

Specyfika terapii uzależnienia od środków psychoaktywnych w zakładach karnych

Peculiar features of prison-based treatment programmes for inmates addicted to psychoactive substances

Andrzej Majcherczyk

Centralny Zarząd Służby Więziennej

Abstract – The purpose of this article is to present issues within an area of the prison-based treatment programmes for substance-addicted prisoners. The author focuses on key issues within this field, especially its difference from free-world treatment. The author also identifies and characterizes some specific features of prison-based treatment programmes for alcohol or drug addicted persons, in particular: the three polar therapeutic relationship, scope, purposes, nature and consequences of coercion within prison settings. The wider scope of prisoners' therapeutic needs (in comparison with other addicted clients), consequences of the mechanism of negative selection of patients to prison-based treatment programmes, and differences within the therapeutic environment are also discussed as well as the different organizational solutions necessary to address the above mentioned peculiarities.

In the final part of the article, the author discusses directions and perspectives for development of abstinence-oriented treatment programmes within the Polish prison system against a wider frame of references. The author's goal is to argue for the development of various therapeutic options, a wide range of sufficiently differentiated treatment programmes, differentiated training curricula for therapists, and more courageous adoption of some treatment approaches which are well acknowledged around the world, but still remain relatively unknown in Poland or are at least perceived as "alternatives" or "novelties".

Key words: coercion, cognitive distortions, abstinence

Streszczenie – Celem prezentowanego tekstu jest przedstawienie problematyki terapii uzależnień w zakładach karnych. Autor skupia się na węzłowych zagadnieniach dotyczących tej terapii, akcentując w szczególności jej odmienność od terapii pacjentów wolnościowych. Identyfikuje i charakteryzuje determinanty tej odmienności: inny typ relacji terapeutycznej, szerszy zakres stosowania przymusu w prowadzonych oddziaływaniach, większe potrzeby terapeutyczne skazanych, które powinny być przedmiotem terapii, skutki działania mechanizmu negatywnej selekcji pacjentów, różnice tkwiące w środowisku terapeutycznym oraz odmienne rozwiązania organizacyjne.

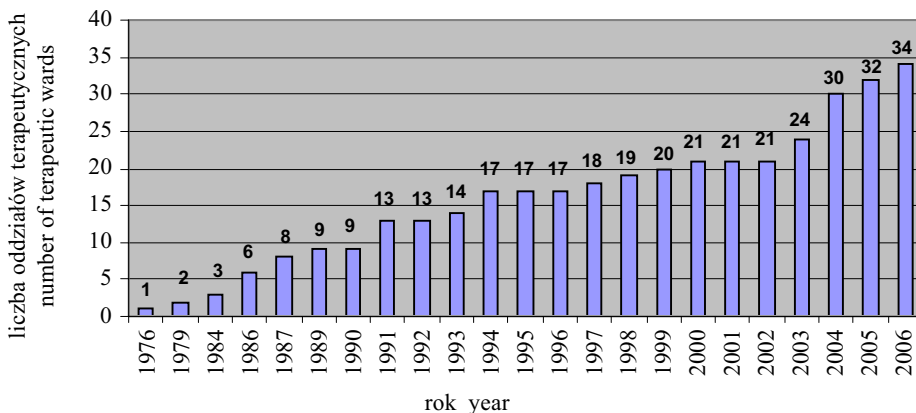
W końcowej części pracy autor omawia kierunki i perspektywy rozwoju zorientowanych na abstynencję programów terapii uzależnień w polskich zakładach karnych na tle pozawiezionej oferty terapeutycznej dla osób uzależnionych. Postuluje większe zróżnicowanie sposobów prowadzenia terapii i programów terapeutycznych oraz programów szkoleń certyfikacyjnych w dziedzinie uzależnień, a także szersze otwarcie na współczesne trendy, które w wielu krajach mają już status uznanych podejść teoretycznych i klinicznych, natomiast w Polsce są wciąż względnie mało znane i nadal spostrzegane jako „terapię alternatywną” lub „nowinki”.

Słowa kluczowe: przymus, zniekształcenia poznawcze, abstynencja

WPROWADZENIE

Artykuł jest poświęcony przedstawieniu i omówieniu tylko jednej spośród istniejących opcji terapeutycznych, tj. oddziaływaniom psychospołecznym, których celem jest trwała i całkowita abstynencja od środków psychoaktywnych. Autor ma świadomość, iż nie jest to jedyna opcja terapeutyczna możliwa do realizacji w zakładach karnych. W polskich więzieniach prowadzone są wobec osób uzależnionych także oddziaływania w ramach modelu biomedycznego; stosowane są różne metody detoksykacji, a także stopniowo wzrasta liczba programów terapii substytucyjnej i liczba objętych nimi skazanych. Te programy z pewnością zasługują na uwagę, nie są jednak przedmiotem niniejszego artykułu. Autor skupia się na programach psychoterapii uzależnień od środków psychoaktywnych z abstynencją jako celem, ponieważ jest to podejście aktualnie dominujące i z bardzo długą tradycją w polskim więziennictwie.

Terapia osób uzależnionych od środków psychoaktywnych jest prowadzona w polskich zakładach karnych (ZK) co najmniej od połowy lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku. Pierwszy więzienny oddział, w którym objęto leczeniem skazanych alkoholików, utworzono w 1976 roku na terenie ZK Nr 1 we Wrocławiu, kolejny – w 1979 roku w ZK w Barczewie. Pierwsze oddziały dla skazanych uzależnionych od narkotyków powstały w połowie lat osiemdziesiątych na terenie ZK w Warszawie-Służewcu (1984), ZK w Rawiczu (1986), ZK we Wronkach (1986) i w Areszcie Śledczym w Elblągu (1986). Początkowo liczba tych oddziałów rosła powoli, w latach dziewięćdziesiątych nieco szybciej, a proces ten nabrał tempa po 2000 roku (patrz rys. 1).

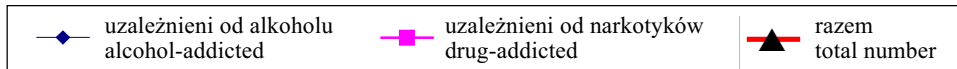
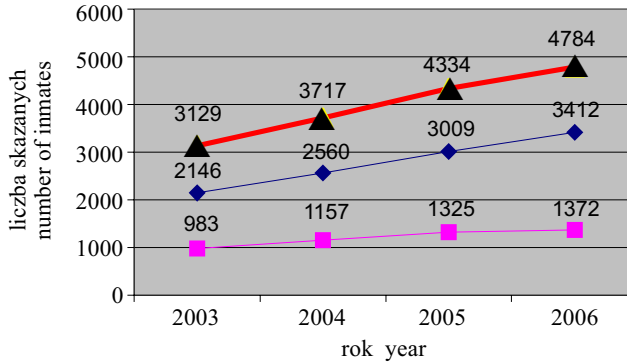


Rys. 1.

Liczba więziennych oddziałów terapeutycznych dla skazanych uzależnionych od alkoholu lub od narkotyków w kolejnych latach (źródło: Centralny Zarząd Służby Więziennej)

Number of therapeutic wards for drug- or alcohol-addicted prisoners in Polish prisons system since seventies till now (source: Central Board of Prison Service)

Problemy związane z używaniem środków psychoaktywnych są wśród więźniów na tyle rozpowszechnione, iż w zasadzie każda większa jednostka penitencyjna, powinna mieć własny oddział terapeutyczny dla skazanych uzależnionych (1). Do takiej sytuacji jeszcze dość daleko. Dzięki rozbudowie sieci więziennych oddziałów terapeutycznych, stale jednak zwiększa się liczba osób uzależnionych, obejmowanych programami terapeutycznymi w trakcie wykonywania kary pozbawienia wolności (patrz rys. 2).



Rys. 2.

Liczba skazanych obejmowanych terapią w związku z uzależnieniem od alkoholu lub od narkotyków w latach 2003–2006 (źródło: Centralny Zarząd Służby Więziennej)

Number of inmates (drug-addicted, alcohol-addicted and total number) who underwent relevant treatment programme in Polish prisons in a period 2003–2006 (source: Central Board of Prison Service)

Coraz szerszemu stosowaniu oddziaływań terapeutycznych w polskich zakładach karnych powinna towarzyszyć, adekwatna do skali zjawiska, teoretyczna refleksja dotycząca tej dziedziny terapii. Tymczasem problem specyfiki takiej terapii nie znalazł dotychczas pełniejszego odzwierciedlenia w polskojęzycznym piśmiennictwie. Obszerna literatura na ten temat jest dostępna niemal wyłącznie w języku angielskim, co oznacza, że w Polsce korzysta z niej stosunkowo niewielu praktyków.

