

Specyfika leczenia zaburzeń preferencji seksualnych i terapeutyczne doświadczenia osób leczonych

Specificity of sexual disorders (pedophilia) treatment and experience of the treated ones

Aleksandra Dymowska

Zakład Patologii Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Gdańskiego

Streszczenie

W artykule przedstawiono sposób postrzegania terapii przez preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci. Sprawcy podejmują te zachowania seksualne z uwagi na zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii (ICD-10 — F65.4; DSM-V — 302.2).

W artykule zaprezentowano wyniki badań własnych, które stanowią rezultat rozmów z pedofilami na temat podjętej przez nich terapii. Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problematykę leczenia sprawców przestępstw seksualnych przy uwzględnieniu ich osobistych przekonań. Badani doświadczają terapii głównie poprzez budowanie oraz kształtowanie relacji terapeutycznej i to jej przypisują duże znaczenie w procesie zmiany. Dane empiryczne badania jakościowego pokazują nie tylko instrumentalny charakter procesu leczenia, ale także jego podmiotowość — odsłaniają potrzebę zaufania i budowania relacji z terapeutą. Okazuje się, że przestępcy deklarują chęć uczenia się o swojej seksualności, zwracają uwagę na doświadczanie terapii w zaangażowanym działaniu oraz duże znaczenie przypisują wsparciu w środowisku poza izolacją. Praca może skłaniać profesjonalistów do krytycznego, refleksyjnego myślenia o procesie terapii oraz zachęcać do dyskusji na temat zapewnienia specjalistycznego wsparcia poprzez zapewnienie osób i miejsc udzielających pomocy.

Słowa kluczowe: preferencyjni sprawcy, pedofilia, psychoterapia

Seksuologia Polska 2019; 17: 84–94

Abstract

In the text author presents the perception of therapy by preferential perpetrators of sexual offenses against children. Perpetrators commit those sexual behaviors due to the sexual preference disorders in the form of pedophilia (ICD-10 — F65.4; DSM-V — 302.2). The article is a summary of original research, which contain the result of a conversation with pedophiles about their treatment. The purpose of the work is to focus attention to the issue of treating perpetrators of sexual offenses related to their personal beliefs. Respondents often experience therapy by building and shaping therapeutic relationships and they attribute it to great importance in the process of change. Empirical qualitative research data contains not only and the characteristic nature of the treatment process, but also its subjectivity — it reveals the need for trust and relationships with the therapist. It turns out that the perpetrators declare their willingness to learn about their sexuality; they relate to the experienced therapy and stress the involvement and perceive support outside the isolation as a factor of great importance. The work can be seen as a critical reflection on the therapy process.

Słowa kluczowe: sexual disorders, pedophilia, psychotherapy

Seksuologia Polska 2019; 17: 84–94

Wstęp

Podjęcie pracy terapeutycznej ukierunkowanej na redukcję deficytów poznawczo-behawioralnych i emocjonalnych ma istotne znaczenie w procesie leczenia sprawców przestępstw seksualnych popełnianych wobec osób małoletnich. Oddziaływania terapeutyczne w zasadniczej względnie polegają na psychoedukacji sprawców między innymi w obszarze rozumienia znaczenia popełnionego czynu, czynników ryzyka krzywdzenia dzieci, rozwoju człowieka (w tym jego seksualności), konieczności kontynuacji terapii po odbyciu kary pozbawienia wolności. Ważnym zakresem oddziaływań terapeutycznych wobec osób molestujących dzieci jest ten odnoszący się do ochrony prawa do wolności seksualnej. Obejmuje on indywidualną możliwość jednostki do wyrażania potencjału seksualnego, wykluczając przy tym jakiegokolwiek formy przymusu seksualnego, wykorzystywania innych i nadużyć seksualnych. Jednym z nadrzędnych celów resocjalizacji jest stwarzanie możliwości i szans do nauczenia się, rozwijania i utrwalania umiejętności społecznych oraz pożądaných nawyków prawidłowego funkcjonowania po to, by przestępca mógł powrócić do życia w społeczeństwie. Niestety, wiele czynników nie tylko środowiskowych, ale i intrapsychicznych zakłóca proces readaptacji skazanych za przestępstwa seksualne. W pracach z zakresu seksuologii wskazuje się na statyczne i dynamiczne czynniki ryzyka [1–4]. Pierwsze z nich są zbliżone do psychologicznego rozumienia cech jednostki i odnoszą się do: deficytów w sferach intymnej, seksualnej samoregulacji na niewystarczającym poziomie, przekonań sprawców o swoich czynach wobec ofiary, samoregulacji w ogólnym jej rozumieniu oraz współpracy między innymi z zespołem terapeutycznym. Drugie natomiast są zbliżone do psychologicznego rozumienia stanu i dotyczą poziomu społecznej izolacji, poczucia gniewu sprawców, poziomu funkcjonowania psychologicznego, dostępu do ofiar oraz poziomu zaabsorbowania seksem. Czynniki statyczne służą do oceny globalnego ryzyka recydywy, a dynamiczne okazują się przydatne w ocenie sytuacyjnego ryzyka recydywy [3]. Poznanie ich pozwoli nie tylko na bardziej precyzyjne oszacowanie ryzyka powrotności do przestępstwa, ale także będzie sprzyjało zaplanowaniu możliwie bardziej szczegółowych metod pracy ze sprawcą jeszcze w warunkach izolacji penitencjarnej. Niewątpliwie dokonując wszelkich starań wobec zorganizowania warunków umożliwiających skuteczne oddziaływania psychokorekcyjne — jednocześnie oddziałuje się na wzrost poziomu bezpieczeństwa dzieci i zapewnia im tym samym skuteczniejszą ochronę przed krzywdzeniem. W kontekście rozwoju nauki podjęcie tematu obejmującego proces leczenia

