JANA CHOJECKA

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
w Poznaniu

KSZTAŁTOWANIE GOTOWOŚCI DO ZMIANY JAKO ELEMENT DZIAŁAŃ PREPARACYJNYCH W PROCESIE RESOCJALIZACJI

ABSTRACT. Chojecka Jana, *Kształtowanie gotowości do zmiany jako element działań preparacyjnych w procesie resocjalizacji* [Readiness to Change Formation as a Component of Preparation in Social Rehabilitation Process]. Studia Edukacyjne nr 42, 2016, Poznań 2016, pp. 357-379. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2016.42.21

This article approximates the main issues relate to question what can make social rehabilitation more effective and efficient. Contemporary research focus on concept of readiness and motivation as main components of effective programming for offenders. In the literature we can find many different definitions used by researchers to describe the fenomenon of being ready, willing and able to engage in social rehabilitation process and to change offending behaviors. I will try to show some theories how people change and some methods which can increase readiness to engage in programms.

Key words: readiness to change, motivation, pretreatment interventions, social rehabilitation for offenders

Współczesna myśl kryminologiczna coraz lepiej potrafi odpowiadać na pytania dotyczące źródeł przestępczości. Obszerna literatura odnosząca się do potrzeb kryminogennych[1] zaczyna znajdować odzwierciedlenie w docie-

[1] Por. szerzej D.A. Andrews, J. Bonta, *The Psychology of Criminal Conduct*, New Providence 2010; G. Robinson, I. Crow, *Offender Rehabilitation, Theory, Research and Practice*, London 2009; V. Jiricka i in., *Prediction of Offending: SARPO – The Czech Tool for Assessment of Offenders' Criminogenic Risk and Needs*, Journal of Criminology, 2014, s. 1-8; F.S. Taxman, M.S. Caudy, *Risk tells us Who, but not What or How, Empirical Assessment of the Complexity of Criminogenic Needs to inform Correctional Programming*, Criminology and Public Policy, 2015, 14(1), s. 71-103; D. Wójcik, *Stosowanie w postępowaniu karnym narzędzi diagnostyczno-prognostycznych służących oszacowaniu ryzyka powrotności do przestępstwa*, Warszawa 2012, http://www.iws.org.pl/

kaniach badawczych służących wypracowaniu rzetelnego narzędzia szacowania ryzyka powrotu do przestępstwa już nie tylko na świecie, ale i w Polsce[2]. Dociekania te wpisują się w szeroki i popularny nurt badawczy, zwany What Works oraz w założenia Modelu Risk-Need-Responsivity[3].

Wciąż jednak brakuje jednoznacznej odpowiedzi na pytanie dotyczące skutecznej interwencji resocjalizacyjnej. Pytanie to jawi się jako kluczowe zwłaszcza z perspektywy praktyków, których wysiłki bywają bezowocne w obliczu niejasnych kryteriów diagnostycznych z jednej strony oraz niedookreślonych warunków efektywnego oddziaływania na sprawców przestępstw z drugiej.

Aby móc ustalić „co, kiedy, gdzie i na kogo działa"[4] należy pochylić się nad koncepcją gotowości do zmiany (*readiness to change*). Zrozumienie tej kwestii mogłoby pomóc w odpowiednim doborze programów resocjalizacyjnych, pozwoliłoby ograniczyć wypadanie z oddziaływań, zwiększyłoby efektywne wykorzystanie zasobów oraz przyspieszyło rozwój działań podnoszących gotowość do zmiany[5].

---

pliki/files/IWS_W%C3%B3jcik%20D_Ocena%20ryzyka%20ponownej%20przest.pdf, [dostęp: 10.03.2016]; B. Stańdo-Kawecka, *O koncepcji resocjalizacji w polskiej literaturze naukowej polemicznie*, Probacja, 2010, 1, s. 108-124; J. Chojecka, *Czynniki kryminogenne osadzonych kobiet wyzwaniem dla resocjalizacji penitencjarnej*, Resocjalizacja Polska, 2013, 4, s. 179-192; tejże, *Model dla wszystkich?: spory wokół koncepcji szacowania ryzyka recydywy*, Resocjalizacja Polska, 2014, 7, s. 85-100 i wiele innych.

[2] Por. szerzej doniesienia dotyczące potrzeby wypracowania polskich narzędzi służących szacowaniu ryzyka recydywy: B. Stańdo-Kawecka, *Wybrane problemy profesjonalizacji organów probacyjnych i klasyfikacji sprawców oddanych pod dozór do grup ryzyka*, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego, 2014, XXXIII, s. 11-39; F. Szumski, K. Kasparek, *Szacowanie ryzyka powrotności do przestępstwa seksualnego–podejścia i metody*, http://www.wuj.pl/UserFiles/File/A-Darmowe%20ebooki/Psychologia-sadowa-160-180.pdf, [dostęp: 10.03.2016]; J.K. Gierowski, *Czynniki ryzyka przemocy i psychopatyczne zaburzenia osobowości u sprawców przestępstw seksualnych*, Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2009, 64-65, s. 21-47; A. Barczykowska, *Zastosowanie Modelu R-N-R w diagnozie resocjalizacyjnej dorosłych sprawców przestępstw–rozwiązania angielskie*, Studia Edukacyjne, 2015, 34, s. 243-263; J.K. Gierowski, *Uwagi psychologa sądowego o możliwościach opiniowania o stopniu zagrożenia u osób objętych ustawą z 22 listopada 2013 r.*, Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2014, 82, s. 15-46.

[3] Por. szerzej czym ruch What Works jest oraz jakie są założenia Modelu RNR m.in. J. Bonta, D.A. Andrews, *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*, Canada 2007, https://cpoc.memberclicks.net/assets/Realignment/risk_need_2007-06_e.pdf, [dostęp: 10.03.2016]; J. Chojecka, *Kobieta w więzieniu i jej resocjalizacja – zamierzenia a rzeczywistość*, Poznań 2013; M. Sztuka, *Anachronizm i aktualność. Idee resocjalizacji w sporze o nowoczesność*, Kraków 2013.

[4] J.Mc Guire, *Commentary: Promising answers and the next generation of questions*, Psychology Crime and Law, 2004, 10(3), s. 339.

[5] Por. N. Burrowes, A. Needs, *Time to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders*, Agression and Violent Behavior, 2009, 14, s. 40.

Jak wskazuje M. Muskała, „oczywiste jest (…) że tylko od samego skazanego zależy, czy podjęte (ewentualnie) oddziaływania resocjalizacyjne przyniosą pożądany efekt”[6]. Analizując efektywność i skuteczność oddziaływań resocjalizacyjnych, musimy jednak brać pod uwagę nie tylko indywidualne cechy sprawcy, w tym jego motywację, ale raczej interakcje między osobą, oddziaływaniami oraz czynnikami kontekstualnymi[7].

Przyglądając się koncepcji gotowości do zmiany, warto pamiętać o wymienionych przez M. McMurran i T. Warda trzech obszarach[8], w których mogą występować bariery utrudniające zaangażowanie w proces resocjalizacji, by ciężaru odpowiedzialności za skuteczność oddziaływań nie kłaść jedyne na barki praktyków lub osadzonych, lecz dostrzec mnogość elementów, które gotowość tę modyfikują.

Pochylając się nad koncepcją gotowości do zmiany, warto przyjrzeć się kilku niejednoznacznym pojęciom, bowiem, jak twierdzą A. Mossiēre i R. Serin, niejasność koncepcji reaktywności wynika właśnie z wielości konkurencyjnie stosowanych pojęć. W literaturze przedmiotu spotykamy się między innymi z „motywacją do terapii, motywacją sprawcy do zmiany, motywacją do zaangażowania, gotowością do terapii, gotowością do zmiany czy gotowością do zaangażowania”[9]. W związku z tym warto poświęcić uwagę doprecyzowaniu takich pojęć, jak motywacja, gotowość do zmiany oraz gotowość do podjęcia terapii.

Motywacja nie jest pojęciem jednoznacznym; w zależności od przyjętej perspektywy teoretycznej jest ona postrzegana jako „gotowość do wykonania pewnego utrwalonego wzorca zachowania”[10], jako reakcja organizmu na pewne mechanizmy – bodźce, potrzeby, popędy[11]. Jak wskazuje W. Łukaszewski, wspólne dla tych ujęć teoretycznych jest patrzenie na motywację jako „zespół mechanizmów powodujących uruchomienie, ukierunkowanie, podtrzymanie i zakończenie zachowania”[12].

---

[6] M. Muskała, *Znaczenie gotowości do zmiany w procesie resocjalizacji*, Studia Edukacyjne, 2014, 31, s. 220.

[7] Por. szerzej T. Ward i in., *The multifactor offender readiness model*, Aggression and Violent Behavior, 2004, 9, s. 647.

