

Prof. UKSW, dr hab. Elżbieta Trzęsowska-Greszta
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Mgr Paweł Niewodowski
Zakład Poprawczy w Białymstoku

Wpływ uwięzienia na poziom nadziei, lęku i depresji – na przykładzie wychowanków zakładów poprawczych

1. Teoretyczne wprowadzenie do badań

1.1. Specyfika zakładu poprawczego jako środowiska wychowawczego.

Zakład poprawczy to specjalna placówka resocjalizacyjna dla nieletnich od 13 do 21 roku życia, skierowanych tam prawomocnym wyrokiem sądu, podlegająca Ministerstwu Sprawiedliwości. Zadaniem zakładu poprawczego jest resocjalizacja nieletnich zmierzająca do zmiany ich postaw wobec siebie i innych, w kierunku społecznie pożądanym, zapewniającym prawidłowy rozwój osobowości, a zwłaszcza kształtowanie pozytywnych zainteresowań, właściwej hierarchii wartości oraz przestrzegania przyjętych zasad współżycia społecznego (Pospiszyl, 1990). Zakłady poprawcze, ze względu na pełnioną rolę i zadania, są placówkami obejmującymi wychowanków całodobową opieką. Pełnią funkcję izolacyjną, zapewniając pełną opiekę, utrzymanie, wyżywienie (pranie, wszystkie posiłki, odzież, środki czystości itp.) oraz tworząc ścisły harmonogram czasowy trybu życia wychowanka, za który odpowiedzialni są pracownicy. Taki system instytucjonalny, w perspektywie przygotowania wychowanka do samodzielnego życia, raczej ma charakter wyłączenia, pozbawiania podejmowania odpowiedzialności, ograniczania budowania zdrowej autonomii, hamowania inicjatywy w budowaniu długofalowych planów rozwoju osobistego.

Instytucje systemu opiekuńczo-wychowawczego, w tym również zakłady poprawcze, wpisują się w kategorię definiowaną jako instytucja totalna. Zasadniczą cechą instytucji totalnej jest nierozdzielność miejsca przeznaczonego do spania, pracy i zabawy, gdzie całe życie mieszkańców toczy się w jednym i tym samym miejscu oraz podlega tej samej władzy (Goffman, 2011). We wszystkich fazach codziennego życia członkowie instytucji pozostają w bezpośrednim towarzystwie innych, traktowani są jednakowo, a cały ich dzień jest zaplanowany w taki sposób, że jedna forma aktywności przechodzi w drugą. Przestrzegania porządku pilnuje zespół nadzorujący, a poszczególne czynności są przymusowe, stanowiąc część ogólnego

planu, którego celem jest realizacja oficjalnych zadań instytucji. Istnieje podział na grupę żyjącą wewnątrz instytucji i mających ograniczony kontakt ze światem zewnętrznym (podwładni) oraz grupę pracującą określoną liczbę godzin, zintegrowaną ze światem zewnętrznym (personel). Za cechę charakterystyczną instytucji totalnej uważa się też przejmowanie odpowiedzialności za sposób zaspokajania podstawowych potrzeb jej członków, przy czym od uznania instytucji zależy, zaspokojenie jakich potrzeb jest niezbędne (Goffman, 2011). Przedstawione cechy procesu wychowania instytucjonalnego, co należy podkreślić, nie są wskaźnikami patologii czy sytuacją wyjątkową w tego typu instytucjach. Wymienione wyżej cechy procesu wychowawczego są powszechnie akceptowaną formą funkcjonowania takich instytucji, realizującej cele statutowe według obowiązujących przepisów i wytycznych. Badania, zawarte w raportach resortowych (np. Departament Nadzoru nad Wykonaniem Orzeczeń, 2005). oraz doświadczenia społeczne wykazują, że skuteczność wychowawcza, korekcyjna czy resocjalizacyjna zinstytucjonalizowanych zakładów wychowawczych jest niezadowalająca. Rozumiejąc wychowanie jako całość wpływów i oddziaływań środowiska społecznego na człowieka, kształtujących jego rozwój i osobowość oraz przygotowujących go do życia w społeczeństwie należy przyznać, że warunki instytucjonalne budzą wiele wątpliwości, co do prawidłowej realizacji tego celu.

1.2. Psychologiczne konsekwencje uwięzienia

Najczęściej sytuacja uwięzienia wiąże się z przebywaniem w instytucji totalnej. Tak więc niekorzystne konsekwencje bycia uwięzionym w dużym stopniu wynikają ze specyfiki instytucji totalnej, której głównymi cechami działania jest unifikowanie, ograniczanie (wolności, niezależności, samodzielności, kreatywności itd.), a niekiedy także represjonowanie. Instytucje, które mają charakter „uwięzienia”, to nie tylko więzienia czy domy poprawcze, ale także ośrodki dla azylantów, szpitale psychiatryczne, domy opieki itp. (Goffman, 2011). W przypadku tych pierwszych – „uwięzienie” ma charakter zarazem fizyczny i psychologiczny, w przypadku tych drugich - ten rodzaj „uwięzienia” ma głównie charakter psychologiczny. Badania pokazują, że bycie „uwięzionym” wiąże się z różnymi niekorzystnymi konsekwencjami psychologicznymi, najczęściej z zaburzeniami psychicznymi, takimi jak zaburzenia lękowe i depresyjne.

Teplin i współpracownicy (2002) przeprowadzili badania na dużej populacji więzionych nieletnich dziewcząt i chłopców w wieku 10-18 lat (na terenie USA). Była to zróżnicowana etnicznie grupa o liczebności bliskiej 2000 osób. Badania przeprowadzono przy pomocy diagnostycznego kwestionariusza DISC 2.3

(*Diagnostic Interview Schedule for Children*). Sprawdzano występowanie następujących zaburzeń psychicznych: zaburzeń afektywnych (depresja kliniczna, dystymia, mania), zaburzeń lękowych (lękowe zaburzenia paniczne, lęk separacyjny, uogólnione zaburzenie lękowe i zaburzenie obsesyjno-kompulsywne OCD), zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), zaburzenia opozycyjno-buntowniczego (*oppositional defiant disorder* ODD), zaburzeń zachowania (*conduct disorder* CD) oraz nadużywania narkotyków i alkoholu. Blisko 2/3 chłopców i około 3/4 dziewcząt spełniało diagnostyczne kryteria dla przynajmniej jednego z wymienionych zaburzeń psychicznych. Oprócz zaburzeń zachowania (powszechnych wśród przetrzymywanych), blisko 60% chłopców oraz ponad dwie trzecie dziewcząt spełniało diagnostyczne kryteria dla jeszcze jednego lub więcej zaburzeń psychicznych. Ponad 40% chłopców i dziewcząt spełnia kryteria dla destrukcyjnych zaburzeń zachowania (*disruptive behavior disorders*). Powszechne wśród badanych były też zaburzenia depresyjne.

Wiele badań wskazuje na wysoką częstość występowania zaburzeń psychicznych wśród młodzieży w aresztach tymczasowych, choć badacze wyraźnie nie wiążą tych ustaleń z czasem zatrzymania. Jak podaje Grisso (2008) od 15 do 30 procent nieletnich tymczasowo aresztowanych, spełnia kryteria zaburzeń psychicznych wymagających leczenia. Dla przykładu badania Teplin i współpracowników (2005) wykazały, że wśród tymczasowo aresztowanych adolescentów, nieco ponad jedna szóstą ma poważne zaburzenia psychiczne. Inne badania pokazują, że prawie dwie trzecie młodzieży w ośrodkach zatrzymań nieletnich i w zakładach poprawczych spełnia kryteria przynajmniej jednego zaburzenia psychicznego (Teplin, 2002). W badaniu Rogersa i innych (2006) oceniano częstość występowania i nasilenie objawów psychiatrycznych młodocianych więźniów w wieku od 13 do 17 lat. Badano dwie losowo dobrane równoliczne grupy (n=120 każda). Pierwsza to młodociani przestępcy skierowani do leczenia psychiatrycznego, druga - nie kierowani do leczenia. Psychopatologię oceniano przy pomocy *Diagnostic Interview Schedule for Children* i *Child Behavior Checklist*. W pierwszej grupie 96% badanych miało jedną lub więcej diagnoz psychiatrycznych, w drugiej – 69%. Współzachorowalność była powszechna w obu grupach.

Badania pokazujące negatywne skutki „uwięzienia” przeprowadzono wśród azylantów, przetrzymywanych w specjalnych przeznaczonych dla nich ośrodkach. Azylanci, przybywający do USA, są przez miesiące, a nawet kilka lat przetrzymywani w odosobnieniu, do czasu rozpatrzenia wniosku azylowego. Przeprowadzono badania siedemdziesięciu osób, ubiegających się o azyl w USA, przetrzymywanych w 3 różnych ośrodkach (Keller i inni 2003). Badano poziom objawów lękowych, depresji i nasilenia objawów post-traumatycznego stresu

pourazowego (PTSD). Okazało się, że 77% badanych miało istotne klinicznie objawy lęku, 86% - objawy depresji i 50% - objawy PTSD. Wszystkie psychopatologiczne objawy były istotnie skorelowane z długością przetrzymywania. Późniejsze badania tych samych osób wykazały u zwolnionych - obniżenie poziomu wszystkich objawów zaburzeń, natomiast u nadal uwięzionych - ich nasilenie. Badanie sugeruje, że przetrzymywanie osób poszukujących azylu zaostrza lub wyzwała objawy zaburzeń psychicznych.

Uchodźcy w Australii podlegają obowiązkowo aresztowi imigracyjnemu i otrzymują tymczasową opiekę do czasu przyznania prawa pobytu lub wydalenia z kraju. Badania Steela i współpracowników (2006) miało na celu określenie długoterminowych skutków dla zdrowia psychicznego przetrzymywania uchodźców i ich poczucia tymczasowości pobytu w Australii. Zbadano 241 arabskich uchodźców w Sydney. Diagnozowano u nich występowanie stresu pourazowego (PTSD), dużych epizodów depresyjnych (MDD) i wskaźników stresu, związanego z doznaną traumą, zatrzymaniem i tymczasowością pobytu. Wielopoziomowy model, który zawierał: wiek, płeć, strukturę rodziny, poziom traumy przed migracją (*pre-migration trauma*) i czas „uwięzienia” (pobytu w ośrodkach dla azylantów) ujawnił, że wcześniejszy areszt imigracyjny i trwająca tymczasowość pobytu, przyczyniają się niezależnie od siebie, do ryzyka pojawienia się PTSD, depresji i innych zaburzeń psychicznych. Przeprowadzone badania udowadniają, że długotrwałe przetrzymywanie wywiera długofalowy wpływ na samopoczucie psychiczne uchodźców. Uchodźcy odczuwający niekorzystne warunki w aresztach, zgłaszali również uporczywy smutek (*persistent sadness*), poczucie beznadziejności, natrętne wspomnienia (*intrusive memories*), napady złości i wzrost fizjologicznej reaktywności, która wiązała się z długością tymczasowego aresztowania. Dłuższy areszt imigracyjny był związany z bardziej poważnymi zaburzeniami psychicznymi, które utrzymywały się średnio przez 3 lat od zwolnienia. Efekty te były niezależne od innych ustalonych predyktorów zachorowalności psychiatrycznej uchodźców, takich jak ekspozycja w przeszłości na traumę oraz czas przyjazdu (Steel i inni, 2002).

