

PRZEŻYCIA TRAUMATYCZNE OSÓB POZBAWIONYCH WOLNOŚCI I ICH KONSEKWENCJE: FUNKCYJNALNE WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE I SPOŁECZNE DLA OSADZONYCH PO DOZNANEJ TRAUMIE

Bartosz Kwiatkowski¹

TRAUMATIC EXPERIENCES OF PERSONS DEPRIVED OF LIBERTY
AND THEIR CONSEQUENCES: FUNCTIONAL PSYCHOLOGICAL
AND SOCIAL SUPPORT FOR INMATES AFTER TRAUMA

Summary. It is not difficult to find numerous causes and consequences of traumatic experiences in the history of people with criminal records. Theoretical concepts and empirical studies provide evidence that prisoners' trauma has an environmental basis, and therefore can be linked to the violence experienced in prison. It should be noted that trauma is one of the reasons for the occurrence of socially maladjusted behavior, as well as the deliberate commission of various crimes by people. Therefore, the implementation of innovative and at the same time effective psychocorrectional interventions for traumatized convicts is an important challenge for prison practitioners. In the Polish penitentiary system, it seems reasonable to apply therapeutic assistance based on cognitive-behavioral theory, supported by a counseling model focused on the search for safety. It is also particularly important to offer professional psychological and social support to ex-prisoners, who in their daily lives struggle with recurrent symptoms of trauma and problems of readjustment to life at liberty.

Wprowadzenie

Współczesna literatura kryminologiczna, pedagogiczna i psychologiczna próbuje poruszać newralgiczny temat traumatycznych zdarzeń doświadczanych przez populację osób przebywających w zakładach karnych (Green i in., 2005; Carruth, Burke, 2006). Merytoryczna dyskusja w tym obszarze jest istotna z punktu widze-

¹ Wyższa Szkoła Bankowa w Opolu (WSB University in Opole), ORCID: 0000-0003-2889-8863.

Adres do korespondencji: Bartosz Kwiatkowski,
e-mail: kwiatkowski34@gmail.com

nia aktualnej sytuacji osadzonych kobiet i mężczyzn, a także bezpieczeństwa publicznego, zważywszy na naturalną prawidłowość powrotu sprawców przestępstw do środowiska wolnościowego, nie wliczając tych, którzy zostali skazani na karę dożywotniego pozbawienia wolności. Doniosłą kwestią pozostaje także rodzaj i jakość oferowanej pomocy w stosunku do osób zmagających się z uciążliwymi skutkami traumy oraz zaburzeniami w sferze zdrowia psychicznego.

Zagadnienie reperkusji umieszczenia w warunkach więziennych jest różnorodnie interpretowane i wyjaśniane na gruncie badań naukowych. Niektórzy autorzy przedstawiają argumenty, że nawet krótkoterminowy okres tymczasowego aresztowania lub odbywania kary pozbawienia wolności przyczynia się do powstawania wielu negatywnych konsekwencji (Toch, 2007; Miszewski, 2017). Czasowy pobyt w zakładzie karnym sprzyja bowiem odczuwaniu bezradności za sprawą zwiększającej się zależności od innych ludzi, a jednocześnie słabnącej zdolności do podejmowania suwerennych decyzji. Niektóre z dotychczasowych badań koncentrują się na wykazaniu, że instytucja penitencjarna degradowuje kondycję psychiczną poprzez przeżywanie nasilonego stresu, który jest czołową przyczyną powstawania umiarkowanej oraz ciężkiej depresji (Constantino, Assis, Pinto, 2016). Ostry lub przewlekły stres jest mocniej odczuwany w początkowym okresie uwięzienia, dlatego też zauważalnie zwiększa ryzyko dokonania samobójstwa (Bonner, 2006). Wielorakie zachowania o charakterze suicydalnym pojawiają się częściej u skazanych z udokumentowaną diagnozą choroby psychicznej, która może dotyczyć nawet 15% populacji więziennej (Teplin, Abram, McClelland, 1996; Lamb, Weinberger, Gross, 1999). Większość autorów przedstawia podstawowe informacje na temat sytuacji mentalnej więźniów, nie próbując rozróżnić stopnia głębokości zaburzeń ani genezy ich powstawania, zaś nieliczni ukazują konkretne przykłady schorzeń, z którymi borykają się osadzeni w różnych krajach świata. W opracowaniach amerykańskich naukowców można znaleźć informacje, że zaburzenia psychiczne występują u 56% więźniów stanowych, 45% więźniów federalnych i 64% więźniów przebywających w lokalnych placówkach penitencjarnych (James, Glaze, 2006). Angielskie i szkockie publikacje zawierają skrupulatniejsze dane potwierdzające obecność nerwic u 59% skazanych, natomiast objawów psychozy u 10% (Reed, 2003). Trzeba zaznaczyć, że nawet w krajach mniej rozwiniętych pod względem gospodarczym i ekonomicznym diagnozuje się poważne dolegliwości, a najczęściej psychozy, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne oraz syndrom stresu pourazowego (Brinded i in., 2001).

Niektórzy psychologowie stanowczo kwestionują ważność przeprowadzanych badań dotyczących poważnych szkód zdrowotnych pojawiających się w wyniku obligatoryjnego uwięzienia, twierdząc, iż są to „nieodpowiednio solidne” projekty badawcze, omawiane błędnie, a co więcej, zawierające niemiarodajne techniki pozyskiwania danych o rozpatrywanym problemie (Bonta, Gendreau, 1990). Podobne przesłanki skłoniły kilka lat wcześniej nielicznych reprezentantów nauk kryminologicznych bądź społecznych do wykazania, iż psychologiczne implikacje

stosowania sankcji karnej nie są zbyt znaczące, aby je wnikliwiej analizować (Bukstel, Kilmann, 1980), aczkolwiek przeważająca liczba zarówno wcześniejszych, jak i późniejszych dysertacji przeczy takim opiniom (Sapsford, 1978; Haney, 2008). Znamienitym przykładem jest socjologiczne zapatrywanie na życie więźniów precyzyjnie, a zarazem trafnie przedstawione przez Donalda Clemmera, dla którego terażniejszość izolacyjna nie jest ani normalna, ani naturalna, a co więcej, należy ją rozpatrywać w kategoriach najbardziej poniżających eksperyencji (Clemmer, 1958). Uwierzytelnieniem przywołanego wywodu niech będzie eksperyment więzienny zrealizowany w Stanford, w którym role osób odseparowanych od społeczeństwa odgrywała losowo dobrana grupa studentów. Intensywne cierpienie psychiczne większości uczestników tożsame z wystąpieniem ostrej traumy spowodowało, iż w symulowanej przestrzeni zakończono pomiar bodźców przed założonym pierwotnie terminem. Część studentów uskarżała się na powstały ból fizyczny o intensywnym nasileniu, u innych zaś zarejestrowano oznaki depresyjne, a także wzmożoną wściekłość lub zauważalny niepokój. Ostatecznie przedstawiony eksperyment spowodował dynamiczny rozwój badań nad heterogenicznymi skutkami izolacji, które utrzymują się również po zwolnieniu z zakładu karnego (Clemmer, 1958).

