

ELEONORA LISTOWSKA

mgr Eleonora Listowska¹

**PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO – BEHAVIORALNA
A PRZESTĘPCZOŚĆ NIELETNICH: PRACA POGLĄDOWA
COGNITIVE BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY VERSUS JUVENILE’S
CRIMES: A META – ANALYTIC OVERVIEW**

STRESZCZENIE

Udowodniono w badaniach dodatni wpływ psychoterapii poznawczo-behawioralnej na redukcję recydywizmu u nieletnich przestępców. Celem pracy jest przedstawienie poznawczo-behawioralnych oddziaływań terapeutycznych, które wpływają na redukcję przestępczości wśród nieletnich. Statystyki pokazują, że większość z młodocianych przestępców ma różnego typu zaburzenia, takie jak: zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością, postać z przewagą nadruchliwości i impulsywności, zaburzenie opozycyjno-buntownicze i zaburzenia zachowania. W celu zmiany zachowania młodocianych przestępców konieczne jest stosowanie psychoterapii. Psychoterapia wpływa nie tylko na zmianę zachowania, ale również na zmianę poznawczą i emocjonalną. Nieletni przestępcy mają również deficyty umiejętności społecznych, rozumiane jako: nieumiejętność adaptacyjnego, zgodnego z normami społecznymi, radzenia sobie w wielu sytuacjach społecznych. Ta praca pokazuje, w jaki sposób praktycznie pomóc nieletnim osadzonym w wyrównaniu deficytów poznawczych, emocjonalnych, behawioralnych w celu zapobiegania zachowaniom przestępczym w przyszłości. Przedstawiono techniki poznawcze i behawioralne pracy z nieletnimi przestępcami. Badania wskazują na obniżenie wskaźnika przestępczości wśród nieletnich poddawanych psychoterapii poznawczo-behawioralnej. W proponowanym poznawczo-behawioralnym programie terapeutycznym nieletni przestępcy pracują nad: poprawą umiejętności społecznych, nad konstruktywnym rozwiązywaniem problemów, nad zmianami w sferze poznawczej, nad samokontrolą, nad kontrolą impulsywnych zachowań, a także nad poczuciem własnej wartości.

¹ Wyższa Szkoła Gospodarki Euroregionalnej im. Alcide De Gasperi w Józefowie, e-mail: kontakt@elipsyche.pl

Słowa kluczowe: psychoterapia poznawczo - behawioralna, przestępczość nieletnich, zapobieganie przestępczości

ABSTRACT

Several controlled studies indicate that cognitive-behavioral interventions had good influence on juvenile offenders, who committed a crime. The aim of this overview is: To prevent nonaged crimes, and to show how to work therapeutically with young offenders.

Meta-analysis shows that, the most of juvenile offenders have some mental disorders, for that reason they need to be under specific conditions. To make a behavioral change nonage criminalists need a psychotherapy.

Cognitive –behavioral therapy works not only with behaviors, but also with cognition and emotions. Young offenders also got deficits of social skills and they don't know how to cope with many everyday situations. This work shows how to put cognitive – behavioral interventions into practice with young offenders. Meta –analysis found that recidivism rates down, when an offender was under psychotherapy conditions.

In cognitive behavioral therapy program, nonage offenders improve their social skills, problem solving, cognitive style, self-control, impulse management and self-efficacy.

A problem solving program for offenders is provided with cognitive restructuring and cognitive skills interventions. Lesson topics include: active listening; asking a question; giving feedback; our thinking controls how we act; paying attention to our thinking; recognizing the thinking that leads to trouble; finding new thinking; knowing actual feelings; understanding and responding to the feelings of others; preparing for a stressful conversation; responding to anger; dealing with an accusation; five steps of problem solving; and a self-evaluation of areas for further skill development.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, juveniles crimes, crime prevention

WPROWADZENIE

Przedmiotem zainteresowania naukowego jest zjawisko przestępczości nieletnich. W pracy rozważa się związek psychoterapii poznawczo – behawioralnej i przestępczości nieletnich.

Udowodniono w badaniach dodatni wpływ psychoterapii poznawczo – behawioralnej na redukcję recydywizmu u nieletnich przestępców. Wykazano efektywność resocjalizacji nieletnich za pomocą tejże psychoterapii.

Celem pracy jest przedstawienie naukowych danych dotyczących wpływu psychoterapii poznawczo – behawioralnej na redukcję zachowań przestępczych u wychowanków ośrodka, którzy mają wyrok sądu. Istotne jest rozpowszechnianie wiedzy na temat metody terapeutycznej, która oddziałuje na sferę poznawczą, emocjonalną i behawioralną jednostki. Celem pracy jest przeciwdziałanie przestępczości nieletnich oraz zapobieganie nawrotom zachowań przestępczych u osób niepełnoletnich, które zostały poddane terapii.

Przedstawiona w pracy wiedza może być realizowana na gruncie praktycznym, w pracy z młodymi przestępcami.

Praca jest również formą przyjrzenia się strukturze psychicznej młodocianych przestępców a także oddziaływaniom terapeutycznym, które prowadzą do zmiany myśli, zachowań i emocji². Podstawowym założeniem CBT jest przyjęcie, że afekt i zachowanie są w dużej mierze wynikiem myślenia oraz że interwencje poznawcze i behawioralne mogą doprowadzić do zmian w zachowaniu.

Przedstawiono kluczowe informacje z dziedziny psychoterapii poznawczo -behawioralnej, w postaci zarysu programu terapeutycznego, którego celem jest zapobieganie nawrotom zachowań przestępczych wśród nieletnich.

Psychoterapia poznawczo - behawioralna była stosowana u nieletnich osadzonych w ośrodkach wychowawczych i poprawczych. Skuteczność tego podejścia terapeutycznego jest dowiedziona w badaniach. Justyna Siemionow w 2009 roku opracowała program terapeutyczny i stosowała go na wychowankach, nieletnich przestępcach przez rok.

