

## INDYWIDUALNA TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA NIELETNICH

### THE INDIVIDUAL COGNITIVE-BEHAVORAL THERAPY OF UNDERAGE CRIMINALS

Wydział Nauk Społecznych Uniwersytetu Gdańskiego, Instytut Pedagogiki,  
Zakład Patologii Społecznej i Resocjalizacji  
Kierownik: dr hab. Robert Opora, prof. UG

**cognitive-behavioral  
therapy  
social rehabilitation  
process  
underage criminals  
cognitive distortion**

*Autorka prezentuje możliwości zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w pracy resocjalizacyjnej z nieletnimi niedostosowanymi społecznie przebywającymi w instytucji opiekuńczo-wychowawczej o charakterze otwartym, która to właśnie w takie umiejętności wyposaża uczestniczących w niej pacjentów. Terapia poznawczo-behawioralna identyfikuje dominujące przekonania u pacjentów, wskazując im, jaki mają związek z ich emocjami oraz zachowaniem, co jest szczególnie ważne w przypadku pracy z osobami naruszającymi normy społeczno-prawne. Pacjent dość szybko odczuwa zmiany w swoim zachowaniu, otrzymując pozytywne informacje zwrotne z otoczenia, co podtrzymuje jego motywację do dalszej pracy nad sobą.*

Summary: The article presents the discussion about cognitive-behavioral therapy in social rehabilitation. The process of psychological changing is very complicated, especially if it is associated with the socially maladjusted. There are many arguments for using cognitive-behavioral therapy in social rehabilitation process. Below are some of them: this kind of therapy doesn't take a lot of time, the rules are simple and clear for the patients, the patients can feel changes quite quickly. The cognitive-behavioral therapy is one of the factors which can help the minors adapt to being again a member of the society. This kind of therapy is the most effective way of working with underage criminals.

### Wprowadzenie

Zjawisko niedostosowania społecznego wśród nieletnich, szeroko opisane w literaturze przedmiotu między innymi przez takich autorów, jak: H. Machel [1], R. Opora [2], B. Urban [3], J. Siemionow [4], cechuje znaczna dynamika, a także wieloczynnikowe uwarunkowanie ujęte w perspektywie biopsychospołecznej. Zakres pojęcia niedostosowania społecznego odnosi się do tych zaburzeń emocjonalnych i zachowania, które w efekcie doprowadzają do konfliktu jednostki z normami społecznymi oraz prawnymi. Pedagogika resocjalizacyjna stara się zintegrować dorobek różnych dyscyplin naukowych, w tym szczególnie psychologii klinicznej, aby sformułować zasady i metody działania terapeutyczno-resocjalizacyjnego oraz profilaktycznego zarówno wobec nieletnich, jak i dorosłych niedostosowanych społecznie [2, str. 15].

Czynniki leżące u podłoża zjawiska niedostosowania społecznego można podzielić na cztery grupy ściśle powiązane ze sobą: biologiczne, związane z funkcjonowaniem

i strukturą środowiska rodzinnego, dotyczące interakcji społecznych oraz związane z funkcjonowaniem poznawczym jednostki. Wskazany powyżej związek pomiędzy nimi dotyczy m.in. tego, że praca w obszarze jednego z nich pociąga za sobą zmiany także i w innych obszarach. W praktyce pedagogicznej ostatnich lat można zauważyć dwa główne i niestety skrajne bieguny procesu resocjalizacji — pierwszy, który wprowadza wzrost represyjności i karalności dla nieletnich sprawców przestępstw, oraz drugi, który skłania do nieustannej wiary w człowieka i jego zdolności do zmiany, a także autonaprawy [5]. Oczywiście pomiędzy tymi dwoma biegunami znajduje się jeszcze wiele innych, które w różnym stopniu zawierają elementy procesu resocjalizacji. Niezależnie od miejsca, w jakim są one zlokalizowane na osi zjawiska niedostosowania społecznego, powinny opierać się na zasadzie indywidualnej diagnozy oraz podmiotowego podejścia do wychowanka, doboru metod i form pracy zgodnych z ujawnianymi przez niego zarówno zasobami, jak i deficytami w różnych obszarach funkcjonowania.