(w tym resocjalizacji i terapii) pedofilów jest niezwykle ważny. Warto poszukiwać sposobów rozumienia rzeczywistości i samej terapii, poznawać indywidualne doświadczenia sprawców między innymi z obszarów funkcjonowania społecznego, emocjonalnego, seksualnego. Poznanie przekonań badanych na temat procesu terapii, jej najtrudniejszych etapów, relacji z terapeutą, możliwości budowania zaufania i uzyskiwania wsparcia w postaci leczenia to tylko niektóre z pól badawczych, które wymagają poznawczej i naukowej eksploracji. Rozumienie motywacji sprawcy do popełnienia przestępstwa, jego linii życia, wcześniejszych doświadczeń konstytuujących jego osobowość i funkcjonowanie psychiczne pozwoli na bardziej precyzyjne zaplanowanie oddziaływań psychokorekcyjnych. Zwłaszcza dane uzyskane w bezpośrednim kontakcie, na podstawie wywiadu ze sprawcami czynów pedofilnych przyczynią się do odpowiedniego wnioskowania oraz postulowania za ewentualną intensyfikacją działań terapeutycznych w warunkach izolacyjnych w kierunku motywowania do kontynuacji terapii po odbyciu kary pozbawienia wolności. Obecny dyskurs społeczny odnosi się do pedofilii jako zjawiska powszechnego, już nie marginalnego. Media coraz częściej informują opinię publiczną na temat prac rządu wobec organizacji warunków leczenia, otwierania specjalistycznych ośrodków, zwiększania liczby miejsc na oddziałach szpitalnych, gdzie przebywają pedofile. Jednak niezmiennie wydaje się pytanie o najbardziej skuteczny sposób postępowania ze sprawcami czynów pedofilnych — za pomocą izolacji czy resocjalizacji?

Definiowanie pedofilii jako zaburzenia preferencji seksualnych

Wielu badaczy i praktyków z dziedzin, takich jak: psychologia, pedagogika, prawo, poszukuje kompletnej i całościowej definicji tego zjawiska, która spełniałaby społeczne oczekiwania w kontekście dobra dziecka. Znalezienie odpowiedniej definicji wpływa nie tylko na diagnozę rozpowszechnienia tego zjawiska, ale także na sposoby reagowania na nie pod postacią odpowiednich sankcji prawnych, przebiegu leczenia oraz działań prewencyjnych [5]. Pedofilia jest zjawiskiem bardzo szerokim, które przede wszystkim polega na relacji seksualnej osoby dorosłej z dzieckiem. Nawiązując do klinicznego obrazu pedofilii w Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), oznaczoną kodem klasyfikacyjnym 302.2 (F65.4), określa się ją jako angażowanie dzieci przed okresem dojrzeźwania w seksualną aktywność przez dorosłych według kryteriów diagnostycznych:

A. Trwające przez okres ponad sześciu miesięcy, powracające, silnie podniecające fantazje seksualne,

impulsy seksualne lub zachowania dotyczące aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi, które nie wkroczyły jeszcze w okres dorastania (ogólnie przed trzynastym rokiem życia).