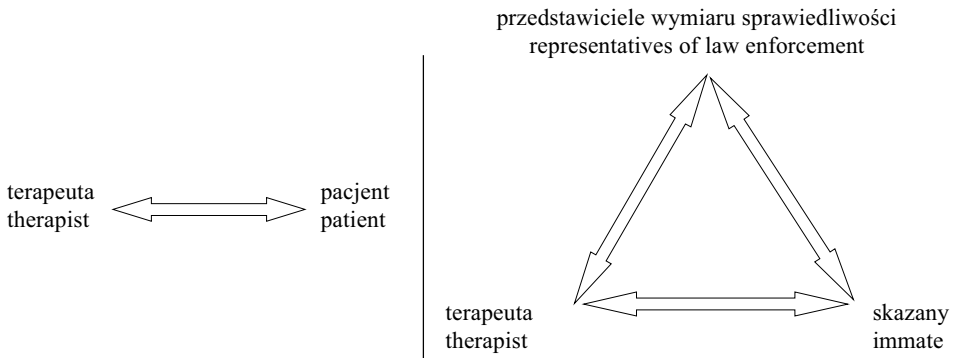
Specyfiki więzienia jako miejsca prowadzenia terapii i więźnia jako pacjenta nie uwzględnia się także w programach studiów psychologicznych ani w obowiązujących programach szkoleń certyfikacyjnych dla terapeutów uzależnienia od alkoholu i narkotyków. Zarówno programy kształcenia akademickiego, jak i doskonalenia zawodowego w tej dziedzinie nie do końca odpowiadają potrzebom praktyki penitencjarnej. W efekcie, absolwenci wyższych uczelni, osoby po odpowiednich szkoleniach certyfikacyjnych oraz terapeuci z doświadczeniem w pracy z pacjentem wolnościowym, dopiero w praktyce muszą weryfikować przydatność dotychczasowych doświadczeń, a także wiedzy i umiejętności, do realiów zakładu karnego.

DETERMINANTY ODMIENNOŚCI TERAPII W ZAKŁADACH KARNYCH

Do najistotniejszych czynników określających specyfikę terapii uzależnienia w warunkach izolacji możemy zaliczyć: odmienny typ relacji terapeutycznej, szerszy zakres stosowania przymusu w oddziaływaniach terapeutycznych, skutki działania mechanizmu negatywnej selekcji, większe potrzeby terapeutyczne skazanych, które powinny być przedmiotem terapii, różnice tkwiące w środowisku terapeutycznym oraz odmienne rozwiązania organizacyjne.

Trójbiegunowa relacja terapeutyczna

Relacja terapeutyczna pomiędzy terapeutą a skazanym różni się od tradycyjnego, dominującego typu relacji obowiązującej w obszarze pomocy psychologicznej czy ochronie zdrowia psychicznego (rys. 3).



Rys. 3.

Strony relacji terapeutycznej w modelu tradycyjnej psychoterapii oraz w terapii przestępców
Traditional therapeutic relationship (bipolar) vs triangular therapeutic relationship in prison settings

Tradycyjny model relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem ma charakter dwubiegunowy. Jej istotą i naczelną zasadą etyczną jest poufność oraz utrzymywanie innych osób (instytucji, stron) poza tą relacją, w znaczącym oddaleniu. Relacja terapeutyczna w warunkach izolacji ma wyraźnie zmodyfikowany charakter i można ją przedstawić w formie trójkąta, w którym obok terapeuty i skazanego występują jeszcze inne podmioty zainteresowane przebiegiem i wynikiem terapii (sąd, komisja penitencjarna, dyrektor zakładu karnego). Nie mogą być oni utrzymywani poza relacją i pozbawieni informacji (np. o postępach w terapii, jej efektach), są bowiem zobligowani do podejmowania ważnych decyzji dotyczących skazanego, mających skutki społeczne (np. warunkowe przedterminowe zwolnienie).

Dobre wzajemne komunikowanie się przedstawicieli trzeciego członu relacji terapeutycznej w sprawach dotyczących skazanego jest kluczowe dla procesu

terapii. Zakłócenia w przepływie informacji pomiędzy nimi nie leżą w niczym interesie. Sędzia czy dyrektor zakładu karnego bez rzetelnej informacji na temat efektów terapii nie będzie skłonny podejmować decyzji po myśli zespołu terapeutycznego. Ucierpią na tym skazani, którzy dokonali w terapii istotnych postępów. Z kolei, jeśli sędzia lub dyrektor będzie regularnie pomijał opinie terapeutów, to będą oni traktowani przez skazanych jako pozbawieni realnego wpływu na decyzje, a tym samym – zasługujący na lekceważenie i „bezużyteczni”. Sędzia, odcięty od istotnych dla niego informacji, może spostrzegać terapeutów jako osoby „spiskujące” ze skazanymi przeciwko sądowi. Skazany, jeżeli będzie czuł się wykluczony z procesu komunikacji pomiędzy wymienionymi stronami, może dojść do wniosku, że terapeuci poza nim prowadzą jakąś „nieczystą grę”, co może skutkować negatywnym stosunkiem do terapii. Jasność co do tego, jak naprawdę wygląda relacja terapeutyczna, jej przejrzystość dla skazanych jest niezwykle istotna, ponieważ brak takiej jasności może wzmacniać i usprawiedliwiać niezwykle rozpowszechnione wśród skazanych spostrzeganie wymiaru sprawiedliwości (i w ogóle wszelkiej władzy) jako niegodnej zaufania i stosującej manipulację.

Konsekwencją trójbiegunowej relacji terapeutycznej jest ograniczona poufność informacji. W samym tym fakcie nie ma nic złego, pod warunkiem, że skazani będą mieli tego pełną świadomość i o istniejących ograniczeniach zostaną poinformowani przed rozpoczęciem terapii. Brak jasnego postawienia tej kwestii zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się problemów w trakcie terapii i może spowodować negatywną reakcję, kiedy skazany zostanie zapoznany, na przykład, z dotyczącą go opinią przygotowaną przez personel terapeutyczny dla potrzeb sądu.

Mechanizm instytucjonalnego przymusu

Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem, skazując osobę uzależnioną na karę pozbawienia wolności, sąd może – na podstawie art. 62 lub art. 95 § 1 kodeksu karnego – orzec system terapeutyczny wykonywania kary, co oznacza automatyczne skierowanie tej osoby do odpowiedniego programu terapeutycznego. Wprawdzie skazanego uzależnionego obejmuje się terapią za jego zgodą, jednak w przypadku braku takiej zgody o stosowaniu terapii (art. 117 kodeksu karnego wykonawczego) orzeka sąd penitencjarny. Skazany ma wówczas obowiązek poddania się terapii, a personel oddziału powinien terapię przeprowadzić, niezależnie od postawy skazanego. Z całości obowiązujących w tym zakresie przepisów¹ wynika ponadto, że

¹ Pełnemu przytoczeniu i przedyskutowaniu istniejących uwarunkowań prawnych należałoby poświęcić osobny, obszerny artykuł. Tego typu rozważania należą jednak raczej do zakresu dogmatyki prawa, niż terapii i wykraczają poza założony temat niniejszego artykułu. Chcąc skupić się przede wszystkim na praktycznych konsekwencjach prawa, a nie na analizie samego prawa, autor poprzestął na zasygnalizowaniu jedynie kilku kluczowych artykułów kodeksowych. Czytelnika zainteresowanego samodzielnym pogłębieniem tych zagadnień można odesłać w szczególności do kodeksu karnego, kodeksu karnego wykonawczego, rozporządzenia ministra sprawiedliwości z dnia 14 sierpnia 2003 r. w sprawie sposobów prowadzenia oddziaływań penitencjarnych w zakładach

każdy skazany, u którego rozpoznano uzależnienie, powinien odbyć terapię w trakcie wykonywania kary, a skierowanie do terapii następuje nie na wniosek samego zainteresowanego, lecz w trybie administracyjnej decyzji podejmowanej na podstawie opinii specjalistów. Cały obowiązujący w tym zakresie system prawny opiera się nie na zasadzie dobrowolności, lecz na zasadzie konstruktywnego przymusu. Oznacza to, iż przy kierowaniu do terapii postawa i wola skazanego nie mają decydującego znaczenia. Ma on obowiązek odbycia terapii i nie może z niej zrezygnować ani zdecydować o jej przerwaniu lub zakończeniu. Nie może wybrać sobie terapeuty, zakładu karnego, oddziału terapeutycznego, w którym będzie odbywał terapię ani też czasu. Wszystkie formy przymusowych skierowań do terapii, stosowane wobec pacjentów wolnościowych wypada uznać za „miękkie”, w porównaniu z „twardą” formą przymusu, jaki ma miejsce w zakładzie karnym.

Cel, sens i konsekwencje przymusu terapeutycznego

Stosowanie wobec uzależnionych przestępców administracyjnego przymusu, który ma na celu skłonienie ich do poddania się terapii nie jest rozwiązaniem specyficznym polskim. Różne formy przymusu są powszechnie stosowane w wielu krajach świata. Znajduje to odzwierciedlenie choćby w terminach używanych w literaturze przedmiotu, odnoszących się do praktyki przymusowej terapii, jak choćby: „wymuszona terapia” (*coerced treatment*), „terapia z nakazu sądowego” (*court-ordered treatment*), „obowiązkowa terapia” (*mandated treatment*), „terapia niedobrowolna” (*involuntary treatment*), „terapia pod przymusem” (*compulsory treatment*). Wszystkie te określenia odnoszą się do sytuacji, w której mamy do czynienia z jakąś formą niecałkowitej dobrowolności, a niekiedy z wyraźnie i wprost artykułowanym przymusowym charakterem terapii.