Wobec osób ujawniających zaburzenia zachowania stosuje się różne rodzaje terapii oparte często na odmiennych założeniach teoretycznych. W pracy psychokorekcyjnej mogą być podejmowane indywidualne oraz grupowe procedury behawioralne oraz poznawczo-behawioralne, które stanowią przedmiot rozważań w tym artykule. Poza indywidualnymi interwencjami psychokorekcyjnymi praktykowane są także interwencje nakierowane na środowisko społeczne sprawcy z zastosowaniem różnych podejść teoretycznych. O wyborze podejścia do jednostki antyspołecznej powinna decydować jego prognozowana skuteczność [6]. Działania korekcyjne, skierowane na środowisko rodzinne wychowanka, są ważnym elementem całego procesu resocjalizacji, szczególnie wówczas, gdy nieletni przebywa w instytucji opiekuńczo-wychowawczej, przygotowującej go do powrotu do macierzystego środowiska. Ten ważny aspekt działalności terapeutycznej nie jest jednak podejmowany w prezentowanym artykule.

Spośród rozmaitych oddziaływań psychokorekcyjnych stosowanych wobec nieletnich sprawców przestępstw, część z nich okazała się bardziej skuteczna niż inne. Z przeprowadzonych analiz wynika, że skuteczne oddziaływania psychokorekcyjne wobec nieletnich powinny cechować się ograniczeniem w czasie, koncentracją na jednym, wybranym problemie, zawierać elementy behawioralne — dające odczuć podopiecznemu, że proponowane mu rozwiązania działają i mogą być dla niego samego odpowiednie — zwracać uwagę na procesy poznawcze i powiązane z nimi stany emocjonalne [7]. Powyższe kryteria spełniają oddziaływania poznawczo-behawioralne, stąd też w dalszej części artykułu przedstawione zostaną możliwości zastosowania tego typu oddziaływań wobec nieletnich, niedostosowanych społecznie, chłopców przebywających w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym.

### **Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w resocjalizacji nieletnich**

W pracy terapeutycznej z osobami niedostosowanymi społecznie najistotniejsze założenia to zwiększenie ich samokontroli oraz identyfikacji własnych emocji, jak również powiązanych z nimi zachowań. Kolejnym argumentem przemawiającym za wykorzystaniem założeń teorii poznawczo-behawioralnej w resocjalizacji jest to, że koncentruje się ona przede wszystkim na jednostce, a nie na społeczeństwie. Działania podejmowane w środowisku są jednym

z filarów procesu resocjalizacji i powinny być spójne z zadaniami realizowanymi w instytucji opiekuńczo-wychowawczej, a także wzmacniać wypracowane tam efekty. Podobnie resocjalizacja ma za zadanie wpływać na zmianę jednostek niedostosowanych społecznie, aby nie powracały one do niepożądanych zachowań. Pedagog, terapeuta resocjalizacyjny swoją osobą, wiedzą i umiejętnościami stara się pomóc zmienić określone zachowania tak, by dana osoba mogła realizować swoje potrzeby i zamierzenia bez wchodzenia w konflikt z prawem i powszechnie przyjętymi normami społecznymi [6].

Podstawowe założenia terapii poznawczo-behawioralnej, przyjęte w pracy z osobami o zaburzonej socjalizacji, są następujące:

- myśli prowadzą do określonych emocji i zachowań;
- zaburzenia emocjonalne mają swój początek w negatywnie zniekształconym myśleniu;
- zaburzenia emocjonalne można leczyć, zmieniając sposób (styl) myślenia jednostki [8].

