

Trening Zastępowania Agresji: opis metody, jej skuteczność oraz zastosowanie w praktyce oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży

Aggression Replacement Training: methods, efficiency and practical use in department of child and adolescent psychiatry

¹ Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Oddział Kliniczny Psychiatrii, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie

Adres do korespondencji: Witold Pawliczuk, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa, tel.: +48 22 522 73 38, e-mail: w.pawliczuk@op.pl

Streszczenie

Opracowany przez Arnolda Goldsteina Trening Zastępowania Agresji, stosowany w wielu krajach, jest programem terapeutycznym mającym zapobiegać zachowaniom agresywnym. Wdraża się go także jako program interwencyjny, ukierunkowany na zmianę zachowania osób agresywnych. Trening stworzono z myślą o pracy z młodzieżą z placówek poprawczych, a później przystosowano do potrzeb szerokiej grupy odbiorców, dzięki czemu można go realizować w różnych instytucjach oświaty (przedszkolach, szkołach podstawowych i średnich), placówkach opiekuńczo-wychowawczych czy oddziałach psychiatrycznych. Artykuł składa się z czterech części. W pierwszej przedstawiono krótki rys historyczny, w drugiej – założenia i strukturę poszczególnych modułów. W opisie każdego z trzech modułów uwzględniono stosowane techniki i położono nacisk na poznawczo-behawioralny aspekt interwencji. Część trzecia obejmuje przegląd zagranicznych i polskich badań ewaluacyjnych. Szczególną uwagę zwrócono na raporty instytucji rządowych – obrazujące wymierne korzyści materialne uzyskiwane dzięki wdrożeniu programu. Ostatnią część artykułu poświęcono doświadczeniom autorów z pracy według programu opartego na Treningu Zastępowania Agresji na oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży. Omówiono modyfikacje wprowadzone do standardowego programu w celu dostosowania go do warunków pracy w szpitalu.

Słowa kluczowe: agresja, psychiatria, trening

Abstract

Aggression Replacement Training was created by Arnold Goldstein. It is a world widespread therapeutic training aimed to prevent aggressive behaviour. Originally developed to work with youth from correctional institutions, now it is adopted to needs of a wide group of potential participants and can be used in various educational institutions like kindergartens, primary and secondary schools, childcare centres and psychiatric wards. This paper consists of four sections. The first section contains historical overview of the beginning of the program. Section two presents the idea of Aggression Replacement Training and subsequently a description of all three modules as well as CBT techniques and interventions used. Section three is a review of evaluation researches with conclusions for a practical usage and efficiency of this method. This section concentrates mostly on government reports concerning Aggression Replacement Training, which present possible benefits and savings related to the program. At the end of the article authors describe their own experiences with Aggression Replacement Training from their work with children and adolescents from department of child and adolescent psychiatry as well as some self-modifications to the program which were made to fit Aggression Replacement Training to a hospital environment.

Key words: aggression, psychiatry, training

WSTĘP

Trening Zastępowania Agresji (*Aggression Replacement Training, ART*) opracowano w celu ograniczenia przemocy i zachowań agresywnych wśród dzieci i młodzieży. Stosowany w szkole ma on również zwiększyć poczucie bezpieczeństwa uczniów (Morawska i Morawski, 2004).

RYS HISTORYCZNY

Program został stworzony pod koniec lat 70. XX wieku przez Arnolda Goldsteina i współpracowników w Instytucie Badań nad Agresją Uniwersytetu w Syracuse w Stanach Zjednoczonych (Morawska i Morawski, 2004; Morawska i Morawski, 2006a; Reddy i Goldstein, 2001). ART ma na celu zmianę zachowania osób agresywnych. Początkowo służył do pracy z młodzieżą, później przystosowano go do potrzeb szerokiej grupy odbiorców. Obecnie nadaje się do wdrożenia w przedszkolach, szkołach podstawowych i średnich, w placówkach szkolno-wychowawczych i poprawczych, wreszcie – na oddziałach psychiatrycznych. Do zalet treningu należy możliwość jego zastosowania u osób o różnym poziomie agresji i deficytów społecznych (Amendola i Oliver, 2010; Glick i Goldstein, 1987; Morawska i Morawski, 2006b; Reddy i Goldstein, 2001). ART funkcjonuje w wielu krajach, m.in. w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, państwach Europy i Ameryki Południowej. W Polsce został zatwierdzony w Krajowym Programie Zapobiegania Niedostosowaniu Społecznemu i Przystępczości Dzieci i Młodzieży, przyjętym przez Radę Ministrów w 2004 roku. Trening stosuje się także w adaptacji młodzieży używającej substancji psychoaktywnych (Morawska i Morawski, 2006b). Szkolenia dotyczące programu są w Polsce realizowane przez Stowarzyszenie Katolicki Ruch Antynarkotyczny KARAN oraz Instytut Amity.

