a nie korektywna zmiana przekonań, nastawień, reakcji, zachowań czy postaw (Konopczyński 2006, s. 128).

Przedstawione powyżej podejścia odnoszą się przede wszystkim do resocjalizacji nieletnich wykazujących przejawy niedostosowania społecznego. W przypadku osób tej kategorii perspektywa osiągnięcia pozytywnych efektów resocjalizacyjnych koncentruje uwagę wielu specjalistów z zakresu resocjalizacji i tym samym sprzyja rozwojowi różnych koncepcji interwencji resocjalizacyjnej. Nie można jednak zapominać, że istotnym problemem jest także resocjalizacja osób dorosłych, która w tym wymiarze zapobiegać ma recydywie i sprzyjać readaptacji społecznej. Kontekst społeczno-polityczny, w jakim odbywa się praca z przestępcami powoduje, że podejmowane oddziaływania resocjalizacyjne z dużym prawdopodobieństwem są poddawane bardzo dokładnej analizie skuteczności. Doprowadziło to do opracowania modelu interwencji resocjalizacyjnych wobec sprawców przestępstw powszechnie znanego jako „to, co działa” (w przeciwieństwie do Martinsonowskiego „nic nie działa”) lub „reagowanie na potrzeby-ryzyko” (lub RNR), oparte w dużej mierze na pracy Dona Andrews i James Bonta. Podejście RNR koncentruje się wokół zastosowania szeregu podstawowych zasad resocjalizacji i jest przykładem podejścia związanego z szacowaniem ryzyka. Model ten określa się jako Model Ryzyka – Potrzeby – Reaktywności. Choć model ten nie może być uznany za jednoznacznie powiązany z analizowanym podejściem salutogenicznym to zawiera przesłanki wykorzystywane przez zwolenników podmiotowego myślenia o resocjalizacji. Najczęściej przedstawiany jest jako zbiór trzech zasad odnoszących się do nazwy modelu (zasady ryzyka, potrzeby i zasady responsywności), z których każda stara się zidentyfikować typ osoby, którą można uznać za odpowiednią do podjęcia wobec niej inicjatywy resocjalizacyjnej (por. A. Day, S. Casey, T. Ward, K. Howells, J.Vess, 2010). Zgodnie z powyższymi rozważaniami, projektowanie i podejmowanie właściwych działań terapeutycznych i resocjalizacyjnych w stosunku do sprawców przestępstw wymaga uwzględnienia różnych czynników, które kształtują specyfikę ich sytuacji. Sugeruje to na jednoznaczne przypisanie tego modelu do podejścia salutogenicznego, chociażby z powodu eksponowania przez autorów czynników ryzyka sprzyjających zachowaniom przestępczym. W kontekście analizowanego problemu warto zwrócić uwagę na trzecią z zasad, czyli zasadę reaktywności (responsywności) zgodnie z którą rodzaj interwencji korekcyjnych powinien być dostosowany do właściwości, możliwości intelektualnych i stylu uczenia się sprawcy; powinien także uwzględniać różną motywację skazanych do zmiany i zawierać elementy zmierzające do jej wzbudzenia (Day, Casey, Ward, Howells, Vess 2010). Czynniki te uwzględniają poniżej omówione modele: Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy oraz Model Dobrego Życia.

Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy (MORM)

Wspomniany wyżej Model RNR koncentruje się, jak wskazano, wokół zastosowania szeregu podstawowych zasad resocjalizacji sprawców przestępstw, z których