² Kendall P. C. (1991), *Guiding theory for treating children and adolescents*, [w:] Kendall P. C. (red.), *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*, New York, Guilford Press.

Na podstawie badań potwierdzono hipotezę:

1. Pobyt w Ośrodku, rozumiany jako ogół działań resocjalizacyjno-terapeutycznych w nim prowadzonych, powoduje u wychowanków zmiany zachowania w kierunku pozytywnym, brak ucieczek, lepsze wyniki w nauce, niepopękanie czynów karalnych, zaangażowanie w aktywność społeczną;
2. Poziom agresji ogólnej wychowanków uczestniczących w terapii obniży się, w przeciwieństwie do osób z tej grupy nieobjętych terapią.
3. Wzrost samooceny u wychowanków idzie w parze z obniżeniem się ogólnego wskaźnika agresji.
4. W grupie wychowanków uczestniczących w terapii oczekiwane zmiany w zachowaniu pojawią się w większym stopniu niż w grupie wychowanków bez terapii.³

METODA:

Rodzaj badania: badanie eksperymentalno – kwestionariuszowe z powtórzoną pomiarem.

Osoby badane: W prowadzonych badaniach przyjęto podział na grupę kontrolną i grupę badaną. Badania prowadzono tylko w jednym ośrodku. Przebadano osoby płci męskiej.

Osobami badanymi byli nieletni przestępcy, mieszkańcy Ośrodka Wychowawczego w Malborku, grupą kontrolną byli uczniowie szkół ponadgimnazjalnych z terenu Malborka.

Badanie w obydwu grupach było przeprowadzone dwukrotnie z zachowaniem identycznej procedury oraz narzędzi badawczych w odstępie dwunastu miesięcy.

Między jednym a drugim badaniem część wychowanków poddana została terapii indywidualnej prowadzonej w nurcie poznawczo - behawioralnym.

BADANIE I: grupa eksperymentalna – 87 wychowanków ośrodka, grupa kontrolna – 90 osób, uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

BADANIE II: grupa eksperymentalna- 87 wychowanków ośrodka (54 wychowanków: 25 osób w terapii, 29 osób bez terapii), grupa kontrolna-

³ Siemionow J. (2011), *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*, Wraszawa, Difin SA.

76, uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

NARZĘDZIA BADAWCZE: Obydwie grupy, eksperymentalna i kontrolna poddane zostały takiej samej procedurze badawczej, zarówno w I jak i w II pomiarze.

Zastosowano następujące instrumenty pomiarowe:

*Kwestionariusz Samooceny, stworzony na potrzeby prowadzonych badań, wystandaryzowany.

Na drodze analizy czynnikowej wyodrębniono sześć czynników:

1. Akceptacja siebie
2. Cele i zadania do realizacji
3. Opinia innych
4. Emocjonalność
5. Porażka
6. Skuteczność w działaniach.

*Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji (IPSA), *Skala Samooceny składająca się z trzydziestu par przymiotników, *Kwestionariusz temperamentu EAS: Buss i Płomin.

Dwukrotnie w trakcie badań oceniano zmiany zachowania każdego wychowanka, oceny dokonywał stały zespół do Oceny Sytuacji Wychowanka, w tym celu opracowano Arkusz Oceny Zachowania mający piętnaście stwierdzeń.

Ogólne informacje o programie terapii: wprowadzenie modelu poznawczego (monitorowanie myśli automatycznych, emocji i zachowań w sytuacji). Proces rekonstrukcji poznawczej, świadomość przeżywanych emocji, rozwijanie zachowań prospołecznych, kształtowanie własnego systemu wartości, zdobywanie nowych umiejętności, nawiązywanie kontaktów interpersonalnych z rówieśnikami⁴. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań:

dowiedziano, że:

- wychowankowie i uczniowie różnią się od siebie poziomem samooceny

⁴ Siemionow J. (2011), *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*, Warszawa, Difin SA.

ny ogólnej;

- wychowankowie charakteryzują się wyższym współczynnikiem agresji ogólnej niż uczniowie;
- istnieje związek między poziomem samooceny ogólnej a współczynnikiem agresji zarówno u wychowanków, jak i u uczniów;
- grupy wychowanków i uczniów różnią się od siebie pod względem poszczególnych współczynników agresji mierzonych kwestionariuszem IPSA;
- wzrost samooceny wpływa na jakość postrzegania zjawisk świata zewnętrznego.

W przypadku wychowanków, którzy pracowali poznawczo nad modyfikacją dysfunkcyjnych schematów poznawczych, zauważono pozytywną zmianę sposobu postrzegania świata;

- pobyt i terapia poznawczo - behawioralna prowadzi do pozytywnych zmian w zachowaniu nieletnich chłopców niedostosowanych społecznie;
- terapia poznawczo – behawioralna prowadzona z wychowankami powoduje wzrost samooceny ogólnej;
- w grupie uczniów poziom samooceny i wskaźnik agresji ogólnej pozostanie na tym samym poziomie.

1. PSYCHOTERAPIA POZNAWCZO – BEHAVIORALNA⁵

Terapia poznawczo – behawioralna (*Cognitive-Behavioral Therapy* – CBT) jest terminem używanym do opisu interwencji psychoterapeutycznych, które mają na celu zredukowanie dystresu psychicznego oraz zachowań nieprzystosowawczych za pomocą zmiany procesów poznawczych.