OPIS PROGRAMU

ART to metoda wykorzystująca techniki poznawczo-behawioralne. Składa się z trzech modułów: treningu umiejętności społecznych, treningu kontroli złości i treningu wnioskowania moralnego. Kompleksowy program wielostronnej interwencji ma wpływać na zmianę zachowania, emocji i myślenia uczestników zajęć (Amendola i Oliver, 2010; Glick i Goldstein, 1987; Goldstein *et al.*, 2004; Morawska i Morawski, 2006c; Reddy i Goldstein, 2001). Jak sama nazwa wskazuje, trening polega na uczeniu się i ćwiczeniu nowych, bardziej konstruktywnych zachowań oraz na nauce podejmowania odpowiedzialnych decyzji (Morawska i Morawski, 2006a).

Omawiana metoda wywodzi się z zasad teorii społecznego uczenia się. U jej podstaw leży przekonanie, że kluczowymi przyczynami agresywnych zachowań są: deficyty dotyczące umiejętności kontrolowania własnej impulsywności,

nieznajomość albo nieumiejętność zastosowania rozwiązań innych niż przemoc oraz niedostateczny rozwój myślenia moralnego, pełniącego funkcję korygującą wobec zachowań agresywnych (Glick i Goldstein, 1987; Morawska i Morawski, 2006a; Morawska i Morawski, 2006b). Procedury ART mogą być realizowane w całości lub jako pojedyncze moduły, a także doraźnie w interwencjach indywidualnych.

Trening umiejętności społecznych (*skillstreaming*)

To najwcześniej i najbardziej szczegółowo opracowany przez Goldsteina moduł ART. Obejmuje on 50 umiejętności, które autorzy uznali za potrzebne do sprawnego funkcjonowania w życiu społecznym (Glick i Goldstein, 1987; Morawska i Morawski, 2006a; Reddy i Goldstein, 2001). Umiejętności te podzielono na sześć grup:

- wstępne umiejętności społeczne;
- zaawansowane umiejętności społeczne;
- umiejętności emocjonalne;
- umiejętności alternatywne wobec agresji;
- umiejętności kontroli stresu;
- umiejętności planowania.

Metody wykorzystywane w omawianym module to przede wszystkim techniki behawioralne oparte na modelowaniu prawidłowego zachowania przez prowadzących oraz ćwiczenie umiejętności przez odgrywanie ról w specjalnie zaaranżowanych scenkach. Scenki bazują na doświadczeniach uczestnika i mają uczyć prawidłowych algorytmów postępowania, zwanych krokami umiejętności (Amendola i Oliver, 2010; Glick i Goldstein, 1987; Goldstein *et al.*, 2004; Morawska i Morawski, 2006b; Reddy i Goldstein, 2001).

Ponadto wykorzystuje się techniki poznawcze – analizowanie danej sytuacji z innej perspektywy. Uczestnik otrzymuje od trenerów i pozostałych członków grupy informacje zwrotne dotyczące odegranej roli. Podczas spotkań często prowadzi się dyskusję na temat potencjalnych konsekwencji zachowania prezentowanego w scenie (Glick i Goldstein, 1987; Goldstein *et al.*, 2004; Morawska i Morawski, 2006a; Morawska i Morawski, 2006b; Reddy i Goldstein, 2001). Ważnym elementem modułu są też samodzielne ćwiczenie nowej umiejętności w praktyce i dzielenie się doświadczeniami z prób jej zastosowania. Pozwala to na transfer świeżo nabytej umiejętności, czyli przeniesienie i generalizację nowego sposobu reagowania ze środowiska grupy treningowej na środowisko, w którym osoba trenująca funkcjonuje na co dzień (Glick i Goldstein, 1987; Goldstein *et al.*, 2004; Morawska i Morawski, 2006b; Reddy i Goldstein, 2001).

