

Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej

Therapeutic activities towards sex offenders in prison

Przemysław Marcinek¹, Andrzej Peda²

¹Dział Terapeutyczny Zakładu Karnego w Rawiczu

²Dział Rodzinny Ośrodek Diagnostyczno-Konsultacyjny w Lesznie

Streszczenie

W niniejszym artykule zaprezentowano autorski program terapeutyczny dla sprawców przestępstw seksualnych na dzieciach realizowany w Zakładzie Karnym w Rawiczu. Opisano główne założenia teoretyczne programu opartego na paradygmacie poznawczo-behawioralnym i teorii społecznego uczenia się oraz specyficzne czynniki ryzyka przestępstw seksualnych.

Doświadczenia wskazują na takie istotne zjawiska dla przebiegu terapii, jak: nastawienie społeczne wobec sprawców przestępstw seksualnych, kryteria doboru uczestników, kontekst prowadzonych oddziaływań, motywacja, dynamika procesu grupowego i trudności w obiektywizacji efektów zastosowanej terapii.

Abstynencja od dewiacyjnych zachowań, wykraczających poza normę prawną, w czasie pobytu w izolacji więziennej ma charakter przymusowy, co ogranicza ocenę i analizę świadomej kontroli zachowań. Z tych względów wskazano na konieczność identyfikacji i analizy pośrednich wskaźników skuteczności oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych jeszcze w czasie pobytu w zakładzie karnym.

Seksuologia Polska 2009; 7 (2): 59–64

Słowa kluczowe: przestępstwo seksualne, terapia sprawców przestępstw seksualnych, zakład karny

Abstract

The authors of the article present the implementation of their own therapeutic programme addressed to child sexual offenders serving a sentence in Rawicz Prison. Main theoretical assumptions of the programme based on behavioural and cognitive paradigm and social learning theory, also specific factors of sexual offences risk have been described.

Phenomena important for the course of the therapy indicated by experience include social attitude towards sexual offenders, significance of selection criteria for meetings participants and context of induced impact, motivation to treat offenders, dynamics of a group process and difficulties resulting from the objectivisation of effects of the therapy employed.

Abstinence from deviant behaviours, violating legal norms, while being imprisoned, is obligatory, which narrows down the evaluation and analysis of conscious control of behaviour. Due to such reasons, attention is drawn to the significance of the identification and analysis of indirect indices of effectiveness of therapeutic and rehabilitation impact.

Polish Sexology 2009; 7 (2): 59–64

Key words: sexual offence, sexual offenders therapy, prison

Adres do korespondencji: mgr psych., seksuolog kliniczny Przemysław Marcinek
 Dział Terapeutyczny Zakładu Karnego
 ul. 17 stycznia 28, 63–900 Rawicz
 tel.: (065) 546 85 00, tel. kom.: (po 15.00) 603 291 650
 e-mail: przem.soft@interia.pl

Nadesłano: 22.05.2009

Przyjęto do druku: 17.08.2009

Wstęp

Przestępczość seksualna (jako specyficzna forma przemocy) jest poważnym problemem społecznym. Podstawowy mechanizm utrwalający tę patologię społeczną ma charakter transmisji międzypokoleniowej [1], stąd skuteczne oddziaływania interwencyjne i profilaktyczne (mające na celu redukcję szkód i rozmiarów zjawiska) muszą obejmować zarówno osoby poszkodowane, jak i sprawców, najlepiej w wymiarze systemowym. Wyniki badań dotyczących czynników ryzyka recydywy wśród przestępców seksualnych [2] wskazują, że kara pozbawienia wolności sama w sobie nie zmniejsza znacząco prawdopodobieństwa powrotu do zachowań dewiacyjnych (a więc również przestępczych o charakterze seksualnym). W związku z tym skuteczne działania prewencyjne powinny zawierać rozwiązania kompleksowe i wielokierunkowe — izolację, specjalistyczną terapię, opiekę medyczną, wsparcie, nadzór i kontrolę po opuszczeniu zakładu karnego [3].