każda stara się zidentyfikować typ osoby, którą można uznać za odpowiednią do podjęcia wobec niej inicjatywy resocjalizacyjnej. Być może największy postęp osiągnięto w zakresie oceny ryzyka, istnieje bowiem wiele specjalistycznych narzędzi zaprojektowanych w celu ułatwienia identyfikacji tych, którzy najprawdopodobniej ponownie popełnią przestępstwo wykazując tym samym największą skłonność do recydywy. Przestępczość traktowana może być jako swoista kariera, która przebiega na kształt sinusoidy i w której aktywność przestępcza może przeplatać się z okresem braku takiej aktywności. Przestępczość może też być postrzegana jako styl życia. Zmiana przebiegu kariery jak i zmiana stylu życia wymaga między innymi odpowiedniej siły motywacji i gotowości do zmian. Zasadniczo właśnie pojęcie gotowości jest traktowane jako kluczowe i oznacza ono „obecność cech (stanów lub predyspozycji) albo wewnątrz osoby, albo w sytuacji terapeutycznej, które mogą wspierać zaangażowanie w terapię i które w ten sposób mogą poprawić terapeutyczną zmianę” (Howells, Day 2002, s. 320). Skoro celem interwencji ma być ograniczenie powrotności do przestępstwa to wysiłek oddziaływań powinien być skierowany na pracę z tymi, którzy są najbardziej skłonni do ponownego popełnienia przestępstwa aniżeli wobec tych, którzy prawdopodobnie nie powrócą do przestępczej aktywności. Szczególną rolę, zwłaszcza przy określaniu głównych celów (tj. tych obszarów funkcjonowania sprawcy, które powinny być uwzględnione w programach rehabilitacyjnych) odgrywają „dynamiczne” czynniki ryzyka, znane także jako „potrzeby kryminogenne”. Stosunkowo najmniej uwagi poświęcano reaktywności sprawców. Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawców (MORM) koncentruje się wokół pojęcia „gotowości do udziału w oddziaływaniach resocjalizacyjnych”, który to termin obejmuje wewnętrzne komponenty responsywności (motywacja sprawcy, świadomość problemu, emocjonalna zdolność do angażowania się w oddziaływanie, cele i tożsamość osobista), a także te zewnętrzne elementy, które mogą być specyficzne dla środowiska w którym przebiega proces resocjalizacji (por. Day, Casey, Ward, Howells, Vess 2010, s. 6). MORM został opracowany w sposób umożliwiający rozróżnienie trzech różnych, choć powiązanych ze sobą konstruktów: motywacja do udziału w resocjalizacji, responsywności i gotowości. Konstrukty motywacji i responsywności są konceptualizowane jako nieco węższe niż zakres gotowości. Gotowość wskazuje co jest potrzebne do pomyślnego wejścia do programu, podczas gdy responsywność skupia uwagę na tym, co może utrudniać zaangażowanie się w terapię lub programy resocjalizacyjne.

Pojęcie gotowości zostało zdefiniowane jako obecność cech (stanów lub dyspozycji) klienta lub sytuacji terapeutycznej, które prawdopodobnie będą sprzyjać zaangażowaniu w terapię i w ten sposób prawdopodobnie wzmocnią zainicjowaną zmianę terapeutyczną. W modelu MORM wyróżniamy trzy typy czynników behawioralnych, które mają wpływ na gotowość. Czynniki te można postrzegać w perspektywie sekwencji czasowej. Po pierwsze, sprawca musi postrzegać swoje obecne zachowanie jako problemowe. Po drugie musi szukać pomocy by zacho-

wanie to zmienić. Po trzecie musi mieć kompetencje, aby uczestniczyć w procesie terapeutycznym (Ward, Day, Howells, Birgden 2007, s. 650). Modele zmiany zachowania często sugerują, że dana osoba może chcieć (tj. jest zmotywowana), aby zmienić jakiś aspekt swojego funkcjonowania, ale podchodzi niechętnie do tego co należy zmienić (Ward, Day, Howells, Birgden 2007, s. 650). Zatem gotowość do udziału w terapii (w odróżnieniu od gotowości do zmiany) oznacza, że osoba jest zmotywowana (tj. chce, ma wolę by do niej przystąpić), potrafi odpowiednio zareagować (tj. uważa, że może), uważa, że program oddziaływań jest odpowiedni i znaczący (tj. może się w niego zaangażować) oraz ma możliwości (tj. jest w stanie) z powodzeniem wejść do programu oddziaływań (Ward, Day, Howells, Birgden 2007, s. 650). Termin *responsywność* jest używany w odniesieniu do zastosowanego stylu i sposobu interwencji podjętej wobec sprawcy. *Reaktywność* może być podzielona na reaktywność wewnętrzną i zewnętrzną. Dla terapeutów szczególne znaczenie mają czynniki obejmujące reaktywność wewnętrzną bowiem to do nich należy dopasowanie treści i tempa oddziaływań przy uwzględnieniu specyficznych cech klienta, takich jak osobowość, funkcje poznawcze, poziom dojrzałości. Natomiast reaktywność zewnętrzna odnosi się do zakresu ogólnych i szczegółowych kwestii, takich jak korzystanie z określonych metod i technik. Odpowiedzialność zewnętrzna obejmuje także cechy osób zaangażowanych w oddziaływanie. Motywacja w tym kontekście dotyczy tego, czy ktoś chce rozpocząć udział w terapii i w jakim stopniu czyni to z własnej woli a nie na skutek zewnętrznych okoliczności (Day, Casey, Ward, Howells, Vess 2010, s. 9 i n.).