Zakończenie sytuacji „uwięzienia” wiąże się z poprawą zdrowia psychicznego przetrzymywanych. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w Australii wśród wietnamskich uchodźców udowodniły, że fakt otrzymania przez osoby z zaburzeniami prawa do stałego pobytu (czyli opuszczenie ośrodka imigracyjnego), wiąże się z poprawą ich stanu zdrowia psychicznego (Steel i inni, 2002). Z kolei inne badania (Silove i inni, 2000) dostarczyły dowodów na to, że niepewność pobytu i obawy związane z repatriacją, przyczyniają się do utrzymywania się objawów psychiatrycznych uchodźców.

Wzrost poziomu objawów psychopatologicznych może wystąpić również w miejscach wydawałoby się z definicji „przyjaznych człowiekowi”, np. w szpitalach. Jednakże wielu autorów przekonuje, że szpital jest nieprzyjaznym miejscem pobytu, a nawet instytucją o charakterze totalnym, m.in. wspomniany już wcześniej Goffman (2011). Taylor (1979) zauważa, że szpital jako instytucja totalna, tworzy środowisko zdepersonalizowane które zmusza pacjenta do oddania kontroli nad jego codzienną egzystencją. *„Szpital jest jednym z niewielu miejsc, gdzie dana osoba traci kontrolę nad praktycznie każdym zadaniem, które ona zwyczajowo wykonuje”* (Taylor 1979, s. 157). Taylor sugeruje, że pacjenci, radzą sobie z utratą kontroli i depersonalizacją w szpitalu, poprzez to, że przyjmują jedną z dwóch pozycji: stają się albo „dobrymi” (zgodnymi) pacjentami lub „złymi” (opornymi). Analizując to zjawisko, doszła do wniosku, że „dobry” pacjent w rzeczywistości może być w stanie lęku lub depresyjnej bezradności, natomiast zły pacjent może być w stanie gniewu i reaktancji przeciwko zabraniu mu wolności. Według Taylor, zarówno bezradność i reaktancja powodują fizjologiczne, poznawcze, behawioralne i emocjonalne konsekwencje, które mogą u pacjentów silnie zakłócać proces powrotu do zdrowia. Bezradność i reaktancja u pacjenta wywołuje także niepożądane reakcje personelu szpitalnego, które również mają negatywne konsekwencje dla terapii i rehabilitacji (Taylor 1979). Wnioski Taylor potwierdzają późniejsze badania.

Badania pacjentów szpitali psychiatrycznych pokazały, że u osób wcześniej nieagresywnych wzrasta poziom agresywności. Badano częstość i rodzaj agresywnych zachowań hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie adolescentów z dużym zaburzeniem depresyjnym (*major depressive disorder* MDD). Zbadano 74 adolescentów, w wieku od 13 do 17, ze zdiagnozowaną depresją. Przy pomocy kilku narzędzi diagnostycznych pytano badanych i ich rodziców o częstość agresywnych zachowań nastolatków. Analizowano różnice między chłopcami i dziewczętami w częstości i rodzajach zachowań agresywnych oraz a poziom zgodności rodzic-dziecko w zgłaszaniu agresji nastolatków. Wykazano, że zachowania agresywne są bardzo powszechne wśród adolescentów z dużym zaburzeniem depresyjnym. Wśród nastolatków z depresją u 70% badanych często występowała słowna agresja w domu, u 24% - agresja fizyczna w domu, 24% - otrzymało karę izolacji w szkole za agresję, zaś 14% było aresztowanych za agresywne zachowania. Blisko jedna czwarta adolescentów z depresją zgłaszało poziom agresji na co najmniej jednej z podskal testu, który był wyższy niż średnia dla adolescentów przebywających w zakładach zamkniętych z powodu aktów agresji. Wyniki oraz rodzaje zachowań agresywnych i ich poziom były podobne dla chłopców i dziewcząt (Knox i inni, 2000).

Zaprezentowane wyżej wyniki badań pokazują, że „uwięzienie” wiąże się z różnymi negatywnymi konsekwencjami, takimi jak: depresyjna bezradność, gniew, agresja, zaburzenia lękowe, PTSD i inne. Wydaje się, że pomocne w teoretycznej analizie sytuacji „uwięzienia” i w zrozumieniu mechanizmu jej psychologicznych skutków może pomóc teoria nadziei oraz teorie depresji i lęku, która zostaną omówione w kolejnych akapitach.

1.3. Nadzieja i jej znaczenie

Koncepcja nadziei, na której oparto badania w prezentowanej pracy, odwołuje się do teorii nadziei Snydera (*Snyder's Hope Theory*). Snyder (2002) opisuje nadzieję (*hope*) jako zjawisko dwuczynnikowe, które obejmuje dwa podstawowe komponenty, skierowane na cele: „siła do działania” (*agency*) i „drogi do celu” (*pathways*). Komponent: „siła do działania” należy rozumieć jako determinację, siłę woli, hart ducha, zdolność do „zaciskania zębów” w dążeniu do celu. Komponent: „drogi do celu” zawiera planowanie skierowane na cel, umiejętność obmyślenia drogi „wyjścia” oraz strategię działania. Ważnym założeniem teorii nadziei jest to, że oczekiwanie skutecznego osiągnięcia celu, jest związane z większymi poziomami zarówno „siły do działania”, jak i generowania „dróg do celu”. „Siła do działania” jest motywacyjną składową nadziei (Snyder, 1995). „Siła do działania” wynika z postrzegania siebie jako jednostki zdolnej do osiągania celów w przeszłości, obecnie i w przyszłości. „Siła do działania” pozwala rozpocząć i kontynuować generowanie strategii i sposobów osiągania celu, tworzenia dróg do celu, w tym alternatywnych, „dróg wyjścia”. „Siła do działania” jest szczególnie ważna we wzbudzaniu motywacji do generowania alternatywnych strategii, kiedy jednostka napotyka na przeszkody. Komponent „drogi do celu” wiąże się z przekonaniem jednostki, że jest zdolna zaplanować niezawodne i skuteczne sposoby osiągania zamierzonego celu. Zazwyczaj, jednostki są w stanie wytworzyć przynajmniej jedną dobrą strategię („drogę”), by osiągnąć cel. Jednostki z wysokim poziomem nadziei potrafią wygenerować wiele różnych strategii osiągnięcia celu. Omawiane dwa komponenty nadziei są wzajemnie, dodatnio skorelowane. Aby podtrzymać proces zmierzania do celu, zarówno poczucie „siły do działania”, jak i poczucie zdolności do generowania „dróg” osiągania celów, muszą być jednocześnie aktywne (Snyder, 2002).

Znaczenie nadziei jest znane od dawna. W literaturze psychologicznej i psychiatrycznej nadziei przypisywano dużą rolę w uruchamianiu procesu zmian terapeutycznych, powstawaniu motywacji do nauki, podtrzymywania dobrego samopoczucia. (Menninger 1959; Stotland, 1969; za: Snyder i wsp., 1991). Większa nadzieja na ogół wiąże się z pozytywnymi skutkami dla zdrowia fizycznego i

psychicznego, poprzez moderowanie poziomu stresu (Gottschalk, 1985). Magaletta i Oliver (1999) podkreślają adaptacyjne znaczenie nadziei.

1.4. Teorie depresji.

Główne systemy klasyfikacji chorób i zaburzeń ICD-10 (Pużyński i Wciórka, 2000) oraz DSM-IV (Wciórka, 2008) określają depresję jako zaburzenie, którego głównymi objawami jest obniżenie nastroju, utrata zainteresowań, anhedonia (utrata zdolności odczuwania przyjemności), utrata energii, pogorszenie zdolności myślenia, problemy z podejmowaniem decyzji, spadek poczucia własnej wartości i zaufania do siebie oraz myśli samobójcze. Depresja wpływa na wszystkie obszary funkcjonowania jednostki. Jest główną przyczyną trudności w uczeniu się i niepowodzeń szkolnych. Młodzież z depresją gorzej funkcjonuje w relacjach rodzinnych i społecznych. Towarzyszące depresji poczucie bezwartościowości i poczucie bezsensu życia może prowadzić do sięgania po alkohol lub narkotyki. Dramatyczną konsekwencją epizodu depresyjnego w okresie dorastania i u młodych dorosłych są zamachy samobójcze, najczęstsza, po wypadkach, przyczyna śmierci w tej grupie wiekowej.

Najbardziej użytecznymi w analizie wpływu sytuacji „uwieżenia” modelami depresji jest poznawcza teoria depresji Aarona Becka (1987) oraz teoria bezradności Seligmmana (1975). Beck zakłada, że istotnym mechanizmem w etiologii depresji są zniekształcenia procesów poznawczych, prowadzące nieuchronnie do tzw. „depresyjnej triady poznawczej”, na którą składają się trzy elementy: (1) negatywne myślenie o sobie; (2) negatywne myślenie o otaczającym świecie oraz (3) negatywne myślenie o własnej przyszłości. Pierwszy element triady depresyjnej, negatywne spostrzeganie siebie, zawiera negatywne przekonania i oceny jednostki wobec siebie, negatywną samoocenę, poczucie małej wartości, nasilony negatywizm oraz negowanie własnych możliwości („Jestem bezwartościowy”; „Nic mi się nie udaje”). Drugi element triady – negatywne widzenie otaczającego świata – to pesymistyczna ocena otaczającej rzeczywistości, swoich doświadczeń z innymi i koncentrowanie się na jej negatywnych aspektach („Nikt mnie nie kocha”; „Ludzie mnie źle traktują”). Trzeci element triady depresyjnej – negatywne widzenie przyszłości – jest spodziewaniem się niepowodzenia i wiąże się z poczuciem beznadziejności („Nie ma żadnej nadziei, nic się już nie zmieni”) (Sacco i Beck, 1995). Według Becka (1987) depresyjne schematy poznawcze i dysfunkcjonalne przekonania mogą być rezultatem: (1) przeżyć traumatycznych (np. utrata osób bliskich); (2) powtarzających się negatywnych doświadczeń (izolacja, odrzucenie społeczne); (3) powtarzanych negatywnych osądów dotyczących własnej osoby.

