

Kazimierz Pospiszyl

Model Dobrego Życia w terapii przestępców seksualnych

The Good Lives Model in therapy of sex offenders

We wstępnej części artykułu przedstawiono genezę i główne przesłanki teoretyczne modelu GLM, po czym przedstawiono istotę i dynamikę dwóch nieco różnych, a zarazem podstawowych celów, czyli powszechnych celów życiowych *common life goals* oraz celów wtórnych *secondary goals*.

W kolejnej części artykułu przedstawiono elementy planu oddziaływań terapeutycznych stosowanych w ramach modelu GLM, podkreślając doniosły fakt tkwiący w tego rodzaju terapii, polegający na tym, że celem jej jest nie tylko likwidacja, a przynajmniej zmniejszenie skłonności przestępczych u podopiecznego, lecz także wytworzenie u niego mechanizmów tworzenia satysfakcji z życia.

Ostatnia, jednocześnie trzecia część artykułu zawiera omówienie głównych kierunków oddziaływań terapeutycznych, a także podstawowe metody zapewniające skuteczność oddziaływania.

Słowa kluczowe: Model Dobrego Życia, GLM, terapia przestępców seksualnych.

In the introductory part of the article, the genesis and main theoretical premises of the GLM model are presented, and then the essence and dynamics of two slightly different and at the same time basic goals are presented, i.e. common life goals and secondary or instrumental goals.

The next part of the article presents the elements of the therapeutic interaction model used in the GLM model, emphasizing the important fact inherent in this type of therapy, consisting in the fact that its goal is not only to eliminate, or at least, reduce the criminal tendencies in the

client behavior, but also to incorporate mechanisms creating satisfaction with life.

The last, third part of the article discusses the main directions of therapeutic interactions, as well as the basic methods ensuring their effectiveness.

Key words: Good Lives Model, GLM, sexual offenders therapy.

Wprowadzenie

Bardzo dziś popularny model organizacji terapii przestępców seksualnych o wdzięcznej nazwie „Model Dobrego Życia” *Good Lives Model* (znany jako GLM), opracowany został w pierwszej dekadzie obecnego stulecia przez Tony Warda z Victoria University of Wellington w Nowej Zelandii, który w kilku pracach napisanych wspólnie z innymi, tj. T. Ward i C. Steward (2003); T. Ward i S. Maruna (2007) oraz P.M. Yates i T. Ward (2009), zaproponował go jako poszerzenie lub uzupełnienie funkcjonującego z dużym powodzeniem od kilkunastu już lat modelu, Ryzyko – Potrzeby – Samoregulacja [*Risk – Need – Responsivity* (znany jako RNR)].

Chodziło mianowicie o poszerzenie zakresu drugiego członu tego modelu, czyli potrzeb. Otóż twórcy RNR, czyli D.A. Andrews i J. Bonta (1996), w niezbędnej diagnozie potrzeb, jakie odczuwa poddawany zabiegom psychokorekcyjnym podopieczny, koncentrowali się na – jak to określali – „potrzebach kryminalnych”, podczas gdy wspomniani poprzednio inicjatorzy GLM uważali, że w postępowaniu diagnostycznym istotne są nie tylko potrzeby kryminogenne, lecz także wszelkie „ogólnoludzkie” zapotrzebowania. Poszerza to, ich zdaniem, niezbędne pole do lepszego poznania specyficznych zapotrzebowań psychicznych podopiecznego, na którym to gruncie zaszczepić można mechanizmy niezbędnego przeorientowania potrzeb kryminalnych. Uwzględnienie w procesie diagnostycznym szerszej gamy potrzeb powoduje także konieczność indywidualizacji oddziaływań terapeutycznych, podczas gdy ograniczanie się wyłącznie do potrzeb kryminogennych nosi – zdaniem cytowanych twórców modelu GLM – znamiona redukcjonizmu.