O „niedobrowolnej” terapii – według Shearera – mówimy wówczas, gdy występuje co najmniej jedna z poniższych okoliczności. Na przykład, gdy klient:

1. nie widzi potrzeby terapii, a mimo to jest nią obejmowany,
2. jest obejmowany terapią, chociaż w rzeczywistości nie ma problemu,
3. nie może wybrać terapeuty,
4. nie może zmienić terapeuty,
5. nie może zrezygnować z rozpoczętej terapii,
6. czuje się przymuszony do uczestnictwa w terapii z obawy przed poważnymi konsekwencjami w przypadku jej porzucenia,
7. ma nawiązać relację terapeutyczną lub brać udział w odpowiednim programie, pomimo że nie udzielono mu wystarczającej informacji na ten temat (2).

karnych i aresztach śledczych, rozporządzeń ministra sprawiedliwości wydanych w porozumieniu z ministrem zdrowia, na podstawie delegacji ustawowych zawartych w art. 29 ust. 2, pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz art. 38 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, a także do zarządzenia nr 2/04 dyrektora generalnego służby więziennej z dnia 24 lutego 2004 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i organizacji pracy penitencjarnej oraz zakresów czynności funkcjonariuszy i pracowników działów penitencjarnych i terapeutycznych.

Zdaniem Shearera terapia jest w pełni dobrowolna jedynie wtedy, kiedy klient sam dostrzega jej potrzebę, może wybrać i zmienić terapeutę oraz zdecydować o jej zakończeniu. Ponadto nie może czuć się przymuszony do udziału w terapii groźbą zewnętrznych sankcji, a także powinien (przed jej rozpoczęciem) uzyskać informację na ten temat, wystarczającą do podjęcia świadomej decyzji o zaangażowaniu się w terapię (2).

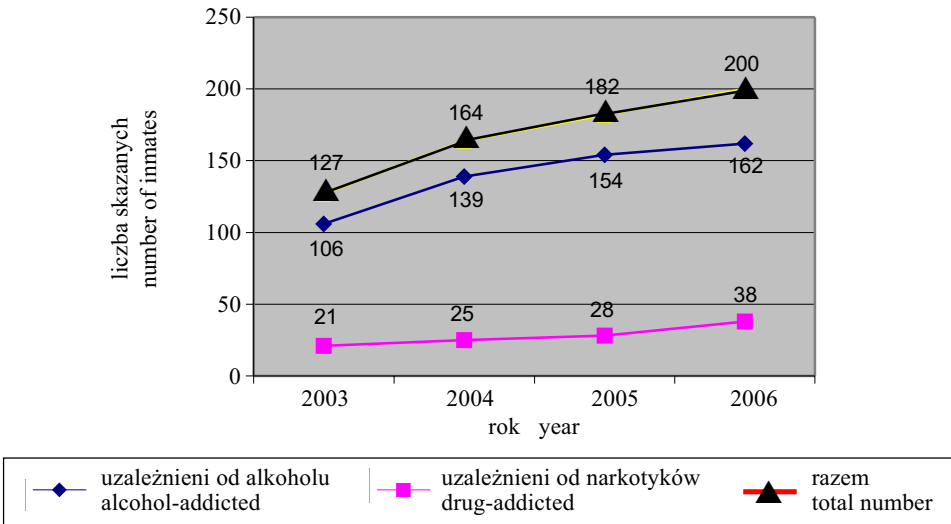
Wszystkie te okoliczności nie zawsze bywają łącznie spełnione, nawet w przypadku terapii uzależnień prowadzonej w warunkach wolności, a w przypadku zakładu karnego z wielu powodów nie są spełnione nigdy. Oznacza to, że w warunkach zakładu karnego praktycznie nie ma alternatywy dla przymusu i najprawdopodobniej żadna terapia tam prowadzona nie będzie w pełnym znaczeniu tego słowa „dobrowolna”.

Wielu praktyków psychoterapii nie podejmuje się pracy z klientami skierowanymi przymusowo. Zdaniem autora, uzasadnienia aksjologiczne takiej postawy i często podnoszone w jej obronie argumenty natury etycznej, odwołujące się do najwyższych wartości (respektowanie wolności, integralności, prawa wyboru), wydają się jednak w praktyce bardziej służyć obronie komfortu pracy terapeuty (eliminowanie najtrudniejszych klientów), niż rzeczywistemu dobru klientów. Dojrzałą motywację skazanego do zmiany należy widzieć jako pożądaną skutek terapii, a nie warunek wstępny rozpoczęcia oddziaływań w zakładzie karnym.

Dla autora, nie ulega wątpliwości, że terapeuci, którzy decydują się na prowadzenie terapii w warunkach izolacji penitencjarnej, powinni zdawać sobie sprawę z jej mniej lub bardziej „niedobrowolnego” charakteru i muszą akceptować pracę z klientem skierowanym do terapii pod przymusem.

Grupa skazanych, otwarcie kontestujących skierowanie do programu terapeutycznego – którzy zdecydowanie odmawiają wyrażenia zgody na terapię i wobec których trzeba w związku z tym stosować odpowiednią procedurę sądową – w warunkach polskiego systemu penitencjarnego nie przekracza 5% ogółu osób obejmowanych terapią (patrz rys. 4).

Nie oznacza to, że pozostali skazani, którzy „dobrowolnie” wyrażają zgodę na udział w terapii, mają możliwość podjęcia w pełni wolnej decyzji. Skazani ci również znajdują się w warunkach bardzo wyraźnego przymusu instytucjonalnego, doskonale zdają sobie bowiem sprawę z tego jak funkcjonuje cały „system”. Muszą uwzględniać negatywne konsekwencje odmowy oraz pozytywne skutki odbycia terapii. Decydują się na udział w programie najczęściej ze względów pozamerytorycznych (spodziewane korzyści lub chęć uniknięcia negatywnych skutków) i traktują to jako zło konieczne albo koszt, który trzeba ponieść po to, by np. uzyskać pozytywną opinię, możliwość korzystania z przepustek, warunkowe przedterminowe zwolnienie. Jest to bardzo liczna grupa skazanych – nie odmawiają w sposób jednoznaczny udziału w terapii i formalnie wyrażają zgodę, ale jednocześnie mają do niej podejście instrumentalne i liczą przede wszystkim na pozamerytoryczne korzyści. Ci, którzy trafiają do oddziałów terapeutycznych z właściwą, dojrzałą, nieinstrumentalną motywacją do zmiany stanowią wyjątkowe przypadki.



Rys. 4.

Liczba skazanych zobowiązanych przez sąd penitencjarny do poddania się terapii w związku z uzależnieniem od środków psychoaktywnych w latach 2003–2006 (źródło: Centralny Zarząd Służby Więziennej)

Number of inmates (alcohol-addicted, drug-addicted and total number) who were obliged by penitentiary courts to undergo relevant treatment programme in a period 2003–2006 (source: Central Board of Prison Service)

Sens prowadzenia terapii uzależnienia „pod przymusem” bywa niekiedy kwestionowany także przez terapeutów zatrudnionych w zakładach karnych. Wymienione uwarunkowania prawne i organizacyjne stwarzają – co trzeba przyznać – wyjątkowo trudne warunki do pracy. Stosowanie wobec przestępców „przymusu terapeutycznego” nie byłoby jednak tak powszechne, gdyby nie przemawiały za tym poważne argumenty.

Dobrowolność nie jest koniecznym warunkiem skuteczności terapii osób uzależnionych. Wiele badań empirycznych pokazuje, że terapia pacjentów „przymusowych” jest równie skuteczna, jak pacjentów „dobrowolnych” (3, 4, 5). Niekiedy efekty tej pierwszej bywają nawet lepsze, co zapewne należy wiązać z dłuższym pozostawianiem pacjentów w programach terapii i z mniejszym odsetkiem osób wypadających z programu przed jego zakończeniem (6, 7, 8).

Konkludując, wiele systemów prawnych przewiduje przymus terapii wobec osób uzależnionych i większość autorów akceptuje takie stanowisko:

Wykluczanie ludzi z terapii jedynie z powodu braku gotowości, wynikającej z pozostawiania pod wpływem systemu zaprzeczeń, oznaczałoby, że proces terapii dla wielu z nich nigdy nie miałby szansy się rozpocząć (9: 18).

Niewiele osób w fazie przewlekłej uzależnienia podejmie terapię bez jakiegokolwiek zewnętrznego nacisku i dlatego przymus prawny jest tak samo usprawiedliwiony jak jakakolwiek inna forma motywowania do terapii (10: 9).

Przymus pozwala przede wszystkim na umieszczenie skazanego w oddziale terapeutycznym, a także na utrzymanie go w programie, niezależnie od aktualnej motywacji do terapii i wahań, jakim podlega. Przymus stwarza zatem możliwość znalezienia się w programie wielu pacjentom, którzy w innym przypadku nigdy nie trafiliby do terapii albo też nie mieliby szansy jej ukończyć. To, czy ta szansa zostanie następnie należycie wykorzystana, zależy już od umiejętności terapeutów. A więc zastosowanie przymusu na pewnym etapie procesu zmiany wydaje się całkowicie zasadne; realne niebezpieczeństwo wiąże się natomiast z jego nadużywaniem. Jest bowiem oczywiste, że prawdziwej motywacji do zmiany nie można budować, posługując się przymusem jako jedynym narzędziem wpływu społecznego. Im silniej bowiem akcentuje się przymus i w im większym stopniu z niego korzysta do wymuszenia określonych zachowań, tym gorzej jest z motywacją skazanych.