Teoria bezradności została zaproponowana przez Seligmana (1975), który zakładał, że oczekiwanie niepowodzenia jest główną przyczyną wyuczonej bezradności, a następnie depresji. Osoby podatne na depresję cechuje bezradność wobec trudności i niezdolność do unikania sytuacji, które pociągają za sobą karę. Na skutek negatywnych doświadczeń w przeszłości, osoby takie są przekonane, że kara i nagroda są niezależne od dokonywanego przez nich wyboru. Wyuczona bezradność prowadzi do: (1) deficytu motywacji („jeśli wiesz, że nie masz kontroli nad sytuacją, po co w ogóle próbować”); (2) deficytu poznawczego („jeśli raz dowiedziałeś się, że nie możesz kontrolować biegu wydarzeń, masz ograniczoną zdolność nauczenia się kontrolowania sytuacji w przyszłości”) oraz (3) deficytu emocjonalnego: uświadomienie sobie braku kontroli prowadzi do pasywności i depresji (Carson, Butcher i Mineka, 2006). Dalsze badania nad teorią wyuczonej bezradności doprowadziły do tzw. przeformułowanej teorii bezradności, uwzględniającej złożoność zachowań ludzkich wobec sytuacji, których nie da się kontrolować. Autorzy poprawionej teorii wyuczonej bezradności, Abramson, Seligman i Teasdale (1978), założyli, że samo spodziewanie się porażki nie wystarcza do wytworzenia bezradności. Odkryli i opisali specyficzne style atrybucji (wyjaśniania przyczyn zdarzeń), które mogą prowadzić do depresji.

1.5. Lęk i jego uwarunkowanie

Rosenhan i Seligman (2003) określają, że lęk ma te same składniki, co strach (poznawcze, somatyczne, emocjonalno-objektywne i behawioralne), z tą różnicą, że poznawczym komponentem strachu jest spodziewanie się jasno określonego konkretnego zagrożenia, podczas, gdy poznawczym składnikiem lęku jest oczekiwanie zagrożenia o bliżej niesprecyzowanym charakterze. Lęk jest reakcją emocjonalną na sytuację spostrzeganą jako trudną, przykrą, czy zagrażającą. Rachman (2005) uważa, że lęk to pełne oczekiwania napięcie na pojawienie się poczucia zagrożenia, przejawiający się jako uczucie niepokojącej niepewności. Lęk należy do objawów, które mogą występować u osób zdrowych, jako względnie stała cecha osobowości lub u osób chorych, zwłaszcza w przebiegu takich zespołów klinicznych jak depresje i zaburzenia lękowe.

Podstawowymi teoriami lęku użytecznymi w analizie wpływu „uwięzienia” i przebywania w instytucji totalnej jest teoria uczenia się oraz teorie poznawcze. Koncepcja, że lęk jest nabywany w procesie uczenia się – szczególnie przez warunkowanie wywodzi się z pierwotnego odkrycia przez Pawłowa procesów warunkowania i ich odniesienia do nabywania reakcji lękowych. Teoria uczenia się głosi, że lęk powstaje przez warunkowanie lub w wyniku innych procesów uczenia

się, a nabyte reakcje lękowe generują następnie zachowania ucieczkowe lub unikające, które utrzymują się ponieważ przez ucieczkę dochodzi do zmniejszenia lęku (Rachman, 2005, s. 63). Eysenck (1957; za: Rachman, 2005) w swojej teorii uczenia się dotyczącej nerwicy lękowej, opierał się na swoim dwuwymiarowym modelu osobowości. Uważał on, że uwarunkowane reakcje lęku są wynikiem pojedynczego traumatycznego wydarzenia lub całej serii traumatycznych zdarzeń, obejmujących silne reakcje ze strony autonomicznego układu nerwowego. Gray (1987; za: Rachman, 2005) zgadzał się z elementami teorii Eysencka, w tym z ujmowaniem osobowościowych predyspozycji do lęku w kategoriach wymiarów, kładąc nacisk głównie na wymiary osobowości, uwarunkowane biologicznie, z rolą przypisywaną warunkowaniu.

Podstawą poznawczej teorii lęku stworzonej przez Becka (1985; za: Rachman, 2005) jest przekonanie, że wytrącające z równowagi zdarzenie nasila pierwotną postawę strachu, która powoduje, że w swoim pojmowaniu sytuacji jednostek wyolbrzymia i błędnie interpretuje wielkość nieprzyjemnych konsekwencji. Teoria poznawcza lęku w pełni uwzględnia tezę, że lęk jest wynikiem procesów uczenia się, w tym warunkowania, ale zwraca szczególną uwagę na to, w jaki sposób osoba przeżywająca trudną sytuację interpretuje zdarzenie, niezależnie od tego czy lęk jest uwarunkowany, czy też nie. Poza tym teoria poznawcza zakłada, że reakcje lękowe utrzymują się z powodu nieprzystosowawczych przekonań oraz, że najskuteczniejszym sposobem zmniejszenia reakcji lękowej jest eliminowanie odpowiedzialnych za ten lęk przekonań.

Rozróżnienie między stanem i cechą lęku wprowadzone zostało do psychologii w 1958 roku dzięki pracom Cattella i Scheiera (1966; za: Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002). Budowa kwestionariusza STAI, który został wykorzystany w badaniach tej pracy, opiera się na rozróżnieniu między lękiem rozumianym jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan jednostki, a lękiem rozumianym jako względnie stała cecha osobowości. Spielberger (1966; za: Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002) w swojej koncepcji nawiązuje do badań, jakie były prowadzone wcześniej przez Cattella i Scheiera, którzy to wyodrębnili dwa różne czynniki. Pierwszy, odpowiedzialny za zmienność wyników z sytuacji na sytuację, nazwali "lęk jako stan". Drugi, odpowiedzialny za różnice indywidualne, nazwali "lęk jako cecha". Lęk jako cecha (Lęk-Cecha) definiowany jest przez Spielbergera jako nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażające i reagowanie na nie stanem lęku, nieproporcjonalnie w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa. W definicji tej podkreśla się wyuczony charakter

lęku oraz rolę, jaką w osobowości lękowej pełnią procesy poznawcze (postrzeganie sytuacji). W tym zakresie istnieje pewna stabilność.

Lęk jako cecha jest dyspozycją lękowego sposobu reagowania. Lęk jako stan (Lęk-Stan) charakteryzuje się według Spielberga (1966; za: Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002), subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związane z nimi pobudzenie układu nerwowego. Cechą charakterystyczną tego rodzaju lęku jest jego duża zmienność pod wpływem oddziaływania różnego rodzaju czynników zagrażających. Wzajemne relacje między lękiem jako cechą i lękiem jako stanem mają w koncepcji Spielberga istotne miejsce. Stanowisko autora testu można określić jako koncepcję "lęku reaktywnego" w odróżnieniu od koncepcji "lęku chronicznego". Oznacza to, że osoby o wysokim poziomie lęku jako cechy, w porównaniu z osobami o niskim jego nasileniu, nie muszą w sposób stały (chroniczny) przejawiać go w sytuacjach charakteryzujących się odpowiednio wysokim nasileniem czynników zagrażających. Badania w tym zakresie dowodziły, że bez względu na rodzaj sytuacji - wyższy poziom lęku jako cechy wiąże się z wyższym poziomem lęku jako stanu. Lęk jako cecha jest predyktorem dystresu, natomiast lęk jako stan jest odpowiedzią na stres (Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002).

2. Metodologia badań

2.1. Problem badań i hipotezy badawcze

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie, w jakim stopniu czas pobytu wychowanka w Zakładzie Poprawczym ma wpływ na poziom nadziei na sukces oraz poziom lęku i depresji. Na podstawie teorii nadziei, depresji i lęku oraz dotychczasowych badań dotyczących skutków „uwięzienia”, sformułowano następujące szczegółowe hipotezy badawcze. Dłuższy pobyt wychowanka w Zakładzie Poprawczym zmniejsza jego poczucie nadziei na sukces, zwiększa poziom lęku oraz nasila objawy depresyjne. Badania miały także pomóc w odpowiedzi na pytanie, jaki jest hipotetyczny mechanizm wzrostu poziomu zaburzeń depresyjnych i lękowych pod wpływem sytuacji „uwięzienia”. Przyjęto założenie, że jednym z moderatorów tego wpływu może być utrata lub ubywanie nadziei.

2.2. Metody zastosowane w badaniach

W badaniach zastosowano trzy kwestionariusze: Kwestionariusz Nadziei na Sukces, Inwentarz Depresji Becka oraz Inwentarz Stanu i Cechy Lęku.

Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS (Łąguna, Trzebiński, Zięba, 2005) służy do pomiaru siły przekonań o własnych zdolnościach do realizowania celów i osiągnięcia sukcesu. KNS jest zbudowany z 12 stwierdzeń. Zawiera 4 pozycje dotyczące silnej woli oraz cztery dotyczące przekonań o umiejętności znajdowania rozwiązań. Pozostałe 4 stwierdzenia są buforowe. Osoby badane zaznaczają swoje odpowiedzi na ośmiostopniowej skali gdzie 1 oznacza stwierdzenie - to jest zdecydowanie nieprawdziwe, a 8 – twierdzenie to jest zdecydowanie prawdziwe. Wynikiem jest suma punktów, stanowiąca wskaźnik ogólnego poziomu nadziei na sukces. Zakres możliwych do uzyskania wyników wynosi od 8 do 64 punktów. Im wyższy wynik, tym większa nadzieja na sukces. Kwestionariusz Nadziei na Sukces wykazuje się wysoką rzetelnością: wskaźnik zgodności wewnętrznej (alfa-Cronbacha) wynosi 0,82, dla podskali silna wola – 0,74, a dla podskali umiejętność znajdowania rozwiązań – 0,72. Stwierdzono wystarczającą stabilność bezwzględną narzędzia. Korelacja między wynikami badań, przeprowadzonych w odstępie 2 miesięcy wyniosła 0,83 (Łąguna, Trzebiński, Zięba, 2005).

Do mierzenia poziomu symptomów depresyjnych u badanych użyto Inwentarza Depresji Becka (*The Beck Depression Inventory* – BDI; Beck, Steer, 1984), w tłumaczeniu polskim Parnowskiego i Jernajczaka. Metoda jest używana w celu subiektywnej oceny nasilenia symptomów depresji: afektywnych, motywacyjnych, behawioralnych, poznawczych i somatycznych. Inwentarz BDI składa się z 21 pozycji testowych. Odpowiedzi są punktowane od 0 do 3 punktów, w zależności od intensywności objawów. Suma uzyskanych punktów przez badanego była wskaźnikiem poziomu depresji. Wyniki uzyskane w BDI interpretuje się następująco: 0–9 punktów oznacza brak objawów depresji; 10–19 punktów – lekkie objawy depresji (depresja łagodna); przy 20–25 punktów – stwierdza się objawy depresji o średnim nasileniu (depresja umiarkowana); powyżej 25 mamy do czynienia z objawami depresji o głębokim nasileniu (depresja znaczna). Polska wersja BDI w badaniach pilotażowych okazała się czułym narzędziem samooceny nastroju. Inwentarz jest powszechnie uznany za narzędzie trafnie i rzetelnie oceniające stan psychiczny pacjentów depresyjnych. Rzetelność narzędzia zadowalająca, korelacja z wynikami badania psychiatrycznego wynosi, według Becka, w populacji klinicznej 0,79 (Beck, Ward, Mendelson, 1961; za: Weishaar, 2007). W badaniach zastosowano eksperymentalną wersję testu.