Przedmiotem terapii poznawczo – behawioralnej jest zrozumienie, w jaki sposób interpretowane są wydarzenia i doświadczenia oraz rozpoznanie i zmiana zniekształceń lub deficytów, które pojawiają się podczas przetwarzania poznawczego⁶. Podstawowym założeniem CBT jest przyjęcie, że afekt i zachowanie są w dużej mierze wynikiem myślenia oraz że in-

⁵ Kaplan C. A., Thompson A. E., Searson S. M. (1995), *Cognitive behavior therapy in children and adolescents*, „Archives of Disease in Childhood” 73, 472-475.

⁶ Kendall P. C. (1991), *Guiding theory for treating children and adolescents*, [w:] Kendall P. C. (red.), *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*, New York, Guilford Press.

terwencje poznawcze i behawioralne mogą doprowadzić do zmian w zachowaniu. Terapia poznawczo – behawioralna skupia się na związku pomiędzy następującymi czynnikami: akt poznawczy (to, co myślimy), afekt (jak czujemy), zachowanie (co robimy). Psychoterapia CBT (*Cognitive-Behavioral Therapy*) m.in. daje możliwość zmiany perspektywy poznawczej, a także modyfikacji dysfunkcyjnych zachowań, co w konsekwencji pozwala radzić sobie ze zmianami w zakresie funkcjonowania człowieka w różnych okresach życia⁷.

Terapia poznawczo – behawioralna jest skuteczną metodą prowadzącą do zmiany poznawczej i behawioralnej w leczeniu problemów psychologicznych osób niepełnoletnich

Terapia poznawczo – behawioralna zakłada, że psychopatologia jest wynikiem nieprawidłowości w procesie poznawczym. Przyjmuje, że trudności są kojarzone ze zniekształceniami lub deficytami poznawczymi⁸.

Deficyty w procesach poznawczych, takie jak niemożność zaangażowania się w planowanie lub nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach odnotowano u dzieci i młodzieży z problemami samokontroli, takimi jak zespół deficytu uwagi z nadruchliwością (ADHD) oraz u dzieci z kłopotami interpersonalnymi.

Interwencje terapii poznawczo – behawioralnej, skierowane na deficyty poznawcze, kładą nacisk na zdobycie nowych umiejętności poznawczych, ale też behawioralnych.

Zakłada się, że wczesne doświadczenia i wychowanie są czynnikiem prowadzącym do rozwoju mocno ugruntowanych i sztywnych sposobów myślenia (pierwotnych przekonań/schematów). Nowe informacje i doświadczenia są oceniane w kontekście istniejących przekonań/schematów. Pierwotne przekonania/schematy są ożywiane przez ważne wydarzenia w życiu osoby nieletniej, co prowadzi do wielu założeń, które przyjmuje na poziomie poznawczym ta osoba.

Przyjęte założenia wywołują strumień automatycznych myśli, które odnoszą się do osoby nieletniej, tego co robi, a także do jej przyszłości. Te automatyczne myśli mogą doprowadzić do zmian emocjonalnych, może pojawić się uczucie smutku lub niepokoju, zmian behawioralnych, może

7 Kazdin A. E., Weisz J. R. (1998), *Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 66, 19-36.

8 Kendall P. C. (1993), *Cognitive behavioral therapies with youth: guiding theory, current status and emerging developments*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 61, 235-247.

pojawić się unikanie kontaktów z rówieśnikami.

W terapii poznawczej pracuje się na trzech poziomach poznawczych. Są nimi myśli automatyczne, założenia leżące u ich podstaw oraz schematy/przekonania kluczowe. Trzy wymienione poziomy poznawcze są wzajemnie ze sobą powiązane. Schematy rodzą założenia i warunkują automatyczne myśli, które przychodzą do głowy⁹.

Schematy można rozumieć jako: ekrany lub filtry, które przetwarzają i kodują bodźce. Pojęcie schematu opisuje kluczowe przekonania o sobie i innych ludziach i świecie. Przekonania mają charakter absolutny („jestem silny”) oraz są dychotomiczne („jestem słaby”, „jestem silny”). Schematy są ważnym elementem terapii osoby zaburzonej.

Myśli automatyczne to spontaniczne i niezaplanowane myśli (słowa lub obrazy czy wspomnienia), które przychodzą człowiekowi do głowy w najróżniejszych sytuacjach. Leżące u ich podstaw założenia to kierujące naszym życiem przekonania lub zasady o ogólniejszym charakterze. Stwierdzenia o powinności to zasady, które kierują życiem osoby. Założenia to również przekonania warunkowe („jeżeli...to...”). Założenia takie ukierunkowują ludzkie zachowania i oczekiwania, choć nieczęsto są wyrażane¹⁰.

Powodzenie terapii poznawczo – behawioralnej w doprowadzeniu do zmian w emocjach i zachowaniu zależy od zmiany procesów poznawczych.

Terapia poznawczo – behawioralna znalazła swoje miejsce w leczeniu tak różnych zaburzeń, jak: zespół nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), zachowania impulsywne, zachowania opozycyjno - buntownicze, zachowania antyspołeczne.

2. PSYCHOLOGICZNY PROFIL NIELETNICH PRZESTĘPCÓW

Nieletni przestępcy w większości przypadków cierpią na następujące typy zaburzeń:

zaburzenia z deficytem uwagi i nadaktywnością, postać z przewagą nadruchliwości i impulsywności, zaburzenie opozycyjno - buntownicze

9 Beck A. T. (1976), *Cognitive therapy and emotional disorders*, New York, International Universities Press.

10 Spence S. H. (1994), *Practitioner review. Cognitive therapy with children and adolescents: from theory to practice*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 37, 1191-1228.

i zaburzenia zachowania¹¹.

Zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością, postać z przewagą nadruchliwości i impulsywności: (ang. ADHD: *Attention Deficyt Hyperactivity Disorder*).

Charakterystyczne dla tego zaburzenia są: problemy z koncentracją uwagi, kłopoty z planowaniem, objawy nadaktywności i impulsywności utrzymujące się przez ostatnich sześć miesięcy w stopniu zaburzającym funkcjonowanie i niezgodnym z poziomem rozwoju.

