

Psychoterapia grupowa preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych w nurcie poznawczo-behawioralnym

Cognitive-behavioural group therapy for paraphilic child molesters

Dorota Baran¹, Wiesław Czernikiewicz²

¹Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie

²Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS w Warszawie

Streszczenie

W artykule przedstawiono sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci, zarówno tych preferencyjnych, jak i zastępczych. Preferencyjni sprawcy podejmują zachowania seksualne wobec dzieci, ponieważ są dotknięci zaburzeniami preferencji seksualnych pod postacią pedofilii (ICD-10 — F65.4; DSM-V — 302.2). Sprawcy zastępczy jako partnera seksualnego preferują osoby dorosłe, ale z powodu różnych biopsychospołecznych uwarunkowań podejmują kontakt seksualny z dzieckiem, traktując go jako partnera zastępczego. Zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i prawnego, programami terapii objęci powinni być preferencyjni sprawcy przestępstw seksualnych wobec dzieci.

W artykule przedstawiono ewaluację oddziaływań specjalistycznych wobec sprawców przestępstw seksualnych. Różnice, jakie uzyskano w stopniu ponownego popełnienia czynu pedofilnego, mogą wynikać z zastosowanych różnych podejść terapeutycznych, ale mogą również być skutkiem różnic metodologicznych stosowanych w poszczególnych metaanalizach.

Autorzy zaprezentowali, wypracowany przez siebie i użyty w pracy klinicznej, program terapii grupowej dla preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych w nurcie poznawczo-behawioralnym.

Słowa kluczowe: czyny pedofilne, preferencyjni sprawcy, pedofilia, psychoterapia w nurcie poznawczo-behawioralnym

Seksuologia Polska 2017; 15 (1): 17–26

Abstract

The article shows perpetrators of sexual offences against the children, both a preferential and a substitute ones. A preferential perpetrators take on sexual behavior against children because they are affected by sexual dysfunction in the form of pedophilia (ICD-10 — F65.4; DSM-V — 302.2). A substitute perpetrators prefer more adults as a sexual partner, but because of various bio-psycho-social determinants, they take on sexual relation with the children, and treat them as a substitute partner. From clinical and legal point of view, the therapy should be applied to preferential perpetrators of sexual offences against children.

The article shows the evaluation of specialist interactions of perpetrators of sexual offenses. The differences, that has been found in the way of re-committing a sexual crimes, can be caused by using a different therapeutic approaches, but also can be result of methodological differences in individual meta-analyses. The authors present, the self-prepared program which has been used in clinical work as the program for the preferential perpetrators of pedophile behavior in the cognitive-behavioral domain.

Key words: pedophilia, child molesters, pedophilic acts, cognitive-behavioural therapy

Seksuologia Polska 2017; 15 (1): 17–26

Czyny pedofilne

Czynem pedofilnym określa się każde zachowanie osoby dorosłej w stosunku do dziecka, służące albo pobudzeniu seksualnemu, albo zaspokojeniu potrzeby płciowej. Według polskiego prawa czynami pedofilnymi są zachowania seksualne podejmowane wobec osób, które nie ukończyły 15. roku życia [1].

Dorośli mężczyzna podejmuje zachowania seksualne angażujące dziecko, w sytuacji kiedy preferuje je jako obiekt seksualny, czyli jest dotknięty parafilią pod postacią pedofilii, lub gdy wykorzystuje dziecko jako partnera zastępczego do realizacji swojej potrzeby płciowej. Pojęcie czynu pedofilnego nie jest jednoznaczne z pojęciem pedofilii. Charakter czynów zastępczych ma 70% czynów pedofilnych — są podejmowane przez osoby dorosłe, które preferują jako partnerów osoby dojrzałe, ale z różnych powodów, w sposób zastępczy, zaspokajają swoją potrzebę płciową z dzieckiem.

Jeżeli chodzi o formy kontaktów seksualnych osoby dorosłej z dzieckiem, to najczęstsze są tak zwane inne czynności seksualne: dotykanie narządów płciowych dziecka, piersi, całowanie w usta z penetracją jamy ustnej językiem, nakłonienie dziecka do dotykania narządów płciowych sprawcy. Znacznie rzadziej osoba dorosła podejmuje obcowanie płciowe z dzieckiem (spółkowanie). Obcowanie płciowe może być dopochwowe, doodbytnicze bądź z wykorzystaniem jamy ustnej. Najradszą formą kontaktu seksualnego osoby dorosłej z dzieckiem jest zabójstwo dziecka na tle seksualnym [2].

Najczęstszym sposobem nawiązania relacji seksualnej przez osobę dorosłą z dzieckiem jest uwiedzenie go. Następuje ono w bezpośrednim kontakcie, ale w ostatnich latach obserwuje się narastanie odsetka uwiedzonych dzieci za pośrednictwem sieci internetowej. Sprawcy nawiązują także relację seksualną z dzieckiem, używając podstępów, głównie również za pośrednictwem internetu. Najradszej występującą formą nawiązania relacji seksualnej osoby dorosłej z dzieckiem jest użycie przemocy fizycznej wobec dziecka [2].

Czyny pedofilne preferencyjne

Czyny pedofilne preferencyjne podejmowane są przez dorosłego mężczyznę dotkniętego parafilią pod postacią pedofilii.

Preferencje są wyznaczane przez sposób realizacji potrzeby oraz obiekt, z którym potrzeba jest realizowana. W wypadku mężczyzny o prawidłowych preferencjach obiektem, do którego ma skłonności seksualne, jest dojrzały człowiek, a sposobem realizacji potrzeby — stosunek płciowy.

Zaburzone preferencje seksualne, czyli parafilie, są w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* definiowane jako każde silne i trwałe zainteresowanie seksualne inne niż kopulacja lub gra wstępna przed kopulacją z fenotypowo normalnym, dorosłym, zgadzającym się na to partnerem [3].

Parafilia pod postacią pedofilii jest w *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)* definiowana jako utrwalona bądź dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przedpokwitaniowym [4].

Według DSM-IV i najnowszej klasyfikacji DSM-V pedofilia to nawracające, nasilone, seksualnie pobudzające fantazje, impulsy seksualne lub aktywność seksualna z dzieckiem lub dziećmi w okresie przedpokwitaniowym [3, 5].

Oznacza to, że podstawowym warunkiem rozpoznania pedofilii jest: zainteresowanie seksualne, aktywność seksualna z dzieckiem rozumianym tutaj, jako osobnik przed pokwitaniem, bez trzeciorzędowych cech dojrzałości płciowej.