Do badania poziomu lęku użyto Inwentarza Stanu i Cechy Lęku – STAI. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (*State Traite Anxiety Inventory* - STAI) w adaptacji Sosnowskiego i współpracowników (2006) zawiera 40 stwierdzeń tworzących 2 skale. Narzędzie pozwala na rozróżnienie i niezależny pomiar dwóch rodzajów lęku: „lęku jako stanu”, definiowanego jako przejściowy i uwarunkowany sytuacyjnie stan

jednostki, oraz „lęku jako cechy”, definiowanego jako względnie stała cecha osobowości. STAI posiada formę kwestionariusza złożonego z dwóch skal: skala X- 1 służy do badania lęku – stany, zaś skala X- 2 badania lęku – cechy. Każda ze skal składa się z 20 stwierdzeń. Badany ma za zadanie ustosunkować się do podanych w kwestionariuszu pytań przez wskazanie tej liczby na skali od 1 do 4, która najlepiej opisuje jego subiektywne odczucia (Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002).

2.3. Osoby badane

Badaniami została objęta młodzież przebywająca w zakładach poprawczych. Badaniami została objęta 70-osobowa grupa młodzieży w wieku 16-18 lat, przebywająca w Zakładzie Poprawczym w Laskowcu oraz Zakładzie Poprawczym w Białymstoku. Badania mają charakter przekrojowy. Z przyczyn obiektywnych nie było możliwości przeprowadzenia badań podłużnych. Ze względu na znaczną rotację młodzieży przebywającej w zakładach poprawczych występuje trudność objęcia badaniami tej samej grupy osób w stosunkowo długim odstępie czasu (0,5-1 roku). Wpływ na taką sytuację miały stosunkowo niskie stany wychowanków w placówkach, liczne sytuacje, kiedy wychowanek wyjeżdża na przepustkę i nie wraca z niej oraz częste wydarzenia nadzwyczajne: zmiany placówek, zwolnienia warunkowe i inne. Oznacza to, że grupa docelowa mogła być niestała. W związku z tym zdecydowano, aby badania miały charakter przekrojowy. 35-osobowa grupa wychowanków, przebywająca w zakładzie poprawczym do 6 miesięcy została zakwalifikowana do grupy osób o krótkim czasie pobytu. Druga grupa o takiej samej liczebności (N=35 osób), przebywająca w placówce od 6 do 16 miesięcy, została zakwalifikowana do grupy osób o dłuższym czasie pobytu.

2.4. Opis metod statystycznych

Test t-Studenta został zastosowany do sprawdzenia, czy należy oczekiwać, że w populacji średnie wyniki zmiennych (zależnych) są różne. Test t Studenta występuje w dwóch wersjach: w wersji klasycznej, zakładającej homogeniczność wariancji w obu testowanych grupach oraz w wersji bardziej ogólnej (z tzw. poprawką Cochran'a) bez ograniczających założeń, dotyczącą wariancji. Charakterystyczne dla tej wersji jest to, że używa ona zmodyfikowanych stopni swobody, przyjmujących wielkości nie tylko całkowite). Do podjęcia decyzji, którą z wersji testu t zastosować, użyto testu Levene'a. Założenia obu wariantów testu t są następujące: (1) statystyka testowa ma rozkład t Studenta, co jest spełnione, jeśli zarówno estymator średniej ma rozkład normalny oraz suma kwadratów odchyłeń

od średniej ma rozkład χ^2 , a to jest spełnione wtedy, gdy populacja ma rozkład normalny; (2) zmienna zależna jest interwałowa.

Do badania istnienia związku proporcjonalności między zmiennymi użyto klasycznego testu na istotność współczynnika korelacji Pearsońa. Założenia korelacji Pearsońa są następujące: (1) odchylenia wartości zmiennej zależnej od przewidywanej wartości na linii trendu liniowego (residua) mają rozkład normalny; (2) zmienna zależna jest co najmniej interwałowa.

3. Wyniki badań

3.1. Statystyki opisowe.

Tabela 1 przedstawia statystyki badanych grup cechy pod względem czasu pobytu w zakładzie poprawczym, tabela 2 - przedstawia statystyki opisowe wszystkich badanych zmiennych dla całej badanej grupy.

Tabela 1. Czas pobytu w zakładzie poprawczym (w miesiącach) dla grupy A (krótszy czas pobytu) i grupy B (dłuższy czas pobytu)

| | N | Minimum | Maksimum | Średnia | Odchylenie standardowe |
|---------|----|---------|----------|---------|------------------------|
| Grupa A | 35 | 0 | 6 | 2,37 | 1,48 |
| Grupa B | 35 | 6 | 16 | 10,91 | 2,81 |

Tabela 2. Statystyki opisowe badanych zmiennych

| Zmienna | N | Minimum | Maksimum | Średnia | Odchylenie standardowe | Skośność | Kurtoza |
|-----------------------------------|----|---------|----------|---------|------------------------|----------|---------|
| Nadzieja na sukces | 70 | 10 | 39 | 21,73 | 6,72 | 0,538 | -0,122 |
| Umiejętność znajdowania rozwiązań | 70 | 6 | 21 | 11,19 | 3,64 | 0,756 | -0,242 |
| Siła woli | 70 | 4 | 21 | 10,54 | 3,83 | 0,429 | 0,021 |
| Lęk jako stan | 70 | 42 | 71 | 57,17 | 6,32 | -0,191 | -0,062 |
| Lęk jako cecha | 70 | 40 | 62 | 50,86 | 5,00 | -0,141 | 0,113 |
| Poziom depresji | 70 | 0 | 29 | 9,01 | 5,82 | 0,951 | 1,288 |

Badane zmienne mają wszystkie skośności o wartości bezwzględnej mniejszej niż jeden, to oznacza, że skośność pozwala potwierdzić ich zgodność z rozkładem normalnym. To samo (z wyjątkiem poziomu depresji) dotyczy kurtozy wszystkich

zmiennych. Ponieważ dla depresji kurtoza jest większa niż „1”, to jej rozkład może odbiegać od rozkładu normalnego. Jednak ze względu na szczególną specyfikę zmiennej depresyjnej (niezgodność z rozkładem normalnym) oraz ze względu na normalność rozkładów pozostałych zmiennych, że przyjęto, że wszystkie zmienne są parametryczne i użyto do ich badania testów parametrycznych.

3.2. Poziom nadziei na sukces a czas pobytu w zakładzie poprawczym

Testowano różnice w poziomie nadziei na sukces w grupie wychowanków o krótszym vs dłuższym okresie pobytu w zakładzie poprawczym. W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie o różnice w poziomie nadziei na sukces między dwoma badanymi grupami przeprowadzono test t Studenta dla prób niezależnych.

Tabela 3. Testy istotności różnic między średnimi wynikami nadziei na sukces - zależności ze względu na czas pobytu wychowanków w zakładzie poprawczym

| Zmienna | Grupa A (krótszy czas pobytu) | | Grupa B (dłuższy czas pobytu) | | Statystyka t | df | Istotność testu t |
|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------|-------|----------------------|
| | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe | | | |
| Nadzieja na sukces | 26,80 | 5,25 | 16,66 | 3,35 | 9,64 | 57,79 | 0,001 |
| Umiejętność znajdowania rozwiązań | 13,66 | 3,40 | 8,71 | 1,69 | 7,71 | 49,88 | 0,001 |
| Siła woli | 13,14 | 3,09 | 7,94 | 2,51 | 7,73 | 68,00 | 0,001 |

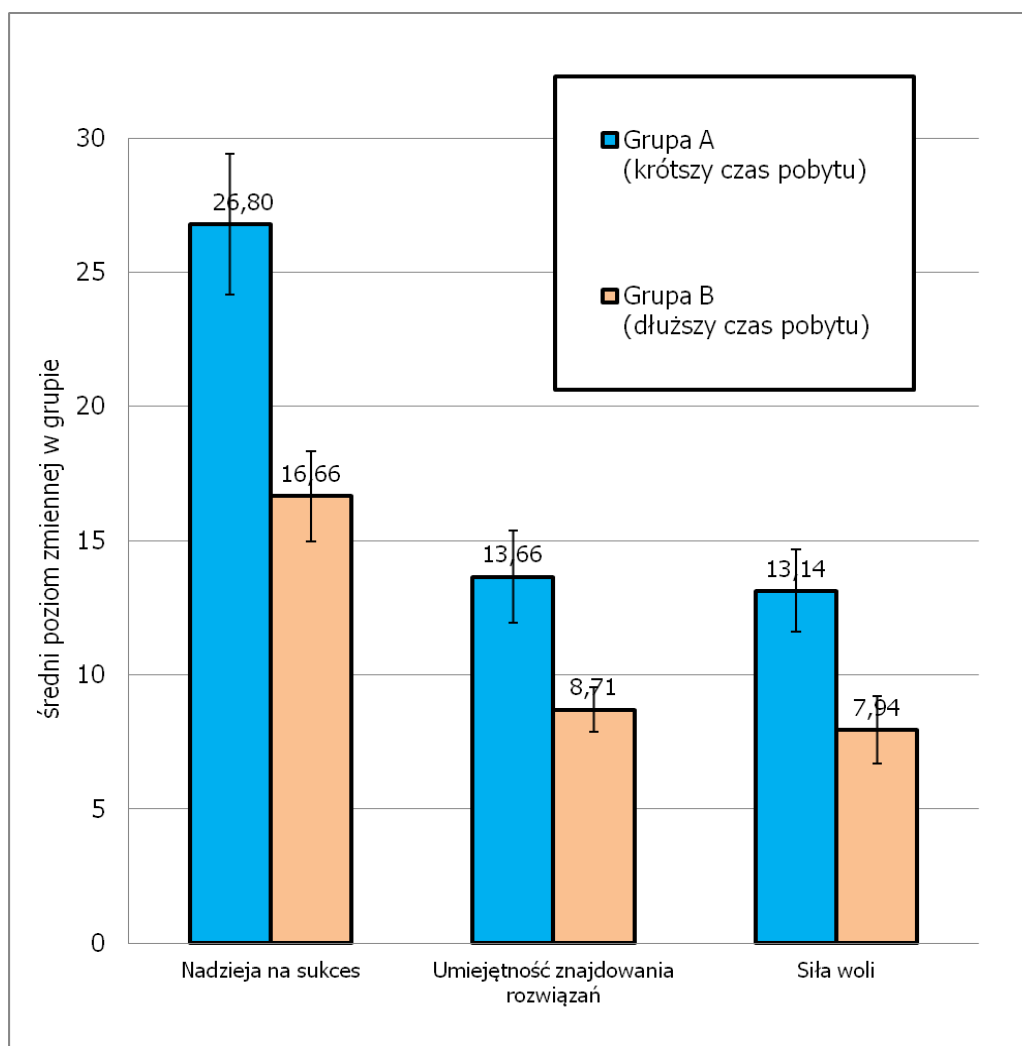
W grupie wychowanków o krótszym pobycie w zakładzie poprawczym średnia wartość zmiennej nadzieja na sukces (równa 26,8) jest większa niż w grupie wychowanków o dłuższym pobycie w zakładzie poprawczym (gdzie średnia wynosi 16,7). Wynik testu jest istotny i wynosi $t(57,79)=9,64$, a istotność p jest mniejsza niż 0,05. Stąd mamy prawo wnioskować, że badane grupy różnią się istotnie między sobą poziomem zmiennej: „nadzieja na sukces”.