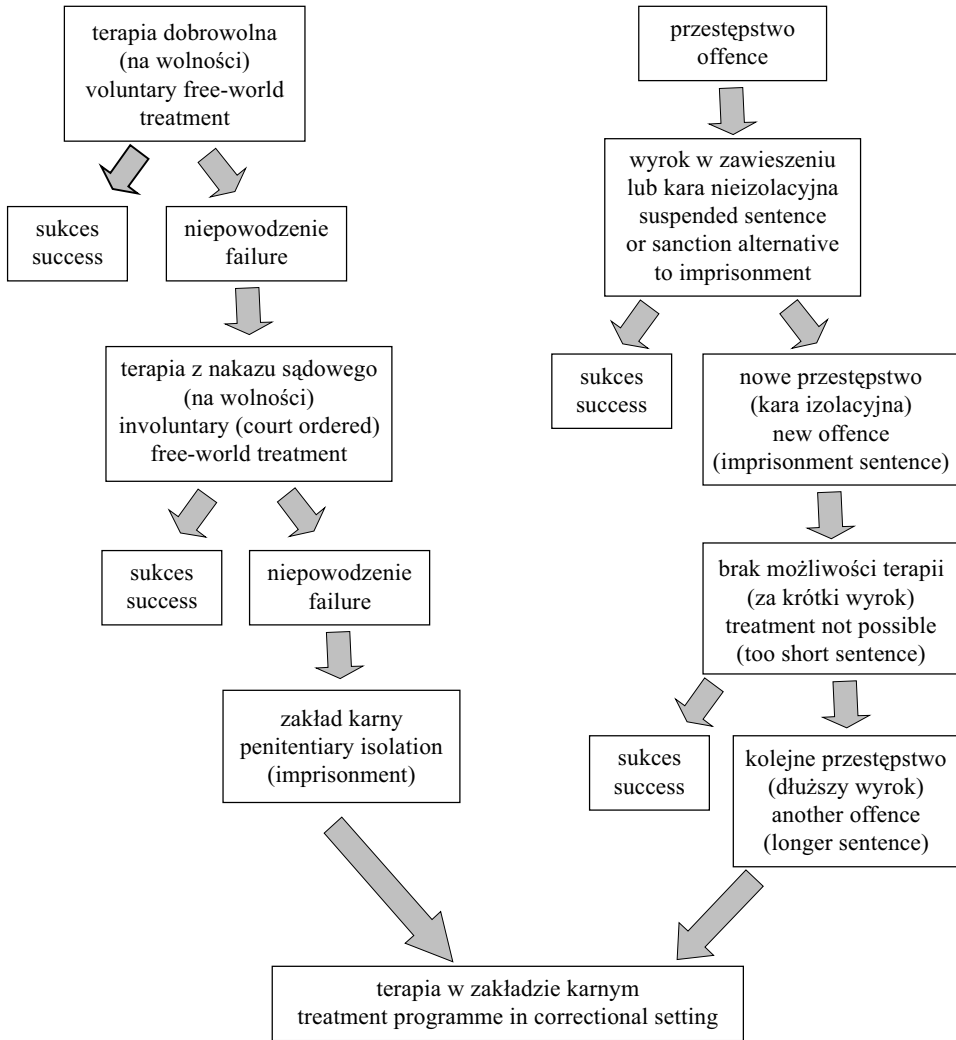
Mechanizm negatywnej selekcji pacjentów do więziennych programów

Charakterystyczny dla zakładów karnych przymus terapii osób uzależnionych nie jest jedynym źródłem trudności. Różne formy przymusowej terapii uzależnień występują wszak także poza zakładami karnymi. Z pewnego punktu widzenia, wśród osób uzależnionych prawie wcale nie ma pacjentów „dobrowolnych”. Bardzo wielu pacjentów zgłasza się na leczenie pod silną presją najbliższych lub choćby pracodawcy. Ponadto, polskie sądy orzekają obowiązek poddania się terapii jako alternatywę dla sankcji karnej, przez co „niedobrowolnych” pacjentów można spotkać również w placówkach terapii uzależnień na wolności. Wiele takich placówek nie ma jednak możliwości utrzymania w terapii pacjenta (nawet skierowanego przez sąd) wbrew jego woli. Osoba uzależniona, która nie poddaje się terapii jest skreślana z listy pacjentów, o czym informuje się sąd, sąd skazuje ją na karę pozbawienia wolności albo zarządza wykonanie uprzednio wymierzonej i zawieszanej kary. Ostatecznie trafia do zakładu karnego, a następnie do więziennego oddziału terapeutycznego. Takiego oddziału skazany nie może łatwo opuścić, a odmowa poddania się terapii nie skutkuje skreśleniem z listy pacjentów.

Mamy tu do czynienia z klasycznym mechanizmem negatywnej selekcji (patrz rys. 5).

Nie zawsze ten cykl wygląda w taki sposób, ale w przypadku bardzo wielu skazanych powtarza się nawet wielokrotnie (wiele nieudanych prób terapii i wiele przestępstw, a niekiedy nawet wiele pobytów w zakładach karnych), zanim skazany wreszcie trafi do odpowiedniego programu terapeutycznego.

Do zakładów karnych trafiają pacjenci najslabiej wykształceni, bardzo często bez pracy i bez zawodu (11), co ilustrują rys. 6 i 7. Jak widać z przytoczonych danych, osoba z wyższym wykształceniem czy choćby z ustabilizowaną sytuacją zawodową, jest w tej grupie wyjątkiem. Regułą natomiast jest pacjent pochodzący z niższej klasy społecznej, pozbawiony adekwatnego systemu wsparcia, oporny na oddziaływania terapeutyczne, z różnego rodzaju deficytami, na ogół po

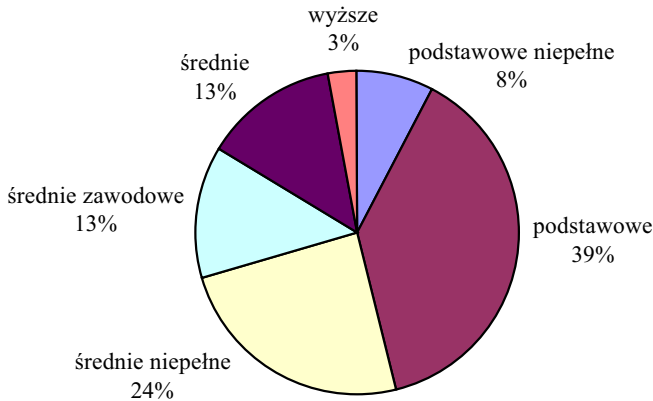


Rys. 5.

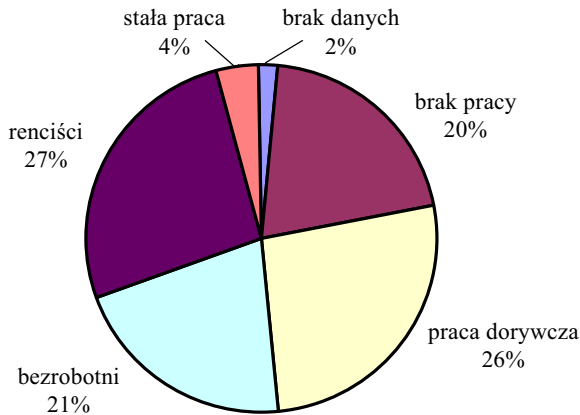
Mechanizm negatywnej selekcji do więziennych programów terapeutycznych dla osób uzależnionych
Mechanism of negative selection to prison-based treatment programmes for addicted inmates

doświadczeniach wielu nieudanych prób terapii. Są to zazwyczaj ludzie, z którymi nikt inny już nie chce pracować. Zakład karny jest więc tą instytucją, która zbiera większość najtrudniejszych przypadków.

Terapeuci uzależnień pracujący w zakładach karnych muszą zatem posiadać pogłębioną wiedzę i umiejętności w zakresie motywowania skazanego do zmiany, a także powinni dysponować rozwiniętymi, przemyślanymi strategiami postępowania z tzw. „trudnymi klientami”.



Rys. 6
Wykształcenie osób badanych (narkomani z HIV) umieszczonych w placówkach penitencjarnych (N = 104) (źródło: 11:35)
Educational level among drug-addicted inmates with HIV (N = 104) in Polish prisons (source: 11:35)



Rys. 7.
Stosunek osób badanych (narkomani z HIV) przebywających w jednostkach penitencjarnych do pracy zarobkowej (N = 104) (źródło: 11:36)
Attitudes to employment among drug-addicted inmates with HIV (N = 104) in Polish prisons (source: 11:36)

Zakres potrzeb terapeutycznych skazanych uzależnionych

Terapia uzależnień w zakładzie karnym stanowi fragment szerszego procesu, który w Polsce określa się – być może niezbyt szczęśliwie – procesem resocjalizacji. Programy terapii muszą zatem uwzględniać to, co ogólnie wiadomo na temat oddziaływań skutecznych wobec przestępców (1).