Typologia pedofilii ze względu na sposób nawiązywania interakcji seksualnej z dzieckiem:

1. Typ uwodzący.
2. Typ introwertyczny.
3. Typ sadystyczny.

Typ uwodzący posługuje się metodą uwodzenia poprzez nawiązywanie bliskiego kontaktu z dzieckiem, adorowanie go, rozmawianie z nim, słuchanie go, kupowanie mu prezentów.

Osobnicy o typie introwertycznym są zamknięci w sobie i brak im umiejętności interpersonalnych. Kontakty z dzieckiem przybierają formę krótkich spotkań, komunikacja werbalna jest ograniczona ze względu na lęk przed personalnym zaangażowaniem.

Osoby o typie sadystycznym uzyskują zaspokojenie seksualne poprzez zadawanie dziecku bólu i cierpienia [6].

Czyny pedofilne zastępcze

W przypadku czynów pedofilnych zastępczych, sytuacyjnych, osoby dorosłe jako partnera seksualnego preferują dojrzałą osobę, ale z powodu na przykład zaburzonej osobowości i/lub nadużywania alkoholu, podejmują zachowania seksualne wobec dzieci. Jak wskazuje literatura przedmiotu, około 70% czynów pedofilnych zastępczych, sytuacyjnych podejmują osoby będące pod wpływem działania spożytego alkoholu. Motywacją do nawiązywania kontaktów seksualnych z dzieckiem mogą być złożone powody natury biopsychospołecznej. Osoby te mają trudności w nawiązaniu interakcji seksualnej z dojrzałą jednostką, a dziecko jest łatwiejszym w pozyskaniu partnerem seksualnym.

Osoby dorosłe, które dopuszczają się takich czynów, można zaszeregować do jednego bądź kilku z pięciu podstawowych typów.

Typologia biopsychospołeczna osobników dopuszczających się czynów pedofilnych zastępczych:

1. Typ nieprzystosowany.
2. Typ zahamowany.
3. Typ regresyjno-frustracyjny.
4. Typ moralnie nieodróżniający.
5. Typ seksualnie nieodróżniający.

W przypadku osób nieprzystosowanych wybór dziecka ma źródło w niepewności tych osób wobec dojrzałych partnerów, jak i w niemożności nawiązania kontaktów seksualnych z osobnikiem dorosłym. Przykładowo psychoza, otępienie starcze, upośledzenie umysłowe, zmiany organiczne ośrodkowego układu nerwowego mogą być dla tych osób barierą, uniemożliwiającą podjęcie kontaktu seksualnego z preferowanym obiektem.

Osoby zahamowane mają niską samoocenę, źle dają sobie radę w życiu, między innymi w nawiązywaniu kontaktów społecznych i relacji seksualnych. Dziecko jest dla nich substytutem preferowanych partnerów dorosłych, a kryterium wyboru stanowi jego łatwa dostępność.

Osoby kwalifikowane do typu regresyjno-frustracyjnego bez większych trudności nawiązują kontakty społeczne, a w życiu radzą sobie dobrze. Natomiast ich seksualność przynosi im wiele frustracji (na przykład z powodu długotrwałego konfliktu w układzie małżeńskim), co skutkuje okresową regresją, która najczęściej jest wyzwalana w czasie osłabienia ich kontroli nad swoim zachowaniem (na przykład po spożyciu alkoholu). Podejmują oni wówczas kontakt seksualny z dzieckiem.

Typ moralnie nieodróżniający wybiera dziecko, bo jest ono uległe i łatwe do wykorzystania. Osoby te traktują wykorzystywanie seksualne dzieci jako część ogólnego wzoru wykorzystywania każdego, z kim nawiązuje się jakikolwiek kontakt.

Osobników typu seksualnie nieodróżniającego charakteryzuje pragnienie doświadczenia różnych form aktywności seksualnej, co motywuje ich do inicjowania kontaktów seksualnych z dziećmi [6].

Aktualnie w opiniowaniu sędowo-seksuologicznym mężczyzn podejrzanych bądź oskarżonych o zachowania seksualne wobec dzieci bierze się pod uwagę wyłącznie pierwsze trzy typy sprawców czynów pedofilnych zastępczych. Typ nieprzystosowany, typ zahamowany, typ regresyjno-frustracyjny są kategoriami klinicznymi, wskazując na źródła psychopatologii sprawców zastępczych, natomiast typ moralnie nieodróżniający i seksualnie nieodróżniający mają charakter kategorii kulturowych.

Prawne zobowiązanie do podjęcia leczenia przez preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych

Wzrost przestępstw przeciwko wolności seksualnej, głównie pod postacią czynów pedofilnych, spowodował zmianę w obowiązujących uregulowaniach prawnych. Artykuł 95a kodeksu karnego daje możliwość sądowi orzeczenia o umieszczeniu preferencyjnego sprawcy przestępstwa przeciwko wolności seksualnej w zakładzie zamkniętym, albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne po odbyciu kary pozbawienia wolności. To orzeczenie ma na celu przeprowadzenie terapii farmakologicznej lub psychoterapii, której celem jest zapobieżenie ponownemu popełnieniu czynu przeciwko wolności seksualnej przez osobę, która została skazana i odbyła karę pozbawienia wolności za taki czyn.

Ewaluacja specjalistycznych działań skierowanych do preferencyjnych sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej

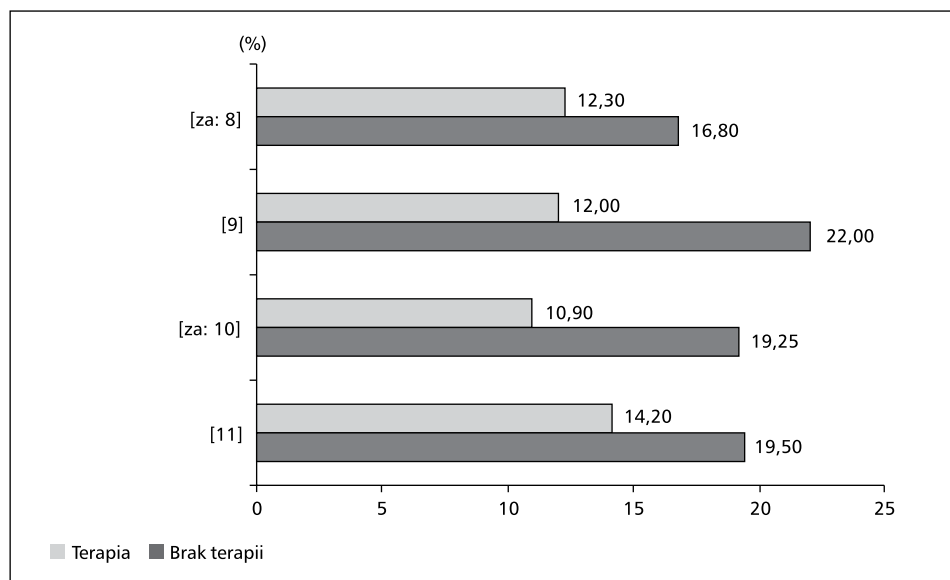
Oddziaływania wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej można podzielić na dwie kategorie:

- specjalistyczne (stosowane i stworzone z myślą o tych konkretnych sprawcach, np. terapia dla preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych w oddziale terapeutycznym zakładu karnego);
- niespecialistyczne (obejmujące zarówno tych, jak i innych sprawców przestępstw, np. kara pozbawienia wolności) [7].

Najczęściej wykorzystywanym wskaźnikiem, na podstawie którego można wypowiadać się na temat skuteczności oddziaływań terapeutycznych, wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, jest poziom recydywy, czyli odsetek sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, którzy po skazaniu prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej, popełnili kolejne przestępstwo na tle seksualnym.

Wyniki największych metaanaliz prowadzonych w zakresie skuteczności specjalistycznych metod oddziaływań wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności wydają się świadczyć na korzyść tych oddziaływań.

W 2002 roku Hanson i wsp. [za: 8] przeprowadzili metaanalizę 43 badań dotyczących efektywności leczenia sprawców przestępstw seksualnych. Okazało się, że wśród osób, które ukończyły terapię, wskaźnik recydywy wynosił 12,3%, natomiast wśród osób, które nie ukończyły leczenia — 16,8%.



Rycina 1. Wyniki czterech metaanaliz badań nad efektywnością oddziaływań wobec sprawców przestępstw seksualnych przeprowadzonych po 2000 roku [8–11]

MacKenzie [9] przeprowadził w 2006 roku metaanalizę 28 badań, która pokazała, że ryzyko recydywy wśród leczonych sprawców przestępstw seksualnych było istotnie statystycznie niższe (12%) niż w grupie sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej niepoddanych oddziaływaniom terapeutycznym (22%).

W 2009 roku Hanson, Bourgon, Helmus i Hodgson [za: 10] przeprowadzili metaanalizę 23 badań. Jej wyniki pokazały, że oddziaływania wobec sprawców przestępstw seksualnych istotnie statystycznie zmniejszają ryzyko recydywy. Wskaźnik ten w grupie leczonych wynosił 10,9%, natomiast w grupie sprawców niepoddanych terapii — 19,2%.

Duwe i Goldman [11] porównali w 2009 roku wskaźnik ryzyka recydywy u 1020 przestępców seksualnych, którzy byli poddani oddziaływaniom psychoterapeutycznym w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, oraz u 1020 przestępców seksualnych, którzy nie przeszli terapii w czasie odbywania kary pozbawienia wolności. Wyniki pokazały, że wskaźnik ryzyka recydywy w pierwszej grupie wyniósł 14,20%, a w drugiej — 19,50% [11].

Rycina 1 zawiera rezultaty czterech metaanaliz badań nad efektywnością oddziaływań wobec sprawców przestępstw seksualnych.

Wynik metaanaliz przedstawia pozytywne rezultaty oddziaływań — statystycznie istotny niższy odsetek recydywy seksualnej w grupach poddanych oddziaływaniom specjalistycznym. Oddziaływania specjalistyczne dzielą się ze względu na profesję specjalistów zajmujących się ich stosowaniem, tj. oddziaływania prawne, medyczne oraz psychologiczne [7].

Do oddziaływań prawnych należą przepisy regulujące sposób postępowania wobec sprawców przestępstw seksualnych, od momentu zatrzymania sprawcy, po działania podejmowane po zakończeniu odbywania kary, na przykład przepisy dotyczące długości kary pozbawienia wolności, działań policyjnych i publicznych rejestrów sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, nadzoru nad sprawcą w postaci kurateli i monitoringu elektronicznego.

Do oddziaływań medycznych należy głównie leczenie farmakologiczne. Celem leczenia farmakologicznego jest obniżenie stężenia androgenów, co skutkuje u pacjenta obniżeniem siły jego popędu płciowego. Farmakologiczne obniżenie stężenia androgenów ma charakter odwracalny. Po zaprzestaniu przyjmowania leków (octan cyproteronu, analogi gonadoliberyny) powraca ono po pewnym czasie do normy. Trwałe obniżenie można uzyskać w efekcie kastracji chirurgicznej — orchidektomii. W Polsce i w pozostałych krajach Europy jest to zabieg prawnie niedopuszczalny. Wyjątek stanowią Czechy, gdzie wykonuje się kastrację chirurgiczną u preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych.

Do oddziaływań psychologicznych należą interwencje psychologiczne mające na celu zmianę zachowania sprawcy. Najczęściej wymienianymi podejściami, które zajmują się terapią sprawców przestępstw seksualnych są: poznawczo-behawioralne, behawioralne, systemowe, psychodynamiczne oraz eklektyczne. Najczęstszą formą psychoterapii jest grupowa, rzadziej terapia grupowa z elementami terapii indywidualnej i indywidualna. Terapie odbywają się zarówno w zakładach

karnych, na terenie specjalistycznych oddziałów leczenia zamkniętego, jak i w warunkach ambulatoryjnych.

Jak pokazują wyniki badań, podejście poznawczo-behawioralne jest zdecydowanie najskuteczniejsze pod względem redukcji recydywy u sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej [12].

Zastosowanie nurtu poznawczo-behawioralnego w terapii grupowej preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych

Cele terapii

Głównym celem terapii preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych jest uzyskanie przez pacjentów panowania nad parafilnymi zachowaniami seksualnymi. W konsekwencji powyższego realizuje się drugi cel terapii pedofili, a mianowicie redukcję prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Uzyskanie panowania nad swoim popędem seksualnym, a także redukcja ryzyka recydywy jest umożliwiona poprzez realizację tak zwanego modelu dobrego życia, co oznacza poprawę ogólnej jakości życia sprawcy poprzez osiągnięcie celów cząstkowych terapii [13].