Podejście poznawczo-behawioralne łączy dwie koncepcje terapeutyczne: behawiorizm, który koncentruje się na obserwowalnym zachowaniu, oraz koncepcję poznawczą uwzględniającą model przetwarzania informacji oraz styl myślenia pacjenta. Model pracy psychokorekcyjnej w omawianym podejściu wykorzystuje związek istniejący między przekonaniami, emocjami oraz zachowaniem. W koncepcji poznawczo-behawioralnej zwraca się szczególną uwagę na interakcję pomiędzy wewnętrznym światem jednostki a jej zewnętrznym środowiskiem. Zachowanie traktowane jest jako wynik wzajemnego oddziaływania czynników osobistych i sytuacyjnych [9]. Model pracy terapeutycznej, oparty na założeniach klasycznej pedagogiki resocjalizacyjnej, koncentrował się wyłącznie na deficytach podopiecznych, ich przeszłości, upatrując źródeł nieprzystosowawczego funkcjonowania praktycznie w nich samych. Stąd też izolowano jednostki nieprzystosowane społecznie, odcinano je od środowiska, pozbawiając z nimi kontaktu, stosując metody oparte na tzw. ekonomii punktowej, co w konsekwencji doprowadzało jedynie do dostosowania podopiecznych do nowych warunków, a nie realnej zmiany w ich zachowaniu.

W ujęciu poznawczo-behawioralnym podkreśla się, że jeżeli zamierzamy osiągnąć długotrwałą poprawę w psychospołecznym funkcjonowaniu podopiecznych, to drogą do tego celu jest zmiana ich sposobu myślenia. Dlatego też celem poznawczej restrukturyzacji jest pokazanie osobom niedostosowanym społecznie, jak mogą zmienić przekonania z antyspołecznych na prospołeczne, koncentrując się na treściach myśli [9, str. 15]. Poznawcza restrukturyzacja przeprowadza nieletnich przez proces świadomego rozpoznawania myśli, uczy identyfikacji konkretnych przekonań, a następnie pokazuje związek tych myśli z emocjami, których doświadczają. W grupie nieletnich niedostosowanych społecznie pojawiają się liczne bariery w trakcie prowadzenia tego typu działań. Pierwszą i najbardziej istotną jest ograniczona sprawność intelektualna wychowanków, zdecydowana większość podopiecznych ma liczne deficyty poznawcze związane z niesystematyczną realizacją obowiązku szkolnego, a także z brakiem odpowiedniej stymulacji poznawczej w środowisku rodzinnym. Stąd też, we wspomnianym procesie poznawczej restrukturyzacji, powinno się brać pod uwagę możliwości intelektualne podopiecznych, stosując m.in. proste jednoskładnikowe komunikaty i instrukcje, dostępne pacjentowi słownictwo — które może zostać wyjaśnione na początku każdej sesji — tworząc tzw. słownik terapeutyczny. Jest

to istotne szczególnie w pracy nad zrozumieniem emocji złożonych. Interwencje terapeutyczne powinny zatem prowadzić do restrukturyzacji procesów myślowych u nieletnich niedostosowanych społecznie, a także wyposażać ich w poznawcze umiejętności przydatne w podejmowaniu decyzji oraz rozwiązywaniu problemów dnia codziennego.

### **Zasady indywidualnej terapii psychologicznej w ujęciu poznawczo-behawioralnym**

Terapia poznawczo-behawioralna koncentruje się na dwóch elementach związanych ze stylem myślenia jednostki, tzn. na myślach automatycznych oraz dominujących przekonaniach leżących u ich podstaw.

W swojej pracy J. Beck [10] podaje następujące zasady terapii poznawczej:

- zasada konceptualizacji problemu pacjenta, która jest dynamicznie tworzona w czasie kolejnych spotkań i systematycznie ewaluuje;
- zasada budowania pozytywnej relacji między podopiecznym a terapeutą;
- zasada aktywnego udziału w terapii, zaangażowanie podopiecznego w proces terapeutyczny;
- zasada jasnego i konkretnego celu, któremu podporządkowane są spotkania terapeutyczne, poświęcone rozwiązywaniu wskazanego wcześniej problemu;
- zasada orientacji na tu i teraz — przeszłość jest ważna, ale zamknięta, nie można jej zmienić;
- zasada edukacji podopiecznego, uświadomienie mu, że ma wpływ na swoje myśli oraz ich interpretację, że może zapobiegać negatywnym stanom emocjonalnym.
- zasada ograniczenia w czasie: terapia w chwili rozpoczęcia jest zaplanowana na określoną liczbę sesji, ze wskazaną częstotliwością oraz długością trwania każdego spotkania;
- zasada jasnego i konkretnego planu działania w trakcie każdego spotkania;
- zasada korzystania z różnych technik mających na celu zmianę wzorców myślenia, a tym samym emocji i reakcji pacjenta.

### **Etapy indywidualnej pracy terapeutycznej**

Zasadniczym celem interwencji terapeutycznej w nurcie poznawczo-behawioralnym jest pomoc pacjentowi w jak najlepszym zrozumieniu siebie, kształtowaniu własnej samoświadomości oraz doskonaleniu samokontroli. Założenia te są możliwe do realizacji dzięki stymulacji i rozwijaniu struktur poznawczych podopiecznych, a także zrozumiałym dla nich kryteriom uzyskiwania wzmocnień i nagród. Terapeuta pomaga podopiecznym rozpoznawać myśli i przekonania dysfunkcyjne, które są źródłem ich wielu bieżących trudności. Kształtowanie samokontroli, edukacja i eksperymentowanie, czyli samodzielne doświadczanie nowych dla podopiecznych sytuacji, doznań, emocji, pozwalają zmodyfikować owe myśli i zastąpić je bardziej konstruktywnymi, które przyczynią się do wyeliminowania zachowań antyspołecznych [6, str. 147].

W zależności od rodzaju i zakresu problemów pacjenta, terapia rozpoczyna się od fazy oceny, analizy jego sytuacji, ustalenia głównego problemu pacjenta oraz wspólnego określenia celów terapeutycznych. Cele te mają charakter dynamiczny i zmieniają się w trakcie terapii, którą najogólniej można podzielić na trzy etapy.

Tab 1. Plan przebiegu indywidualnej terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym. Wychowanek lat 16, uczeń I klasy gimnazjum; długość pobytu w MOW 3 miesiące; główny problem: brak akceptacji pobytu w ośrodku

Etap terapii	Zadania do realizacji	Planowane efekty
<p><b>Początkowy</b></p> <p>3-4 sesje, 45-60 min, jedna w tygodniu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wspólne ustalenie celów terapii.</li> <li>• Określenie zasadniczego problemu pacjenta oraz problemów współistniejących.</li> <li>• Nawiązanie i utrwalenie kontaktu z terapeutą.</li> <li>• Zbudowanie postawy otwartości wobec terapeuty.</li> <li>• Wzbudzenie motywacji do pracy nad sobą.</li> <li>• Wskazanie mocnych stron pacjenta w kontekście działań terapeutycznych.</li> </ul>	<p>Pacjent aktywnie uczestniczy w sesjach, realizuje wskazywane tzw. prace domowe, rozumie cel prowadzonych wobec niego działań; akceptuje postawę terapeuty.</p>
<p><b>Środkowy</b></p> <p>6-8 sesji, 45-60 min, jedna w tygodniu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Podtrzymywanie motywacji do uczestnictwa w terapii i pracy nad sobą.</li> <li>• Identyfikacja dysfunkcyjnych przekonań oraz wynikających z nich stanów emocjonalnych.</li> <li>• Poznanie i analiza związku: myśli — emocje — zachowanie na konkretnych, zrozumiałych dla pacjenta przykładach.</li> <li>• Wskazanie systemu wzmocnień mających motywujące znaczenie dla pacjenta.</li> </ul>	<p>Pacjent zauważa już sam pierwsze efekty pracy nad sobą; stopniowo wprowadza omówione w czasie sesji techniki; w momencie spadku motywacji i i zniechęcenia do pracy nad sobą daje wyraźne sygnały, co skłania terapeutę do dalszego motywowania go.</p>
<p><b>Końcowy</b></p> <p>3-4 sesje, 45–60 min, dwie w miesiącu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zebranie przydatnych dla pacjenta strategii rozwiązywania bieżących trudności.</li> <li>• Planowanie swoich działań w dwóch perspektywach: krótkoterminowej i dłuższej.</li> <li>• Opracowanie słownika emocji.</li> <li>• Akceptacja dla swoich słabszych stron i deficytów.</li> <li>• Umiejętność korzystania ze swoich zasobów.</li> </ul>	<p>Pacjent zna swoje podstawowe błędy w myśleniu, potrafi skojarzyć je z emocjami, które się wówczas pojawiają; wie, że tzw. pozytywna myśl na dany temat wywołuje pozytywne emocje; potrafi „wyjść” z negatywnego stanu emocjonalnego; zna podstawowe i skuteczne strategie radzenia sobie w trudnej sytuacji.</p>