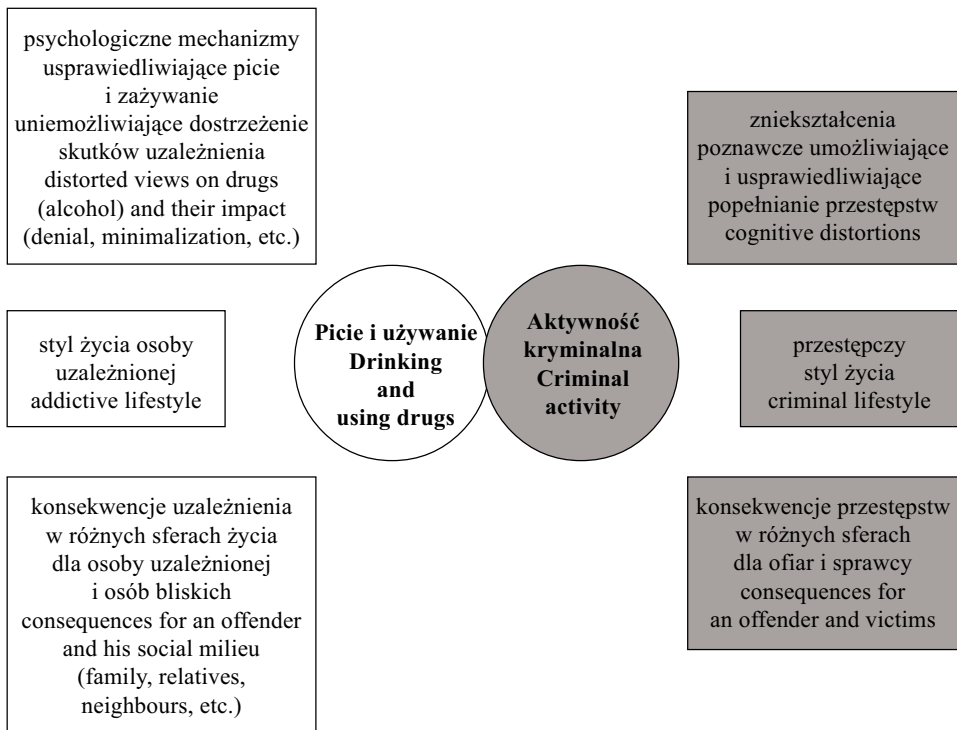
Kluczem do uchwycenia specyfiki terapii skazanych uzależnionych jest zrozumienie wzajemnych relacji między uzależnieniem a popełnianiem przestępstw. Relacje te bywają złożone i wielokierunkowe (5). Uzależnienie może być niekiedy przyczyną wejścia na drogę przestępstwa, ale zdarzają się (i to coraz częściej) także przypadki odwrotne, kiedy to aktywność kryminalna w grupie przestępczej, w której elementem stylu życia jest picie lub używanie narkotyków, doprowadza z czasem do uzależnienia.

Niezależnie od zróżnicowanej w poszczególnych przypadkach natury tej relacji, jedno wydaje się oczywiste: w terapii osób uzależnionych, będących zarazem sprawcami przestępstw, nie można ograniczyć się wyłącznie do pracy nad problemami wynikającymi z uzależnienia. W przypadku większości skazanych, zakres ich potrzeb terapeutycznych jest bowiem znacznie szerszy. Jeżeli pominiemy (stosunkowo rzadkie) przypadki osób uzależnionych, które zostały skazane na przykład za przestępstwa z winy nieumyślnej i które nie wykazują objawów tzw. „demoralizacji”, większość pozostałych, obok potrzeb wynikających z uzależnienia, ma także potrzeby resocjalizacyjne.

Sprawcy przestępstw, niezależnie od sposobów myślenia wspierających zachowania związane z uzależnieniem, wykazują na ogół specyficzne wzory prokryminalnego myślenia – nazywane w literaturze przedmiotu zniekształceniami poznawczymi (*cognitive distortions*) albo błędami w myśleniu (*thinking errors*) – które sterują ich zachowaniami przestępczymi i antyspołecznymi (12, 13). W odróżnieniu od mechanizmów psychologicznych wspierających uzależnienie, opisanych w polskiej literaturze terapeutycznej, ujętych w programach odpowiednich szkoleń i dobrze znanych terapeutom, podobne do nich zniekształcenia poznawcze wspierające aktywność kryminalną są znacznie mniej znane.

Oczywiście, odbiegające od ogólnospołecznej normy sposoby myślenia przestępców i przestępczy system wartości były przedmiotem zainteresowania także polskich autorów (np. 14, 15, 16). Zjawiska te zazwyczaj opisywano raczej z perspektywy socjologicznej niż terapeutycznej, jako tzw. „grypsere”, „drugie życie” albo „podkulturę więzienną”. Nie negując poznawczych i praktycznych walorów analizy socjologicznej, trzeba zauważyć, że zagraniczna literatura dotycząca tego zagadnienia wydaje się być bardziej przydatna dla potrzeb terapii. Opisywane w niej zniekształcenia poznawcze są traktowane nie jako (nieuniknione) sposoby przystosowania się więźniów do (represyjnych) warunków izolacji (i tym samym aktywizujące się głównie podczas pobytu w zakładzie karnym), lecz jako konkretne zniekształcenia procesów poznawczych, charakterystyczne i typowe dla przestępców, które umożliwiają i usprawiedliwiają popełnianie przestępstw. Te zniekształcenia są obecne przez cały czas, także podczas pobytu przestępca na wolności i przede wszystkim właśnie z tego powodu stanowią zagrożenie społeczne. Taki opis pozwala ponadto rozłożyć cały fenomen przestępczego myślenia na mniejsze „cegiełki” (poszczególne zniekształcenia), które z kolei mogą stać się przedmiotem terapii.

Najczęściej występujące zniekształcenia poznawcze, usprawiedliwiające popełnianie przestępstw, to proste mechanizmy, takie jak obwinianie ofiary o prze-



Rys. 8.

Główne obszary pracy terapeutycznej w programach dla skazanych uzależnionych

Most important areas of concentration (focal points) in a prison-based treatment programmes for addicted inmates

stępstwo, minimalizowanie negatywnych skutków przestępstwa lub roli sprawcy w jego popełnieniu czy przyjmowanie przez sprawcę roli ofiary. Występują też bardziej złożone zniekształcenia, związane ze znaczeniem, jakie przestępcy przywiązują do pojęcia „siły” i „władzy” albo ze specyficznym rozumieniem prawa własności. Piśmiennictwo dotyczące zniekształceń poznawczych jest bogate; zidentyfikowano wiele konkretnych rodzajów takich zniekształceń, m.in. charakterystycznych dla poszczególnych kategorii sprawców (np. przestępców agresywnych, sprawców przestępstw „seksualnych”). Termin ten jest jednocześnie jednym z najbardziej nośnych, powszechnie używanych w piśmiennictwie z dziedziny kryminologii i penitencjarystki.

Oba sygnalizowane tu obszary (zniekształcenia związane z uzależnieniem oraz zniekształcenia prokryminalne) nie są od siebie wyraźnie oddzielone, przeciwnie – są powiązane licznymi więzami, tworząc wzajemnie zachodzące na siebie grona (porównaj rys. 8). Podobne powiązania istnieją pomiędzy stylem życia osoby uzależnionej a przestępczym stylem życia oraz konsekwencjami uzależnienia i aktywności kryminalnej w różnych obszarach i dla różnych osób i instytucji.

Teoretycznie można sobie wyobrazić zupełnie odrębną pracę nad postawami, wzorami myślenia i zachowaniami wynikającymi z uzależnienia oraz związanymi z przestępczym stylem życia. Rozdzielanie tych sfer byłoby jednak zabiegiem sztucznym i w praktyce ryzykownym. Oferując, w ramach programu terapeutycznego, jedynie sposoby zwiększenia samokontroli zachowań związanych z uzależnieniem, a zaniedbując sferę prokryminalnych postaw i wartości, można łatwo doprowadzić do niezamierzonego efektu w postaci zwiększenia skuteczności i efektywności działań przestępczych. Ponadto powstaje wątpliwość, czy można dokonać *rzeczywistych* przewartościowań w sferze związanej z uzależnieniem, pozostawiając jednocześnie nietknięty obszar zachowań prokryminalnych i antyspołecznych. Z tych właśnie względów w programach terapeutycznych dla uzależnionych przestępców zakłada się, że konieczne jest równoległe koncentrowanie się na obu obszarach, co znacznie poszerza zakres celów takiej terapii. Jednym z dwóch głównych celów oddziaływań jest abstynencja, drugim, równie ważnym – zapobieżenie powrotowi do przestępstwa.

Praca terapeutyczna nad zniekształceniami poznawczymi, umożliwiającymi popełnianie przestępstw, wydaje się z wielu powodów trudniejsza, niż nad psychologicznymi mechanizmami uzależnienia. Koncepcja „uzależnienia jako choroby” oferuje bowiem nie tylko mechanizm wyjaśniający, ale także możliwe do przyjęcia „usprawiedliwienie” trudnych do zaakceptowania zachowań i wyrządzonych krzywd. Tak przekonywające usprawiedliwienie, które zastąpiłoby (pełniące tę właśnie funkcję) zniekształcenia poznawcze, niełatwo znaleźć dla zachowań przestępczych, chyba że uznamy za ich przyczynę uzależnienie. W przypadku tylko niektórych skazanych można uznać to wyjaśnienie za (w przybliżeniu) prawdziwe. Czy uzyskamy zmianę zachowań, oferując skazanym uproszczone, możliwe dla nich do przyjęcia, ale nie do końca prawdziwe wyjaśnienia? Nawet jeśli uznać, że wobec niektórych osób jest to celowe, to w przypadku wielu innych skazanych w procesie terapii niezbędna będzie także konfrontacja z ich wyraźnie prokryminalnym systemem wartości.