[8] Są to warunki, program oraz sprawca, por. M. McMurran, T. Ward, *Treatment Readiness, Treatment Engagement and Behaviour Change*, Criminal Behaviour and Mental Health, 2010, 20, s. 81-83.

[9] A. Mossiēre, R. Serin, *A critique of models and measure of treatment readiness In offenders*, Aggression and Violent Bevavior, 2014, 19, s. 383.

[10] W. Łukaszewski, *Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych*, [w:] *Psychologia*, t. 2, red. J. Strelau, Gdańsk 2003, s. 428.

[11] Por. szerzej tamże, s. 427-440.

[12] Tamże, s. 439.

Nie dość, że mechanizmy uruchamiające reakcję są różnie rozpatrywane w poszczególnych nurtach teoretycznych, to dodatkowo należy zwrócić uwagę na istnienie rozmaitych typów motywacji, w tym na te oparte na zasadzie przywracania i zaburzania istniejącej równowagi, czy na motywacje zadaniowe[13].

R. Serin i S. Kennedy twierdzą, iż motywacja jest jednym z czterech elementów składających się na podatność na oddziaływania (*treatability*)[14]. Dowodzą oni, iż motywacja nie jest cechą stałą jednostki (która jest albo nie jest zmotywowana), lecz jest to „proces, na który terapeuta może mieć interakcyjny i interpersonalny pozytywny wpływ"[15]. Wskazują, iż motywację należy rozumieć jako „prawdopodobieństwo, że jednostka wejdzie, będzie kontynuować i stosować się do konkretnej strategii"[16].

Na dynamiczne podejście do motywacji zwracają uwagę W.L. Viets, D.D. Walker i W.R. Miller, którzy podkreślają, iż motywacja jest modyfikowalna, jest kwestią prawdopodobieństwa oraz fenomenem interpersonalnym, jest zależna od rodzaju oddziaływań, ma charakter zarówno wewnętrzny, jak i zewnętrzny; wewnętrzna motywacja może być aktywizowana, wydobywana z jednostki, a nie w nią „wkładana"[17]. Zdaniem tych badaczy, bycie zmotywowanym mieści się w angielskim określeniu „ready, willing and able"[18] (gotowy, chętny i zdolny). Innymi słowy, osoba zmotywowana to taka, która dostrzega ważność zmiany (chęć), ufa, iż zmianę da się wprowadzić (zdolność) oraz zmiana ta w danym momencie jest dla jednostki najważniejsza (gotowość)[19].

J.I.D. Ginsburg, R.E. Mann, F. Rotgers, J.R. Weeks ludzką motywację postrzegają jako kontinuum, gdzie na jednym końcu znajduje się amotywacja, a na drugim wewnętrzna motywacja, zaś między nimi leży motywacja zewnętrzna. Koncepcja ta wyrasta z teorii samostanowienia R.M. Ryana i E.L. Deci, w myśl której wewnętrzną motywację można wspierać przez zaspokojenie trzech podstawowych potrzeb – autonomii, włączenia i kom-

---

[13] Por. szerzej D. Doliński, W. Łukaszewski, *Typy motywacji*, [w:] *Psychologia*, s. 469-491.

[14] R. Serin, S. Kennedy, *Treatment Readiness and Responsivity: Contributing to Effective Correctional Programming*, Correctional Service of Canada 1997, s. 8-9.

[15] Tamże, s. 16.

[16] Tamże, s. 10.

[17] Por. szerzej V.L. Viets, D.D. Walker, W.R. Miller, *What is Motivation to Change? A scientific Analysis*, [w:] *Motivating Offenders to Change. A Guide to Enhancing Engagement in Therapy*, red. M. McMurran, West Sussex 2007, s. 17.

[18] Tamże, s. 17-21.

[19] Por. szerzej W.R. Miller, S. Rollnick, *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, Kraków 2010, s. 14-15.

petencji[20]. Takie spojrzenie na ludzką motywację pozwala lepiej zrozumieć, czym kieruje się jednostka w swoim postępowaniu. W przypadku zewnętrznej motywacji zachowanie jest kontrolowane przez zewnętrzne czynniki, a zmiana trwa tylko do czasu, kiedy jednostka podlega zewnętrznym naciskom[21]. Wewnętrzna motywacja wspiera trwałą zmianę i jest niezależna od zewnętrznych czynników[22]. W sytuacji uwięzienia czy w przypadku nałożonego dozoru osiągnięcie wewnętrznej motywacji jest utrudnione głównie ze względu na sądowy nakaz leczenia, zniewolenie klienta, sztywne, narzucone cele i programy, autorytaryzm kadry i negatywny wpływ grupy odniesienia oraz czynniki wewnętrzne, np. racjonalizacje czy zaprzeczanie[23]. Jak pisze V.L. Viets wraz ze współpracownikami, „zazwyczaj (choć nie zawsze), gdy znika kontrola, znika też zmiana"[24]. Przy takim założeniu zdaje się, iż zapominamy o czynnikach zewnętrznych, które warunkują zmianę – przecież ta nie jest jedynie wynikiem motywacji, lecz wielu zmiennych leżących po stronie klienta (reaktywność szczegółowa), procesu resocjalizacji – w tym po stronie prowadzącego, programu i warunków, w których się odbywa (reaktywność ogólna), ale i czynników środowiskowych – nie trzeba przecież szeroko opisywać znanego fenomenu leczenia delegata w sytuacji braku jakiegokolwiek wsparcia dla układu społecznego, z którego wyszedł. Co więcej, jak wskazuje E. Wysocka, „poziom motywacji i zdolności nie różnicuje osób przystosowanych i nieprzystosowanych"[25]. Tezę tę potwierdzają badania L. Stewarta i W.A. Millsona, które dowodzą, iż poziom motywacji nie wpłynął na decyzję o warunkowym przedterminowym zwolnieniu[26]. Dużo bardziej istotne, zdaniem tych badaczy, jest określenie poziomu ryzyka oraz potrzeb kryminogennych, dlatego „motywacja do podjęcia oddziaływań powinna być rozważana jako jeden z elementów szczegółowej diagnozy"[27].

---

[20] Por. szerzej J.I.D. Ginsburg i in., *Wywiad motywujący z populacjami przestępczymi w trakcie odbywania kary lub dozoru*, [w:] *Wywiad motywujący*, s. 418.

[21] Por. szerzej K. Howells, A. Day, *Readiness for Anger Management, Clinical and Theoretical Issues*, Clinical Psychology Review, 2003, 23, s. 329.

[22] Tamże.

[23] Por. szerzej J.I.D. Ginsburg i in., *Wywiad motywujący z populacjami przestępczymi*, s. 420-421.

[24] V.L. Viets, D.D. Walker, W.R. Miller, *What is Motivation to change*, s. 19.

[25] E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji*, Warszawa 2008, s. 30.

[26] Por. szerzej L. Stewart, W.A. Millson, *Offender Motivation for Treatment as a Responsivity Factor*, Forum on Correction Research, 1995, 7, 3, s. 4, http://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e073/073b_e.pdf, [dostęp: 10.03.2016].

[27] Tamże.

K.H. Drieschner ze współpracownikami zwracają uwagę na potrzebę rozróżnienia, co jest motywacją, a co jedynie życzeniem[28]. Większość badaczy zgadza się, iż motywacja jest wewnętrzną siłą, która popycha jednostkę do działania, do podjęcia konkretnego zachowania[29]. Rzecz jednak w tym, że w literaturze przedmiotu mieszają się pojęcia motywacja do terapii (*treatment motivation*) oraz motywacja do zmiany (*motivation to change*), co więcej – często brakuje jasnego określenia, jakie zachowanie i u kogo występujące uznamy za rezultat wewnętrznej motywacji. O inne bowiem zachowania nam chodzi, kiedy mówimy o osobie, która dopiero w proces terapii ma wejść, o odmiennych, gdy obserwujemy kogoś, kto uczestniczy już w jakimś programie[30]. Dylemat ten można rozwiązać poprzez wprowadzenie jasnego rozróżnienia na dwie kategorie – motywacja do wejścia w oddziaływania (*motivation to enter treatment*) dotyczy oceny poziomu motywacji tych, którzy stają w obliczu podjęcia decyzji, czy chcą wziąć udział w proponowanej terapii oraz motywacja do zaangażowania w oddziaływania (*motivation to engage in treatment*), która dotyczy oceny jednostkowego zaangażowania w oddziaływania, w których bierze udział[31]. Autorzy ci zwracają uwagę, iż u osób, które nie postrzegają zmiany w kontekście własnego zachowania (co powinienem zrobić, jakie działania podjąć, by zmienić to błędne/problemowe zachowanie), lecz pewnego stanu rzeczy, który powinien ulec zmianie (pozbycie się bólu, lęku, depresji), trudno mówić o motywacji do zmiany, gdyż jest to raczej życzenie czy pragnienie[32].

