



TERAPIA Uzależnienia i Współuzależnienia
Dwumiesięcznik, Numer 2/2016

Jacek Olchawski

WIĘZIENIE JAKO MIEJSCE TERAPII MIT CZY RZECZYWISTOŚĆ?

Środowisko terapeutów uzależnień w naszym kraju prezentuje różne poglądy na temat terapii w więzieniu. Przekonania te słycać w kularowych rozmowach na szkoleniach STU, są też wyrażane przez wykładawców.

Stereotypy na temat więźniów, szczególnie recydywistów są zupełnie zwyczajnym i oczywistym zjawiskiem z psychologii społecznej. Niewątpliwie tak zwany człowiek z ulicy, zastanowił by się, wiedząc że ma do czynienia z ex-więźniem czy go zatrudnić, nawiązywać z nim bliższą relację, pozostawić pod opieką dziecko czy pożyczyć pieniądze. Chciałbym się przyjrzeć kilku stereotypom na temat terapii w więzieniu – które tu na potrzeby artykułu nazwę prowokacyjnie mitami i spróbować na tyle ile potrafię je zobiektywizować.

Mit 1. Terapia w więzieniu jest wobec osób pozbawionych wolności. Nie da się uprawiać psychoterapii w niewoli, na siłę.

W więzieniach terapią obejmuje się osoby skazane, odbywające jak mówi kodeks karny – karę pozbawienia wolności. Jednak już sam termin „pozbawienie wolności” jest mylący. Bo na czym miałyby polegać ten brak wolności więźnia? Nie może wyjść poza mury więzienia, jest często kontrolowany, czasem nie nosi ubrań jakie chce, dostaje żywnie zbiorowe o tych samych porach, ma ograniczony kontakt z bliskimi i kilka innych utrudnień. Nasuwają się tu następujące pytania: Czy takie ograniczenia, można w ogóle nazwać „pozbawieniem wolności”? Czy tego typu ograniczenia wpływają na terapię? Czy ograniczenia – takie czy inne – są specyficzne dla więzienia, czy są powszechnością także poza murami?

W historii myśli filozofii europejskiej od XIV w. utrwalano wiązanie terminu znaczeniowego „wolność” z „niezależnością”, swobodą, ale przez setki lat wolność oznaczała zupełnie co innego. Wolność tak jak ją rozumiem idąc za filozofią klasyczną (Arystoteles, tomizm), to autodeterminacja osobowego (świadomego) działania. Wolny jest ten, kto jest przyczyną swoich działań. We wspomnianej klasycznej filozofii, mówi się że ludzki czyn rodzi się w wewnętrznej grze pomiędzy rozumem a wolą. Rozum poznaje jakiś przedmiot np. czekoladę (czy alkohol) (pomysł), wolą go chcemy lub nie (przyjemne-obrzydlive) (upodobanie-odraza), rozum ocenia czy ten przedmiot jest dla mnie dobry czy nie (zamysł), wola słuchając się rozumu zaczyna ten przedmiot pożądać lub chcieć się od niego oddalić (zamiar). Następnie jeżeli jest to przedmiot chciany rozum ocenia środki zdobycia przedmiotu (namysł), a wola na jedne środki przystaje a inne odrzuca, wybierając jeden z nich (wybór). Rozum zarządza wykonanie (rozkaz), a wola je wykonuje (wykonanie czynne) za pomocą ciała (wykonanie bierne). Po fakcie w sferze woli mamy zadowolenie lub nie, a w sferze rozumu ocenę całego czynu (osąd). Proces decyzyjny opisany w tomizmie jest bardzo głęboki i w zasadzie można by wprowadzić go do terapii uzależnień, ponieważ właśnie u osoby uzależnionej na poziomie decydowania zachodzą błędy wynikłe z szkodliwych nawyków, np.: nieprawidłowy osąd sytuacji, brak stałości w wykonaniu rozkazów rozumu, brak osądu po czynie, uczuciowe przywiązanie skłaniające wolę do rozpoznawania rzeczy szkodliwych (nadużywanie psychoaktywantów) jako korzystnych, ect.