W konfrontacji z psychologicznymi mechanizmami uzależnienia możemy łatwiej uzyskać pomoc i wsparcie ze strony grupy, niż w konfrontacji ze zniekształceniami poznawczymi wspierającymi zachowania przestępcze. Odpowiedzialność za cierpienia ofiar przestępstw, których nie można usprawiedliwić „chorobą”, ma bardziej bezpośredni charakter i jest znacznie trudniejsza do przyjęcia. Ponadto, z tego punktu widzenia cała podkultura więzienna jest wielkim systemem zniekształceń poznawczych, umożliwiających i usprawiedliwiających zachowania niezgodne z powszechnie przyjętym systemem wartości. Dla wielu skazanych podkultura więzienna wciąż stanowi ważny układ odniesienia. Naruszenie tego systemu w procesie terapii jest, w przekonaniu autora, rzeczywistym sprawdzianem głębokości przewartościowań, jakie dokonują się (albo nie) w procesie terapii prowadzonej w zakładzie karnym.

Oczywiście, praca nad zniekształceniami poznawczymi, usprawiedliwiającymi popełnianie przestępstw, powinna mieć miejsce we wszystkich zakładach karnych, a nie tylko w oddziałach terapeutycznych dla skazanych uzależnionych. Jednakże

poza oddziałami terapeutycznymi tego rodzaju pracę ze skazanymi, z wielu powodów, prowadzi się stosunkowo rzadko (1). A to oznacza, że nie można jej uniknąć w procesie terapii uzależnienia.

W tej pracy nieskuteczne jest moralizowanie, potępienie, obwinianie lub osądzanie. Skuteczna może być konfrontacja ze zniekształceniami poznawczymi szczególnie w grupie terapeutycznej, przy aktywnym udziale jej uczestników. Taka konfrontacja obejmuje między innymi pokazywanie nieadekwatności zniekształceń poznawczych, ich niespójności z cenionymi, także przez skazanych, wartościami, uświadamianie wszelkich możliwych skutków i konsekwencji takiego sposobu myślenia dla innych ludzi i dla samych skazanych.

Metody konfrontacyjne były i będą stosowane w zakładach karnych. Umiejętność przeprowadzenia konfrontacji to element warsztatu, który musi być opanowany przez terapeutów. W ostatnich latach coraz więcej autorów podaje jednak w wątpliwość skuteczność strategii opartych na konfrontacji w terapii uzależnień. Miller i Rollnick (17) oraz Prochaska i DiClemente (18) proponują odmienne, od dominującego w Polsce modelu psychoterapii uzależnień, całościowe podejścia teoretyczne i kliniczne (znane jako *wywiad motywacyjny* oraz *teoria stadiów zmiany*), które mogą znaleźć zastosowanie również w zakładach karnych. Koncepcje te oferują nowe, interesujące możliwości wywoływania zmiany w sposobach myślenia i zachowania – także tych, które są charakterystyczne dla przestępców.

Inną interesującą, niekonfrontacyjną metodą modyfikacji postaw prokryminalnych jest Trening Wnioskowania Moralnego (Moral Reasoning), oparty na teorii stadiów rozwoju moralnego (19), stanowiący jeden z modułów Treningu Zastępowania Agresji (ART – Aggression Replacement Training) (20, 21). Trening Wnioskowania Moralnego polega na eksponowaniu w małej grupie skazanych serii specjalnie przygotowanych dylematów moralnych i omawianiu pod kierunkiem trenera różnych możliwych opcji zachowań w sytuacjach moralnego wyboru. Trener nie mówi co jest, jego zdaniem, dobre a co złe, dąży natomiast do dogłębnego wyeksplorowania wszystkich opcji, uparcie kwestionując wybory dokonywane przez skazanych i podając w wątpliwość ich uzasadnienia. Trening Wnioskowania Moralnego nie skupia się na atakowaniu wprost zniekształceń poznawczych jako takich – pośrednio jednak wpływa na tę sferę, poprzez poszerzenie perspektywy jego uczestników, dostrzeżenie wielu potencjalnych opcji istniejących w każdej sytuacji oraz uświadomienie wszelkich możliwych skutków różnych zachowań dla innych.

Wprawdzie metoda ta została opracowana dla nieco innej populacji przestępców (młodocianych sprawców przestępstw agresywnych), bywa jednak z powodzeniem wykorzystywana w terapii osób uzależnionych w zakładach karnych. Można ją polecić w przypadkach, w których terapeuta uznaje bezpośrednią konfrontację ze zniekształceniami poznawczymi za zbyt ryzykowną albo niewskazaną z innych powodów.

Nie jest rzeczą najistotniejszą jaką konkretnie metodą posługuje się terapeuta. Z terapeutycznego punktu widzenia najważniejsze jest, żeby zauważyć zniekształcenia poznawcze i w taki czy inny sposób uczynić je przedmiotem terapii.

Terapeuta, który ich nie dostrzega (albo udaje, że nie dostrzega) przyczynia się do budowania i podtrzymywania, związanego z przestępczym stylem życia, systemu zniekształceń bardzo zbliżonego do systemu iluzji i zaprzeczeń w uzależnieniu. Należy to zaakcentować, ponieważ w związku z trudnościami w pracy nad zniekształceniami poznawczymi, istnieje pokusa, aby takiej terapii w ogóle nie podejmować.

Fakt większych potrzeb terapeutycznych skazanych uzależnionych ma konsekwencje praktyczne. W zakładach karnych nie można realizować wyłącznie programu terapii uzależnienia przygotowanego z myślą o pacjentach wolnościowych. Dobry program terapii skazanych uzależnionych to taki, który harmonijnie łączy oba wyżej scharakteryzowane obszary ich potrzeb terapeutycznych.

Stosowane metody

Oddziaływania psychoedukacyjne i programy zdrowia psychicznego są tradycyjnie nieadekwatne dla grup społecznych o niskich dochodach (22). Ta nieadekwatność jest widoczna w próbach zastosowania w więziennictwie różnych programów (terapeutycznych, profilaktycznych, edukacyjnych i innych) przygotowanych dla populacji wolnościowej. Dlatego metody używane w więziennych programach terapii muszą być dostosowane do możliwości intelektualnych i dominującego stylu uczenia się skazanych.

Pomijając (wcale nie tak rzadkie w tej grupie pacjentów) przypadki skrajne (analfabetyzm), należy odnotować, że bardzo wielu skazanych ma poważne trudności w czytaniu i pisaniu oraz w zrozumieniu bardziej złożonych informacji przekazywanych na piśmie lub w formie wykładu. Trudności te niekoniecznie wynikają z indywidualnych deficytów poszczególnych pacjentów; ich źródłem mogą być jakościowe różnice, jakie istnieją w sposobach uczenia się przedstawicieli klasy średniej oraz osób należących do klasy niższej, z której pochodzi większość skazanych uzależnionych.

Program zakładający biegłość w czytaniu i pisaniu oraz umiejętność analizy i syntezy informacji, przygotowany z myślą o pacjentach należących do klasy średniej, odsyłający do piśmiennictwa, wykorzystujący akademickie formy przekazu, odwołujący się do introspekcji (np. „dzienniczki uczuć”), będzie dla wielu skazanych zbyt trudny. Tymczasem znaczna część oferty dla osób uzależnionych przebywających na wolności bazuje na stosunkowo szerokim wykorzystaniu tego typu metod. Takie programy muszą być dostosowywane do możliwości realizacji w zakładach karnych. Skazanym należy proponować jak najwięcej form wymuszających aktywne uczestnictwo, behawioralnych, uwzględniających modelowanie zachowań, trening umiejętności, odgrywanie ról oraz otrzymywanie informacji zwrotnej. Programy, które nie zostały przygotowane specjalnie dla skazanych, muszą zostać „przełożone” na język, który będzie bardziej zrozumiały dla tej grupy odbiorców.

W zakładach karnych możliwości odsyłania skazanych uzależnionych, którzy nie nadają się do programu, do jakiegoś innego – są ograniczone. To program powinien być dostosowany do potrzeb skazanych, a nie populacja skazanych dostosowywana (poprzez dodatkowe kryteria selekcyjne) do programu.

Specyficzne subpopulacje skazanych

Niezależnie od różnic pomiędzy skazanymi uzależnionymi a pacjentami wolnościowymi, występuje także pewne zróżnicowanie w metodach, zakresie i sposobach prowadzenia terapii w poszczególnych subpopulacjach. Istnieje wyraźna specyfika terapii skazanych: młodocianych mężczyzn (23), kobiet (24), młodocianych kobiet (25) lub skazanych z tzw. „podwójnym rozpoznaniem” (uzależnienie i zaburzenia psychiczne lub upośledzenie umysłowe).

Szczególnie ta ostatnia grupa skazanych stanowi wyzwanie dla profesjonalnych kompetencji psychologów i terapeutów. Nasilenie zaburzeń psychicznych i wynikających z nich zachowań dezadaptacyjnych, nieprzystosowanie, ograniczone możliwości percepcyjne, wykluczają często realizację typowych modułów programu terapii uzależnienia. W tym przypadku terapia to tylko element oddziaływań, których głównym celem jest zmniejszenie ogólnego nieprzystosowania, wynikającego przede wszystkim z zaburzeń psychicznych lub upośledzenia. Terapia musi mieć charakter bardzo zindywidualizowany, rudymenatarny, bywa sprowadzana do najprostszych form przekazu, z położeniem nacisku na oddziaływania behawioralne i trening zachowań.

