

Jana Chojecka

Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
janach@amu.rdu.pl; ORCID: 0000-0002-5971-6228

Wykorzystanie kwestionariuszy do oceny rezultatów i sojuszu terapeutycznego w resocjalizacji penitencjarnej jako element wzmacniania gotowości do resocjalizacji

Abstrakt: Celem niniejszego artykułu jest ukazanie możliwości wykorzystania narzędzi do pomiaru rezultatów i sojuszu terapeutycznego w pracy resocjalizacyjnej. Punktem wyjścia jest Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy, który pozwala uchwycić czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na gotowość przestępcy do wejścia w oddziaływania resocjalizacyjne, zaangażowania się w nie, by w konsekwencji doprowadzić do skutecznej resocjalizacji. W tę koncepcję wpisują się także rozwiązania zaproponowane przez S. D. Millera i B. L. Duncana, którzy stworzyli narzędzia pozwalające w bardzo prosty, przystępny dla badanego sposób zebrać informacje dotyczące jego funkcjonowania i na tej podstawie systematycznie określać dokonywane przez niego postępy (lub ich brak). Narzędzia te pozwalają także określać jakość przymierza terapeutycznego, bowiem o ile jego obecność nie determinuje skuteczności, o tyle jego brak może obniżyć efektywność prowadzonych oddziaływań. W części końcowej niniejszego artykułu przywołano wstępne wyniki badań dotyczące możliwości zastosowania opisanych narzędzi w pracy resocjalizacyjnej ze skazanymi pierwszy raz pozbawionymi wolności.

Słowa kluczowe: Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy, Skala do Oceny Rezultatów, Skala do Oceny Sesji, efekty procesu resocjalizacji.

Pojęcie gotowości do zmiany – Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy (MORM)

W resocjalizacji od lat poszukujemy odpowiedzi na pytanie „co działa, wobec kogo działa i jak działa”. Analizy te doprowadziły teoretyków i praktyków do rozmaitych wniosków, które stanowią podstawy współczesnych teorii resocjalizacji. Wwspólne dla nich jest przeświadczenie, iż nie da się uchwycić problemu przestępczości i zapobiegać mu, nie biorąc pod uwagę wielu czynników leżących tak po stronie potencjalnego sprawcy, jak i środowiska, a także w interakcji pomiędzy nimi.

Innymi słowy najtrafniejsze są teorie wieloczynnikowe, do których zalicza się między innymi budząca coraz większe zainteresowanie teoria gotowości sprawcy, nazywana Wieloczynnikowym Modelem Gotowości Sprawcy (Multifactor Offender Readiness Model). Pojęcie gotowości w wąskim rozumieniu to stopień, w jakim jednostka jest zmotywowana do zmiany problemowego zachowania, w szerszym znaczeniu gotowość odnosi się do „wstępnych zmian nastawienia, które są wynikiem niezadowolenia z zachowania czy stylu życia, zdolności dyskusowania o problemowych aspektach zachowania, wstępnych zmian i długofalowych wysiłków wkładanych w zmiany do czasu, gdy nowe zachowanie albo styl życia nie utrwala się” (Carey i in. 1999, s. 245). W literaturze przedmiotu gotowość nie stanowi jednoznacznego pojęcia i odnosi się do różnych aspektów – albo do samego wejścia w oddziaływanie resocjalizacyjne, albo umiejętności skorzystania z nich, albo zmiany problemowego zachowania. Ważne, by je rozróżnić, bowiem nieco inne czynniki warunkują każde z nich.

Gotowość do wejścia w oddziaływanie można rozumieć „jako obecność pewnych cech (stanów lub skłonności) ulokowanych zarówno w kliencie, jak i w sytuacji terapeutycznej, które ułatwiają zaangażowanie w oddziaływanie, i które będąc konsekwencją tego wkładu, mają zdolność do wzmocnienia terapeutycznego procesu zmiany” (McMurrin, Ward 2010, s.78). Co ważne czynniki te są dynamiczne i zostały ujęte przez T. Warda i współpracowników w model (Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy), który pozwala uchwycić szereg zależności.

Proces resocjalizacji w tej koncepcji odbywa się kilkietapowo. Najpierw celem oddziaływań jest zwiększenie gotowości sprawcy do wejścia w proponowane oddziaływanie resocjalizacyjne tak, by uznał on, że jest to najlepszy dostępny sposób do wprowadzenia zmiany w swoim życiu. Następnie prowadzący program może znacząco zwiększać zaangażowanie w niego, budując motywację skazanego i wykorzystując do tego sojusz terapeutyczny. Ostatnim etapem jest osiągnięcie zmian w obszarze potrzeb kryminogennych i po zakończonym programie wprowadzanie nowych nawyków i umiejętności do codziennego życia, co ma być z jednej strony dowodem na skuteczność prowadzonych oddziaływań, z drugiej, jest etapem,

w którym sporadycznie jeszcze udziela się skazanemu wsparcia, wzmacniając dokonania i zapobiegając nawrotom. MORM czerpie także z transteoretycznego modelu zmiany, który dokonujący się proces dzieli na kilka stadiów, przez które przechodzi jednostka, zdobywając nowe umiejętności pozwalające żyć w zgodzie z normami społecznymi i prawnymi (Muskala 2021, s. 69–82).

Stałą listę czynników warunkujących gotowość do wejścia w oddziaływania podzielił T. Ward na czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Dzięki działaniom preparacyjnym można pozytywnie wpływać na umiejętności poznawcze, emocjonalne czy wolicjonalne skazanego. Wzmacniając jego poczucie mocy sprawczej dokonać możemy wstępnych drobnych zmian w zachowaniu czy czynnikach osobowościowych (Chojecka 2016, s. 357–379). Wysiłki preparacyjne powinny jednak brać pod uwagę także czynniki zewnętrzne, by zwiększać kompetencje kadry prowadzącej, wprowadzać do oddziaływań programy resocjalizacyjne o udowodnionej skuteczności, czy współpracować przy ich realizacji ze środowiskiem lokalnym, zapobiegając jeszcze większemu wykluczeniu społecznemu i zwiększając szansę na uczestniczenie w społecznie akceptowanych grupach odniesienia. By wzmacniać czynniki wewnętrzne i zewnętrzne dysponujemy różnymi metodami (Chojecka, Muskala 2021), których sama obecność nie wystarczy, by modyfikować czynniki gotowości, należy z nich aktywnie korzystać.

Rola sojuszu terapeutycznego w procesie zmiany

Dlaczego w kontekście resocjalizacji pojawia się pojęcie sojuszu terapeutycznego? Czy nie jest to mieszanie pojęć, a może wręcz sprowadzanie resocjalizacji do psychoterapii?

Jak twierdzi E. S. Bordin, twórca koncepcji, „przymierze w działaniu pomiędzy osobą szukającą zmiany a agentem zmiany może pojawić się w wielu miejscach, także poza psychoterapią. Koncepcja przymierza w działaniu zdaje się być możliwa do zastosowania w relacji uczeń–nauczyciel, społeczność lokalna–lider, a także po drobnym uzupełnieniu w relacji dziecko–rodzic” (Bordin 1979, s. 252). Skoro tak, to skuteczność resocjalizacji, rozumianej jako proces służący zmianie zachowań niezgodnych z normami społecznymi i prawnymi, może być uzależniona od jakości przymierza łączącego wychowanka i prowadzącego oddziaływania.