Ogromne społeczne koszty przestępczości seksualnej, szczególnie wobec dzieci, często idą w parze z bardzo emocjonalnymi i odwetowymi reakcjami wobec sprawców. Poziom emocjonalnego zaangażowania nierzadko utrudnia rzeczową dyskusję na temat istoty problemu, a zamiast faktów zaczynają się pojawiać różnego rodzaju mity i uprzedzenia. Trudności w analizie szeroko rozumianej problematyki przestępczości seksualnej wzmacnia dodatkowo fakt, że krzyżują się tutaj dwie, częściowo nieprzystające do siebie perspektywy — aspekt kliniczny i prawny. Kiedy jest mowa o terapii sprawców przestępstw seksualnych w zakładzie karnym, to najczęściej chodzi z jednej strony — o izolację i resocjalizację przestępcy, a z drugiej — leczenie osoby cierpiącej na specyficzny rodzaj zaburzeń. Karze towarzyszy terapia. A ukarany jest pacjentem.

Od 2006 roku zespół psychologów na oddziale terapeutycznym dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo Zakładu Karnego w Rawiczu realizuje „Program oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności”. Niniejszy tekst jest próbą przybliżenia oraz wstępnego podsumowania kwalifikowanych oddziaływań terapeutycznych zmierzających do zmniejszenia prawdopodobieństwa powrotu do przestępstw o charakterze seksualnym.

Podstawy teoretyczne

Założenia

Skuteczne programy terapeutyczne i resocjalizacyjne opierają się na podejściu interdyscyplinarnym, skoncentrowanym na rozpoznanych czynnikach ryzyka podejmowania szkodliwych/przestępczych zachowań (tzw. podejście transteoretyczne [4]). Prezentowany program wykorzystuje założenia podejścia poznawczo-behawioralnego [5, 6], teorii społecznego uczenia się [7] oraz teorii systemowej [8], korzysta również z dorobku modelu terapii zapobiegania nawrotom [9, 10].

W ujęciu poznawczo-behawioralnym przyjmuje się, że u podstaw zewnętrznych form zachowań leżą procesy myślenia, reakcje emocjonalne i fizjologiczne. Sposób myślenia oraz doświadczane emocje stanowią siłę sprawczą również działania zaburzonego. Wyróżnia się dwa podstawowe mechanizmy leżące u podłoża dewiacyjnych zachowań:

- zniekształcenia poznawcze, czyli niewłaściwe zrozumienie i ocena sytuacji;
- deficyty behawioralne, czyli nieumiejętność lub nieznaną sposobów poprawnego zachowania się [11]. Myślenie i zachowanie są powiązane, przestępcy zachowują się jak „kryminaliści”, między innymi dlatego, że myślą jak „kryminaliści” — w związku z tym zmiana sposobu myślenia może być pierwszym krokiem do zmiany zachowania.

W tym modelu redukcja znaczących czynników ryzyka przestępczości polega na nabywaniu umiejętności prawidłowego wnioskowania, rozpoznawania problemów oraz ich konstruktywnego rozwiązywania, a także modyfikowania konkretnych zachowań poprzez modelowanie, odgrywanie ról oraz trening umożliwiający wyćwiczenie praktycznych umiejętności (np. podczas trwania interakcji w kontakcie: pacjent–pacjent, pacjent–terapeuta).

Istotnym uzupełnieniem wspomnianych oddziaływań jest umiejscowienie sprawcy w konkretnym kontekście sytuacyjnym, poprzez diagnozę środowiska rodzinnego oraz systemu społecznego, w którym wzrastał i funkcjonował (służą temu techniki oparte na teorii systemowej). Jest to istotna podstawa do formułowania osobistego planu przeciwdziałania zachowaniom dewiacyjnym i powrotu do społeczeństwa w ramach terapii zapobiegania nawrotom.