Obiektywnie rzecz ujmując, więzienie nie jest strefą wojny czy walk, lecz osoby pozbawione wolności skłonne są do artykułowania takich spostrzeżeń, wskazując jednocześnie, że istnieje w nim duże prawdopodobieństwo zaznania traumatycznego zdarzenia (Novisky, Peralta, 2020). Subiektywnie objaśniana i wartościowana w kategoriach traumy jest sytuacja, w której człowiek bezpośrednio przeżywa uszczerbek fizyczny, grozi mu zagrożenie poważnym uszkodzeniem ciała lub śmiercią, czy też jest świadkiem gwałtownego wydarzenia bądź dowiedział się o poważnym urazie czy śmierci bliskiej osoby (Carruth, Burke, 2006). W wąskim znaczeniu trauma jest warunkowana wystąpieniem pojedynczego, rzadkiego i niespodziewanego urazu, bólu czy szoku (Steuden, Janowski, 2016). Przykładem drastycznego urazu, do którego może dojść podczas odbywania orzeczonej kary kryminalnej, jest niewątpliwie wykorzystanie seksualne i poważne pobicie ze strony innych więźniów. W konsekwencji tego rodzaju zdarzeń osadzeni mogą odczuwać stały niepokój i nadmierne wyczulenie na różnorodne bodźce zewnętrzne. Statystycznie częściej w jednostkach penitencjarnych dochodzi do znęcania fizycznego, niemniej przemoc seksualna także występuje, choć z powodu wstydu czy zażenowania jest rzadziej zgłaszana wychowawcom lub psychologom, nie mówiąc już o oficjalnym zawiadomieniu organów ścigania. Niemal jedna czwarta osadzonych mężczyzn zgłasza, że była ofiarą przemocy seksualnej podczas pobytu w więzieniu (Struckman-Johnson, Struckman-Johnson, 2000). Powstanie zespołu stresu pourazowego (PTSD) jest bardziej prawdopodobne w wyniku napaści seksualnej niż przeżycia kłęski żywiołowej lub losowego wypadku (Yehuda, LeDoux, 2007), lecz według niektórych badań opartych na wnikliwej analizie kryteriów diagnostycznych stwierdzono, że zespół stresu pourazowego występuje tylko u 4% osadzonych (Brink, Doherty, Boer, 2001), inne eksploracje wskazały jednak, że 21% osadzonych

zmaga się z tym problemem (Powell, Holt, Fondacaro, 1997). Bycie świadkiem przemocy lub śmierci współosadzonego również może wywołać wiele traumatycznych następstw, natomiast nieprzewidywalność wymienionych zdarzeń sprzyja dodatkowo wystąpieniu poczucia bezradności, utraty kontroli lub niepewności. Warto podkreślić, że świadomość istnienia potencjalnego zagrożenia w izolacji penitencjarnej może pogarszać funkcjonowanie słabszych psychicznie skazanych poprzez stwarzanie kłopotów dyscyplinarnych oraz inicjowanie zachowań agresywnych (Leidenfrost, Antonius, 2020).

W literaturze wskazuje się również na szersze znaczenie terminu traumy, która powstaje z wielokrotnionych incydentów trudnych do przewidzenia (Steuden, Janowski, 2016). W tym rozumieniu kryzysy życiowe, konflikty czy choroby mogą warunkować jej powstawanie u obu płci. W zakładzie karnym powszechne jest doświadczanie sytuacji stresowych (np. utrata kontaktu z partnerką życiową i dziećmi, nagłe pogorszenie się stanu zdrowia osadzonego, konflikt z współosadzonymi i personelem więziennym, odbywanie kary w celi izolacyjnej za popełnione wykroczenia dyscyplinarne, wydłużenie się okresu pobytu w zakładzie karnym po wypłynięciu kolejnego wyroku, uzyskanie odmowy na udzielenie przerwy w karze itd.), które im dłużej trwają i częściej występują, mogą bezpośrednio sprzyjać powstawaniu traumy. Niektóre traumatyczne zdarzenia z większym prawdopodobieństwem zachodzą w jednostkach charakteryzujących się wzmożonym stopniem zabezpieczeń, inne zaś mogą zaistnieć także w zakładach karnych typu półotwartego lub otwartego. W tym ujęciu nader trudno jest w oddziaływaniach ochronnych czy penitencjarnych wyeliminować wszystkie hipotetyczne źródła powstawania traumy u osadzonych, niemniej zainteresowanie personelu więziennego powinno dotyczyć osób szczególnie narażonych na niebezpieczeństwo doznania uszczerbku fizycznego lub psychicznego. Zaskakująco duży odsetek napaści seksualnych na osadzonych mężczyzn stwierdzono w badaniach amerykańskich, dowodząc jednocześnie, że blisko 60% z nich wskazało, że sprawcą seksualnym był pracownik zakładu karnego, zaś w 26% napastnikiem był inny osadzony (Struckman-Johnson, Struckman-Johnson, 2000). W cytowanym badaniu wyszczególniono, iż prawdopodobieństwo przymusu seksualnego zwiększa się podczas odbywania kary w dużych zakładach karnych, w których dodatkowo brakuje odpowiednich zabezpieczeń ochronnych. Ponadto znaczny odsetek więźniów odbywających w jednej placówce penitencjarnej karę za przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu człowieka uznano za kolejny czynnik sprzyjający wykorzystywaniu seksualnemu, podobnie jak pojawiające się różnorodne konflikty na tle rasowym. Wskazać należy, że zarówno w środowisku otwartym, jak i zamkniętym ludzie po przebytej traumatycznej sytuacji prezentują gwałtowne i nieadekwatne reakcje, które utrzymują się nawet przez kilka lat. Symptomy doznanej traumy obejmują zwykle zwiększoną wrażliwość na stres, skłonność do poszukiwania nowych i wysoce stymulujących wrażeń czy wysoki poziom negatywnej emocjonalności, impulsywności i agresji (Otto, O'Cleirigh, Pollack, 2007; Najavits, Walsh, 2012).

Nieprzepracowana trauma przyczynia się do podejmowania zachowań niezgodnych z przepisami prawa, które skutkują zastosowaniem środka zapobiegawczego w postaci tymczasowego aresztowania lub wydaniem prawomocnego wyroku za popełnione przestępstwa (Jennings, Piquero, Reingle, 2012). Wielokrotna karalność jest również powiązana z traumatycznymi przeżyciami, które z równym prawdopodobieństwem mogą pojawić się u obu płci podczas odbywania kary pozbawienia wolności (Nyamathi i in., 2012). Z drugiej strony o zaznanym wydarzeniu traumatycznym, w głównej mierze związanym z nadużyciami fizycznymi, seksualnymi czy emocjonalnymi, częściej są skłonne zawiadamiać skazane kobiety (Jäggi i in., 2016). Na względzie warto mieć jednak, że zaznanie przynębiającego przeżycia nie stanowi bezwzględnej podstawy do przeprowadzenia profesjonalnej diagnozy psychologicznej ukierunkowanej na ustalenie kryteriów zaistniałej traumy, albowiem w pierwszej kolejności ocena bezradności czy zasmucenia powinna być zwerbalizowana przez osobę poszkodowaną. W tym kontekście kobiety i mężczyźni odbywający karę pozbawienia wolności w zależności od osobistych predyspozycji intelektualnych, osobowościowych oraz presji środowiskowych mogą posiadać unikalny ogląd tego samego incydentu, którego nie należy ignorować. Niedoszacowanie lub przeszacowanie traumy w trakcie przeprowadzanej diagnozy wynika zazwyczaj ze sposobu jej diagnozowania, ale również analizy i oceny zależności między zasobami odrębnych osób a wydarzeniem urazowym, czy też indywidualnym sposobem percepcji i oceny sytuacji oraz dostępności wsparcia (Steuden, Janowski, 2016).