Skrajna impulsywność osoby nieletniej może być przyczyną konfliktów z rówieśnikami i dorosłymi. Z impulsywnością wiąże się chwiejność nastrojów, która również przyczynia się do występowania problemów w kontaktach społecznych.

U nastolatków deficyty uwagi, słaba kontrola impulsów i niska samoocena stają się podłożem poważnych trudności w szkole. Osoby z ADHD mają słabe wyniki w nauce, wcześniej niż rówieśnicy kończą karierę szkolną, a w rezultacie uzyskują gorsze wykształcenie, mają niższy status socjoekonomiczny, częściej popadają w konflikty z prawem. Powszechność występowania zaburzenia w populacji oraz nasilenie problemów wynikających z ADHD pozwalają traktować nadpobudliwość jako chorobę społeczną. Objawy zespołu nadpobudliwości znacząco utrudniają funkcjonowanie w wielu sferach życia, a wczesne rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego postępowania może zapobiec części opisanych trudności.

Zaburzenie opozycyjno - buntownicze: (ang. ODD: *Oppositional Defiant Disorder*). Powtarzające się negatywistyczne, wrogie i buntownicze zachowania utrzymujące się ponad sześć miesięcy, w czasie których występują charakterystyczne objawy, takie jak: osoba często traci panowanie nad sobą, często kłóci się z dorosłymi, często buntuje się czynnie i odmawia zastosowania się do zasad wyznaczonych przez dorosłych, często celowo dokucza innym, obwinia innych za własne błędy i zachowania, często jest złośliwa i mściwa. Zaburzenie powoduje istotne klinicznie upośledzenie funkcjonowania społecznego i szkolnego. Podstawowym przejawem opozycyjno – buntowniczych zaburzeń zachowania jest pewien utrwalony wzorzec polegający na występowaniu zachowań negatywistycznych, wrogich, buntowniczych, prowokacyjnych, niszczycielskich, które wyraźnie przekraczają normy zachowania dla danego wieku i danego kontekstu społeczno – kulturowego oraz którym nie towarzyszą jakieś poważniejsze na-

¹¹ *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (wyd.4). (1994), Washington, DC, American Psychiatric Association.

ruszenia praw innych osób, jak w przypadku zaburzeń zachowania. Dzieci i nastolatki z tym typem zaburzeń zachowania przejawiają tendencję do aktywnego przeciwstawiania się prośbom i normom dorosłych oraz do celowego dręczenia innych ludzi. Zwykle reagują złością wobec innych ludzi, których obwiniają za własne niepowodzenia. Wykazują niski próg tolerancji na frustrację i łatwo tracą panowanie nad sobą. Głównym kryterium decydującym o rozpoznaniu opozycyjno – buntowniczego zaburzenia jest brak zachowań, które naruszają przepisy prawne i podstawowe prawa innych osób (kradzieże, napaści, tyranizowanie, niszcycielstwo).

Uważa się, że 30-76% nadpobudliwych nieletnich prezentuje opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania, które można uznać za powikłania nieleczonej nadpobudliwości. Dziecko, które ma duże problemy w funkcjonowaniu szkolnym i domowym, nieustannie wzbudza negatywne reakcje otoczenia, świadomie zaczyna zachowywać się w sposób niezgodny z przyjętymi zasadami, buntuje się, złości, obwinia innych za swoje trudności. Cechą charakterystyczną opozycyjno - buntowniczych zaburzeń u nadpobudliwego dziecka jest brak mściwości i chęci celowego zrobienia komuś krzywdy czy przykrości. Rozpowszechnienie poważnych zaburzeń zachowania u osób z nadpobudliwością jest rzadsze. Brak interwencji otoczenia w przypadku pojawienia się opozycyjno – buntowniczych i poważnych zaburzeń zachowania może prowadzić do ukształtowania się zaburzonej osobowości antyspołecznej w dorosłości. Przytoczone zaburzenie osobowości objawia się m.in.: łamaniem praw innych osób, przestępstwami, łamaniem zasad i norm, chronicznymi zachowaniami manipulacyjnymi¹².

Zaburzenia zachowania: postać o początku w dzieciństwie: (ang. CD: *Conduct Disorder*). Powtarzające się i utrwalone wzory zachowania naruszające podstawowe prawa innych osób oraz właściwe dla wieku normy społeczne i zasady.

Co najmniej jeden z wymienionych objawów występował w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Charakterystyczne są objawy: agresja wobec ludzi i zwierząt, celowe niszczenie cudzej własności, wyłudzenia lub kradzieże, rozboje, włamania, poważne naruszenie zasad. Zaburzone zachowanie powoduje istotne klinicznie upośledzenie funkcjonowania społecznego i szkolnego.

¹² *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (wyd.4). (1994), Washington, DC, American Psychiatric Association.

3. PRZEGLĄD BADAŃ NA TEMAT: WYKORZYSTANIA PSYCHOTERAPII POZNAWCZO – BEHAVIORALNEJ W TERAPII NIELETNICH PRZESTĘPCÓW

Psychoterapia poznawczo – behawioralna ma udowodnioną naukowo skuteczność w terapii młodocianych przestępców.

Przeprowadzono badania w 2009 roku nad zmianą samooceny i obrazu „ja” u nieletnich przestępców, niedostosowanych społecznie, poddawanych terapii poznawczo – behawioralnej w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Malborku. Autorką jest Justyna Siemionow, która opracowała program poznawczo – behawioralny, którym przez rok objęła część wychowanków. Osobami badanymi byli nieletni przestępcy, mieszkańcy Ośrodka Wychowawczego, grupą kontrolną byli uczniowie szkół ponadgimnazjalnych z terenu Malborka. Pobyt w zamkniętym ośrodku jest zasądzony i ma na celu: oddzielenie nieletniego od patologicznego środowiska rodzinnego oraz negatywnego wpływu grupy rówieśniczej¹³.