Czynniki ryzyka przestępstw seksualnych

Na podstawie literatury przedmiotu [1, 3, 11–13] wyodrębniono dwie grupy istotnych czynników ryzyka przestępstw seksualnych:

1. Statyczne czynniki ryzyka — zbliżone do psychologicznego pojęcia cechy, przydatne do oceny globalnego ryzyka recydywy:
 - deficyty w sferze intymnej (emocjonalna identyfikacja z dziećmi, wrogość wobec kobiet, poczucie bycia odrzuconym przez społeczeństwo, brak troski o innych);
 - wadliwa seksualna samoregulacja (w zakresie ukierunkowania popędu — niewłaściwe zainteresowania seksualne; w zakresie siły popędu — nadmierny popęd seksualny; w zakresie funkcji popędu — seks jako sposób radzenia sobie);
 - postawy (przekonania) wspierające napaści seksualne („właściciela”, „ofiary”, wrogości, poczucia krzywdy, karząca);
 - ogólna samoregulacja (impulsywność, niskie umiejętności rozwiązywania problemów, negatywne nastawienie emocjonalne, ograniczone możliwości poznawcze);
 - jakość współpracy z nadzorem, w tym: zespołem terapeutycznym;
2. Dynamiczne czynniki ryzyka — zbliżone do psychologicznego pojęcia stanu, przydatne do oceny sytuacyjnego ryzyka recydywy:
 - poziom izolacji społecznej (zależny m.in. od konkretnych umiejętności społecznych);
 - poziom funkcjonowania psychologicznego (m.in. nadużywanie substancji psychoaktywnych, psychopatologia);
 - zaabsorbowanie seksem (zależne m.in. od dostępności specyficznych bodźców seksualnych);
 - poziom gniewu;
 - dostęp do ofiar.

Bezpośrednie interwencje terapeutyczne skierowane na dynamiczne czynniki ryzyka oraz pośrednie oddziaływania mające wpływ na statyczne czynniki ryzyka w założeniu mają prowadzić do obniżenia ogólnego poziomu ryzyka (prawdopodobieństwa) ponownego popełnienia przestępstwa między innymi poprzez redukcję tak zwanych potrzeb kryminogennych (bezpośrednich przyczyn przestępczości).

Cele terapii i zarys programu

Główny cel terapii to kontrolowanie swoich zachowań seksualnych w taki sposób, by móc uzyskać zaspokojenie seksualne w granicach przewidzianych przez normy prawne. Obniżenie ryzyka

popełnienia kolejnych przestępstw o charakterze seksualnym umożliwia realizacja tak zwanego „modelu dobrego życia”, czyli poprawa ogólnej jakości życia sprawcy poprzez osiągnięcie celów cząstkowych [3, 14].

Szczegółowe cele programu to:

- akceptacja odpowiedzialności za własne przestępcze zachowania, myśli i fantazje;
- zdobywanie umiejętności zrozumienia i przeżywania emocji, jakie doświadcza ofiara;
- kształtowanie adekwatnej samooceny;
- redukcjonowanie zniekształceń poznawczych, podtrzymujących przestępcze myśli, przekonania i zachowania;
- identyfikacja i znajomość indywidualnego cyklu przestępczego;
- znajomość indywidualnych czynników ryzyka (szczególnie o charakterze dynamicznym) i sposobów zapobiegania przestępstwu;
- zmiana stylu życia i nauka prozdrowotnych umiejętności życiowych.

Realizowany program ma charakter podstawowej terapii sprawców przestępstw seksualnych (określonych w art. 197–203 kodeksu karnego) i składa się z trzyetapowej sekwencji:

- fazy wstępnej (proces diagnostyczny, budowanie motywacji, zawieranie kontraktu);
- fazy zasadniczej (analiza uwarunkowań, mechanizmów oraz istoty czynu przestępczego);
- fazy zapobiegania nawrotom.