Szczegółowe cele programu, to:

1. Zbudowanie poczucia integracji i bezpieczeństwa uczestników terapii grupowej.
2. Umiejętność identyfikacji myśli i emocji prowadzących do zachowań i fantazji parafilnych (szlaki mechanizmów psychologicznych, modele samoregulacji, cykl dewiacyjny).
3. Umiejętność identyfikacji własnych przekonań pośredniczących, przekonań kluczowych, zniekształceń poznawczych, strategii radzenia sobie z przekonaniami kluczowymi.
4. Wzięcie odpowiedzialności za własne zachowania i fantazje parafilne.
5. Umiejętność zrozumienia i przeżywania emocji, jakie doświadcza ofiara.
6. Restrukturyzacja poznawcza przekonań i zniekształceń poznawczych podtrzymujących zachowania i fantazje parafilne.
7. Znajomość indywidualnych czynników ryzyka, zarówno statycznych, jak i dynamicznych, ponownego popełnienia czynu parafilnego.
8. Znajomość indywidualnych sposobów zapobiegania nawrotom i sposobów radzenia sobie w sytuacji okresowego naporu fantazji parafilnych.
9. Zmiana stylu życia i nauka prozdrowotnych umiejętności życiowych [14].

Terapeuci

Wzorując się na założeniach programu kanadyjskiego Rockwood, stworzonego przez Williama Marshalla [13], najbardziej optymalnym jest dwuosobowy zespół terapeutyczny. Ponieważ terapia realizowana jest w nurcie poznawczo-behawioralnym, to jeden z terapeutów powinien mieć certyfikat psychoterapeuty CBT (*cognitive-behavioral therapy*), a drugi terapeuta (koterapeuta) powinien być psychoterapeutą w czasie szkolenia w nurcie CBT (co najmniej po drugim roku trwania kursu).

William Marshall [za: 15] wymienił cztery cechy, które powinien posiadać psychoterapeuta prowadzący psychoterapię grupową preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych. Według niego terapeuta powinien być:

1. Ciepły — odnosić się do pacjenta w sposób akceptujący, troskliwy, wspierający.
2. Empatyczny: mający zdolność do podejmowania prób zrozumienia i odnoszenia się do uczuć pacjenta.
3. Nagradzający: dający wzmocnienia nawet za małe kroki we właściwym kierunku.
4. Dyrektywny — zachęcający pacjentów do praktykowania konkretnych zachowań w trakcie terapii i poza środowiskiem terapeutycznym.

Autor ten [16] wymienił również trzy strategie terapeutyczne używane w psychoterapii grupowej sprawców czynów pedofilnych:

- 1) podejście konfrontacyjne,
- 2) podejście akceptujące,
- 3) podejście motywacyjne.

Podejście konfrontacyjne jest używane na samym początku terapii, zakłada kwestionowanie postaw, wypowiedzi pacjenta, aby ten przejął odpowiedzialność za zachowania parafilne, których się dopuścił, aby dostrzegł potrzebę pozostawiania zarówno w terapii, jak i pod nadzorem prewencyjnym, jeżeli takie jest wobec niego zastosowane.

Podejście akceptujące polega na dostrzeżeniu w pacjencie (w ramach pracy nad życiorysem sprawcy i omawiania szlaków psychologicznych zachowań parafilnych bądź cyklu dewiacyjnego) pierwiastka ofiary. W tym czasie ważne, aby bezwarunkowo prezentować pozytywny stosunek do uczestników grupy, kierować się empatią, nagradzać pacjentów za ich pracę w czasie sesji.

Ostatnie podejście — motywacyjne — charakteryzuje się okazywaniem zrozumienia i akceptacji pacjentom, zachęcaniem ich, aby postrzegali siebie całościowo, to znaczy jako osoby posiadające mocne strony, które dopuszczają się nieakceptowanych zachowań. Terapeuci zachęcają uczestników grupy

do zmiany, wspierają ich w tych zmianach, ale jednocześnie stawiają granice, reagują w sposób zdecydowany, kwestionują konkretne zachowania pacjentów. Dzięki takiemu podejściu, pacjenci są w stanie przejąć odpowiedzialność za zmianę przy towarzyszącym im psychoterapeutom.

Program terapeutyczny

W Polsce pierwsza psychoterapia grupowa dla preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych, w warunkach ambulatoryjnych, rozpoczęła się w 2007 roku w Poradni Seksuologicznej i Patologii Współżycia Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie. Terapia grupowa odbywała się jeden raz w tygodniu przez dwie godziny (w sumie 250 godzin psychoterapii). Biorąc pod uwagę przerwy wakacyjne i świąteczne, psychoterapia ta trwała około 3 lat. Po odbyciu terapii grupowej przez trzy grupy preferencyjnych sprawców program, na podstawie doświadczenia wynikającego z przebiegu i efektów terapii tych grup, został zmodyfikowany.

W 2013 roku według nowego programu ruszyły dwie grupy psychoterapii dla preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych. Liczba godzin psychoterapii grupowej została ograniczona do 200, co skróciło sam czas trwania terapii do około 2,5 roku.

Na program terapii składały się cztery moduły terapeutyczne, po każdym module była dwutygodniowa przerwa w terapii. Grupy miały charakter półotwarty i w przerwie pomiędzy modułami byli włączani nowi uczestnicy. Warunkiem ukończenia terapii było odbycie wszystkich czterech modułów przez uczestnika.

Program terapii [17]

I. Moduł — mechanizmy psychologiczne prowadzące do zachowania parafilnego (18 sesji).

1. Poznanie się uczestników terapii grupowej, poznanie się z prowadzącymi. Zapoznanie uczestników z regulaminem i programem terapii. Podpisanie przez pacjentów zgody na terapię i akceptację regulaminu terapii (1 sesja).
2. Integracja grupy, budowanie zaufania (3 sesje).
3. Psychoedukacja: zaburzenia preferencji seksualnych, programy leczenia, farmakoterapia, mechanizmy psychologiczne i modele samoregulacji w zachowaniach parafilnych, założenia teoretyczne terapii CBT, model ABC (2 sesje).
4. Filmoterapia („Wstyd”) (2 sesje).
5. Omawianie mechanizmów psychologicznych i modeli samoregulacji w zachowaniach parafilnych (10 sesji).