Wieloczynnikowy Model Gotowości Przestępców (MORM) wskazuje na przeszkody lub bariery utrudniające osiągnięcie pożądaných efektów oddziaływań resocjalizacyjnych, które mogą tkwić w danej osobie poddawanej oddziaływaniom, zawierać się w kontekście lub które mogą dotyczyć samej terapii lub środowiska terapeutycznego (Day, Casey, Ward, Howells, Vess 2010, s. 6). Autorzy proponują następującą definicję gotowości do udziału w programach resocjalizacji: obecność cech (stanów lub dyspozycji) sprawcy lub sytuacja terapeutyczna, która może sprzyjać zaangażowaniu w terapię a tym samym prawdopodobnie wzmocni zmianę terapeutyczną (Day, Casey, Ward, Howells, Vess 2010, s. 6). Zgodnie z tą definicją, gotowość do zmiany uporczywych zachowań przestępczych, wymaga istnienia określonych warunków wewnętrznych i zewnętrznych w określonym kontekście. Należy zaznaczyć, że niski poziom gotowości może być w równym stopniu cechą kontekstu terapeutycznego i otoczenia, jak i wewnętrznych cech danej osoby. W celu zwiększenia szans na zaangażowanie się sprawcy w przebieg interwencji resocjalizacyjnej, należy pamiętać o znaczeniu czynników poznawczych, takich jak oczekiwania i ocena leczenia, motywacja, zewnętrzne wsparcie i odpowiednia kultura instytucjonalna (Howells, Day 2002).

Wyodrębnione w modelu wewnętrzne czynniki gotowości jednostki lub osoby obejmują: *czynniki poznawcze* – wśród których wyróżnia się *nastawienia*, *przekonania* i *wzorce myślenia*, mogące osłabić zaangażowanie w zachowania przestępcze.

Zgodnie z modelem MORM, wielu przestępców przejawia postawy, przekonania i sposób myślenia, które zmniejszają ich chęć zaangażowania się w terapię. Istnienie negatywnych postaw i przekonań może skutkować tendencją do postrzegania świata i działań innych osób w negatywnym świetle co wyzwałać może opór wobec podejmowanych oddziaływań czy terapii. Opór utrudnia osiągnięcie celów terapeutycznych i sprzyja przedwczesnemu zakończeniu udziału w terapii lub programie oddziaływań. Stymulującą lub ograniczającą rolę może pełnić także poczucie własnej skuteczności, które jest czynnikiem poznawczym potencjalnie wpływającym na gotowość sprawcy do udziału w terapii. Poczucie własnej skuteczności wiąże się z samooceną dotyczącą tego, jak dobrze można wykonać działania, z którymi trzeba się zmierzyć. Bandura i Locke (2003) sugerują, że postrzeganie własnej skuteczności wiąże się zarówno ze zwiększoną motywacją, jak i skutecznością oddziaływań. Natomiast niski poziom poczucia własnej skuteczności u sprawców będzie wiązał się ze zdecydowaniem niższą skutecznością podjętych oddziaływań. Kolejnym czynnikiem składającym się na gotowość są *emocje* rozpatrywane w trzech aspektach: *zdolności do osiągnięcia i doświadczenia stanów emocjonalnych*, *zdolności do wyrażania emocji oraz zdolności do refleksji* na temat stanów emocjonalnych. Warunkiem koniecznym przystąpienia do programu terapeutycznego jest osiągnięcie podstawowego poziomu kontroli emocjonalnej. W ustalaniu poziomu gotowości sprawcy do udziału w terapii nie można pomijać roli jaką odgrywają emocje związane z popełnionym przestępstwem, takie jak poczucie winy, wstydu czy wyrzuty sumienia. Jak wskazują autorzy wstyd, bardziej niż poczucie winy, może być powiązany z innymi zmiennymi psychologicznymi, które mogą osłabiać gotowość sprawcy. Poczucie wstydu wiąże się z niską empatią, złością, drażliwością, eksternalizacją, obwinianiem innych za negatywne wydarzenia, urazą a nawet z myślami samobójczymi (Ward, Day, Howells, Birgden 2007, s. 654). Następną grupę czynników stanowią *czynniki behawioralne*, czyli związane z zachowaniem, które są wymagane dla skutecznego zaangażowania się w konkretne oddziaływanie. Obejmują one: zdolność (lub jej brak) do dokładnej oceny czyjeś obecnego zachowania co jest uwarunkowane normami kulturowymi, umiejętnościami rozpoznania problemu, szukaniem pomocy w przypadku problemów oraz tworzeniem relacji i posiadaniem podstawowych kompetencji społecznych i kognitywnych. Oznacza to, że gotowość do udziału w terapii jest wyznaczona przekonaniem przestępcy co do tego, że popełniony przez niego czyn stanowi problem co powoduje podjęcie decyzji o poszukaniu pomocy u innych. Ma on bowiem świadomość, że samodzielnie nie jest w stanie poradzić sobie z przestępczymi skłonnościami. Podjęcie decyzji o zaniechaniu dalszej przestępczej aktywności jest jednoznacznym wskaźnikiem gotowości do przystąpienia do terapii (programu resocjalizacyjnego) i chęci poznania strategii i przyswojenia umiejętności, które pomogą osiągnąć ten cel (Ward, Day, Howells, Birgden 2007, s. 657). Z kolei *czynniki wolicjonalne* to zmienne odnoszące się do sformułowania zamiaru zrealizowania określonego celu oraz opracowania, a następnie wdroże-