Terapia odbywa się w formie spotkań grupowych, uzupełnianych w razie potrzeby o sesje indywidualne. Grupa terapeutyczna ma charakter zamknięty i powinna liczyć około 8 uczestników i 2 terapeutów. Czas trwania 1. i 2. etapu programu wynosi około 10 miesięcy. Zajęcia grupowe odbywają się raz w tygodniu i trwają 3 godziny. Etap 3. (trwający min. 3 miesiące) może być realizowany w ramach grupy terapeutycznej lub w kontakcie indywidualnym z psychologiem (w szczególnych przypadkach także spoza programu). Wyczerpująco metody pracy oraz charakterystykę poszczególnych etapów terapii sprawców przestępstw seksualnych w okresie odbywania kary pozbawienia wolności opisał Rutkowski i Sroka [15]. W dalszej części pracy zaprezentowane zostaną wybrane zagadnienia z realizacji programu terapeutycznego w latach 2006–2008.

Realizacja programu

Podczas selekcji do programu brano pod uwagę rekomendowane kryteria [15, 16]. W pierwszej kolejności uwzględniano:

- postawioną diagnozę zaburzeń preferencji seksualnych (w dalszej kolejności rekrutowano osoby z innymi zaburzeniami);
- zadowalający stopień przystosowania do warunków izolacji więziennej (brak wyraźnych i aktualnych zaburzeń adaptacyjnych oraz wskaźników sytuacyjnej dekompensacji psychicznej).

Ze względów organizacyjnych (na oddziale terapeutycznym osadzona jest specyficzna populacja skazanych — najczęściej niepełnosprawnych intelektualnie, z towarzyszącymi zaburzeniami psychicznymi oraz tzw. „podwójną diagnozą”) nie w pełni i nie wobec wszystkich uczestników wypełniono pozostałe kryteria:

- wystarczający poziom sprawności intelektualnej;
- brak masywnych zaburzeń psychicznych;
- uprzednie uczestnictwo w terapii uzależnienia w przypadku diagnozy zespołu uzależnienia;
- rzeczywista motywacja do udziału w terapii oceniana według kryteriów zewnętrznych. Do udziału w grupie terapeutycznej wystarczyła jedynie deklarowana zgoda na uczestnictwo w programie, bez względu na rozpoznany poziom i rodzaj motywacji. Stanowi to istotną innowację w porównaniu do większości realizowanych programów. Autorzy podjęli się pracy na podstawie motywacji wewnętrznej uczestników, mając świadomość ryzyka mniejszej trwałości osiągniętych rezultatów.

Ostatecznie niejednorodna, zamknięta grupa terapeutyczna liczyła 10 uczestników — mężczyzn, po raz pierwszy karanych za przestępstwa seksualne, w których ofiarami były dzieci (małoletni poniżej 15 lat). Uczestnicy w momencie rozpoczęcia spotkań mieli 28–51 lat. Trzech ukończyło szkołę podstawową, 5 miało wykształcenie zawodowe, a 2 — średnie. Wymiar odbywanej kary pozbawienia wolności wynosił 2–25 lat. Skazani uczestniczący w programie pozostawali aktywni także poza terapią — 6 z nich było odpłatnie zatrudnionych na terenie zakładu karnego, a 2 uczestniczyło równolegle w warsztatach terapii zajęciowej.

W opiniach sądowo-psychiatrycznych oraz sądowo-seksuologicznych zawarto następujące diagnozy uczestników programu:

- zaburzenia preferencji seksualnych u 5 osób (pedofilia, pedofilia zastępcza, pedofilia wtórna, zespół niezróżnicowanego obiektu seksualnego);
- niepełnosprawność intelektualna w stopniu lekkim u 3 osób;
- uzależnienie od substancji psychoaktywnych u 4 osób;
- zaburzenia osobowości u 6 osób (2 — osobowość nieprawidłowa, 2 — osobowość niedojrzała emo-

jonalnie, 1 — osobowość psychopatyczna, 1 — osobowość narcystyczna).

