

Dr Tomasz Głowik

Areszt Śledczy w Radomiu

Relacje terapeutyczne w więzieniu — spotkanie personalne

Kodeks karny wykonawczy z dnia 6 czerwca 1997 r. w art. 81 wprowadza trzy systemy odbywania kary pozbawienia wolności:

- 1) programowanego oddziaływania,
- 2) terapeutyczny,
- 3) zwykły.

System to „termin pochodzący od greckiego wyrazu oznaczającego zorganizowaną całość”¹. Kiedy więc mówimy o systemie oddziaływania w warunkach izolacji więziennej, mamy na myśli taki zbiór idei, metod i technik pracy z osadzonymi, które będą tworzyły zorganizowaną całość; w którym nie będzie mowy o przypadkowości. W sposób szczególny należy tutaj zwrócić uwagę na system terapeutyczny i na znaczenie tych dwóch słów.

W Kodeksie karnym i Kodeksie karnym wykonawczym słowo terapia jest określeniem dla systemu odbywania kary. Przy czym zamiast słowa „terapia” pojawiają się słowa: „leczenie” i „rehabilitacja”.

Słowa greckie: *therapeutikos* („lecniczy”) i *therapeia* („opieka, leczenie”) pochodzą od słowa *therapeuein* („troszczyć się, leczyć, czcić”)². Terapia zatem to „zbiorcze określenie wszystkich sposobów i odmian leczenia chorób lub zaburzeń”³. Słowo „terapeutyczny” opisano zaś w trzech znaczeniach⁴:

- „1. związany z leczniczym rezultatem kuracji,
2. mający pewne właściwości lecznicze,
3. charakteryzujący każdy skuteczny środek lub metodę leczenia”.

¹ A.S. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2000, s. 727.

² Por. W. Kopański, *Podręczny słownik wyrazów obcych*, Warszawa 1996, s. 812.

³ A.S. Reber, *op.cit.*, s. 752.

⁴ *Ibidem*.

Poprawiony art. 96 § 1 k.k.w. brzmi: „W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, upośledzeni umysłowo, a także uzależnienie od alkoholu albo innych środków odurzających lub psychotropowych oraz skazani niepełnosprawni fizycznie — wymagający oddziaływania specjalistycznego, zwłaszcza opieki psychologicznej, lekarskiej lub rehabilitacyjnej”⁵.

A zatem w ramach systemu terapeutycznego odbywają karę osoby:

- z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi,
- upośledzone umysłowo,
- z zaburzeniami preferencji seksualnych,
- uzależnione od alkoholu,
- uzależnione od środków odurzających lub psychotropowych,
- niepełnosprawne fizycznie.

Oddziaływania terapeutyczne są jednak prowadzone również poza systemem terapeutycznym i mogą dotyczyć tak naprawdę każdej pozbawionej wolności osoby. Dotyczą one również wielości i różnorodności oddziaływań, począwszy od bycia dla skazanych powiernikiem w sprawach rodzinnych, związanych z pobytem w zakładzie karnym lub areszcie śledczym, po interwencje dotyczące zapobiegania zachowaniom autoagresywnym, w tym samobójstwom. Rzadko nazywane są terapią. Bez wątplenia okazują się jednak bardzo t e r a p e u t y c z n e w rozumieniu ich leczniczych właściwości bądź w rozumieniu ich skuteczności.

Kara pozbawienia wolności w jej społecznym, stymulacyjnym, funkcjonalnym i przestrzenno-czasowym aspekcie stanowi ogromne wyzwanie dla człowieka przebywającego w izolacji więziennej⁶. Thomas Holmes i Richard Rahe umieścili ją na czwartym miejscu listy najbardziej stresujących sytuacji w życiu człowieka⁷. Kara izolacji więziennej jest zagrożeniem dla cenniejszych wartości fizycznych i psychologicznych, jest też źródłem silnego lęku przed stanem się ofiarą⁸. Zbyt małe zróżnicowanie środowiska więziennego prowadzi do doświadczania deprywacji zmysłowej (ruchu, informacji, dotyku itp.), co ma negatywny wpływ na procesy emocjonalno-motywacyjne. Deprywacja

⁵ Art. 96 § 1 zmieniony przez art. 3 pkt 3 ustawy z dn. 27 VII 2005 r.