W grupie wychowanków o krótszym pobycie w zakładzie poprawczym średnia wartość zmiennej „umiejętność znajdowania rozwiązań” (równa 13,66) jest większa niż w grupie o dłuższym pobycie w zakładzie poprawczym (gdzie średnia wynosi 8,7). Wynik testu jest istotny i wynosi $t(49,88)=7,71$, a istotność p jest mniejsza

niż 0,05. Możemy więc wnioskować, że badane grupy różnią się istotnie między sobą poziomem zmiennej: „umiejętność znajdowania rozwiązań”.

W badanej grupie o krótszym pobycie w zakładzie poprawczym średnia wartość zmiennej: „siła woli” (równa 13,14) jest większa niż w grupie o dłuższym pobycie w zakładzie poprawczym (gdzie średnia wynosi 7,9). Wynik testu jest istotny i wynosi $t(68)=7,73$, a istotność p jest mniejsza niż 0,05. Stąd możemy wnioskować, że badane grupy różnią się istotnie między sobą poziomem zmiennej: „siła woli”.

Ryc. 1. Średni poziom zmiennych w grupie badanych o pobycie w zakładzie poprawczym krótszym vs dłuższym.



3.3. Poziom lęku a czas pobytu w zakładzie poprawczym

Testowano różnice w poziomie „lęku jako stanu” oraz „lęku jako cechy” w grupie wychowanków o krótszym vs dłuższym okresie pobytu w zakładzie poprawczym. W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie o różnice w poziomie zmiennej „lęk jako stan” oraz „lęk jako cecha” między dwoma badanymi grupami przeprowadzono test t Studenta dla prób niezależnych.

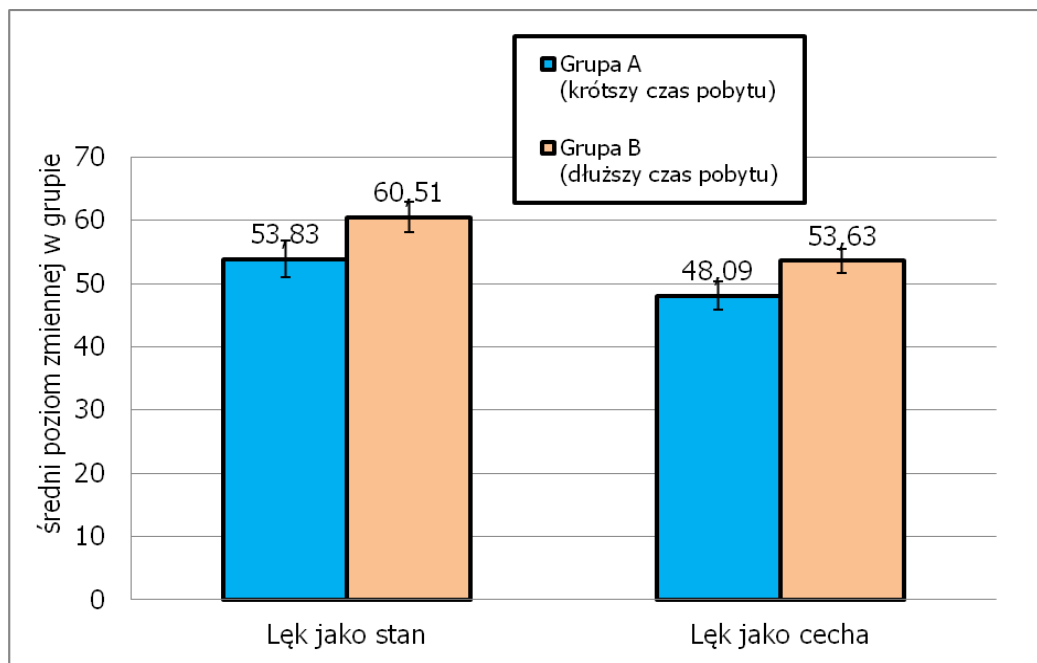
Tabela 4. Testy istotności różnic między średnimi wynikami lęku jako stanu i lęku jako cechy - zależności ze względu na czas pobytu wychowanków w zakładzie poprawczym

| Zmienna | Grupa A (krótszy czas pobytu) | | Grupa B (dłuższy czas pobytu) | | Statystyka t | df | Istotność testu t |
|----------------|----------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------|-------|----------------------|
| | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe | | | |
| Lęk jako stan | 53,83 | 5,80 | 60,51 | 4,94 | -5,19 | 68,00 | 0,001 |
| Lęk jako cecha | 48,09 | 4,51 | 53,63 | 3,82 | -5,55 | 68,00 | 0,001 |

W grupie badanych o krótszym okresie pobytu w zakładzie poprawczym średnia wartość zmiennej: „lęk, jako stan” (równa 53,83) jest mniejsza niż w grupie badanych o dłuższym pobycie w zakładzie poprawczym (gdzie średnia wynosi 60,51). Wynik testu jest istotny i wynosi $t(68)=5,19$, a istotność p jest mniejsza niż 0,05. Stąd można wnioskować, że badane grupy różnią się istotnie między sobą poziomem zmiennej „lęk, jako stan”.

W grupie badanych o krótszym okresie pobytu w zakładzie poprawczym średnia wartość zmiennej „lęk, jako cecha” (równa 48,09) jest mniejsza niż w grupie badanych o dłuższym pobycie w zakładzie poprawczym (gdzie średnia wynosi 53,63). Wynik testu jest istotny i wynosi $t(68)=5,55$, a istotność p jest mniejsza niż 0,05. Można więc wnioskować, że badane grupy różnią się istotnie między sobą poziomem zmiennej „lęk, jako cecha”.

Ryc. 2. Średni poziom zmiennych w grupie badanych o pobycie w zakładzie poprawczym krótszym vs dłuższym.



3.4. Poziom depresji a czas pobytu w zakładzie poprawczym

Testowano różnice w poziomie zmiennej „depresja” w grupie wychowanków o krótszym vs dłuższym okresie pobytu w zakładzie poprawczym. W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie o różnice w poziomie zmiennej: „depresja” między dwoma badanymi grupami przeprowadzono test t Studenta dla prób niezależnych.

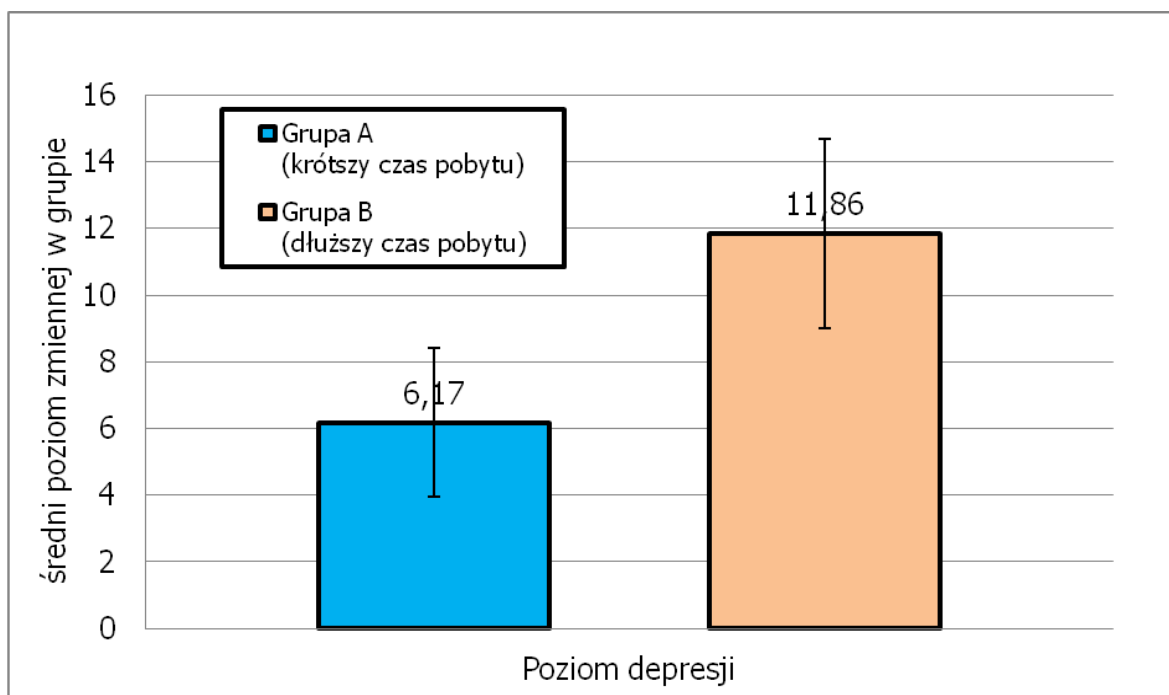
Tabela 5. Testy istotności różnic między średnimi wynikami zmiennej depresja - zależności ze względu na czas pobytu wychowanków w zakładzie poprawczym

| Zmienna | Grupa A (krótszy czas pobytu) | | Grupa B (dłuższy czas pobytu) | | Statystyka t | df | Istotność testu t |
|-----------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------------------|--------------|-------|-------------------|
| | Średnia | Odchylenie standardowe | Średnia | Odchylenie standardowe | | | |
| Poziom depresji | 6,17 | 4,46 | 11,86 | 5,67 | -4,66 | 68,00 | 0,001 |

W grupie badanych o krótszym okresie pobytu w zakładzie poprawczym średnia wartość zmiennej „depresja” (równa 6,17) jest mniejsza niż w grupie badanych o dłuższym pobycie w zakładzie poprawczym (gdzie średnia wynosi 11,9).