B. Seksualne impulsy są realizowane, albo powodują one wraz z seksualnymi fantazjami, znaczny stres i trudności w kontaktach interpersonalnych.

C. Osoba dokonująca aktu pedofilnego ma przynajmniej szesnaście lat i jest co najmniej pięć lat starsza niż dziecko lub dzieci z kryterium A. Uwaga: nie dotyczy osób w późnym okresie dorastania będących w relacji z dwunasto- lub trzynastolatkiem [6].

Omawiana klasyfikacja określa także podtypy zaburzeń pedofilnych prezentowanych przez osoby o tej charakterystyce: typ wyłączający (zainteresowany jedynie dziećmi), typ niewyłączający, zainteresowany płcią męską, zainteresowany płcią żeńską, zainteresowany obydwoma płciami, ograniczony do kazirodztwa. Nawiązując do diagnostyki zaburzeń pedofilnych, zauważono, że odnoszą się one zarówno do osób, które w sposób jawny prezentują te skłonności, jak i do tych, które zaprzeczają występowaniu zainteresowania osobami w wieku przed okresem dojrzewania (zwykle poniżej 13. roku życia), pomimo ewidentnych dowodów takich zachowań. Ujawnienie tej parafilii polega na uświadomieniu sobie intensywnego zainteresowania seksualnego dziećmi, które jest zwykle większe lub porównywalne do pożądania w kierunku osób dorosłych. Trudności w kontaktach społecznych z powodu cierpienia powodowanego uświadomieniem sobie zainteresowania seksualnego małoletnimi jest czynnikiem diagnostycznym. Jeśli jednak osoba nie odczuwa poczucia winy, wstydu ani lęku z powodu swoich zainteresowań pedofilnych i jest w stanie nad nimi panować, czyli nigdy nie dopuściła się czynów pedofilnych (co określa się na podstawie wywiadu oraz oficjalnego rejestru karnego), zostanie ona prawdopodobnie diagnozowana jako osoba o pedofilnej seksualnej orientacji, ale nie jako osoba cierpiąca na zaburzenia pedofilne [7]. Natomiast obowiązująca w Europie klasyfikacja *International Statistical Classification of Diseases and Related Problems (ICD-10)* określa pedofilię jako „preferencję seksualną osoby dorosłej w stosunku do dzieci, zwykle w wieku przedpokwitaniowym lub we wczesnym okresie pokwitania” [8]. By zdiagnozować u danej osoby pedofilię, musi ona spełniać jednocześnie kryteria ogólne dla zaburzeń preferencji seksualnych (F 65) przy jednoczesnym spełnieniu specyficznych kryteriów dla pedofilii. Poniżej znajdują się kryteria diagnostyczne dla zaburzenia preferencji seksualnych:

1. Osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań.

2. Osoba zarówno realizuje ten popęd oraz odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie.

3. Preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy.

Specyficzne kryteria dla diagnozy pedofilii (F 65.4) to: a) utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem; b) osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza od dziecka lub dzieci z kryterium B [8].

W przytoczonych powyżej definicjach i klasyfikacjach obecne jest słowo: „dziecko”, dlatego zasadne dla procesu diagnostycznego jest przyjęcie jednolitego sposobu rozumienia tego terminu. W kontekście biologii dziecko to osobnik w wieku przedpokwitaniowym, o czym świadczy brak oznak procesu dojrzewania. Beisert [9] zwraca uwagę na fakt, że zgodnie z powyższymi założeniami wszyscy ci, u których wskaźniki dojrzewania występują w stopniu początkowym czy zaawansowanym — nie są dziećmi, a więc nie spełniają kryterium koniecznego do definiowania pedofilii. W celu szerszego spojrzenia na problem definicyjny dziecka należy zwrócić uwagę na kryterium prawne (do 15. roku życia) oraz seksuologiczne (zdolność do reprodukcji). W Polsce, w perspektywie prawnej, czynami pedofilijnymi określa się zachowania seksualne podejmowane wobec osób, które nie ukończyły właśnie 15. roku życia [10]. Problem definicyjny jest także wyraźny wśród polskich autorów zajmujących się tematyką seksualności człowieka. Dlatego pojawiają się dokładniejsze określenia, które wiążą preferencję seksualną osoby dorosłej z dzieckiem [11, 12]. Określenia typu: infantofilia (seksualne zainteresowanie dzieckiem poniżej 5. roku życia) czy efebofilia (seksualne zainteresowanie dzieckiem we wczesnym wieku pokwitaniowym, między 13. a 15. rokiem życia). Pojawiają się także takie określenia jako korofilia czy partenofilia odnoszące się do płci sprawców oraz dzieci, a także do specyficznych właściwości dzieci (np. dziewictwo). O innych niż kliniczne ujęciach definiowania pedofilii pisała Beisert, wskazując również na aspekty społeczne i prawne tego zjawiska [9].