⁶ Por. M. Ciosek, *Psychologia sądowa i penitencjarna*, Warszawa 2001, s. 297–304.

⁷ M. Kamińska, B. Siewierski, A. Skwara, A. Szóstak, *Panowanie nad stresem*, Gliwice 2003, s. 32–33.

⁸ Por. M. Ciosek, *op.cit.*, s. 298.

potrzeb związana z brakiem poczucia bezpieczeństwa, poczuciem zniewolenia, niemożności decydowania o sobie, istotnym osłabnięciem lub wręcz zerwaniem bliskich kontaktów emocjonalnych z innymi ludźmi, prowadzi niejednokrotnie do eksperymentowania na miarę swoich osobistych umiejętności zaradczych z zachowaniami adaptacyjnymi. Wśród tych zachowań istotna wydaje się być rola podkultury więziennej (por. teorię reakcji J. Brehma⁹). Przeludnienie, a co za tym idzie wysoka fluktuacja więźniów, poczucie pogwałcenia sfery prywatności na skutek przeludnienia i inne cechy przestrzenno-czasowego wymiaru kary pozbawienia wolności wpływają na jej niekorzystną rolę w kształtowaniu i kształtowaniu się osobowości człowieka.

Trudno sobie wyobrazić, co by się stało, gdyby w sytuacji zagrożeń wynikających z samego faktu izolacji więziennej, nie prowadzić żadnych oddziaływań interwencyjnych w sensie psychologicznym, wspierających czy też profilaktycznych. Jaki charakter mają najczęściej te oddziaływania? Najczęstszą formę tego typu interwencji terapeutycznych są rozmowy indywidualne w trakcie spotkań z psychologiem, wychowawcą lub też innym pracownikiem personelu więziennego. To właśnie dzięki tego typu oddziaływaniom można np. zapobiegać wielu zdarzeniom, które w więziennictwie są określane jako wypadki nadzwyczajne, albo zaspokajać naturalne dla każdego człowieka potrzeby bezpieczeństwa, akceptacji, kontaktu z innymi.

W tym kontekście bardzo istotne jest to, że prawie wszystkie wymienione wyżej grupy skazanych kwalifikowanych do systemu terapeutycznego odpowiadają grupom zaburzeń wymienianych w ICD-10. Mają one zatem wyraźnie kliniczny charakter. Natomiast przestępstwo jest prawnokarnym określeniem czynu przestępczego. Widoczny staje się tutaj pewien konflikt paradygmatów: kary i choroby, a co za tym idzie konflikt pomiędzy izolacją a leczeniem.

To właśnie z dychotomii i w pewnym sensie z dialogu tych paradygmatów wynika specyfika terapii więziennej. Wynika ona również z tego, że proces prizonizacji¹⁰ zmierza z założenia w odwrotnym kierunku, niż proces zmiany w wyniku terapii.

Przykłady konfliktów widoczne są w codziennej pracy więziennych terapeutów. Można je zauważyć również w określeniach:

⁹ B. Wojciszke, *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Warszawa 2004, s. 244.

¹⁰ H. Machel, *Sens i bezsens resocjalizacji penitencjarnej — casus polski*, Kraków 2006, s. 217–225.

- „skazany-pacjent”,
- „klawisz-terapeuta”.

Nasze skojarzenia ze słowem pacjent są zupełnie odmienne od tych, które pojawiają się w naszej głowie, kiedy słyszymy słowo skazany. Bardzo wyraźnie widać tutaj, że model represyjny ewoluuje w kierunku modelu resocjalizacyjnego, albo wręcz medycznego, jeżeli wziąć pod uwagę powyższe grupy skazanych. Dlatego też terapia w kontekście izolacji więziennej nabiera specyficznego wymiaru. Łagodzi jej represyjny i czysto izolacyjny wymiar i jest wyraźnym znakiem jej resocjalizacyjnego charakteru.