Przemoc w więzieniu – pierwszoplanowa przyczyna traumy osób pozbawionych wolności

W różnych obszarach świata mieszkańcy dzielnic o wysokim poziomie przestępczości są najbardziej narażeni na to, aby stać się ofiarami przestępstw ze strony osób zamieszkałych w pobliskiej wspólnocie (Berg, Loeber, 2011). Opinia publiczna przedkłada stanowisko, że zakład karny jest miejscem niebezpieczniejszym od środowiska wolnościowego, choć oficjalne statystyki oparte na zgłoszonych zdarzeniach z jednostek penitencjarnych zaniżają rzeczywiste zagrożenie różnych grup osadzonych. Wśród niebezpieczeństw najczęściej sygnalizowanych należy wskazać na zjawisko przemocy, które jest trwałym elementem każdego ze współczesnych systemów więziennictwa, a zarazem podstawowym powodem traumy znacznej części populacji skazanych i tymczasowo aresztowanych (McCallum, 2018).

Niewątpliwie trudno jest rozpocząć wywód na temat przemocy więziennej, nie próbując uzasadnić, dlaczego jest ona nieunikniona w obszarze instytucji totalnej. Trzeba zatem zwrócić uwagę na niewielką liczbę bezpiecznych miejsc, w których można wyalienować się od innych ludzi w miarę odczuwanej potrzeby, zapewniając sobie tym samym ochronę w momentach tego wymagających. Niedawne wyniki empirycznych badań ujawniły, że osadzeni bezpieczniej czują się

w celach mieszkalnych oraz nadzorowanej i zorganizowanej przestrzeni (np. kaplicy), tymczasem ich lęk wzmacnia na sile w miejscach ogólnodostępnych, takich jak łącznie bądź pola spacerowe (Novisky, Peralta, 2020). Pomimo zaprezentowanych wniosków ze zrealizowanych badań należy wyrazić supozycję, że cela więzienna nie jest strefą „niezagrożoną”, bowiem dochodzi w niej najczęściej do aktów przemocy psychicznej, fizycznej i seksualnej. Wprawdzie bójki i pobicia występują także w innych przestrzeniach zakładu karnego, lecz roczna statystyka udostępniana przez Centralny Zarząd Służby Więziennej świadczy o wyraźnym i niespodziewanym spadku tego typu zdarzeń nadzwyczajnych na terytorium Polski (Roczna Informacja Statystyczna CZSW). W 2018 r. zgłoszono bowiem 127 pobić lub bójek, w 2019 r. było ich 132, zaś w 2020 r. ich liczba nie przekroczyła 72. Przedstawione dane wydają się niedoszacowane zwłaszcza w porównaniu z innymi krajami, gdzie na 1000 skazanych zgłasza się średnio 252 napaści fizyczne ze strony współwięźniów (Wolff i in., 2007). Nie można zatem wykluczyć, że blisko 50% spadek liczby aktów agresji bezpośredniej w polskich jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej w ostatnim roku wynika z braku zgłoszenia zaistniałych wypadków, podobnie jak w latach ubiegłych. Samodzielne rozwiązywanie konfliktów interpersonalnych przez administrację zakładu karnego jest nagminne, nie zawsze jednak przynosi pozytywne następstwa długoterminowe, gdyż zmiana osadzenia wewnątrz zakładu karnego czy przetransportowanie agresora w inne miejsce nie oznacza bezspornie powstrzymania przyszłych aktów przemocy z jego strony.

Odbywanie kary pozbawienia wolności, podczas której wartość człowieka jest podważana, a jego bezpieczeństwo zagrożone, przyczynia się do akceptacji postaw afirmujących wyrządzenie innym krzywdy oraz usprawiedliwiania własnej przemocy (Martin i in., 2015; Kwiatkowski, 2021). Reagowanie agresją może być jedną z wielu odpowiedzi na trudy wymierzonej sankcji karnej tudzież wynikać z przekonań więźniów dotyczących niezbędności przedstawienia w sposób sugestywny swojego wizerunku mającego dodatkowo potwierdzić osobisty potencjał agresywności (McCorkle, 1992). Słuszność przywołanej tezy uwierzytelniają rezultaty badawcze dowodzące, że około 25% napaści na współosadzonych jest warunkowane chęcią zademonstrowania własnej siły i nieugiętości, żeby wzbudzić szacunek w swoim kręgu społecznym (Edgar, O'Donnell, Martin, 2003). Ponadto motywacja tymczasowo aresztowanych lub skazanych do inicjowania przemocy może wynikać zarówno z odczuwania wysokiego napięcia gniewu czy strachu, jak i potrzeby zneutralizowania nagromadzonego napięcia emocjonalnego albo rywalizacji o władzę. Stanie się ofiarą przemocy może wystąpić także, gdy motywacja napastników jest determinowana pragnieniem ukarania kogoś za niewłaściwe zachowanie w czasie teraźniejszym, a nawet popełnione w przeszłości przestępstwo. Z teoretycznego punktu widzenia skazani odbywający karę za przestępstwa o charakterze seksualnym oraz stosujący przemoc w środowisku domowym są najbardziej narażeni na wrogość otoczenia, aczkolwiek rzadko są oni obiektem wymownej przemocy. W polskich realiach więziennych wzmożone oddziaływania

wychowawcze umożliwiają sprawną separację sprawców wymienionych przestępstw od ogółu osadzonych, a przede wszystkim tych, którzy utożsamiają się z podkulturą więzienną. Jak obrazują wyniki badań, niepokój przed brutalną wiktymizacją dotyczy około 40% młodych oraz starszych skazanych, a oprócz tego osoby w wieku od 18 do 24 lat są częściej świadkami łagodnych lub poważnych napaści (Maschi i in., 2011).

Narażenie na traumę jest wypadkową wielu czynników, chociaż niektóre wrodzone cechy istotnie korelują z ryzykiem zaznania poważnego uszczerbku fizycznego lub psychicznego, a także wpływają na prezentowanie odmiennych reakcji na traumę u obu płci (Yehuda, LeDoux, 2007). Ponieważ niektóre konkluzje badawcze statują, że ofiarami przemocy fizycznej i seksualnej częściej są kobiety, które dodatkowo wyróżnia wyższy wskaźnik syndromu stresu pourazowego (PTSD) objawiający się nadwrażliwością, depresją, izolacją społeczną, trudnościami z regulacją emocji oraz skłonnościami samobójczymi (Green i in., 2005). Obszerne analizy poświęcone PTSD potwierdziły występowanie powyższych następstw również w przypadku ukaranych mężczyzn (Novisky, Peralta, 2020). Stanie się ofiarą przemocy zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn może powodować wystąpienie określonych reakcji organizmu, chociaż samo widzenie lub słyszenie odgłosów agresji może je także uruchomić. Nadmierna czujność i wrogość powstała u pokrzywdzonych po silnym urazie zwiększa prawdopodobieństwo późniejszego aresztowania w wyniku eskalacji agresji w kontaktach z policją, która dokonuje prewencyjnego wylegitymowania obywatela, nie mając pierwotnie na celu ustalenia sprawcy dokonanego „gdziekolwiek” i „jakiegokolwiek” przestępstwa (Worden, Shepard, 1996). Należy także zaznaczyć, że 45% osadzonych przyznających się do partycypacji w wydarzeniu traumatycznym częściej doświadcza przemocy instytucjonalnej oraz stosuje różne formy agresji wobec współosadzonych i personelu więziennego (Martin i in., 2015). Prezentowanie wrogich i napastliwych zachowań może przyczynić się do przeżycia gwałtownej, osobistej traumy w postaci zachowań odwetowych (Jennings, Piquero, Reingle, 2012).