Wynik testu jest istotny i wynosi $t(68)=4,66$, a istotność p jest mniejsza niż $0,05$. Stąd można wnioskować, że badane grupy różnią się istotnie między sobą poziomem zmiennej „depresja”.

Ryc. 3. Średni poziom zmiennych w grupie badanych o pobycie w zakładzie poprawczym krótszym vs dłuższym. Rozkład depresji w grupach.



Na podstawie uzyskanych wyników w Inwentarzu Depresji Becka przedstawione zostały poniżej częstości występowania depresji w grupie osób badanych, uwzględniając 3 wyodrębnione trzy poziomy nasilenia depresji: depresja nie występuje, depresja łagodna, depresja umiarkowana.

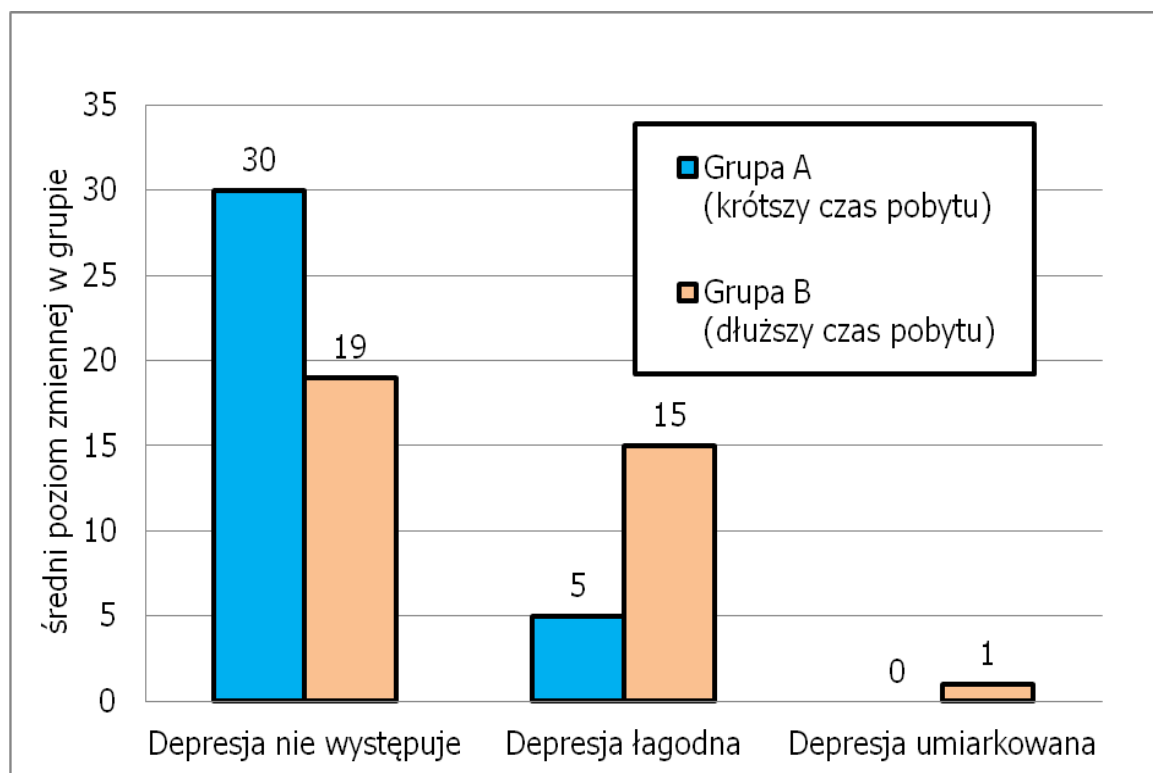
Tabela 6. Statystyki częstości dla zmiennej depresja w badanych grupach

| Zmienna | Grupa A (krótszy czas pobytu) | | Grupa B (dłuższy czas pobytu) | | Ogółem | |
|------------------------|----------------------------------|--------|----------------------------------|--------|--------|--------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Depresja nie występuje | 30 | 85,7% | 19 | 54,3% | 49 | 70,0% |
| Depresja łagodna | 5 | 14,3% | 15 | 42,9% | 20 | 28,6% |
| Depresja umiarkowana | 0 | 0,0% | 1 | 2,9% | 1 | 1,4% |
| Ogółem | 35 | 100,0% | 35 | 100,0% | 70 | 100,0% |

Wyniki wskazują, że w badanych grupach występują różnice w poziomie występowania depresji. W grupie badanych o krótszym okresie pobytu w zakładzie poprawczym (N=35) depresja nie występuje aż u 30 osób. Występuje jedynie

depresja łagodna u 5 osób. Natomiast w grupie badanych o dłuższym pobycie w zakładzie poprawczym (N=35) u 19 osób depresja nie występuje, 15 osób cierpi na depresję łagodną i 1 osoba na - depresję umiarkowaną.

Ryc. 4. Rozkład częstości dla zmiennej „depresji” w badanych grupach.



3.4. Poziom nadziei na sukces a poziom lęku

Pytanie badawcze brzmi, czy poziom nadziei na sukces ma związek z poziomem lęku. Innymi słowy, poszukujemy odpowiedzi na pytanie, czy źródłem nasilania się objawów lęku jest obniżanie się u wychowanków nadziei na sukces. Do badania istnienia związku korelacji użyto klasycznego testu na istotność współczynnika korelacji Pearsona.

Tabela 7. Korelacje nadziei na sukces z lękiem jako stanem i lękiem jako cechą

| Zmienna | Lęk jako stan | Lęk jako cecha |
|-----------------------------------|---------------|----------------|
| Nadzieja na sukces | -0,51*** | -0,51*** |
| Umiejętność znajdowania rozwiązań | -0,45*** | -0,46*** |
| Siła woli | -0,46*** | -0,45*** |

*** - korelacja istotna na poziomie 0,001

Zmienna „lęk jako stan” jest istotnie ujemnie skorelowana ze zmienną „nadzieja na sukces”. A zatem, im mniejsza „nadzieja na sukces”, tym większy „lęk jako stan”. Współczynnik korelacji wynosi $r=-0,50$; $p<0,001$. Zmienna „lęk jako cecha” jest także istotnie ujemnie skorelowana ze zmienną „nadzieja na sukces”. Oznacza to, że im mniejsza „nadzieja na sukces”, tym większy „lęk jako cecha”. Współczynnik korelacji wynosi $r=-0,50$; $p<0,001$.

Ponadto analizy statystyczne pokazały, że zmienna „lęk jako stan” jest istotnie ujemnie skorelowana ze zmienną „umiejętność znajdowania rozwiązań”. Im mniejsza „umiejętność znajdowania rozwiązań” tym większy „lęk jako stan”. Współczynnik korelacji wynosi $r=-0,45$; $p<0,001$. Podobnie, zmienna „lęk jako cecha” jest istotnie ujemnie skorelowana ze zmienną „umiejętność znajdowania rozwiązań”. Im mniejsza „umiejętność znajdowania rozwiązań” tym większy „lęk jako cecha”. Współczynnik korelacji $r=-0,46$; $p<0,001$.

W wyniku analiz statystycznych wykazano także, że zmienna „lęk jako stan” jest istotnie ujemnie skorelowana ze zmienną „siła woli”, co oznacza, że im mniejsza „siła woli”, tym większy „lęk jako stan”. Współczynnik korelacji wynosi $r=-0,46$; $p<0,001$. Zmienna „lęk jako cecha” jest również ujemnie skorelowana ze zmienną „siła woli”. A zatem im mniejsza „siła woli” tym większy „lęk jako cecha”. Współczynnik korelacji wynosi $r=-0,45$; $p<0,001$.

3.5. Poziom nadziei na sukces a poziom depresji

Pytanie badawcze brzmi, czy poziom nadziei na sukces ma związek z poziomem depresji. Innymi słowy, czy źródłem nasilania się objawów depresji jest obniżanie się u wychowanków nadziei na sukces. Do badania istnienia związku korelacji użyto klasycznego testu na istotność współczynnika korelacji Pearsona.

Tabela 8. Korelacje nadziei na sukces z depresją

| Zmienna | Poziom depresji |
|-----------------------------------|-----------------|
| Nadzieja na sukces | -0,50*** |
| Umiejętność znajdowania rozwiązań | -0,40*** |
| Siła woli | -0,49*** |

*** - korelacja istotna na poziomie 0,001

Zmienna „depresja” jest istotnie ujemnie skorelowana ze zmienną „nadzieja na sukces”. Im mniejsza nadzieja na sukces, tym większe nasilenie objawów depresyjnych. Współczynnik korelacji wynosi $r=-0,50$; $p<0,001$. Ponadto, poziom depresji jest istotnie ujemnie skorelowany ze zmienną „umiejętność znajdowania

rozwiązań”. A zatem, im mniejsza umiejętność znajdowania rozwiązań, tym większe nasilenie depresji. Współczynnik korelacji wynosi $r=-0,40$; $p<0,001$. Analizy statystyczne wykazały również, że poziom depresji jest istotnie ujemnie skorelowany ze zmienną „siła woli”, co oznacza, że im mniejsza siła woli, tym wyższy poziom objawów depresyjnych. Współczynnik korelacji wynosi $r=-0,49$; $p<0,001$.

4. Dyskusja wyników i wnioski

Celem prezentowanych badań było sprawdzenie, czy czas „uwięzienia” wykazuje istotny związek z obniżaniem się poziomu nadziei na sukces oraz z podwyższaniem się poziomu lęku i depresji. Uzyskane wyniki potwierdziły, że taki związek istnieje. Badania pokazały, że im dłuższy czas pobytu wychowanków w zakładzie poprawczym, tym niższy poziom nadziei oraz wyższy poziom depresji i lęku. W grupie wychowanków o krótszym pobycie w zakładzie poprawczym średnia wartość zmiennej: „nadzieja na sukces” oraz jej składowe: „umiejętność znajdowania rozwiązań” oraz „przekonanie o posiadaniu silnej woli” jest wyższa niż w grupie wychowanków o dłuższym pobycie w zakładzie poprawczym. Wychowankowie o krótszym pobycie w zakładzie poprawczym, w przeciwieństwie do drugiej grupy badanych, wykazują się większą gotowością w wytrwałości dążenia do założonych celów i nie zniechęcania się porażkami. Przeprowadzone badania wykazały ponadto, że poziom „lęku jako stanu” i „lęku jako cechy” zależy od czasu pobytu wychowanka w zakładzie poprawczym. Okazało się, że im dłuższy czas pobytu tym wyższy poziom „lęku jako stanu” i „lęku jako cechy”. Analiza uzyskanych wyników pokazała, że wychowankowie, którzy dłużej przebywają w zakładzie poprawczym wykazują podwyższony poziom „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu”. Dzieci wychowujące się w rodzinach patologicznych, żyją bardzo często w środowisku zagrażającym, a zatem mogło dojść do wykształcenia się u nich „lęku jako cechy”. Poza tym zakład poprawczy, jako instytucja wzmacnia poczucie zagrożenia, które wpływa na podwyższenie lęku jako cechy. Natomiast lęk jako stan odnosi się do aktualnego reagowania napięciem i obawą na sytuację trudną (Spielberger 1966; za: Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002). Długotrwały pobyt w zakładzie poprawczym, izolacja i ograniczanie wolności, bez specyficznej pracy korekcyjnej prowadzi do przeżywania „uwięzienia” jako sytuacji wyjątkowo trudnej i zagrażającej, a tym samym lękotwórczej.