GLM oparty jest na bardzo dzisiaj popularnej filozofii oddziaływań resocjalizacyjnych, zakładającej, że każdy człowiek dąży do dobrego i ułażonego życia i wyposażony jest – co najważniejsze – w odpowiednie

dyspozycje i siły wewnętrzne pozwalające mu cel ten osiągnąć. Podejście to zwykle się określać jako „oparte na sile wewnętrznej” *strength base approach* i uważa się go za wyraz pozytywnego nurtu psychologii [przedstawionego m.in. w podręczniku M. Seligmana (2001)]. Przystępne i dewiacyjne formy zachowania się stanowią zaś wypaczenia owych naturalnych dążeń człowieka, które dla jego dobra – jak i dobra społeczeństwa – muszą zostać wyprostowane.

Cele życiowe jako wyznaczniki zachowania

Ponieważ główną przyczyną powstania modelu GLM była konieczność poszerzenia ilości diagnozowanych potrzeb, których realizacja stanowi siłę napędową zachowania się człowieka, zatem od analizy podstawowych celów życiowych należy zacząć prezentację tego modelu.

Wymienieni we wstępie autorzy modelu GLM wyróżniają dwa rodzaje celów życiowych jako dróg realizacji odczuwanych potrzeb, a mianowicie: powszechne cele życiowe *common life goals* (dla „lepszej przystępności”, określane także jako „cele pierwotne” *primary goals*) oraz cele wtórne *secondary goals*, zwane także „instrumentalnymi”.

Cele pierwotne z jednej strony wspólne są wszystkim ludziom, z drugiej zaś ich nasilenie i wzajemne relacje wynikają z indywidualnych i niepowtarzalnych doświadczeń życiowych każdego człowieka, z jego stanu umysłu i równowagi emocjonalnej. Cytowani już wcześniej T. Ward oraz jego koledzy wyróżniają dziesięć takich pierwotnych potrzeb:

1. Życie, czyli troska o nie i jego trwanie.
2. Wiedza, niezbędna do pogłębienia jakości życia.
3. Doskonałość w pracy i zabawie.
4. Sprawność w działaniu (*excellency in agency*) rozumiana jako autonomia i niezależność w poczynaniach życiowych.
5. Spokój wewnętrzny, czyli wyciszenie gwałtownych emocji i stresów.
6. Życzliwość i przyjaźń, czyli umiejętność nawiązywania związków intymnych, romantycznych i rodzinnych.
7. Uspołecznienie (*community*) rozumiane jako potrzeba, a zarazem umiejętność funkcjonowania w grupie i społeczeństwie.
8. Duchowość, niezbędna do poznania wartości i sensu życia.
9. Poczucie szczęścia.
10. Twórczość.

Dynamika procesu socjalizacji, czyli przystosowania, polega na takim lub innym sprofilowaniu celów instrumentalnych (wtórnych), czyli – mówiąc inaczej – na wyborze sposobów realizacji wymienionych powyżej wspólnych wszystkim ludziom celów. Weźmy dla przykładu pierwszy i podstawowy cel, jakim jest życie: każdy normalny człowiek pragnie dobrostanu, czyli „dobrego życia”, do tego celu – jak wiemy – niezbędne są jednak środki materialne, które można zdobyć uczciwą, kreatywną pracą, albo też ukraść. W ten mniej więcej sposób można ukazać pozytywne i negatywne (czyli poprawne i niepoprawne) sposoby realizacji wszystkich podstawowych potrzeb człowieka.

Autorzy tego modelu nie bez racji zakładają, że uświadomienie podopiecznemu jego podstawowych życiowych potrzeb stanowi fundament skutecznych oddziaływań zmierzających do przeorientowania nieodpowiednio ukierunkowanych celów instrumentalnych na takie, które zapewniają bardziej pewne, a zarazem wartościowe i pełne harmonii życie. Dla potrzeb lepszego i głębszego uświadomienia pacjentowi konieczności poddania się terapii, zmierzającej do zmiany wadliwego ukierunkowania celów instrumentalnych, opracowano kilka usystemowanych kwestionariuszy wywiadów kierowanych, zwanych także „ustrukturalizowanymi rozmowami” prowadzonymi z podopiecznymi [por. dla przykładu; P.M. Yates i inni (2009)], na podstawie których opinie pacjentów można kategoryzować i porównywać, co ma duże znaczenie dla diagnostyki dynamiki zmian zachodzących w tych opiniach i postawach zachodzących podczas prowadzonej terapii.