*Źródło: opracowanie własne*

Problemem nurtującym wychowawców oraz terapeutów jest odpowiedź na pytanie: jakie czynniki determinują efektywność podejmowanych przez nich oddziaływań i jaki jest stopień osiągniętej zmiany u osoby niedostosowanej społecznie? Zmiana zachowania z antyspołecznego na prospołeczne nie jest spowodowana swobodnym rozwojem jednostki, lecz umożliwia ją aktywny, zaplanowany i zamierzony proces resocjalizacji, na który składa się wiele powiązanych ze sobą, ujętych całościowo, świadomie podejmowanych zadań wychowawczych, których celem jest również eliminowanie negatywnego stosunku jednostki do oczekiwań społecznych [1].

Nieletni przebywając w instytucji opiekuńczo-wychowawczej ma praktycznie stały kontakt z terapeutą. Oznacza to, że na bieżąco rozwiązywane są jego trudności, co jest szczególnie istotne w początkowym okresie terapii.

Udział w spotkaniach terapeutycznych jest dobrowolny, często zdarza się, że podopieczny jest negatywnie nastawiony do tego typu działań. Zadaniem całego zespołu wychowawczego pracującego z nieletnim jest systematyczne motywowanie go do pracy nad sobą, wskazywanie mu określonych „korzyści” z udziału w terapii, jak również stałe zwracanie uwagi na jego zaangażowanie oraz zmiany w zachowaniu.

Sesje terapeutyczne są zaplanowane i odbywają się wg określonego harmonogramu. Terapeuta także wspiera i stale motywuje pacjenta do zmiany, stara się zwracać uwagę na jego potrzeby emocjonalne. Wspomniana powyżej dostępność terapeuty to także czynnik, który w istotnym stopniu może wzmacniać efekty i zmiany w zachowaniu pacjenta. Każde spotkanie — np. przypadkowe na korytarzu czy w trakcie zajęć w szkole — to możliwość przekazania podopiecznemu informacji o jego pozytywnym zachowaniu, o tym, że jest ono doceniane i zauważalne także dla innych osób uczestniczących w procesie resocjalizacji.

Terapeuta powinien być w stałym kontakcie z pozostałymi osobami pracującymi z nieletnim; ważne jest, aby na bieżąco uwzględniać jego potrzeby. Efekty pracy terapeutycznej zależą od stopnia spostrzegawczości terapeuty, a także od umiejętności wykorzystania zdobytych informacji w bieżącej pracy psychokorekcyjnej [9].

Jednym z działań wpisanych w cały proces resocjalizacji jest psychoterapia indywidualna, która wspólnie z pozostałymi zadaniami realizowanymi wobec konkretnego nieletniego zaowocuje pozytywnymi zmianami psychicznymi oraz interpersonalnymi. (*Tab. 2 na nast. stronie*).