Trening kontroli złości

Moduł drugi pomaga trenującym zrozumieć, czego nie należy robić i co można robić w obliczu prowokacji lub w sytuacji wywołującej złość (Glick i Goldstein, 1987;

Morawska i Morawski, 2006a; Morawska i Morawski, 2006b; Morawska i Morawski, 2006d). Na podstawie przedstawianych zdarzeń z własnego życia uczestnicy uczą się behawioralnego analizowania sytuacji pod kątem identyfikowania czynników zewnętrznych wyzwających złość (A), identyfikowania własnego agresywnego zachowania (B) i potencjalnych konsekwencji takiego zachowania (C) (Glick i Goldstein, 1987; Morawska i Morawski, 2006d). Prezentowany moduł służy także nauce rozpoznawania reakcji fizjologicznych, doznań płynących z ciała (Rf), które pozwalają na zidentyfikowanie złości. W trakcie zajęć uczestnicy zaznajamiają się z podstawowymi technikami relaksacyjnymi (reduktorami), czyli z głębokim oddychaniem i przyjemnymi wyobrażeniami. Uczą się dostrzegania myśli automatycznych związanych ze złością, dyskusji z nimi i tworzenia monitów, czyli myśli alternatywnych („Dam radę”, „Wyluzuj”, „Nie dam się sprowokować”). Służy to zmniejszeniu poziomu pobudzenia i modyfikacji myślenia, a tym samym – reinterpretowaniu doświadczanej sytuacji.

W pracy ze złością wykorzystuje się też procedury modelowania, odgrywania ról i praktykowania nowej umiejętności w życiu codziennym. Trenujący ćwiczą monitorowanie własnych postępów w opanowywaniu złości oraz nagradzanie samych siebie przez przyjemne aktywności czy generowanie nagradzających myśli automatycznych – „Poradziłem sobie”, „Jestem super” (Glick i Goldstein, 1987; Goldstein *et al.*, 2004; Morawska i Morawski, 2006d; Reddy i Goldstein, 2001).

Ważnym elementem modułu jest nauka identyfikacji błędów poznawczych, przez które dana osoba – ze względu na błędną interpretację sytuacji – szybciej reaguje gniewem. Wyróżnia się tu m.in. czytanie w myślach („On myśli, że jestem głupi”) i przewidywanie przyszłości („Jak mu nie przywałę, to się nie odczepi”) (Morawska i Morawski, 2006d).

Trening wnioskowania moralnego

To najpóźniej opracowany moduł, znacznie zwiększający skuteczność ART. Polega na grupowej dyskusji o różnych problemach moralnych (dylematach) – uczestnicy starają się wypracować propozycje rozwiązania (Morawska i Morawski, 2006c). Wnioskowanie moralne pozwala na reinterpretację sytuacji, dzięki czemu uczy uwzględniania praw i potrzeb innych osób, co może w konsekwencji zwiększać poczucie przyzwoitości i sprawiedliwości, rozwijać wrażliwość moralną. Interwencje pozwalają uczestnikom zrozumieć własne decyzje w kontekście wyznawanych wartości i osiągnąć wyższe stadium rozwoju moralnego (według Kohlberga), a tym samym przeciwdziałają opóźnieniu dojrzałości moralnej oraz dostarczają motywacji do stosowania pozostałych składowych programu: umiejętności społecznych i kontroli złości (Glick i Goldstein, 1987; Goldstein *et al.*, 2004; Morawska i Morawski, 2006c; Reddy i Goldstein, 2001).

Dyskusja nad dylematem moralnym nie zmierza do jego rozwiązania, a jedynie umożliwia analizę sytuacji z różnych punktów widzenia. W trakcie rozmowy stosuje się takie techniki, jak dialog sokratejski, badanie wyobrażonych konsekwencji i proste techniki sondowania. Prowadzący dąży do tego, aby uczestnik odkrył motywy swojego postępowania w danej sytuacji i zobaczył, na jakim etapie rozwoju moralnego się znajduje (Reddy i Goldstein, 2001; Morawska i Morawski, 2006c). Podczas dobierania uczestników do tego modułu warto się postarać, by w grupie znalazły się m.in. osoby będące na bardziej zaawansowanym etapie rozwoju moralnego. Taka struktura pozwala na pojawienie się w dyskusji różnorodnych odpowiedzi i argumentów, a co za tym idzie – ułatwia części uczestników przejście na wyższe stadium rozwoju moralnego (Materiały ze szkolenia..., 2007).