Badano, jaki wpływ na zmianę zachowania wychowanków ma całości kształt oddziaływań psychoterapeutycznych. Przyjęto założenie, że zmiana w zachowaniu wychowanków może dokonać się przez stymulowanie ich struktur poznawczych i wyposażenie w nowe społeczne kompetencje.

Dowiedziano prawdziwości hipotezy: zachowanie człowieka jest przejawem procesów poznawczych. Oczekiwana zmiana w zachowaniu człowieka w nurcie psychoterapii poznawczo – behawioralnej jest modyfikacją określonych właściwości poznawczych jednostki i kształtowaniem nowych zachowań.

Pozostałe cztery hipotezy, jak wiadomo na podstawie wyników badań, również okazały się prawdziwe.

Problemem badawczym A była: Efektywność resocjalizacji nieletnich w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w kontekście prowadzonej terapii poznawczo – behawioralnej.

Kolejny problem badawczy B: Czy wychowankowie i uczniowie różnią się poziomem samooceny ogólnej?

Problem badawczy C: Czy w grupie wychowanków objętych terapią – w porównaniu do grupy wychowanków bez terapii – wystąpią wyraźniejsze zmiany w zakresie poziomu samooceny?

13 Siemionow J. (2011), *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*, Warszawa, Difin SA.

Problem badawczy D: Czy w grupie wychowanków objętych terapią i bez terapii pojawią się zmiany w zakresie ogólnego współczynnika agresji oraz jej wskaźników: samoagresji emocjonalnej, samoagresji fizycznej, wrogości wobec otoczenia, agresji słownej, agresji fizycznej?

Problem badawczy E: Czy w grupie wychowanków objętych terapią nastąpi wyraźniejsza zmiana zachowania oraz poprawa wyników w nauce w porównaniu do grupy wychowanków bez terapii?

Problem badawczy F: Czy subiektywne poczucie poprawy zachowania w grupie objętej terapią będzie wyższe niż w grupie wychowanków bez terapii?

Na podstawie badań potwierdzono hipotezę 1: Pobyt w Ośrodku, rozumiany jako ogół działań resocjalizacyjno-terapeutycznych w nim prowadzonych, powoduje u wychowanków zmiany zachowania w kierunku pozytywnym, brak ucieczek, lepsze wyniki w nauce, niepopożyczanie czynów karalnych, zaangażowanie w aktywność społeczną.

Na podstawie badań potwierdzono hipotezę 2: Poziom agresji ogólnej wychowanków uczestniczących w terapii obniży się, w przeciwieństwie do osób z tej grupy nieobjętych terapią.

Na podstawie badań potwierdzono hipotezę 3: Wzrost samooceny u wychowanków idzie w parze z obniżeniem się ogólnego wskaźnika agresji.

Na podstawie badań potwierdzono hipotezę 4: W grupie wychowanków uczestniczących w terapii oczekiwane zmiany w zachowaniu pojawiają się w większym stopniu niż w grupie wychowanków bez terapii¹⁴.

METODA:

Rodzaj badania: badanie eksperymentalne – kwestionariuszowe z powtórzoną pomiarem.

Osoby badane: W prowadzonych badaniach przyjęto podział na grupę kontrolną i grupę badaną. Badania prowadzono tylko w jednym ośrodku. Przebadano osoby płci męskiej.

Osobami badanymi byli nieletni przestępcy, mieszkańcy Ośrodka Wychowawczego w Malborku, grupą kontrolną byli uczniowie szkół ponadgimnazjalnych z terenu Malborka.

¹⁴ Siemionow J. (2011), *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*, Warszawa, Difin SA.

Badanie w obydwu grupach było przeprowadzone dwukrotnie z zachowaniem identycznej procedury oraz narzędzi badawczych w odstępie dwunastu miesięcy.

Między jednym a drugim badaniem część wychowanków poddana została terapii indywidualnej prowadzonej w nurcie poznawczo - behawioralnym.

4.1 DANE O PROGRAMIE TERAPEUTYCZNYM REALIZOWANYM W STANACH ZJEDNOCZONYCH

W 1997 roku J. M. Bush, B. Glick i J. Taymans stworzyli poznawczo - behawioralny program terapeutyczny przeznaczony dla nieletnich przestępców.

Program nazwano: *Thinking for a Change*. Adresatami programu są osoby skazane, dorosłe i nieletnie, obu płci, przebywające w aresztach, zakładach korekcyjnych oraz karnych¹⁵.

Uczestników do programu dobiera się na podstawie indywidualnego wywiadu, uwzględniając ich motywację, oczekiwania. Program zawiera wiele ćwiczeń, skoncentrowany jest na rekonstrukcji procesów myślowych, budowaniu umiejętności społecznych oraz twórczym rozwiązywaniu problemów, a przez to podnoszeniu samoświadomości osadzonego i rozszerzaniu jego kompetencji społecznych. Główne formy aktywności w tym programie obejmują: modelowanie, udzielanie informacji zwrotnych, projektowanie wydatków oraz kieszonkowe karteczki (fiszki)¹⁶.

Ważnym elementem programu jest opracowanie profilu koniecznych umiejętności społecznych, który tworzy sam skazany wraz z opiekunem, by na jego podstawie organizować późniejsze zajęcia. Poprzez zmianę sposobu myślenia, trening umiejętności społecznych, rozwiązywanie problemów program, wspierając wewnętrzną motywację, pozwala przestępcy unikać zachowań kryminalnych. W grupie ustalane są normy i uczestnicy zobowiązują się do ich przestrzegania.