Warto podkreślić, że opracowano również przewodnik (*workbook*) dla podopiecznego (klienta) poddawanego oddziaływaniom terapeutycznym w ramach modelu GLM o wymownym tytule: „Budowa nowego życia” [D.P. Yates i D.S. Prescott (2011)].

Strukturalizowane rozmowy z podopiecznym stanowią klucz do określenia transkrypcji celów pierwotnych, czyli ogólnych, na cele wtórne, zwane „instrumentalnymi”. Odbywa się to na podstawie eksploracji i ekstrakcji treści wypowiedzi badanego, a mówiąc inaczej – zarówno, dzięki poszerzeniu ładunku informacyjnego zawartego w tych wypowiedziach (przez analizę różnych zawartych w nich kontekstów), a następnie ich esencjonalnego skondensowania znaczeniowego, wypracowane zostają najważniejsze problemy, wyznaczające kierunki oddziaływań skutecznej terapii.

Celowi temu służyć może szereg konkretnych pytań zawartych we wspomnianych już kwestionariuszach, na przykład: „Czego najbardziej

pragniesz w życiu?” lub „Jakie są twoje bliższe i dalsze plany życiowe?” „Co mogą o tobie myśleć najbliższe ci osoby?”, „podaj ich liczbę, rodzaj związków, jakie cię z nimi łączą, a przede wszystkim oceń nastawienie tych ludzi do twojej osoby”. Bardzo diagnostyczne jest również pytanie: „Jak wyglądałoby twoje życie za pięć lat, gdybyś teraz otrzymał różdżkę czarodziejską?”.

Rozmowa taka powinna w niektórych przypadkach wpływać na uświadomienie lub pogłębienie ocen aktualnie wykonywanych (nieraz automatycznie i bezrefleksyjnie) czynności, takich jak na przykład nauka czy praca. Dobrze jest też zapytać: „Jak i do czego wykorzystasz aktualnie zdobywane wiadomości?”, „Czy aktualnie wykonywana praca cię satysfakcjonuje, czy też nie – podaj powody”. Jak podkreślają to D.P. Yates i inni (2010), prowadzona w ten sposób rozmowa sama w sobie jest terapią.

Na podstawie omawianych poprzednio, wspomaganych kwestionariuszami, rozmów ustrukturalizowanych ustalany jest ogólny, zintegrowany model oddziaływania terapeutycznego, zawierający cztery najważniejsze elementy:

- 1) ocenę ryzyka powrotu do przestępczości, opartego na analizie wypaczeń w realizacji podstawowych, czyli ogólnych (a zarazem pierwotnych) celów;
- 2) ocenę głębokości wypaczeń zachowania się podopiecznego w realizacji jego podstawowych celów;
- 3) określenie stopnia indywidualnego „zapotrzebowania” podopiecznego na preferowane przezeń potrzeby kryminalne;
- 4) ocenę zdolności podopiecznego do panowania nad sobą, czyli – mówiąc bardziej fachowo – do samokontroli.

Organizacja planu oddziaływań terapeutycznych

Rezultaty przedstawionych powyżej rozmów ustrukturalizowanych i wywiadów pozwalają na ustalenie mapy drogowej poczynań psychokorekcyjnych, zmierzających do dwóch podstawowych celów. Po pierwsze, do zlikwidowania lub przynajmniej znacznego zmniejszenia ryzyka powrotności do przestępstwa, a po drugie, pomoc klientowi w osiągnięciu dobrostanu rozumianego jako szczęśliwe życie, które – według filozofii GLM – stanowi rezultat realizacji podstawowych celów życiowych bez

równoczesnego naruszania obowiązującego porządku moralnego i prawnego. Stąd też ową mapę drogową poczynań resocjalizacyjnych nazywa się pięknie „planem na dobre życie”.

Na ogół takie plany oddziaływań terapeutycznych opracowywane są dla całej grupy, zazwyczaj dla 7 lub 8 osób, złożonej z osób o podobnym profilu wypaczeń realizacji celów życiowych, nie tak rzadko w niektórych jednak ośrodkach praktykowane jest także ustalanie indywidualnych planów postępowania psychokorekcyjnego.