Sojusz terapeutyczny rozumiany jest jako „forma zgody pomiędzy terapeutą a pacjentem odnośnie do celów i zadań terapeutycznych” (Afolabi, Adebayo 2017, s. 212). W koncepcji E. S. Bordina dodatkowym niezbędnym elementem jest rozwój więzi między uczestnikiem a prowadzącym (Bordin 1979, s. 253). Co istotne, o ile cele i zadania są możliwe do ustalenia na początku procesu zmiany, o tyle więź rozwija się w toku pracy i podlega różnym fluktuacjom. Istotne więc jest, by prowadzący śledził jakość więzi na różnych etapach procesu resocjalizacji, bowiem, na co uwagę zwracają L. Cierpiałkowska i J. Kubiak, „jeśli dojdzie

do załamania przymierza, a podjęte wysiłki jego odbudowania nie przyniosą pozytywnych rezultatów, wówczas pacjent najczęściej przerywa terapię, często z poczuciem niezrozumienia i zawodu” (Cierpiałkowska, Kubiak 2010, s. 92).

Jednym ze sposobów zapobiegania wypadaniu z systemu oddziaływań (przerwywaniu terapii) jest korzystanie z oddziaływań opierających się na informacjach zwrotnych – „feedback-informed treatment”. Jest to niezbędny element praktyki opartej na dowodach, a wpływ takich rutynowych praktyk ewaluacyjnych daje możliwość oceny skuteczności prowadzonych oddziaływań, ale także zwiększa efektywność i o połowę zmniejsza prawdopodobieństwo wypadnięcia z oddziaływań czy wręcz pogorszenia stanu podopiecznego (Bertolino i in. 2012, s. 12). Do narzędzi służących ocenie rezultatów i sojuszu terapeutycznego służą m.in. Skala Oceny Sesji (Session Rating Scale – SRS) oraz Skala Oceny Rezultatów (Outcome Rating Scale – ORS) autorstwa B. L. Duncana i S. D. Millera (Duncan i in. 2003, s. 3–12). Narzędzie do oceny sesji opiera się na koncepcji przymierza E. S. Bordina, zawiera cztery elementy, odpowiedź nanoszona jest przez respondenta na linię obrazującą 10-punktową skalę. Narzędzie przetłumaczono na kilkanaście języków, w tym na polski, i jest dostępne w kilku wersjach – dla osób powyżej 13. roku życia, dla dzieci między 6. a 12. rokiem życia i dla użytkowników poniżej 6. roku życia. Wypełniane jest na zakończenie sesji, a uczestnik może odnieść się do relacji z prowadzącym, celów i tematów, które poruszano, stosowanych metod i wystawić ogólną ocenę spotkania. Wszystkie wyniki z poszczególnych skal są sumowane, a normy dla tego narzędzia wskazują, że osoby, które relację oceniają poniżej 36 punktów są bardziej narażone na wypadanie z systemu oddziaływań lub oddziaływania nie przyniosą żadnych rezultatów (Bargmann, Robinson 2012, s. 7). S. Bargmann i B. Robinson zwracają jednak uwagę, że punktacja na poziomie 36 i więcej nie musi świadczyć o zawiązanym przymierzu terapeutycznym, a jedynie o tym, że podopieczny nie czuje się na tyle pewnie w relacji z prowadzącym, by udzielać szczerych odpowiedzi (Bargmann, Robinson 2012, s. 15). Dzięki narzędziu do badania sojuszu możemy odpowiednio szybko reagować na niepokojące sygnały, modyfikując metody czy cele, co zwiększy może powodzenie prowadzonych oddziaływań. Jak wskazuje S. D. Miller zawiązanie sojuszu terapeutycznego nie jest gwarantem sukcesu, ale brak sojuszu i negatywnie oceniana relacja z prowadzącym jest skorelowana z wynikami prowadzonych oddziaływań, zatem warto ten element brać pod uwagę (Miller, Duncan 2004, s. 19). Co więcej, SRS jest narzędziem, które zostało stworzone nie dla badaczy i teoretyków, lecz dla osób pracujących bezpośrednio z podopiecznymi, jest łatwe w wypełnianiu, interpretowaniu i pozwala odnosić się do ocen na bieżąco, a także – jak pokazują wyniki badań – możliwość ocenienia sesji przez uczestnika zwiększa gotowość do udziału w kolejnym spotkaniu, a brak korzystania z narzędzia SRS generował słabsze efekty prowadzonych oddziaływań (Miller i in. 2006, s. 14).

Mimo że od wielu lat na świecie bada się zależność między sojuszem terapeutycznym a efektywnością rozmaitych działań pomocowych, to w Polsce wciąż

w niewystarczającym stopniu kwestia ta jest poruszana. Badania L. Cierpiałkowskiej i J. Kubiak, a także podjęte przez T. Prusińskiego wysiłki służące adaptacji Skali Przymierza w Działaniu (WAI), pozwalają zwrócić uwagę na potrzebę prowadzenia badań także wśród wychowanków instytucji resocjalizacyjnych i penitencjarnych. Siła przymierza terapeutycznego wpływa w sposób znaczący na rezultaty procesu zmiany i jest lepszym predykatorem „niż indywidualne właściwości pacjenta i terapeuty. Jest to ważna przesłanka dla praktyków klinicznych i terapeutów, pokazująca, że niezależnie od stosowanych procedur i strategii leczenia uzależnień istotna jest jakość kontaktu z pacjentem” (Cierpiałkowska, Kubiak 2010, s. 108).

Zdaniem B. L. Duncana na dokonanie zmiany największy wpływ mają czynniki pozaterapeutyczne, takie jak: zasoby jednostki, kłopoty, motywacja, wsparcie, sama zmiana, a nawet przypadkowe zdarzenia (Duncan 2017, s. xvii), natomiast efekty terapii, w tym informacja zwrotna, przymierze terapeutyczne, stosowany model, techniki i wreszcie tzw. efekt terapeuty zajmują w procesie zmiany ważne, acz niewielkie miejsce. Duncan szacuje je na 13% (Duncan 2017, s. xvi). Takie myślenie bliskie jest twórcom Wieloczynnikowego Modelu Gotowości Sprawcy, w którym przecież – podobnie jak u B. L. Duncana – więcej uwagi poświęca się pozaterapeutycznym czynnikom wpływającym na gotowość sprawcy do zmiany.