Obecnie program *Thinking for a Change* jest realizowany we wszystkich stanach, przez około 5000 pracowników pionu korekcyjnego i socjal-

¹⁵ Bush J., Glick B., Taymans J. (1997), *Thinking for a Change: Integrated cognitive Behavior program*, Washington, Washington Press.

¹⁶ Milkman H., Wanberg K. (2007), *Cognitive-Behavioral Treatment. A review and Discussion for Corrections Professionals*, Denver, DE Press.

nego. Program obejmuje pracę w zamkniętych, 8–12 osobowych grupach, pracujących przez 22 sesje sprofilowane tematycznie, poprzedzone dodatkowymi 10 sesjami.

Uczestnicy biorą udział w 32 sesyjnym programie treningowym, który kończy się uzyskaniem certyfikatu.

5. JAK PROWADZIĆ PSYCHOTERAPIĘ POZNAWCZO – BEHAVIORALNĄ Z NIELETNIMI PRZESTĘPCAMI?

Celem CBT z nieletnimi przestępcami jest: zapobieganie nawrotom zachowań przestępczych. Etapem wstępnym pracy z nieletnim, który złamał prawo, jest: określenie zachowań problematycznych (niezgodnych z normami społecznymi), które przejawia.

Następnie ważne w procesie terapii jest wzbudzenie motywacji do leczenia w młodocianym przestępcy. Motywację można wzbudzić, odwołując się do przykrych konsekwencji zachowań niezgodnych z prawem i nieakceptowanych społecznie, które osadzony aktualnie ponosi, będąc w ośrodku zamkniętym. Zachęca się młodą osobę do wyciągnięcia wniosków z przeszłych czynów przestępczych, za które odbywa karę.

Kolejnym etapem, który następuje, kiedy osoba nieletnia jest już zmotywowana do pracy terapeutycznej, jest: wspólne określenie celów, nad którymi pacjent i terapeuta będą pracować. Celem powyższego etapu jest przysła zmiana behawioralna i poznawcza.

Podstawowym założeniem CBT jest przyjęcie, że afekt i zachowanie są w dużej mierze wynikiem myślenia¹⁷ oraz że interwencje poznawcze i behawioralne mogą doprowadzić do zmian w zachowaniu.

Aby zrozumieć przyczyny problemów pacjenta, terapeuci poznawczy analizują jego myśli, nastroje, zachowania, reakcje organizmu oraz otoczenie. Te pięć sfer życia stanowi całość, a każda z nich oddziałuje na pozostałe¹⁸.

W procesie psychoterapii poznawczo – behawioralnej młodociany przestępca jest w charakterze pacjenta, który potrzebuje pomocy w celu modyfikacji poznawczej i behawioralnej.

17 Kendall P. C. (1991), *Guiding theory for treating children and adolescents*, [w:] Kendall P. C. (red.), *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*, New York, Guilford Press.

18 Padesky C., Greenberg D. (2004), *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeutyczny*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Niezbędne jest określenie przez terapeutę jasnych zasad, na które umawia się z pacjentem podczas terapii; to specyficzny rodzaj umowy pomocniczej w utrzymaniu struktury podczas procesu wspólnej pracy.

Kiedy już cele są określone, razem z pacjentem formułujemy je w terminach behawioralnych.

Dla młodocianych przestępców wskazane są oddziaływania terapeutyczne w formie terapii indywidualnej, jak i grupowej.

Ważne w terapii nieletniego przestępcy jest wydobywanie jego zasobów, mocnych stron, które pomogą w osiągnięciu celów terapeutycznych.

Koncentrując się na mocnych stronach pacjenta, warto spytać o wyjątki: Czy bywało w życiu przestępcy tak, że przestrzegał obowiązujących norm społeczno – prawnych? Co wtedy robił, jak się zachowywał, kiedy nie był notowany, nie był przestępcą?

Nieocenioną rolę podczas psychoterapii mają również pochwały kierowane w stronę pacjenta – nieletniego przestępcy. Wzmocnienia pozytywne mają na celu motywowanie pacjenta do terapeutycznej zmiany, a także budowanie dobrej relacji: terapeuta – pacjent¹⁹.

Terapeuci poznawczy uczą pacjentów identyfikować, weryfikować i zmieniać dysfunkcyjne wzorce myślenia, aby mogły nastąpić terapeutyczne zmiany nastroju i zachowania. Zmiany te często pomagają pacjentom wprowadzać przemiany w swoim otoczeniu (np.: „jeśli jestem coś wart, może zasługuję na inne relacje”). Każdemu stanowi emocjonalnemu niezależnie od przyczyn towarzyszą charakterystyczne wzorce myślenia. Myśli odgrywają bardzo istotną rolę w podtrzymywaniu dysfunkcyjnych nastrojów i zachowań niezależnie od ich źródła.

Dlatego w procesie psychoterapii nieletnich przestępców ważnym elementem jest praca poznawcza: analiza myśli automatycznych, przekonań i schematów poznawczych, a także rekonstrukcja poznawcza, czyli tworzenie przez pacjenta alternatywnych myśli, przekonań i schematów.

Technika Rekonstrukcji Poznawczej polega na dyskusji za pomocą dialogu kierowanego przez terapeutę z nieadaptacyjną automatyczną myślą, w celu opracowania przez pacjenta myśli alternatywnej. W tym procesie ważne jest informowanie na poziomie psychoedukacji o błędach w myśleniu, czyli zniekształceniach poznawczych, które sprawiają, że myśli często mają bardzo negatywną treść. Proces ten obejmuje 4 kroki:

¹⁹ Padesky C., Greenberg D. (2004), *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapeuty*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Identyfikacja problematycznej myśli automatycznej dotyczącej negatywnego obrazu siebie, świata, przeszłości lub przyszłości.
- Identyfikacja błędu poznawczego w tej myśli.
- Dialog sokratejski (terapeuta tak zadaje pytania, żeby pacjent w odpowiedzi, której udzieli, odkrywał ważne dla siebie informacje).
- Stworzenie z pacjentem alternatywnej myśli (myśli równoważącej).²⁰

Powodzenie terapii poznawczo – behawioralnej w doprowadzeniu do zmian i emocjach w zachowaniu zależy od zmiany procesów poznawczych.

