

Łukasz Wieczorek  
Katarzyna Dąbrowska

## **Nowe narzędzia terapeutyczne w praktyce penitencjarnej**

### **New therapeutic measures in the Polish penitentiary system**

Więzienia są instytucjami totalnymi, w których sformalizowana struktura, sztywne procedury administracyjne i silna kontrola sprawiają, że wprowadzenie nowych rozwiązań terapeutycznych może być trudne i wymagać szczególnej uwagi ze strony osób zarządzających. Celem artykułu jest identyfikacja barier we wdrażaniu nowych narzędzi terapeutycznych oraz przedstawienie propozycji rozwiązań, które mogą pomóc w pokonywaniu tych przeszkód, na przykładzie narzędzia do prowadzenia krótkiej interwencji wobec osadzonych mających doświadczenia z używaniem nowych substancji psychoaktywnych.

Badania miały charakter jakościowy. Zrealizowano 10 wywiadów semi-strukturyzowanych z osadzonymi uczestniczącymi w krótkiej interwencji oraz 5 wywiadów z psychologami wdrażającymi ją. Badania nad wdrożeniem nowych narzędzi terapeutycznych w środowisku więziennym wskazały szereg barier, które utrudniają ich efektywne wprowadzenie i realizację. Wśród barier związanych z organizacją funkcjonowania więzienia, respondenci wyróżnili m.in. zbytne zbiurokratyzowanie procedur oraz nadmierne wymierzanie kar dyscyplinarnych, co zniechęca osadzonych do udziału w oddziaływaniach. Trudności z nawiązaniem relacji terapeutycznej między psychologiem, a osadzonymi, silna identyfikacja osadzonych z podkulturą więzienną oraz konieczność przeprowadzenia interwencji w krótkim czasie po wystąpieniu zdarzenia są kolejnymi utrudnieniami.

W badaniach zidentyfikowano również ułatwienia, które mogą pomóc w skutecznym wdrażaniu nowych programów terapeutycznych. Nawiązanie współpracy między różnymi jednostkami oraz wsparcie dyrekcji

okazało się kluczowe w pozyskiwaniu informacji o osobach mających kontakt z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Założenia krótkiej interwencji, wykorzystującej narzędzie dialogu motywującego, pozwalały na dostosowanie jej do potrzeb osadzonego, a mała ilość sesji ułatwiała wdrożenie interwencji. Ponadto, krótka interwencja, która nie była objęta rygorystycznymi procedurami biurokratycznymi, umożliwiała większą elastyczność i efektywność działań terapeutycznych. Umożliwienie osadzonemu samodzielnej pracy w celi oraz przyjęcie podejścia opartego na hipotetycznych sytuacjach także wpłynęło na lepszą jakość wdrożenia krótkiej interwencji.

**Słowa kluczowe:** nowe substancje psychoaktywne, krótka interwencja, bariery, nowe narzędzia terapeutyczne, leczenie, więzienie

Prisons are total institutions where the hermetic structure, complex administrative procedures and strong control make the introduction of new therapeutic solutions can be difficult and require special attention from management. The purpose of the article was to identify barriers to the implementation of new therapeutic tools and to suggest solutions that can help overcome these obstacles, using the example of a tool for conducting a brief intervention with inmates with experience of using new psychoactive substances.

The research was qualitative in nature. 10 semi-structured interviews were conducted with inmates participating in the brief intervention and 5 interviews with psychologists implementing it.

Studies of the implementation of new therapeutic tools in the prison environment revealed a number of barriers to their effective introduction and implementation. Among the barriers related to the organization of prison functioning, respondents highlighted, among others, the overly bureaucratic procedures and the excessive imposition of disciplinary punishments, which discourages inmates from participating in interventions. Difficulties in establishing a therapeutic relationship between the psychologist and inmates, the strong identification of inmates with the prison subculture, and the need to conduct interventions within a short period of time after an incident are other difficulties.

The study also identified facilitators that can help in the successful implementation of new therapeutic programs. The establishment of

cooperation between different units and the support of the management proved to be crucial in obtaining information about people who come into contact with new psychoactive substances. The assumptions of the brief intervention, based on the spirit of motivational dialogue, allowed it to be tailored to the needs of the inmate, and the small number of sessions made it easier to conduct the intervention. In addition, brief intervention, which was not subject to strict bureaucratic procedures, allowed for greater flexibility and efficiency in therapeutic activities. Allowing inmates to work independently in their cells and adopting a hypothetical approach also improved the quality of implementation of the brief intervention.

**Key words:** new psychoactive substances, brief intervention, barriers, new therapeutic tools, treatment, prison

## Wprowadzenie

Osoby zatrudnione w systemie penitencjarnym mają często do czynienia z osadzonymi mającymi poważne problemy zdrowotne, wynikające zarówno z ich kondycji somatycznej, jak i występowania zaburzeń psychicznych<sup>1</sup>. Z powodu zaostrzonego rygoru wpływającego na warunki życia w więzieniu, niektórzy więźniowie są bardziej narażeni na choroby zakaźne, choroby sercowo-naczyniowe, cukrzycę i problemy związane z nadużywaniem różnego rodzaju substancji psychoaktywnych<sup>2</sup>. Badania europejskie pokazują, że coraz większym zainteresowaniem więźniów cieszą się nowe substancje psychoaktywne (NPS)<sup>3</sup>. Podobne trendy można zaobserwować w polskich więzieniach<sup>4</sup>.

Wprowadzenie nowych narzędzi terapeutycznych do systemu penitencjarnego jest niezwykle istotne z punktu widzenia zapewnienia

---

<sup>1</sup> I.A. Binswanger, P.M. Krueger, J.F. Steiner, Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population, "Journal of epidemiology and community health" 2009, 63(11), s. 912–919, <https://doi.org/10.1136/jech.2009.090662>.

<sup>2</sup> I.A. Binswanger, J.O. Merrill, P.M. Krueger, M.C. White, R.E. Booth, J.G. Elmore, Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates, "American journal of public health" 2010, 100(3), s. 476–482, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.149591>.

