

Kazimierz Pospiszyl

Ryzyko – potrzeby – samoregulacja Wielopłaszczyznowy model diagnostyczno-resocjalizacyjny

Risk – Need – Responsivity A multifaceted diagnostic and rehabilitation model

W artykule przedstawiono teoretyczne podstawy oraz praktyczne rozwiązania przyjęte w modelu *Risk – Need – Responsivity* (RNR), a także jego funkcjonowanie i przemiany na przestrzeni blisko trzydziestu lat istnienia. Dużo uwagi poświęcono omówieniu przyczyn niesłabnącej popularności tego modelu, upatrując ją w solennej i analitycznej diagnostyce zachowania przestępczego, na której oparta jest skuteczna terapia tego zachowania się, a także elastyczności konstrukcji tego modelu, pozwalającej na wprowadzanie doń coraz to nowszych rozwiązań.

W drugiej części artykułu przedstawiono zastosowanie modelu RNR do terapii przestępców seksualnych. Na tym przykładzie starano się ukazać, że omawiany model dobrze sprawdza się w najtrudniejszych nawet wyzwaniach stawianych przed oddziaływaniami resocjalizacyjnymi.

Słowa kluczowe: *Risk – Need – Responsivity* (RNR), terapia przestępców seksualnych.

The present article presents both the theoretical foundations and practical solutions for the social rehabilitation of criminals adopted in the *Risk – Need – Responsivity* (RNR) model, as well as its functioning and changes over the course of nearly thirty years of existence.

Much attention was paid to discussing the reasons for the unflagging popularity of this model, seeing it as a solemn and analytical diagnosis of criminal behavior, on which the effective therapy of this behavior is

based, as well as the flexibility of the structure of this model, allowing for the introduction of new solutions to it.

The second part of the article presents the application of the RNR model to the treatment of sex offenders. This example tried to show that the discussed model works well in even the most difficult challenges posed by social rehabilitation interactions.

Key words: *Risk – Need – Responsivity (RNR)*, Sex offenders therapy.

Wprowadzenie

Przedmiotem obecnych rozważań jest bardzo popularny nie tylko w krajach anglojęzycznych model, którego oryginalna nazwa brzmi: *Risk – Need – Responsivity (RNR)*. Stanowi on ucieleśnienie efektów badań, obserwacji i poglądów dotyczących oceny i resocjalizacji przestępczego zachowania się, jakie nagromadzone zostały pod koniec ubiegłego stulecia i stale były wzbogacane przez nowe wyniki badań i pomysły pojawiające się w ciągu dwóch już dekad nowego stulecia.

Kompendium tych poglądów i badań wraz z ich ciekawym i pomysłowym strukturalizowaniem, połączonym z propozycją modelu RNR, zawiera praca Davida A. Andrews (profesora Carleton University w Ottawie) i Jamesa Bonta (pracownika Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego Kanady): *The psychology of criminal conduct* (1996), która mimo tego, że dziś należy już do klasyki, zawiera wiele stale aktualnych inspiracji, o czym świadczą jej kilkakrotne wznowienia i unowocześnienia¹, jak i liczne cytowania. Od tej ważnej pozycji zacząć należy prezentację tego modelu.

Przedstawiony w tej książce trzyczłonowy model diagnostyczno-resocjalizacyjny wyznacza tym samym kolejność omawiania poszczególnych członów tego modelu.

Po zakończeniu prezentacji modelu RNR postaram się ukazać jego zastosowanie do terapii przestępców seksualnych, jako osób szczególnie trudnych w resocjalizacji.

¹ W języku angielskim praca ta miała sześć kolejnych wydań. Ostatnie z 2016 r. miało miejsce już po śmierci A.D. Andrews, dlatego też przygotowujący tę pracę do druku J. Bonta umieścił siebie na pierwszym miejscu, jako autora. Zamieszczone w tym artykule cytaty pochodzą z piątego wydania tej książki w 2014 r.

Ryzyko

Najbardziej znamienym dowodem żywotności wspomnianej powyżej książki D.A. Andrews i J. Bonta jest to, że osiem wymienionych w niej czynników ryzyka wystąpienia zachowania przestępczego na trwałe weszło do psychologii przestępczości pod nazwą „wielkiej ósemki”. Tę ósemkę autorzy podzielili na dwie różne pod względem znaczenia połowy, czyli na podstawową i uzupełniającą czwórkę.

Do pierwszej czwórki zaliczone zostały następujące czynniki:

- 1) nasilenie antyspołecznych postaci zachowania się,
- 2) osobowość antisocjalna, rozumiana także jako antisocjalny temperament,
- 3) antisocjalny sposób rozumowania (*antisocial cognition*),
- 4) antispołeczne otoczenie.

Pozostałe cztery czynniki rzadziej stanowią trwałe przyczyny przestępczego zachowania się, w każdym jednak przypadku bywają jego wzmocnieniem; są to następujące czynniki:

- 5) niepowodzenia i napięcia w życiu rodzinnym oraz niepowodzenia małżeńskie,
- 6) niekorzystne warunki w pracy lub w szkole,
- 7) znacznie obniżone warunki (lub kompletny ich brak) do zdrowego i krzepiącego wypoczynku,
- 8) skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych.

Wymienione powyżej najczęstsze czynniki ryzyka ujęte są w konsekwentnie strukturalizowany system i od ponad trzydziestu lat sprawdzany i poszerzany w licznych badaniach prowadzonych bezpośrednio, jak i w częstych metaanalizach wielu badań porównawczych. Właściwości i nowatorstwo własnych systematyk czynników ryzyka zachowania przestępczego ukazali autorzy na kanwie uprzednich pomysłów dotyczących sposobów rozwiązywania tego problemu. D.A. Andrews i J. Bonta wyróżnili cztery takie następujące po sobie sposoby określania ryzyka, zarówno zainicjowania czynów niezgodnych z prawem, jak i powrotności do przestępstwa.