II. Moduł — biograficzne przesłanki do zachowań parafilnych (27 sesji).

1. Psychoedukacja: Przekonania pośredniczące,

przekonania kluczowe, strategie radzenia sobie z przekonaniem, zniekształcenia poznawcze (2 sesje).

2. Omawianie życiorysów (25 sesji):
 - a) identyfikacja przekonań pośredniczących, przekonań kluczowych,
 - b) identyfikacja strategii radzenia sobie z przekonaniem,
 - c) identyfikacja zniekształceń poznawczych,
 - d) identyfikacja deficytów emocjonalnych,
 - e) identyfikacja deficytów społecznych.

III. Moduł — trening empatii z ofiarą (25 sesji).

1. Empatia (25 sesji):
 - a) praca nad przejęciem odpowiedzialności za zachowania parafilne,
 - b) omawianie napisanego listu do ofiary,
 - c) filmoterapia („Pożegnanie z niewinnością”),
 - d) praca poznawcza ze zniekształceniami poznawczymi dotyczącymi zachowań parafilnych,
 - e) praca poznawcza z przekonaniem kluczowym i pośredniczącymi,
 - f) praca behawioralna ze strategiami radzenia sobie z przekonaniem.

IV. Moduł — zapobieganie nawrotom (30 sesje).

1. Psychoedukacja: czynniki ryzyka: statyczne; dynamiczne, sposoby radzenia sobie (2 sesje).
2. Omawianie statycznych czynników ryzyka (8 sesji).
3. Omawianie dynamicznych czynników ryzyka (8 sesji).
4. Omawianie sposobów radzenia sobie (10 sesji).
5. Podsumowanie terapii (2 sesje).

W pierwszym module, podczas pierwszej sesji, uczestnicy zapoznają się ze sobą, każda z osób przedstawia się pozostałym uczestnikom, mówiąc kilka słów o sobie. Następnie uczestnicy zapoznawani są z programem terapii oraz z poniżej wymienionymi zasadami uczestnictwa w psychoterapii grupowej preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych [15]:

1. Sesje psychoterapii grupowej odbywają się jeden raz w tygodniu i trwają 2 godziny (w tym jedna 10-minutowa przerwa). Na program terapii składa się 100 sesji czyli 200 godzin. Terapia trwa około 2,5 roku (z przerwą w lipcu i sierpniu).
2. Na terapię składają się 4 moduły. Po każdym module jest dwutygodniowa przerwa. Grupa ma charakter półotwarty. Nowi uczestnicy są włączani do grupy po każdym zakończonym module. Warunkiem zaliczenia terapii jest odbycie wszystkich 4 modułów przez uczestnika.
3. Uczestników psychoterapii obowiązuje bezwzględna zasada dyskrecji. Nie wolno dzielić się uzyskanymi informacjami z nikim spoza grupy i nigdzie indziej poza grupą. Uczestnicy pozostają

anonimowi przez cały czas trwania grupy — są ze sobą po imieniu, ale nie wolno im wymieniać się nazwiskami, numerami telefonów bądź innymi danymi ułatwiającymi identyfikację. Zasada ta służy budowaniu poczucia bezpieczeństwa i wzajemnego zaufania wśród członków grupy.

4. Między prowadzącymi grupę a jej członkami panuje zasada zwracania się do siebie per „pan”/ „pani”.
5. Członkowie grupy nie utrzymują ze sobą kontaktów towarzyskich, przyjacielskich, intymnych. Nie należy się spotykać poza sesjami terapeutycznymi. Wszystkie sprawy, które dzieją się między członkami grupy, powinny być omawiane podczas trwania zajęć. Zasada ta służy budowaniu wzajemnego zaufania i wspólnoty grupy.
6. Od uczestników psychoterapii wymaga się regularnej obecności na sesjach terapeutycznych. Możliwe jest 10 nieobecności w czasie trwania terapii. Uczestnik grupy zobowiązany jest do informowania o niemożności przybycia na sesję (e-mail: d.baran@intimed.pl).
7. Od uczestników psychoterapii wymaga się punktualności. Dotarcie na terapię z najwyższej 20-minutowym spóźnieniem będzie odnotowane jako spóźnienie. Trzy spóźnienia równają się jednej nieobecności. Uczestnicy, którzy spóźnią się więcej niż 20 minut i mniej niż jedna godzina, będą wpuszczani na sesję po przerwie, tj. o godzinie 18.00. W takiej sytuacji będzie liczone to jako pół nieobecności. Uczestnicy, którzy przyjadą po godzinie 18.00, nie będą wpuszczani na sesję.
8. W czasie sesji obowiązuje zakaz spożywania napojów i pokarmów, używania wulgarnych słów i obraźliwych określeń w stosunku do innych uczestników, wychodzenia z sali bez uzasadnionego powodu.
9. Podczas sesji obowiązuje zakaz używania telefonów komórkowych (powinny być przełączone na tryb „cichy”).
10. Członkowie grupy są zobowiązani do odrabiania prac domowych.
11. Uczestników psychoterapii obowiązuje zakaz przychodzenia na sesje w stanie po spożyciu alkoholu lub narkotyków. Pacjenci nie powinni także odregulowywać uwolnionych w trakcie terapii emocji przy pomocy spożywania alkoholu lub narkotyków po sesjach.
12. Każdy uczestnik dostał wskazówki do pracy nad życiorysem, który będzie musiał przygotować przed rozpoczęciem terapii i przedstawić w ustalonym terminie na sesji. Jeden egzemplarz ww. historii życia dostarcza terapeutom. Życiorysy są zwracane uczestnikom grupy po zakończeniu terapii.
13. Każdy uczestnik zobowiązany jest do minimum

jednej sesji indywidualnej na 3 miesiące z terapeutą opiekującym się nim. Maksymalnie możliwe są trzy sesje indywidualne na kwartał.

14. Kryteria wyłączenia uczestnika z terapii:

- przekroczenie dopuszczalnej liczby nieobecności bądź spóźnień,
- agresywne zachowania,
- zachowanie seksualne wobec innych uczestników grupy bądź prowadzących,
- brak współpracy z terapeutami,
- brak zaangażowania w terapię,
- niechęć do rozmowy, zdystansowanie,
- zatajanie faktów z życia,
- kłamstwa,
- naruszanie regulaminu „Programu terapii”.