W opracowywaniu zintegrowanego planu oddziaływań ważną rolę odgrywają osoby poddawane tym oddziaływaniom i jest oczywiste, że bez ich aktywnej aprobaty rezultaty owych oddziaływań byłyby bardzo niewielkie.

Należy także dodać, że prowadzone w ramach modelu GLM prace nad przeorientowaniem wadliwej realizacji planów życiowych nie ograniczają się jedynie do możliwie dokładnego wyeliminowania u podopiecznego potrzeb kryminalnych, cel ten bywa osiąganym poprzez holistyczne podejście do jego wszechstronnego rozwoju psychofizycznego, co wyraża się zarówno w zalecaniu intensywnych zajęć sportowych i zręcznościowych, jak i muzycznych, plastycznych, uczestnictwa w dyskusjach nad filmami, książkami, wydarzeniami politycznymi, sportowymi itp.

Całość przygotowań do terapii zmierza do jednego najważniejszego celu – określenia rodzaju wypaczeń, z natury dobrych (albo przynajmniej nienaruszających porządku prawnego) celów ogólnych (pierwotnych), po to, aby aberracje te móc możliwie skutecznie skorygować drogą oddziaływań psychokorekcyjnych.

Twórcy GLM wyróżniają cztery płaszczyzny, na których wystąpić mogą wypaczenia tych pierwotnie naturalnych celów:

- 1) wytworzenie odpowiednich kryteriów oceny własnych celów, a przede wszystkim sposobów ukierunkowania ich realizacji, np realizacja naturalnych przeciw potrzeb seksualnych poprzez niedopuszczalne stosowanie przemocy, albo też wybór dziecka na partnera seksualnego;
- 2) zawężenie zakresu (spektrum) owych celów, co najbardziej ewidentnie przejawia się w uzależnieniach;
- 3) konflikt polegający na podjęciu się realizacji dwóch wzajemnie wykluczających się celów;
- 4) ograniczenia w realizacji celów wynikające z różnego rodzaju niepełnosprawności.

Terapia oparta na analizie przejawianych przez podopiecznego wypaczeń zarówno w sposobach realizacji, jak i ukierunkowaniu podstawowych

celów życiowych zmierza do możliwie skutecznego przekierowania sposobów realizacji naturalnych celów, a w przypadku ostatnio wymienionej płaszczyzny, do przewyciężenia lub przynajmniej zminimalizowania istniejących ograniczeń.

Podstawowe kierunki oddziaływań terapeutycznych

Oddziaływania psychokorekcyjne w ramach modelu GLM nie różnią się zasadniczo od metod stosowanych w innych systemach resocjalizacyjnych. Różnice te występują jedynie w położeniu większego nacisku na dobrostanie poddawanego tym zabiegom podopiecznego.

Zasadniczo definicyjnym celem terapii resocjalizacyjnej jest zredukowanie lub znaczne zmniejszenie ryzyka powrotności do przestępstwa, czyli – mówiąc inaczej – uczynienie z groźnego dla ludzi przestępcy „dobrego człowieka”, i ten cel przyświeca również zabiegom psychokorekcyjnym stosowanym w ramach GLM, jednak w omawianym modelu również nie mniej ważne jest uczynienie z takiego osobnika „szczęśliwego człowieka”.

Najistotniejsze w modelu GLM jest położenie nacisku na dobrostan poddawanego terapii podopiecznego. W spełnieniu tego szczytnego celu niezbędne są różne aktywności. Jedną z nich jest konieczność dokładnego prześledzenia dotychczasowych doświadczeń życiowych poddawanego terapii osobnika.

Dlatego też wstępem do pracy nad przemodelowaniem wadliwych sposobów realizacji ogólnych (czyli pierwotnych) potrzeb jest bardzo dokładne gromadzenie danych biograficznych poddawanych terapii podopiecznych. Pomimo że – jak to wykazał D.P. Yates i inni (2010) – samo poznanie pełnej wybojów historii życia danego przestępcy nie ma automatycznego przełożenia na ograniczenie jego powrotności do przestępstwa, to jednak ma fundamentalne znaczenie dla określenia odpowiedniej strategii postępowania resocjalizacyjnego.