Pierwszy, najstarszy sposób oceny określają autorzy jako osąd profesjonalny (*professional judgement*), ich zdaniem ten typ ocen miał miejsce w ubiegłym stuleciu, aż mniej więcej do lat 70. Podstawą tych ocen były przede wszystkim cechy indywidualne (głównie psychiczne) podopiecznego, zaś ich „profesjonalizm” wynikał z tego, że opinie na temat aktualnej

i dalszej postaci jego zachowania się (czyli prognoz) sporządzane były przez dwie grupy profesjonalistów, a mianowicie: pracowników penitencjarnych, głównie psychologów starających się na podstawie wiedzy i zebranych informacji określić stopień indywidualnego ryzyka powrotności do przestępstwa każdego wypuszczanego na wolność podopiecznego oraz kuratorów sądowych mających za zadanie ocenę postępowania podopiecznych (nierzadko korzystając z opinii ekspertów, czyli biegłych) na użytek sądów decydujących o dalszych losach opiniowanego.

Autorzy przedstawiając ten sposób oceny, nie krytykują go, lecz kreśląc nowe kolejne modele, wyraźnie wskazują na ograniczenia tych „profesjonalnych osądów”, dlatego też w nazwie tego podejścia widzę pewną, wartą odnotowania pułapkę: nazwy kolejnych (lepszyc, bardziej nowoczesnych) strategii nie zawierają już wprawdzie określenia „profesjonalne”, co wcale nie znaczy, że te nowe sposoby są „nieprofesjonalne”.

Drugą postać ocen nazywają autorzy: „narzędziami opartymi na dowodach” (*evidence based tools*). Do tej nazwy też mam zastrzeżenia, lecz o nich za chwilę. Istota tego nowego podejścia bywa określana trudnym do przetłumaczenia na nasz język terminem angielskim *actuarial*. Termin ten pojawił się w języku angielskim na początku XIX wieku wraz z rozwojem form ubezpieczeniowych, początkowo odnosił się do określenia czynników warunkujących długość życia ludzkiego, jednak stopniowo zakres tego pojęcia rozszerzał się na inne wskaźniki, nie tylko uwarunkowań długości tego życia, lecz także na jego jakość, a więc wkroczył do ekonomii, medycyny itp.

Przedstawiona powyżej „wielka ósemka” uwarunkowań zachowania przestępczego zaproponowana przez twórców omawianego modelu wymaga niejako zastosowanie podejścia akwitarnialnego do kryminologii, jak bowiem pamiętamy, zestaw ten obejmuje nie tylko cechy psychiczne, lecz także najważniejsze cechy otoczenia, w jakim przebywa poddawany terapii i resocjalizacji podopieczny.

Zastosowanie podejścia akwitarnialnego do kryminologii z jednej strony bardzo usprawniło dokładność oceny ryzyka zarówno wystąpienia przestępczego zachowania się, jak i niebezpieczeństwa powrotu do przestępczości przez opuszczających zakłady karne byłych przestępców, z drugiej jednak strony w sposób niejako bezwiedny spowodowało szereg niepokojących praktyk w dziedzinie polityki społecznej.

Wspomniana negatywna konsekwencja zastosowania podejścia akwitarnialnego w kryminologii nie wynika bynajmniej z wadliwości

samej metody, lecz z nieco uproszczonego jej wykorzystania, i pomimo że sprawa ta bezpośrednio nie dotyczy omawianej problematyki – warto poświęcić jej nieco uwagi.

Otóż podejście akwitarialne w sposób bardzo dokładny wykrywa środowiska kryminogenne – i to jest duża zasługa tej metody, jednak dane te nie zawsze wykorzystywane są w sposób właściwy. Zazwyczaj środowiskami takimi są dzielnice zamieszkałe przez ludność niezamożną i napływową, a władze polityczne i administracyjne zamiast wprowadzania dróg i czasochłonnych programów profilaktycznych, aktywizacyjnych i asymilacyjnych kierują do tych dzielnic coraz więcej patroli policyjnych, które wykrywają coraz więcej przypadków naruszenia prawa.

W efekcie w większości krajów, które szczytą się nawet już utrwalo- nym od dawna demokratycznym ustrojem politycznym, więzienia stają się przepełnione, podczas gdy mniej rzucająca się w oczy (i wymykają- ca indeksom akwitarialnym) przestępczość zorganizowana nierzadko uchodzi płazem. Szerzej o tych sprawach pisałem w innej publikacji, por. K. Pospizyl (2017).

Jak wspominałem, istota metody akwitarialnej zasadza się na opraco- waniu możliwie najdokładniejszego i najbardziej precyzyjnego wykazu czynników ryzyka, które następnie są skalowane po to, aby uzyskać do- syć czuły i tym samym wiarygodny wskaźnik ewentualnego zaistnienia przejawów naruszenia prawa, albo też rzetelny prognostyk ewentualnej powrotności do przestępstwa u osób wychodzących na wolność.

Pierwszym takim zestawem był opracowany w 1974 r. w USA przez P.B. Hoffmana i J.L. Becka *Salient Factor Score* (Znaczący współczynnik punktacji), drugim bardziej rozbudowanym indeksem akwitarialnym był *Statistical Information on Recidivism* (Informacje statystyczne dotyczące recydywy), opracowany w 1982 r. przez J. Nuffielda na zlecenie Kanadyj- skiej Służby Więziennej.