nia planu osiągnięcia tego celu. Motywacja do podjęcia terapii obejmuje zamiar (tj. wolę) poszukiwania istotnych celów obejmujących także chęć zachowań prospołecznych. Ostatnią grupę stanowią *czynniki osobowościowe* będące zmiennymi obejmującymi najważniejsze elementy wartości i przekonań danej osoby. Osobista tożsamość przestępcy odzwierciedla jego podstawowe wartości i sposób ich urzeczywistniania w określonych kontekstach własnego życia. Wspomniane konteksty obejmują na przykład pochodzenie, płeć, wykształcenie i wiek. Gotowość polega zatem na tym, że osobista tożsamość danej osoby musi uwzględniać możliwość zmiany stylu życia na wolny od przestępstw (i obejmuje możliwość zmiany) oraz nie opiera się na głębokiej internalizacji wzorów zachowań przestępczych (Ward, Day, Howells, Birgden 2007, s. 651–662). Istotne dla gotowości będzie to, by tożsamość danej osoby umożliwiała zmianę w kierunku wymaganym przez oddziaływania resocjalizacyjne. Z kolei gotowość kontekstowa obejmuje czynniki odnoszące się do okoliczności, w jakich oferowane są programy (nakazane vs dobrowolne, typ popełnionego przestępstwa), ich lokalizację (więzienie, społeczność) i możliwość udziału (dostępność programu), a także poziom istniejącego wsparcia interpersonalnego (dostępność życzliwych sprawcy osób, które udzielą mu pomocy w różnych sytuacjach) oraz dostępność odpowiednich zasobów (jakość programu, dostępność przeszkolonych i wykwalifikowanych terapeutów, odpowiednia kultura). Zarówno czynniki osobiste jak i kontekstowe tworzą kompilację pozwalającą określić prawdopodobieństwo, czy dana osoba będzie gotowa do skorzystania z programu oddziaływań (Day, Casey, Ward, Howells, Vess 2010, s. 7, 8).

Drugą grupę czynników sprzyjających gotowości stanowią *warunki zewnętrzne*, do których zaliczono: *okoliczności odnoszące się do osobistej sytuacji przestępcy* i stopnia w jakim ułatwia ona zaangażowanie w terapię. Najważniejszą kwestią jest ustalenie czy udział w terapii ma charakter dobrowolny czy przymusowy, *lokalizacja*, czyli ustalenie czy podjęte oddziaływania resocjalizacyjne lub terapeutyczne mają miejsce w placówce penitencjarnej czy w warunkach wolnościowych (co ułatwia kontakty z osobami bliskimi) oraz *możliwości*, czyli czynniki odnoszące się do dostępności terapii i programów w ramach instytucji, w której znajduje się przestępca. Z możliwościami powiązane mogą być *zasoby*, czyli czynniki odnoszące się do zakresu realizacji programów terapeutycznych a obejmujące dwa istotne elementy: *obecność wykwalifikowanego i wyszkolonego personelu*, od którego wymaga się posiadania odpowiedniej wiedzy i doświadczenia w pracy z osobami prezentującymi oraz *zasoby fizyczne* konieczne do przeprowadzenia programu. Znaczącym elementem określającym możliwości jest *wsparcie*. Pod tym pojęciem należy rozumieć działania osób, które dobrze życzą przestępcy i mogą pomóc mu w przezwyciężaniu problemów. Znaczenie może mieć w tym przypadku: obecność i aktywność pracowników penitencjarnych, kuratorów, duszpasterzy zachęcających przestępcę do uczestnictwa w konkretnym programie czy zachęcających do kontynuowania terapii w chwilach zwątpienia. Ostatnim czynnikiem wymagającym uwzględnienia jest *rodzaj programu i jego koordynacja*. Jeśli decyzja o szukaniu

profesjonalnej pomocy została już podjęta, przestępca musi uznać, że wskazany program jest właściwym sposobem otrzymania tejże pomocy. Pomoc w rozwiązywaniu problemów zazwyczaj pochodzi z trzech głównych źródeł: wsparcia nieformalnego (np. rodzina, przyjaciele i duchowni), usług „dodatkowych” (w tym opieka medyczna) i formalne wsparcie ze strony instytucji penitencjarnej (psychiatrzy, psycholodzy, wychowawcy). W efekcie sprawca jest gotów do pracy nad konkretnym problemem, z określonym terapeutą w ramach dostępnego programu (Ward, Day, Howells, Birgden 2007, s. 662–665).