W celu zapewnienia odpowiednich standardów pracy terapeutycznej osoby prowadzące terapię (dwóch psychologów, absolwentów Podyplomowego Studium Pomocy Psychologicznej w Dziedzinie Seksuologii) — w czasie trwania całego programu poddawały przebieg terapii wszechstronnej supervizji:

- wewnętrznej — wzajemnej oraz w ramach zespołu terapeutycznego w miejscu pracy;
- zewnętrznej — supervizora Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego prof. Marii Beisert w Pracowni Seksuologii Społecznej i Klinicznej Instytutu Psychologii UAM w Poznaniu.

W całości 1. i 2. etap terapii zrealizowało 5 uczestników. Czterech uczestników zespół terapeutyczny usunął z grupy terapeutycznej w czasie trwania programu, a jedna osoba wyszła na wolność w związku z końcem kary. Powodami przedwczesnego zakończenia terapii były ewidentne przekroczenia zasad kontraktu terapeutycznego, takie jak niedochowanie zasady poufności oraz naruszenie zasady bezpieczeństwa uczestników — na przykład powtarzająca się agresja werbalna i zapowiedzi użycia siły fizycznej lub aktów autoagresji.

Grupa terapeutyczna jest strukturą dynamiczną, w związku z tym realizacja programu polegała między innymi na aktywnym reagowaniu prowadzących na zjawiska zachodzące w czasie procesu grupowego, a nie jedynie schematycznym realizowaniu założonego scenariusza terapii. W tabeli 1 zaprezentowano kilka istotnych zjawisk wpływających na przebieg terapii, czasami specyficznych dla warunków izolacji więziennej.

Ocena skuteczności

O rzeczywistym poziomie skuteczności oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw seksualnych można mówić dopiero wtedy, gdy uda się zmierzyć stopień realizacji głównego celu terapii (ograniczenia recydywy) w warunkach naturalnych (czyli na wolności, po odbyciu kary). W Polsce takie badania dopiero się rozpoczynają, a okres realizacji specjalistycznych programów terapeutycznych jest jeszcze stosunkowo krótki. Wielu uczestników programów wciąż przebywa w warunkach izolacji. Ponadto podejmowane wobec nich działania często mają charakter wybiórczy (ograniczają się do terapii w zakładzie karnym), a nie kompleksowy (brak systemu wsparcia na wolności oraz zorganizowanej specjali-

Tabela 1. Wybrane zjawiska występujące w prowadzonej grupie terapeutycznej

Zjawisko	Przejawy
Instrumentalne podejście do terapii, wybitnie zewnętrzna motywacja	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia jako źródło nagród, „gwarancja” uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia, szansa na podwyższenie statusu w warunkach izolacji więziennej
Nierealistyczny obraz terapii	<ul style="list-style-type: none"> • Sesje to okazja do spotkań „towarzyskich”, uzewnętrzniania frustracji, omawiania codziennych problemów bytowych
Izolacja fizyczna	<ul style="list-style-type: none"> • Unikanie spotkań i rozmów z innymi skazanymi • Rezygnacja z zajęć kulturalno-oświatowych i sportowych, pracy, spacerów
Opór przed aktywną pracą grupową	<ul style="list-style-type: none"> • Negacja zasadności uczestnictwa w terapii • Wprowadzanie „tematów zastępczych” • Projekcja wrogości, agresji na otoczenie • Uporczywa ochrona własnej prywatności • Deklaracje złego samopoczucia, obniżenia nastroju, somatyzacja, • Unikanie realizacji zleconych zadań
Podjęzliwość, nieufność	<ul style="list-style-type: none"> • Ksobna, podejrzliwa interpretacja rzeczywistości łatwo indukowana w grupie
Aktywne wywieranie presji na prowadzących	<ul style="list-style-type: none"> • Zapowiedź możliwości dokonania czynu autodestrukcyjnego • Groźby wobec prowadzących, artykułowane pośrednio lub incydentalnie wprost