Inna wątpliwość dotyczy przymierza terapeutycznego w kontekście pracy resocjalizacyjnej. Jest to sytuacja, w której współwystępują wsparcie i kontrola, co może utrudniać efektywne udzielanie pomocy. To mieszanie się ról jest charakterystyczne dla wszystkich relacji, w których proces resocjalizacji czy terapii wynika z decyzji sądu, ale dotyczy także tych wychowanków, którzy podlegają bardziej nieformalnym naciskom – choćby kuratora rodzinnego, pracownika socjalnego, nauczyciela, czy nawet rodzica/partnera życiowego. Jak twierdzą J. L. Skeem, J. E. Laudén, D. Polaschek, J. Camp należy w tej sytuacji inaczej podchodzić do roli sojuszu terapeutycznego, poddawać go innym analizom (Skeem i in. 2007, s. 397–410), nie wystarczą bowiem narzędzia, które stosujemy w pracy z dobrowolnymi klientami (Martin i in. 2000, s. 438–450). Odpowiedzią na ten brak jest narzędzie Dual-role Relationship Inventory (DRI), którego twórcy zwracają uwagę na bardziej złożony charakter takiej relacji, bowiem poza możliwym brakiem motywacji do wejścia w proponowane oddziaływania, pełnieniem przez prowadzącego funkcji kontrolnej wobec uczestnika pojawia się szereg celów, które nie są ani celami wychowanka, ani terapeuty (Wysocka 2019, s. 18). Ta trójkątna relacja wynika z faktu, że zleceniodawcą jest społeczeństwo, a celem prowadzonych działań ma być przynajmniej ograniczenie ryzyka ponownego wejścia w konflikt z prawem, a bywa, że oczekuje ono także celu maksimum, a więc pozytywnych zmian w osobowości skazanego. W związku z tym istotne wydało się autorom DRI wyłonienie elementów składowych sojuszu terapeutycznego. Dokonali oni tego na podstawie badań fokusowych oraz badań ilościowych wśród oficerów probacji i pacjentów chorych psychicznie. Wyniki pozwoliły wyróżnić dwa typy relacji:

autorytarną (despotyczną) i autorytatywną (Gochyev, Skeem 2019, s. 354). Koncepcja J. L. Skeem i współpracowników zakłada trzy wymiary przymierza: troska i sprawiedliwość, zaufanie oraz nieustępliwość/twardość (*caring and fairness, trust and toughness*) (Skeem i in. 2007). Wypracowane w toku badań narzędzie składa się z 30 pytań i jest spójne wewnętrznie. Pozwala nie tylko zbadać jakość sojuszu, ale także przewidzieć naruszenie warunków próby przez skazanego (Skeem i in. 2007, s. 406). Aby zwiększyć zasięg koncepcji i możliwość stosowania narzędzia w codziennej pracy kuratorów stworzono Dual-role Relationship Inventory-Short Form, w którym zarówno probantowi, jak i funkcjonariuszowi zadaje się dziewięć pytań, po trzy do każdej podskali, odpowiedzi zaznacza się na skali Lickerta od 1 (nigdy) do 7 (zawsze). Przeprowadzone wśród skazanych badania pokazują, że silna więź z oficerem probacji działa jak czynnik chroniący, zmniejszając ryzyko recydywy (Kennealy i in. 2012, s. 502).

Ewaluacja cząstkowa w procesie resocjalizacji

Po co w procesie resocjalizacji dokonywać ocen cząstkowych?

We współczesnej teorii i praktyce resocjalizacyjnej coraz częściej zgłaszana jest potrzeba prowadzenia oddziaływań opartych na dowodach naukowych (*evidence-based practice*). Jednym z elementów EBP jest Measurement-Based Care – oparta na pomiarze praktyka pomocowa, która bywa definiowana jako „użycie systematycznie gromadzonych danych do oceny postępów klienta i podejmowania decyzji dotyczących dalszej opieki” (Scott, Lewis 2015, s. 50).

Należy pamiętać, że „ewaluowanie jest złożonym działaniem o charakterze procesu (trwa w czasie, składa się z różnych czynności, może być dzielone na fazy lub etapy[...]), którego bezpośrednim wytworem czy produktem jest ocena ewaluacyjna tego, co było przedmiotem ewaluowania. [...] kryteriów ewaluowania może być wiele, więc i ocen wydanych na ich podstawie może być więcej niż jedna” (Szarfenberg 2010, s. 27).

W resocjalizacji użyteczne jest przyjęcie całościowej strategii ewaluacyjnej, która zakłada, iż ocena wpisana jest w proces pomagania od samego początku – a więc od momentu projektowania planu wsparcia, aż do ostatniego spotkania z wychowankiem. „Jest więc narzędziem służącym ciągłemu zbieraniu informacji i modyfikowaniu przebiegu działań [...] a więc zwiększa prawdopodobieństwo zrealizowania wszystkich zakładanych celów na wysokim poziomie i w szerokim zakresie” (Brzezińska 2005, s. 239).

Proces resocjalizacji nie jest prostym działaniem, w którym zastosowanie jednego, konkretnego bodźca może skutkować wykształceniem danego nawyku (zachowania), lecz złożonym, wieloczynnikowym i wieloetapowym zbiorem działań, których efekt końcowy może być inny niż zamierzony przez prowadzącego oddziaływanie, należy zatem „dążyć do ograniczenia jej charakteru probabilistyczne-

go i starać się w maksymalnym stopniu zdeterminować jej efekty” (Opora 2011, s. 69). Wśród wielu zmiennych, które wpływają na powodzenie procesu resocjalizacji znajduje się również kontrola efektów, która, zdaniem R. Opory, winna mieć charakter okresowy i służyć ocenie realizowanych oddziaływań (Scott, Lewis 2015, s. 49; Brzezińska 2005, s. 231).

Korzystanie z profesjonalnych narzędzi, które dają możliwość dokonywania ocen cząstkowych w trakcie prowadzonych oddziaływań resocjalizacyjnych ma wiele korzyści, m.in.: dostarcza informacji o postępach, pozwala ustalać konkretne cele, zmniejsza prawdopodobieństwo pogorszenia się stanu podopiecznego i wpływa pozytywnie na efekty końcowe prowadzonych oddziaływań, ale także może dostarczać informacji na temat różnych objawów zachowań problemowych, poziomu funkcjonowania i satysfakcji życiowej podopiecznego, o gotowości do zmiany czy informacji na temat oddziaływań, w tym sojuszu terapeutycznego i oceny poszczególnych spotkań.

Korzystanie z narzędzi do oceny postępów daje uczestnikom oddziaływań wgląd w dokonywane przez nich postępy albo modyfikacje w obrębie symptomów, co może skutecznie wzmacniać gotowość do wprowadzania zmian, czyli zwiększać skuteczność procesu resocjalizacji. Prowadzący oddziaływania zyskują zaś na bieżąco informacje pozwalające im dostosowywać program do rzeczywistych potrzeb uczestników, a także na tej podstawie mogą oni interweniować, gdy postępy są zbyt małe, albo nie pojawiają się wcale.

Wśród licznych narzędzi do oceny postępów (Evans i in. 2002, s. 51–60; Burt 1980; M. J. Lambert 2013, s. 42–51; Kirkpatrick i in. 2018, s. 1–12; Marsden i in. 2008, s. 1450–1460) resocjalizacji znaleźć można także wspomniany wcześniej Kwestionariusz do Oceny Rezultatów autorstwa S. D. Millera i B. L. Dunca-na, którego wypełnienie i zinterpretowanie – zdaniem autorów – zajmuje jedną minutę. Kwestionariusze, których wypełnienie zabiera realizatorom oddziaływań więcej czasu, są rzadko stosowane, ponadto, na co uwagę zwrócił M. J. Lambert ze współpracownikami, w systemie oddziaływań nie ma miejsca na drogie i czasochłonne procedury badania zmian zachodzących u uczestników (Lambert i in. 2001, s. 160).