15. Oświadczenie:

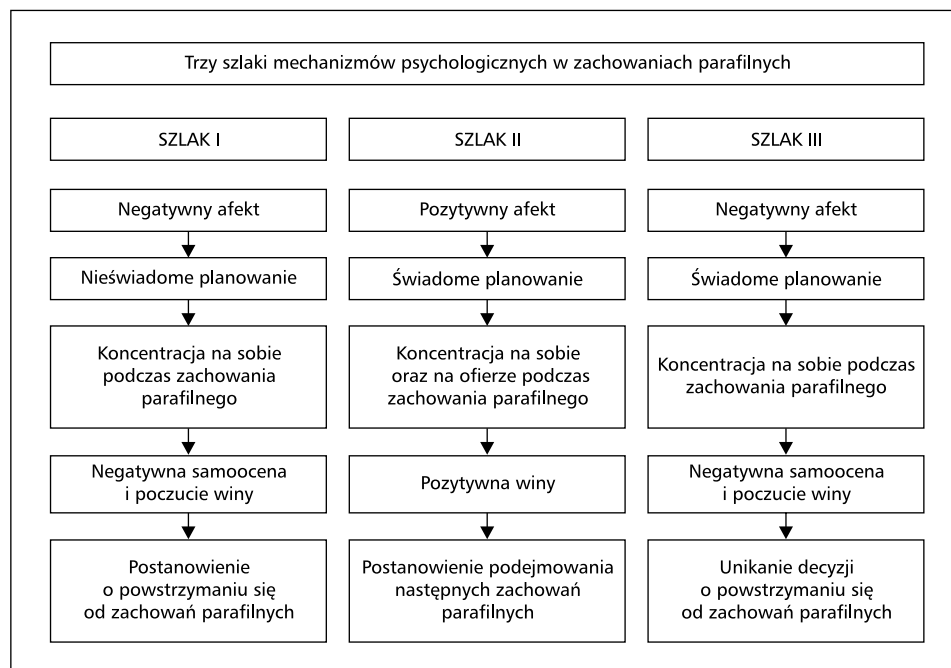
- „Zapoznałem się z zasadami uczestnictwa i regulaminem psychoterapii grupowej w Poradni Seksuologicznej i Patologii Współżycia w Centrum Psychoterapii. Akceptuję zasady i regulamin terapii”.
- „Wyrażam zgodę na wzięcie udziału w terapii grupowej”.
- „Wyrażam zgodę na to, że wybrane sesje terapeutyczne będą obserwowane przez lustro weneckie przez stażystów”

Uczestnicy podpisują jedną z dwóch kopii zasad uczestnictwa i oddają psychoterapeutom, drugą kopię zostawiają dla siebie. W ten sposób pacjenci i psychoterapeuci zawierają kontrakt terapeutyczny. Kolejne sesje poświęcone są budowaniu integracji i poczucia bezpieczeństwa w grupie. W tym celu realizowane są ćwiczenia integracyjne, na przykład ćwiczenie polegające na tym, że pacjenci mają odpowiedzieć sobie na 6 pytań, najpierw indywidualnie, a następnie w pięcioosobowych zespołach, w których szukają różnic i podobieństw między sobą:

1. Czego oczekuję od terapii?
2. Co mogę wnieść do terapii?
3. Jakie mam obawy i nadzieje?
4. Jedna rzecz, która mam nadzieję, że się nie zdarzy i jedna, która mam nadzieję, że się zdarzy.
5. Skąd będę wiedział, że moja terapia została uwieńczona sukcesem?
6. Co mogę wnieść do terapii?

Następnie, w ramach psychoedukacji, uczestnicy są zapoznawani z takimi zagadnieniami, jak: zaburzenia preferencji seksualnych, programy leczenia, farmakoterapia, mechanizmy psychologiczne i modele samoregulacji w zachowaniach parafilnych, założenia teoretyczne terapii CBT, model ABC.

Po sesjach związanych z psychoedukacją następują dwie sesje filmoterapii, podczas których pacjenci



Rycina 2. Trzy szlaki mechanizmów psychologicznych w zachowaniach parafilnych

oglądają film „Wstyd”. Zadaniem pacjentów jest analiza zachowania głównego bohatera pod kątem zagadnień, które były omawiane, w ramach psychoedukacji, na poprzednich sesjach.

Następnie pacjenci indywidualnie, na forum grupy, omawiają mechanizmy psychologiczne i modele samoregulacji kierujące nimi podczas zachowań parafilnych, które podejmowali w przeszłości. Analiza charakterystycznych cech w zachowaniach parafilnych stanowi kluczową część pierwszego modułu. Pacjenci uczą się identyfikować myśli i emocje, które doprowadzały ich do zachowań parafilnych, a także myśli i emocje, które mieli po dokonaniu czynu parafilnego (model ABC). Rozłożenie sekwencji zachowań parafilnych na składowe elementy umożliwia pacjentom zrozumienie podejmowanych przez nich działań [18]. Pacjenci analizują swoje zachowanie na podstawie wzoru zaprezentowanego na rycinie 2.

Inni autorzy, w celu zrozumienia przez uczestników grupy swoich zachowań parafilnych, proponują wykorzystanie modelu cyklu dewiacyjnego [14]. Na model cyklu dewiacyjnego, jak opisuje Salter [19], składają się:

1. Dewiacyjne: uczucie, podniecenie i/lub fantazje do masturbacji.
2. Pozornie nieważne decyzje lub zamiary: dostęp do potencjalnych ofiar.
3. Czynniki wysokiego ryzyka.
4. Wybór obiektu: seksualny dostęp do konkretnej ofiary.
5. Planowanie i dewiacyjne fantazje.

6. Omotanie lub użycie siły.
7. Seksualny atak.
8. Zapewnienie sobie tajemnicy.
9. Wyrzuty sumienia lub strach.

Następnie pacjenci analizują modele samoregulacji w zachowaniach parafilnych, które uświadamiają im, jakie strategie radzenia sobie w postaci zachowań podejmują, aby powstrzymać się bądź kontynuować zachowania parafilne (tab. 1).