<sup>3</sup> K. Duke, Producing the 'problem' of new psychoactive substances (NPS) in English prisons, "The International journal on drug policy" 2020, 80, s. 1024–79, <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.05.022>.

<sup>4</sup> E. Krakowska, Problem narkotyków w więzieniach. Komunikat ze strony internetowej Służby Więziennej, 2015, <https://sw.gov.pl/aktualnosc/Problem-narkotykow-w-wiezieniach> (dostęp: 22.03.2023).

lepszej opieki zdrowotnej dla więźniów oraz zmniejszenia ryzyka recydywy, a także poprawy zdrowia psychicznego i fizycznego osadzonych<sup>5</sup>. Wprowadzenie leków nowej generacji, zróżnicowanych programów psychoterapeutycznych oraz programów terapii uzależnień może pomóc w leczeniu zaburzeń somatycznych i psychicznych, ale jednocześnie wymaga od pracowników administracji, w tym pracowników służby zdrowia właściwego przeszkolenia i dostępu do odpowiednich narzędzi<sup>6</sup>.

Jednym z narzędzi, którego celem jest zmiana zachowania jest krótka interwencja. Jest to działanie, które ma na celu pobudzenie i utrzymanie motywacji do zmiany wśród osób zmagającym się z jakimś problemem. Interwencje tego typu można prowadzić na różnych polach, np. wobec osób, które próbowały popełnić samobójstwo, nadużywających alkoholu, narkotyków, palaczy tytoniu<sup>7</sup>. Krótka interwencja składa się zwykle z jednego lub kilku spotkań ze specjalistą. Przeprowadzający interwencję nie musi koniecznie być psychologiem, psychoterapeutą, specjalistą terapii uzależnień. Wymagane jest jedynie przeszkolenie oraz akceptacja dla celu interwencji, którym może być zmiana zachowania. Podczas jednego bądź kilku spotkań zostaje przeprowadzona wstępna ocena problemu pacjenta oraz prowadzone są rozmowy na temat problemu i sposobów jego rozwiązania. Prowadzący może również omówić z klientem strategie radzenia sobie z sytuacjami, które mogą wpłynąć na nawrót zachowania<sup>8</sup>.

Badania pokazują, że krótka interwencja może być skuteczną formą pomocy. Począwszy od lat 80. XX wieku do połowy pierwszej dekady XXI wieku, przeprowadzono ponad sto badań klinicznych oceniających skuteczność i efektywność kosztową wykorzystania krótkiej interwencji wobec osób nadużywających alkoholu, które leczyły się w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w oddziałach ratunkowych i centrach

---

<sup>5</sup> R.K. Chandler, R.H. Peters, G. Field, D. Juliano-Bult, *Challenges in implementing evidence-based treatment practices for co-occurring disorders in the criminal justice system*. "Behavioral sciences & the law" 22(4), s. 431–448, <https://doi.org/10.1002/bsl.598>.

<sup>6</sup> R.K. Chandler, B.W. Fletcher, N.D. Volkow, *Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety*, "JAMA", 2009, 301(2), s. 183–190, <https://doi.org/10.1001/jama.2008.976>.

<sup>7</sup> K. Bashir, M. King, M. Ashworth, *Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines*, "British Journal of General Practice", 1994, 44, s. 408–412; T.F. Babor, J.C. Higgins-Biddle, *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*, World Health Organization (WHO/MSD/MSB/01.6b), Geneva 2001; A.L. Stotts, J.M. Schmitz, H.M. Rhoades, J. Grabowski, *Motivational Interviewing with cocaine-dependent clients: a pilot study*. "Journal of Consulting and Clinical Psychology" 2001, 69(5), s. 858–862; R. Humeniuk, S. Henry-Edwards, R. Ali, V. Poznyak, M.G. Monteiro, *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*, World Health Organization, Geneva 2010.

<sup>8</sup> Ibidem.

urazowych. Następnie zaczęto prowadzić badania metod opartych na modelu krótkiej interwencji przeznaczonych dla użytkowników innych substancji (np. narkotyków, tytoniu, leków na receptę). Ich wyniki wskazują na krótkoterminową poprawę zdrowia uczestników. Długoterminowe efekty dla zdrowia populacji nie zostały jeszcze wykazane, ale modele symulacyjne sugerują, że korzyści mogą być znaczne<sup>9</sup>.

Metaanaliza 19 badań dotyczących skuteczności krótkiej interwencji u osób z uzależnieniem od alkoholu wykazała, że ta forma terapii ma umiarkowanie korzystny wpływ na ograniczenie spożycia alkoholu u pacjentów<sup>10</sup>. Mattoo i współ.<sup>11</sup> poddali analizie skuteczność krótkiej interwencji w grupie użytkowników narkotyków potwierdzając jej wpływ na zmiany wzoru używania substancji.

Joe i współ.<sup>12</sup> porównali skuteczność sześciu modeli krótkiej interwencji kierowanych do więźniów mających problemy z problemowym używaniem narkotyków. Wyniki pokazały, że uczestnictwo w każdym z tych modeli przynosi pozytywne rezultaty dla osadzonych. Wśród uczestników odnotowano poprawę zdolności poznawczych w obszarze podejmowania decyzji oraz polepszenie samopoczucia psychicznego (wzrost poczucia własnej wartości i skuteczności, obniżenie poziomu wskaźników depresji i lęku), które są ważnymi wskaźnikami funkcjonowania psychologicznego na etapie wczesnego powrotu do zdrowia.

Mimo korzyści płynących z wykorzystania nowoczesnych narzędzi terapeutycznych, ich wprowadzenie w tak wymagających instytucjach jak więzienia, spotyka wiele barier. Więzienia są często odizolowane od badań naukowych i praktyki klinicznej „głównego nurtu”, co spowalnia rozpowszechnianie wyników w tych instytucjach. Również praktyka zarządzania więzieniami dostarcza niewiele bodźców do wprowadzania innowacji. Istnieją duże trudności związane z integracją nowych programów terapeutycznych z istniejącymi systemami i strukturami więziennymi. Inną

<sup>9</sup> T.F. Babor, B.G. McRee, P.A. Kassebaum, P.L. Grimaldi, K. Ahmed, J. Bray, *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse*. "Substance abuse", 2007, 28(3), s. 7–30. [https://doi.org/10.1300/J465v28n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03).