Trzeba podkreślić, że redukcja zachowań przemocowych bez względu na ich pierwotne źródło następuje w wyniku sumiennego udziału w programach readaptacji wspartych koncepcją poznawczo-behawioralną lub teorią społecznego uczenia się. W literaturze fachowej przytacza się jednak argumenty, że ich skuteczność jest silnie powiązana zarówno z prawidłową konstrukcją tych programów, jak i zintegrowanym modelem leczenia, który musi uwzględniać obowiązujący reżim instytucjonalny oraz namacalne zagrożenia kryminogenne (Auty, Cope, Liebling, 2017). W zakresie lepszej ochrony osadzonych, w tym także ich zdrowia psychicznego, potrzeba systematycznych inwestycji zarówno w system więziennictwa, jak i wspierania więzi rodzinnych osadzonych, które bezspornie uznaje się za czynnik chroniący przed wystąpieniem problemów emocjonalnych podczas przebywania w zakładzie karnym (Constantino, Assis, Pinto, 2016). Tworzenie przyszłych oddziaływań z zakresu zapobiegania zachowaniom agresywnym więźniów

powinno także uwzględniać światowy dorobek naukowy z dziedziny kryminologii, resocjalizacji czy psychologii. Odpowiedzi na pytania dotyczące najbardziej produktywnych metod minimalizujących przemoc instytucjonalną są metodycznie udzielane przez przedstawicieli przywołanych nauk, jednakże nie należy rezygnować z samodzielnego dokonywania ewaluacji skonstruowanych strategii resocjalizacyjnych na podstawie otrzymanych informacji zwrotnych od uczestników proponowanych oddziaływań.

Wśród wielu przyczyn omijania skonkretyzowanych interwencji psychologicznych przez osadzonych mężczyzn należy wskazać na ich stanowczą akceptację tradycyjnych ról i wzorców męskości. Stronienie od kobiecych zachowań, w tym restrykcyjnej emocjonalności, osiągnięć czy statusu, a także docenianie samowystarczalności i agresji oznacza przywiązanie do uniwersalnych kanonów męskości (Levant, 1992). Współczesne opracowania teoretyczne i empiryczne dowodzą, że mężczyźni są dobrze socjalizowani do spełniania stereotypowych norm męskich, a ewoluujące standardy socjalne zmieniają dynamicznie ich zapatrywania na założony ideał, który nie musi wyrażać się poprzez siłę fizyczną lub niezależność (Hopton, Huta, 2013). W tym rozumieniu zasymilowane normy i ideały są źródłem trudności mężczyzn, którzy zaznali traumy, niemniej powinny one stanowić dla nich wyzwanie, aby w sposób konstruktywny przezwyciężać niedogodności bądź przeciwności życiowe. Przekonanie o powinności samodzielnego „wyleczenia się” z traumy lub poradzenia sobie bez pomocy innych ludzi jest rozpowszechnione u mężczyzn odwołujących się do konserwatywnych ról płciowych (Connell, 2005). Takie zapatrywanie cechuje zarówno osoby, które nigdy nie weszły w konflikt z prawem, jak i mające mniejszą lub większą przeszłość kryminalną niekoniecznie wyrażoną w pobytach w zakładach karnych. Niezależnie od indywidualnej historii karalności mężczyźni z syndromem stresu pourazowego, którzy nie zauważają efektów współpracy terapeutycznej z powodu niespełnienia tradycyjnych wymagań płciowych, mogą doznawać napięcia rozbieżności (Baljon, 2011). W opinii niektórych badaczy osoby pozbawione wolności wyróżnia hiper-męskość będąca niekorzystnym wynikiem zarówno ukrytej nadwrażliwości, jak i różnych form wykorzystania, w tym seksualnego (Forde, Duvvury, 2017). Jednostki „hiper-męskie” mogą gorzej reagować na prowadzone interwencje psychokorekcyjne, co przekłada się na niższy potencjał do pełnienia prawidłowych ról społecznych w warunkach wolnościowych. Ponadto prawowite funkcjonowanie poza obrębem zakładu karnego może być bezsprzecznie utrudnione przez ich nasiloną skłonność do inicjowania zachowań agresywnych, niemniej jednak tego rodzaju zależność należałoby jeszcze empirycznie zweryfikować.

Reasumując przytoczone spostrzeżenia odnoszące się do problematyki przemocy masowo występującej w warunkach izolacyjnych, należy stwierdzić, że zakład karny nie jest zazwyczaj pierwszym miejscem, w którym osadzeni zmagają się z zachowaniami agresywnymi. Niestety w środowiskach obiektywnie zamkniętych zaznawanie przemocy podważa efekty repertuaru proponowanych środków

resocjalizacyjnych, do których istotną wagę przywiązuje nowożytny wymiar sprawiedliwości czy zhierarchizowany system instytucji penitencjarnej. Długotrwałe konsekwencje przemocy stosowanej wobec więźniów, uwikłane w jednostkowo destrukcyjne sytuacje czy konteksty, uznaje się w różnych krajach świata za czynnik kryminogeny, a więc podwyższone wskaźniki uwięzienia mogą paradoksalnie przyczynić się do powstawania przestępczości w społeczeństwie (Haney, 2008). Zaprezentowany pogląd wymaga jednak uwierzytelnienia w badaniach długoterminowych, najlepiej u skazanych obu płci, znajdujących się w odmiennym okresie życia lub obdarzonych specyficznymi cechami genetycznymi. Następne dysertacje studialne poświęcone tematyce traumy wywołanej narastającą ofensywą w więzieniach powinny też być skoncentrowane na przykrych skutkach przemocy zarówno dla ofiar, jak i świadków. Warto postarać się także określić stopień ryzyka zagrożenia przemocą w polskich zakładach karnych, zwłaszcza wobec marginalizowanych grup osadzonych, takich jak osoby niepełnosprawne i homoseksualne lub osoby innej narodowości niż polska.

Interwencje stosowane w trakcie uwięzienia oraz po wyjściu na wolność wobec ludzi doświadczających traumy

W wielu krajach istotność problemu kondycji psychicznej osób pozbawionych wolności ma odzwierciedlenie w ilości planowanych oraz realizowanych badań naukowych, a także w oddziaływaniach psychologicznych i psychiatrycznych kierowanych do jednostek szczególnie ich wymagających. Zintensyfikowane formy wsparcia prowadzi się przede wszystkim wobec osadzonych po stwierdzeniu poważnych chorób psychicznych, marginalizując tym samym konieczność wspomnienia ludzi po przebytej traumie (Teplin, Abram, McClelland, 1996). Pomijanie interwencji psychokorekcyjnych wobec wymienionej grupy osób sprzyja destabilizacji ich zdrowia psychicznego (Hosser, Raddatz, Windzio, 2007) oraz podejmowaniu przez nich różnorodnych zachowań przestępczych w przyszłości (Nyamathi i in., 2012).