Tabela 2. Stopień osiągniętych celów cząstkowych w całej grupie terapeutycznej. Skala nasilenia zmian: niskie (1), umiarkowanie niskie (2), umiarkowane (3), umiarkowanie wysokie (4), wysokie (5)

Cel	Nasilenie zmiany
Akceptacja odpowiedzialności za własne przestępcze zachowania, myśli i fantazje	Umiarkowane (3)
Empatia wobec ofiar	Umiarkowane (3)
Adekwatna samoocena	Umiarkowanie niskie (2)
Redukcja zniekształceń poznawczych	Umiarkowanie wysokie (4)
Stopień zrozumienia cyklu przestępczego	Umiarkowanie wysokie (4)
Znajomość czynników ryzyka	Umiarkowanie wysokie (4)
Postęp w eliminowaniu patologicznych form zachowania, zmiana stylu życia	Umiarkowanie niskie (2)

stycznej opieki ambulatoryjnej ukierunkowanej na kontynuację zainicjowanej długotrwałej terapii).

Abstynencja od dewiacyjnych (i karalnych) zachowań w czasie pobytu w więzieniu ma charakter przymusowy, w bardzo ograniczonym zakresie można tu mówić o swobodnym, świadomym wyborze. W związku z tym, aby ocenić postępy w realizacji programu (oraz pośrednio jego skuteczność), należy podejmować próby pomiaru za pomocą innych wskaźników aniżeli sam poziom recydywy. W celu indywidualnego podsumowania uczestnictwa w programie uczestników badano standaryzowanymi narzędziami psychologicznymi.

Za ogólne kryteria postępow w wyniku oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych uznano pozytywny stosunek do proponowanej oferty, aktywną postawę podczas spotkań, rzeczywiste zaangażowanie przejawiające się między innymi przykładaniem się do zadań indywidualnych oraz ukończenie pełnego cyklu terapii. Powyższe kryteria w różnym (wy-

starczającym) stopniu spełniło sześciu uczestników grupy terapeutycznej.

W opisywanym przypadku w celu szczegółowego określenia pożądanych zmian osiągniętych przez uczestników programu posłużono się wskaźnikami w postaci wymienionych wyżej celów cząstkowych. Dla oszacowania stopnia osiągniętych celów cząstkowych sędziowie kompetentni użyli trójstopniowych skal szacunkowych [3, 11, 14]. Powyższe wyniki uzupełniono o ocenę ryzyka powrotu do przestępstwa, ustaloną na podstawie wskaźników opracowanych przez Marshalla [14]. Indywidualna ocena ryzyka została dokonana niezależnie od oceny postępów w terapii — jej celem jest wskazanie, że mimo powodzenia terapii niestety możliwy jest powrót do przestępczości. Wszyscy uczestnicy programu charakteryzowali się umiarkowanie wysokim lub wysokim ogólnym ryzykiem recydywy.

W tabeli 2 zamieszczono średnią arytmetyczną wyników szacowania stopnia osiągniętych celów

cząstkowych przez wszystkich uczestników grupy terapeutycznej — przedstawioną, po transformacji, za pomocą pięciostopniowej skali.

W wyniku przeprowadzonej analizy rozpoznano następujące czynniki, które mogły w istotny sposób wpłynąć na stopień realizacji programu: brak grupy przygotowawczej (wstępnej), brak działań wspomagających w czasie trwania programu (w postaci np. treningu integracyjnego, sesji redukcji napięć psychofizycznych, treningu umiejętności komunikacyjnych) oraz przede wszystkim wysoki stopień wewnętrznego zróżnicowania grupy. Przy wysokiej heterogeniczności grupy konieczna jest zgoda na redukcję celów cząstkowych, aby utrzymać zadowalający poziom jej funkcjonowania. Wiąże się z tym również konieczność ścisłej współpracy ze służbą zdrowia, w celu ograniczenia negatywnego wpływu zróżnicowanych zaburzeń psychicznych (szczególnie głębokich przejawów psychopatologii) na efektywność terapii. Wraz ze wzrostem wewnętrznego zróżnicowania grupy i rezygnacją z części rekomendowanych kryteriów kwalifikacji do programu maleje możliwość stosowania psychoterapii na rzecz farmakoterapii i środków kontroli zewnętrznej.