Istotna w terapii nieletnich przestępców jest także koncentracja na doświadczanych emocjach, nazywanie ich, łączenie z aktem poznawczym i z zachowaniem, a także z reakcją w ciele. Ćwiczeniem pomocnym w pracy z emocjami jest wcielanie się w wyobraźni w sytuację, np.: ofiary przestępstwa, w celu nauczenia pacjenta empatycznego współodczuwania z drugą osobą. Dzięki temu elementowi terapii jednostka zdobywa potencjał, który może być wykorzystywany w przyszłości w relacjach międzyludzkich.

Kolejnym ważnym elementem terapii nieletnich przestępców jest trening umiejętności społecznych²¹. Dzieci zaburzone (antyspołeczne) charakteryzują się słabymi umiejętnościami percepcji społecznej.

Teoria społecznego uczenia się Alberta Bandury²² zakłada, że: uczenie się zachowań zachodzi poprzez obserwowanie zachowań innych ludzi. Ten sposób uczenia się można nazwać modelowaniem lub naśladowaniem. Według Bandury uczenie się to proces czteroetapowy:

- osoba musi skierować uwagę na kluczowe elementy tego, czego ma się nauczyć,
- zapamiętać dane zachowanie, umieć powtórzyć dane zachowanie lub wykonać je,
- mieć motywację i chcieć powtórzyć dane zachowanie²³.

Trening umiejętności społecznych to zbiór strategii i technik, które są

20 Spence S. H. (1994), *Practitioner review. Cognitive therapy with children and adolescents: from theory to practice*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 37, 1191-1228.

21 Chandler M. J. (1973), *Egocentrism and antisocial behavior: the assessment and training of social perspective-taking skills*, „Developmental Psychology” 9, 326-32.

22 Bandura A. (1977), *Social learning theory*, New York, Prentice Hall Englewood Cliffs.

23 Solomon P., Cullen S. (2008), *Psychiatric rehabilitation for achieving successful community living for adults with psychiatric disabilities*. In Tasman A., Kay J., Lieberman J., First M., Maj M. (eds.), *Psychiatry vol. 2, 3rd*, pp. 2059-2082, ed. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, U.K.

oparte na teorii społecznego uczenia się.

Jedną z technik terapeutycznych stosowanych w treningu jest tzw. odgrywanie ról, czyli wcielanie się w role różnych osób, podczas wielu interakcji społecznych²⁴.

Dzieci agresywne dysponują ograniczonymi umiejętnościami radzenia sobie w trudnych sytuacjach i rzadziej rozwiązują swoje problemy werbalnie.

Podczas terapii pacjenci uczą się rozwiązywać różnego typu problemy w adaptacyjny sposób. Jedną z technik stosowanych na tym etapie pracy jest tzw. burza mózgów. Stosuje się też karty radzenia sobie w trudnych sytuacjach (*coping cards*), które spisuje się razem z pacjentem na sesji terapeutycznej. Opisane są w nich trudne dla osoby sytuacje i możliwe sposoby ich adaptacyjnych rozwiązań.

Ważnym elementem kart radzenia sobie są rozpisane na poszczególne kroki zachowania w problematycznych dotąd sytuacjach życiowych młodocianego przestępcy.

Istotne w psychoterapii młodego przestępcy jest również pokazanie konsekwencji nieakceptowanych społecznie, niezgodnych z prawem zachowań. Ważne jest, żeby skonfrontować nieletniego z konsekwencjami jego czynów, zarówno tymi, które on musi ponieść, jak i inni ludzie.

Pomocny przy tej okazji może się okazać tzw. bilans zysków i strat, kolejna technika terapeutyczna, której celem jest ukazanie szkodliwości społecznej i emocjonalnej aktów przestępczych.

Opisany proces psychoterapii poznawczo – behawioralnej nieletniego przestępcy jest pracą nad refleksyjnością własną, czyli uświadomieniem sobie przez osobę, jakie są moje niezaspokojone potrzeby oraz jaki to ma związek z myśleniem na własny temat, z przekonaniami i schematami dotyczącymi innych ludzi. Sposób myślenia wpływa na zachowania.

Psychoterapia CBT (*Cognitive-Behavioral Therapy*) m.in. daje możliwość zmiany perspektywy poznawczej, a także modyfikacji dysfunkcyjnych zachowań, co w konsekwencji pozwala radzić sobie ze zmianami w zakresie funkcjonowania człowieka w różnych okresach życia.

²⁴ Lochamn J. E., White K. J., Wayland K. K. (1991), *Cognitive-behavioral assessment and treatment with aggressive children*, [w:] Kendall P. C. (red.), *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*, New York, Guilford Press.

6. PODSUMOWANIE

Udowodniono w badaniach dodatni wpływ psychoterapii poznawczo – behawioralnej na redukcję recydywizmu u nieletnich przestępców. Wykazano efektywność resocjalizacji nieletnich za pomocą psychoterapii poznawczo – behawioralnej²⁵. Podstawowym założeniem CBT jest przyjęcie, że afekt i zachowanie są w dużej mierze wynikiem myślenia oraz że interwencje poznawcze i behawioralne mogą doprowadzić do zmian w zachowaniu.