W polskim systemie penitencjarnym osoby z podwójnym rozpoznaniem przechodzą odpowiednie programy nie w oddziałach dla uzależnionych, lecz w oddziałach terapeutycznych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo. Bliższa charakterystyka tych programów wykracza poza ramy niniejszego artykułu.

Zakład karny jako środowisko terapii

Kultura zakładu karnego – zarówno tzw. kultura organizacyjna więzienia jako instytucji, jak i normy i zasady zachowania rozpowszechnione wśród skazanych (tzw. podkultura więzienna) – jest na wiele sposobów antagonistyczna wobec wysiłków rehabilitacyjnych (26). Zakład karny musi jednocześnie pełnić szereg różnych, nierzadko wzajemnie sprzecznych funkcji (np. funkcja represyjna vs resocjalizacyjna). O ile terapia wymaga zaufania, o tyle inne funkcje zakładu karnego (ochrona społeczeństwa, zapewnienie bezpieczeństwa wewnątrz zakładu) wymagają braku zaufania. W zamkniętej społeczności więziennej występują ponadto liczne antagonizmy i sprzeczności interesów. Stałe elementy, które z reguły towarzyszą wysiłkom rehabilitacyjnym, to przeludnienie oraz niedostatek zasobów.

Tymczasem dla sukcesu terapii kluczowe jest ustanowienie relacji opartej na zaufaniu pomiędzy skazanym a terapeutą oraz wyrobienie u tego pierwszego poczucia, że pracuje się razem nad wspólnym zadaniem (27). O takie zaufanie pomiędzy stronami relacji terapeutycznej dużo trudniej w zakładzie karnym niż poza nim. Z reguły mniejsze jest także wzajemne zaufanie pomiędzy skazanymi, a tym samym – poziom otwartości w grupach terapeutycznych. Nie o wszystkim skazany może powiedzieć w grupie terapeutycznej z obawy o własne bezpieczeństwo i utratę pozycji w swojej grupie odniesienia. To niekiedy powoduje

konieczność innego rozłożenia akcentów w terapii i zwiększa znaczenie kontaktów indywidualnych.

Nie są to problemy nie do przezwyciężenia, poradzenie sobie z nimi, zdobycie zaufania skazanych, uzyskanie pożądanego stopnia otwartości zabiera jednak więcej czasu, niż w pozawięziennych ośrodkach terapeutycznych.

Podkultura więzienna

Być może najważniejszą sprawą w więziennych programach dla uzależnionych jest to, aby były one w stanie zneutralizować wpływ podkultury więziennej i presję środowiskową w oddziale terapeutycznym (26).

Presja środowiskowa i podkultura więzienna silnie wpływają na zachowania skazanych, także tych, którzy uczestniczą w programach terapii uzależnień. Skazani usiłują przenosić na grunt oddziału terapeutycznego i przestrzegać tych samych zasad, których przestrzegali przed terapią. Personel terapeutyczny nie może tego zaakceptować, ponieważ zasady te są sprzeczne z wysiłkami rehabilitacyjnymi.

Uleganie przez personel zasadom podkultury więziennej oznaczałoby *de facto* akceptację prokryminalnego i antyspołecznego systemu wartości, a tym samym pozostawienie nietkniętej sfery postaw prokryminalnych, której modyfikacja jest przeciwieństwem jednym z dwóch głównych celów terapii.

Jeżeli w więziennym oddziale terapeutycznym personel godzi się, na przykład, na rozdzielne osadzanie w celach mieszkalnych skazanych „grypsujących” oraz „niegrypsujących” albo dopuszcza do sytuacji, w której konieczne staje się wycofanie z terapii skazanego tzw. „poszkodowanego” ze względu na sprzeciw pozostałych skazanych – oznacza to, że w oddziale rządzą skazani, a cały proces terapii jest powierzchowny, płytki i ma jedynie „fasadowy” charakter.

Tego typu konflikty pomiędzy skazanymi a personelem terapeutycznym występują w zakładach karnych bardzo często. Personel musi na co dzień wytrzymywać stałą presję, nie może ugiąć się i ulegać skazanym. Niekiedy wymaga to stawiania sprawy na ostrzu noża, czasem usunięcia z oddziału najbardziej zdemoralizowanych skazanych oraz podejmowania różnych działań, których nadrzędnym celem jest utrzymanie kontroli nad sytuacją w oddziale. Ta kontrola musi spoczywać przez cały czas w rękach zespołu terapeutycznego, a nie skazanych.

Wykreowanie takiego środowiska terapeutycznego, które będzie sprzyjać rehabilitacji i będzie w stanie zneutralizować stale obecne w zakładzie karnym negatywne czynniki środowiskowe jest dużo trudniejsze i – z punktu widzenia celów terapii – o wiele istotniejsze, niż podręcznikowa realizacja jakiegoś modelowego programu terapii uzależnienia.

Organizacja terapii

Opisane wcześniej uwarunkowania determinują specyfikę stosowanych w więziennictwie rozwiązań organizacyjnych. Niesprzyjające terapii czynniki środowiskowe są jednym z powodów, dla których wewnątrz zakładów karnych na całym

świecie tworzy się pewne (względnie izolowane od reszty zakładu) enklawy, w których terapia staje się dopiero możliwa (28, 29). Zadaniem administratorów systemu jest stworzenie takich enklaw, a zadaniem terapeutów – wykorzystanie tkwiących w nich możliwości. W polskich zakładach karnych terapia skazanych uzależnionych jest prowadzona w oddziałach terapeutycznych, stanowiących wydzielone części tych zakładów.

Odmienne niż w pozawięziennym systemie opieki zdrowotnej, programy terapeutyczne dla osób uzależnionych nie są w zakładach karnych prowadzone w ramach służby zdrowia, tak więc oddziały terapeutyczne nie są zakładami opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności. Oczywiście, skazani uzależnieni mają dostęp do opieki medycznej i do niezbędnych świadczeń w tym zakresie (np. do detoksykacji). Terapia uzależnień jest prowadzona przez zespoły terapeutyczne zorganizowane jako działy terapeutyczne zakładów karnych, stanowiące w szerokim rozumieniu, część pionów penitencjarnych. W działach tych zatrudnia się przede wszystkim psychologów i terapeutów uzależnień, a także wychowawców.

Czas pozostawania skazanego uzależnionego w odpowiednim programie musi być na tyle długi, by realnie było osiągnięcie celów terapii. Jednocześnie koszty terapii muszą pozostawać na możliwym do zaakceptowania poziomie, a ponadto należy mieć na uwadze potrzebę objęcia oddziaływaniami dostatecznie dużej grupy skazanych. W praktyce czas trwania programu jest zatem trudnym kompromisem pomiędzy potrzebami terapeutycznymi skazanych a możliwościami danego systemu penitencjarnego. Poza zakładami karnymi programy podstawowej terapii dla osób uzależnionych (zwłaszcza od alkoholu) mogą być realizowane w stosunkowo krótkich, na przykład kilkutygodniowych cyklach. Uwzględniając jednak specyfikę więzienia jako środowiska terapii, szerszy zakres potrzeb terapeutycznych skazanych i dodatkowe (resocjalizacyjne) cele tych oddziaływań – więzienny program terapii musi trwać dłużej.

W polskich zakładach karnych czas realizacji podstawowego cyklu terapeutycznego wynosi aktualnie od 3 miesięcy (skazani uzależnienia od alkoholu) do 6 miesięcy (skazani uzależnieni od narkotyków). Jest to okres względnie krótki, krótszy, niż w większości tego typu programach realizowanych w systemach penitencjarnych innych krajów (30, 31).

KIERUNKI I PERSPEKTYWY ROZWOJU TERAPII UZALEŻNIEŃ W ZAKŁADACH KARNYCH

Więziennictwo stanowi część szerszego systemu usług społecznych. Także więzienny system terapii skazanych, pomimo organizacyjnej autonomii i funkcjonalnej odrębności, jest częścią ogólnokrajowego systemu terapii i rehabilitacji osób uzależnionych. Więziennictwo bazuje na tych samych programach terapii uzależnień, z których korzystają placówki wolnościowe; terapeuci zatrudnieni w zakładach karnych kończą te same szkolenia certyfikacyjne. Dlatego właśnie w tym

artykule stosunkowo najmniej uwagi poświęcono terapii uzależnienia *sensu stricto*. Terapia w zakładach karnych jest bowiem prowadzona w ramach tego samego modelu, co poza zakładami karnymi i zasadniczo nie różni się w swoich założeniach od oferty placówek wolnościowych. Być może jednak powinna się różnić i to w sposób zdecydowany.

Większość skazanych uzależnionych ma już za sobą wcześniejsze, wielokrotne i nieudane próby terapii. Być może takim pacjentom należałoby zaproponować odmienne programy, a nawet radykalnie różniące się od tej formy terapii, z jaką mieli okazję zetknąć się dotychczas i która okazała się w ich przypadku mało skuteczna. Tymczasem skazanemu, który przeszedł już leczenie w ramach standardowego programu terapii uzależnienia, aktualnie ma się niewiele nowego do zaproponowania.