Zdarza się, że mimo iż jednostka chce i może (ma zdolność) dokonać zmiany, nie podejmuje tego wysiłku. Dzieje się tak między innymi dlatego, iż zmiana ta nie jest postrzegana jako najważniejsza w danym momencie[33]. Dlatego tak istotne jest dostrzeżenie na jakim etapie zmiany jest jednostka, by móc podjąć działania zmierzające do wsparcia wewnętrznej motywacji, która nie jest cechą stałą, lecz dynamicznym czynnikiem, który wyrasta z interakcji i relacji[34]. Na poziom motywacji wpływają czynniki leżące nie tylko po stronie terapeuty, lecz także te umiejscowione w jednostce, w tym poziom zaprzeczeń i wyparcia. K.H. Drieschner ze współpracownikami podkreślają, iż poziom wewnętrznej motywacji w dużym stopniu jest wy-

---

[28] Por. szerzej K.H. Drieschner, S.M.M. Lammers, C.P.F. van der Staak, *Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept*, Clinical Psychology Review, 2004, 23, s. 1118.

[29] Por. tamże, s. 1117.

[30] Por. tamże.

[31] Por. tamże.

[32] Por. tamże, s. 1118.

[33] Por. szerzej V.L. Viets, D.D. Walker, W.R. Milles, *What is motivation*, s. 17-18.

[34] Por. tamże, s. 21.

padkową takich czynników wewnętrznych, jak poziom cierpienia, oczekiwania dotyczące rezultatów, rozpoznanie problemu, ocena przydatności oddziaływań, w tym zadowolenie z metod, zgoda na założone cele terapii oraz ocena relacji terapeutycznej, ale także świadomość kosztów zaangażowania w terapię czy zewnętrznej presji[35]. Zewnętrzne czynniki wpływające na poziom motywacji i tak przechodzą przez filtr wewnętrznych determinant[36].

Myśląc o motywacji do terapii w kontekście zaangażowania w oddziaływania, możemy dokonać oceny tego zaangażowania na podstawie analizy pięciu itemów:

– poziom zadowolenia z postępów,
– poziom pracy nad problemem,
– poziom podejmowanych prób zmiany,
– nawet przy braku sukcesów, podejmowanie prób,
– poziom akceptacji odpowiedzialności za zmiany[37].

Zdaniem tych badaczy, istnieje różnica między indywidualną motywacją do zmiany a rozpoznaniem potrzeby terapii, która by ten proces zmiany wspierała[38].

Zdaniem P.R. Pintricha i E.V. DeGroota, motywacja jest składową trzech komponentów – wartości (określa cele oraz wiarę w ważność), możliwości (to komponent oczekiwań dotyczących własnych możliwości/zdolności do wykonania zadania) i afektu (dotyczy reakcji emocjonalnej na zadanie)[39]. Jeśli założymy, jak chcą to widzieć Cz. Czapów i S. Jedlewski, że

> motywacja jest funkcją potrzeb i ukierunkowanych instrumentalnie emocji, [to – przyp. J.C.] powiemy, że kształtowanie względnie trwałych dążeń – to kształtowanie potrzeb oraz wpajanie odpowiednich wartości autotelicznych i heterotelicznych, których osiąganie umożliwia zaspokajanie tych potrzeb[40].

Podejście to spotyka się z założeniami przywoływanej już koncepcji samostanowienia Ryana i Deci[41].

---

[35] Por. szerzej K.H. Drieschner, S.M.M. Lammers, C.P.F. van der Staak, *Teratment motivation*, s. 1128-1129.

[36] Por. tamże, s. 1130; ciekawy schemat obrazujący wpływ różnych czynników na ostateczne rezultaty prowadzonych oddziaływań znajdzie Czytelnik na s. 1131.

[37] Por. G.W. Joe, D. Simpson, K.M. Broome, *Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process*, Addiction, 1998, 93(8), s. 1182.

[38] Szerzej o różnicy między motywacją do zmiany a gotowością do terapii tamże, s. 1178.

[39] Por. P.R. Pintrich, E.V. DeGroot, *Motivational and self-regulated learning components of Classroom Academic Performance*, Journal of Educational Psychology, 1990, 82, 1, s. 33.

[40] Cz. Czapów, S. Jedlewski, *Pedagogika resocjalizacyjna*, Warszawa 1971, s. 67.

[41] Por. szerzej J.I.D. Ginsburg i in., *Wywiad motywujący z populacjami przestępczymi*, s. 418-420.

R. Serin i S. Kennedy dowodzą, iż „motywacja rozumiana jako interakcyjny i interpersonalny proces jest dynamiczna i to w interesie terapeuty leży, by motywować sprawcę”[42].

S. Rollnick ze współpracownikami podkreślają, iż „starania, by wyposażyć ludzi w umiejętności potrzebne do zmiany zachowań mogą być stratą czasu, jeśli większość z nich nie jest gotowa do zmiany”[43]. Próbując zrozumieć wielość koncepcji poszukujących źródeł zmiany, należałoby przyjrzeć się czterem wiodącym nurtom obecnym w literaturze przedmiotu. Są to transteoretyczny model zmiany Prochaski i DiClemente'a, konceptualny model reaktywności Serina i Kennedy'ego, wieloczynnikowy model gotowości sprawcy T. Warda oraz zarys gotowości do zmiany Burrowesa i Needsa[44].

Badania prowadzone przez J.O. Prochaska i C.C. DiClemente'a nad transteoretycznym modelem zmiany wskazują, iż jednostka przechodzi przez kolejne stadia zmiany, a zakładany pierwotnie model linearny zastąpili spiralnym, wskazując, iż ten pierwszy dany jest niewielu, a zmiana dokonuje się najczęściej przez nawroty[45]. Opisane przez badaczy etapy zmiany, to stadium prekontemplacyjne, kontemplacji, przygotowania, działania i podtrzymania[46]. Jednostka jest gotowa do zmiany, gdy podejmie świadomą decyzję o działaniu (stadium przygotowania).

Stadium pierwsze charakteryzuje się tym, iż jednostka nie zdaje sobie sprawy z istnienia problemu, wypiera, racjonalizuje sygnały. Podjęcie terapii na tym etapie jest możliwe tylko pod przymusem, a trwałość zmiany ogranicza się do momentu, gdy zniknie kontrola[47].

Faza kontemplacji przynosi świadomość istnienia problemu i jest to etap analizowania wszystkich „za i przeciw”. Jednostka nie jest jeszcze gotowa, by w zmianę się zaangażować, dostrzega bowiem koszty, które będzie musiała ponieść[48].

Trzecie stadium jest momentem, w którym zapada decyzja o podjęciu wysiłku; jednostka chce zmienić zachowanie, podejmuje drobne kroki, ogranicza zachowania problemowe[49]. Inna nazwa tego stadium to „podejmowanie decyzji” (*decision making*).

---

[42] R. Serin, S. Kennedy, *Treatment Readiness and Responsivity*, s. 10.

[43] S. Rollnick i in., *Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers*, British Journal of Addiction, 1992, 82, s. 744.

[44] Por. szerzej A. Mossière, R. Serin, *A Critique of Models*, s. 384-385.

[45] Por. szerzej J.O. Prochaska, C.C. DClemente, J.C. Norcross, *In search of how people change applications to addictive Behaviors*, American Psychologist, 1992, 47, 9, s. 1104.

[46] Por. tamże, s. 1103-1104.

[47] Por. tamże.

[48] Por. tamże.

[49] Por. tamże, s. 1104.

Faza działania jest etapem zaangażowania w proces zmiany; jednostka nie szczędzi czasu i wysiłku, by dokonać zmiany zachowania. Działania te są widoczne dla innych, bywają jednak mylone z dokonaną i utrwaloną zmianą[50]. W fazie tej najlepiej pracuje się z podopiecznym, gdyż jest on skupiony, zdyscyplinowany i przekonany o ważności zadania.

Faza podtrzymania stanowi etap pracy nad nawrotami i umacnianiem pozytywnych rezultatów zmiany. Jednostka wciąż podejmuje trud uczenia się nowych umiejętności radzenia sobie w życiu, by skutecznie zapobiegać nawrotom[51].

W modelu spiralnym pojawiła się dodatkowa faza, zwana rozwiązaniem (*termination*), kiedy zachowanie problemowe nie stanowi już pokusy, a ryzyko nawrotu znika[52].