EWALUACJA

ART był wielokrotnie poddawany ewaluacji w różnych krajach. Pozytywne wyniki pozwoliły na zarekomendowanie go m.in. przez Departament Edukacji i Departament Sprawiedliwości USA oraz Amerykańskie Towarzystwo Penitencjarne. Ponadto program otrzymał akredytację Ministerstwa Spraw Wewnętrznych Wielkiej Brytanii (Morawski, 2005).

Pierwsze badania efektywności dotyczyły skuteczności ART wśród nieletnich i młodocianych przestępców przebywających w zakładzie zamkniętym Annsville Youth Center w stanie Nowy Jork. Okazało się, że młodzież przyswoiła sobie nowe umiejętności społeczne; dzięki temu wskaźniki recydywy po 10-tygodniowym programie wynosiły (w okresie 4–12 miesięcy od badania) 13–15%, a w grupie kontrolnej – 40–52% (Glick i Goldstein, 1987; Morawski, 2005; Reddy i Goldstein, 2001).

W stanie Waszyngton zrealizowano badania na zlecenie Community Juvenile Accountability Act, komórki oceniającej koszty realizacji i potencjalne korzyści ze stosowania programów dla młodzieży niedostosowanej. Badania te, przeprowadzone w latach 1999–2001 na grupie 960 demoralizowanych młodych osób, wykazały po 12 miesiącach 28-procentową redukcję recydywy w grupie uczestników ART. Z osób biorących udział w programie w ciągu 12 miesięcy powtórnie skazano tylko 35%, a w grupie kontrolnej (862 uczestników) wskaźnik recydywy wyniósł 42%. Poprawę uzyskano także w przypadku przestępstw ciężkich (zbrodni). Wskaźnik recydywy po ART wyniósł 14%, w grupie kontrolnej zaś – 18% (Washington State's implementation..., 2002). Dalsze badania potwierdziły skuteczność metody. Wykazano, że gdyby pieniądze, które normalnie zostałyby przeznaczone na pokrycie konsekwencji działalności przestępczej nieletnich (w tym – działania systemu sprawiedliwości i pokrycie kosztów krzywd wyrządzonych ofiarom), zainwestowano w program, pozwoliłoby to zaoszczędzić nawet 6,71 dol. na każdym dolarze wydanym na program. Kwota ta wzrosłaby do 11,66 dol.,

gdyby ART był realizowany zgodnie ze standardami i przez kompetentnych trenerów. Tak obiecujące wyniki sprawiły, że w stanie Waszyngton trening wszedł na stałe do programu resocjalizacji nieletnich (Outcome evaluation..., 2004). Skuteczność ART sprawdzano również w australijskich szkołach. Badania przeprowadzone w Brisbane wykazały, że wśród agresywnych uczniów szkoły średniej, którzy przeszli program razem z modulem wnioskowania moralnego, w porównaniu z dwiema grupami kontrolnymi znacznie spadła liczba zachowań agresywnych. Wzrosła natomiast liczba przypadków radzenia sobie z problemami. Ponadto uczestnicy przyswoili sobie więcej umiejętności społecznych.

Potwierdzają to badania polskie – realizowane na grupie szkół i placówek oświatowych przez Instytut Amity w 2003 roku. Opierały się one na obserwacji zachowań agresywnych dzieci przed treningiem i po nim. Wśród uczestników programu liczba obserwowanych zachowań agresywnych zmniejszała się nawet o 50% i więcej (w porównaniu z liczbą takich zachowań przed wdrożeniem ART). Ani razu nie odnotowano nasilenia zachowań agresywnych, a najlepsze wyniki po zastosowaniu treningu osiągnęto w przedszkolach (Morawski, 2005).

W świetle zaprezentowanych wyników wydaje się, że ART jest skuteczną metodą przeciwdziałania agresji i przemocy oraz zmiany już istniejących zachowań agresywnych.

DOSTOSOWANIE TRENINGU DO WARUNKÓW PRACY W ODDZIALE PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY

Chociaż podbudowa teoretyczna i wyniki badań wskazują, iż ART to skuteczna metoda profilaktyki i ograniczania zachowań agresywnych oraz uczenia umiejętności społecznych, realizacja programu jest stosunkowo trudna. W tej części artykułu opisano więc problemy związane z prowadzeniem grupy treningowej, a także modyfikacje wdrożone w celu dostosowania treningu do warunków pracy w oddziale psychiatrii dzieci i młodzieży.