Oba wymienione powyżej indeksy stosowane bywają do tej pory. Ich wartość jako predyktorów ryzyka zachowań przestępczych została szeroko opisana w literaturze. Szczególnie dobrze sprawdziły się one w sytuacjach zastosowania ich do bardzo groźnych przestępców oraz tak- kich, u których naruszenie prawa wynika z zaburzeń psychicznych, por. J. Bonta, M. Law i R.K. Hanson (1998), czy też przestępców seksualnych, por. R.K. Hanson i M.T. Bussise (1998). Niemniej indeksy te pomimo odnotowanych zalet są świadectwem pierwszych prób podejścia akwi- tarialnego, i z tej choćby racji zawierają pewne ograniczenia, o których

będzie mowa w następnym ustępie poświęconym omówieniu nowszego ujęcia tej metody.

Otóż pierwsze indeksy zawierały dosyć istotne ograniczenia: przede wszystkim były zbyt – jak można określić – upracticznione, tzn. indeksowały zbyt wiele szczegółów, które były co prawda istotne z punktu widzenia dobrego lub złego zachowania się, lecz nie były odpowiednio dobrane do tego, aby na ich podstawie stworzyć spójny, dynamiczny obraz przyszelego zachowania się badanej osoby.

Ponadto indeksowane cechy ujmowane były w sposób statyczny: „tu i teraz”, natomiast do budowania trafnych prognoz i teorii wyjaśniających dynamikę tego zachowania się konieczne są dane dotyczące przebiegu różnych wydarzeń w dotychczasowym życiu badanego, gdyż tylko na takiej podstawie prognozować można jego przyszele losy.

Wskazane powyżej przyczyny stały się podstawą stworzenia trzeciego sposobu określenia ryzyka zachowania przestępczego, który D.A. Andrews i J. Bonta (2014) określają jako: Dynamiczne dane oparte na dowodach (*Evidence Based Dynamic*). Wprowadzona w tej wersji wskaźników dynamika polega na uwzględnianiu czynników istotnych z punktu widzenia zarówno cech charakterologicznych badanego, jak i względnie czytelnych oznak jego społecznego przystosowania się.

Wszystkie wprowadzone w nowej wersji wskaźniki ujmowane są jako proces, a nie jako fakt. Na przykład: nie wystarczy samo stwierdzenie, że badany jest zatrudniony, lecz ważne jest od jak dawna i na jakim stanowisku, jak często zmieniał pracę itp. Podobnie ujmowane są dane dotyczące psychiki badanego, jego relacje z otoczeniem, poziomu zamozności, stosunku do prawa i porządku społecznego, inaczej mówiąc – całokształtu najistotniejszych indywidualnych i społecznych doświadczeń ocenianej osoby.

Dynamiczne dane oparte na dowodach gromadzone są na podstawie indeksu opracowanego przez D.A. Andrewsa i J. Bonta, zwanego: *Level of Service Inventory* (Zestaw istotnych służebności), opublikowanego po raz pierwszy w 1998 r.

Wspominałem już poprzednio o pewnych zastrzeżeniach co do nazw omawianych do tej pory sposobów określenia stopnia ryzyka przestępczości. Mówiłem o niezbyt fortunnym określeniu pierwszego sposobu oceny, „osady profesjonalne”, które mogłoby sugerować, że kolejne szacunki są „nieprofesjonalne”. Usprawiedliwieniem, do pewnego stopnia, za przyznaniem profesjonalizmu tylko pierwszej postaci sposobu oceny ryzyka

jest to, że kolejne sposoby oceny wymagały wysokiego profesjonalizmu przede wszystkim od tych, którzy tworzyli indeksy akwitarialne, zaś ci, którzy je wypełniali, nie musieli się legitymować wysokimi kwalifikacjami, co zwykle się podawać jako jedną z zalet tego podejścia.

Trudniej natomiast znaleźć wytłumaczenie dla terminów określających dwa ostatnio omawiane sposoby oceny, które w nazwie zawierają słowa „oparte na dowodach”, co może sugerować, że pozostałe sposoby oceny są pozbawione takiego oparcia. Dlatego też – jak mi się wydaje – lepszym nazwaniem pierwszego sposobu określenia ryzyka byłaby: „ocena kliniczna”, drugiego – „ocena akwitarialna”, zaś trzeciego – „ocena dynamiczno-akwitarialna”. Uzasadnieniem takiej propozycji może być przede wszystkim to, że w ten właśnie sposób określenia te stosowane są w literaturze przedmiotu, a nawet przez autorów omawianej systematyzacji, por. D.A. Andrews i J. Bonta (2014). Istnieje jeszcze potrzeba pewnych wyjaśnień co do nazw. Otóż głównie w pracach pisanych w Kanadzie spotkać można słowo „usługa” (*service*), używane jako „usługa psychologiczna” czy „terapeutyczna”. Warto o tym pamiętać, bo nie jest to praktyka powszechna.

Podkreślałem także, że system ocen ryzyka przestępczości w ramach modelu RNR ulega permanentnemu doskonaleniu, czego dowodem jest opracowanie kolejnego, czwartego, bardziej precyzyjnego sposobu tej oceny, zwanego systemowym i wszechstronnym (*Systemic and Comprehensive*). Ta czwarta wersja oceny ryzyka przestępstwa zawiera usystematyzowane i zintegrowane rezultaty dotychczasowych doświadczeń w zakresie trafności ocen gromadzonych od wielu już lat.