Programy resocjalizacyjne, które zostały odpowiednio zaprojektowanych i zrealizowane oraz ukierunkowane na potrzeby kryminogenne mogą prowadzić do redukcji kryminogennych potrzeb i tym samym powodować obniżenie poziomu ryzyka powrotności do przestępstwa. Opisany model uwzględnia nie tylko gotowość danej osoby do udziału w programie, ale także wskazuje możliwość zmiany zachowania (w sensie ogólnym); wyeliminowania konkretnych problemów poprzez zastosowanie specyficznych metod (np. terapii poznawczo-behawioralnej) na określony czas. Gotowość do udziału w programach resocjalizacyjnych wymaga od sprawców przestępstw nie tylko uznania, że popełniony przez nich czyn jest problemem, ale muszą także podjąć decyzję o szukaniu pomocy u innych. Sugeruje to przekonanie, że oni sami nie są w stanie się powstrzymać lub zredukować swoich destrukcyjnych zachowań bez profesjonalnej pomocy. Decyzja sprawcy podejmującego prawdziwe zobowiązanie by powstrzymać się od ponownego przestępstwa otwiera drogę do działań umożliwiających mu przyswojenie odpowiednich umiejętności oraz wypracowanie strategii, które pozwolą osiągnąć ten cel. Na decyzję o szukaniu pomocy mogą również wpływać zróżnicowane czynniki, takie jak rodzaj dostępnych świadczeń pomocowych, postawy lub przekonania na temat tych działań, przekonania na temat znaczenia prywatności i autonomii lub prawdopodobieństwo wystąpienia problemów. Zakres, w jakim określone zachowanie jest identyfikowane jako problem, częściowo wynika z zasad i norm kulturowych odnoszących się do tego, co jest akceptowalne lub odpowiednie (na przykład kobiety mają generalnie bardziej pozytywne nastawienie do poszukiwania pomocy niż mężczyźni) oraz od środowisk, w których pewne rodzaje przestępstw mogą być uważane za zachowania normatywne. W takich sytuacjach istnieje małe prawdopodobieństwo, aby dana osoba uznała swoje przestępstwo za problematyczne. Również inne czynniki kontekstowe, takie jak ubóstwo, mogą wpływać na decyzję o uznaniu określonego zachowania za problematyczne lub nie. Przeszkodą może być również sytuacja „fałszywej” gotowości, oznaczająca, że przestępca może być gotowy do pracy nad konkretnym problemem, ale niekoniecznie będzie to ten sam problem, który terapeuta uważa za istotny (por. Day, Casey, Ward, Howells, Vess 2010, s. 8).

Wszystkie czynniki obejmujące gotowości wewnętrznej i zewnętrznej zidentyfikowane w modelu MORM mają bezpośredni związek z późniejszym zaangażowaniem w terapię i jej skuteczność. Sprawcy przestępstw, którzy wykazują gotowość

do udziału w oddziaływaniach resocjalizacyjnych aktywnie zaangażują się w nie, co uwidacznia się we wskaźnikach frekwencji, uczestnictwa i ukończenia programu. Reasumując można stwierdzić, że cechy najbardziej powiązane z gotowością obejmują trzy obszary: poznawcze, afektywne i behawioralne. W obszarze poznawczym największą rolę w ocenie gotowości odgrywa stopień rozpoznania problemu i decyzja o konieczności poszukania pomocy a także przekonanie co do adekwatności oferowanych programów. W zakresie afektywnym jako potencjalne symptomy gotowości rolę odgrywają uczucia lęku, depresji, poczucia winy lub wyrzuty sumienia, a w obszarze behawioralnym znaczenie mają dostęp do wsparcia społecznego i zdolność do funkcjonowania w grupie. Zatem możliwości podniesienia gotowości do udziału w oddziaływaniach zależą od stopnia w jakim wspomniane czynniki stanowią będą przeszkodą w pełnym zaangażowaniu się w terapię lub oddziaływania resocjalizacyjne. Zasadniczym problemem zawsze będzie niska motywacja i to od podniesienia jej poziomu należałoby rozpocząć proces interwencji resocjalizacyjnej. Model MORM, jak sugerują autorzy, wyznacza ramy, dzięki którym można zbadać i zmodyfikować poszczególne czynniki związane z gotowością i zaplanować i skoordynować skuteczną strategię oddziaływań dostosowując metody do szczególnych potrzeb sprawców przestępstw (Ward, Day, Howells, Birgden 2007).