Jako pierwszy może się pojawić problem z motywacją do udziału w programie (ART, jako metoda grupowa, zakłada pewien poziom motywacji uczestników już na samym początku cyklu spotkań). Doświadczenia własne pozwalają stwierdzić, że osobą kierującą pacjenta na zajęcia często jest lekarz prowadzący, psycholog, terapeuta albo rodzic. Decyduje więc nie dziecko, ale dorosły, którzy uważa trening za potrzebny. W związku z powyższym uczestnicy zazwyczaj nie mają motywacji do pracy. Zajęcia muszą więc być atrakcyjne, czyli często przerywane zabawami, oparte na pracy w grupach, i zawierać mniej fragmentów wykładowych. Proponowane modyfikacje zmieniają strukturę treningu, ale jednocześnie sprzyjają przyswojeniu pożądanych umiejętności podczas zabaw i współpracy oraz rozbudzeniu wewnętrznej motywacji uczestników, której w pierwszej fazie treningu im brakuje. Bardzo pomocna dla niezmotywowanych okazuje się motywacja

zewnątrzna – w postaci dyplomów ukończenia części treningu, nagród za odgrywanie scenek i przygotowywanie prac domowych. Wymienione metody sprawiają, że młodym pacjentom łatwiej wytrwać w programie do końca i w pełni skorzystać z zajęć.

W trakcie rozmów motywacyjnych należy informować uczestników, że spotkania mają im pomóc w doskonaleniu umiejętności już opanowanych, ale z różnych powodów niewykorzystywanych. Trzeba wskazywać, iż dzięki temu trenujący nie będą popadać w konflikty i kłopoty, a kiedy poczują się zdenerwowani, będą mogli się zastanowić nad własnymi emocjami i wyrazić je w akceptowalny społecznie sposób, unikną zatem negatywnych konsekwencji.

Osobom niezmotywowanym, a co za tym idzie – często także negatywnie nastawionym do zajęć, warto podczas pierwszego spotkania zaproponować, by sprawdziły, jak się czują w grupie, i dopiero po jego zakończeniu podjęły decyzję, czy chcą brać udział w treningu. Ważne jest, by prowadzący kierowali się potrzebami uczestników i poświęcali czas rozwiązywaniu ich bieżących problemów. Tylko dzięki pracy tu i teraz, opierającej się na wzajemnym zaufaniu i bezpieczeństwie, grupa będzie atrakcyjna dla uczestników, a tym samym pozwoli na naukę umiejętności społecznych i ograniczanie zachowań agresywnych.

Zespół prowadzący zajęcia musi się zmierzyć z kwestią liczebności grupy. Potempska i Kołodziejczyk (2002) proponują grupę 8–10-osobową, licząc się z rezygnacją dwóch osób podczas całego programu. Z doświadczeń autorów również wynika, że taka liczebność okazuje się optymalna. Waszyngtońskie standardy mówią z kolei o grupie nie mniejszej niż 5 i nie większej niż 12 osób (Washington State Aggression..., 2013).

Inną trudnością pojawiającą się podczas planowania programu jest częstotliwość spotkań. Amerykańskie standardy mówią o trzech spotkaniach tygodniowo, przy czym każde z nich ma dotyczyć innego modułu, np. poniedziałek – umiejętności społeczne, środa – kontrola złości, piątek – trening wnioskowania moralnego (Washington State Aggression..., 2013). W warunkach oddziału psychiatrii dzieci i młodzieży trudno zrealizować to założenie. Ze względu na ograniczone możliwości kadrowe i lokalowe zaplanowanie i przeprowadzenie w szpitalu programu zgodnego z amerykańskimi wytycznymi bywa niewykonalne.

Kolejna kwestia to czas trwania programu. Według amerykańskich standardów nie może on trwać krócej niż 10 tygodni (Washington State Aggression..., 2013), a według Potempskiej i Kołodziejczyka (2001) powinien trwać od sześciu miesięcy do dwóch lat. W warunkach oddziału niełatwo spełnić to założenie, gdyż przeciętny czas pobytu pacjenta to półtora miesiąca.