Z licznych badań i obserwacji wynika, że prawie wszyscy przestępcy, a w szczególności seksualni, cierpią na PTSD, czyli na zaburzenia post-traumatyczne [por. dla przykładu J.S. Levinson, G.M. Willis i D.S. Prescott (2016)], a tych poważnych i głęboko tkwiących urazów nie da się wyeliminować lub choćby zmniejszyć bez dokładnego poznania ich źródeł.

Najbardziej istotnym elementem profilowania oddziaływań terapeutycznych w ramach modelu GLM jest analiza realizowanych przez podopiecznego „potrzeb kryminalnych”, czyli popełnianych przezeń czynów przestępczych. Tylko na tej podstawie potrafi poddawany terapii pacjent z pomocą terapeuty zobaczyć i zrozumieć, w jaki sposób dramatyczne wydarzenia z jego życia wpłynęły na powstanie i rozwój niemoralnych i prawem zakazanych postaci zachowania się.

Powyższa analiza pozwala nie tylko na ukazanie wypaczeń w zakresie realizacji podstawowych (z natury swej dobrych, albo przynajmniej moralnie obojętnych) celów życiowych, lecz także wadliwości sposobów oceny swego nagannego zachowania, czyli całej gamy bardziej lub mniej logicznych uzasadnień tego karygodnego zachowania się.

Taka gruntowna i wszechstronna ocena dotychczasowego zachowania się pacjenta spełnić powinna trzy podstawowe zadania:

1. Ukazać podopiecznemu, w jaki sposób i jaką drogą najważniejsze wydarzenia z jego życia wpłynęły na takie, a nie inne wypaczenia jego zachowania się.
2. Uświadomić podopiecznemu (na podstawie analizy konkretnych przykładów), że jego aktualne zachowanie nie ma racji bytu i skutkiem tego narazi go na szereg dotkliwych sytuacji wykluczających „dobre i szczęśliwe życie”.
3. Przekonać podopiecznego, że aktywna postawa i zaangażowanie w oddziaływanie terapeutyczne są jedyną właściwą drogą do zapewnienia sobie „dobrego i szczęśliwego życia”.

Z punktu widzenia zadań operacyjnych – jeśli można posłużyć się terminologią wojskową – bez wątpienia najważniejszy jest ostatni z wymienionych postulat, czyli konieczność zaszczepienia w strukturze motywacyjnej podopiecznego przede wszystkim tego przeświadczenia, że oferowana mu terapia jest dla niego jedyną a zarazem najskuteczniejszą drogą, nie tylko powrotu do normalności, lecz także – i to jest chyba jeszcze ważniejsze – do niezbędnego dla każdego człowieka poczucia spełnienia i zadowolenia z własnego życia.

Ważność tego postulatu podkreśla dodatkowo to, że owo intensywne postanowienie rozpoczęcia trudnej „pracy na sobą” nie jest i nie może być cechą ekskluzywną – musi być właściwością głęboko wkomponowaną w dojrzałą strukturę osobowości wychowanka, który powinien być otwarty na akceptację innych ludzi, z całą złożonością ich cech indywidualnych, a przede wszystkim gotowy na wyzbycie się cech otwartej agresji oraz

niekontrolowanego seksu w stosunkach interpersonalnych i tym podobnych cech świadczących o społecznej dojrzałości.

Podsumowanie i refleksje końcowe

Przedstawiony w najogólniejszym zarysie model GLM należy do najnowszych i najbardziej obiecujących pomysłów organizacji oddziaływań resocjalizacyjnych. O jego nowoczesności i potencjale rozwojowym świadczy wiele faktów.

Najbardziej istotnym przymiotem tego modelu jest jego otwartość, jest to zresztą niemal cecha definicyjna nowoczesności systemów resocjalizacyjnych, przejawia się ona tym, że dany system czy model postępowania, pomimo że preferuje określoną strategię postępowania terapeutycznego i resocjalizacyjnego, dopuszcza wszystkie inne skuteczne metody oddziaływań psychokorekcyjnych, jeśli tylko nie naruszają dobra pacjenta.