Praca ze sprawcami przestępstw seksualnych jest w głównej mierze realizowana w nurcie poznawczo-behawioralnym. Zgodnie z jego założeniami terapia opiera się na przyjęciu, że myśli prowadzą do emocji oraz zachowań, zaburzenia emocjonalne posiadają swój wpływ w myśleniu, które jest negatywnie zniekształcone. Oznacza to, że zaburzenia emocjonalne oraz niepożądane zachowania mogą podlegać leczeniu właśnie przy zmianie sposobu myślenia, który jest uznawany za wyuczony [13]. Terapia poznawczo-behawioralna koncentruje się zatem na myślach o charakterze automatycznym oraz przekonaniach,

które leżą u ich podstaw. Jak pisze Kratochvil [14] terapeuta w tym typie leczenia wspiera pacjenta w uświadamianiu sobie przerysowanego sposobu myślenia oraz dysfunkcyjnego zachowania. Jednym z celów terapii jest zaoferowanie możliwości uczenia się opartego na nowych schematach poznawczych odnoszących się do różnorodnych sytuacji życiowych i doświadczeń. Programy terapii wykorzystują zestaw technik dydaktycznych i stosują behawioralne oraz poznawcze — z uwzględnieniem aktualnej potrzeby osoby ukierunkowanej na zmianę. Nieadekwatne treści poznawcze powinny być zatem uwzględnione w stworzeniu strategii zaradczych ukierunkowanych na zmianę sposobu myślenia i zachowania osób niedostosowanych społecznie [15]. Do głównych cech podejścia behawioralno-poznawczego zalicza się: krótkotrwałość wraz z czasowym ograniczeniem, punkt wyjścia z teorii uczenia się, otwartą oraz aktywną współpracę będącą podstawą relacji pomiędzy terapeutą a pacjentem, orientację na terażniejszość, orientację na konkretne problemy oraz na to, co jest świadome i obserwowalne, dążenie do samowystarczalności pacjenta (wspieranie go w zyskiwaniu umiejętności, opanowywaniu sytuacji oraz w budowaniu i wzmacnianiu jego samooceny) [16]. Podejście poznawczo-behawioralne jako efekt łączenia teorii poznawczej z teorią społecznego uczenia się opiera się jednocześnie na zewnętrznym zachowaniu jednostki oraz jej wewnętrznych procesach rozumianych jako uczucia i myśli. Konsultant Krajowy w dziedzinie seksuologii wskazuje, że oddziaływania wobec sprawców przestępstw przeciwko wolności i obyczajności seksualnej można podzielić na specjalistyczne i niespecialistyczne [17]. Pierwsze z nich powstają i znajdują swe zastosowanie wobec precyzyjnie określonej grupy sprawców, jak na przykład terapia przeznaczona dla preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych na oddziale terapeutycznym jednostki penitencjarnej. Drugie zaś swym zakresem obejmują właśnie tych oraz innych sprawców przestępstw — przykładem jest tu kara pozbawienia wolności [18]. Wyniki zagranicznych metaanaliz, które w swej pracy prezentują polscy seksuologowie, przyjmując za wskaźnik skuteczności terapii poziom recydywy, podkreślają korzyść realizowania oddziaływań psychokorekcyjnych u sprawców przestępstw seksualnych [19]. Izolacja przestępców seksualnych nie wydaje się jedynym i słusznym rozwiązaniem dotyczącym postępowania z tą kategorią osób. Sama kara pozbawienia wolności nie zmniejsza prawdopodobieństwa powrotu do zachowań dewiacyjnych w stopniu znaczącym [3]. W dużej mierze powrotność do przestępstwa jest zależna od oddziaływań terapeutycznych, jakim poddawane są osoby w trakcie odbywania kary za popełnione

czyny. Resocjalizacja tych osób stanowi wyzwanie dla specjalistów z różnych dziedzin nauki, takich jak: pedagogika, psychologia, seksuologia czy kryminologia. Interdyscyplinarność w spojrzeniu na metodykę leczenia zaburzeń preferencji seksualnych stanowi ogromny potencjał pracy zespołu terapeutycznego od poziomu konceptualizacji, poprzez planowanie terapii i jej realizację.