Człowiek wolny w podejściu klasycznym, trafnie, skutecznie, realnie używa władz intelektualnych (poznanie) i woli (chcenie). Czyli działa tam gdzie trzeba, wtedy kiedy trzeba, z taką siłą jak trzeba, trafnie rozpoznaje rzeczywistość, dobiera środki, zaspokaja potrzeby.

Takie rozumienie wolności rozmyło się w historii myśli i obecnie wolność kojarzy się właśnie ze swobodą wyboru. Spojrzałem w internecie na skojarzenia ze słowem wolność: skrzydła, bieganie po plaży, posiadanie prawa jazdy, radość, wiatr, „nie ma zasad, robisz co chcesz, nie musisz słuchać nikogo, biegniesz przed siebie” Jak mam dużo różnych możliwości wyboru to jestem wolny. Więzienie zabiera mi pewne możliwości – a więc jestem nie-wolny. Wolność jednak nie jest „posiadaniem możliwości”. Proszę pomyśleć o następujących przykładach. Spróbujmy trzy latkowi dać dwieście zabawek, żeby którąś wybrał, a resztę zostawił – ma olbrzymią swobodę, ale czy sytuacja go nie przerośnie? Albo wyobraźmy sobie dwu ludzi jeden zna zasady matematyki, a drugi nie. Pytamy ich ile jest dwa razy dwa. Ten który zna zasady – musi odpowiedzieć cztery. Czy jest zniewolony, czy właśnie wolny bo trafnie funkcjonuje w rzeczywistości? Ten który nie zna zasad matematyki może odpowiedzieć cokolwiek- jest wolny, czy głupi? Gdyby wziąć te dykteryjki za analogię wolności czy swobody, to widzimy że więźniowie są pozbawieni jedynie w pewnych obszarach swobody i nie różni ich od tzw. człowieka z ulicy nic, poza skalą tej swobody, bo i tzw. ludzie wolni są ograniczeni pieniędzmi, możliwościami swojego ciała, zdrowia, intelektu, rolami społecznymi, językiem, ludzie w szpitalu podobnie jak więźniowie nie wychodzą poza szpital, ludzie na wózku nie mogą biegać, ludzie biedni stoją bezradnie przed wystawą sklepu w centrum handlowym etc. Jedni ludzie mają skrajnie dużo swobody, np. młoda, piękna i bogata kobieta, będąca obywatelką np. Francji, a niektórzy mają skrajnie mało swobody, np. osoba z czterokończynowym porażeniem, obie te postacie jednak są/mogą być wolne bo ich wolność lub zniewolenie to inny porządek ontologiczny. Co do rozumienia wolności, samo pojęcie uzależnienia, intuicyjnie opisuje czym wolność nie jest – przymus, utrata kontroli, mechanizmy nałogowe ect. W opisie uzależnienia mamy stare dobre klasyczne, zdroworozsądkowe rozumienie wolności, która jest odebrana poprzez nałóg i rozsterowanie poznania rozumowego i zmysłowego, chcenia i uczuć. Również formy językowe być „wolnym od” (np. choroby), albo być „wolnym do” (np. małżeństwa) też intuicyjnie odwołują się do klasycznego rozumienia wolności jako zdrowej możliwości samosterowania sobą.

Wolności nie należy też mylić ze zdeterminowaniem nas przez fizyczność (ciało, fizjologia układu nerwowego) i psychiczność (trwałe cechy temperamentu, pamięć urazów).

„strona materialna ... chociaż jest w sobie zdeterminowana, to nie dotyczy ona działania władz wyższych: intelektu i woli. ... funkcjonowanie dokonuje się na materialnym, zdeterminowanym podłożu naszego ciała, umożliwiającego wyłonienie się aktów wyższych, ... wolnych.”