Wieloletnia i systematyczna analiza wyników badań poprzednimi indeksami pozwoliła na wyodrębnienie najbardziej istotnych i potrzebnych dla skutecznej terapii sposobów oceny ryzyka, jak i potrzeb badanego, znajdujących zaspokojenie w określonym typie i rodzaju aktywności przestępczej i dewiacyjnej.

Takie zintegrowane i usystematyzowane dane zawarte zostały w indeksie, na którym oparta jest czwarta, systemowa wersja oceny ryzyka, sporządzonym przez D.A. Andrews, J. Bonta i J.S. Wermitha, określonym jako: *Level of Service/Case Management Inventory* (Zestaw sposobów postępowania z przypadkiem), opublikowanym po raz pierwszy w 2006 r.

Popularność modelu RNR oraz stosowane w nim skale szacujące stopień skłonności do recydywy stały się impulsem do tworzenia coraz nowszych i bardziej precyzyjnych narzędzi prognostycznych. Spośród

wielu takich technik diagnostycznych najbardziej diagnostyczną okazała się skala *Static 99*, jej trafność waha się w granicach 0,76-0,77 (przy 100 – w przypadku całkowitej trafności). Pierwszą wersję tej skali jej autorzy, tj. Karl Hanson i David Thornston, opublikowali w 1999 r., stąd jej nazwa.

Metoda stanowiła ulepszenie nieco wcześniejszej skali, opracowanej przez K. Hansona w 1997 r., a mianowicie: *Rapid Risk Assessment for Sexual Offender Recidivism* (RASOR), czyli Skala szybkiej oceny recydywy u przestępców seksualnych, która to metoda osiągała trafność na poziomie 0,68.

Skala *Static 99* została poszerzona i zmodyfikowana w roku 2003 przez powiększony o połowę zespół autorów, do którego należeli: Andrew Harris, Amy Phoenix, Karl Nanson i David Thorsto. Jej wartość dla naszych psychologów jest tym większa, że została ona przetłumaczona, a także dostosowana do warunków polskich przez Filipa Szumskiego z Zakładu Seksuologii Klinicznej i Społecznej Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu².

Stworzono także kilka skal precyzujących i systematyzujących oceny z ustrukturalizowanych badań klinicznych nastawionych na określenie ryzyka powrotności do przestępstwa; spośród tego typu metod palmę pierwszeństwa w dziedzinie skali *Historical Clinical Risk 20* (HCR-20), przeznaczona do badań nad ogółem przestępców, zawierająca wykaz najbardziej istotnych, z punktu widzenia diagnostyki psychologicznej, faktów i wydarzeń mogących powodować ryzyko powrotności do przestępstwa. Autorami tej metody są: C.D. Webster, K.S. Duglas, K.S. Eaves i S.D. Hart (1997).

Niedługo potem skala ta doczekała się specjalnej wersji, przeznaczonej do badań przestępców seksualnych, wersja ta nosi nazwę *Sexual Violence Risk 20* (SVR-20), jej autorami są D.P. Boer, S.D. Hart, S.D. Kropp i C.D. Webster (2005). Ustalony na podstawie metaanaliz z 44 badań tą skalą wskaźnik jej trafności osiągnął poziom 0,75 (ibidem).

² Tekst tej skali oraz obszernego podręcznika do jej stosowania można znaleźć: <http://www.static.org>; staticquestion@gmail.com; fszumski@adm.edu.pl

Potrzeby

Trudno na dobrą sprawę orzec, który z trzech elementów omawianego modelu RNR jest najważniejszy. Podstawą, na jakiej opiera się ten model, jest omawiane powyżej ryzyko zachowania przestępczego, lecz przecież cały ten model nastawiony jest na zapewnienie skutecznej resocjalizacji i terapii osobom naruszającym prawo, jak i normy przyjęte w danym społeczeństwie, a nie da się tego osiągnąć bez w miarę dokładnego określenia tego, co je „wciąga” do przestępczego i dewiacyjnego zachowania się, czyli – mówiąc inaczej – bez poznania tego, jakie potrzeby zaspokajają u nich ta kary i potępienia godna postać zachowania się.

Tylko na takiej podstawie można starać się ustalić, jakimi postaciami zaspokojeń (wzmocnień), nienaruszającymi prawo i przyjęty porządek społeczny, zastąpić można te wypaczone potrzeby. Dlatego też śledzenie owych „potrzeb kryminalnych” – jak określają je twórcy modelu RNR – stanowi bardzo ważną, a nawet „królewską” drogę do tego, aby oddziaływania psychokorekcyjne na osoby przestępcze uczynić skutecznymi, por. A.D. Andrews i J. Bonta (2014).

Przed wszystkim należy podkreślić, że zarówno z przedstawionej uprzednio „wielkiej ósemki”, jak dwóch ostatnich, czyli trzeciej i czwartej postaci sposobów określania ryzyka zachowania przestępczego, uzyskać można istotne informacje także i na temat potrzeb, jakie zaspokajać może naruszanie prawa i porządku społecznego, dlatego też indeksy te nawet często bywają określane jako środki diagnozujące zarówno ryzyko, jak i potrzeby.

Nabyte w toku życia potrzeby kryminalne stanowią główny namiar orientacyjny, a zarazem cel terapii (określanej najczęściej – zgodnie z kanadyjskim zwyczajem – „usługą psychologiczną”, a w skrócie „usługą”), tylko bowiem na takiej podstawie ta terapia albo usługa przeorientować może potrzeby kryminalne na takie zaspokojenia, które nie naruszają porządku prawnego i moralnego.