<sup>10</sup> E.F. Kaner, F.R. Beyer, C. Muirhead, F. Campbell, E.D. Pienaar, N. Bertholet, J.B. Daeppen, J.B. Saunders, B. Burnand, *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. The Cochrane database of systematic reviews, 2018, 2(2), CD004148, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>.

<sup>11</sup> S.K. Mattoo, S. Prasad, A. Ghosh, *Brief intervention in substance use disorders*. Indian journal of psychiatry, 2018, 60(Suppl 4), s. 466–S472, <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224352>.

<sup>12</sup> G.W. Joe, K. Knight, D.D. Simpson, P.M. Flynn, J.T. Morey, N.G. Bartholomew, M.S. Tindall, W.M. Burdon, E.A. Hall, S.S. Martin, D.J. O'Connell, *An Evaluation of Six Brief Interventions that Target Drug-Related Problems in Correctional Populations*. Journal of offender rehabilitation, 2012, 51(1-2), s. 9–33. <https://doi.org/10.1080/10509674.2012.633020>.

barierą identyfikowaną w literaturze jest brak wystarczających środków finansowych na realizację programów terapeutycznych. Finansowanie instytucji sektora publicznego jest cykliczne i podlega ograniczeniom w odpowiedzi na kryzysy budżetowe na szczeblu państwowym oraz zmienne poparcie społeczne. W rezultacie środki na wsparcie zmian systemowych mogą być niepewne bądź ograniczone. Brakuje wystarczającej liczby wyszkolonych i doświadczonych pracowników, którzy byłiby w stanie realizować programy terapeutyczne. Dodatkowo duża rotacja personelu stanowi wyzwanie dla trwałości nowych praktyk. Personel nie bierze odpowiedzialności za wyniki wprowadzanych rozwiązań, co również nie sprzyja ich implementacji<sup>13</sup>.

Celem artykułu jest identyfikacja barier we wdrażaniu nowych narzędzi terapeutycznych oraz przedstawienie propozycji rozwiązań, które mogą pomóc w pokonywaniu tych przeszkód na przykładzie narzędzia do prowadzenia krótkiej interwencji wobec osadzonych mających doświadczenia z używaniem nowych substancji psychoaktywnych.

## Material i metoda

W ramach realizacji projektu badawczego, którego celem było dostarczenie służbie więziennej adekwatnego narzędzia, które będzie mogła wykorzystać w celu reagowania na przypadki zażywania nowych substancji psychoaktywnych przez osadzonych, przygotowano skrypt krótkiej interwencji. Znalazły się w nim ogólne założenia dialogu motywującego oraz prowadzenia krótkiej interwencji, jak również szczegółowy scenariusz, według którego należało poprowadzić interwencję. Do skryptu dołączono również załączniki będące bazą wiedzy dla realizatorów na temat nowych substancji psychoaktywnych oraz narzędzia wykorzystywane podczas prowadzenia krótkiej interwencji.

Interwencja została pilotażowo wdrożona w 5 zakładach karnych. Jej implementacją zajmowali się psychologowie więzienni, którzy zostali przeszkoleni przez autorów skryptu oraz psychoterapeutę, mającego

---

<sup>13</sup> W.N. Welsh, P.W. Harris, *Criminal Justice Policy and Planning*, 3rd edition. LexisNexis, Anderson Publishing Co., Cincinnati, 2008; L.J. Ducharme, R.K. Chandler, T.R. Wiley, *Implementing drug abuse treatment services in criminal justice settings: introduction to the CJ-DATS study protocol series*. Health Justice, 2013, 1, 5. <https://doi.org/10.1186/2194-7899-1-5>

doświadczenie w terapii użytkowników nowych substancji psychoaktywnych oraz niedyrektywnych metodach pracy.

## Ewaluacja wdrożenia krótkiej interwencji

Ewaluacja wdrożenia miała przede wszystkim charakter jakościowy. Psychologowie wypełniali raporty z realizacji każdej, zakończonej krótkiej interwencji. Na podstawie cząstkowych raportów przygotowywali raport końcowy z wdrażania krótkiej interwencji w danym więzieniu. Dodatkowo zostało zrealizowanych 10 wywiadów semi-strukturyzowanych z osadzonymi uczestniczącymi w krótkiej interwencji oraz 5 wywiadów z wdrażającymi ją psychologami. Wyniki przedstawione w artykule pochodzą z wywiadów indywidualnych.

Do uczestnictwa w krótkiej interwencji zachęcano osoby, co do których zachodziło podejrzenie, że używali nowych substancji psychoaktywnych, np. personel powziął informacje o tym, że osadzony używał tych substancji, osadzony zatruł się NSP. Trudno jednak było oczekiwać, że pozostając w więzieniu użytkownicy będą chcieli przyznawać się do używania substancji. Dlatego też opcjonalnie zaproponowano, aby realizatorzy oferowali osadzonemu rozmowę o przeszłej lub potencjalnie mogącej się wydarzyć sytuacji związanej z używaniem NSP.

## Narzędzia badawcze

W wywiadach zostały omówione kwestie związane ze sposobem kwalifikacji osadzonych do uczestniczenia w krótkiej interwencji, stosunkiem osadzonych i psychologów do prowadzenia tego typu oddziaływań w więzieniu, praktycznymi możliwościami realizacji krótkiej interwencji w więzieniu – barierami związanymi z możliwościami implementacji krótkiej interwencji oraz czynnikami, które mogłyby ułatwić jej wprowadzenie. Oprócz tego zapytano o treść skryptu oraz załączników – jej adekwatność i przystępność, jak również poproszono o sformułowanie rekomendacji dla poprawy krótkiej interwencji i sposobów jej wdrażania.