Reasumując więzienie jest miejscem gdzie są ludzie w sytuacji ograniczenia, ale to miejsce nie ma związku z brakiem wolności, jako immanentnej możliwości trafnego poznania, decydowania i działania.

Pytanie drugie, czy owe ograniczenia, determinanty, przeszkadzają/pomagają w terapii? Według mnie nie. Trzeba się zastanowić co jest celem terapii? Jeżeli celem terapii było by pozbycie się determinant np. żeby można latać i nie być ograniczonym prawem grawitacji, albo żeby mieć dużo pieniędzy i mieć swobodę nabywania dóbr, wtedy istotnie te ograniczenia związane z pobytem i rygiem w ZK przeszkadzają w terapii. Ale przecież terapia nie ma takiego celu. Typowe wymieniane cele terapii to np. powiększenie wglądu (a więc zwiększenie wolności wyboru – bo więcej rozumiem kim jestem i czego chcę), poprawa objawowa (bałem się – a teraz pokonałem jakiś mój strach i jestem odważniejszy, byłem napięty – teraz reguluję napięcie sam etc), polepszenie umiejętności np. wyrażania uczuć, wyrażania potrzeb, dbania o siebie, innych, lepsze komunikowanie. Przecież dokładnie te cele są osiągalne w ZK, czego jestem świadkiem. Dokładnie te korzyści poprawiające komfort bycia skazanym są przedmiotem ewaluacji i badań, gdzie skazani mówią – „tak, teraz lepiej funkcjonuję bo ... , dawniej potrafiłem tylko agresywnie zabrać, teraz umiem poprosić o pomoc” etc. Zatem ograniczenia więzienne, podobnie jak ograniczenia w szpitalu, czy ograniczenia zdrowotne, społeczne, językowe, finansowe – istotowo nie ograniczają celów terapeutycznych. Terapia nie ma bowiem zmienić zdeterminowania człowieka czy dodawać mu swobód – osoba pozostaje nadal zdeterminowana taka jak była, ale inaczej sobie po terapii ze swoimi ograniczeniami radzi.

Warunki więzienne w inny sposób zmieniają cele terapeutyczne. Otóż więzienie można uznać za sytuację kryzysową, ale uwaga - tylko w początkowej fazie. I wtedy faktycznie pomoc psychologiczna jest raczej interwencją kryzysową niż terapią. Podobnie jak w momencie rozpadu związku małżeńskiego, choroby nowotworowej – człowiek ma inne cele i problemy do rozwiązania, niż w momencie „flauty” kiedy przebywa w więzieniu 4 rok i zna tu każdy kąt, a jego głównym problemem jest nuda. W przypadku kryzysu – walczymy z zagrożeniem i ratujemy się, żebyśmy się nie rozpadli i jakoś pozbierali, kryzysem jest np. aresztowanie, z osoby wolnej wpadamy do worka „jestem więźniem” - to

znaczy kim? (zmiana tożsamości). W przypadku flauty zajmujemy się terapią nie interwencją. W szarej codziennej monotonii, sprawdzamy kim jestem, czy droga na której jestem jest moją drogą, czy ja robię w życiu to co chcę, co należy, czy kolejne nieudane związki mówią coś o mnie, to dobre miejsce dla np. długoterminowej grupy analitycznej.

Mit 2. Recydywiści są nie do zmiany.