Model dobrego życia (Good Life Model)

Przykładem kolejnego podejścia salutogenicznego w resocjalizacji odwołującego się do potencjałów jednostki, możliwości rozwijania jej zasobów a nie podkreślanu psychospołecznych deficytów jest także Good Life Model. Został opracowany jako alternatywne rozwiązanie teoretyczne, które zachowując zalety tradycyjnych podejść wobec interwencji resocjalizacyjnej jednocześnie podkreśla aktywne zaangażowanie uczestników procesu resocjalizacji w kształtowaniu zachowań prospołecznych i zaniechaniu aktywności przestępczej (Willis, Ward 2013, s. 306). Zasadniczym celem podejmowanych interwencji jest wyposażenie podopiecznych w zasoby zarówno wewnętrzne jak i zewnętrzne, które pozwolą na kształtowanie idei „dobrego życia” w zgodzie z oczekiwaniami zarówno społecznymi jak i osobistymi. Jednym z głównych założeń modelu jest przekonanie, że człowiek z natury jest skłonny do poszukiwania określonych rodzajów doświadczeń i dóbr oraz że odczuwa wysoki poziom dobrego samopoczucia, jeżeli te dobra znajdzie. Zgodnie z tym modelem zachowania przestępcze powstają, gdy jednostka nie ma wewnętrznych lub zewnętrznych zasobów do osiągnięcia swoich celów w prospołeczny sposób. Zakłada się, że problemy przestępcze i psychologiczne są bezpośrednią konsekwencją złych prób osiągnięcia znaczących dla jednostki dóbr (Willis, Ward 2013, s. 308). Model GLM stanowi próbę rozwinięcia wspomnianego wcześniej modelu RNR opracowanego przez D.A. Andrewsa i J. Bonty. Model RNR

jest przykładem podejścia związanego z szacowaniem ryzyka. Najczęściej przedstawiany jest jako zbiór trzech zasad odnoszących się do nazwy modelu (Andrews, Bonta 2006; Bonta, Andrews 2010). Podstawowym założeniem modelu jest przekonanie, że sprawcy przestępstw ulegają różnego rodzaju czynnikom kształtującym ich sytuację i sprzyjającym powrotności do przestępstwa. Zatem podstawowym celem resocjalizacji opartym na RNR jest zmniejszenie ryzyka recydywy przez redukcję czynników ryzyka określanych jako dynamiczne czynniki ryzyka (Ward Heffernan 2017). Czynniki te mają charakter zmienny i mogą przyjmować zróżnicowany wymiar u różnych kategorii sprawców obejmując między innymi postawy antyspołeczne, niską samoocenę, historię wiktymizacji, poziom samoregulacji i inne (Andrews, Bonta 2006; Hanson, Morton-Bourgon 2005). Ich przeciwieństwem są potrzeby niekryminalne traktowane jako zasoby, na których rozwijanie ukierunkowana winna być interwencja resocjalizacyjna. Do tej kategorii zalicza się przykładowo: umiejętność radzenia sobie z problemami, zaangażowanie w pracę, utrzymywanie trzeźwości, ponadto samokontrolę, wewnętrzne poczucie kontroli, warunki życiowe, realistyczne cele życiowe, inteligencję i radzenie sobie z problemami (Ward, Heffernan 2017).

W koncepcji GLM czynniki ryzyka (DRF) są traktowane jako bariery wewnętrzne lub zewnętrzne utrudniające prawidłowe funkcjonowanie zatem cały wysiłek resocjalizacyjny powinien być ukierunkowany nie na ich eliminowanie, ale na rozwijanie mocnych stron osoby (Ward, Maruna 2007).

Porzucenie zachowań przestępczych jest zatem możliwe, gdy wyposażą się te jednostki w wiedzę, umiejętności, zasoby i szansę do prowadzenia „dobrego życia”, które będą uwzględniały ich preferencje, zainteresowania i wartości. Zasadniczym celem resocjalizacji jest umożliwienie osobie stworzenia planu życia obejmującego sposoby skutecznego zdobywania podstawowych dóbr bez krzywdzenia innych. Nie chodzi tu tylko o zmniejszanie czynników ryzyka, ale całościową rekonstrukcję tożsamości jednostki. Podejście to wymaga poznania „mocnych stron” jednostki, podstawowych dóbr, właściwości środowiska, w którym funkcjonuje oraz uwzględnienia możliwości jednostki do decydowania o sobie.