Do pewnego stopnia w więziennictwie występują podobne problemy i procesy, co w całym zewnętrznym systemie terapii. Sposób prowadzenia terapii skazanych uzależnionych jest jednak nadmiernie zunifikowany, a programy terapeutyczne są zbyt mało zróżnicowane. Taka „monokultura terapeutyczna” nie jest dobra. W dziedzinie terapii nie ma, oczywiście, jedynego skutecznego ani „najlepszego” paradygmatu. Pozostając w kręgu tych metod terapii, których przydatność w zakładach karnych została udokumentowana, należy przyjąć, że dla jednego klienta odpowiedni będzie program terapii poznawczo-behawioralnej (kilka możliwych opcji w tym zakresie), dla innego – program oparty na społeczności terapeutycznej (przynajmniej dwie opcje), jeszcze innemu pomoże jakaś forma terapii krótkoterminowej, skupiająca się (zamiast pracy nad tzw. „destrukcją”) na zmianie tego, co jest możliwe do zmiany w oparciu o realne zasoby klienta (32), wykorzystanie wywiadu motywacyjnego (17) lub innych współczesnych wersji metody sokratejskiej (metod majeutycznych).

Próby większego zróżnicowania oferty terapeutycznej więziennictwa dla osób uzależnionych napotykały do niedawna na podstawową przeszkodę, wynikającą z faktu, że prawie wszyscy terapeuci (zwłaszcza w dziedzinie uzależnienia od alkoholu) uczeni byli w toku odpowiedniego szkolenia certyfikacyjnego dokładnie tego samego sposobu prowadzenia terapii. W tym zakresie ma się niebawem coś zmienić. Jest to potrzebne, konieczne i na szczęście – nieuchronne. Obecnie, wśród terapeutów uzależnień daje się odczuć wyraźne znużenie dominującym w naszym kraju (i do niedawna jedynie słusznym) modelem prowadzenia terapii, zwłaszcza że po wielu latach pracy wyraźnie dostrzegają jego ograniczenia. Jednocześnie z dużym zainteresowaniem spotykają się różne alternatywne sposoby prowadzenia terapii.

Potrzebne są nowe źródła inspiracji teoretycznej. Wybitne walory w tej dziedzinie ma, na przykład, teoria stadiów zmiany (33), która została rozwinięta także w kierunku zastosowania w terapii uzależnień (18, 34). Teoria ta doskonale nadaje się do tego, aby opracować na jej podstawie programy rehabilitacyjne, nie tylko więzienne i nie tylko dla osób uzależnionych. Należy z satysfakcją odnotować, że fundamentalne prace Millera i Rollnicka (17) oraz Prochaski i DiClemente (18) powinny już niebawem ukazać w języku polskim, co umożliwi ich szersze wykorzystanie w terapii uzależnień.

Pomimo sygnalizowanych problemów, które nie są problemami tylko więziennego środowiska terapeutycznego, terapia skazanych uzależnionych rozwija się w sposób stabilny i długofalowy (35). W odróżnieniu od wielu placówek wolnościowych, nieustannie zagrożonych nieprzewidywalnymi zmianami organizacyjnymi czy nagłym zanikiem źródeł finansowania, raz powołany oddział terapeutyczny w zakładzie karnym ma przed sobą perspektywę wielu długich lat funkcjonowania. W tych okolicznościach więzienne oddziały terapeutyczne pełnią coraz bardziej istotną rolę w systemie usług społecznych dla osób uzależnionych.

PIŚMIENNICTWO

1. Majcherczyk A (2006) Programy resocjalizacji skazanych – głos w dyskusji o stanie i perspektywach więziennictwa. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 52–53, 15–49.
2. Shearer RA (2005) Treatment Motivation Characteristics of Offenders Who Abuse Substances. W: Sims B (red.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients – Practical Implications for Institutional and Community Settings*. New York: Haworth Press, 39–56.
3. Polcin DL (2001) Drug and alcohol offenders coerced into treatment: A review of modalities and suggestions for research on social model programs. *Substance Use and Misuse*, 36, 589–609.
4. Farabee D, Prendegast M, Anglin D (1998) The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation*, 62, 3–10.
5. Walker R, Logan TK (2005) Setting the Stage for Treating Drug Court Clients: How to Initiate Treatment. W: Sims B (red.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients – Practical Implications for Institutional and Community Settings*. New York: Haworth Press, 151–173.
6. Peugh J, Belenko S (1999) Substance-involved women inmates: Challenges to providing effective treatment. *The Prison Journal*, 79 (1), 23–44.
7. Donovan DM, Rosengren DB (1999) Motivation for behavioral change and treatment among substance abusers. W: Tucker JA, Donovan DM, Marlatt GA (red.) *Changing addictive behavior: Bridging clinical and public health strategies*. New York: Guilford Press, 127–159.
8. Leukefeld CG, Tims FM., Farabee D (2002) *Treatment of drug offenders: Policies and issues*. New York: Springer Publishing Co.
9. Inciardi JA (1994) *Screening and assessment for alcohol and other drug abuse among adults in the criminal justice system (TIP 7)*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
10. Vignall GL (1995) *Planning for alcohol and other drug abuse treatment for adults in the criminal justice system (TIP 17)*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
11. Ickiewicz-Sawicka M (2005) Skazani i tymczasowo aresztowani a HIV i AIDS. Studium kryminologiczne i penitencjarne. Niepublikowana rozprawa doktorska, Uniwersytet w Białymstoku, Wydział Prawa.
12. Yochelson S, Samenow SE (1976) *The criminal personality (tom I)*. New York: Jason Aaronson.
13. Yochelson S, Samenow SE (1977) *The criminal personality (tom II)*. New York: Jason Aaronson.
14. Morawski J (1968) Młodociani grypserzy. *Przegląd Penitencjarny*, 4, 39–44.
15. Morawski J (1969) Młodociani grypserzy. *Przegląd Penitencjarny*, 1, 93–102.
16. Moczydłowski P (1991) *Drugie życie więzienia*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
17. Miller WR, Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing. Preparing people for change*. (2nd ed.) New York: Guilford Press.
18. Prochaska JO, DiClemente CC (1986) Toward a comprehensive model of change. W: Miller WR, Heather N (red.) *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum, 3–27.
19. Kohlberg L (1969) Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to socialization. W: Goslin DA (red.) *Handbook of socialization theory and research*. Chicago: Rand McNally, 347–480.

20. Goldstein AP, Glick B, Gibbs JC (2004) *ART – program zastępowania agresji – wydanie poprawione*. Warszawa: Instytut Amity.
21. Gibbs JC (2005) Trening Wnioskowania Moralnego: komponent wartości. W: Goldstein AP, Nensen R, Daleflod B, Kalt M (red.) *Nowe perspektywy Treningu Zastępowania Agresji. Praktyka, badania naukowe i wdrożenia*. Warszawa: Instytut Amity, 59–88.
22. Goldstein AP (1973) *Structured Learning Therapy: Toward a psychotherapy for the poor*. New York: Academic Press.
23. Glaser BA, Cohen PJ (2005) Treating Juvenile Substance Abuse in the Institutional Setting. W: Sims B (red.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients – Practical Implications for Institutional and Community Settings*. New York: Haworth Press, 197–210.
24. Baletka DM, Shearer RA (2005) Assessing Program Needs of Female Offenders Who Abuse Substances. W: Sims B (red.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients – Practical Implications for Institutional and Community Settings*. New York: Haworth Press, 227–242.
25. Calhoun G, Stefurak T, Johnson CD (2005) The Effectiveness of Substance Abuse Counseling for the Adolescent Female. W: Sims B (red.) *Substance Abuse Treatment with Correctional Clients – Practical Implications for Institutional and Community Settings*. New York: Haworth Press, 211–225.
26. Wexler HK, Falkin GP, Lipton DS, Rosenblum AB (1992) Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. W: Leukefeld CG, Tims FM (red.) *Drug abuse treatment in prisons and jails*. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 156–175.
27. Gendreau P (1996) The principles of effective intervention with offenders. W: Harland AT (red.) *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply*. Thousand Oaks, Sage Publishing, 117–130.
28. Field G (1984) The Cornerstone Program: A client outcome study. *Federal Probation*, 49 (2), 50–55.
29. Inciardi JA, Martin SS, Lockwood D, Hooper RM, Wald BM (1992) Obstacles to implementation and evaluation of drug treatment programs in correctional settings: Reviewing the Delaware key experience. W: Leukefeld CG, Tims FM (red.) *Drug abuse treatment in prisons and jails*. Washington DC: U.S. Government Printing Office, 176–191.
30. Bryant PT (2000) Florida’s award-winning nonsecure drug treatment program. *Corrections Today*, 62 (3), 98–101.
31. Welte J, Hynes G, Sokolov J, Lyons JP (1981) Effect of length of stay in in-patient alcoholism treatment on outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 438–491.
32. Lelonkiewicz J, Lelonkiewicz M (1997) Wpływ podejścia terapii krótkoterminowej skoncentrowanej na rozwiązaniu na zmianę postępowania terapeutycznego wobec osób uzależnionych od alkoholu. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 36–39.
33. Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC (1994) *Changing for good. A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Harper Collins.
34. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
35. Dubiel K, Majcherczyk A (2006) Polski system terapii skazanych uzależnionych od narkotyków. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 52–53, 51–72.

Adres do korespondencji
Centralny Zarząd Służby Więziennej
ul. Rakowiecka 37^A, 02-521 Warszawa
e-mail: amajcherczyk@sw.gov.pl

otrzymano 1.02.07
przyjęto do druku 4.08.07