W pierwszej dekadzie bieżącego stulecia pojawiły się dosyć istotne krytyki jakoby zawężania zaproponowanego przez D.A. Andrewsa i J. Bonta sposobu diagnozy potrzeb odczuwanych przez poddawanych zabiegom psychokorekcyjnym podopiecznych. Inicjatorem i głównym autorem tych krytyk był Timoty Ward z Victoria University of Wellington w Nowej Zelandii, który w kilku pracach napisanych ze współpracownikami [a mianowicie: T. Ward i C. Steward (2003); T. Ward i S. Maruna (2007);

P.M. Yates i T. Ward (2009)] proponuje, aby w diagnozach niezbędnych dla przyszłej skutecznej terapii nie koncentrować się wyłącznie, tak jak proponują to wspomniani już twórcy RNR, na potrzebach kryminalnych, ponieważ inne „ogólnoludzkie potrzeby” mogą być istotne w określeniu potrzeb mogących być równie istotnymi w postępowaniu terapeutycznym, jak i konieczne do przeorientowania potrzeby kryminalne.

Propozycja ta odbiła się szerokim echem wśród praktyków zajmujących się stosowaniem modelu RNR, doprowadziła nawet do pomysłu, aby po wprowadzeniu zaproponowanych powyżej poprawek zmienić nieco nazwę omawianego modelu, dodając doń nową literkę „I” (od słowa *integrated*), por. J. Abracen i J. Lodman (2017). Nie zyskała jednak zwolenników, rzecz bowiem w tym, że RNR nie jest programem, lecz tylko modelem, w którym mogą się znaleźć różne programy resocjalizacyjne. Natomiast poszczególne elementy RNR, a w tym przypadku ocena potrzeb ulegać może, a nawet powinna, rozwojowi i doskonaleniu, podobnie jak miało to miejsce w przypadku omawianego poprzednio pierwszego elementu tego modelu, czyli ryzyka.

Samoregulacja

Prezentację trzeciego elementu modelu RNR wypada zacząć od przypomnienia dwóch fundamentalnych celów tego modelu: pierwszy cel to właściwa ocena ryzyka powrotności do przestępstwa, oparta na dokładnej analizie odczuwanych przez podopiecznego potrzeb kryminalnych (i nie tylko), drugi zaś – właściwe dostosowanie rozległości i intensywności oddziaływań terapeutycznych zarówno do stopnia spodziewanego ryzyka, jak i rodzaju, liczebności i intensywności odczuwanych przez podopiecznego potrzeb, głównie kryminalnych.

Uczynienie podopiecznego odpowiedzialnym za swe czyny jest zatem głównym celem, do jakiego zmierzają wszelkie poczynania resocjalizacyjne i terapeutyczne, a w ramach omawianego modelu RNR zadanie to spełniają dwa początkowe, starannie uporządkowane składniki tego modelu, które zostały już przedstawione. Zgodnie z sugestią A.D. Andrews a J. Bonta (2014) odpowiedzialność poddawanego oddziaływaniom psychokorekcyjnym podopiecznego może być kształtowana na dwóch jej poziomach: ogólnym i specyficznym.

Poziom ogólny wyraża się w ściśle przestrzeganej w ramach modelu RNR zasadzie współdziałania (*relationship principle*). Warunkiem *sine qua non* tego, aby poddawany oddziaływaniom terapeutycznym osobnik wyrobił w sobie *collabrative working alliance*, czyli niezbędne więzi wzajemnej, skutecznej współpracy, jest duży kredyt niezbędnego zaufania, zarówno do terapeutów, jak i współuczestników danego programu oddziaływań.

Pierwotnie, jako wiodącą metodę pracy twórcy modelu RNR proponowali terapię kognitywno-behawioralną, głównie dlatego, że w rozległych badaniach prowadzonych sposobem metaanalizy, a więc oceniających poziomy skuteczności różnych metod postępowania terapeutycznego, opublikowane w ponad 100 komunikatach, ta właśnie metoda, tj. terapia kognitywno-behawioralna³, okazała się najskuteczniejszą, por. D.A. Andrews i J. Bont (2014).

Jest sprawą oczywistą, że w miarę rozwoju i doskonalenia metod terapii model RNR jest otwarty na każdą metodę, która po pierwsze – będzie skuteczna w zapobieganiu recydywy, a po drugie – będzie oparta na więzi terapeutycznej, tj. na podstawowym (ogólnym) warunku kształtowania w ramach modelu RNR odpowiedzialności za własne zachowanie się.

Natomiast specyficzna droga kształtowania odpowiedzialności polega na uwzględnianiu cech indywidualnych podopiecznego. Stwarza to konieczność daleko posuniętej indywidualizacji oddziaływań terapeutycznych, opracowania dla każdego podopiecznego do pewnego stopnia niepowtarzalnego sposobu dotarcia do jego intymnych doznań, pobudek wypaczonych, kryminogennych potrzeb, ponieważ tylko tą drogą potrzeby te można zneutralizować lub przeorientować.

Model RNR w terapii przestępców seksualnych

Na zakończenie prezentacji omawianego modelu najlepiej jego zalety można przedstawić na konkretnym przykładzie, a w takim przypadku najbardziej odpowiednia jest resocjalizacja i terapia przestępców

³ U nas nazwę tej terapii najczęściej tłumaczy się jako „poznawczo-behawioralna”, co z dwóch powodów uważam za niezbyt udane. Po pierwsze, łaciński termin *cognitive* posiada w języku angielskim o wiele więcej znaczeń niż polskie słowo „poznawczy”, a po drugie, jeśli w dwuczłonowej nazwie przekłada się pierwszy składnik nazwy, to trzeba konsekwentnie przetłumaczyć i drugi.

seksualnych, z natury swej najbardziej opornych na oddziaływania psychokorekcyjne.