Problem terapeutyczny polega jednak w dużej mierze na tym, że słowo skazany oznacza dla samych zainteresowanych „skrzywdzony przez wymiar sprawiedliwości”, „niesłusznie osądzony”, a nie winny popełnienia jakiegoś konkretnego czynu. Biorąc pod uwagę fakt, że wielu skazanych-pacjentów popełniło swój czyn w związku z zażywaniem substancji chemicznych zmieniających nastroj, widać wyraźnie, że zaprzeczanie dokonaniem przestępstwa jest w wielu przypadkach jednocześnie zaprzeczeniem własnemu uzależnieniu. Z zaznaczonego tu konfliktu wynika np. bardzo wyraźnie to, że integralną częścią terapii dla osób uzależnionych winna być praca nad wzięciem odpowiedzialności za dokonane przestępstwo.

Na więzienny system terapeutyczny, w który powinny być włączone ww. grupy skazanych, składają się trzy bardzo ważne wymiary. Stanowią one hierarchiczną całość, tzn. w tworzeniu tego systemu nie można zapomnieć o żadnym z nich. Są to:

— **M a k r o s y s t e m** — to system terapeutyczny wraz ze wszystkimi uregulowaniami prawnymi dotyczącymi kwalifikowania i kierowania, ale też kontynuacji terapii po jej zakończeniu. To część filozofii resocjalizacji osób pozbawionych wolności. Bardzo istotne są tutaj rozwiązania systemowe, dotyczące np. najbardziej właściwego momentu podjęcia terapii w trakcie izolacji, tego, co po terapii, tego, czy jej odbicie jest brane pod uwagę przez sąd penitencjarny, tzn. czy jest istotnym czynnikiem oceny skazanego itp. Terapia jest częścią tego systemu. Bardzo istotna jest umiejętność spojrzenia na nią jako na część całego systemu, którego celem jest przecież kształtowanie społecznie pożądanych postaw. Za tę część systemu odpowiedzialny jest w dużej mierze ustawodawca, osoby wydające rozporządzenia i zarządzenia.

— **M e z o s y s t e m** — to terapia w formie programu oddziału terapeutycznego, to tematyka prowadzonych zajęć, to reguły panujące w oddziale, stosunek personelu do takich negatywnych zjawisk jak podkultura więzienna, kradzieże więzienne, pobicia, bójki oraz stosowane metody i techniki pracy. Postawy i postępowanie personelu terapeutycznego w tych właśnie

kwestiach, zgodnie z teorią społecznego uczenia się A. Bandury wpływają na zmianę postaw i zachowania skazanych-pacjentów. Proces uczenia się następuje bowiem dzięki obserwacji, naśladowaniu, modelowaniu zachowań i doświadczaniu. Za tę część systemu odpowiedzialny jest zespół terapeutyczny.

— *Mikrosystem* — to relacja terapeutyczna. Określają i tworzą ją terapeuta i „skazany-pacjent”. Nawet, jeżeli czytającemu przyjdzie do głowy myśl, że to relacja „klawisz”–„złodziej”, to i tak powinien pamiętać o tym, że w budowanie relacji muszą się zaangażować obie osoby, jeżeli ma być ona „terapeutyczna”, a w wyniku procesu terapeutycznego zacierają się wspomniane różnice. Podkreślanie bowiem przez samych pacjentów przeciwności, a raczej przeciwstawności tych ról można traktować jedynie jako wyraz oporu w terapii. Ta relacja — podobnie zresztą jak często relacja terapeutyczna w warunkach wolnościowych — ma w bardzo wyraźny sposób charakter procesualny.

W 1957 r. na Uniwersytecie w Michigan doszło do intrygującego spotkania¹¹. Spotkali się ze sobą wybitny filozof, twórca filozofii spotkania Martin Buber i znany terapeuta Carl Rogers, twórca terapii skoncentrowanej na osobie. Ich poglądy, aczkolwiek w wielu punktach rozbieżne, wykazują wiele podobieństw. Podobieństwa te zostały ujęte w poniższej tabeli.