## Analiza danych

Wywiady indywidualne były nagrywane na dyktafon i poddane transkrypcji. Zbiór danych zawierał wypowiedzi zarówno uczestników krótkiej interwencji jak i realizatorów, co pozwoliło uzyskać oceny krótkiej interwencji sformułowane z różnych perspektyw. Do analizy danych jakościowych wykorzystano podejście zaprezentowane przez Miles'a i Huberman'a<sup>14</sup>, wyróżniające dwa poziomy kodowania. Na pierwszym poziomie, poszczególne zdania czy paragrafy tekstu zostały przypisane do kodów, które utworzono na potrzeby analizy. Na kolejnym poziomie, poszczególne kody zostały przypisane szerszym kategoriom tematycznym, np. bariery związane z wprowadzeniem interwencji, rekomendacje dla jej wprowadzenia. Na tym etapie, kategorie tematyczne zostały przypisane do wymiarów, które obejmowały swoim zakresem kategorie.

Do analizy wykorzystano program ATLAS.ti — jeden z najnowocześniejszych programów do wspomaganego komputerowo analizy danych jakościowych umożliwiający elastyczne i interpretatywne podejście do tych danych. Analiza była prowadzona przez dwóch niezależnych badaczy, co ograniczało ryzyko pominięcia istotnych z punktu widzenia badania kwestii.

## Kwestie etyczne

Udział w interwencji był dobrowolny. Uczestnikom została przedstawiona informacja o celach prowadzonego pilotażu krótkiej interwencji (omówienie kontekstu problemu NSP, cele i metody prowadzenia interwencji, szacunkowy czas trwania oraz zapewnienie o poufności przekazywanych informacji).

Z uwagi na chęć zapewnienia anonimowości uczestnicy badania nie podpisywali formularza zgody na udział w interwencji. Realizatorzy uzyskiwali ustną zgodę na udział w niej. Uczestnicy nie otrzymywali żadnej gratyfikacji za udział w pilotażu. Oczywiście mogło się zdarzyć, że wyrażali zgodę na udział, licząc na korzyści niematerialne, związane z ich pobytem w placówce.

---

<sup>14</sup> M. Miles, M. Huberman, *Analiza danych jakościowych. [Qualitative data analysis]*, Trans Humana, Białystok 2000.



## Wyniki badania

### Barieri we wprowadzaniu narzędzi terapeutycznych

#### Organizacyjne

Barierą w realizacji krótkiej interwencji na szerszą skalę, w przyszłości, już poza fazą pilotażu, może być jej zbiurokratyzowanie i nadmierne sformalizowanie, co nie będzie pozwalało zachować elastyczności, niezbędnej przy prowadzeniu tego typu oddziaływań. Zbyt rygorystyczne podejście do procedur w jednostce nie sprzyja realizacji interwencji, ale także innych oddziaływań psychologicznych, np. przepisy nakazujące psychologom pracę w mundurze budują barierę i utrudniają nawiązanie relacji.

„Teraz musimy pracować w mundurach z różnych tam przyczyn, jakby nowy przepis wszedł. I terapeuci, psychologowie i wychowawcy, wszyscy pracują w umundurowaniu. No i miałam taką krótką interwencję, że zaczynaliśmy pracę w cywilnym ubraniu i dobrze szło, no i potem ja przychodzę na kolejne spotkanie w mundurze. No i mocno tam musiałam przepracować temat, żeby w ogóle dalej to poszło. Jednak się skończyła po dwóch spotkaniach przez to. Jest to bariera niestety.” (Psycholog 2)

Wymierzanie kar dyscyplinarnych za używanie nowych substancji psychoaktywnych zniechęca osadzonych do uczestniczenia w krótkiej interwencji i odstrasza potencjalnych odbiorców. Osadzeni nie chcą brać udziału w oddziaływaniach, ponieważ nie powoduje to zablokowania działań przewidzianych w tego rodzaju sytuacjach przez administrację. Kary budzą ich opór, który może niekorzystnie wpływać na postrzeganie interwencji oraz jej efektywność.

„Dla mnie taki główny problem no to jest to karanie dyscyplinarne. Na przykład szła praca i nagle pewnego dnia, przychodzę na drugie spotkanie i zupełnie inna rozmowa, inne nastawienie, bo już stanął do karania i tam była jakaś nieprzyjemna rozmowa, no i trochę to psuło relacje w trakcie krótkiej interwencji.” (Psycholog 2)

Brak współpracy między psychologiem a pracownikami innych oddziałów może być barierą we wdrażaniu krótkiej interwencji. Dla sprawnego wdrożenia krótkiej interwencji konieczne wydaje się przekazywanie informacji między pracownikami różnych działów a realizatorem. Pozyskiwanie informacji o osobach, które potencjalnie mogłyby skorzystać z interwencji, jest kluczowe, aby realizator mógł w ogóle zaproponować im udział w oddziaływaniach.

„Przede wszystkim, takie systemowe, bo na przykład kilkakrotnie na odprawach całego zespołu mówiłem o tym, że realizuję taką właśnie pilotażową krótką interwencję i prosiłbym o informacje z oddziałów mieszkalnych, jeżeli kogoś na przykład traficie na testach i nie dostałem żadnej informacji zwrotnej.” (Psycholog 1)

Niespodziewane przenoszenie więźniów do innych jednostek również stoi na przeszkodzie sprawnemu wdrażaniu i realizowaniu krótkiej interwencji. Sami psychologowie nie mają informacji o terminach przenosin do innych jednostek, co sprawia, że trudno zaplanować jest objęcie więźniów oddziaływaniami. Taka procedura sprawia również, że osoba, która już bierze udział w interwencji, nie ma szans na jej ukończenie.

„Niestety element taki nad którym nie zapanujemy, czyli to jest kwestia przerzutek albo kwestia niezaplanowanych transportów, związanych z czynnościami procesowymi o czym czasami nagle się dowiadujemy, że ktoś wyjeżdża i to może być faktycznie problem.” (Psycholog 4)

Zbytne obłożenie obowiązkami osób, które mogłyby prowadzić interwencję nie sprzyja możliwości jej wdrożenia i realizacji. W ocenie respondentów, niewielka liczba psychologów zatrudnionych w więzieniach oraz rozbudowane obowiązki zniechęcają do angażowania się we wdrażanie kolejnych oddziaływań, nawet jeśli realizatorzy dostrzegają benefity z tego wynikające. Oprócz tego realizacja interwencji wymaga dodatkowego zaangażowania służb ochrony oraz wychowawców, by umożliwić więźniowi dotarcie na sesję.