Przykładem takim mogą być doświadczenia zdobyte podczas wykorzystania modelu RNR do oddziaływań na przestępców seksualnych stosowanych w kanadyjskiej prowincji Ontario, przedstawione przez cytowanych już wcześniej Jeffrey'a Abramsa i Jana Lodmana (2017) – pracowników Departamentu Służby Więziennej Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego Kanady.

Przestępcy seksualni na terenie prowincji Ontario kierowani są do Millhaven Institution (przy którym działało Regionalne Centrum Leczenia Przestępców Seksualnych Prowincji Ontario), czyli wyspecjalizowanego ośrodka przeznaczonego do pracy z takimi osobami. Podopieczni poddawani są tam w pierwszym rzędzie dokładnym i wszechstronnym procedurom diagnostycznym, opracowanym według opisanych powyżej zasad, przyjętych w modelu RNR. Na podstawie wyników tych badań określana jest zarówno intensywność oddziaływań terapeutycznych, jak ich rodzaj, uzależniony od typów i rodzajów potrzeb każdego z podopiecznych.

Specyfika głębokości i różnorodności wypaczeń zachowania się przestępców seksualnych wynika przeważnie z ich na ogół trudnej drogi życiowej, wynikłej zarówno z częściej występujących u nich obciążeń genetycznych, jak i traumatycznych przeżyć doświadczanych w dzieciństwie oraz dorosłym życiu.

Dowodem na to może być to, że – jak podają to autorzy przedstawianych doświadczeń – ponad 35% przyjmowanych przez Millhaven Institution skazanych za przestępstwa seksualne wykazuje co prawda umiarkowane zaburzenia psychiczne, na tyle jednak poważne, że orzekane przez psychiatrów, prawie zaś wszyscy, bo blisko 95%, cierpią na zaburzenia wynikłe z urazu posttraumatycznego (PTSD, *post-traumatic stress disorders*), jako że taki odsetek badanych doznało w swym życiu przemocy i molestowania, w większości przypadków seksualnego. Wszyscy zaś przejawiają wypaczenia zarówno w kierunku lub/i w sposobie realizacji popędu seksualnego.

Zastosowanie modelu RNR do terapii przestępców seksualnych musi siłą faktu poszerzyć spektrum oddziaływania psychokorekcyjnego, a przede wszystkim zwiększyć jego intensywność. Według A.D. Andrewsa i J. Bonta zaburzenia psychiczne mogą być czynnikiem towarzyszącym lub sprzyjającym pojawieniu się potrzeb kryminalnych. Dlatego autorzy ci

nie uwzględnili ich (jako osobnego składnika) w omawianej na początku obecnych rozważań „wielkiej ósemce”.

W przypadku natomiast przestępców seksualnych czynnik ten ma w zasadzie dominujące znaczenie. Wynika to choćby z danych przytoczonych powyżej wskazujących na występowanie wielu rodzajów patologicznych zmian w zachowaniu się osób kierowanych do Millhaven Institution i Regionalnego Centrum Leczenia Przestępców Seksualnych Prowincji Ontario (dalej: centrum terapii). Możliwość takiego poszerzenia modelu RNR jest ewidentnym dowodem wspomnianej już funkcjonalności i elastyczności tego popularnego modelu.

Reasumując, populacja przestępców seksualnych skierowanych do centrum terapii składała się z ponad jednej trzeciej skazanych wykazujących zaburzenia psychiczne, prawie wszyscy cierpieli na zaburzenia posttraumatyczne, wszyscy wykazywali wypaczenie kierunku lub/i sposobu realizacji popędu seksualnego, a do tego dodać trzeba, że w badaniach skalą Roberta Hare’a, diagnozującą cechy dysocjalne, czyli: *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R), którym poddawani byli wszyscy kierowani do Millhaven Institution, nikt nie uzyskał wyników niższych niż wartości brzegowe, stwierdzające istnienie cech dysocjalnych⁴, które poszerzają i tak niemały zestaw wypaczeń przejawianych przez przestępców seksualnych.

Warto o tym pamiętać, ponieważ bardzo prawdopodobne jest, że przedstawiona powyżej i dobrze zdiagnozowana kanadyjska populacja przestępców seksualnych nie jest wyjątkiem, lecz stanowi przykład szerszej prawidłowości.

Nic zatem dziwnego, że tak różnorodnie i głęboko wypaczona populacja osób popełniających przestępstwa seksualne wymaga intensywnych i precyzyjnych oddziaływań psychokorekcyjnych. Wcześniej wspominałem już, że twórcy RNR za najbardziej skuteczną metodę terapii przestępców uważają terapię kognitywno-behawioralną, co stwierdzono na podstawie rozległych badań nad skutecznością różnych sposobów oddziaływań.

W miarę długoletniego stosowania modelu RNR w praktyce resocjalizacyjnej wielu krajów wprowadzono drugi, również ważny, namiar organizacyjny działania tego modelu, wpływający z najbardziej chyba płodnej współcześnie teorii psychologicznej, jaką jest teoria przywiązania,

⁴ Termin „dysocjacja” zgodnie z nazewnictwem wprowadzonym przez ICD 10 zastąpił używane dawniej określenie: „psychopatia”, które jednak nadal utrzymuje się w języku potocznym.

pozwalająca na precyzyjne dopasowanie formowanych w ramach terapii kognitywno-behawioralnej pozytywnych reakcji do realiów życia zintegrowanej społeczności.