Jak pokazują wyniki badań J. L. Whipple’a i współpracowników warto, by prowadzący oddziaływania korzystał z informacji płynących z oceny postępów uczestnika, choć dużo skuteczniejsze okazały się te oddziaływania, które bazowały na informacjach płynących zarówno z oceny rezultatów, jak i z narzędzi, które miały wspierać realizatora (*clinical support tools*), do których zaliczono kwestionariusz oceny sojuszu, kwestionariusz do oceny stadium zmiany oraz kwestionariusz do oceny wsparcia społecznego postrzeganego przez uczestnika. Dzięki kompleksowemu podejściu do ewaluacji i korzystaniu z otrzymanych wyników podczas prowadzonych sesji terapeutyci po pierwsze wpływali na dłuższe pozostanie podopiecznych w oddziaływaniach (średnio o 4,5 sesji w porównaniu do grupy kontrolnej), a po drugie zwiększali skuteczność terapii – 49,2% uczestnikom po-

lepszło się lub wyzdrowieli – w porównaniu do 25,2% tych, którzy otrzymywali wsparcie bez informacji zwrotnych i użycia jakichkolwiek narzędzi wspierających proces zmiany (Whipple i in. 2003, s. 63). Badania S. D. Millera i współpracowników potwierdzają powyższe wyniki. Ci klienci, którzy podczas sesji wypełniali kwestionariusz oceny rezultatów (ORS) oraz kwestionariusz oceny sesji (SRS), radzili sobie lepiej i pozostawali w oddziaływaniach dłużej, ale co istotne, o ile wysokie wyniki na skali sojuszu terapeutycznego nie mają istotnego statystycznie wpływu na rezultaty terapii, o tyle brak analizy tej zmiennej (a więc zaniechanie zbierania informacji przy użyciu narzędzia SRS) skutkowało trzykrotnie niższą gotowością podopiecznego do udziału w drugim spotkaniu i znacząco niższymi efektami procesu terapeutycznego (Miller i in. 2006, s.14).

Kwestionariusz do oceny rezultatów (ORS) powstał na bazie bardziej obszernego narzędzia Outcome Questionnaire 45.2 autorstwa M. Lamberta i współpracowników (Lambert i in. 1996), którego wypełnienie zajmuje ok. 5 minut, a 45 pytań dotyczy nasilenia symptomów psychiatrycznych, relacji interpersonalnych, pełnienia ról społecznych i jakości życia. Odpowiedzi udzielane są na 5-stopniowej skali Likerta (od „0” nigdy do „4” zawsze), wynik całkowity stanowi sumę wszystkich odpowiedzi; im wyższy wynik, tym bardziej zaburzone funkcjonowanie podopiecznego (wynik 63 punkty i więcej uznawany jest za klinicznie znaczący¹). ORS jest narzędziem, które pozwala zmierzyć postępy podopiecznego w sferze osobistej (samopoczucie, symptomy), interpersonalnej i społecznej, i na tej podstawie dokonać oceny ogólnego zadowolenia z życia (czwarta skala). Narzędzie służy do autor aportowania. Na początku spotkania prowadzący prosi o zaznaczenie na czterech skalach (10 cm) miejsca, które odpowiada aktualnej ocenie sytuacji. Dzięki przeniesieniu wyników na zbiorczy wykres, tak uczestnik spotkania, jak i prowadzący, mogą na bieżąco śledzić postępy. Ewentualne niższe wyniki stają się punktem wyjścia do rozmowy o tym, co się w poprzedzającym spotkaniu czasie wydarzyło, co wymaga wsparcia, czego powinno dotyczyć spotkanie, by odpowiadało rzeczywistym potrzebom podopiecznego. Wykorzystywanie narzędzia do oceny rezultatów w trakcie sesji pełni dla prowadzącego przynajmniej podwójną rolę – pozwala dokładniej kontrolować postępy podopiecznego, i gdy te są niewielkie, dokonywać modyfikacji treści i metod, ale przede wszystkim spełnia funkcję kontrolną wobec samego prowadzącego, który w ferworze zaplanowanych działań i celów do zrealizowania może stracić z oczu rzeczywiste potrzeby wychowanka. Ponadto korzystanie z narzędzia wprowadza pewien stały schemat działania, budując poczucie przewidywalności tego, co się będzie działo, a także wzmacnia poczucie samoskuteczności, co dla wielu osób niedostosowanych społecznie stanowi istotny element wspierający proces zmiany.

.....

¹ Por.szerzej <https://www.ehrs.com/forms/pei/oq45scoreguide.pdf> (dostęp: 18.07.2022).

Badania S. D. Millera i B. L. Duncana pozwoliły także określić wskaźnik rzetelności zmiany (Reliable Change Index – RCI) na poziomie pięciu punktów. Oznacza to, że jeśli podopieczny między pierwszym a ostatnim pomiarem narzędziem ORS jednocześnie przekroczył próg odcięcia (*cutoff* na poziomie 25 punktów) i różnica między wynikami wyniosła przynajmniej 5 punktów, to mówimy o znaczącej klinicznie zmianie, która nie jest wynikiem nieprecyzyjności narzędzia czy zmiany nastroju respondenta (Miller, Duncan 2004, s. 12–13). Jak wskazują autorzy *The Outcome and Session Rating Scales*, „większość zmian w skutecznie prowadzonej terapii pojawia się wcześniej niż później, a także im dłużej nie pojawia się zmiana, tym większe prawdopodobieństwo wypadnięcia z oddziaływań i/lub słabych rezultatów. Klienci, którzy osiągają wyższe wyniki (wspinają się na wykresie), dokonują zmian pozytywnych, podczas gdy u tych, u których punktacja spada, dokonuje się pogorszenie ich sytuacji” (Miller, Duncan 2004, s. 22).

Liczne badania (Miller i in. 2003, s. 91–100; Campbell, Hemsley 2009, s. 1–9; Bringham i in. 2006, s. 23–30) potwierdzają trafność i rzetelność narzędzia ORS, podkreślając jednocześnie, że jego wewnętrzna spójność może wynikać z faktu, że poddawane badaniu obszary korelują ze sobą, zatem na narzędzie lepiej spoglądać jako na ogólną miarę dolegliwości, niż cztery osobne skale (Miller i in. 2003, s.95). A. Campbell i S. Hemsley wskazują, iż w toku przeprowadzonych badań można stwierdzić wysoki poziom korelacji między skalą osobistą a ogólnym samopoczuciem, co może dowodzić, iż mierzą one to samo, a więc wystarczyłyby trzy skale, co nie wpłynęłoby na utratę istotnych informacji, czyniąc tym samym narzędzie jeszcze łatwiejszym do wykorzystania przez praktyków (Campbell, Hemsley 2009, s. 6–7). Jak pokazują wyniki badań S. D. Millera i współpracowników wprowadzenie do oddziaływań narzędzi, których wypełnienie i interpretacja nie zajmuje dużo czasu, a ponadto nie zakłóca procesu, stanowiąc punkt wyjścia do rozpoczęcia sesji, są chętniej stosowane niż narzędzia dłuższe (po roku poziom wypełniania ORS wynosił 89%, podczas gdy dłuższego OQ-45.2 zaledwie 25%) (Miller i in. 2003, s. 97).