Praca w drugim module rozpoczyna się od psychoedukacji na temat kolejnych pojęć stosowanych w terapii poznawczo-behawioralnej: przekonania pośredniczące, przekonania kluczowe, strategie radzenia sobie z przekonaniem, zniekształcenia poznawcze. Kluczem do zrozumienia przyczyn, które ukształtowały schemat poznawczy pacjenta, jest analiza najistotniejszych dla niego doświadczeń z jego linii życiowej [18]. W związku z tym, w dalszym czasie trwania terapii, każdy z uczestników, na forum grupy, omawia swój życiorys, który został przez niego sporządzony przed rozpoczęciem terapii. Życiorys pacjenci sporządzają na podstawie wskazówek do pracy nad życiorysem otrzymanych od psychoterapeutów w czasie trwania kwalifikacji do grupy. Analiza ważnych doświadczeń na przestrzeni życia pacjenta sprzyja poprawie poczucia bezpieczeństwa uczestników grupy. Podczas omawiania życiorysów, zarówno uczestnicy, jak i psychoterapeuci identyfikują przekonania kluczowe, przekonania pośredniczące, strategie radzenia sobie oraz zniekształcenia poznawcze występujące u pacjenta omawiającego swój życiorys. Identyfikacja odbywa się

Tabela 1. Modele samoregulacji w zachowaniach parafilnych

Bierne unikanie	Aktywne unikanie	Automatyczne dążenie	Świadome dążenie
Chroniczna kontrola	Aktywne kroki, aby zmniejszyć ryzyko podjęcia zachowania parafilnego	Zachowanie według parafilnego skryptu	Brak poczucia winy po dokonaniu czynu parafilnego
Niski poziom wglądu we własny udział w zachowaniu parafilnym	Te aktywne kroki zamiast zmniejszyć, zwiększają ryzyko podjęcia zachowania parafilnego, np. masturbacja	Często gwałtownie dokonany przestępczy czyn parafilny	
Bezradność		Brak świadomego planowania	
		Brak poczucia winy	

za pomocą stosowania technik pracy poznawczej, na przykład: model ABC, technika strzałki w dół, dialog sokratejski. W tym czasie rozpoczyna się również praca poznawcza nacelowana na restrukturyzację poznawczą oraz praca behawioralna nacelowana na zmianę strategii radzenia sobie. Ponadto w czasie omawiania życiorysów uczestnicy zastanawiają się nad deficytami emocjonalnymi oraz deficytami społecznymi występującymi w chwili obecnej w ich życiu. Deficyty te będą tym bardziej istotne w czasie omawiania statycznych i dynamicznych czynników ryzyka ponownego popełnienia czynu parafilnego, a także sposobów radzenia sobie w czasie naporu parafilnych fantazji seksualnych u konkretnego uczestnika grupy.

Moduł trzeci skupia się na treningu empatii z ofiarą. Na początku pracy w tym module wykonywana jest praca poznawcza mająca na celu przejęcie odpowiedzialności za zachowania parafilne. Wynika to z faktu, że dla preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych charakterystyczna jest tendencja do zaprzeczania swoim zachowaniom pedofilnym bądź minimalizowania ich skutków dla ofiary [20]. Barbaree [21] stwierdził w 1991 roku, że 66% pedofili zaprzecza popełnieniu przez nich przestępstw o charakterze pedofilnym. W tym celu stosowane są techniki pracy poznawczej mające na celu reastrukturyzację poznawczą, na przykład takie jak: dyskusja z myślami, dialog sokratejski. Trening empatii z ofiarą ma na celu:

- nabycie umiejętności rozpoznawania krzywdy wyrządzonej ofiarom,
- nabycie umiejętności rozumienia i przeżywania emocji doświadczanych przez ofiarę,
- nabycie umiejętności przewidywania wpływu, jaki miało na ofiarę dane wydarzenie,
- uświadomienie sobie odpowiedzialności za popełnione czyny,
- zaakceptowanie konsekwencji swoich czynów.

W tym celu stosowane są zarówno techniki pracy poznawczej, jak i pracy behawioralnej, na przykład filmoterapia („Pożegnanie z niewinnością”), pisanie listu do ofiary. Inni autorzy sugerują również zastosowanie techniki pisanie listu od ofiary [18]. Pomocnym może być również oglądanie z pacjentami filmów dokumental-

nych, programów typu *talk show*, które pokazują pacjentom następstwa wykorzystania seksualnego u dzieci [8].

Bardzo ważnym elementem pracy terapeutycznej w trzecim module jest zmiana poznawcza w zakresie zniekształceń poznawczych występujących u pacjentów. Owe najczęściej występujące zniekształcenia poznawcze u pedofili, to przekonanie, że kontakt seksualny z dzieckiem jest dla niego korzystny, ponieważ jest edukacyjny [22], oraz to, że dzieci prowokują osoby dorosłe do tego, aby podejmowali z nimi zachowania seksualne [23]. W czasie trwania tego modułu kontynuowana jest również praca nad restrukturyzacją poznawczą przekonań kluczowych i pośredniczących zidentyfikowanych u pacjentów, a także praca behawioralna dotycząca strategii radzenia sobie z przekonaniami kluczowymi. W tym celu wykorzystuje się techniki pracy poznawczej i behawioralnej, na przykład: klasyfikowanie zniekształceń w myśleniu, dialog sokratejski, analiza argumentów, odgrywanie ról — przeciwne strony myśli, eksperyment behawioralny.

Praca w czwartym module jest nacelowana na zapobieganie nawrotom. Pierwsze dwie sesje poświęca się psychoedukacji na temat statycznych i dynamicznych czynników ryzyka oraz sposobów radzenia sobie w sytuacji naporu fantazji parafilnych. Następnie każdy z uczestników, na forum grupy omawia czynniki ryzyka w odniesieniu do własnej osoby. Na podstawie powyższego omówienia, szacowane jest ryzyko recydywy u każdego uczestnika na skali: niskie, średnie, wysokie, bardzo wysokie. Pacjenci występujące u siebie czynniki ryzyka recydywy na podstawie danych zawartych w tabeli 2.

Ostatnim etapem pracy grupowej jest omówienie z każdym uczestnikiem terapii, na forum grupy, sposobów radzenia sobie w sytuacji naporu fantazji o treści parafilnej, naporu impulsów parafilnych. Pacjent, którego dotyczy analiza, odnotowuje sposoby radzenia sobie, które wypracowuje grupa.