Badania własne pokazały, że dłuższy czas pobytu wychowanka w Zakładzie Poprawczym zwiększa także poziom depresji. Wyniki badań udowodniły, że wychowankowie charakteryzujący się dłuższym okresem pobytu w zakładzie poprawczym mają wyższy poziom depresji w stosunku do wychowanków z

krótszym okresem pobytu. Odwołując się do wcześniejszych rozważań – można powiedzieć, że zakład poprawczy jako instytucja totalna jest miejscem o niskim poczuciu bezpieczeństwa wychowanka, która zwiększając poziom depresyjności uniemożliwia budowanie sprzyjających warunków do odwrócenia patogenezy wychowanka. Objawy depresji ściśle wiążą się z nasilaniem się poczucia bezradności oraz beznadziejności, co jest złym prognostykiem do efektywności resocjalizacji w kierunku społecznie pożądanym, zapewniającym prawidłowy rozwój osobowości, a zwłaszcza kształtowanie pozytywnych zainteresowań, właściwej hierarchii wartości oraz przestrzegania przyjętych zasad współżycia społecznego.

Wyniki badań własnych, dotyczące dodatniego związku między czasem pobytu w sytuacji „uwięzienia” a poziomem lęku i depresji, są zgodne z ustaleniami innych autorów (m.in. Teplin i inni, 2002; Keller i inni 2003; Steel i inni 2006). W dostępnej literaturze nie udało się znaleźć prac, które prezentowałyby wyniki badań dotyczące związku między czasem „uwięzienia” a utratą nadziei. W badaniach Gasia (2008), przeprowadzonych w Polsce, dotyczących efektywności instytucjonalnych form pomocy na rzecz młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym wykazano, że młodzież przebywająca w zakładach poprawczych, charakteryzuje się niskim poziomem nadziei na sukces. Nie wiadomo jednak, czy na poziom badanej zmiennej miał wpływ czas przebywania w zakładzie poprawczym.

Kolejnym celem prezentowanych badań była odpowiedź na pytanie, czy istnieje związek między poziomem nadziei a poziomem depresji i lęku. Otrzymane wyniki miały pomóc w zrozumieniu, jaki jest hipotetyczny mechanizm wzrostu poziomu zaburzeń depresyjnych i lękowych pod wpływem sytuacji „uwięzienia”. Przyjęto założenie, że jednym z moderatorów tego wpływu może być utrata lub ubywanie nadziei. Badania potwierdziły, że niższe poczucie nadziei na sukces oraz jej składowe – niższa umiejętność znajdowania rozwiązań i niższe przekonanie o silnej woli - wiążą się z podwyższonym poziomem „lęku jako cechy” i „lęku jako stanu”. Badania potwierdziły również, że nadzieja na sukces jest istotnie ujemnie skorelowana z poziomem depresji. Im mniejsza nadzieja na sukces, tym większe nasilenie objawów depresyjnych. Ponadto wykazano ujemne związki depresji ze składowymi nadziei na sukces. Okazało się, że poziom umiejętności znajdowania rozwiązań jest istotnie ujemnie skorelowany z poziomem depresji. A zatem, im mniejsza umiejętność znajdowania rozwiązań, tym większe nasilenie depresji. Analizy statystyczne wykazały również, że poziom depresji jest istotnie ujemnie skorelowany z siłą woli, co oznacza, że im mniejsza siła woli, tym wyższy poziom objawów depresyjnych.

Mechanizm procesu utraty nadziei pod wpływem „uwięzienia”, a następnie uruchomienie procesu powstawania zaburzeń lękowych i depresyjnych, można

próbować wyjaśnić odwołując się do modeli teoretycznych nadziei, lęku i depresji. Snyder (2002) uważa, że poczucie bycia zablokowanym obniża poziom nadziei i podwyższa poziom poczucia beznadziejności. Zablokowanie ważnych celów życia wzbudza frustrację, jest katalizatorem zaburzeń psychicznych jednostki. Według Snydera nadzieja ma fundamentalne znaczenie dla przetrwania jednostki. Snyder wyjaśnia, że kiedy pewne zamierzone cele są blokowane przez przeszkody, jednostki mogą te cele porzucić, a nawet porzucić wszystkie cele swojego życia. Z drugiej strony, wprowadzenie lub pokazanie istotnych, ważnych celów dla jednostki, może przeciwdziałać zaburzeniom, a w przypadku wychowanków zakładów poprawczych – także przywrócić lub zwiększyć efekty resocjalizacyjnych.

Teoria beznadziejności (Beck i inni, 1985) skupia się na negatywnych aspektach funkcjonowania człowieka, na „czynnikach unieruchamiających funkcjonowanie jednostki”, podczas gdy teoria nadziei Snydera (2002) przyjmuje pozytywny punkt widzenia, pokazujący możliwości jednostki: mianowicie drogi „wyjścia”. Model depresji Becka (1987) oraz teoria beznadziejności (Beck i inni, 1985) skupia się na negatywnych myślach o przyszłości, podczas gdy teoria nadziei Snydera wskazuje, że niski poziom nadziei oznacza brak pozytywnej antycypacji przyszłości. Teoria poczucia beznadziejności Becka wydaje się akcentować składową: „siła do działania” (a właściwie jej brak), podczas gdy teoria nadziei kładzie jednakowy nacisk na „siłę do działania”, jak i na zdolność generowania „dróg do celu”. Zwrócenie uwagi na rolę i znaczenie nadziei na sukces może pomóc w tworzeniu efektywnych programów resocjalizacyjnych dla wychowanków zakładów poprawczych.

Związek między obniżeniem się nadziei i podwyższeniem poziomu lęku można wyjaśnić następująco. Poczucie bycia zablokowanym obniża poziom nadziei i podwyższa poziom sfrustrowania (Snyder 2002). Brak nadziei wiąże się ponadto z poczuciem braku kontroli. Osoby, które uważają, że mają kontrolę nad sytuacją, są bardziej odporne na sytuacje trudne (Raybeck, 1991; za Devlin 2003). W badaniach stresu stwierdzono, że jeśli człowiek ma poczucie kontroli w odniesieniu do potencjalnego stresora, negatywne skutki stresora są znacząco zredukowane lub nawet wyeliminowane (np. Evans i Cohen, 1987; za Ulrich, 1991). Lęk jest reakcją emocjonalną na sytuację spostrzeganą jako trudną, przykrą lub zagrażającą, a także często wiąże się z frustracją ważnych potrzeb psychicznych (Seligman, Walker i Rosenhan, 2003). Eysenck (1957; za: Rachman, 2005) uważał on, że uwarunkowane reakcje lęku są wynikiem pojedynczego traumatycznego wydarzenia lub całej serii traumatycznych zdarzeń. „Uwięzienie” wiąże się z dużą liczbą frustrujących i urazowych sytuacji. Według poznawczej teorii lęku Becka (1985; za: Rachman, 2005) wytrącające z równowagi zdarzenie nasila pierwotną postawę strachu, która

powoduje, że w swoim pojmowaniu sytuacji jednostek wyolbrzymia i błędnie interpretuje wielkość nieprzyjemnych konsekwencji. Lęk jako cecha definiowany jest przez Spielbergera (1966; za: Wrześniewski, Sosnowski, Matusik, 2002) jako nabyta dyspozycja behawioralna, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażające i reagowanie na nie stanem lęku, nieproporcjonalnie w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa.

Związek między nadzieją, depresją i lękiem może wielokierunkowy i wzajemnie wzmacniający się charakter. Obniżenie się poziomu nadziei może zwiększać poziom lęku. Pojawienie się reakcji lękowych u jednostek „uwięzionych” może następnie prowadzić do występowania stanów depresyjnych. Według Bernstein (1991) wysoki poziom lęku zwykle poprzedza pojawienie się depresji, głównie w przypadku dzieci i młodzieży. Mimo tych obserwacji, nie doczekano się odpowiedniej teorii. Bazując na badaniach własnych można założyć, że u wychowanków najpierw pojawia się lęk (jako skutek „uwięzienia”), a następnie depresja (syndrom rezygnacji), co z kolei obniża poziom nadziei na sukces (na skutek depresyjnego postrzegania rzeczywistości). Utrata nadziei prowadzi do poczucie beznadziejności, a w sytuacji przeżywania przykrych doświadczeń prowadzi do powstawania typowych dla depresji deficytów emocjonalnych i motywacyjnych. Deficyty te wzmacniają jeszcze bardziej istniejące już dysfunkcjonalne depresyjne schematy poznawcze. W ten sposób dochodzi do powstania błędnego koła, do „schodzącej w dół depresyjnej spirali” (Beck, 1987).

Gottschalk (1974) traktuje nadzieję i poczucie beznadziejności jako dwa bieguny na tym samym continuum oczekiwań w stosunku do przyszłości. Poczucie beznadziejności (*hopelessness*) jest definiowane jako: „negatywne widzenie przyszłości, spodziewanie się niepowodzenia” (Beck i inni 1985). Według Becka poczucie beznadziejności stanowi kognitywną cechę depresji. Beck zidentyfikował trzy poznawcze cechy depresji (tzw.: triada depresyjna): negatywny stosunek do siebie, do świata i do przyszłości. Trzeci element triady depresyjnej, pokrywa się z pojęciem poczucia beznadziejności. Poczucie beznadziejności jest znaczącym czynnikiem ryzyka ogólnie zaburzeń psychicznych, ale szczególnie - depresji (Hanna, 1991; za Grewal i Porter (2007). Wychodząc z teorii depresji Becka (1987), można przyjąć następujący hipotetyczny proces depresyjny: obniżanie się poziomu nadziei na sukces prowadzi do zwiększania się poziomu poczucia beznadziejności, z kolei poczucie beznadziejności pociąga za sobą rozwój depresji, zgodnie z teorią Becka. Obniżanie się poziomu nadziei, może prowadzić nie tylko do depresji, ale także do zamachów samobójczych. Kiedy jednostki doznają „głębokiego, chronicznego

i niekończącego się zablokowania w drodze do celu, mogą porzucić swoje cele życiowe na rzecz samobójstwa” (Snyder, 2002, s. 267).