Niniejszy artykuł ma charakter bardziej teoretyczny, nie dokonuję tu przeglądu badań. O tym że terapia więzienna jest statystycznie skuteczna, dokładnie ta terapia która jest teraz prowadzona w więziennych oddziałach terapii uzależnień, wiemy z codziennego doświadczenia osób które przebyły terapię, polepszyło się ich funkcjonowanie psychologiczne, trwają w abstynencji poza murami ZK, albo szybciej podnoszą się po zapiciu. O skuteczności wiemy też z najnowszych badań z 2014 / 2015 roku, przeprowadzonych przez Biuro Penitencjarne Centralnego Zarządu Służby Więziennej. Badania te, na dużej próbie, longitudinalnie, pokazały statystycznie istotne korelacje w postawach i stadiach zmiany badanych, a były oparte na transteoretycznym modelu zmiany Prochaska DiClemente.

Dla mnie jednak myślenie o recydywistach jako „nie do zmiany” jest ciekawsze teoretycznie niż statystycznie. W terapii mówi się o obszarze deficytu i konfliktu. Część problematyki psychopatologicznej jest z obszaru deficytu, np. upośledzenia, głębokie zaburzenia osobowości, schizofrenia – czegoś zabrakło w rozwoju, a potem w strukturze osobowości, na brak osobowościowy nałożyła się choroba i mamy trudny lub niemożliwy do wyrównania brak. Uzależnienia jednak są z obszaru konfliktu nie deficytu, czyli struktura osobowości jest o tyle o ile prawidłowa, a zaburzenie jest funkcjonalne, a nie strukturalne – czyli istnieje możliwość zmiany. Brak zmian, można było by zakładać w zaburzeniach mieszanych, np. alkoholizmu w przebiegu zaburzeń osobowości. Zmieszanie deficytu osobowości na który nałożył się mechanizm nałogowego „radzenia” sobie może być „nie do zmiany”, ale takie przypadki nie są większością.

Zarówno więc dane empiryczne – świadectwa trzeźwych ludzi po terapii, wyniki badań jak i natura zaburzenia przeczą mitowi o braku możliwości zmian w więziennej terapii recydywistów.

Mit 3. Więźniowie udają że się leczą.

Ludzie często przychodzą na leczenie po co innego niż myślą że przychodzą. Jeżeli chodzi o alkoholików, to przychodzą po to żeby tak pić, by picie znów rozwiązywało ich problemy, ale bez skutków ubocznych. Najlepiej gdyby nauczyć ich tak pić, żeby mieli nad tym kontrolę. Nie chcą żadnej zmiany, ale nie dlatego że oporują, nie chcą bo nie wiedzą że można żyć inaczej, że można prosić i dostać, ujawnić potrzebę i zaspokoić ją – zamiast wykradać zaspokojenie, czy znieczulać się, resetować. Ludzie szukają tabletki, żeby nie bolało. Ktoś kto wychował się jak Kaspar Hauser w samotności, w lochu – nie wie że istnieje łąka, muzyka i słońce. Zatem terapia, daje coś więcej niż pacjent chce, odsłania coś nieznanego i dobrego – nie można tego chcieć na początku, bo się nie wie że to istnieje. Zatem nie tylko więźniowie – ale większość pacjentów przychodzi na terapię z innymi celami niż terapia daje. Pacjent przychodzi po rybę, a dostaje wędkę, przychodzi po opiekę, a dowiaduje się że ma siłę, przychodzi żeby zmienić partnerkę, a widzi że to on potrzebuje zmiany, przychodzi żeby pokonać wroga, a dowiaduje się że największym, najgroźniejszym wrogiem jest ona sam dla siebie. Zatem myślenie o więźniach jako „udających terapię”, a tak naprawdę to chodzi im o ... to czy tamto - należy odnieść do ogółu.

W terapii odbywanej w izolacji więziennej nadal obecne są czynniki terapeutyczne, np. przymierze terapeutyczne, wzbudzanie nadziei, poczucie podobieństwa, uczenie umiejętności, odsłonięcie i bycie przyjętym.