Na ostatnich dwóch sesjach następuje podsumowanie terapii grupowej. Każdy z jej uczestników mówi o tym, co zyskał przez 2,5 roku, jak w tym czasie zmieniło się jego życie, jakie ma plany na przyszłość (zawodowe, osobiste). Informuje również terapeutów, czy

Tabela 2. Czynniki ryzyka recydywy

Statyczne [24]	Dynamiczne [25]
1. Zaburzenia preferencji seksualnych	1. Dostęp do potencjalnej ofiary
2. Zaburzone schematy poznawcze	2. Kryzys emocjonalny
3. Deficyty społeczne i emocjonalne	3. Złość, agresja, wrogość
4. Zaburzenia samokontroli (impulsywność, osobowość dyssocjalna)	4. Uzależnienia
	5. Zaabsorbowanie seksem
	6. Brak motywacji do leczenia

akceptuje, zaproponowany przez nich, harmonogram spotkań grupowych podtrzymujących efekty terapii (1 sesja na 3 miesiące).

Podsumowanie

Jedynym specyficznym i adekwatnym wskaźnikiem oceny przydatności danego programu leczenia preferencyjnych sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej jest wskaźnik recydywy u tych leczonych, którzy zaliczyli w całości taki program. Cztery grupy były leczone w Poradni Seksuologicznej i Patologii Współżycia Szpitala Nowowiejskiego, a ostatnia grupa — piąta w Zakładzie Seksuologii Klinicznej PTS w Warszawie przy ul. Wspólnej 65. W dwóch ostatnich leczonych grupach sprawców zastosowano terapię według zaprezentowanego w artykule programu. Wskaźnik recydywy w tych grupach wyniósł 0% — ani jeden pacjent po zakończeniu leczenia nie został zatrzymany za zachowania seksualne niezgodne z prawem. Ten wskaźnik recydywy przemawiałby za tym, aby terapię grupową w nurcie poznawczo-behawioralnym uznać za wysoce skuteczną w leczeniu preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych. Nie można jednak pominąć faktu, że niektórzy z uczestników grupy, przynajmniej okresowo, przyjmowali leki obniżające popęd seksualny. Ocena stopnia udziału psychoterapii i stopnia udziału farmakoterapii w ostatecznym efekcie terapii grupowej nie jest możliwa. Te dwie metody leczenia nawzajem się wspierają i uzupełniają.

Piśmiennictwo:

1. Porzecka B. Kodeks karny Kodeks postępowania karnego Kodeks karny wykonawczy. Wydawnictwo CH Beck, Warszawa 2005.
2. Czernikiewicz W. Sprawcy przestępstw seksualnych wobec dzieci. Konferencja: Różne oblicza pedofilii. (materiały niepublikowane). Sopot: USWPS, 2014.
3. Gałęcki P, Świącicki Ł. Kryteria diagnostyczne z DSM-V. Desk reference. Urban & Partner, Wrocław 2013.
4. Puzyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagno-

- styczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius. 1993: Warszawa.
5. Wciórka J. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
 6. Czernikiewicz W, Pawlak-Jordan B. Wykorzystywanie seksualne dzieci. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 1998.
 7. Gierowski JK, Kasperek K. Nowe regulacje dotyczące postępowania ze sprawcami tzw. przestępstw seksualnych na tle aktualnego stanu wiedzy w zakresie redukcji recydywy seksualnej. Psychiatria i Psychologia Sądowa. 2011; 4: 1.
 8. Moster A, Wnuk D, Jeglic E. Cognitive Behavioral Therapy Interventions With Sex Offenders. Journal of Correctional Health Care. 2008; 14(2): 109–121, doi: [10.1177/1078345807313874](https://doi.org/10.1177/1078345807313874).
 9. MacKenzie DL. What works in correction: reducing the criminal activities of offenders and delinquents. Cambridge University Press, New York 2006.
 10. deBaca LC, Matson S, Przybylski R. Effectiveness of treatment for adult sex offenders. NCJP. 2015: NCJP.
 11. Duwe G, Goldman RA. The impact of prison-based treatment on sex offender recidivism: evidence from Minnesota. Sex Abuse. 2009; 21(3): 279–307, doi: [10.1177/1079063209338490](https://doi.org/10.1177/1079063209338490), indexed in Pubmed: [19531811](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19531811/).
 12. Seto MC, Marques JK, Harris GT, et al. Good science and progress in sex offender treatment are intertwined: a response to marshall and marshall (2007). Sex Abuse. 2008; 20(3): 247–255, doi: [10.1177/1079063208317733](https://doi.org/10.1177/1079063208317733), indexed in Pubmed: [18775837](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18775837/).
 13. Marshall W, Marshall L, Serran G, O'Brien M. Skuteczna terapia sprawców przestępstw seksualnych: program Rockwood. Dziecko krzywdzone. 2007; 1: 18.
 14. Marcinek P, Peda A. Leczenie sprawców przestępstw seksualnych – kompleksowy program terapii. Psychoterapia. 2010; 3: 154.
 15. Baran D. Psychoterapia preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych. Konferencja: Różne oblicza pedofilii. Sopot: USWPS; 2014 (materiały niepublikowane).
 16. Marshall W. Praca ze sprawcami przestępstw seksualnych. Materiały szkoleniowe. Sulejów: Centralny Zarząd Służby Więziennej i Fundacja Dzieci Niczyje. 2007.
 17. Czernikiewicz W. Przestępcy seksualni – wykład. Kurs specjalizacyjny: . Seksuologia sądowa. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (materiały niepublikowane). 2015.
 18. Rutkowski, R. i Sroka, W. Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności. Seksuologia Polska. 2007; 5: 1.
 19. Salter AC. Pokonywanie traumy. Jak zrozumieć i leczyć dorosłe ofiary wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 2003.
 20. Beckett R, Beech A, Fisher D, Fordham AS. Community-based treatment for sex offenders: An evaluation of seven treatment programmes. Home Office, London 1994: Home.
 21. Barbaree HE. Denial and minimization among sex offenders: assessment and treatment outcome. Forum on Corrections Research. 1991; 3: 30–33, doi: [10.1093/oxfordjournals/9780190213633.013.21](https://doi.org/10.1093/oxfordjournals/9780190213633.013.21).
 22. Marshall WL, Anderson D, Fernandez Y. Cognitive behavioral treatment of sexual offenders. Wiley, Chichester 1999.
 23. Hall G. Theory-Based Assessment, Treatment, and Prevention of Sexual Aggression. 1996, doi: [10.1093/med:psych/9780195090390.001.0001](https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195090390.001.0001).
 24. Craig LA, Browne KD. Metody oceny ryzyka recydywy przestępstw seksualnych. Dziecko Krzywdzone: Teoria Badania Praktyka. 2007; 18: 20–40.
 25. Harris A The Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR): A Method for Measuring Change in Risk Levels 2000-1. http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/sonar-eebds-eng. (2000).