Mówiąc o człowieku, każdy z nich podkreślał inne jego aspekty. Niemniej jednak spotkanie to wywarło wpływ na poglądy obu myślicieli. Pod jego wpływem C. Rogers rozwinął swoją terapię nastawioną na klienta (*klient-zentriert*) w kierunku terapii skoncentrowanej na osobie (*person-zentriert*) i nadał jej w ten sposób dialogiczny charakter. Martin Buber dokonał natomiast korekty w nowym wydaniu *Między osobą a osobą* i stwierdził, że prawdziwy dialog może odbywać się zarówno w sytuacji rozmowy, jak i terapii.

Martin Buber zwracał uwagę na człowieka jako na osobę. Carl Rogers podkreślał w człowieku jego indywidualność. Ta pasjonująca rozmowa wskazuje na dwa ogromnie istotne elementy terapii:

- na znaczenie osobowej relacji w życiu człowieka
- oraz na proces kształtowania się jego indywidualności i niepowtarzalności.

Stawanie się zarówno osobą, jak i indywidualnością jest procesem i dzieje się w czasie.

¹¹ Por. N. Groddeck, C. Rogers, *Wegbereiter der modernen Psychotherapie*, Darmstadt 2002, s. 121–125.

Martin Buber	Carl Rogers
„Każde prawdziwe życie jest spotkaniem” ¹² .	„Takie głębokie, wzajemne osobiste spotkania nie zdarzają się zbyt często (...), lecz jeśli nie zdarzałyby się w ogóle, nie żylibyśmy jak istoty ludzkie” ¹³ .
„Człowiek staje się Ja w zetknięciu z Ty. Relacja jest wzajemnością. Moje Ty oddziałuje na mnie tak, jak ja oddziałuję na nie” ¹⁴ .	„Jeśli pozwolę sobie na rozumienie drugiego człowieka, to ryzykuję, że to rozumienie mnie zmieni” ¹⁵ .
„Na początku jest relacja” ¹⁶ .	„Człowiek rozwija się i zmienia w relacji do drugiego człowieka” ¹⁷ .
„Nie mogę i nie chcę wychodzić poza moje doświadczenie... Jest ono oczywiście doświadczeniem ograniczonym, lecz nie należy uważać go za »subiektywne«” ¹⁸ .	„Najwyższym autorytetem jest dla mnie moje własne doświadczenie” ¹⁹ . „Mogę ufać mojemu własnemu doświadczeniu... Wszystkie fakty są mi przyjazne” ²⁰ .
Relacja Ja–Ty i para słów Ja–Ono ²¹ .	„Ja idealne” i „Ja realne” człowieka ²² .
Elementy relacji międzyludzkiej: — autentyczność, — akceptacja, doświadczenie człowieka, — zrozumienie przez „spotkanie” ²³ .	Cechy pomocnej relacji: — kongruencja/autentyczność, — bezwarunkowa akceptacja, — empatia ²⁴ .

¹² M. Buber, *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*, Warszawa 1992, s. 45.

¹³ C. Rogers, *Entwicklung der Persönlichkeit: Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*, Stuttgart 1992, s. 39.

¹⁴ M. Buber, *op.cit.*, s. 48.

¹⁵ C. Rogers, *op.cit.*, s. 34.

¹⁶ M. Buber, *op.cit.*, s. 49.

¹⁷ C. Rogers, *op.cit.*, s. 47.

¹⁸ Cyt. za J. Doktor, w: M. Buber, *op.cit.*, s. 38.

¹⁹ C. Rogers, *op.cit.*, s. 39.

²⁰ *Ibidem*, s. 40.

²¹ Por. M. Buber, *op.cit.*, s. 39–41.

²² Por. J. Koziński, *Koncepcje psychologiczne człowieka*, Warszawa 1998, s. 239–249.

²³ M. Buber, *op.cit.*, s. 133–135.

²⁴ C. Rogers, *op.cit.*, s. 51.

Carl Rogers postawił bardzo istotne dla procesu terapii i przemiany człowieka pytanie: „Jak mogę stworzyć relację do człowieka, którą on sam będzie mógł wykorzystać do własnego rozwoju?”²⁵.