W omawianym podejściu terapeutycznym akcentuje się poznawczą podatność człowieka na tworzenie specyficznych zniekształceń poznawczych, które sprzyjają określonym objawom psychopatologicznym ujawniającym się na poziomie zachowania. Uznaje się, że te zachowania o charakterze patologicznym wynikają z ukształtowania się dezadaptacyjnych znaczeń w ogólnym systemie wiedzy człowieka. Znaczenia te dotyczą jego samego, otaczającego świata oraz przyszłości. Te trzy obszary, w obrębie których analizuje się myśli i przekonania pacjentów, nazywa się triadą poznawczą [10]. Podejście poznawczo-behawioralne przypisuje osobistym schematom poznawczym odpowiedzialność za pojawiające się trudności w obszarze zachowania i emocji. W literaturze przedmiotu można odnaleźć także tezy dotyczące tego, że u osób przejawiających zaburzenia zachowania schematy bardziej adaptacyjne i adekwatne do konkretnej sytuacji są czynnie hamowane przez dominujące schematy dezadaptacyjne [10]. W trakcie terapii pracuje się z pacjentem nie tylko nad zmianą określonych schematów poznawczych, ale także nad zwiększeniem ich elastyczności. Umożliwi to mu dopasowanie się do specyficznych sytuacji i warunków, które mogą zaistnieć; tym samym ma on szansę włączyć nowe elementy do już istniejącego systemu swojej wiedzy ogólnej. (*Tabela 3 na stronie 76*).

**Trudności pojawiające się w trakcie indywidualnej terapii z podopiecznym**

**Tabela 2. Zastosowanie techniki „zysków i strat”. Pacjent — 16-letni chłopiec, 3 mies. w MOW, jego główny problem: nie akceptuje pobytu w instytucji, jest negatywnie nastawiony do wszelkich proponowanych mu działań**

<b>Przekonanie kluczowe:</b> jestem tu w ośrodku z powodu złych decyzji innych ludzi. <i>Z pomocą terapeuty wychowanek wskazuje korzyści/pozytywne aspekty pobytu w ośrodku oraz to, czego najbardziej mu brakuje</i>			
<b>sesja nr 2</b>		<b>sesja nr 6</b>	
<i>Zyski</i>	<i>Straty</i>	<i>Zyski</i>	<i>Straty</i>
chodzę do szkoły, nic więcej	nie mam kontaktu z kolegami, z dziewczyną  nie ma mnie w domu  nie mogę nigdzie wychodzić  muszę być stale z tymi samymi osobami  tu jest nudno, monotonna, nic się nie dzieje  nie mogę stale korzystać z internetu  muszę uczestniczyć w różnych zajęciach  muszę się uczyć i odrabiać lekcje  wychowawca stale mnie o coś pyta, kontroluje, co robię	poprawiłem swoje zachowanie, tak mówią wychowawcy  mam sporo dobrych ocen w szkole, dostaję nawet piątki  kilkakrotnie startowałem już w różnych zawodach sportowych  chodzę na basen  byliśmy na biwaku i dwa razy w kinie  codziennie mam swój dyżur i sprzątam w pokoju  chodzę na kółko turystyczne i na zajęcia dodatkowe z matematyki  mam kieszonkowe	tęsknię za domem, nie jestem z rodziną  nie mam internetu w telefonie i nie mogę stale z niego korzystać  brakuje mi takiej swobody jak w domu; wychodziłem i wracałem, kiedy chciałem
<b>Zmienione przekonanie kluczowe:</b> trafiłem do ośrodka z powodu własnych błędów, nie słuchałem mamy i pedagoga ze szkoły, który ostrzegał mnie, że może to się tak skończyć			

*Źródło: opracowanie własne*



Tabela 3. Przykłady schematów pozytywnych i negatywnych u 16-letniego wychowanka po jednym cyklu terapii