Ward i Maruna zaproponowali jedenaście klas dóbr podstawowych obejmujących: (1) życie (w tym zdrowe życie i funkcjonowanie); (2) wiedza; (3) doskonałość w aktywności (zabawie, grze, rozrywce (*play*)) (4) doskonałość w pracy (w tym doświadczenie mistrzowskie); (5) doskonałość w działaniu (tj. autonomia i samokształcenie); (6) spokój wewnętrzny (tj. Uwolnienie od emocjonalnego zamętu i stresu); (7) przyjaźń (w tym związki intymne, romantyczne i rodzinne); (8) społeczność; (9) duchowość (w szerokim sensie odnajdywania sensu i celu życia); (10) szczęście; i (11) kreatywność (za: Ward, Maruna 2007; Willis, Ward 2013, s. 308). Ponieważ można założyć, że wszyscy ludzie dążą do tych samych dóbr to jednak należy mieć na uwadze indywidualne priorytety życiowe hierarchizujące wspomniane dobra. W związku z tym interwencje resocjalizacyjne ukierunkowane na powstrzymanie procesu recydywy winny koncentrować się na

wskazywaniu prospołecznych sposobów osiągnięcia podstawowych dóbr ważnych z punktu widzenia podopiecznego. Zablockowanie dostępu do dóbr podstawowych bez wskazywania alternatywnych sposobów ich osiągnięcia może doprowadzić do frustracji, braku umiejętności formułowania celów, a ostatecznie zwiększyć ryzyko powrotności do zachowań przestępczych (Willis, Ward 2013, s. 308).

Koncepcja GLM zakłada, że ludzie koncentrują się w życiu na realizacji podstawowych wartości budując wokół nich swój plan życiowy. Zachowania przestępcze są wynikiem błędów w tworzeniu planu życiowego oraz podejmowania bezpośrednich jak i pośrednich działań zmierzających do realizacji podstawowych dóbr. Działania bezpośrednie oznaczają, że jednostka dąży do zdobycia nieosiągalnych dla niej dóbr podejmując działania przestępcze. Zasadniczą cechą działań bezpośrednich jest świadome stosowanie nieaprobowanych środków. Natomiast działania pośrednie mają miejsce wówczas, gdy dana osoba nie ma bezpośrednio zamiaru łamania prawa jednak nie potrafi w sposób społecznie aprobowany zdobywać istotnych dla niej dóbr (Willis, Ward 2013, s. 308).

Działania resocjalizacyjne formułowane są wspólnie z podopiecznym i przekładane na plan interwencji Good Lives (GL). Interwencje mają na celu uzupełnienie repertuaru sprawności klienta poprzez wzmocnienie jego zdolności do osiągania wartościowanych dóbr w społecznie akceptowany sposób. Koncepcja GLM opiera się na zastosowaniu siedmiu modułów ujmowanych w programach leczenia i terapii różnych kategorii przestępców.

Moduły te obejmują: ustalenie norm terapii, restrukturyzację poznawczą, radzenie sobie z dewiacyjnym pobudzeniem, wpływ na ofiarę i trening empatii, regulacja wpływu, trening umiejętności społecznych i zapobieganie nawrotom (Willis, Ward 2013, s. 308 i n.).

Autorzy podkreślają, że większość modułów kojarzy się z nadrzędnymi dobrami podstawowymi, którymi może być na przykład, w zrozumieniu modułu kognitywnej restrukturyzacji, wiedza, osiągnięta poprzez dostarczenie przestępcom informacji, w jaki sposób ich myśli, uczucia i działania doprowadziły ich do złamania prawa. Natomiast moduł szkolenia umiejętności społecznych jest związany z nadrzędnymi dobrami takimi jak przyjaźń czy prospołeczność. Nadrzędne dobra realizowane za pośrednictwem każdego modułu powinny zostać wyraźnie powiązane z planami "dobrego życia" (GL) poszczególnych klientów indywidualnych (Willis, Ward 2013, s. 308 i n.). Indywidualny plan GL każdego członka grupy (w warunkach instytucjonalnych) powinien informować o charakterze planowanych wobec niego interwencji, co oznacza, że niektóre formy oddziaływań – a niewykluczone, że i całe moduły – mogą być nieodpowiednie dla niektórych kategorii sprawców. Dopasowywanie treści interwencyjnej i intensywności oddziaływań do indywidualnych planów GL klienta jest najbardziej skuteczne w przypadku terapii grupowej realizowanej w postaci tak zwanych grup ciągłych zamiast grup zamkniętych (oznacza to, że nowy uczestnik dołącza do grupy w momencie, gdy inny zostaje zwolniony, co powoduje, że członkowie grupy znajdują się na różnych

etapach terapii i postępów resocjalizacyjnych). Jednym z elementów indywidualnego planu GL jest także podejmowanie interwencji w celu rozwijania umiejętności tworzenia prospołecznych relacji.

Reasumując GLM stanowi koncepcję resocjalizacyjną, której celem jest wskazanie zakresu celów i wartości leżących u podstaw interwencji resocjalizacyjnych, nie jest natomiast propozycją konkretnego modelu leczenia. Jej celem jest zapewnienie kompleksowych rozwiązań dla praktyki resocjalizacyjnej. W istocie funkcjonuje ona jako szeroko pojmowana matryca, którą należy uzupełnić konkretnymi działaniami bazującymi na określonych teoriach (na przykład poznawczo-behawioralnych) adekwatnych do zamierzonych interwencji (Willis, Ward 2013, s. 312).