Całkiem niedawno w piśmiennictwie amerykańskim przedstawiono interesujący pogląd, iż wsparcie osób pozbawionych wolności z historią traumatycznych zdarzeń powinno być oparte na stworzeniu koncepcyjnych i praktycznych strategii, które dodatkowo służą projektowaniu oraz wdrażaniu skutecznych zabiegów terapeutycznych (Pettus-Davis i in., 2019). Stanowisko Carrie Pettus-Davis i jej współpracowników (2019) wskazuje, że u podstaw zaproponowanych oddziaływań korekcyjnych muszą leżeć zarówno teorie psychospołeczne dedykowane problematyce traumy, jak i badania empiryczne obejmujące sprawność leczenia wskaźników traumatycznych oraz rozwiązania praktyczne stosowane w więzieniach. Sugerowane interwencje ułatwiają osobom karanim nabycie rozległej wiedzy na temat osobistej traumy, rozwijanie umiejętności przeciwdziałania negatyw-

nym myślom i zachowaniom bądź też uświadomienie sobie podłoża symptomów traumy (Pettus-Davis i in., 2019). Ważnym elementem przybliżanej koncepcji korektywnej jest także uczenie osadzonych przetwarzania zaznanej traumy w niezbędnym zakresie, aby łatwiej było im konstruować oraz wzmacniać sensowne i przyzwoite doświadczenia życiowe. Trzeba podkreślić, że oferowanie wszechstronnej pomocy musi uwzględniać terażniejszy los skazanych, ale przede wszystkim odnosić się do przeszłości, która jest wnikliwiej planowana przez proaktywnych mężczyzn, o czym świadczą polskie badania naukowe (Kwiatkowski, 2021). Kolejnym ciekawym wnioskiem Pettus-Davis (2019) jest zwrócenie uwagi na potrzebę „mobilizacji” wychowawców i psychologów pracujących w jednostkach penitencjarnych, gdyż podczas odbywania orzeczonej kary osadzeni nie mają dostępu do terapeutów pracujących poza zakładem karnym. W naszym kraju sytuacja wygląda podobnie, a zatem jedynie pracownicy działu penitencjarnego lub oddziałów terapeutycznych świadczą usługi psychokorekcyjne czy rehabilitacyjne na rzecz całej populacji więziennej.

W proponowanym podejściu interwencyjnym wyróżniono trzy fazy, które w odmiennym czasie koncentrują się na ludziach karanych z przebytą traumą (Pettus-Davis i in., 2019). W teorii pierwsza faza powinna rozpoczynać się najpóźniej na trzy miesiące przed zwolnieniem z zakładu karnego, skupiając się tym samym na zwiększeniu wewnętrznych zasobów człowieka do optymalnego reagowania na stresory i objawy PTSD. U osadzonych redukcja szkodliwego stresu powinna następować poprzez stosowanie odpowiednich strategii relaksacyjnych (np. treningu oddechu) czy wizualizacji, którą warto praktykować także w trakcie indywidualnych spotkań terapeutycznych, ponieważ przypominanie sobie zdarzeń emocjonalnie nacechowanych przyczynia się często do występowania stanów lękowych. Obserwacje niektórych klinicystów dowodzą, że kobiety poddawane interwencjom skierowanym na redukcję symptomów PTSD reagują na nie lepiej niż mężczyźni (Vishnevsky i in., 2010; Wade i in., 2016). W ich przypadku użyteczna okazuje się również terapia poznawczo-behawioralna, po zakończeniu której 53% uczestniczek badania nie zgłasza sygnałów PTSD, a także rzadziej używa środków psychoaktywnych zakazanych przepisami prawa powszechnego (Zlotnick i in., 2003). Nasilone zaangażowanie więźniów w różne formy pracy nad sobą, które są proponowane przez personel więzienny w pierwszej fazie, wynika poniekąd z przejawiania przez przestępców współczucia wobec własnej osoby (Pettus-Davis i in., 2019). Określone działania podjęte w pierwszej fazie w dalszym ciągu mogą przywoływać traumatyczne wspomnienia lub generować nowe przeżycia subiektywnie interpretowane przez osadzonych jako traumatyczne. Nieprzewidywalność środowiska opresyjnego wynika z nieustannie zmieniających się warunków zewnętrznych (np. zmiana współosadzonych w celach mieszkalnych, duża rotacja personelu, możliwość przetransportowania do innego zakładu karnego bez podania przyczyny itp.), w których ukarana osoba zmagą się z deprywacją licznych potrzeb, w tym również brakiem kontroli. Nawet przed zwolnieniem z zakładu

karnego poniekąd skazani mogą odczuwać niepokój oraz awersję względem oferowanej im pomocy, a także postrzegać siebie jako osobę cały czas narażoną na zaznanie krzywdy ze strony innych ludzi. Niestety niedoceniając własnych zasobów potrzebnych do przeciwstawiania się negatywnym skutkom silnego stresu oraz odbierane z otoczenia zagrożenia zaznania traumy zwiększają zauważalnie prawdopodobieństwo nasilenia się uprzednich objawów traumatycznych (Pettus-Davis i in., 2019).

Faza druga (*reentry*) obejmuje początkowe dni i tygodnie po zwolnieniu, które są bardzo ważne z perspektywy powtórnej asymilacji do społeczeństwa. Bezpośrednio po opuszczeniu środowiska izolacyjnego wzrasta zapotrzebowanie na orędownictwo *stricte* instrumentalne tożsamy z umożliwieniem podjęcia zatrudnienia czy zmiany miejsca zamieszkania, ponieważ wysoki odsetek osadzonych niechybnie powraca do nieustabilizowanej społeczności (Clear, 2009). Z teoretycznego punktu widzenia druga faza powinna budować lub udoskonalać umiejętności radzenia sobie w nowej lub nieco zmienionej rzeczywistości, która wymaga naprawy relacji międzyludzkich zniszczonych poprzez przymusowe uwięzienie. Przytoczona sytuacja wymagająca konieczności poprawy zaniedbanych więzi po raz kolejny w życiu potęguje stres, który potencjalnie uruchamia objawy traumy, zagrażając tym samym zdolnościom nawiązywania trwałych kontaktów społecznych. Istota ludzka, przed którą otwierają się drzwi zakładu karnego, jest zmuszona do podjęcia mimowolnie nowych ról społecznych, zaś nawarstwiający się problemy w odmiennych obszarach życiowych sprzyjają poczuciu bezradności oraz agresywności, czego z całą pewnością nie akceptują członkowie rodzin skazanych (Kieszkowska, 2009). Wracając do referowania drugiej fazy, należy stwierdzić, że konsekwentnie próbuje się w niej praktykować strategię redukcji stresu, która także w fazie pierwszej ma kluczowe znaczenie. Powtórzenie konkretnych treści oraz wspieranie w tym obszarze ludzi niejednokrotnie zaburzonych osobowościowo wydaje się nad wyraz istotne, zważywszy na pojawianie się u byłych więźniów natrętnych myśli (np. dotyczących pragnienia zażycia narkotyków lub popełnienia przestępstwa), które mogą zostać zamienione w czyn zabroniony lub moralnie naganny. Sugestia Pettus-Davis i jej współpracowników (2019), aby psychologiczne interwencje w drugiej fazie dostarczali ci sami ludzie, którzy świadczyli je w zakładzie karnym, jest trudna lub całkowicie niemożliwa do urzeczywistnienia. O ile skorzystanie przez byłego więźnia ze wsparcia psychologa więziennego, który jednocześnie prowadzi prywatną działalność w świecie wolnościowym, jest osiągalne, o tyle kontakt „pomocowy” z zatrudnionym wychowawcą – pedagogiem przeprowadzającym programy readaptacyjne w zakładach karnych – jest w zasadzie nierealny. Proponowane rozwiązanie stanowi zatem największą bolączkę omawianej fazy, choć niewątpliwie realizatorom późniejszych interwencji można byłoby ułatwić nawiązanie relacji z osadzonymi, którzy na kilka tygodni przez rychłym wyjściem na wolność przygotowują się intensywnie za murami jednostki penitencjarnej.