„Psychologów jest bardzo mało w zakładzie karnym. Pracy jest ogrom. Osadzonych jest bardzo dużo, rozmów prowadzi się bardzo dużo, sporządza się bardzo dużo opinii, w zależności też od typu zakładu karnego. Dużym ograniczeniem jest po prostu ograniczenie czasowe i to może budzić niechęć ze strony psychologów do wprowadzenia. No bo jednak trzeba poświęcić na to czas. Też każdorazowo takiego osadzonego musi przyprowadzić pan z ochrony, który również musi mieć na to czas. U nas przynajmniej jest problem z ludźmi z ochrony, więc ten skład często jest okrojony. Na osadzonego długo się czeka no bo też oddziaływy ma mnóstwo innych rzeczy do zrobienia. Wydaje mi się, że to natężenie pracy no jest zniechęcające i myślę, że dominujące w prowadzeniu takich oddziaływań.” (Psycholog 5)

## Związane z osadzonymi

Barierą we wdrażaniu i realizacji interwencji mogą być trudności z nawiązaniem relacji terapeutycznej w więzieniu. Osadzonym trudno jest zaufać psychologom, którzy są częścią systemu administracji i pozostają w podwójnej roli – psychologa, którego zadaniem jest wspieranie swojego klienta, i pracownika służby więziennej, który powinien zawiadamiać o wszystkich incydentach naruszenia regulaminu.

„Wiadomo, że tutaj relacja psychologiczna z osadzonym to nie będzie to relacja terapeutyczna. No bo gdzieś z tyłu głowy moim zdaniem i z takiego założenia też wychodzę, że no jesteśmy jednak w zakładzie karnym. Nie jesteśmy w jakimś ośrodku, nie jesteśmy w jakimś miejscu, gdzie osoby przebywają dobrowolnie i pracują nad własnymi problemami, tylko są to osoby jednak skazane.” (Psycholog 5)

Charakterystyka osób skazanych używających nowych substancji psychoaktywnych może nie sprzyjać realizacji interwencji. Krótką interwencję trudno było realizować wśród osób w złym stanie psychicznym. W pierwszej kolejności oddziaływania psychologa były skierowane na poprawę samopoczucia i funkcjonowania osadzonych, a dopiero później na realizację interwencji. Indywidualne cechy oraz doświadczanie przez więźniów problemów mogą utrudniać realizację oddziaływań. W niektórych przypadkach możliwe jest jedynie dostarczenie wiedzy o NSP.

„To są jednak osoby skazane, w dużej części z wysokim poziomem zdemoralizowania, nie potrafiące się też przystosować normalnie do warunków społecznych i stwarzający pewnego rodzaju zagrożenie. No bo nigdy nie można być pewnym jak zareaguje osoba osadzony, jak się zachowa. Bo jest to na pewno zmienne. Też mamy do czynienia z osobami, które no niejednokrotnie są zaburzone osobowościowo, są też osoby chore psychicznie, przyjmujące leki, po wieloletnim przyjmowaniu różnych substancji, więc to też rzutuje na ich funkcjonowanie, takie w zakładzie.” (Psycholog 5)

Silna identyfikacja osadzonych z podkulturą więzienną może być kolejną barierą utrudniającą wdrażanie krótkiej interwencji. Udział w interwencji traktowany był przez potencjalnych odbiorców jako forma współpracy ze służbą więzienną, co jest potępiane przez podkulturę.

„Opór osadzonego, prezentowana postawa wyższościowa, prześmiewcza. Kwestionował zasadność zadawanych pytań.” (Psycholog 5)

Prowadzenie interwencji może utrudniać przekonanie wyrażane przez osadzonych, że takie oddziaływania są przeznaczone dla osób uzależnionych do substancji psychoaktywnych. Osoby, które używały substancji okazjonalnie twierdziły, że nie mają potrzeby, aby w niej uczestniczyć.

## Ułatwienia we wdrażaniu krótkiej interwencji Akceptacja Dyrektora jednostki

Wdrażanie interwencji w więzieniach wymagało uzyskania akceptacji i zrozumienia Dyrekcji jednostki. Wsparcie dyrekcji pozwalało na łatwiejsze uzyskanie informacji o osobach, które miały kontakt z nowymi substancjami psychoaktywnymi i zapewniało korzystny klimat do realizacji interwencji.

„Zapytałam Dyrektora czy ktoś będzie ze mną współpracował i Dyrektor mówi: „jasne, rozmawiaj z kim trzeba”. Więc ja się udałam do wszystkich specjalistów, powiedziałam co robię. Oczywiście musiałam powiedzieć, że wie o tym Dyrektor. Dostawałam telefony, zostawiali mi jakieś wiadomości po weekendzie. Dowódcy zmiany mieli zostawioną taką informację, że jak ja przyjdę do jednostki, to żeby mi przekazać, że w weekend taka sytuacja miała miejsce. Albo szłam do nich do biura w poniedziałek i tam już był wykaz osób które w tym danym czasie były przetestowane, na przykład po tygodniu wracałam z urlopu i tam była lista osób.” (Psycholog 2)

## Współpraca z działem ochrony i zaangażowanie wychowawców

Nawiązanie współpracy z pracownikami działu ochrony było kluczowe dla powodzenia we wdrażaniu krótkiej interwencji. Również nawiązanie współpracy z wychowawcami zatrudnionymi w poszczególnych oddziałach było pomocne w jej wdrażaniu. Jednak, aby skutecznie docierać do osób mających kontakt z NSP, należało co jakiś czas przypominać współpracownikom o prowadzonych oddziaływaniach. Dlatego też ważne w procesie wdrażania wydają się ciągła współpraca i informowanie o realizowanych oddziaływaniach.