Podsumowanie

Pomimo obiektywnych trudności związanych z pomiarem skuteczności (rozumianej jako realizacja głównego celu terapii) oddziaływań terapeutycznych w warunkach zakładu karnego, możliwa jest ocena postępów osiągniętych w terapii w inny sposób niż tylko poprzez stwierdzenie braku zachowań dewiantnych. W wyniku oddziaływań terapeutycznych podjętych wobec sprawców przestępstw seksualnych z grupy wysokiego ryzyka recydywy osiągnięto pozytywne skutki mierzone jako stopień osiągniętych celów cząstkowych. Największy postęp (nasilenie zmian) stwierdzono w obszarach związanych z poznawczym funkcjonowaniem uczestników, najmniejszy w sferze emocjonalnej (szczególnie w zakresie samooceny).

Podkreślenia wymaga fakt, że w polskich warunkach głównym kryterium doboru sprawców przestępstw seksualnych do programów terapeutycznych

prowadzonych w izolacji więziennej jest diagnoza zaburzeń preferencji seksualnych. Osoby przejawiające tego rodzaju zaburzenia bezwzględnie wymagają specjalistycznego leczenia (w tym terapii), jednak bardzo często zaliczają się jednocześnie do grupy najwyższego poziomu ryzyka recydywy, a więc najgorzej rokujących, nawet po poddaniu długotrwałym oddziaływaniom terapeutycznym (na świecie wciąż jednoznacznie nie zweryfikowano skuteczności programów skierowanych do grupy wysokiego poziomu ryzyka recydywy [13]). Stąd tak ważne są nadzór, kontrola i kontynuacja w warunkach wolnościowych — podjętych w więzieniu — starań o obniżenie prawdopodobieństwa powrotu do przestępstwa.

Piśmiennictwo

1. Beisert M. Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
2. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
3. Marshall W. Praca ze sprawcami przestępstw seksualnych. Materiały szkoleniowe. Centralny Zarząd Służby Więziennej i Fundacja Dzieci Niczyje, Sulejów 2007.
4. Prochaska J., Norcross J. Systemy terapeutyczne. Analiza transteoretyczna. IPZ PTP, Warszawa 2006.
5. Beck J.S. Terapia poznawcza. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.
6. Czabała C. Czynniki leczące w psychoterapii. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
7. Pervin L.A. Psychologia osobowości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
8. Barbaro B. (red.). Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
9. Carnes P. Od nałogu do miłości. Jak wyzwolić się z uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie. Media Rodzina, Poznań 2001.
10. Kafka M. Zaburzenia o charakterze parafilijnym. Nieparafilijna nadaktywność seksualna oraz seksualna kompulsja (nałóg). W: Leiblum S.R., Rosen R.C. (red.). Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 542–577.
11. Pospiszyl K. Przestępstwa seksualne. Wydawnictwo APS, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
12. Czernikiewicz W. Przestępcy seksualni — wykład. Kurs specjalizacyjny: Seksuologia sądowa. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2006.
13. Mann R. Szkolenie — sex offender treatment programmes. Centralny Zarząd Służby Więziennej, Popowo 2008.
14. Marshall W., Marshall L., Serran G., Fernandez Y. Treating sexual offenders. An. Integrated Approach. Taylor and Francis Group, New York 2006.
15. Rutkowski R., Sroka W. Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności. Seksuologia Polska 2007; 1: 1–8.
16. Beisert M. Propozycja ramowego programu terapii sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom w rodzinie (wykorzystania kazirodzcze). Materiały niepublikowane. Instytut Psychologii UAM Poznań, 2007.