Owszem, ponieważ funkcjonariusze i osadzeni są z dwu różnych grup i mają przeciwstawne cele, skazani są oczywiście lojalni wobec norm własnej grupy – co może się wydawać, zaburza przymierze pomiędzy terapeutą funkcjonariuszem a skazanym. Ale trzeba pamiętać, że skazani opanowali doskonale życie w dwoistości. I z jednej strony w sytuacjach społecznych np. na grupie, na korytarzu, są lojalni wobec norm grupy więziennej, tak w pokoju terapeuty mówią, „wie Pan ja muszę udawać tam na korytarzu, ale tak naprawdę to ...”. Wydaje się, że duża populacja skazanych jest tylko pozornie lojalna wobec norm własnej populacji, traktują to jako grę żeby przetrwać pobyt w ZK. Ale wewnętrznie widzą szkody jakie im wyrządza przestępcza tożsamość i jak tylko mogą być „sobą” np. w gabinecie terapeuty, mówią co innego. Ta przepaść pomiędzy skazanymi, a o sadzonymi jest chyba mniejsza niż mówią książki.

Tak, czasami istnieje przepaść między nami a nimi, służba więzienna ma nieprzyjemny obowiązek stawiania granic przestępcom. Natomiast z przepaścią na oddziałach terapii jest inaczej. Wiem, bo byłem wiele lat psychologiem na

zwykłym oddziale, a teraz od kilku lat na oddziale terapii. Widziałem oba światy. Poza tym mam kontakt z innymi oddziałami terapii. Oddział terapeutyczny w ZK jest przez skazanych inaczej traktowany. To jakby szpital, albo kaplica, tu jest trochę zawieszenie broni, dystansu, nieufności. Pracownicy działów terapeutycznych poprzez wykłady, warsztaty, prowadzenie grup i rozmów zbliżają się do skazanych. Ktoś o nich dba, ktoś im poświęca uwagę, czas, wspiera. Dla nich to doświadczenie korektywne – są ważni. O więzi jaka się wywiązuje pomiędzy terapeutami, a skazanymi świadczy to co mówią i jak się zachowują, ale też listy jakie dostajemy od skazanych długo po terapii, kartki świąteczne, telefony ... „udało mi się ... mam pracę, nie piję”. O dobrym przymierzu terapeutycznym świadczy też ... często ... niechęć f-szy z innych oddziałów. „A co wy tak ze złodziejami blisko jesteście, tak ich tylko głaszczecie po główkach, ja to bym ...”. W latach 90-tych, jeszcze w pierwszej dekadzie 20 wieku dyrektorzy ZK zasadniczo nie chcieli mieć oddziałów terapii w swoich ZK. Jak już, to alkoholików (to było bliższe :), ale „oddziałów narkomańskich” nigdy. Właśnie ta niezrozumiałość dla większości f-szy „inność” terapii w ZK, wskazuje na prawdopodobieństwo przełamania wrogiej przepaści pomiędzy skazanymi a f-szami. Programy i metodyka zajęć, doprowadziła do zbliżenia się do siebie tych dwu grup. Z punktu widzenia terapii to bardzo dobrze, podstawa głównego czynnika leczącego, relacji, przymierza terapeutycznego - nie można leczyć kogoś kogo traktuje się jako *varius*. Z punktu widzenia rozumienia innych f-szy dla których to jest dziwne (*varius*) - gorzej.

Mit 4. Więzienie to złe miejsce na zmianę.