Model Prochaska i DiClemente'a zdaje się być istotny z perspektywy praktyków prowadzących oddziaływania. Zwiększenie skuteczności interwencji będzie możliwe tylko wtedy, gdy dostosujemy rodzaj oddziaływań do stadium zmiany, na którym znajduje się jednostka. Autorzy modelu wskazują na przykład, iż wśród osób uzależnionych od nikotyny jednostki gotowe do działania stanowią około 10-15% populacji, pozostałe znajdują się w pierwszym (50-60%) lub drugim (30-40%) stadium[53]. Należy zatem

> znać charakterystykę stadiów zmiany, wiedzieć jakie procesy są użyteczne w określonych stadiach, diagnozować pacjentów pod kątem ich miejsca w cyklu zmiany i dostosowywać oddziaływania terapeutyczne do wynikających z tego faktu potrzeb[54],

by zwiększyć skuteczność oddziaływań i zapobiec wypadaniu z systemu.

Za co krytykowany jest model stadialny zmiany? Przede wszystkim za zbyt ograniczone wyjaśnienie jak działają mechanizmy gotowości do zmiany, ale także za brak szczegółowego wyjaśnienia, dlaczego jednostce może tej gotowości brakować oraz za brak wzięcia pod uwagę czynników kontekstualnych zmiany[55].

Odpowiedzią na owe braki ma być zarys gotowości do zmiany (*the readiness to change framework*) – koncepcja pola pojęciowego zasiedlonego przez dwa modele: Context of Change Model oraz Barriers to Change Model[56]. Pierwszy model (CCM) ilustruje kontekst, w którym dokonuje się

---

[50] Por. tamże.

[51] Por. tamże.

[52] Por. tamże.

[53] Por. tamże, s. 1105.

[54] J. Faduła, *Transteoretyczny model zmiany – integracja systemów psychoterapii*, Świat Problemów, 2012, http://www.swiatproblemow.pl/2012_09_1.html, [dostęp:14.03.2016].

[55] Por. szerzej N. Burrowes, A. Needs, *Time to contemplate change?* s. 47.

[56] Por. tamże, s. 42-43.

zmiana podkreślając, iż czynniki te mogą wpływać na gotowość jednostki do zmiany[57]. Drugi model (BCM) zaś to przeszkody, które mogą blokować proces zmiany. Badacze zidentyfikowali dziesięć takich barier; są to między innymi postrzegana istotność zmiany, potrzeba zmiany, poziom odpowiedzialności za zmianę, analiza kosztów i zysków, pilność zmiany, zdolność jej dokonania i podtrzymania, przydatność i skuteczność środków, analiza kosztów w zestawieniu z zasobami oraz realność zmiany[58]. Bariery te mają charakter dynamiczny, a więc niwelując je możemy zwiększać zaangażowanie jednostki w proces zmiany[59]. Zdaniem badaczy, z ludzkim zachowaniem jest jak z rzeką – nie można w pełni kontrolować jej biegu, można jednak starać się usuwać przeszkody oraz pamiętać o czynnikach zewnętrznych, które mają wpływ na zachowanie, bowiem kontekstualny model zmiany (CCM) zakłada, iż zachowanie jest zawsze wypadkową interakcji między takimi komponentami jak jednostka, katalizator zmiany i środowisko zmiany. Te trzy komponenty są jednak umiejscowione w ogólnym kontekście społeczno-kulturowym, ich analizy należy dokonać w toku procesu diagnostycznego[60].

Trzecią opcją teoretyczną jest konceptualny model reaktywności Serina i Kennedy'ego. Zdaniem tych badaczy, sprawcy różnią się między sobą zasadniczo i to nie tylko poziomem motywacji, lecz także reaktywnością na rozmaite style czy rodzaje interwencji[61]. To, co może ułatwić uczenie się przez jednostkę podzielono na wewnętrzne i zewnętrzne czynniki reaktywności. Do pierwszej grupy zaliczono cechy indywidualne jednostki, „jej poziom motywacji, cechy osobowości, deficyty poznawczo-intelektualne i inne cechy demograficzne"[62].

> Czynniki zewnętrzne odnoszą się do terapeuty i cech otoczenia. Ważne jest, by zrozumieć, że czynniki zewnętrzne, odseparowane nie wpływają na reaktywność. To raczej terapeuta i/lub cechy otoczenia wchodzą w interakcję z cechami sprawcy i wpływają (blokując lub wspomagając) na reaktywność[63].

Odpowiedź na oddziaływania zależna jest od dwóch elementów – zdolności poddania się oddziaływaniom (*treatability*) i efektywności oddziaływań[64].

---

[57] Por. tamże.
[58] Por. szerzej tamże, s. 44-46.
[59] Por. tamże, s. 46.
[60] Por. tamże, s. 43.
[61] Por. R. Serin, S. Kennedy, *Treatment Readiness*, s. 14.
[62] Tamże.
[63] Tamże.
[64] Por. tamże, s. 3.

Czwartym nurtem przywoływanym w literaturze przedmiotu jest wieloczynnikowy model gotowości sprawcy T. Warda i współpracowników. Zdaniem badaczy, termin gotowość odnosi się do

> wymaganych warunków niezbędnych do zaangażowania w terapię (…) Innymi słowy, gotowość prowadzi jednostki do pytania o to, jakie umiejętności itd. są potrzebne do wejścia w program[65].

Lepiej jest określić, co jest niezbędne, by móc się zaangażować w zadanie, niż rozpatrywać przeszkody, które to zaangażowanie hamują[66]. Zdaniem australijskich badaczy, koncepcja reaktywności po pierwsze zmusza do postawienia diagnozy negatywnej (poszukiwanie barier), po drugie koncepcja ta trudna jest do zoperacjonalizowania i tłumaczona bywa przez wyliczenie listy czynników, w związku z tym nie wiadomo do końca, które czynniki jaką mają faktycznie moc sprawczą. Trzecia rzecz to fakt, iż lista czynników jest zmienna i zależna od tego, jakie przeszkody badacze odkryją, podczas gdy w koncepcji gotowości lista wymaganych elementów jest stała. Co więcej, model gotowości ma charakter kontekstualny, bierze więc pod uwagę relacje między czynnikami zewnętrznymi oraz wewnętrznymi i w związku z tym jest bardziej użyteczny w pracy ze sprawcami[67].

> Gotowość do podjęcia terapii może być zdefiniowana jako obecność pewnych cech (stanów lub skłonności) ulokowanych zarówno w kliencie, jak i w sytuacji terapeutycznej, które ułatwiają zaangażowanie w terapię i które będąc konsekwencją tego wkładu, mają zdolność do wzmacniania terapeutycznego procesu zmiany[68].

Główne założenie modelu stanowi przeświadczenie, iż gotowość do terapii jest funkcją czynników zewnętrznych i wewnętrznych.

> Sprawcy, którzy są gotowi do wejścia w konkretny program korekcyjny postrzegani są jako ci, którzy posiadają kilka kluczowych cech psychologicznych pozwalających im (przynajmniej w stopniu minimalnym) na funkcjonowanie w środowisku terapeutycznym i tym samym na czerpanie korzyści z proponowanych oddziaływań[69].

Do czynników leżących po stronie jednostki badacze zaliczają czynniki poznawcze, emocjonalne, wolicjonalne, behawioralne oraz tożsamościowe[70]. Wśród zewnętrznych znalazły się właściwości i okoliczności, miejsce, możliwości, zasoby, wsparcie i cechy programu[71]. Zdaniem T. Warda i współpracowników, zmiana sprawcy będzie możliwa wtedy, gdy ten posiadając

---

[65] T. Ward i in., *The Multifactor*, s. 647.
[66] Por. tamże.
[67] Por. tamże, s. 647-648.
[68] M. McMurran, T. Ward, *Treatment Readiness*, s. 78.
[69] T. Ward i in., *The Multifactor*, s. 650.
[70] M. McMurran, T. Ward, *Treatment Readiness*, s. 78.
[71] Por. tamże.

kluczowe cechy wymienione wyżej będzie żył w środowisku, w którym zmiana będzie możliwa i wspierana[72]. Proces zmiany opiera się, zdaniem australijskich badaczy, na transteoretycznym modelu zmiany Prochaska i DiClemente'a i przebiega przez kolejne fazy, które opisane zostały wyżej.