W związku z opisanymi ograniczeniami stworzono i wprowadzono program oparty na założeniach ART, lecz tak zmodyfikowany, aby dało się go zrealizować w warunkach szpitalnych.

Proponowane zmiany to:

- koncentracja na wybranym module treningowym – treningu umiejętności społecznych;
- ograniczenie intensywności treningu do dwóch spotkań tygodniowo (łącznie 10 spotkań po półtorej godziny).

Dzięki modyfikacjom program nie koliduje z innymi zajęciami organizowanymi w oddziale, takimi jak terapia indywidualna, spacer, nauka, posiłki, spotkania społeczności.

Istotną zmianą jest ograniczenie się do dwóch umiejętności społecznych: rozpoznawania emocji oraz ich wyrażania. Dzięki temu poszerzył się krąg dzieci z zaburzeniami psychicznymi mających szansę na kwalifikację do grupy i uczestnictwo w zajęciach. Tak zmodyfikowany trening można bowiem zaproponować pacjentom z epizodem depresji, ADHD, fobią społeczną, zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi, zaburzeniami zachowania opozycyjno-buntowniczymi czy zespołem Aspergera i cierpiącym na zaburzenia odżywiania. Ważnymi elementami zajęć są zabawa i współpraca, co – zdaniem autorów – znacząco wpływa na uczenie się umiejętności społecznych.

Należy zaznaczyć, że zmodyfikowanego programu nie oceniano jeszcze w badaniach, pozostaje on więc jedynie propozycją oddziaływań terapeutycznych wobec dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi. Z dotychczasowej obserwacji autorów wynika, że opisany program może być z powodzeniem realizowany w szpitalach i placówkach klinicznych – jako forma wspierania indywidualnego programu terapeutycznego pacjenta przebywającego w oddziale.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

- Amendola M, Oliver R: Aggression Replacement Training® stands the test of time. *Reclaiming Children and Youth* 2010; 19: 47–50.
- Glick B, Goldstein AP: Aggression Replacement Training. *J Couns Dev* 1987; 65: 356–362.
- Goldstein AP, Glick B, Gibbs JC: ART. Program Zastępowania Agresji. Instytut Amity, Warszawa 2004: 33–107.
- Materiały ze szkolenia dla osób uczących się prowadzenia grup ART. „Trening Wnioskowania Moralnego”. Karan, Warszawa 2007: 56–58.
- Morawska EJ, Morawski J: Trening Zastępowania Agresji. Część 1. *Psychologia w Szkole* 2006b; 1: 29–36.
- Morawska EJ, Morawski J: Trening Zastępowania Agresji. Część 2. *Psychologia w Szkole* 2006a; 2: 83–90.
- Morawska EJ, Morawski J: Trening Zastępowania Agresji. Część 3. *Psychologia w Szkole* 2006d; 3: 105–109.
- Morawska EJ, Morawski J: Trening Zastępowania Agresji. Część 4. *Psychologia w Szkole* 2006c; 4: 95–104.
- Morawska E, Morawski J: Trening Zastępowania Agresji w szkołach i placówkach systemu oświaty. Instytut Amity, Warszawa 2004: 1–26.
- Morawski J: Ewaluacja Treningu Zastępowania Agresji ART. *Problemy Alkoholizmu* 2005; 2–3: 21–25.
- Outcome evaluation of Washington State’s research-based programs for juvenile offenders. Washington State Institute for Public Policy, 2004; 11–20. Available from: www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-01-1201.pdf.
- Potempka E, Kołodziejczyk A: Trening Zastępowania Agresji. Część I. *Remedium* 2001; 12: 6–7.
- Potempka E, Kołodziejczyk A: Trening Zastępowania Agresji. Część II. *Remedium* 2002; 1: 8–9.
- Reddy LA, Goldstein AP: Aggression Replacement Training: a multimodal intervention for aggressive adolescents. *Resid Treat Child Youth* 2001; 18: 47–62.
- Washington State Aggression Replacement Training Program Standards. 2013: 1–3. Available from: www.dshs.wa.gov/sites/default/files/JJRA/jr/documents/WSART%20Program%20Standards%20Adopted%202022113.pdf.
- Washington State’s implementation of Aggression Replacement Training for juvenile offenders: preliminary findings. Washington State Institute for Public Policy, 2002: 1–2. Available from: www.wsipp.wa.gov/rptfiles/ART.pdf.