Podsumowanie

Przewodnią ideą omówionych nurtów jest eksponowanie przewagi metod doradczych i terapeutycznych w postępowaniu resocjalizacyjnym nad metodami represyjnym. Można je traktować jako perspektywę modyfikującą oferowane powszechnie sposoby oddziaływań. W podejściu salutogenicznym eksponowana jest zmiana metod oddziaływań resocjalizacyjnych i terapeutycznych na takie, które są lepiej dostosowane do zbiorowości podopiecznych pod względem wymaganego poziomu umiejętności. Elastyczność oddziaływań uwzględniająca właściwości jednostki pozwala na modyfikowanie elementów strukturalnych przyjętej strategii oddziaływań (np. rodzaj oddziaływań czy czas trwania) jak i metod oddziaływania. Oddziaływania oparte na takich przesłankach wymagają oczywiście znacznego zaangażowania wychowawców, terapeutów oraz różnorodnych form wsparcia społecznego. Jednak przynoszą pożądany skutek w resocjalizacji i terapii różnych kategorii sprawców, w tym także przestępców seksualnych czy sprawców z zaburzeniami psychopatycznymi.

Abstract: The salutogenic approach in social rehabilitation

Concept review.

The salutogenic approach is one of the leading ways of thinking about rehabilitation. It emphasizes the subjectivity of people participating in the rehabilitation process. The overriding aim of social rehabilitation interventions is to support changes that naturally occur in an individual's life, focusing on their potentials. This approach is reflected in various theoretical concepts supported by practice and the postulated directions of social rehabilitation interventions. This approach is also known in Polish rehabilitation thought. The aim of this theoretical study was to discuss the most important concepts of social rehabilitation referring to this perspective. The most famous concepts supported by research were presented: creative rehabilitation, multifactorial offenders readiness model and the model of a good life. The mentioned concepts give the possibility of unconventional treatment of social rehabilitation interactions, an individual approach to each person requiring social rehabilitation or thera-

peutic interventions, and may be an inspiration when designing interactions with the most difficult categories of offenders.

Key words: salutogenic approach, ergotropic treatment, creative social rehabilitation, multifactorial offender readiness model, good life model.

Bibliografia

- [1] Andrews D.A., Bonta J., 2006, *The psychology of criminal conduct* (4th ed.), Anderson Publishing, Cincinnati, OH.
- [2] Bandura A., Locke E.A., 2003, *Negative self-efficacy and goal effects re-visited*, „Journal of Applied Psychology”, nr 88.
- [3] Bonta J., Andrews D.A., 2010, *Viewing offender assessment and rehabilitation through the lens of the risk-need-responsivity model*, [w:] *Offender Supervision: New Directions in Theory, Research and Practice* (red) F. McNeill, P. Raynor, C. Trotter, Willan Publishing, Oxon, UK.
- [4] Czapów Cz., 1978, *Wychowanie resocjalizujące*, PWN, Warszawa.
- [5] Day A., Casey S., Ward T., Howells K., Vess J., 2010, *Transitions to Better Life. Offender readiness and rehabilitation*, Willan Publishing, Davon UK.
- [6] Hanson R.K., Morton-Bourgon K.E., 2005, *The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, nr 73.
- [7] Heszen I., Sęk H., 2007, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [8] Howells K., Day A., 2002, *Readiness for anger management: Clinical and theoretical issues*, „Clinical Psychology Review”, nr 23.
- [9] Konopczyński M., 2006, *Metody twórczej resocjalizacji*, Pedagogium, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [10] Rubacha K., 2016, *Metodologia badań nad edukacją*, WAiP, Warszawa.
- [11] Willis G., Ward T., 2013, *The good lives model: Evidence that it works*, [w:] *What Works in Offender Rehabilitation: An evidence based approach to assessment and Treatment*, (red.) L. Craig, L. Dixon, T. A. Gannon, John Wiley & Sons, West Sussex, UK.
- [12] Ward T., Day A., Howells K., Birgden A., 2004, *The multifactor offender readiness model*, „Aggression and Violent Behavior”, nr 9.
- [13] Ward T., Heffernan R., 2017, *A comprehensive theory of dynamic risk and protective factors*, „Aggression and Violent Behavior”, nr 37.
- [14] Ward T., Hudson S.M., 1998, *A model of the relapse process in sexual offenders*. „Journal of Interpersonal Violence”, nr 13.
- [15] Ward T., Maruna, S., 2007, *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*, Routledge, London, UK.