Korzystając w pracy ze skazanymi z narzędzi, które dostarczają informacji o postępach, prowadzący ma szansę nie tylko je śledzić i modyfikować oddziaływania, ale także umożliwić skazanym dostęp do „praktycznie potwierdzonych” programów (zamiast *evidence-based practice* mówimy o *practice-based evidence*; Miller i in. 2006, s. 17), które szyte są na miarę konkretnego skazanego.

Wykorzystanie ORS/SRS w pracy ze skazanymi pierwszy raz pozbawionymi wolności

W polskiej praktyce resocjalizacyjnej rzadko, jeśli w ogóle, stosujemy narzędzia, dzięki którym jesteśmy w stanie zmierzyć efektywność i skuteczność resocjalizacji. Powodów jest zapewne wiele, dominuje wśród nich kilka.

Pierwszy to kłopot z określeniem, czym owa skuteczność jest. Operacjonalizacja tego pojęcia wymagałaby tak od teoretyków, jak i praktyków określenia celu prowadzonych oddziaływań. Okazuje się to jednak trudne, bowiem inne oczekiwania żywią zaangażowane w proces resocjalizacji strony. Społeczeństwo być może oczekuje, by przestępcę odizolować albo sprawić, by nie powrócił on do przestępstwa, albo by pełnił różne role, przestrzegając norm obyczajowych i prawnych. Ustawodawca oczekuje wzbudzenia „w skazanym woli współdziałania w kształtowaniu jego społecznie pożądaných postaw”², zaś prowadzący oddziaływania resocjalizacyjne mają cały wachlarz celów do wyboru, zależnych od obszaru pracy resocjalizacyjnej, ale w dużym uproszczeniu dążą oni do tego, by angażować podopiecznych w różne aktywności, dzięki czemu uda się utrzymać porządek w instytucji. Z drugiej zaś strony, zmiernają do tego, by skazani opuszczając placówkę/zakład karny nie powrócili do przestępstwa i/lub zakładu. Uczestnicy procesu resocjalizacji także mogą mieć rozmaite cele, które nie muszą się wzajemnie wykluczać – jedni chcą przetrwać okres nałożonej sankcji, inni chcą podnieść swoje kwalifikacje (miejmy nadzieję, że edukacyjne i zawodowe), jeszcze inni wykorzystać ten czas na odbudowę relacji, a być może niektórzy na zmianę dotychczasowego stylu życia. Jak w takiej sytuacji można precyzyjnie określić cele i sposób ich pomiaru?

Inny powód to brak standardów – jasno, precyzyjnie określonych oczekiwań, którym w swojej pracy mają sprostać praktycy resocjalizacji. Kto i na jakich zasadach ocenia skuteczność ich pracy? Brak jasnych reguł i multiproblemowość podopiecznych utrudnia realizację działań, bowiem szukanie rozwiązań wielu trudności, z którymi zmagają się skazani leży często poza zakresem obowiązków realizatora oddziaływań, a przepływ informacji i współpraca międzyinstytucjonalna jest wciąż daleka od ideału.

Trzecią kwestią jest – wynikającą z dwóch poprzednich – brak narzędzi do pomiaru skuteczności prowadzonych oddziaływań. O ile dysponujemy różnymi pojedynczymi skalami, dzięki którym możemy określić np. stopień demoralizacji nieletniego czy poczucie koherencji u dorosłego, o tyle nie dysponujemy jednym narzędziem, dzięki któremu można by określić jaki jest punkt wyjścia pracy resocjalizacyjnej, jakie kroki należy podjąć, jak przebiega ten proces (pomiar cząstkowy) i jakie efekty udało się osiągnąć. Badania kryminologiczne prowadzone od lat jasno wskazują na wieloczynnikowy charakter łamania norm prawnych, a więc w konsekwencji na wieloczynnikowy charakter procesu resocjalizacji. U podstaw przekonania, że można zmierzyć czynniki skorelowane z przestępstwem leży przekonanie, że są to dynamiczne potrzeby, które mogą być w toku prowadzonych oddziaływań modyfikowane, a skoro tak, to określenie stanu wyjściowego pozwala zaplanować niezbędne działania służące redukowaniu negatywnego wpływu tych-

.....

² Art. 67.§ 1. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy.

że czynników, by w konsekwencji móc zmierzyć czy przyniosły one zamierzone cele. Do takich praktyk opartych na wieloczynnikowym podejściu zaliczamy między innymi Model Risk-Need-Responsivity z wypracowanymi narzędziami czwartej generacji do szacowania ryzyka recydywy czy Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy.

Przy braku narzędzi, dzięki którym można określić nawet niewielki postęp w wybranej sferze funkcjonowania podopiecznego, stosuje się często ogólne kryterium: „brak powrotności do przestępstwa [...], które interesuje zarówno prawnika, jak i pedagoga. Przy jego użyciu dokonujemy podziału na zresocjalizowanych i niezresocjalizowanych, bez możliwości stopniowania efektywności” (Siemionow 2016, s. 10). To w konsekwencji rodzi frustracje u wszystkich zainteresowanych i przekonanie, że „nothing works in correction” (Martinson 1974).

Prowadzony w latach 2018–2020 eksperyment pedagogiczny z wykorzystaniem podejścia skoncentrowanego na rozwiązaniach³ wśród skazanych pierwszy raz pozbawionych wolności przebywających w Areszcie Śledczym w Poznaniu oraz jego oddziałach zewnętrznych pozwolił na wprowadzenie do pracy narzędzi ORS i SRS. Zastosowanie tych narzędzi było uzasadnione z kilku powodów:

- po pierwsze, dawało możliwość dokonania pomiaru subiektywnego postrzeżenia sytuacji przez skazanego;
- po drugie, regularne stosowanie narzędzia ORS dawało możliwość śledzenia postępów skazanego przygotowującego się do opuszczenia zakładu karnego;
- po trzecie, systematyczny pomiar dawał możliwość uchwycenia zmian *in minus* w sytuacji skazanego i zastosowania adekwatnych interwencji;
- stosowanie narzędzi wprowadzało pewne stałe i przewidywalne elementy do pracy ze skazanymi – każde spotkanie rozpoczynało się od wypełnienia kwestionariusza ORS i kończyło wypełnieniem kwestionariusza SRS, to porządkowało przebieg spotkania;
- dzięki zastosowaniu narzędzi do autoraportowania to sam zainteresowany mógł oceniać przebieg spotkania i jego użyteczność, widoczne postępy mogły zaś wpływać motywująco na dalsze jego wysiłki;
- narzędzia stanowiły punkt wyjścia do rozmowy o tym, co ważne dla skazanego, dawały wskazówkę nad czym jeszcze mógłby pracować;
- narzędzia były użyteczne także dla prowadzącego – informując o tym, w jakim kierunku podejmować wysiłki, by wspierać proces zmiany u skazanego, ale i na co zwrócić uwagę, by prawidłowo budować relację terapeutyczną.