Kiedy po raz pierwszy obejrzałem film Symetria, albo czytam jedną z książek o życiu więziennym np. „Tajemnice grypsarki”, jednocześnie będąc od 15 lat pracownikiem pierwszej linii w Areszcie Śledczym, zawsze odnosiłem wrażenie, że te filmy i książki są o innym miejscu, niż to które ja znam. Przekaz medialny, ale też niestety to czego uczy się studentów kierunków resocjalizacyjnych, jest w moim odczuciu mocno podkoloryzowany, przesadzony. To tak, jakby ludzie (twórcy filmów, książek, wykładowcy) mieli potrzebę wymyślać i puszczać w eter pikantne i krwiste historie z za krat. Z licznych rozmów ze studentami którzy i odwiedzają i mają praktyki na Mokotowie słyszę o kwitnącej podkulturze, tatuażach, gierkach, mącicielach, cwelach itp. Wydaje mi się że istnieje jakaś potrzeba, być może wydawnicza, do popularyzowania więziennej mitologii z lat 70-tych na temat tego, co też się w więzieniach dzieje. Więzienia w Polsce są zwykłymi miejscami gdzie skazani są szanowani, mają zapewnione podstawowe potrzeby fizyczne, psychiczne i duchowe. Cele są schludne, zaopatrzone we wszystkie potrzebne sprzęty. Jedzenie jest kaloryczne, w więzieniach jest obecna służba zdrowia, więźniowie pracują, wychodzą na przepustki, malują, piszą, modlą się, sprzątają, chodzą na zajęcia szkolne, terapeutyczne. Wiem że to co piszę nie jest sensacyjne, jest prozaiczne, ale prawdziwe.

Oczywiście, są tu obecne sytuacje trudne, np. monotonia i doświadczanie powolnego upływu czasu, deprywacja potrzeb seksualnych, za dużo kontaktu bo zawsze jest ktoś obok, jest sporo stresorów zewnętrznych, utrata pieniędzy, kontaktów rodzinnych, zmaganie się z tożsamością więźnia. Jednak nie można przeszacować szkodliwości tych czynników, a pominąć te aktywności które państwo skazanym oferuje.

Pod względem terapii również jest tu pewna specyfika – np. grupy terapeutyczne są jedнопłciowe, na grupach nie ma anonimowości bo wszyscy ci ludzie się znają, pobyt więźnia jest monitorowany, słabość nie jest w cenie, a tuż obok jest dział ochrony. Nie wiem znowu na ile te czynniki utrudniają, a na ile są specyfiką, którą trzeba wykorzystać jako zasób. Bo skoro jedнопłciowość to i podobieństwo doświadczeń (czynnik terapeutyczny), skoro ludzie się znają, to nie ma anonimowości która pozwala udawać na grupie kogo innego niż się jest poza grupą (jak w poradniach wolnościowych), wszystko jest odsłonięte. Na grupie skazani starają się nie odsłaniać słabości, ale mają jeszcze rozmowy indywidualne – i tam mogą być słabi. Skoro zachowanie jest skontrolowane poprzez monitoring i dział ochrony który kontroluje zachowania skazanego, to można oczywiście na to narzekać, ale też można użyć tego czynnika jako wspierającego trzeźwienie, „a co to dla Pana znaczy, że to Pan musi słuchać i wykonywać polecenia? Czy można taką naukę pokory przenieść na świat zewnętrzny, gdzie niejednokrotnie nie miał Pan takiej kontroli i brak granic doprowadził Pana do zachowań które skończyły się w ZK? „

Inne potencjalne, realne/fikcyjne ograniczenia terapii? „Więźniowie się boją” - otóż nie. Akurat trochę lęku w życiu by im się przydało jako hamulec. Warunki są na tyle skontrolowane, że się nie boją, jeżeli nawet zdarzy się taka sytuacja np. konflikt interpersonalny, wystarczy jedno słowo u terapeuty by zadziałało i zabezpieczyć poczucie bezpieczeństwa. Następne nieprawdziwe przekonanie: „Więzień jest w stanie kryzysu – jak tu zajmować się terapią”. Tak, kryzys jest na początku, pierwsze dni, tygodnie. Potem jest ... monotonia, czyli dużo czasu do myślenia nad sobą. Wiem że to

kontrowersyjne, ale dla recydywisty więzienie to czasem nie kara – to sposób życia. Ogólnie nie chcą tu być, ale w sumie mają tu tyle wygod których nie mają poza murami, gdzie na wszystko trzeba zapracować. To nam się wydaje, że to kara.