„To jest kwestia myślenia, sposobu wypracowania sobie, kontaktów przede wszystkim z działem ochrony. Bo dużo informacji odnośnie tych akcji wypadkowych, jeżeli chodzi o dopalacze, no to funkcjonariusze działu ochrony. Szczególnie kierownictwo, inspektor działu ochrony, zastępca kierownika albo kierownik dysponują takimi informacjami.” (Psycholog 4)

## Brak biurokracji i procedur

Krótką interwencją prowadzoną w ramach pilotażu nie była częścią procedury, którą objęci są osadzeni mający kontakt z nowymi substancjami psychoaktywnymi. Tym samym nie była obwarowana wszelkimi zobowiązaniami biurokratycznymi, których musieliby dopełnić prowadzący interwencję. Dzięki odbiurokratyzowaniu interwencji można było jej użyć w każdym momencie, kiedy wymagała tego sytuacja, bez konieczności wdrażania zapisanych, często czasochłonnych procedur.

„Taki osadzony kwalifikowany jest, poprzez posiedzenie komisji, do uczestnictwa w krótkiej interwencji. Nadajemy mu grupę i podgrupę klasyfikacyjną – czy jest pierwszy raz, czy jest recydywistą, na P1T, R1T i to jest cała machina, cała struktura, która jest trochę uciążliwa dla samego prowadzącego. Dlatego, że trzeba rozpisać indywidualny program terapeutyczny dla kogoś, kto jest obejmowany takimi spotkaniami interwencyjnymi, trzy do pięciu spotkań. Tutaj pojawia się taka furtka na użycie tego narzędzia, że ono ma taki fajny interwencyjny charakter, że, hej użyłeś tego narkotyku, złapaliśmy cię, ale co to dla ciebie oznacza, czy chciałbyś dowiedzieć się, na przykład o ryzykach, jakie są związane z używaniem tego typu narkotyków?” (Psycholog 1)

### Założenia narzędzia

Na procedurę wdrażania narzędzia mają wpływ założenia, które przyjęto podczas jego powstawania. Wdrażana krótka interwencja była elastyczna – dopuszczała możliwość skrócenia sesji, przepracowania tylko części tematów, podążała za potrzebami osadzonego.

„Krótka interwencja daje możliwość ale nic nie narzuca i sama konstrukcja tego narzędzia była o tyle atrakcyjna, że niczego nie narzucała nawet temu pacjentowi, klientowi, osadzonemu. Także nie sprawiała, że interwent musiał bardziej męczyć się z papierologią, ustawiać komisje penitencjarne, pisać opinie. Więc jest to o tyle wygodne narzędzie, że można je zastosować w ten sposób działając i niczego nie narzucając, a w kryminale niestety bardzo dużo instytucjonalnie się narzuca, tak jest skonstruowany ten system.” (Psycholog 1)

Ważnym jej elementem było dopuszczenie możliwości opowiadania o używaniu NSP na podstawie hipotetycznej sytuacji. Z jednej strony zapewniało to poczucie bezpieczeństwa osadzonym, a z drugiej zachęcało do wzięcia udziału w oddziaływaniach.

„[Osadzony – autorzy] jest chętny, żeby wziąć udział w takim programie, bo jego siostra była uzależniona od dopalaczy i on zna taką historię od podszewki, więc on jak najbardziej jest zainteresowany. Z tego jak tam się rozwijał, to widziałam, że nie tylko mówi o siostrze, tylko to są też te jego elementy, swoje własne doświadczenia tam wplatał. To jest fajnie, że mogę ją faktycznie dostosować indywidualnie do potrzeb. W przypadku już tej standardowej krótkiej interwencji miałabym problem, żeby to zrobić. A w przypadku tej interwencji, można ładnie pociągnąć nawet w takim przypadku, że on twierdzi że nie.” (Psycholog 4)

W ocenie osadzonych, mała liczba sesji ułatwiała wdrożenie krótkiej interwencji.

**„A ile w ogóle miał pan spotkań?**

Trzy.

**I to wystarczająco, czy za dużo?**

Nie no, raczej wystarczająco. 10–15 minut. No jak ma być krótka interwencja, to raczej okej.” (Osadzony 4)

Zaangażowanie osadzonych przez przekazywaniem im materiałów do samodzielnej pracy w celi było postrzegane jako czynnik, który może przyczyniać się do efektywniejszego wdrażania krótkiej interwencji w więzieniu. W ocenie badanych osadzeni mają możliwość do sięgnięcia do materiałów w dowolnym momencie. Dodatkowo sami decydują, czy je uzupełnią, w którym momencie i czy podzielią się tym z psychologiem. Pozwala im to zachować poczucie samostanowienia, co jest ważne z perspektywy założeń przyjętych dla krótkiej interwencji.

„Te materiały są dużym plusem moim zdaniem, dlatego że są dobrowolną formą i jeżeli ktoś będzie chętny do tego, żeby jakąś pracę czy refleksję podjąć, nawet nie koniecznie już z psychologiem tylko będąc sam ze sobą, będąc samemu będą w stanie bardziej skłonni się z nimi zapoznać i jakaś refleksja może się na skutek tego pojawić. Więc dużym plusem są te materiały na pewno. Też zauważyłam, że jak przekazywałam materiały osadzonemu i mówiłam, że nie jest wymagane, żeby on to wypełnił i mi zwrócił, że to nie będzie podlegać żadnej weryfikacji, mojej ocenie to budziło to zadowolenie, ulga, że nie jest wymuszone coś od nich. Więc ta taka też dobrowolność jest plusem.” (Psycholog 5)

## Podsumowanie

Więzienia są instytucjami totalnymi, w których niełatwo wdrażać nowe rozwiązania terapeutyczne ze względu na sztywne procedury administracyjne i sformalizowaną strukturę<sup>15</sup>. Celem tego artykułu jest identyfikacja barier we wdrażaniu nowych narzędzi terapeutycznych oraz przedstawienie propozycji, które mogą przyczynić się do przezwyciężenia tych przeszkód na przykładzie narzędzia do prowadzenia krótkiej interwencji wobec osadzonych mających doświadczenia z używaniem nowych substancji psychoaktywnych.