Narzędzia ORS i SRS wykorzystano w pracy z czternastoma osadzonymi z grupy eksperymentalnej. W dwóch przypadkach dokonano jednego pomiaru, kolejne nie były możliwe, ponieważ jeden ze skazanych został przetransportowany do innego zakładu, drugi nie powrócił z przepustki. Przy analizie danych pojawia

.....

³ Eksperyment opisany zostanie w innym miejscu, tekst jest w przygotowaniu.

się zatem raz 14 osadzonych, innym razem 12. Wszyscy badani to mężczyźni skazani za przestępstwa przeciwko mieniu, których koniec kary przypadał na okres nie dłuższy niż rok od momentu rozpoczęcia badań.

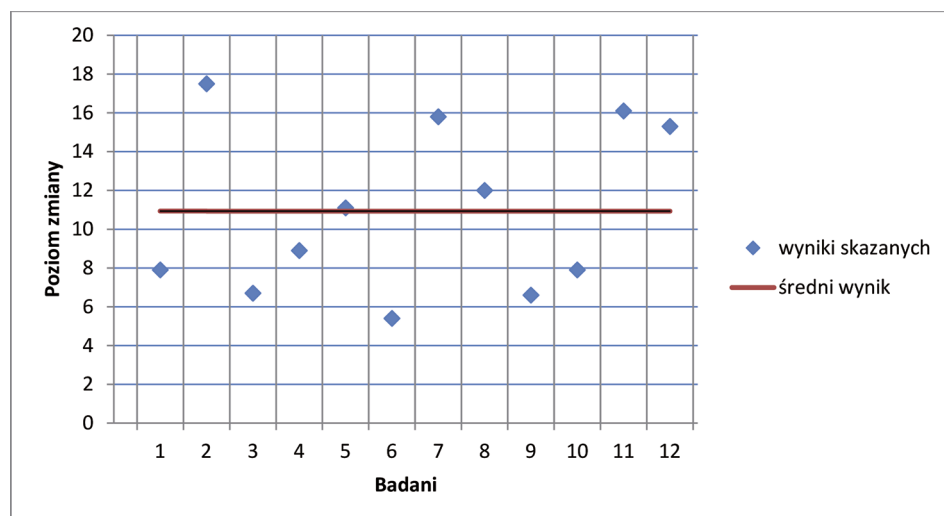
Średnia liczba spotkań wyniosła 7,64, pełen cykl 10 spotkań ukończyło dziewięciu skazanych.

Średnie wyniki dla pierwszego pomiaru ORS wyniosły 25,05 pkt przy odchyleniu standardowym 7,36, nieznacznie przekraczając linię odcięcia na poziomie 25 pkt.

W ostatnim pomiarze ORS średni wynik wyniósł 35,5 przy odchyleniu standardowym 5,91.

Skuteczne oddziaływania resocjalizacyjne zależą także od tego, jak szybko ujawni się zmiana w zachowaniu skazanego – w badaniach ujawniła się ona średnio na 2.91 spotkaniu, najwcześniej podczas drugiego, najpóźniej podczas szóstego spotkania.

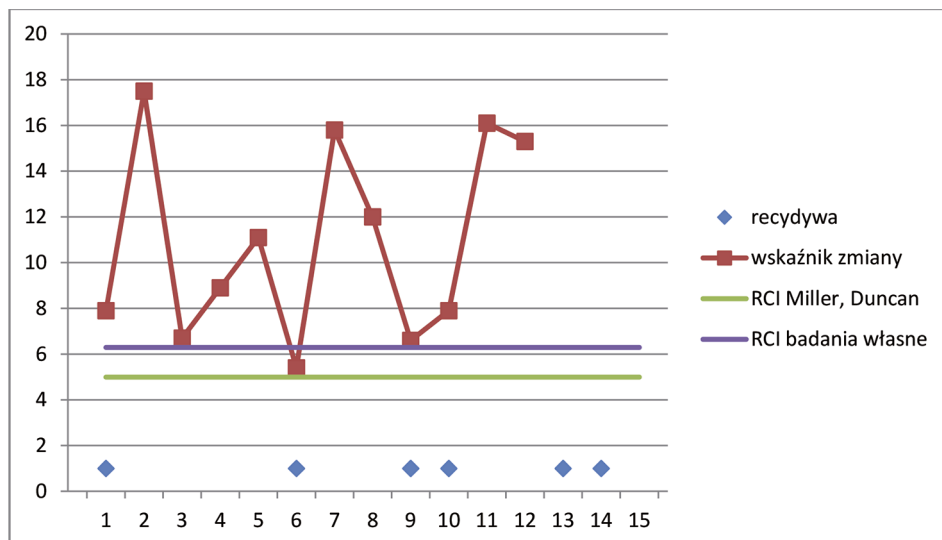
S. D. Miller i B. L. Duncan wskazują, że znacząca klinicznie zmiana (Reliable Change Index) dla badanych wynosi 4,99, a więc między pierwszym a ostatnim pomiarem powinno dojść do wzrostu o co najmniej 5 punktów. Wyliczony na potrzeby tego badania wskaźnik RCI wyniósł 6,29, co wynika z większego odchylenia standardowego niż w badaniach autorów narzędzia (8,58 w badaniu autorki, u S. D. Millera i B. L. Duncana 6,8). To oznacza, iż skazani dokonać powinni większego postępu, by móc mówić o znaczącej klinicznie zmianie, która nie wynika ze zmiennego nastroju czy błędów w narzędziu i/lub pomiarze.



Wykres 1. Rozkład wskaźnika zmiany u poszczególnych badanych

Źródło: opracowanie własne.

Średnia zmiana u badanych wyniosła 10,93, co mogłoby napawać optymizmem, jednak zastanawiają wyniki po zestawieniu ich ze wskaźnikiem recydywy.

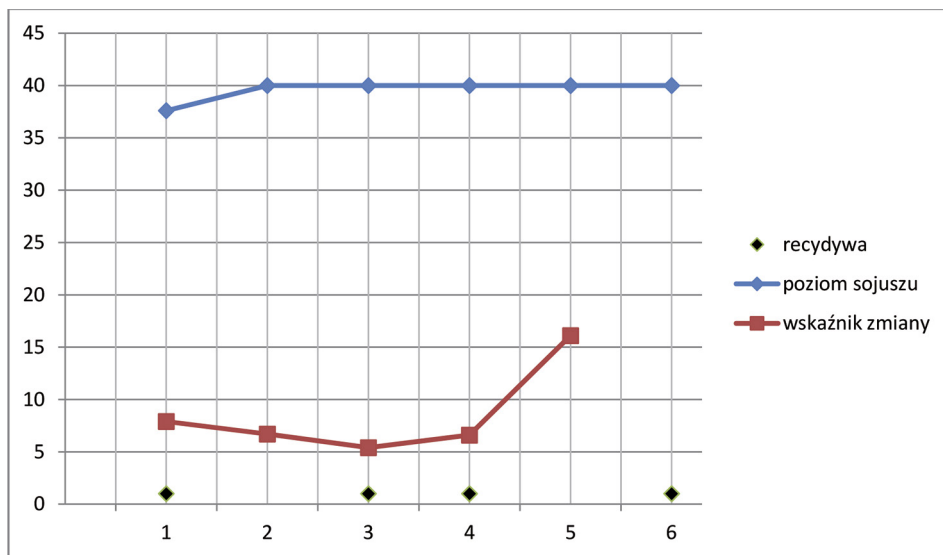


Wykres 2. Zestawienie wskaźnika zmiany z powrotnością do przestępstwa

Źródło: opracowanie własne.