Kolejne przekonanie z ulicy, „Co to może być za terapia jak są kraty, prycze”. Pamiętam z Aresztu w Warszawie Grochowie, (zakład kobiecy) jak niektóre skazane kobiety nie chciały odwiedzin małych dzieci „bo tu są kraty i f-sze w mundurach”. Dla mnie było to tak niezrozumiałe, że po prostu byłem na nie zły. Odcinały dziecku więź, pozbawiały go namiastki kontaktu, jakieś możliwości zapamiętania, że mama jest, jak wygląda, jaki ma ton głosu, i że byłem u niej na kolanach. Dzieci były pozostawione na pastwę własnych wyjaśnień, znamy wyjaśnienia dzieci: 1. mama umarła, 2. mama mnie zostawiła, bo mnie nie kocha. Podobnie z terapią w cieniu krat. A cóż strasznego w widoku krat w oknach? Ja jeszcze rozumiał bym, gdyby terapię prowadzić pięćset lat temu w jakiejś cimnicy, lochu czy sali tortur. Ale dziś? I jeszcze jedno. Poza murami więzienia mam do czynienia z pacjentami którzy są powierzchowni, próbują wywrzeć wrażenie, zaimponować postęпами w leczeniu, pacjenci ci mają firmy, dochody, używają psychologicznego żargonu. Recydywiści to ludzie wyniszczeni, kolejny raz skazani, ich życie zawodowe, społeczne, finansowe jest w ruinie – nie mogą już (samo)oszukiwać, że ich strategia życiowa działa, że to „przypadkiem”, „przez kogoś” mają kłopoty. Nie widzą że – „to ja” (pomijam egosyntoniczność głębiej zaburzonych). Ciekawa była by odpowiedź na pytanie: jaki terapeuta w doświadczeniu pacjenta jest bliższy – ten który trwa obok kiedy udaję i stroszę piórka, czy ten który jest obok kiedy jestem przegrany? Bycie obok ludzi w sytuacji trudnej, przegranej, ma moim zdaniem głębszy wymiar, niż sytuacji obron i poczucia własnej siły. Z tej pozycji właśnie, chcę powiedzieć że praca terapeuty więziennego jest głęboko sensowna. Dolegliwość więzienia dla mnie ma sens, bo „...smutek odnoszący się do zła (dolegliwości więzienia) nie może być największym złem, gdyż istnieje coś gorszego od niego, a mianowicie przeczenie, że jest złem to, co jest prawdziwie złem, albo nie odrzucanie tego”. Słowem, dolegliwości ZK są widoczną i naturalną konsekwencją czynów, wiadomo co jest dobre, a co złe. O wiele większym złem w życiu człowieka niż więzienie jest bezkarność, która trwając długo, do głębi deprawuje. Wyrządzone zło prędzej czy później dopomina się kary i zadośćuczynienia, więzienie jest czymś normalnym i potrzebnym. Przesłuchujący Raskolnikowa (głównego bohatera który zabił Porfiry (oficer śledczy) w zbrodni i karze Dostojewskiego, mówi podczas przesłuchania: „Jeżeli pan ucieknie, to pan sam wróci. Bez nas już się pan nie może obejść.”

Mit 5. Skoro w więzieniu nie ma alkoholu, to nie jest to prawdziwa terapia,bo brak jest pokusy.