A. Mossiere i R. Serin zebrali w tabeli najważniejsze założenia opisanych powyżej podejść teoretycznych.

Tabela 1

Kluczowe twierdzenia w czterech modelach gotowości

Podejście teoretyczne	Transteoretyczny Model Zmiany	Konceptualny Model Reaktywności	Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy	Zarys Gotowości do Zmiany
Kluczowe pojęcia	Motywacja Zmiana	Gotowość Motywacja Zmiana	Gotowość Motywacja Reaktywność Zaangażowanie	Zmiana Gotowość
Kluczowe twierdzenia	– Klient musi mieć pozytywne oczekiwania dotyczące terapii, co umożliwia realizację programu i zapobiega przedwczesnemu wypadaniu – Motywacja jest czynnikiem wstępnym do terapii – Ciepła i pełna zaufania relacja terapeutyczna jest czynnikiem wstępnym do terapii – Zmiana pochodzi z różnych etapów motywacji – Przechodzenie przez kolejne fazy = zmiana	– Motywacja jest cechą dynamiczną i czynnikiem reaktywności – Motywacja jest koniecznym wynikiem oddziaływań	– W gotowości koncentracja na pozytywach, warunkuje zaangażowanie w terapię – Gotowość zawiera zarówno zewnętrzny kontekst terapeutyczny oraz wewnętrzne cechy klienta – Klient jest odporny na oddziaływania z różnych powodów – Relacja oparta na współpracy jest kluczowa w redukowaniu ryzyka recydywy	– Gotowość do zmiany jest nielinearnym, dynamicznym i zmiennym stanem – Na gotowość do zmiany mają wpływ czynniki zewnętrzne i wewnętrzne – Zmiana zachowania polega na zmniejszaniu barier. Gdy bariery są mniejsze pojawi się zmiana – Bariery blokujące zmianę są typowe dla wszystkich zachowań

Źródło: A. Mossiere, R. Serin, *A critique of models and measures*, s. 385.

[72] Por. T. Ward i in., *The Multifactor*, s. 650.

Wymienione przez M. McMurrana i T. Warda niezbędne elementy gotowości powinny być brane pod uwagę przy konstruowaniu oddziaływań resocjalizacyjnych z co najmniej dwóch powodów: po pierwsze dlatego, iż wpływają one na „gotowość do oddziaływań", po drugie, że wpływają one na „gotowość do zmiany" w obszarze potrzeb kryminogennych[73].

> Gotowość do zmiany odnosi się do stopnia, w jakim jednostka jest zmotywowana do zmiany problemowego zachowania. Jako wskaźnik motywacji zakłada chęć albo behawioralną gotowość do zainicjowania zmian w zachowaniu[74].

Innymi słowy, gotowy do zmiany będzie ten, u kogo stwierdzamy wstępne zmiany w obszarze postaw, przejawiające się w niezadowoleniu z zachowania lub stylu życia czy chęć do dyskutowania o zachowaniach problemowych[75]. W procesie resocjalizacji chcielibyśmy zobaczyć, że podopieczny dostrzega negatywne konsekwencje przestępczego stylu życia, jest gotowy wykonać bilans decyzyjny rozważając wszystkie pozytywne i negatywne konsekwencje braku zmiany stylu życia, ale i odstąpienia od przestępstwa, wykazuje zainteresowanie proponowanymi oddziaływaniami, dostrzegając w nich szansę dokonania zmiany.

Gotowość do terapii bywa rozumiana jako stosunek do konkretnej opcji terapeutycznej[76].

Zdaniem M. McMurrana i T. Warda, gotowość do podjęcia terapii to funkcja dwóch grup czynników – wewnętrznych, leżących po stronie jednostki i zewnętrznych, a więc kontekstualnych[77].

> Bycie gotowym do podjęcia terapii oznacza, że jednostka pragnie ulżyć swoim cierpieniom, jest w stanie odpowiednio zareagować na interwencje, postrzega oferowane strategie terapeutyczne jako właściwe, sensowne (to znaczy, że potrafi się zaangażować) i posiada zdolność (to znaczy jest w stanie) udanego wejścia w program terapeutyczny[78].

M.R. Cohen wraz ze współpracownikami dostrzega potrzebę dostosowania oddziaływań do potrzeb klienta, podążania za nim, rozpoznania poziomu gotowości tak, by

---

[73] Por. szerzej A. Day i in., *Transitions to better lives. Offender readiness and rehabilitation*, Cullompton 2010, s. 3-11.

[74] K.B. Carey i in., *Assessing Readiness to Change Substance Abuse: A Critical Review of Instruments*, Clinical Psychology: Science and Practice, 1999, 6, 3, s. 245.

[75] Por. tamże.

[76] Por. tamże, s. 263.

[77] Por. M. McMurran, T. Ward, *Treatment Readiness*, s. 78.

[78] Tamże.

pomóc jednostce w podjęciu decyzji o aktywnym uczestnictwie w oddziaływaniach rehabilitacyjnych oraz, jeśli to potrzebne, w zaangażowaniu w działania, które wzmocnią gotowość do uczestnictwa[79].

Jeśli skupimy się w pracy terapeutycznej na koncepcji autorstwa N. Burrowes i A. Needs, a na proces zmiany spoglądać będziemy z perspektywy barier oraz kontekstu, w którym ta się dokonuje, to by zwiększyć zaangażowanie podopiecznego w proces zmiany musimy z jednej strony spojrzeć na te czynniki, które mogą wpływać na gotowość, a które leżą po stronie jednostki, katalizatorów zmiany oraz środowiska zmiany[80], z drugiej zaś rozpoznać bariery, które proces blokują i spróbować im zaradzić[81]. Bariery te mogą mieć charakter czasowych, pojedynczych utrudnień, mogą też występować wszystkie naraz, czyniąc zmianę trudniejszą do osiągnięcia[82]. Aby lepiej zrozumieć poziom gotowości do zmiany u konkretnego sprawcy, należy nie tylko określić poziom nasilenia konkretnych przeszkód, lecz także spojrzeć na nie z perspektywy kontekstu, by dostrzec co tak naprawdę wzmacnia te bariery – czy są to normy społeczne, zniekształcenia poznawcze, strach przed zmianą, czy może wpływ innych osób[83].

Nad zwiększeniem gotowości oraz skuteczności działań resocjalizacyjnych możemy pracować dokonując zmian w trzech obszarach, na które zwrócili uwagę M. McMurran i T. Ward[84], a które zostały opisane przez K. Howellsa i A. Daya[85]. Obszary te stanowią warunki, program/proces terapeutyczny oraz sprawca.

Howells i Day wskazują, iż modyfikując program/proces terapeutyczny należy dostosować oddziaływania do realnych potrzeb sprawcy, do jego możliwości, także poznawczych. To zwrócenie uwagi na różnice kulturowe, odmienności związane z płcią sprawcy. Program ma być nie tylko poprawnie skonstruowany, oparty na silnych podstawach teoretycznych, których użyteczność w działaniach resocjalizacyjnych została sprawdzona i dowiedziona, nie tylko tak napisany, by jego cele, struktura i treści odpowiadały metodologicznym i metodycznym prawidłowościom, ale też tak, by realizatorzy zdawali sobie sprawę z faktu, że program resocjalizacyjny jest zawsze programem terapeutycznym, a nie tylko edukacyjnym. Terapeutyczny jest

---

[79] M.R. Cohen, W.A. Anthony, M.D. Farks, *Assessing and Developing Readiness for Psychiatric Rehabilitation*, Psychiatric Services, 1997, 48, 5, s. 646.

[80] N. Burrowes, A. Needs, *Time to*, s. 43.

[81] Tamże, s. 44-46.

[82] Por. tamże, s. 47.

[83] Por. tamże.

[84] M. McMurran, T. Ward, *Treatment Readiness*, s. 81-83.

[85] Por. szerzej K. Howells, A. Day, *Readiness for Anger Management*, s. 330-333.

dlatego, że cel programów stanowi modyfikacja zachowań i przekonań[86]. W związku z tym należy poddać wnikliwej analizie potrzeby sprawców – uczestników oddziaływań, a także zdiagnozować cele i wartości, jakimi się kierują, ich możliwości, zniekształcenia poznawcze, by móc ewentualnie zaproponować działania przygotowujące do terapii (*pretreatment interventions*), o których w dalszej części artykułu. O potrzebie adekwatnego doboru oddziaływań oraz błędach w konstruowaniu programów resocjalizacyjnych pisze autorka w innym miejscu wskazując na rozmaite braki na etapie tworzenia programów, ale i w fazie doboru skazanych do oddziaływań[87]. Co więcej, w sytuacji kiedy nie dysponujemy w praktyce penitencjarnej rzetelnymi narzędziami do diagnozowania potrzeb kryminogennych, a także gdy w doborze do programu nie kierujemy się zasadami ryzyka i potrzeb, bywa, iż w oddziaływaniach łączeni są sprawcy o różnym poziomie ryzyka i różnych potrzebach kryminogennych, zwłaszcza tacy, którzy nie sprawiają trudności wychowawczych, nie wymagają specjalistycznych działań korekcyjnych, a ich jedyną wspólną cechą jest fakt, iż wyrazili chęć uczestnictwa[88]. Z analizy danych „wyłania się obraz jednostek penitencjarnych, w których są chęci i możliwości, ale brakuje aktualnej wiedzy i umiejętności wprowadzania w życie nowych założeń"[89]. Rzecz w tym, by nie bać się procesu oceny (ewaluacji) proponowanych oddziaływań, by sięgać po wsparcie teoretyków, którzy pomogą odpowiednio skonstruować skuteczne, oparte na zasadzie reaktywności ogólnej i szczegółowej oddziaływania resocjalizacyjne.