Spoglądając na wykres 2 można stwierdzić, że zgodnie z założeniami S. D. Millera i B. L. Duncana badani przekroczyli granicę znaczącej klinicznie zmiany. Co więcej, poza jednym przypadkiem przekroczyli oni także tę wyższą wartość RCI wyliczoną w badaniu własnym. W dwóch wcześniej opisanych przypadkach nie było możliwości obliczenia zmiany. Spoglądając na skazanych, którzy powrócili do przestępstwa i ich wyniki dotyczące zmiany, zauważyć można, że pojawia się ona u tych skazanych, u których wskaźnik zmiany oscyluje wokół dolnych wartości, ci zaś badani, którzy dokonali dużego progressu w swoim funkcjonowaniu nie powrócili (w badanym okresie) do przestępstwa. Mogłoby to oznaczać na przykład, iż znacząca klinicznie granica zmiany jest wyższa niż ta wyliczona przez autorów narzędzia i w badaniu własnym.

Gdy mowa o sojuszu terapeutycznym, to przy pierwszym pomiarze badani oceniali go średnio na 33,57 przy odchyleniu standardowym 6,87. Sześciu skazanych przy pierwszym pomiarze oceniło go powyżej linii odcięcia (36+), nasuwa się jednak wątpliwość, poruszana przez S. D. Millera i B. L. Duncana, że wysokie wskaźniki sojuszu już na samym początku współpracy mogą świadczyć nie o faktycznej relacji, lecz pozornej, w której skazany nie mając jeszcze zaufania do prowadzącego obawia się ujawniać swoje oceny (Miller, Duncan 2004, s. 19). Co ciekawe, z grupy, u której sojusz mógł być pozorny, czterech badanych powróciło do przestępstwa, u nich także wskaźniki zmiany były stosunkowo niskie, co obrazuje wykres 3.



Wykres 3. Zestawienie wyników pierwszego pomiaru sojuszu ze wskaźnikiem zmiany i recydywą

Źródło: opracowanie własne.

Pozorny sojusz może być traktowany jak brak sojuszu terapeutycznego, co może wpływać na efekt końcowy oddziaływań (obrazuje to wykres 3). Ciekawe jednak, że w dwóch badanych przypadkach, u skazanych, którzy nie przekroczyli w toku pracy linii odcięcia, nie doszło do recydywy, co przy tak małej próbie wyklucza generalizację, ale staje się ciekawym zagadnieniem do dalszej analizy. Wskazywać bowiem może na wieloczynnikowy charakter zmiany, rozumianej jako skuteczna resocjalizacji.

Interesujących obserwacji dokonać można, analizując jedno ze spotkań, w którym udział brała osoba bliska dla skazanego. Oboje uczestnicy otrzymali kwestionariusz ORS, osoba bliska miała na skali ocenić poziom funkcjonowania skazanego w szacowanych obszarach. Wyniki otrzymane w obu kwestionariuszach różniły się znacząco (badany ocenił swoją sytuację na 37,6 pkt, osoba bliska na 24,2), co niewątpliwie wskazuje na subiektywizm w ocenie sytuacji, ale jednocześnie może stanowić punkt wyjścia do pracy resocjalizacyjnej. Czym innym są bowiem oczekiwania prowadzącego oddziaływania wobec skazanego i jego dalszego funkcjonowania, a czym innym jest konfrontacja skazanego z oczekiwaniami ważnych dla niego osób. Opierając się na założeniach dialogu motywującego, rozbieżności między otrzymanymi wynikami można potraktować jako punkt wyjścia do rozwijania ambiwalencji, co może w konsekwencji wzmocnić motywację do zmiany u skazanego, ale także wskazać kierunek do dalszej pracy, którą podjąć mogą bliscy osadzonego. Z drugiej strony, jakże często innych oceniamy zgodnie z „obiektywnymi” kryteriami, przykładając do nich miarę idealną, podczas gdy

wobec siebie bywamy bardziej łagodni w ocenie. Ta perspektywa może być także użyteczna, by wspólnie negocjować znaczenia, poszerzając perspektywę i szukając adekwatnych, zindywidualizowanych rozwiązań, pozwalających skazanemu odnaleźć się w środowisku, do którego wróci po opuszczeniu zakładu karnego (Sztuka 2018, s. 102).

Wnioski

Chcąc prowadzić efektywne i skuteczne oddziaływania resocjalizacyjne, należy brać pod uwagę rozmaite czynniki, których występowanie i odpowiedni poziom zwiększa prawdopodobieństwo sukcesu. Ujęte one zostały przez T. Warda i współpracowników w Wieloczynnikowy Model Gotowości Sprawcy. Warto jednak pamiętać, że żaden z tych czynników występując osobno nie zwiększy znacząco skuteczności. Celem prowadzonych badań winno być rozwinięcie dobrych, opartych na dowodach naukowych praktyk, które odnosiłyby się do całej grupy czynników. Dzięki temu możliwe stałoby się ocenianie skuteczności podejmowanych, tak przez praktyków, jak i samego skazanego, działań w odniesieniu do jasnych i mierzalnych kryteriów. Jak wskazuje Z. Bartkowicz, „stosując miarę psychologiczną, zadajemy pytanie o skuteczność absolutną: «Jak znaczne i na ile korzystne są przeobrażenia, które dokonały się u resocjalizowanych?» Ocena skuteczności resocjalizacji przez pomiar ewolucji psychicznej wymaga co najmniej dwukrotnej diagnozy: pierwszej wykonywanej na początku procesu [...] oraz kolejnej wykonywanej na końcu ocenianego okresu oddziaływań. Badania takie nazywane też są ekspertalno-ewaluacyjnymi (Pytka 2000) i postulowane jako optymalny sposób ustalenia stopnia skuteczności resocjalizacji” (Bartkowicz 2016, s. 52). W postulat ten wpisują się badania wykorzystujące opisane w tym artykule narzędzia do oceny rezultatów i sojuszu terapeutycznego.

Abstract: Utilizing questionnaires to assess outcomes and therapeutic alliance in penitentiary resocialization as a component of strengthening readiness for resocialization

The main purpose of this article is to show possibility of using Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in social rehabilitation practice. The starting point is The Multifactor Offender Readiness Model which allows to understand how internal and external factors affect the readiness to enter program, to engage in it and consequently lead to effective social rehabilitation. The tools created by S. D. Miller and B. L. Duncan are simple and allow to collect information about respondent's functioning. Session Rating Scale provides information about quality of therapeutic alliance, while its presence does not determine social rehabilitation success, its absence may reduce the effectiveness of the program. In the final part of this article preliminary results of research conducted among prisoners are described.

Key words: Multifactor Offender Readiness Model, Outcome Rating Scale, Session Rating Scale, social rehabilitation outcomes.