Tendencja do izolowania się od wpływu zewnętrznego może prowadzić do utrzymywania istniejących praktyk i programów, nawet jeśli nie są one skuteczne lub nie odpowiadają potrzebom więźniów<sup>16</sup>. W przeprowadzonym badaniu wyróżniono szereg barier związanych z organizacją funkcjonowania więzienia, które utrudniają wdrożenie nowych narzędzi terapeutycznych, takich jak krótka interwencja wobec osób używających nowych substancji psychoaktywnych. Respondenci zwrócili uwagę na nadmierne zburokratyzowanie procedur, które utrudnia sprawne wdrożenie oddziaływań zaraz po wystąpieniu zdarzenia. Również rygor obowiązujący w jednostce oraz nadmierne wymierzanie kar dyscyplinarnych może zniechęcać osadzonych do poddawania się oddziaływaniom. Mogą oni nie chcieć uczestniczyć w krótkiej interwencji, jeśli i tak poniosą konsekwencje za używanie substancji. Brak współpracy między psychologiem a pracownikami innych oddziałów, niespodziewane przenoszenie więźniów do innych jednostek oraz zbyt duże obciążenie obowiązkami osób odpowiedzialnych za wdrożenie programów terapeutycznych, również utrudniają wprowadzanie i realizację krótkiej interwencji. W związku z tym, aby ograniczać te trudności należałoby włączyć we wdrażanie nowych narzędzi szerokie grupy specjalistów zatrudnionych w więzieniach, np. psychologów, wychowawców, pracowników biura ochrony, służby zdrowia oraz być może zadbać o lepszą koordynację działań. Dzięki zwiększeniu zaangażowania poszczególnych grup i włączeniu ich w proces tworzenia i wdrażania nowych narzędzi mają one szansę na sukces i wykorzystanie w poszczególnych jednostkach. Zaangażowanie różnych specjalistów pozwoli także na wypracowanie optymalnego dla danej

---

<sup>15</sup> J. Helios, W. Jedlecka, T. Kalisz, *Zakład karny i szkoła jako przykłady instytucji totalnych*, Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2020.

<sup>16</sup> Ducharme, *op.cit.*



jednostki modelu wdrożenia, przystającego do jej specyficznych realiów. W naszych badaniach nie zidentyfikowaliśmy barier związanych z brakiem kompetencji wśród personelu odpowiedzialnego za prowadzenie interwencji, co zostało zidentyfikowane w badaniach Welsh i Harris<sup>17</sup>. Może się to wiązać z dużą gotowością realizatorów pilotażu do wdrażania oddziaływań i tym, że zostali oni przeszkoleni przez autorów interwencji oraz doświadczonego praktyka. Jednak podobnie jak w badaniu Ducharme i współ.<sup>18</sup> respondenci podkreślali, że personel ma zbyt wiele obowiązków i może być niechętny, aby brać na siebie kolejne.

Z kolei wśród barier związanych z osadzonymi zidentyfikowano trudności z nawiązaniem relacji terapeutycznej z powodu trudności w dostrożeniu w psychologu osoby mającej na celu jedynie interes klienta, a nie interes instytucji. Również bariery związane z indywidualnymi cechami osadzonych oraz doświadczanymi przez nich problemami, w tym dotyczącymi zdrowia psychicznego sprawiały, że trudno było wdrażać nowe oddziaływania. Ponadto, silna identyfikacja osadzonych z podkulturą więzienną, przekonanie, że interwencja jest przeznaczona dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz konieczność jej przeprowadzenia w krótkim czasie po wystąpieniu zdarzenia, mogą utrudnić jej wdrożenie i realizację. W celu przezwyciężenia tych barier, konieczne jest uwzględnienie indywidualnych potrzeb osadzonych oraz budowanie relacji opartych na zaufaniu, co jednak może być trudne w rzeczywistości więziennej. Podobnie jak dopuszczenie alternatywnych do abstynencji celów oddziaływań. W tym kontekście ważne jest prowadzenie szkoleń dla personelu więziennego dotyczących nawiązywania relacji z osadzonymi oraz zwiększenie wiedzy na temat różnych form interwencji terapeutycznych. Tylko w ten sposób można zwiększyć szanse na skuteczne wdrożenie interwencji terapeutycznych w więzieniach, które w konsekwencji przyczynią się do ograniczenia używania substancji.

W omawianym badaniu udało się zidentyfikować ułatwienia, które zwiększają szansę na wdrożenie nowych rozwiązań terapeutycznych. Nawiązanie współpracy z różnymi działami oraz uzyskanie wsparcia dyrekcji okazało się kluczowe we wprowadzeniu krótkiej interwencji w środowisku więziennym. Wsparcie dyrekcji ułatwiło pozyskiwanie informacji o osobach, które miały kontakt z nowymi substancjami psychoaktywnymi.

---

<sup>17</sup> W.N. Welsh, P.W. Harris, *op. cit.*

<sup>18</sup> L.J. Ducharme, R.K. Chandler, T.R. Wiley, *op. cit.*

Co istotne, krótka interwencja, która była realizowana w ramach pilotażu, nie była objęta rygorystycznymi procedurami biurokratycznymi, co pozwoliło na większą elastyczność i efektywność działań terapeutycznych. Założenia krótkiej interwencji, wynikające z jej osadzenia w duchu dialogu motywującego, pozwalały na jej lepsze dostosowanie do potrzeb osadzonego. Przyjęcie podejścia opartego na hipotetycznych sytuacjach, a także umożliwienie samodzielnej pracy w celu poprawiało jakość jej wdrożenia. Warto również zauważyć, że mała ilość sesji ułatwiała prowadzenie krótkiej interwencji, co może wpłynąć na jej wdrożenie w więzieniu.