Modyfikacja warunków postrzegana jest z perspektywy teorii systemowej, w której obszarem zainteresowania czyni się szersze kręgi, w tym środowisko społeczne oraz klimat instytucji, w której prowadzone są oddziaływania[90]. Zakład karny jako instytucja totalna nie jest najlepszym miejscem do prowadzenia oddziaływań resocjalizacyjnych i terapeutycznych z kilku powodów. Po pierwsze, to nie jest główny cel tej instytucji; zostały one powołane do wykonywania kary pozbawienia wolności, zostały tak zaprojektowane w warstwie infrastrukturalnej i organizacyjnej. Po drugie, cele programu mogą być niespójne z celami ogólnymi zakładu karnego. Pojawia się też wątpliwość, kto jest zleceniodawcą oddziaływań – skazany, sąd, zakład karny, wychowawca? Trzecią rzecz, na którą uwagę zwracają badacze, stanowi fakt, iż cele programów nie są spójne z celami podkultury więziennej, co może skutecznie hamować oddziaływania. Ostatnią rzeczą jest klimat

---

[86] Tamże, s. 332.
[87] J. Chojecka, *Kobieta w więzieniu i jej resocjalizacja*, s. 195-217.
[88] Por. tamże, s. 223-243.
[89] Tamże, s. 243.
[90] Por. K. Howells, A. Day, *Readiness*, s. 333.

społeczny instytucji totalnej, który może zmniejszać gotowość do zmiany, ale i do zaangażowania w proponowane oddziaływania[91]. Celem działań w tym obszarze jest zatem budowanie pozytywnego klimatu[92] wspierającego proces terapeutyczny. Należy przyjrzeć się elementom środowiska, budować system wartości instytucji, pracować nad nastawieniem i zaangażowaniem kadry, na którą składa się kadra zarządzająca, dział ochrony oraz pion penitencjarny – ich cele i dążenia powinny być spójne[93]. To także kwestia jakości relacji terapeutycznej, która jest funkcją trzech składników – współpracy, więzi emocjonalnej oraz zdolności wypracowania celów i zadań terapeutycznych po obu stronach[94].

Chcąc modyfikować klienta, musimy rozpoznać przeszkody blokujące gotowość do zmiany, a które zdaniem badaczy odnoszą się do:

– przekonań klienta dotyczących problemu,
– przymusowej i obowiązkowej terapii,
– nieadekwatnie rozpoznanych celów indywidualnych,
– różnic etnicznych i kulturowych,
– płci społeczno-kulturowej[95].

Zmiana klienta wymaga podjęcia działań przygotowujących do terapii (*pretreatment interventions*). Działania te obejmują rozpoznanie indywidualnych celów i ich hierarchii oraz umiejętności regulowania popędów. Ważne, by podważyć istniejące schematy poznawcze, które każdy klient posiada. Celem tych działań jest uświadomienie podopiecznemu, że jego sposób funkcjonowania utrudnia mu osiąganie istotnych dla niego celów życiowych oraz wzbudzenie przekonania, że zmiana jest mu potrzebna i że może jej dokonać angażując się w proponowane mu oddziaływania[96]. Działania preparacyjne obejmują także rozpoznanie i określenie poziomu posiadanych

---

[91] Por. tamże.

[92] O klimacie społecznym instytucji resocjalizacyjnych por. szerzej m.in. A. Skuza, *Klimat społeczny polskiego zakładu poprawczego. Pedagogiczna analiza czynników kreujących*, http://www.ipsir.uw.edu.pl/UserFiles/File/Katedra_Socjologii_Norm/PRACEIPSIR/Tom_20/klimat_spoleczny_polskiego_zakladu_poprawczego.pdf, [dostęp: 24.03.2016]; M. Granosik, A. Gulczyńska, R. Szczepanik, *Klimat społeczny instytucji wychowawczych i jego uwarunkowania. Perspektywa pracowników i wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) i socjoterapii (MOS)*, http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/12515/2-013_071-Granosik,%20Gulczy%C5%84ska,%20Szczepanik.pdf?sequence=1&isAllowed=y, [dostęp: 24.03.2016]; A. Jaworska, *Klimat społeczny instytucji resocjalizacyjnych dla nieletnich*, [w:] *Leksykon resocjalizacji*, red. A. Jaworska, Kraków 2012, s. 88-92.

[93] Por. tamże.

[94] Por. K. Howells, A. Day, *Readiness*, s. 328.

[95] Por. tamże, s. 323-327.

[96] Por. tamże, s. 331.

umiejętności interpersonalnych i poznawczych. Taka ocena daje szansę skorygowania ewentualnych braków przed przystąpieniem do programu[97].

W procesie resocjalizacji wysiłki prowadzących oddziaływania skupione są na modyfikowaniu postaw, a więc nastawień emocjonalnych, poznawczych i behawioralnych. Celem podejmowanych interwencji jest praca nad samoświadomością oraz poczuciem kontroli nad własnym życiem i procesem zmiany[98]. Głęboka gotowość do terapii obejmuje, zdaniem M. Czachury i D.F. Dansereaua odpowiedni poziom w czterech sferach, jak:

– wiedza (dotycząca tego co niezbędne do dokonania zmiany),

– zasoby (zewnętrzne i wewnętrzne, które mogą ułatwiać zmianę),

– pewność (że zmiana jest możliwa przy posiadanych zasobach),

– atrakcyjność/akceptowalność (konsekwencji i samego procesu zmiany)[99].

Są to elementy modyfikowalne, które można rozwijać zwiększając tym samym gotowość do zmiany. Służą temu rozmaite techniki, wśród których autorzy wymieniają:

– „równię pochyłą" (Downward Spiral board game), która służy obserwacji konsekwencji zdrowotnych, społecznych, finansowych itp. w sytuacji, gdyby nie doszło do zmiany zachowania;

– „wieżę atutów" (Tower of Strengths) – uczestnik wybiera spośród 60 atutów 10, które posiada i 5, które chciałby w sobie wypracować;

– „spław i gry pamięciowe" (RAFTing and Mind Play), które polegają na głębokiej psychicznej i fizycznej relaksacji oraz wizualizacji;

– „podręczniki indywidualnej mocy" (Personal Power Manuals), których celem jest indywidualna praca nad zasobami i zwiększaniem pewności siebie[100].

K.S. Walitzer wraz ze współpracownikami wskazuje na dwie grupy technik, których celem jest zwiększenie zaangażowania w oddziaływania. Są to techniki przygotowujące, a wśród nich wywiad wprowadzający w rolę, trening przygotowawczy oraz ćwiczenia o charakterze poznawczo-empirycznym (trening empiryczny)[101]. Celem tych aktywności jest dostarczenie wiedzy o przebiegu procesu terapeutycznego, typowych sytuacjach i trudnościach, które mogą się w procesie pojawić, a także zwiększenie świado-

---

[97] Por. tamże.

[98] Por. M. McMurran, T. Ward, *Treatment Readiness*, s. 83.

[99] M. Czachury, D.F. Dansereau, *Using Motivational Activities to facilitate Treatment Involvement and Reduce Risk*, Journal of Psychoactive Drugs, 2005, 37(1), s. 8.

[100] Por. tamże.

[101] Por. K.S. Walitzer, K.H. Dermen, G.J. Connors, *Strategies for Preparing Clients for treatment: A review*, Behavior Modification, 1999, 23, 1, s. 132-133.

mości własnych emocji, ćwiczenie umiejętności odkrywania się w grupie[102]. Techniki te mogą wzmocnić przekonanie podopiecznego o możliwości dokonania zmiany oraz pomóc skupić się na realistycznych oczekiwaniach dotyczących oddziaływań[103].

Drugą grupę stanowią działania zwiększające motywację. Badacze odwołują się do wypracowanych przez W. Millera i S. Rollnicka założeń dialogu motywującego, który bywa wykorzystywany jako samodzielna forma terapeutyczna (zaliczana do krótkiej interwencji) albo wstęp do dalszej terapii, który zwiększa wewnętrzną motywację oraz zobowiązanie do zmiany[104]. Osoba prowadząca oddziaływania korzysta między innymi z takich technik, jak wydobywanie przekonań automotywacyjnych, empatyczne słuchanie, zadawanie pytań otwartych dotyczących uczuć, obaw, pomysłów, stosowanie afirmacji, rozbijanie oporu przez naświetlanie stanów emocjonalnych, unikanie konfrontacji, pokazywanie zachowań problemowych z innych perspektyw, wydobywanie obaw podopiecznego na światło dzienne i poddawanie ich analizie[105].