Takie postawienie pytania pozwala na zupełnie odmienne spojrzenie na terapeutyczną rzeczywistość. Rogers nie pytał o to, jak można zmienić/uleczyć drugiego człowieka. Spytał natomiast tak naprawdę o to, co człowiekowi jest niezbędne, aby obudził w sobie proces i pragnienie wewnętrznego rozwoju. Takie postawienie pytania można by nazwać „rogeriańskim przewrotem” w terapii. Jest to pytanie o to, dzięki czemu człowiek się staje.

Odpowiedź w duchu przekonań M. Bubera i C. Rogersa brzmiałaby zapewne, że człowiek staje się na drodze procesu dzięki:

- relacji (człowiek jako *homo socialis*) i uzdrawiającym jej cechom,
- spotkaniom,
- dialogowi,
- słuchaniu swego doświadczenia.

W rozumieniu człowieka pomagają umieszczenie go w kontekście relacji. Człowiek — to życiowe zadanie, program, który może być realizowany w relacji do innych ludzi. Jego relacje są mniej lub bardziej zadowalające, ale życie bez nich jest puste. Śmierć oznacza koniec relacji międzyludzkich w wymiarze bezpośredniego kontaktu. Życie to trwanie w tych relacjach.

Więzienie jest miejscem, w którym trudno o zdrowe relacje. Każdy człowiek nosi w sobie potrzebę relacji, kontaktów z innymi ludźmi. W takim rozumieniu proces terapii stwarza szansę na pozostanie, na trwanie w relacjach.

Spotkania, to wyjątkowe momenty na kontinuum relacji z innymi, które pozostawiają głęboki ślad w pamięci osób, które ich doświadczyły. Któż z nas nie pamięta takich spotkań — ludzi, miejsc i rozmów — które w znaczący sposób wpłynęły na nasze życie? Właśnie takie spotkanie, niezależnie od tego, gdzie się dzieje może zmienić bieg życia człowieka. Do dziś mam w pamięci zajęcia grupowe, podczas których cały zespół walczył o prawo do leczenia się dla tzw. poszkodowanego pacjenta. Na koniec terapii okazało się, że właśnie ta grupa była dla pacjenta spotkaniem.

Dialog to wymiana myśli, spotkanie światów ludzi, których odmienność ukonstytuowały indywidualne i niepowtarzalne doświadczenia. Jeżeli skazany-pacjent mówi, że nikomu nie ufa, że zawiódł się na ludziach, że wszyscy kradną, to opowiada o swoich indywidualnych, niepowtarzalnych

²⁵ *Ibidem*, s. 46.

doświadczeniach. Nasza bardzo częsta reakcja wiąże się z zaprzeczeniem: „To nieprawda” albo „Jest zupełnie inaczej”, itp. Wejść z nim w dialog, to najpierw zrozumieć jego świat, w którym funkcjonował przez wiele lat, jeżeli nie przez całe życie. To właśnie dlatego C. Rogers pisze, że jest to ryzykowne, bo prawdziwy dialog prowadzi do zmiany obu rozmówców.

Carl Rogers pisze: „Ani Biblia, ani prorocy, ani Freud, ani badania, ani Objawienie Boga albo człowieka nie mają pierwszeństwa przed moim osobistym doświadczeniem”²⁶. Życ w zgodzie ze swoim doświadczeniem, to np. uczyć się na własnych błędach, to dostrzegać zależność przyczynowo-skutkową między swoim zachowaniem a jego konsekwencjami, to co jakiś czas dokonywać bilansu strat i zysków.