Terapia poznawczo – behawioralna skupia się na związku pomiędzy następującymi czynnikami: akt poznawczy (to, co myślimy), afekt (jak czujemy), zachowanie (co robimy). Psychoterapia CBT (*Cognitive-Behavioral Therapy*) m.in. daje możliwość zmiany perspektywy poznawczej, a także modyfikacji dysfunkcyjnych zachowań, co w konsekwencji pozwala radzić sobie ze zmianami w zakresie funkcjonowania człowieka w różnych okresach życia. Nieletni przestępcy w większości cierpią za zaburzenia: opozycyjno - buntownicze zachowania lub zaburzenie z deficytem uwagi i nadaktywnością²⁶.

Psychoterapia poznawczo - behawioralna pomaga zapobiegać nawrotom zachowań przestępczych.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bandura A. (1977), *Social learning theory*. New York, Prentice Hall EnglewoodCliffs.
2. Beck A. T. (1976), *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York, International Universities Press.
3. Belsher G., Wilkes T. C. R. (1994), *Ten key principles of adolescent cognitive therapy*. New York, Guilford Press.
4. Bush J., Glick B., Taymans J. (1997), *Thinking for a Change: Integrated cognitive behaviour program*. Washington, Washington Press.
5. Chandler M. J. (1973), *Egocentrism and antisocial behavior: the assessment and training of social perspective-taking skills*. „Developmental

²⁵ Siemionow J. (2011), *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*, Wrszawa, Difin SA; Kendall P. C. (1991), *Guiding theory for treating children and adolescents*, [w:] Kendall P. C. (red.), *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*, New York, Guilford Press.

²⁶ *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (wyd.4). (1994), Washington, DC, American Psychiatric Association.

- Psychology” 9.
6. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (wyd.4), (1994). Washington, DC, American Psychiatric Association.
 7. Durlak J. A., Furnham T., Lampman C. (1991), *Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: a meta-analysis*. „Psychological Bulletin” 110.
 8. Durlak J. A., Wells A. M., Cotton J. K., Johnson S. (1995), *Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research*, „Journal of Clinical Child psychology” 24.
 9. Ellis A. (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, New York, Lyle-Stewart.
 10. Fielstein E., Klein, M. S., Fischer M., Hanon C., Koburger P., Schneider M. J., Leitenberg H. (1985), *Self-esteem and casual attributions for success and failure in children*. „Cognitive Therapy and Research” 9.
 11. Herbert M. (1998), *Adolescent conduct disorders*, [w:] Graham P. (red.), *Cognitive behaviour therapy for children and families*, Cambridge, Cambridge University Press.
 12. Kaplan C. A., Thompson A. E., Searson S. M. (1995), *Cognitive behavior therapy in children and adolescents*, „Archives of Disease in Childhood” 73.
 13. Kazdin A. E., Weisz J. R. (1998), *Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments*, „ Journal of Consulting and Clinical Psychology” 66.
 14. Kendall P.C. (1991), *Guiding theory for treating children and adolescents*, [w:] Kendall P. C. (red), *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioural procedures*, New York, Guilford Press.
 15. Kendall P. C. (1993), *Cognitive behavioural therapies with youth: guiding theory, currentstatus and emerging developments*, „ Journal of Consulting and Clinical Psychology” 61.
 16. Kendall P. C., Hollon S. D. (red.) (1979), *Cognitive-behavioural interventions: theory, research and procedures*, New York, Academic Press.
 17. King N. J., Tonge B. J., Heyme D., Pritchard M., Rollings S., Young D., Myerson N., Ollendick T. H. (1998), *Cognitive behavioural treatment of school-refusing children: a controlled evaluation*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry” 37.
 18. Landenberger N. A. and Lipsey M., (2005), *The Positive Effects of*

- Cognitive-behavioral Programs for Offenders: A Meta-analysis of Factors Associated With Effective Treatment*, „Journal of Experimental Criminology”.
19. Lipsey M. W., (2009), *The Primary Factors That Characterize Effective Interventions With Juvenile Offenders: A meta-analytic overview*, „Victims and Offenders” 4.
 20. Lochamn J. E., White K. J., Wayland K. K. (1991), *Cognitive-behavioural assessment and treatment with aggressive children*, [w:] Kendall P. C. (red.), *Child and adolescent therapy: cognitive-behavioural procedures*, New York, Guilford Press.
 21. Milkman H., Wanberg K. (2007), *Cognitive-Behavioral Treatment. A review and Discussion for Corrections Professionals*, Denver, DE Press.
 22. Padesky C., Greenberg, D. (2004), *Umysł ponad nastrojem. Podręcznik terapii*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
 23. Perry D. G., Perry L. C., Rasmussen P. (1986), *Cognitive social learnings mediators of aggression*, „Child Development” 57.
 24. Persons J. (1989), *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*, New York, W.W. Norton, Company.
 25. Royal College of Psychiatry (1997), *Behavioral and cognitive treatments: guidance for good practice*. Council Report CR68. London, Royal College of Psychiatry.
 26. Siemionow, J. (2011), *Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność*, Warszawa, Difin SA.
 27. Solomon P., Cullen S. (2008), *Psychiatric rehabilitation for achieving successful community living for adults with psychiatric disabilities*. In Tasman, A. Kay, J. Lieberman, J., First M., Maj M. (eds.), *Psychiatry vol. 2*, 3rd , pp. 2059-2082, ed. John Wiley & Sons, Ltd, Chicester, U.K.
 28. Spence S. H. (1994), *Practitioner review. Cognitive therapy with children and adolescents: from theory to practice*, „Journal of Child Psychology and Psychiatry” 37.
 29. Spence S., Donovan C., Brechman-Toussaint M. (1999), *Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia*, „Journal of Abnormal Psychology”.
 30. Stallard P. (2006), *Czujesz tak, jak myślisz. Praktyczne zastosowanie terapii poznawczo -behawioralnej w pracy z dziećmi i młodzieżą*, Poznań, Zysk i S-ka.