W procesie resocjalizacji mamy często do czynienia z podopiecznymi, którzy zostali prawnie zmuszeni do wzięcia udziału w oddziaływaniach. Przymus, izolacja, ograniczone możliwości wyboru nie sprzyjają zaangażowaniu w proponowane programy resocjalizacyjne[106]. Co więcej, sprawcy bywają często w fazie prekontemplacji, a więc nie są w pełni świadomi swoich problemów, nie widzą potrzeby zmiany, tym samym reagują niechęcią na proponowane oddziaływania. Celem działań preparacyjnych w procesie resocjalizacji winno stać się zatem skonfrontowanie ich z trudnościami, uświadomienie konsekwencji dalszego ryzykownego stylu życia oraz wstępna zmiana w obszarze afektywnym, poznawczym, wolicjonalnym i behawioralnym. J. Prochaska i C.C. DiClemente zakładają, iż celem oddziaływań powinno być przesunięcie sprawcy o jeden-dwa poziomy[107], a więc przejście z fazy prekontemplacji do fazy kontemplacji lub planowania zmiany.

O zastosowaniu krótkich interwencji w warunkach izolacji penitencjarnej piszą A. Majcherczyk i T. Głowik[108], wskazując, iż zgodnie z założeniami

---

[102] Por. tamże, s. 134-140.

[103] Por. tamże.

[104] Por. tamże, s. 149.

[105] Por. tamże, s. 146-147.

[106] Por. szerzej M. Muskała, *„Odstąpienie od przestępczości" w teorii i praktyce resocjalizacyjnej*, Poznań 2016, s. 59-88.

[107] Por. szerzej J.O. Prochaska, C.C. DiClemente, *Toward a comprehensive model of change*, [w:] *Treating Addictive Behaviours: Process of Change*, red. W.R. Miller, N. Heather, New York 1986, s. 3-27.

[108] Por. szerzej A. Majcherczyk, T. Głowik, *Krótkie interwencje wobec skazanych nadużywających substancji psychoaktywnych*, Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2011, 70, s. 111-138.

nowelizacji Rozporządzenia ministra sprawiedliwości z 14.08.2003 roku w sprawie sposobu prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych należy objąć tymi oddziaływaniami skazanych uzależnionych, którzy przebywają poza oddziałami terapeutycznymi[109]. Zdaniem T. Głowika i A. Majcherczyka,

> osoby uzależnione zmieniają swoje zachowania zarówno dzięki długoterminowej terapii w odpowiednim oddziale albo ośrodku, jak i korzystając z poradnictwa oraz różnych form krótkoterminowych (…) Wielu uzależnionych osiąga sukces w oparciu o własne zasoby, w ogóle nie korzystając z profesjonalnej pomocy[110].

Na zasoby, które posiada każdy sprawca zwracają uwagę M. McMurran i T. Ward, wskazując, iż punktem wyjścia wszelkich działań winniśmy uczynić diagnozę owych potencjałów, na których należy oprzeć oddziaływania[111], ale także które powinniśmy uświadomić podopiecznemu. Skoro krótka interwencja to co najmniej trzy spotkania, podczas których dochodzi do oceny problemu, przekazania informacji zwrotnej i przeprowadzanie rozmowy motywującej wraz z przekazaniem wskazówek[112], to niech dojdzie nie tylko do oceny (na podstawie narzędzi diagnostycznych) stopnia uzależnienia, ale i mocnych stron sprawcy, które na etapie przekazywania informacji zwrotnej zostaną uświadomione podopiecznemu. Takie ukazanie potencjałów może pozytywnie wpłynąć na zwiększenie gotowości do zmiany u skazanego. Pozostawienie go ze świadomością istnienia problemu i koniecznością zmiany zachowania przy braku pewności, że posiada wystarczające zasoby, by dokonać zmiany może negatywnie wpłynąć na poziom gotowości.

M. McMurran i T. Ward wskazują, iż główną kwestią różnicującą sprawców na tych, którzy kończyli program i którzy z niego wypadali nie był wcale poziom motywacji, lecz poziom kompetencji psychospołecznych, dlatego należy umiejętności te rozwijać przed przystąpieniem do programu[113].

Na usuwanie przeszkód tkwiących w wychowanku (ale i w wychowawcy oraz sytuacji wychowawczej) uwagę zwracali już Cz. Czapów i S. Jedlewski, pisząc o preparacji działań wychowawczych. Owe przeszkody utrudniają proces wychowawczy, dlatego należy je rozpoznać (uzyskując pełne dane

---

[109] Por. Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 14.08.2003 roku w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, §21.1, http://dokumenty.rcl.gov.pl/D2013000106701.pdf, [dostęp: 24.03.2016].

[110] A. Majcherczyk, T. Głowik, *Krótkie interwencje*, s. 113-114.

[111] Por. szerzej M. McMurran, T. Ward, *Treatment*, s. 81-83.

[112] Por. szerzej Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 14.08.2003 roku, §21.2.

[113] M. McMurran, T. Ward, *Treatment*, s. 80.

o wychowanku[114]), a następnie wyeliminować. Część tych barier należy uczynić przedmiotem właściwych działań wychowawczych[115], jednak nie można zapominać o dwóch wcześniejszych etapach – przysposobieniu sprawcy i ukształtowaniu tworzywa[116]. Każde postępowanie resocjalizacyjne, wychowawcze, czy terapeutyczne jest postępowaniem celowościowym i jako takie powinno być dobrze przygotowane, bowiem „skuteczność działania zależy od odpowiedniego wykonania czynności, które dane działanie umożliwiają lub ułatwiają czy pozwalają choćby na lepsze wykonanie dzieła"[117]. Skoro skuteczność oddziaływań resocjalizacyjnych jest wypadkową czynników leżących po stronie podopiecznego, warunków, programu, procesu, ale także społecznego wsparcia udzielanego zmieniającemu się sprawcy, to winniśmy dołożyć wszelkich starań, by te niezbędne elementy gotowości rozwijać zarówno w działaniach preparacyjnych, jak i w oddziaływaniach resocjalizacyjnych. Powtórzyć warto raz jeszcze twierdzenie T. Warda i współpracowników, iż zmiana sprawcy, rozumiana jako osiąganie istotnych celów życiowych w akceptowany społecznie sposób, będzie możliwa wtedy, gdy ten posiadając kluczowe wewnętrzne cechy (wymienione już wyżej) będzie żył w środowisku, w którym zmiana będzie możliwa i wspierana[118].

A. Majcherczyk i T. Głowik zwracają uwagę, że

> czy nam się to podoba, czy nie, krótsze i oszczędniejsze formy interwencji, o predefiniowanej zawartości, także i u nas zaczynają wypierać nie do końca strukturalizowane programy długoterminowe[119].

Skoro taka jest tendencja, winniśmy baczniej przyjrzeć się warunkom prowadzenia krótkich interwencji, zwłaszcza gdy stają się one jedyną formą wsparcia, a nie wstępem do dalszej pracy. Zwrócić musimy także uwagę na działania kierowane nie tylko do skazanych uzależnionych, ale do wszystkich przebywających w warunkach izolacji penitencjarnej. Dialog motywujący czy terapia skoncentrowana na rozwiązaniach może przynieść wymierne rezultaty pod warunkiem, że będzie dobrze przeprowadzona, a to zdaniem A. Majcherczyka i T. Głowika oznacza, że będzie ona „prowadzona z należytą starannością, przez odpowiednio przeszkoloną osobę (…) zgodnie

---

[114] Cz. Czapów, S. Jedlewski, *Pedagogika resocjalizacyjna*, s. 263.
[115] Tamże, s. 267.
[116] Por. szerzej tamże, s. 255-267.
[117] Tamże, s. 255.
[118] Por. T. Ward i in., *The Multifactor*, s. 650.
[119] A. Majcherczyk, T. Głowik, *Krótkie interwencje*, s. 133.

z założeniami, tak, jak zostały zaprojektowane"[120]. Dlatego, chcąc prowadzić skuteczne oddziaływania resocjalizacyjne, powinniśmy pamiętać, czym jest gotowość do zmiany oraz do podjęcia terapii, a planując i projektując oddziaływania, winniśmy zadbać o prawidłową modyfikację w obszarach warunków, programu i sprawcy, a nie skupiać się jedynie na osobie sprawcy i w niej szukać przyczyn braku zaangażowania w program resocjalizacyjny.

BIBLIOGRAFIA

Andrews D.A., Bonta J., *The Psychology of Criminal Conduct*, New Providence 2010.