	Schematy negatywne na „wejściu”	Schematy pozytywne na „wyjściu”
dotyczące samego siebie dotyczące własnego ja	najczęściej nic mi się nie udaje	w niektórych rzeczach jestem dobry
	jestem podejrzewany o rzeczy, których nie zrobiłem	wychowawca sprawdza każdego, kto był w pobliżu danego zdarzenia
dotyczące otaczającej rzeczywistości i zachodzących w niej zjawisk	tylko przemocą można coś osiągnąć	jeżeli rozwiązujesz swoje sprawy używając siły, to inni się Ciebie boją
dotyczące przyszłości	ukończenie szkoły na nic mi się nie przyda i tak będę bez pracy	po gimnazjum mogę uczestniczyć w różnych kursach zawodowych
	skończę w więzieniu jak mój ojciec	mam szansę na inne życie, w znacznym stopniu to ono ode mnie zależy

Źródło: opracowanie własne

Tabela 4. Wybrane trudności, które mogą pojawić się w trakcie terapii

Obszar organizacyjny związany w funkcjonowa- niem instytucji, w której przebywa pacjent	Obszar interpersonalny związany z osobami uczestniczą- cymi w procesie terapii	
	pacjent	terapeuta
<ul style="list-style-type: none"> <li>inne, atrakcyjne dla podopiecznego zajęcia odbywają się w czasie zaplanowanych indywidualnych sesji</li> <li>pozostali wychowankowie np. idą z grupą na spacer</li> <li>nieobecność lub zmiana terapeuty</li> <li>w trakcie psychoterapii jest wiele dni wolnych, np. ferie zimowe, zmieniających cykl pracy terapeutycznej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>samowolna ucieczka lub oddalenie się</li> <li>brak motywacji do pracy nad sobą</li> <li>niskie kompetencje poznawcze</li> <li>złe doświadczenia z udziału w terapii, np. w poprzedniej instytucji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>jest także wychowawcą lub nauczycielem w ośrodku — role mieszane</li> <li>będąc właśnie w innej roli zawodowej, np. wychowawcy grupy, naruszy granice prywatności podopiecznego — może dojść do konfliktu, który przeniesie się na grunt terapeutyczny</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne



W trakcie pracy terapeutycznej podopieczny systematycznie uczy się, jak radzić sobie z własnymi trudnościami, planuje strategie radzenia sobie z bieżącymi konfliktami, które pojawiają się czy też mogą pojawić w jego życiu. Istotną w omawianym podejściu jest, towarzysząca pacjentowi na każdym etapie terapii, orientacja przyszłościowa, perspektywiczne spojrzenie na swoje decyzje, przewidywanie konsekwencji swoich zachowań. Na bieżąco, w związku z funkcjonowaniem zarówno samej instytucji wychowawczej, jak i podopiecznego, mogą wystąpić określone trudności mające wpływ na przebieg terapii (Tabela 4 na stronie 76).

Wskazywanie myśli automatycznych oraz rozpoznawanie zawartych w nich błędów myślowych to kluczowe zadanie w terapii poznawczo-behawioralnej. Poszczególni pacjenci popełniają zazwyczaj powtarzające się błędy w swoim myśleniu. Terapeuta pomaga im dostrzec te błędy lub zniekształcenia poznawcze. Tłumaczy, że kiedy ludzie odczuwają negatywne emocje, często pojawiają się u nich myśli, które w danej chwili wydają się wiarygodne, ale po ich przeanalizowaniu okazuje się, że niezupełnie odpowiadają rzeczywistości, są nieprzydatne. Większość negatywnych myśli, które wywołują złe samopoczucie u podopiecznych, jest zniekształcona i nierealistyczna [8]. Podopieczni uczą się, jak identyfikować te błędy myślenia, w czasie terapii kojarzą negatywne nastroje z odpowiednimi myślami, a także przekonaniem. Ważne jest, aby wychowankowie mieli wiedzę, że takie błędy w myśleniu popełnia wiele osób, że jest to zjawisko dość powszechne, a przede wszystkim — możliwe do zmiany. Poważną barierą w pracy z osobami niedostosowanymi społecznie jest występujące u nich przekonanie, że nie mają wpływu na to, co się z nimi dzieje, że są osobami, które mają „gorzej, pod górę”. Deficyt motywacyjny występujący u tego typu pacjentów bardzo często powraca w trakcie zarówno terapii, jak i całego procesu resocjalizacji. Drobne niepowodzenie, porażka jest przez nich wyolbrzymiana i otwiera drzwi z komunikatami: ja zawsze, ja nigdy, ujawniającymi pewien determinizm życiowy, który zajmuje czołowe miejsce w systemie wiedzy o sobie i świecie osób o zaburzonej socjalizacji.