Przeprowadzone badania potwierdziły teoretyczne założenia związku między poziomem nadziei na sukces a poziomem lęku i depresji u wychowanków przebywających w zakładach poprawczych. Stwierdzono, że predyktorem poziomu poczucia nadziei na sukces jest długość okresu pobytu wychowanka w zakładzie poprawczym, który także wiąże się z poziomem lęku i depresji. Warto podjąć kolejne badania nad bardziej pogłębioną analizą badanego zjawiska. Należy rozważyć zasadność wprowadzenia większej liczby zmiennych, takich jak cechy osobowości wychowanka, inteligencja emocjonalna, zasoby psychologiczne, poczucie własnej wartości, poziom kompetencji społecznych. Ponadto, mimo obiektywnych trudności, warto przeprowadzić badania podłużne oraz porównawcze, obejmujące inne instytucje, zajmujące się działalnością resocjalizacyjną lub opiekuńczo-wychowawczą, w celu zweryfikowania wyniku badań.

Uzyskane wyniki mają praktyczne zastosowanie. Wyniki omawianych badań dają podstawę do tworzeniu odpowiednich programów profilaktycznych i terapeutycznych. Duża intensywność czynników ryzyka występujących w trakcie długotrwałego pobytu nieletnich w zakładzie poprawczym wymaga ich uwzględnienia w procesie resocjalizacji. Należy uwzględnić przede wszystkim intensywne oddziaływania terapeutyczne chroniące wychowanków przed utratą ich nadziei na sukces, która wydaje się być szczególnie zagrożona. A tym samym uchronienie wychowanków przed rozwojem zaburzeń lękowych i depresyjnych, a także możliwością zamachów samobójczych. W tym celu należy tworzyć takie warunki, aby wychowanek przy pomocy osób dorosłych mógł budować realną długofalową perspektywę na swoją przyszłość. Utrzymanie wysokiego poziomu nadziei na sukces w zakładach poprawczych poprzez odpowiednio dobrane oddziaływania psychologiczne jest możliwe. Fundacja „Masz Szansę” w Lublinie przeprowadziła badania m.in. wśród wychowanków różnych zakładów poprawczych (w tym zakładów poprawczych w Białymstoku i Laskowcu), w ramach projektu „Efektywność instytucjonalnych form pomocy na rzecz młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym”. Badania organizowane przez Fundację „Masz Szansę” dotyczyły osób uczestniczących w programach wychowawczych, terapeutycznych. Badano grupę nowicjuszy (pobyt w zakładzie poprawczym do 7 miesięcy) i grupę absolwentów (pobyt w zakładzie poprawczym od 7 do 15 miesięcy). Z przeprowadzonych badań wynika, że między grupą nowicjuszy, a grupą absolwentów wystąpiły dwie statystycznie istotne różnice. Absolwentów charakteryzowało istotnie wyższa nadzieja na sukces, a także przekonanie o

posiadaniu silnej woli, na co prawdopodobnie miało wpływ uczestnictwo w programach terapeutycznych (Gaś, 2008).

Zgodnie z naukami klinicznymi (np. Knox i inni, 2000) objawy zaburzeń psychicznych w okresie dorastania wiążą się ze zwiększonym ryzykiem zachowań impulsywnych i agresywnych. Badania nad populacją przestępczą sugerują, że młodzież z zaburzeniami psychicznymi ma zwiększone ryzyko angażowania się w zachowania, które prowadzą do kontaktu z wymiarem sprawiedliwości dla nieletnich (Connor 2002 i Novaco 1994 za Grisso, 2008). Tak więc, jeśli pobyt w zakładzie poprawczym zwiększa występowanie zaburzeń psychicznych, system wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich powinien sprawować odpowiednią pieczę nad młodzieżą, by ograniczyć ponowny konflikt z prawem, wprowadzając odpowiednie środki przeciwdziałające powstawaniu zaburzeń psychicznych lub leczących te zaburzenia. Terapia zaburzeń młodzieży zagrożonej przestępczością przez służby wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich, nie musi być najlepszym rozwiązaniem. Zwiększanie zakresu takich działań, oznaczałoby konieczność zatrzymania nieletniego w celu dostarczenia go do ośrodka psychiatrycznego. Jak już wiemy, terapie nieletnich prowadzone w warunkach odosobnienia („uwięzienia”) mogą być nawet antyterapeutyczne. Ponadto, terapie grupowe z udziałem młodzieży antyspołecznej czasami mają negatywny wpływ na mniej aspołecznych rówieśników (Lipsey i Wilson, 1998; za Grisso, 2008).

Z doświadczeń amerykańskich wynika, że wiele z najbardziej efektywnych metod terapii i resocjalizacji młodzieży działa najlepiej, gdy stosuje się je w ramach społeczności rodzinnej, a nie w instytucjach poza ich rodziną. W jednym z badań (Cuellar, Markowitz i Libby, 2004) wykazano, że adolescenti przebywający w rodzinach zastępczych, którzy uzyskali w swojej społeczności terapię zaburzeń psychicznych i uzależnień, rzadziej byli zatrzymywani za kolejne przestępstwa. W innym badaniu (Cuellar, McReynolds i Wasserman, 2006) wykazano, że zwolnieni z ośrodków dla młodzieży z problemami z prawem, adolescenti z zaburzeniami psychicznymi, którzy otrzymali pomoc w swoim środowisku, znacznie rzadziej byli powtórnie aresztowani, niż ci, którzy nie uzyskali takiej terapii. Tak więc, w procesie resocjalizacji młodzieży z wyrokami powinno się brać pod uwagę związek zaburzeń (m.in. depresyjnych) z ponownym wejściem w konflikt z prawem.

Badania potwierdzają, że zmniejszenie objawów zaburzeń psychicznych zmniejsza przestępczość wśród młodzieży (z zaburzeniami psychicznymi) (Grisso 2008). Co więcej, badania wskazują, że w obrębie tradycyjnej psychoterapii indywidualnej czy psychiatrycznej opieki szpitalnej brakuje najbardziej efektywnych sposobów zmniejszenia przestępczości wśród młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Dla większości przestępczej młodzieży z zaburzeniami psychicznymi,

najskuteczniejsze metody zawierają działania społecznościowe, które towarzyszą im w kontekście codziennych interakcji społecznych, podczas przebywania w swoim środowisku. Najbardziej obiecujące podejście w celu zapewnienia skutecznej terapii jest tworzenie systemu opieki społecznej dla dzieci, w którym terapia w ramach wymiaru sprawiedliwości dla nieletnich byłaby ściśle określona (Grisso 2008).

Bibliografia:

- Abramson L. Y., Seligman M. E. P. i Teasdale J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Beck A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-38.
- Beck A. T. i Steer R. A. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., i Garrison B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559-563.
- Bernstein G.A. (1991). Comorbidity and severity of anxiety and depressive disorders in a clinic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 43-50.
- Carson R.C., Butcher J.N., Mineka S. (2006). *Psychologia zaburzeń. Człowiek we współczesnym świecie*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cuellar A.E., Markowitz S., Libby A.M. (2004). Mental health and substance abuse treatment and juvenile crime. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7, 59-68.
- Cuellar A.E., McReynolds L.S., Wasserman G.A. (2006). A cure for crime: Can mental health treatment diversion reduce crime among youth? *Journal of Policy Analysis and Management*, 25, 197-214.
- Departament Nadzoru nad Wykonaniem Orzeczeń. (2005). *Raport o schroniskach dla nieletnich i zakładach poprawczych. Informacja o podstawowych problemach*. Warszawa: Ministerstwo Sprawiedliwości. Pobrano z: <http://ms.gov.pl/aktual/raport.rtf>.
- Devlin A. S. i Arneill A. B. (2003). Health care environments and patient outcomes: A review of the literature. *Environment and Behavior*, 35, 665-694.
- Gaś Z. B. (red.). (2008). *Efektywność instytucjonalnych form pomocy na rzecz młodzieży zagrożonej wykluczeniem społecznym*. Lublin: Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz Szansę”.

- Goffman E. (2011). *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gottschalk L. A. (1974). A hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 30, 779-785
- Gottschalk L. A. (1985). Hope and other deterrents to illness. *American Journal of Psychotherapy*, 39, 515-524.
- Grewal P. K., Porter J. E. (2007). Hope Theory: A Framework for Understanding Suicidal Action. *Death Studies*, 31, 131-154.
- Grisso T. (2008). Adolescent offenders with mental disorders. *The Future of Children*, 18, 143-64.
- Keller A. S., Rosenfeld B., Trinh-Shevrin C., Meserve C., Sachs E., Leviss J. A., Singer E., Smith H., Wilkinson J., Kim G., Allden K. i Ford D. (2003). Mental health of detained asylum seekers. *Lancet*, 362, 1721-1723.
- Knox M., King C., Hanna G. L., Logan D. i Ghaziuddin N. (2000). Aggressive behavior in clinically depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 611-618.
- Łaguna M., Trzebiński J. i Zięba M. (2005). *Kwestionariusz Nadziei na Sukces KNS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Magaletta P. R. i Oliver J. M. (1999). The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539-551.
- Pospiszyl K. (red.). (1990). *Resocjalizacja nieletnich. Doświadczenie i koncepcje*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne.
- Pużyński S., Wciórka J. (2000). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Vesalius.
- Rachman S. (2005). *Zaburzenia lękowe. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Seligman M., Walker E., Rosenhan D. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Sosnowski T., Wrześniewski K., Jaworowska A. i Fecenec D. (2006). *Inwentarz stanu i cechy lęku. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Sacco W. P. i Beck A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. [w] E. E. Beckham i W. Leber (red.), *Handbook of depression* (s. 329-351). New York: Guilford Press; 1995.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.

- Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355–360.
- Snyder C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249–275.
- Snyder C. R., Harris C., Anderson J. R., Holleran S. A., Irving L. M., Sigmon S. T., Yoshinobu L., Gibb J., Langelle C. i Harney P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570–585.
- Steel Z., Silove D., Brooks R., Momartin S., Alzuhairi B., Susljik I. (2006). Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. *British Journal of Psychiatry*, 188, 58-64.
- Taylor S. E. (1979). Hospital Patient Behavior: Reactance, Helplessness, or Control? *Journal of Social Issues*, 35, 156-184.
- Teplin L. A., Abram K. M., McClelland G. M., Dulcan M. K. i Mericle A. A. (2002). Psychiatric Disorders in Youth in Juvenile Detention. *Archives of General Psychiatry*, 59, 1133-1143.
- Ulrich R. S. (1991). Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research. *Journal of Health Care Interior Design*, 3, 97-109.
- Wciórka J. (red. wyd. polskiego). (2008). *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
- Weishaar, M.E. (2007). *Twórcy psychoterapii: Aaron T. Beck*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wrześniewski K., Sosnowski T. i Matusik D. (2002). *Polska adaptacja inwentarza stanu i cechy lęku (STAI)*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.