Barczykowska A., *Zastosowanie Modelu R-N-R w diagnozie resocjalizacyjnej dorosłych sprawców przestępstw–rozwiązania angielskie*, Studia Edukacyjne, 2015, 34.

Bonta J., Andrews D.A., *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*, Canada 2007, https://cpoc.memberclicks.net/assets/Realignment/risk_need_2007-06_e.pdf, [dostęp: 10.03.2016].

Burrowes N., Needs A., Time *to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders*, Agression and Violent Behavior, 2009, 14.

Carey K.B., Purnine D.M., Maisto S.A., Carey M.P., *Assessing Readiness to Change Substance Abuse: A Critical Review of Instruments*, Clinical Psychology: Science and Practice, 1999, 6, 3.

Chojecka J., *Czynniki kryminogenne osadzonych kobiet wyzwaniem dla resocjalizacji penitencjarnej*, Resocjalizacja Polska, 2013, 4.

Chojecka J., *Kobieta w więzieniu i jej resocjalizacja – zamierzenia a rzeczywistość*, Poznań 2013.

Chojecka J., *Model dla wszystkich?: spory wokół koncepcji szacowania ryzyka recydywy*, Resocjalizacja Polska, 2014, 7.

Cohen M.R., Anthony W.A., Farks M.D., *Assessing and Developing Readiness for Psychiatric Rehabilitation*, Psychiatric Services, 1997, 48, 5.

Czachury M., Dansereau D.F., *Using Motivational Activities to facilitate Treatment Involvement and Reduce Risk*, Journal of Psychoactive Drugs, 2005, 37(1).

Czapów Cz., Jedlewski S., *Pedagogika resocjalizacyjna*, Warszawa 1971.

Doliński D., Łukaszewski W., *Typy motywacji*, [w:] *Psychologia*, t. 2, red. J. Strelau, Gdańsk 2003.

Drieschner K.H., Lammers S.M.M., Staak van der C.P.F., *Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept*, Clinical Psychology Review, 2004, 23.

Faduła J., *Transteoretyczny model zmiany – integracja systemów psychoterapii*, Świat Problemów, 2012, http://www.swiatproblemow.pl/2012_09_1.html, [dostęp:14.03.2016].

Gierowski J.K., *Czynniki ryzyka przemocy i psychopatyczne zaburzenia osobowości u sprawców przestępstw seksualnych*, Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2009, 64-65.

Gierowski J.K., *Uwagi psychologa sądowego o możliwościach opiniowania o stopniu zagrożenia u osób objętych ustawą z 22 listopada 2013 r.*, Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2014, 82.

Ginsburg J.I.D., Mann R.E., Rotgers F., Weeks J.R., *Wywiad motywujący z populacjami przestępczymi w trakcie odbywania kary lub dozoru*, [w:] *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, Kraków 2010.

[120] Tamże, s. 135.

Granosik M., Gulczyńska A., Szczepanik R., *Klimat społeczny instytucji wychowawczych i jego uwarunkowania. Perspektywa pracowników i wychowanków młodzieżowych ośrodków wychowawczych (MOW) i socjoterapii (MOS)*, http://dspace.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/12515/2-013_071-Granosik,%20Gulczy%C5%84ska,%20Szczepanik.pdf?sequence=1&isAllowed=y, [dostęp: 24.03.2016].

Howells K., Day A., *Readiness for Anger Management, Clinical and Theoretical Issues*, Clinical Psychology Review, 2003, 23.

Jiricka V., Podana Z., Petras M., Hurka J., *Predictior of Offending: SARPO – The Czech Tool for Assessment of Offenders' Criminogenic Risk and Needs*, Journal of Criminology, 2014.

Jaworska A., *Klimat społeczny instytucji resocjalizacyjnych dla nieletnich*, [w:] *Leksykon resocjalizacji*, red. A. Jaworska, Kraków 2012.

Joe G.W., Simpson D., Broome K.M., *Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process*, Addiction, 1998, 93(8).

Łukaszewski W., *Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych*, [w:] *Psychologia*, t. 2, red. J. Strelau, Gdańsk 2003.

Majcherczyk A., Głowik T., *Krótkie interwencje wobec skazanych nadużywających substancji psychoaktywnych*, Przegląd Więziennictwa Polskiego, 2011, 70.

McGuire J., *Commentary: Promising answers and the next generation of questions*, Psychology Crime and Law, 2004, 10(3).

McMurran M., Ward T., *Treatment Readiness, Treatment Engagement and Behaviour Change*, Criminal Behaviour and Mental Health, 2010, 20.

Miller W.R., Rollnick S., *Wywiad motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*, Kraków 2010.

Mossiēre A., Serin R., *A critique of models and measure of treatment readiness In offenders*, Aggression and Violent Bevavior, 2014, 19.

Muskała M., *Znaczenie gotowości do zmiany w procesie resocjalizacji*, Studia Edukacyjne, 2014, 31.

Muskała M., *„Odstapienie od przestępczości" w teorii i praktyce resocjalizacyjnej*, Poznań 2016.

Pintrich P.R., DeGroot E.V., *Motivational and self-regulated learning components of Classroom Academic Performance*, Journal of Educational Psychology, 1990, 82, 1.

Prochaska J.O., DiClemente C.C., *Toward a comprehensive model of change*, [w:] *Treating Addictive Behaviours: Process of Change*, red. W.R. Miller, N. Heather, New York 1986.

Prochaska J.O., DClemente C.C., Norcross J.C., *In serach of how people change applications to addictive Behaviors*, American Psychologist, 1992, 47, 9.

Robinson G., Crow I., *Offender Rehabilitation, Theory, Research and Practice*, London 2009.

Rollnick S., Heather N., Gold R., Hall W., *Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use In brief, opportunistic interventions among excessive drinkers*, British Journal of Addiction, 1992, 82.

Rozporządzenie ministra sprawiedliwości z 14.08.2003 roku w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach karnych i aresztach śledczych, http://dokumenty.rcl.gov.pl/D2013000106701.pdf, [dostęp: 24.03.2016].

Serin R., Kennedy S., *Treatment Readiness and Responsivity: Contributing to Effective Correctional Programming*, Correctional Service of Canada, 1997.

Skuza A., *Klimat społeczny polskiego zakładu poprawczego. Pedagogiczna analiza czynników kreujących*, http://www.ipsir.uw.edu.pl/UserFiles/File/Katedra_Socjologii_Norm/PRACEIPSIR/Tom_20/klimat_spoleczny_polskiego_zakladu_poprawczego.pdf, [dostęp: 24.03.2016].

Stańdo-Kawecka B., *O koncepcji resocjalizacji w polskiej literaturze naukowej polemicznie*, Probacja, 2010, 1.

Stańdo-Kawecka B., *Wybrane problemy profesjonalizacji organów probacyjnych i klasyfikacji sprawców oddanych pod dozór do grup ryzyka*, Nowa Kodyfikacja Prawa Karnego, 2014, XXXIII.

Stewart L., Millson W.A., *Offender Motivation for Treatment as a Responsivity Factor*, Forum on Correction Research, 1995, 7, 3, s. 4, http://www.csc-scc.gc.ca/research/forum/e073/073b_e.pdf, [dostęp: 10.03.2016].

Sztuka M., *Anachronizm i aktualność. Idee resocjalizacji w sporze o nowoczesność*, Kraków 2013.

Szumski F., Kasparek K., *Szacowanie ryzyka powrotności do przestępstwa seksualnego – podejścia i metody*, http://www.wuj.pl/UserFiles/File/A-Darmowe%20ebooki/Psychologia-sadowa-160-180.pdf, [dostęp: 10.03.2016].

Taxman F.S., Caudy M.S., *Risk tells us Who, but not What or How, Empirical Assessment of the Complexity of Criminogenic Needs to inform Correctional Programming*, Criminology and Public Policy, 2015, 14(1).

Viets V.L., Walker D.D., Miller W.R., *What is Motivation to Change? A scientific Analysis*, [w:] *Motivating Offenders to Change. A Guide to Enhancing Engagement in Therapy*, red. M. McMurran, West Sussex 2007.

Walitzer K.S., Dermen K.H., Connors G.J., *Strategies for Preparing Clients for treatment: A review*, Behavior Modification, 1999, 23, 1.

Ward T., Day A., Howells K., Birgden A., *The multifactor offender readiness model*, Aggression and Violent Behavior, 2004, 9.

Wójcik D., *Stosowanie w postępowaniu karnym narzędzi diagnostyczno-prognostycznych służących oszacowaniu ryzyka powrotności do przestępstwa*, Warszawa 2012, http://www.iws.org.pl/pliki/files/IWS_W%C3%B3jcik%20D_Ocena%20ryzyka%20ponownej%20przest.pdf, [dostęp: 10.03.2016].

Wysocka E., *Diagnoza w resocjalizacji*, Warszawa 2008.