### Podsumowanie

Założenia teorii poznawczo-behawioralnej leżące u podstaw omówionej w artykule terapii tworzą bardzo często podstawę, realizowanych wobec nieletnich niedostosowanych społecznie, programów resocjalizacyjnych. Wynika to m.in. z tego, że związane z tym nurtem techniki pracy z pacjentem są przede wszystkim praktyczne, tzn. łatwo je zastosować i włączyć do puli innych działań psychokorekcyjnych, są stosunkowo krótkotrwałe, a więc dość szybko można zauważyć pierwsze zmiany, oraz skupione na wskazanym wcześniej problemie. Odebranie informacji o pozytywnych zmianach w zachowaniu jest dla pacjenta bardzo ważne, wzmacnia jego motywację do dalszej pracy nad sobą, pokazuje, że ma to sens, a przede wszystkim odbudowuje jego wiarę we własne możliwości. Poznawczo-behawioralna koncepcja człowieka wydaje się zatem najbardziej użyteczna na polu oddziaływań resocjalizacyjnych [2].

W ujęciu poznawczo-behawioralnym stosuje się wiele zewnętrznych technik, mających spowodować u jednostki zmianę myślenia i zachowania. W resocjalizacji, podobnie jak w omawianej koncepcji terapeutycznej, poprzez zastosowanie na początku zewnętrznych interwencji dążymy do wypracowania wewnętrznie kontrolowanych procesów i zinternalizowania motywacji do zmiany [2, str. 132].

Podejście poznawczo-behawioralne ewoluowało w ciągu ostatnich lat, jego metamorfoza wydaje się podążać za zmieniającym się dziś człowiekiem. Zasady tworzące podstawę terapii poznawczo-behawioralnej przedstawione w tym artykule są zbieżne z założeniami współczesnej resocjalizacji — resocjalizacji twórczej, określającej zasoby jednostki niedostosowanej społecznie oraz wskazującej jej możliwości do trwałej i efektywnej zmiany.

### **Piśmiennictwo**

1. Machel H. Wprowadzenie do pedagogiki penitencjarnej. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
2. Opora R. Ewolucja niedostosowania społecznego jako rezultat zmian w zakresie odporności psychicznej i zniekształceń poznawczych. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 2009.
3. Urban B. Agresja młodzieży i odrzucenie rówieśnicze. Kraków: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
4. Siemionow J. Niedostosowanie społeczne nieletnich: działania, zmiana, efektywność. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2011.
5. Jędrzejko M. Resocjalizacja i terapia resocjalizacyjna w zderzeniu z nowymi tendencjami przestępczymi i typami zachowań destrukcyjnych. W: Rejzner A, Szczepaniak P, red. Terapia w resocjalizacji. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2009, s. 57–79.
6. Opora R. Terapia poznawczo-behawioralna w resocjalizacji. W: Rejzner A, Szczepaniak P, red. Terapia w resocjalizacji. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2009, s. 138–149.
7. Kazdin AE, Kendall PC. Current progress and future plans for developing effective treatments: Comments and perspectives. *J. Clin. Child Psychol.* 1998; 27: 217–226.
8. Curwen B, Palmer S, Ruddell P. Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
9. Opora R. Resocjalizacja, wychowanie i psychokorekcja nieletnich niedostosowanych społecznie. Kraków: Wydawnictwo Impuls; 2010.
10. Beck JS. Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.

Adres: [pedjs@univ.gda.pl](mailto:pedjs@univ.gda.pl)