Zarówno założenia, jak i metody pierwszej z tych strategii, tj. terapii kognitywno-behawioralnej, są na ogół znane. Swego czasu pisałem o niej obszernie w innym miejscu, por. K. Pospiszyl (2004), dlatego wspomnę tylko o najogólniejszych jej przesłankach warunkujących skuteczność tej metody, szczególnie w przypadku terapii przestępców seksualnych.

Otóż, najogólniej rzecz biorąc, istota terapii kognitywno-behawioralnej polega na możliwie dokładnym, chłodnym, rozumowym prześledzeniu przyczyn, przejawów i skutków popełnianych czynów. Odbywa się to przez możliwie najdokładniejszą analizę najbardziej znaczących i najczęściej karygodnych postaci zachowania się podopiecznego, opartą zarówno na znajomości możliwie szerokiej gamy teorii i poglądów, jak i doświadczeń praktycznych, analizie czynionej po to, aby na jej podstawie gruntownie przeorientować zachowanie się tego podopiecznego.

Dzisiaj terapia kognitywno-behawioralna dalece się wyspecjalizowała, głównie w kierunku poszukiwania coraz skuteczniejszych metod zapewniających zrutynizowanie pozytywnych sekwencji behawioralnych, a mówiąc prościej – do tego, aby pozytywne odruchy stały się niejako automatyczne. W tym celu stosuje się nie tylko wspomniane już dokładne wyjaśnianie konieczności owych czynów, lecz także skuteczne i oby trwałe treningi pozytywnych form zachowania się.

Takie właśnie analizy i ćwiczenia prowadzone są w ramach terapii przestępców seksualnych w omawianym centrum terapii przestępców seksualnych prowincji Ontario. Te zabiegi psychokorekcyjne nazywane są tam „treningami samorządności” *self government*, w ramach których każdy z podopiecznych nie tylko określa swoje błędy i wypaczenia dotychczasowego zachowania się, lecz także przedstawia i stara się demonstrować pozytywne wzorce postępowania.

Przyjęty w omawianym centrum terapii sposób oddziaływań psychokorekcyjnych jest odzwierciedleniem najbardziej aktualnych rozwiązań w terapii przestępców seksualnych. Świadczy o tym ewidentnie drugi podstawowy kierunek oddziaływań, jakim jest wypływająca z teorii przywiązania intensywna praca nad budowaniem głębokich i trwałych więzi międzyludzkich.

Przesłanki skuteczności i tym samym popularności tego podejścia są równie proste i przekonujące jak w przypadku omawianej poprzednio

terapii kognitywno-behawioralnej, z jej późniejszymi modyfikacjami. Otóż jedną z głównych przyczyn wypaczeń zachowania jest ostracyzm społeczny, w każdym zaś przypadku brak ścisłych relacji z bliskim i dalszym otoczeniem społecznym pogłębia zaistniały już proces wykolejenia.

Dlatego podstawowym zabiegiem stosowanym w centrum terapii była nauka zręczności społecznych (*social skills*), technika znana i stosowana od dawna w resocjalizacji, por. K. Pospiszyl (2004). Wprowadzenie tej niezbędnej i intensywnej nauki zręczności społecznych w odniesieniu do przestępców seksualnych stwarzało dwa specyficzne dla tej społeczności problemy.

Pierwszy wpływa z tego, że – jak pamiętamy – wszyscy podopieczni wykazywali podwyższone cechy dysocjacyjne (zwane dawniej psychopatycznymi), a jak wiadomo, osoby takie nie mają raczej problemów z komunikacją społeczną, wręcz przeciwnie, najczęściej bywają namolni wobec innych ludzi, których starają się na swój sposób zmanipulować. W przypadku tych osób istota zręczności społecznych nie tkwi w ich ilości czy intensywności, lecz w jakości tych kontaktów.

Chodzi o pogłębienie i oczyszczenie tych kontaktów społecznych z elementów wspomnianego już manipulowania, a to często jest równie trudne, jak baśniowe odróżnianie maku od popiołu. Trudne nie znaczy niemożliwe, dlatego ta niełatwa i najczęściej mozolna praca nad przeorientowaniem postaw dysocjacyjnych podopiecznych wobec innych ludzi podejmowana jest w codziennej praktyce oddziaływań terapeutycznych w omawianym centrum terapii.

Druga specyfika pracy psychokorekcyjnej z przestępcami seksualnymi, a przynajmniej tymi, którzy trafiali do centrum terapii, wpływa z powszechnie doznawanych przez przedstawicieli tej populacji urazowych doświadczeń. Jak pamiętamy, blisko 95% podopiecznych cierpiało na PTSD.

Skutkuje to dosyć znacznym utrudnieniem w zakresie realizacji podstawowego celu omawianej instytucji, jakim jest zapewnienie ogólnego dobrostanu poddawanego terapii podopiecznego, ponieważ, jak wiadomo, jednym z dotkliwych skutków urazu posttraumatycznego są objawy konwersyjne, czyli różne postacie zaburzeń psychosomatycznych, których przezwyciężenie wymaga dodatkowych i niekiedy uciążliwych zabiegów.

J. Adams i L. Lodman (2017) nie bez sarkazmu stwierdzają, że opisywane przez nich centrum terapii mogłoby konkurować pod względem liczby chorych z niejednym oddziałem szpitalnym, przy czym praca w tych

oddziałach bywa o tyle lepsza, że po pierwsze – w szpitalu leczone są zazwyczaj określone postaci chorób i zaburzeń (stosownie do specjalizacji danego oddziału), podczas gdy w centrum terapii istnieje ich trudna do ogarnięcia liczba postaci, a po drugie – objawy te w zdecydowanej większości nie wykazują łatwiejszych do zdiagnozowania cech poszczególnych chorób somatycznych.