Kiedy po raz pierwszy na oddział uzależnień przyprowadzono skazanego na dożywocie, zadałem sobie pytanie – a cóż ten nieszczęśnik tu robi, przecież on już nigdy się alkoholu nie napije? Na tamtą chwilę, cel terapii uzależnienia w mojej głowie był zawężony do abstynencji. Oczywiście jest to nieprawda. Po pierwsze nawrót jest wpisany w naturę nałogu i każdej przewlekłej choroby jak nadciśnienie, czy cukrzyca. Po drugie, cele psychoterapii są szersze, niż tylko uzyskanie jakiejś behawioralnej zmiany – nie piję. W terapii chodzi też o to, żeby ktoś zaczął rozumieć swoje emocje, lepiej radził sobie ze stresem, zobaczył że ma potrzeby i zaczął je konstruktywnie zaspokajać, zmienił niszczącą jego życie narrację na temat tego kim jest, jaki jest świat, jaki stosunek mają do niego ludzie, etc. Ta zmiana wewnętrzna dokonuje się u części pacjentów w ZK, zatem doraźny brak alkoholu istotowo nie zmienia działania terapii.

Mit 6. Terapia podczas kary? Nie da się leczyć jednocześnie karząc!

Hasło „terapia w więzieniu” możemy zamienić na „terapia w trakcie resocjalizacji”. Pacjent oddziału terapii w ZK, jest jednocześnie osobą re-socjalizowaną, czyli wychowywaną. Wychowuje się dzieci, robi się to dyrektywnie, np. stosuje się system kar i nagród, modeluje się zachowania poprzez przykład. Terapia osób dorosłych to inny świat - zakłada jakąś dawkę niedyrektywności relacji równej, a nie skośnej. To relacja dorosłego terapeuty z dorosłym pacjentem lub dorosłą częścią pacjenta. Terapeuta odwołując się do wewnętrznej motywacji nie narzuca, nie przekonuje, nie karze i nagradza, nie stawia się w roli silnego terapeuty dźwigającego słabego pacjenta, terapeuta nie jest modelem do naśladowania, nie wie co Pacjent ma zrobić i czego nie robić, zna pytanie, ale niekoniecznie odpowiedzi.

Resocjalizowanie i terapeutyzowanie są dwoma porządkami, w tym punkcie ujawnia się specyfika terapii w ZK, ale bynajmniej nie jej słabość.

Pracownicy działów terapeutycznych są funkcjonariuszami, ale chodzą bez mundurów. W praktyce naszego oddziału terapii staramy się oddzielać te dwie role. Role resocjalizacyjne – karanie, nagradzanie, opiniowanie, podejmowanie decyzji bytowych np. kto z kim „siedzi” w celi, przekonywanie, wywieranie wpływu - pozostawione są wychowawcy

oddziału. Terapeuci zajmują się terapią, a bieżące wydarzenia w życiu więźnia z przestrzeni pedagogiki są wykorzystane dla celów terapii. Np. konflikt więźnia ze strażnikiem, czy niesprawiedliwa w oczach skazanego kara pozbawienia go czegoś, za jakieś jego przekroczenie staramy się rozumieć w kontekście mechanizmów jego uzależnienia. A jakie to ma znaczenie dla Pana trzeźwienia? A „na wolności” jak sobie Pan radzi w takiej sytuacji? Czy w przeszłości przypomina Pan sobie podobny konflikt z osobą wyżej postawioną od Pana, czy widzi Pan jakiś wspólny mianownik?

Również i w tym obszarze widzę raczej różnicę stopnia niż jakości. Każdy z nas, człowiek z ulicy, jest również w nurcie kar i nagród, awansów i porażek zawodowych, sukcesów i klęsk osobistych, jesteśmy poddawani wpływowi mediów, opinii społecznej, najbliższych, nikt jednak nie uważa tego za przeciwwskazanie do terapii.

Podsumowanie

Gdybym miał podsumować cały powyższy tekst napisał bym – nihil novi – więzienie nie jest odrębnym, dziwnym innym (varius) światem. Nie ma tam nic innego czego nie ma w życiu człowieka z ulicy, choć oczywiście w innej skali i barwie. Dlatego psychoterapia nie powinna być tam myślna jako inna, a praca terapeutów nie może być postrzegana w sposób specjalny, czy wykluczający.

mjr Jacek Olchawski, kierownik oddziału terapeutycznego Atlantis