Z takiego myślenia dla terapii w izolacji więziennej wynikają bardzo istotne wartości i kierunki myślenia, np.:

— Każdy człowiek ma osobowość. Oznacza to, że kiedy więzienny terapeuta jako osoba rozmawia ze skazanym pacjentem, to rozmawia z osobą. Ten personalny wymiar rozmowy jest tutaj bardzo ważny, bo jest to podstawowy warunek tego, aby doszło pomiędzy nimi do spotkania i dialogu. Jest ważny również z tego powodu, że z osobą mamy do czynienia nie na końcu, ale już na początku tego procesu, który nazywamy procesem resocjalizacji. To że niejednokrotnie osobowość skazanego pacjenta określa się jako zaburzoną, nie pozbawia jej osobowości, tzn. zdolności do dialogu i spotkania. W tym kontekście istotne jest to, że resocjalizacja ma wymiar systemowy i społeczny, ale ma też wymiar personalny, ponieważ jest „prowadzona” w stosunku do i dla konkretnych ludzi. Stąd można mówić o resocjalizacji personalnej.

— Osoba pozbawiona wolności potrzebuje do rozwoju tych samych warunków, co osoba wolna, tzn. akceptacji i zrozumienia. Doświadczenie zespołu, w którym pracuję, pokazuje, że zapewnienie człowiekowi bezpiecznego kontaktu, akceptacji oraz okazanie mu zrozumienia powoduje najczęściej widoczną zmianę w jego sposobie funkcjonowania. Pacjent-skazany nie może odnieść wrażenia, że jest do czegoś zmuszany. Można nalegać, targować się, przekonywać, ale zawsze należy pozostawić mu miejsce na jego wolną decyzję. Ograniczenie poczucia wolności pacjenta w decydowaniu o sobie powoduje, że wszelkie oddziaływania napotykają na opór z jego strony, a wtedy zaczyna się walka. Tę walkę bardzo łatwo jest przegrać, bo dla pacjenta żyjącego

²⁶ *Ibidem*, s. 39.

w poczuciu nieustannego zagrożenia ważniejsze staje się pozostać sobą, nie poddać się, niż ulec terapii nawet wtedy, gdy cel jego działania jest dobry. Zmiana dla pacjenta nie może się wiązać z poczuciem upokorzenia. Zmiana ma umacniać, pokazywać nowe szanse budowania własnej godności, innego niż za pomocą manipulacji, fałszywej dumy i agresji.

W pracy ze skazanymi bardzo łatwo ulec terapeutycznemu pesymizmowi, który polega na traktowaniu pacjenta z przymróżeniem oka, na lekceważeniu jego zdolności do zmiany. Terapeuta często ulega pokusie spisania pacjenta na straty, bo jest „zaburzony” lub zupełnie „zdemoralizowany”. Taka relacja odbiera pozbawionemu wolności pacjentowi także jego godność, a zaniebdanie, emocjonalne odrzucenie lub zbyt wygórowane wymagania wobec skazanego pacjenta to pewnego rodzaju forma przemocy wobec niego.

— Osobowość to coś więcej niż specyficzny układ nawyków i zachowań, a sam system kar i nagród nie spowoduje wewnętrznej przemiany.

W całym podejściu do skazanego pacjenta istotne jest coś więcej, niż behawiorystyczne techniki reagowania i sporadycznego agowania w sytuacji, gdy osoba pozbawiona wolności „coś” zrobi, „jakoś” się zachowa. Dystrybucja kar i nagród w izolacji więziennej pozostawia wiele do życzenia, tym bardziej, że za zachowaniem, które jest nagradzane, nie zawsze idzie autentyczna zmiana zarówno w zachowaniach, jak i w myśleniu. Należy zachować bardzo dużo roztropności, aby nagrody nie wzmacniały zachowań manipulacyjnych, a były pożądaną reakcją na rzeczywiste zmiany, które dzieją się w osobach pozbawionych wolności.

Najbardziej terapeutyczne nie są jednak same techniki, czy też metody pracy, ale stworzenie pewnego klimatu pracy i relacji, które z kolei zaczną przemieniać samego pacjenta i jego relacje z innymi. O takiej formie budowania kontaktu z drugim człowiekiem mówili właśnie M. Buber w filozofii spotkania i C. Rogers w terapii skoncentrowanej na osobie. Według nich decydujące dla stworzenia uzdrawiającej relacji są takie jej cechy, dzięki którym pacjent:

- będzie mógł być autentyczny i nie będzie się czuł zagrożony,
- będzie czuł się akceptowany,
- będzie czuł się rozumiany.