Przedstawione powyżej specyfiki pracy terapeutycznej z przestępcami seksualnymi dobitnie wskazują, jak trudne i wieloaspektowe jest to zadanie. Aby mu sprostać, w omawianym centrum stosowana jest powszechnie zasada „terapii środowiskiem” (*milieu therapy*), polegająca na tym, że w oddziaływaniach terapeutycznych uczestniczą wszyscy członkowie danej społeczności, a więc podopieczni wzajemnie się wspierający, jak i każda osoba z personelu, bez względu na przypisane jej podstawowe funkcje. Tylko taki „powszechny nacisk” (*total push*) doprowadzić może do przeorientowania zachowania się podopiecznego.

Ten powszechny nacisk stanowiący w strategii oddziaływań psychokorekcyjnych uwieńczenie stosowanej terapii w centrum terapii środowiskiem stanowi przemyślnie połączenie skutecznych oddziaływań prowadzonych według zasad zmodyfikowanych współcześnie postaci terapii kognitywno-behawioralnej, z równie skutecznymi i koniecznymi działaniami zmierzającymi do pogłębiania więzi międzyludzkich. Tylko w ten sposób utrwalić można wyuczone poprzednio poprawne odruchy z najbardziej niezbędnymi i niezbędnymi odruchami społecznymi.

Uwagi końcowe

Wspomniana na wstępie tego artykułu niesłabnąca popularność modelu RNR wynika niewątpliwie z dwóch jego podstawowych właściwości, tj. z położenia nacisku na diagnostykę przestępczego zachowania się oraz na jego elastyczności.

Dokładna i wszechstronna diagnoza obejmuje nie tylko dwa pierwsze człony tego modelu, lecz jest tak systemowo skonstruowana, że musi być analityczną. Mówiąc inaczej, w modelu RNR jest nie tylko niezbędne określenie postaci i głębokości wykołajenia, lecz także konieczne jest zbadanie, z jakich przyczyn ono wynika. Ukonkretnienie określenia tych przyczyn na podstawie opracowanych indeksów aktuarialnych stanowi bazę pod skuteczne oddziaływania terapeutyczne.

Drugą tak samo ważną cechą jest elastyczność modelu RNR. Podkreślane powyżej systemowe wymogi stawiane zarówno przed diagnozą, jak i terapią, są wprawdzie niezbędnym, można tak powiedzieć, „znakiem firmowym” omawianego modelu, lecz na tyle ogólnym, że pozwala on na wprowadzanie stale doskonalących się rozwiązań.

O sukcesie omawianego modelu RNR zdecydowało także to, że był od początku przeznaczony do resocjalizacji osób poważnie wykończonych, czyli osób „wielkiego i największego ryzyka”, i co najważniejsze w pracy terapeutycznej – doskonale się sprawdza. Świadczy o tym omówione w ostatniej części artykułu ciekawe i skuteczne zastosowanie modelu RNR do trudnej terapii przestępców seksualnych.

Bibliografia

- Abracen J, Lodman J, Longton C.M., *Treatment of sex offenders with psychotatic traits Trauma*, "Violence and Abuse" 2008, vol. 9, p. 144-166.
- Andrews D.A., Bonta J., *The psychology of criminal conduct*, London 2014, Harper.
- Andrews D.A., Bonta J., Wormith S.J., *The recent, past and near future of risk and need assessment*, "Crime and Delinquency" 2006, vol. 52, p. 7-27.
- Boer D.P., Hart D.P., Kropp P.R., Webster C.D., *Manual for Sex Violence Risk – 20*, Professional guidelines, Simon Fraser University, Vancouver 2005.
- Bonta J., Law M., Hanson R.K., *The prediction of criminal and violent recidivism among mentally retarded offenders. A meta-analysis* "Psychological Bulletin" 1998, vol. 123, p. 123-142.
- Hanson R.K., Bussiere M.T., *Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology" 1998, vol. 60, p. 348-362.
- Hanson R.K., Thornton D., *Static 99: Improving actuarial risk assessment for sex offenders*, Solicitor General of Canada, Ottawa 1999.
- Hanson R.K., *The development of a brief actuarial risk measurement for sexual offenders*, Solicitor General of Canada, Ottawa 1997.
- Hoffman P.B., Beck J.L., *Parole decision making. A salient factor score*, "Journal of Criminal Justice" 1974, vol. 2, p. 195-206.
- Nuffield J., *Parole decision-making in Canada*, Ottawa 1982, Solicitor General of Canada.
- Pospiszyl K., *Resocjalizacja*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2004.
- Pospiszyl K., *Penalizacyjna pułapka wadliwej polityki społecznej*, „Resocjalizacja Polska” 2017, nr 13, s. 9-11.
- Ward T., Maruna S., *Rehabilitation: without the risk paradigm*, Routledge, New York 2007.
- Ward T., Steward C., *The relationship between human needs and criminogenic needs*, "Psychology, Crime and Law" 2003, vol. 9, p. 219-224.
- Yates P.M., Ward T., *Relapse prevention should be abandoned*, "ATSA Forum" 2009, vol. 11, p. 5-18.
- Webster C.D., Douglas K.S., Eaves D. i Hart S.D., *HCR – 20: Assessing the risk for violence*, Simon Fraser University, Vancouver 1999.