W ostatniej, trzeciej fazie (*postincarceration*) powinno dochodzić do zauważalnej stabilizacji funkcjonowania byłych więźniów, począwszy od piątego miesiąca po zwolnieniu z zakładu karnego. Nie sposób nie zauważyć, iż autorzy prezentowanego modelu interwencyjnego postulują konieczność wspierania osadzonych aż przez 12 miesięcy, uwzględniając w tym okresie zaistnienie wielu nieprzewidywalnych okoliczności sytuacyjnych, takich jak: brak pracy czy trudność w utrzymaniu trwałych warunków mieszkaniowych (Pettus-Davis i in., 2019). Właściwe rozstrzygnięcie konwencjonalnych problemów jest bardzo ważne z perspektywy byłych więźniów, którym kwalifikacje zdobyte podczas pierwszej i drugiej fazy mają to zadanie ułatwiać. Co więcej, w trzeciej fazie rozwój osobisty powinien także wyrażać się przez podejmowanie prób zawiązywania autentycznych interakcji zarówno z rodziną czy znajomymi, jak i pracownikami opieki społecznej, kuratorem sądowym bądź pracodawcą. Poprawa funkcjonowania w życiu codziennym jest więc głównym celem ostatniej fazy, która musi wspierać budowanie zdrowych relacji i silnej sieci wsparcia. Poza tym terapia wspierająca byłych więźniów w trzeciej fazie musi poniekąd zniechęcać ich do spędzania czasu zarówno z ludźmi szkodliwymi (np. nadużywającymi alkoholu lub narkotyków, posiadającymi historię karalności czy krytyczny stosunek do legalnego zatrudnienia), jak i wywołującymi wysoki poziom stresu (np. partner stosujący przemoc domową, sąsiedzi urządzający libacje alkoholowe). Prowadzącym oddziaływania wobec osadzonych z historią traumatycznych zdarzeń powinno dodatkowo zależeć na motywowaniu ich do stałego poszukiwania wsparcia społecznego. Potrzeba wzmacniania czynników ochronnych, takich jak wsparcie społeczne, w referowanej fazie wydaje się bezsprzecznie kluczowa, lecz oprócz niej należałoby również postarać się o „przetworzenie” co najmniej jednego zdarzenia traumatycznego w pracy psychoterapeutycznej. Punktem wyjścia poznawczego przeformułowania traumy jest jednak wykształcenie się pozytywnych relacji w społeczności lokalnej byłych więźniów. Terapia przetwarzania poznawczego pomaga przede wszystkim w poznaniu specyficznych objawów traumy, uświadomieniu sobie myśli i uczuć związanych z tymi objawami, nauczeniu się umiejętności przeciwdziałania nieadaptacyjnym myślom i uczuciom oraz rozwijaniu zdolności do zmiany przekonań (Monson i in., 2006).

Powyższy model jest nowatorską konstrukcją terapeutyczną skierowaną do osadzonych werbalizujących zaznaną w przeszłości krzywdę. Osiągnięcie postępu w dziedzinie interwencji jest możliwe poprzez zastosowanie etapowego procesu wspierania osób karanych sądownie. Warto jednak, aby systemy penitencjarne w krajach współczesnego świata, które zamierzają go wdrażać, spróbowały także umiejętnie go zintegrować z innymi dostępnymi sposobami wsparcia proponowanego nie tylko przez zakłady karne, ale również instytucje państwowe, stowarzyszenia czy fundacje. Kluczowe może okazać się zatem prowadzenie regularnych oddziaływań psychokorekcyjnych, które eliminują następstwa zespołu stresu pourazowego, współistniejące problemy psychiczne bądź nawyki powstałe w wadliwym procesie socjalizacji. W tym znaczeniu zwrócić trzeba uwagę na pozytywne

implikacje terapii poznawczo-behawioralnej w warunkach więziennych wzmacnianej modelem doradczym, który ogniskuje się na poszukiwaniu bezpieczeństwa (*Seeking Safety*) przed przyszłymi urazami emocjonalnymi. W przypadku uwięzionych kobiet równoczesne zastosowanie przytoczonych metod poprawia ich funkcjonowanie interpersonalne oraz operatywność zarządzania codziennym utrudnieniom, a co więcej, redukuje niektóre objawy PTSD, a nawet wskaźniki depresyjne (Lynch i in., 2012). W niektórych amerykańskich oddziałach dla skazanych kobiet wdrażane są programy pomagające powrócić do zdrowia po przebytej traumie. Jeden z nich nazwany „Beyond Trauma” składa się z modelu interwencji wykorzystującego elementy terapii poznawczo-behawioralnej czy terapii relacyjnej, a w pojedynczych sesjach uwzględnia nadto wspieranie mocnych stron osadzonych (Messina i in., 2010). Efektywność programu „Beyond Trauma” z innymi oddziaływaniami prowadzonymi równocześnie jest jednak niewielka lub umiarkowana, gdyż nie chroni istotnie przed ponownym uwięzieniem, a ponadto dobrostan psychiczny kobiet w wyniku prowadzonych uprzednio interwencji nie poprawia się zbyt znacząco (Pettus-Davis i in., 2019).

Prowadzenie interakcji na podstawie zaprezentowanego modelu (*Seeking Safety*), odnoszącego się do wprawnego szukania bezpieczeństwa, można inicjować w kontakcie indywidualnym oraz grupowym. Z tego względu w polskich realiach więziennych istniałaby możliwość jego pilotażowego wprowadzenia zarówno w oddziałach męskich, jak i kobiecych. W indywidualnym kontakcie z psychologiem więziennym mężczyźni po przebytej traumie korzystaliby z kuracji ukierunkowanej na wyrażanie uczuć czy opis relacji i wzmacnianie empatii, podczas gdy kobiety winny raczej wzmacniać swoją pozycję społeczną, regulację emocji oraz bezpieczeństwo. Istnieją przesłanki wskazujące, iż omawiany model jest narzędziem niezagrażającym klientowi, albowiem nie trzeba w nim zagłębiać się w narrację traumy ani skrętny opis niepokojących i dotkliwych wspomnień (Zlotnick i in., 2003). Skonstatować zatem należy, że nakreślony model (*Seeking Safety*) może być swobodnie używany przez wychowawców oraz psychologów zatrudnionych w zakładach karnych i aresztach śledczych, gdyż nie wymaga on przeprowadzania narzuconej odgórnie liczby spotkań, co mogłoby być kłopotliwe w sztywnej i zbiurokratyzowanej rzeczywistości polskiego obrazu więziennictwa. Nabór do ujednoliconych sesji psychokorekcyjnych powinien być jednak prowadzony przez doświadczonych psychologów więziennych, gdyż jak pokazują wyniki badań, błędne interpretacje oraz niekonsultowanie z pacjentami swoistych doznań traumatycznych jest powszechne u niektórych praktyków zawodowych (Rasmussen i in., 2007). W związku z tym zaleca się przeprowadzanie regularnych treningów czy instruktaży dla personelu penitencjarnego z uwzględnieniem tematyki traumy, a także obszarów odnoszących się do wprawnej oceny jednostek izolowanych pod kątem głębokiego narażenia na wiktymizację. Rozszerzenie opieki psychologicznej na osadzonych z przebytą traumą powinno stanowić jeden z priorytetów ludzi zarządzających aparatem sprawiedliwości, który musi dostarczać jakościowego wsparcia dla funkcjonariuszy

i pracowników podejmujących się trudnej roli zmiany zapatrywania osadzonych na traumatyczne wydarzenia powstałe na różnych etapach życia.