Koniecznym jest podkreślić, że ta otwartość stanowi wręcz systemową cechę modelu GLM, jak podkreślają to G.M. Willis i inni (2017). GLM od samego początku traktowany jest jako system integrujący wszystkie współczesne pomysły dotyczące skutecznych rozwiązań oddziaływań resocjalizacyjnych.

Przed wszystkim omawiany obecnie model, jak to podkreśliłem we wstępie, oparty jest na wypływającym z psychologii pozytywnej założeniu, że każdy człowiek ma odpowiednią siłę wewnętrzną, aby przezwyciężyć swe ograniczenia i wypaczenia, siłę tę należy tylko wyzwolić, podejście to określa się jako „oparte na sile (wewnętrznej)”, czyli *strenght base approach*, natomiast realizacja postulatów GLM wymusza niejako stosowanie podstawowych założeń koncepcyjnych wszystkich współcześnie popularnych systemów i modeli oddziaływań resocjalizacyjnych, głównie zaś modeli opartych na ćwiczeniu mechanizmów samoregulacji podopiecznego czy też programach ćwiczących naukę zręczności społecznych, niezbędnych do nawiązywania koniecznych więzi interpersonalnych.

O wielopostaciowości modelu GLM świadczy również to, że powstał jako uzupełnienie modelu RNR, który popularność swą zdobył, o czym obszerniej pisałem w innym miejscu [por. K. Pospiszyl (2021)], głównie dzięki temu, że rozbudował i ustrukturalizował dane diagnostyczne niezbędne w skutecznej terapii. Omawiany model nie tylko usprawnił i tak

dobry sposób diagnozowania, lecz jeszcze pogłębił go o nowy – jakże istotny – cel, jakim jest wytworzenie u poddanego terapii podopiecznego mechanizmów umożliwiających realizację odczuwanych przez każdego człowieka tęsknot za dobrym, harmonijnym i szczęśliwym życiem.

Na zakończenie należy dodać, że GLM został co prawda stworzony jako system oddziaływań terapeutycznych przeznaczonych dla przestępców seksualnych, a zatem z wielu względów najbardziej trudnych w resocjalizacji, niemniej, zdaniem jego twórców i wielu praktyków, ma on cechy uniwersalnego modelu oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych. To także stanowi przyczynę wspomnianej już popularności GLM.

Bibliografia

- Andrews D.A. i Bonta J., *The psychology of criminal conduct*, Harper, London 1996.
- Lewinson J.S., Willis S.M., Prescott D.S., *Abuse childhood life the life of ma sexual offenders*, Sexual Abuse. "A Journal of Research and Treatment" 2016, vol. 28, p. 340-359.
- Pospizyl K., *Ryzyko – Potrzeby – Samoregulacja. Wielopłaszczyznowy model diagnostyczno-resocjalizacyjny*, „The Prison Systems Review” 2020, nr 109.
- Seligman M.E.P, Walker E.F i Rosenhan D.L., „Psychopatologia”, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2001.
- Ward T. i Maruna S., *Rehabilitation: without the risk paradigm*, New York 2007, Routledge.
- Ward T. i Steward C., *The relationship between human needs and criminogenic needs*, "Psychology, Crime and Law" 2003, vol. 9, p. 219-224.
- Willis G.M., Prescott D.S., Yates P.M., *Good Lives Model (GLM) in theory an practice*, "Sexual Abuse in Australia and New Zealand" 2016 vol. 5, p. 3-9.
- Willis G.M; Prescott D.S., Yates P.M., *Application of integrated Good Lives approach to sexual offending treatment*, [w:] D.P. Boer (red), *The Willey handbook on the theories, assessment and treatment of sexual offending*, New York 2017, J. Willey.
- Yates P.M., Kingston G.A., Ward T., *The self-regulation model in offence and re-offence process*, Victoria 2009. Pacific Psychological Association.
- Yates P.M., Prescott D.S., Ward T., *Applying Good Lives and Self Regulation Models to sex offender treatment*, Brandon 2010, Safer Society.
- Yates P.M., Prescott D.S., *Building a better life*, Brandon 2011, Safer Society.
- Yates P.M., Ward T., *Relapse prevention should be abandoned*, "ATSA Forum" 2009, vol. 11, p. 5-18.