Bibliografia

- [1] Afolabi O. E., Adebayo F. A., 2017, *Wyjaśnienie zależności pomiędzy przymierzem terapeutycznym a efektami terapii: rola pośredniczącego wpływu wieku i płci w leczeniu uzależnień u osób nieletnich*, „Resocjalizacja Polska”, 13.
- [2] Bartkowicz Z., 2016, *Skuteczność resocjalizacji – w kręgu drażliwych pytań*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, 35, 2.
- [3] Bordin E. S., 1979, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, „Psychotherapy: Theory, Research and Practice”, 16, 3.
- [4] Bringham D. L. i in., 2006, *The Reliability and Validity of the Outcome Rating Scale: A Replication Study of a Brief Clinical Measure*, „Journal of Brief Therapy”, 5, 1.
- [5] Brzezińska A., 2005, *Badania ewaluacyjne w psychologii klinicznej*, [w:] *Psychologia kliniczna*, t. 1, (red.) H. Sęk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- [6] Burt M., 1980, *Measuring prison results: ways to monitor and evaluate corrections performance*, National Institute of Justice, Washington.
- [7] Campbell A., Hemsley S., 2009, *Outcome Rating Scale and Session Rating Scale in psychological practice: Clinical utility of ultra-brief measures*, „Clinical Psychology”, 13, 1.
- [8] Carey K. B. i in., 1999, *Assessing Readiness to Change Substance Abuse: A Critical Review of Instruments*, „Clinical Psychology, Science and Practice”, 6 (3).
- [9] Chojecka J., 2016, *Kształtowanie gotowości do zmiany jako element działań preparacyjnych w procesie resocjalizacji*, „Studia Edukacyjne”, 42.
- [10] Chojecka J., Muskała M., 2021, *Uwarunkowania gotowości do resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- [11] Cierpiątkowska L., Kubiak L., 2010, *Niespecyficzne czynniki leczące a efektywność terapii alkoholików*, „Nauka”, 2.
- [12] Duncan B. L., 2017, *Foreword*, [w:] *Solution-focused cognitive and systemic therapy. The Bruges Model*, (red.) L. Isebaert, Routledge, New York.
- [13] Duncan B. L. i in., 2003, *The Session Rating Scale: Preliminary Psychometric Properties of a “Working” Alliance Measure*, „Journal of Brief Therapy”, 3, 1.
- [14] Evans C. i in., 2002, *Toward a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-EM*, „British Journal of Psychiatry”, 180.
- [15] Gochyyev P., Skeem J. L., 2019, *Efficiently Assessing Firm, Fair, and Caring Relationships: Short Form of the Dual Role Relationship Inventory*, „American Psychological Association”, 31, 3.
- [16] Kennealy P.J. i in., 2012, *Firm, Fair, and Caring Officer-Offender Relationships Protect Against Supervision Failure*, „Law and Human Behavior”, 36, 6.
- [17] Kirkpatrick T. i in., 2018, *Evaluation of a complex intervention (Engager) for prisoners with common mental health problems, near to and after release: study protocol for a randomized controlled trial*, „BMJ Open”, 8, 2.
- [18] Lambert M. J., 2013, *Outcome in psychotherapy: the past and important advances*, „Psychotherapy”, 50, 1.
- [19] Lambert M. J. i in., 1996, *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)*, American Professional Credentialing Services, Wilmington.

- [20] Lambert M. J. i in., 2001, *Patient-Focused Research: Using Patient Outcome Data to Enhance Treatment Effects*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 69, 2.
- [21] Marsden J. i in., 2008, *Development of the treatment outcomes profile*, „Addiction”, 103.
- [22] Martin D. J. i in., 2000, *Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 68, 3.
- [23] Martinson R., 1974, *What works? : questions and answers about prison reform*, „The Public Interest”, 35.
- [24] McMurrin M., Ward T., 2010, *Treatment Readiness, Treatment Engagement and Behaviour Change*, „Criminal Behaviour and Mental Health”, 20 (2).
- [25] Miller S. D., Duncan B. L., 2004, *The Outcome and Session Rating Scales, Administration and scoring manual*, Institute for the Study of Therapeutic Change, Chicago.
- [26] Miller S. D. i in., 2003, *The Outcome Rating Scale: A Preliminary Study of the reliability, validity and feasibility of a brief visual analog measure*, „Journal of Brief Therapy”, 2, 2.
- [27] Miller S. D. i in., 2006, *Using Formal Client Feedback to improve Retention and Outcome: Making Ongoing, Real-time Assessment Feasible*, „Journal of Brief Therapy”, 5, 1.
- [28] Muskała M., 2021, *Zmiana w rozumieniu Transteoretycznego Modelu Zmiany*, [w:] J. Chojecka, M. Muskała, *Uwarunkowania gotowości do resocjalizacji*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań.
- [29] Opora R., 2011, *Efektywność i możliwość jej oceny w instytucji kurateli sądowej*, „Probacja”, 3.
- [30] Scott K., Lewis C. C., 2015, *Using Measurement-Based Care to Enhance Any Treatment*, „Cognitive Behavioral Practice”, 22, 1.
- [31] Siemionow J., 2016, *Standaryzacja Młodzieżowych Ośrodków Wychowawczych. Moda czy konieczność?*, „Probacja”, 2.
- [32] Skeem J. L. i in., 2007, *Assessing Relationship Quality in Mandated Community Treatment: Blending Care With Control*, „Psychological Assessment”, 19, 4.
- [33] Sztuka J., 2018, *Perspektywa efektywności w resocjalizacji*, „Studia Pedagogica Ignatiana”, 21, 1.
- [34] Whipple J. L. i in., 2003, *Improving the Effects of Psychotherapy: The Use of Early Identification of Treatment Failure and Problem-Solving Strategies in Routine Practice*, „Journal of Counseling Psychology”, 50, 1.
- [35] Wysocka E., 2019, *Diagnoza pozytywna w resocjalizacji. Warsztat diagnostyczny pedagoga praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.

Netografia

- [36] Bargmann S., Robinson B., *Manual II Feedback-informed clinical work: the basics*, 2012, http://fit-elearning.myoutcomes.com/Content/docs/Manual_2.pdf (dostęp: 20.12.2022).
- [37] Bertolino B., Bargmann S., Miller S. D., *Manual I What Works In therapy: A primer*, 2012, https://fit-elearning.myoutcomes.com/Content/docs/Manual_1.pdf (dostęp: 18.10.2022).
- [38] Liddle M. i in., *Intermediate Outcomes Measurement Instrument (IOMI) toolkit*, [\(s. 65–82\) **81**](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attach-</p></div><div data-bbox=)

- ment_data/file/787771/intermediate-outcomes-toolkit_-guidance-notes.pdf (dostęp: 14.12.2022).
- [39] Szarfenberg R., 2010, *Zagadnienia terminologiczne*, [w:] *Ewaluacja w służbach społecznych*, (red.) B. Szatur-Jaworska, Warszawa, http://rszarf.ips.uw.edu.pl/ewalps/teksty/podrecznik_ips.pdf (dostęp: 21.06.2022).
- [40] <https://www.ehrs.com/forms/pei/oq45scoreguide.pdf> (dostęp: 18.07.2022).
- [41] Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970900557/U/D19970557Lj.pdf> (dostęp: 21.12.2022).