Podsumowanie

Podsumowując powyższe wywody trzeba podkreślić, iż celem artykułu było odniesienie się do zagadnienia traumy osób pozbawionych wolności, której zaznali w warunkach wolnościowych lub więziennych. Za podstawową przyczynę traumy powiązanej ściśle z przebywaniem w izolacji penitencjarnej uznano przemoc, która zazwyczaj jest wynikiem konfliktów interpersonalnych. W przeważającej większości akty agresji występują w celach mieszkalnych, a zatem w ukryciu przed personelem więziennym, toteż ich profesjonalizm i umiejętność zbudowania zaufania powinny skłaniać osadzonych do zgłaszania tego typu zdarzeń, aby móc je konstruktywnie przepracować. Oczywiście jest, iż po każdym drastycznym pobiciu czy znęcaniu psychicznym osadzony jest poddawany konsultacji psychologicznej, która kończy się sporządzeniem notatki zawierającej opis jego aktualnego stanu psychicznego. Niestety zazwyczaj poprzestaje się na tym, więc realna pomoc dla ofiar napaści nie jest oferowana, zwłaszcza gdy osadzeni nie werbalizują potrzeby korzystania z dalszej pomocy psychologicznej. Niska motywacja do nawiązania współpracy z psychologami więziennymi charakteryzuje przede wszystkim recydywistów, jednak to od osobistych predyspozycji psychologów do budowania relacji diagnostycznej, a następnie terapeutycznej zależy, czy niektórzy osadzeni zminimalizują swój opór i jednocześnie podejmą się dobrowolnej woli współpracy. U skazanych powszechnie jest także przerwanie terapii z powodu zbyt silnych oraz częstych spotkań z psychologiem, w których pojawiają się tematy dla nich niewygodne czy trudne.

W artykule przedstawiono także możliwe oddziaływania psychologiczne, za sprawą których wzrasta szansa na poprawę kondycji mentalnej osadzonych, którzy przed osadzeniem lub już w trakcie odbywania kary zmagali się z następstwami traumy. W polskich realiach więziennych brakuje rekomendowanych form pomocy dla takich osób, co świadczy w pewnym sensie o ułomności i archaiczności rodzimego systemu więziennictwa. Analizy dokonane przez Carrie Pettus-Davis i jej współpracowników (2019) dowiodły, że w niektórych amerykańskich zakładach karnych także jest problem z prowadzeniem interwencji w stosunku do osób po urazie traumatycznym, a nawet jeżeli są już realizowane, to nie próbuje się sprawdzać, w jakim zakresie mają one korzystny wpływ na funkcjonowanie osadzonych. Skuteczność leczenia konkretnych wskaźników traumy zależy od stabilności, ładu i ochrony otaczającego środowiska, którym z obiektywnych powodów nie jest jednostka penitencjarna (Pettus-Davis i in., 2019). Potencjalnie jest to podstawowy powód utrudniający prowadzenie skonkretyzowanego wsparcia dla skazanych po przebytej traumie, choć zapewne niejedyny. Zdarza się bowiem, że wychowawcy lub psycholodzy w niewielkim stopniu reagują na informacje o traumatycznych wydarzeniach życiowych osadzonych, rzadko oferując im produktywne oparcie

w tym zakresie. Nawet niewielka aktywność personelu więziennego mogłaby jednak okazać się użyteczna (np. przekazywanie adresów i numerów telefonów do poradni psychologicznych osobom zwalnianym), aby zmienić nadchodzącą rzeczywistość osób po przebytej traumie. Należy również zaznaczyć, że oddziaływania resocjalizacyjne prowadzone w izolacji, a niezwiązane z traumą (np. udział w terapii dla uzależnionych od alkoholu), które nie są kontynuowane na wolności, mają ograniczone lub żadne znaczenie dla lepszego życia przestępców (Wilson, Davis, 2006). Oddziaływania zaprojektowane i realizowane po zwolnieniu mogłyby zatem poprawić kondycję psychofizyczną więźniów, ale i bezpieczeństwo publiczne.

Literatura cytowana

- Auty, K.M., Cope, A., Liebling, A. (2017). Psychoeducational programs for reducing prison violence: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 126–143.
- Baljon, M.C. (2011). Wounded masculinity: Transformation of aggression for male survivors of childhood abuse. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 10(3), 151–164.
- Berg, M.T., Loeber, R. (2011). Examining the neighborhood context of the violent offending-victimization relationship: A prospective investigation. *Journal of Quantitative Criminology*, 27(4), 427–451.
- Bonner, R.L. (2006). Stressful segregation housing and psychosocial vulnerability in prison suicide ideators. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 250–254.
- Bonta, J., Gendreau, P. (1990). Reexamining the cruel and unusual punishment of prison life. *Law and Human Behavior*, 14, 347–372.
- Borys, B. (2004). Sytuacje ekstremalne i ich wpływ na stan psychiczny człowieka. *Psychiatria*, 2, 97–105.
- Brinded, P.M., Simpson, A.I., Laidlaw, T.M., Fairley, N., Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: A national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(2), 166–173.
- Brink, J.H., Doherty, D., Boer, A. (2001). Mental disorder in federal offenders: A Canadian prevalence study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 339–356.
- Bukstel, L.H., Kilmann, P.R. (1980). Psychological effects of imprisonment on confined individuals. *Psychological Bulletin*, 88(2), 469–493.
- Carruth, B., Burke, P. (2006). Psychological trauma and addiction treatment. *Chemical Dependency Treatment*, 1, 2–6.
- Clear, T.R. (2009). *Imprisoning communities: How mass incarceration makes disadvantaged neighborhoods worse*. New York: Oxford University Press.
- Clemmer, D. (1958). *The prison community*. New York: Rinehart.
- Connell, R.W. (2005). *Masculinities* (2nd ed.). Cambridge: Polity.
- Constantino, P., Assis, S.G., Pinto, L.W. (2016). The impact of prisons on the mental health of prisoners in the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(7), 2089–2100.