Tak kształtowana relacja terapeutyczna kieruje się zupełnie innymi wartościami, niż te budowane w oparciu o kryteria życia więziennego. Dlatego jest właśnie cenna. Wszelkie techniki, których terapeuci uczą się na różnorodnych szkoleniach i zjazdach nie mogą pominąć znaczenia pomocnej i uzdrawiającej relacji. Dla więziennego terapeuty stworzenie takiej relacji

to ogromne wyzwanie i jednocześnie zadanie. Aby zbudować taką relację powinien:

- pozwolić sobie na słuchanie i rozumienie „skazanego-pacjenta”, tzn. osoby, która zabiła, zgwałciła, pobiła drugiego człowieka,
- pozwolić sobie na akceptację „skazanego-pacjenta”,
- pozwolić sobie na bycie sobą, bycie autentycznym.

Pozwolić sobie na słuchanie i rozumienie skazanego-pacjenta, to dać mu prawo do bycia osobą, do posiadania skomplikowanej niejednokrotnie drogi życiowej, która stała się drogą do przestępstwa. Ale jest to też bardzo wyraźny akt woli terapeuty, że w skazanym pacjencie jest coś wartościowego, ciekawego, czemu warto pomóc się rozwinąć, co warto wzmocnić. Pozwolić sobie na słuchanie i rozumienie w sytuacji izolacji więziennej to też uzyskać wgląd w skomplikowany niejednokrotnie nawet mroczny świat przestępstwa (nie przestępcy!), którego obawia się nawet sam zainteresowany.

Zaakceptować „skazanego-pacjenta”, to dać mu prawo do tego, aby odróżnić jego czyn od niego samego. Może się to wyrażać w zwracaniu się do niego zawsze „Pan”, bez skracania dystansu, w przekazywaniu rzetelnej wiedzy, w traktowaniu poważnie jego braku motywacji do pracy nad sobą i rzeczowej na ten temat rozmowie. Uzasadnianie zgłoszenia się na terapię chęcią wcześniejszego wyjścia na wolność, czy też chęcią poprawy warunków odbywania kary pozbawienia wolności jest zrozumiałe i wynika z najbardziej fundamentalnej potrzeby człowieka do bycia wolnym. Być sobą, być autentycznym, to nie udawać, reagować, gdy jest taka potrzeba.

Terapia więzienna ma w jednym wymiarze przewagę nad terapiami, które odbywają się poza izolacją więzienną. Przy całym jej instytucjonalnym przymusie, który sam w sobie nie jest niczym nagannym, jej mocną stroną jest to, że pacjenci zdecydowanie rzadziej, niż w warunkach wolnościowych, przerywają leczenie. Terapia sama w sobie stwarza wiele możliwości.

Te możliwości, to szanse:

- na spotkanie, chociażby w sensie rozmowy o życiu, o tym, co się w nim udało, a co nie;
- znalezienia czasu na refleksję; i pomimo tego, że tej umiejętności brakuje wielu skazanym-pacjentom, to terapia i różne życiowe zdarzenia, które dzieją się w życiu osób w izolacji więziennej mogą taki proces uruchomić;
- na poradzenie sobie z poczuciem winy i wstydem;
- na poradzenie sobie z poczuciem krzywdy;
- na „uwolnienie” się od uzależnienia;

— na wykorzystanie kryzysu związanego z pobytem w izolacji i zdobycie różnych umiejętności ważnych w społecznych kontaktach z innymi ludźmi.

Terapia indywidualna, tzn. terapia w wymiarze relacji terapeutycznej, to jedynie część systemu terapeutycznego. Na system ogromny wpływ mają przepisy Kodeksu karnego i Kodeksu karnego wykonawczego oraz realizowany w danej placówce program terapii itp. Gdy mówimy o szansach i zagrożeniach resocjalizacji i readaptacji społecznej osób pozbawionych wolności, to tkwią one na wszystkich tych płaszczyznach. Żadna z nich nie może jednak stracić z oczu człowieka, który jest podmiotem wszystkich oddziaływań.