Wprowadzenie nowych narzędzi terapeutycznych w więzieniach jest procesem złożonym i wymagającym czasu oraz odpowiednich środków finansowych<sup>19</sup>. Jednak, pomimo napotykanych trudności, wprowadzenie nowych metod terapeutycznych jest niezbędne, aby zapewnić skuteczną resocjalizację skazanych i poprawić ich szanse na powrót do społeczeństwa<sup>20</sup>, ale także zadbać o stan ich zdrowia. Aby wprowadzić nowe programy terapeutyczne w więzieniach, konieczna jest praca nad przełamaniem barier oraz identyfikowanie ułatwień. Wymaga to między innymi włączenia więźniów, przedstawicieli personelu medycznego, działów ochrony, penitencjarnego i decydentów ze szczebla centralnego w proces planowania, wdrażania i monitorowania programów terapeutycznych. Warto również zwrócić uwagę na rolę władz więziennych, które powinny wykazywać większą otwartość na wprowadzanie innowacji i inwestowanie w nowe rozwiązania. Konieczne jest przeszkolenie personelu w zakresie nowych metod leczenia oraz zapewnienie im odpowiednich narzędzi pracy. Potrzebne są również badania naukowe, które pomogą określić skuteczność i efektywność wprowadzanych programów, co może przyczynić się do zwiększenia wsparcia dla ich realizacji w więzieniach<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> T.W. Kinlock, M.S. Gordon, R.P. Schwartz, T.T. Fitzgerald, *Developing and Implementing a New Prison-Based Buprenorphine Treatment Program*. "Journal of offender rehabilitation", 2010, 49(2), s. 91–109. <https://doi.org/10.1080/10509670903534951>.

<sup>20</sup> G. Kudlak, *Narcotic and Psychoactive Drug Addiction Therapy in Prisons as a Way to Prevent Prisonisation*. "Archives of Criminology", 2014 (XXXVI), 259–278, <https://doi.org/10.7420/AK2014H>.

<sup>21</sup> LAO (Legislative Analyst's Office) Report (2017) *Improving In-Prison Rehabilitation Programs*, <https://lao.ca.gov/reports/2017/3720/In-Prison-Rehabilitation-120617.pdf> (dostęp: 31.03.2023).

## Bibliografia

- Babor T.F., McRee B.G., Kassebaum P.A., Grimaldi P.L., Ahmed K., Bray J., *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT): toward a public health approach to the management of substance abuse*. Substance abuse, 2007, 28(3), [https://doi.org/10.1300/J465v28n03\\_03](https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03).
- Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care*, World Health Organization (WHO/MSD/MSB/01.6b), Geneva 2001.
- Bashir K., King M., Ashworth M., *Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines*. "British Journal of General Practice", 1994, 44.
- Binswanger I.A., Krueger P.M., Steiner J.F., *Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population*, "Journal of epidemiology and community health", 2009, 63(11). <https://doi.org/10.1136/jech.2009.090662>.
- Binswanger I.A., Merrill J.O., Krueger P.M., White M.C., Booth R.E., Elmore J.G., *Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates*, "American journal of public health", 2010, 100(3). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.149591>.
- Chandler R.K., Fletcher B.W., Volkow N.D. *Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety*, "JAMA", 2009, 301(2). <https://doi.org/10.1001/jama.2008.976>.
- Chandler R.K., Peters R.H., Field G., Juliano-Bult, D., *Challenges in implementing evidence-based treatment practices for co-occurring disorders in the criminal justice system*. "Behavioral sciences & the law", 2004, 22(4), <https://doi.org/10.1002/bsl.598>.
- Ducharme L.J., Chandler R.K., Wiley T.R., *Implementing drug abuse treatment services in criminal justice settings: introduction to the CJ-DATS study protocol series*, "Health Justice", 2013, 1. <https://doi.org/10.1186/2194-7899-1-5>.
- Duke K., *Producing the 'problem' of new psychoactive substances (NPS) in English prisons*, "The International journal on drug policy", 2020, 80. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.05.022>.
- Helios J., Jedlecka W., Kalisz T., *Zakład karny i szkoła jako przykłady instytucji totalnych*, Prace Naukowe Wydziału Prawa, Administracji i Ekonomii, Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2020.
- Humeniuk R., Henry-Edwards S., Ali R., Poznyak V., Monteiro M.G., *The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: manual for use in primary care*. World Health Organization, Geneva 2010.
- Joe G.W., Knight K., Simpson D.D., Flynn P.M., Morey J.T., Bartholomew N.G., Tindall M.S., Burdon W.M., Hall E.A., Martin S.S., O'Connell D.J., *An Evaluation*

- of Six Brief Interventions that Target Drug-Related Problems in Correctional Populations. "Journal of offender rehabilitation", 2012, 51(1-2). <https://doi.org/10.1080/10509674.2012.633020>.
- Kaner E.F., Beyer F.R., Muirhead C., Campbell F., Pienaar E.D., Bertholet N., Dappellen J.B., Saunders J.B., Burnand B., *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*, "The Cochrane database of systematic reviews", 2018, 2(2), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>.
- Kinlock T.W., Gordon M.S., Schwartz R.P., Fitzgerald T.T., *Developing and Implementing a New Prison-Based Buprenorphine Treatment Program*, "Journal of offender rehabilitation", 2010, 49(2), <https://doi.org/10.1080/10509670903534951>.
- Krakowska E., *Problem narkotyków w więzieniach*, Komunikat ze strony internetowej Służby Więziennej, 2015, <https://sw.gov.pl/aktualnosc/Problem-narkotykow-w-wiezieniach> (dostęp: 22.03.2023).
- Kudlak G., *Narcotic and Psychoactive Drug Addiction Therapy in Prisons as a Way to Prevent Prisonisation*, "Archives of Criminology", 2014, (XXXVI), <https://doi.org/10.7420/AK2014H>.
- LAO (Legislative Analyst's Office) Report, *Improving In-Prison Rehabilitation Programs*, 2017, Raport dostępny na stronie <https://lao.ca.gov/reports/2017/3720/In-Prison-Rehabilitation-120617.pdf> (dostęp: 31.03.2023).
- Mattoo S.K., Prasad S., Ghosh A., *Brief intervention in substance use disorders*, "Indian journal of psychiatry", 2018, 60(Suppl 4), <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224352>.
- Miles M., Huberman M., *Analiza danych jakościowych. [Qualitative data analysis]*, Trans Humana, Białystok 2000.
- Stotts A.L., Schmitz J.M., Rhoades H.M., Grabowski J., *Motivational Interviewing with cocaine-dependent clients: a pilot study*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 2001, 69(5).
- Welsh W.N., Harris P.W., *Criminal Justice Policy and Planning*, 3rd edition., LexisNexis, Anderson Publishing Co., Cincinnati 2008.