- Edgar, K., O'Donnell, I., Martin, C. (2003). *Prison violence: The dynamics of conflict, fear and power*. Cullompton: Willan.
- Forde, C., Duvvury, N. (2017). Sexual violence, masculinity, and the journey of recovery. *Psychology of Men & Masculinity*, 18(4), 301–310.
- Green, B.L., Miranda, J., Daroowalla, A., Siddique, J. (2005). Trauma exposure, mental health functioning, and program needs of women in jail. *Crime & Delinquency*, 51(1), 133–151.
- Haney, C. (2008). The consequences of prison life: Notes on the new psychology of prison effects. W: D. Canter, R. Žukauskiene (red.), *Psychology and Law: Bridging the Gap* (s. 143–165). London, UK: Routledge.
- Hopton, J.L., Huta, V. (2013). Evaluation of an intervention designed for men who were abused in childhood and are experiencing symptoms of posttraumatic stress disorder. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(3), 300–313.
- Hosser, D., Raddatz, S., Windzio, M. (2007). Child maltreatment, revictimization, and violent behavior. *Violence and Victims*, 22, 318–333.
- Jäggi, L.J., Mezuk, B., Watkins, D.C., Jackson, J.S. (2016). The relationship between trauma, arrest, and incarceration history among Black Americans: Findings from the national survey of american life. *Society and Mental Health*, 6(3), 187–206.
- James, D.J., Glaze, L.E. (2006). *Mental health problems of prison and jail inmates*. Washington: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Jennings, W.G., Piquero, A.R., Reingle, J.M. (2012). On the overlap between victimization and offending: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 16–26.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kieszkowska, A. (2009). Problemy readaptacyjne osób opuszczających placówki resocjalizacyjne. *Probacja*, 2, 99–110.
- Kwiatkowski, B. (2021). Hierarchia wartości skazanych a ich proaktywne zachowania w izolacji więziennej. *Przegląd Więziennictwa Polskiego*, 111, 61–84.
- Lamb, H.R., Weinberger, L.E., Gross, B.H. (1999). Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review. *Psychiatric Services*, 50(7), 907–913.
- Leidenfrost, C., Antonius, D. (2020). Incarceration and trauma: A challenge for the mental health care delivery system. W: R.A. Javier, E.A. Owen, J.A. Maddux (red.), *Assessing Trauma in Forensic Contexts* (s. 85–110). Cham: Springer International Publishing.
- Levant, R.F. (1992). Toward the reconstruction of masculinity. *Journal of Family Psychology*, 5(3–4), 379–402.

- Lynch, S.M., Heath, N.M., Mathews, K.C., Cepeda, G.J. (2012). Seeking safety: An intervention for trauma-exposed incarcerated women? *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 88–101.
- Martin, M.S., Eljdupovic, G., McKenzie, K., Colman, I. (2015). Risk of violence by inmates with childhood trauma and mental health needs. *Law and Human Behavior*, 39(6), 614–623.
- Maschi, T., Gibson, S., Zgoba, K.M., Morgen, K. (2011). Trauma and life event stressors among young and older adult prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, 17(2), 160–172.
- McCallum, K. (2018). Does PTSD predict institutional violence within a UK male prison population? *Journal of Forensic Practice*, 20, 229–238.
- McCorkle, R.C. (1992). Personal precautions to violence in prison. *Criminal Justice and Behavior*, 19(2), 160–173.
- Messina, N., Grella, C.E., Cartier, J., Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 97–107.
- Miszewski, K. (2017). O (nie)szkodliwości kary długoterminowego pozbawienia wolności na psychikę i zdrowie fizyczne więźniów. *Archiwum Kryminologii*, 39, 197–230.
- Monson, C.M., Schnurr, P.P., Resick, P.A., Friedman, M.J., Young-Xu, Y., Stevens, S.P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 898–907.
- Najavits, L.M., Walsh, M. (2012). Dissociation, PTSD, and substance abuse: An empirical study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 115–126.
- Novisky, M., Peralta, R. (2020). Gladiator school: Returning citizens experiences with secondary violence exposure in prison. *Victims & Offenders*, 15, 594–618.
- Nyamathi, A., Marlow, E., Zhang, S., Hall, E., Farabee, D., Marfisee, M., Leake, B. (2012). Correlates of serious violent crime for recently released parolees with a history of homelessness. *Violence and Victims*, 27, 793–810.
- Otto, M., O’Cleirigh, C., Pollack, M. (2007). Attending to emotional cues for drug abuse: Bridging the gap between clinic and home behaviors. *Science & Practice Perspectives*, 3, 48–56.
- Pettus-Davis, C., Renn, T., Lacasse, J.R., Motley, R. (2019). Proposing a population-specific intervention approach to treat trauma among men during and after incarceration. *Psychology of Men & Masculinities*, 20(3), 379–393.
- Powell, T.A., Holt, J.C., Fondacaro, K.M. (1997). The prevalence of mental illness among inmates in a rural state. *Law and Human Behavior*, 21, 427–438.
- Rasmussen, A., Rosenfeld, B., Reeves, K., Keller, A.S. (2007). The subjective experience of trauma and subsequent PTSD in a sample of undocumented immigrants. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(2), 137–143.
- Reed, J. (2003). Mental health care in prisons. *British Journal of Psychiatry*, 182, 287–288.

- Roberts, A.L., Gilman, S.E., Breslau, J., Breslau, N., Koenen, K.C. (2011). Race/ethnic differences in exposure to traumatic events, development of post-traumatic stress disorder, and treatment-seeking for post-traumatic stress disorder in the United States. *Psychological Medicine*, 41(1), 71–83.
- Sapsford, R. (1978). Life-sentence prisoners: Psychological changes during sentence. *British Journal of Criminology*, 18, 128–145.
- Studen, S., Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 349–565.
- Struckman-Johnson, C., Struckman-Johnson, D. (2000). Sexual coercion rates in seven midwestern prison facilities for men. *The Prison Journal*, 80, 379–390.
- Teplin, L.A., Abram, K.M., McClelland, G.M. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 505–512.
- Toch, H. (2007). *Men in crisis: Human breakdowns in prison*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Vishnevsky, T., Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Demakis, G.J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: A meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 110–120.
- Wade, D., Varker, T., Kartal, D., Hetrick, S., O'Donnell, M., Forbes, D. (2016). Gender differences in outcomes following trauma-focused interventions for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(3), 356–364.
- Wilson, J.A., Davis, R.C. (2006). Good intentions meet hard realities: An evaluation of the Project Greenlight Reentry Program. *Criminology and Public Policy*, 5, 303–338.
- Wolff, N., Blitz, C.L., Shi, J., Siegel, J., Bachman, R. (2007). Physical violence inside prisons: Rates of victimization. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 588–599.
- Worden, R.E., Shepard, R.L. (1996). Demeanor, crime, and police behavior: A reexamination of the police services study data. *Criminology*, 34(1), 83–105.
- Yehuda, R., LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*, 56(1), 19–32.
- Zlotnick, C., Najavits, L.M., Rohsenow, D.J., Johnson, D.M. (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: Findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 99–105.

Strony internetowe

Statystyka roczna Centralnego Zarządu Służby Więziennej, <https://sw.gov.pl/stro-na/statystyka-roczna> (dostęp: 15.05.2021).

Streszczenie. W historii osób karanych sądownie nietrudno doszukać się licznych przyczyn i skutków traumatycznych doświadczeń. Koncepcje teoretyczne oraz badania empiryczne dostarczają dowodów, iż trauma więźniów ma podłoże środowiskowe, a zatem może być powiązana z przemocą zaznaną w zakładzie karnym. Należy zaznaczyć, że trauma jest jednym z powodów występowania zarówno zachowań niedostosowanych społecznie, jak i celowego popełniania przez ludzi różnych przestępstw. W związku z tym wdrożenie innowacyjnych i jednocześnie skutecznych interwencji psychokorekcyjnych wobec skazanych po przebytej traumie jest ważnym wyzwaniem dla praktyków więziennych. W polskim systemie penitencjarnym zasadne wydaje się stosowanie pomocy terapeutycznej opartej na teorii poznawczo-behawioralnej, wspartej modelem poradnictwa ukierunkowanego na poszukiwanie bezpieczeństwa. Szczególnie istotne jest również oferowanie profesjonalnego wsparcia psychologicznego i społecznego byłym więźniom, którzy w swojej codzienności zmagają się z nawracającymi symptomami traumy oraz problemami dotyczącymi ponownego przystosowania się do życia na wolności.

Data wpłynięcia: 15.05.2021

Data wpłynięcia po poprawkach: 10.06.2022

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 30.06.2022