Zarys problematyki leczenia pedofilii w Polsce

Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej

Tematyka resocjalizacji osób skazanych za przestępstwa seksualne nie jest nowym tematem. Jako jeden z pierwszych badaczy, w polskim piśmiennictwie uwagę na ten problem zwrócił Imieliński [20], który powoływał się na specyfikę pracy terapeutycznej z tą grupą. W Polsce jeden z pierwszych projektów systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności został zaproponowany przez pracowników Zakładu Karnego w Rzeszowie. Na podstawie swoich doświadczeń, obserwacji i piśmiennictwa stworzyli program dla osób osadzonych, na którym kolejne jednostki penitencjarne mogły się wzorować [21]. Pierwszego stycznia 2006 roku pojawiła się nowelizacja Ustawy z dnia 6 stycznia 2007 roku, która obliuguje Służbę Więzienną do objęcia specjalistycznymi oddziaływaniami osoby skazane za przestępstwa popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych (w tym pedofilii). Oddziaływania te nie mają na celu zmiany ich preferencji. Terapia ma umożliwić między innymi edukację w zakresie wiedzy i umiejętności, która wzmocni mechanizmy samokontroli i samoregulacji, zmodyfikuje sferę poznawczą, jednocześnie osłabiając zniekształcenia poznawcze, ułatwią pracę nad przejmowaniem odpowiedzialności za własne czyny i zdolności do przejawiania empatii wobec ofiar. Głównym celem programu terapeutycznego jest nabywanie kompetencji, które zmniejszą prawdopodobieństwo ponownego dopuszczenia się przestępstwa [22]. Przy tej okazji warto ponownie podkreślić, że odbywanie kary w systemie terapeutycznym nie oznacza tego, że skazany ma ją odbywać przez cały okres orzeczonej kary, a jedynie przez okres trwania terapii. Terapeutyczny system wykonywania kary z założenia ma być systemem przechodnim, który powinien być stosowany przez określony czas, w którym skazani wymagają specjalistycznego oddziaływania, rozumianego jako specjalistyczna opieka psychologiczna, lekarska i rehabilitacja [23]. Tym samym należy zaznaczyć,

że skuteczność odbywania kary w systemie terapeutycznym jest zależna w znacznym stopniu od samego skazanego w odbywanie kary w tym systemie, a także jego zaangażowania w zajęciach terapeutycznych. Po przyjęciu na oddział terapeutyczny rozpoczyna się proces przygotowywania osadzonego. W głównej mierze polega on na budowaniu właściwej motywacji do przejścia programu terapeutyczno-resocjalizacyjnego dla sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności, popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Czas realizacji programu terapeutyczno-resocjalizacyjnego jest określany przez zespół terapeutyczny, który projektuje i realizuje wskazane oddziaływania psychokorekcyjne. Termin zakończenia ustala się indywidualnie na podstawie oceny postępów skazanego w terapii. Natomiast po zakończeniu programu praca ze skazanym koncentruje się głównie na utrwalaniu efektów programu. Program terapeutyczno-resocjalizacyjny dla sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności jest w przeważającej części prowadzony w formie zajęć grupowych. Osadzeni mają możliwość spotkań indywidualnych z psychologiem penitencjarnym, jednak w głównej mierze mają one charakter doraźnej pomocy psychologicznej, a nie psychoterapii. Tym spotkaniom towarzyszy między innymi cel oparty na rozwiązywaniu problemów osobistych skazanego oraz wspieraniu zmian zachodzących w procesie terapii. Program zajęć grupowych jest przygotowywany na podstawie założeń terapii poznawczo-behawioralnej. Do podstawowych celów programu należą: identyfikacja i restrukturyzacja procesów poznawczych, akceptacja odpowiedzialności za popełnione przestępstwo, rozwój rozumienia na poziomie emocjonalnym ofiary, doświadczenie poczucia winy w odniesieniu do przestępstwa, rozwój sfery moralnej, wzrost samokontroli zachowania, nabycie umiejętności kontrolowania własnego pobudzenia seksualnego, rozwój umiejętności społecznych i zmiana stylu życia. Z uwagi na brak wystarczającej wiedzy na temat życia seksualnego, rozwoju psychospołecznego i wiążących się z nim norm, a także dostrzegalnych trudności już na poziomie nazewnictwa części intymnych człowieka — niezwykle ważnym elementem oddziaływań terapeutycznych jest prowadzenie grupowych zajęć z zakresu edukacji seksualnej.

Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach pozawięziennych

Jak wspomniano w poprzedniej części artykułu, leczenie sprawców z zaburzoną preferencją seksualną odbywa się w trybie zamkniętym lub ambulatoryjnym. Wobec sprawcy może zostać wydany nakaz leczenia

nie tylko w warunkach izolacji więziennej, ale i po odbyciu kary pozbawienia wolności, także w ośrodku (oddział w szpitalu) zamkniętym. Należy przy tym mocno podkreślić, że z chwilą kiedy osadzony za przestępstwo seksualne (po odbyciu kary pozbawienia wolności) zostaje skierowany na leczenie do zakładu psychiatrycznego, traci on status skazanego na rzecz statusu pacjenta. Kodeks karny wykonawczy reguluje te okoliczności w Rozdziale XIII o środkach zabezpieczających. Zakład psychiatryczny jest podmiotem leczniczym, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej. Zakłady psychiatryczne mogą być organizowane jako zakłady dysponujące warunkami: podstawowego, wzmocnionego i maksymalnego zabezpieczenia (o tym, kto może być skierowany do określonego zakładu psychiatrycznego z określonym stopniem zabezpieczenia mówi między innymi art. 200a i Art. 200b K.k.w.). Natomiast sprawcę, wobec którego wykonywany jest środek zabezpieczający (tę kwestię reguluje art. 200c K. k. w.), obejmuje się odpowiednim postępowaniem leczniczym, psychoterapeutycznym, rehabilitacyjnym lub resocjalizacyjnym, którego celem jest poprawa stanu jego zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym funkcjonowanie w społeczeństwie w sposób niestwarzający zagrożenia porządku prawnego, a w wypadku sprawcy umieszczonego w zakładzie psychiatrycznym — również dalsze leczenie w warunkach poza tym zakładem. Kwestie leczenia poza środowiskiem więziennym należy także rozpatrywać w trybie leczenia ambulatoryjnego. Dzięki możliwości umieszczenia sprawców na oddziale zamkniętym bądź skierowania na specjalistyczną terapię w warunkach ambulatoryjnych otoczenie może mieć większe poczucie ochrony przed samym sprawcą. Zatem kara pozbawienia wolności nie jest już tylko jedyną możliwością nakłonienia sprawcy do leczenia [24]. Dodatkową możliwością jest również stosowanie środków farmakologicznych. W Polsce do leczenia pedofilii wykorzystuje się wsparcie farmakoterapii w postaci: leków blokujących receptory testosteronu, leków obniżających stężenie testosteronu, leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) obniżających poziom popędu seksualnego. W celu uzyskania jak najlepszych efektów leczenia, środowisko lekarskie i psychologiczne oraz terapeutyczne przyjmuje stanowisko uwzględniające farmakoterapię przy jednoczesnym prowadzeniu psychoterapii wobec pacjenta. Należy wspomnieć także o trudnościach z obszaru psychoterapii wobec osób, które przebywają poza środowiskiem więziennym, a są objęte leczeniem. Omawiane trudności odnoszą się do dwóch typów pacjentów: pierwszy to ten,

który przyznaje się, że jest pedofilem, drugi w swoich czynach nie dostrzega krzywdy dzieci i nie przyznaje się do winy. W przypadku osób, które przyznają się do tego, że są pedofilami, postępowanie psychoterapeutyczne obejmuje cztery podstawowe etapy [25]. Pierwszy z nich to wstęp, czyli diagnoza. Na tym etapie psycholog, klinicysta głównie na podstawie wywiadu zbiera dane niezbędne do postawienia rozpoznania nozologicznego. Drugi etap to kontrakt, który obejmuje decyzję o abstynencji oraz przyznanie się do czynu. Kolejny etap to właściwa terapia, czyli czas na opracowanie życiorysu sprawcy oraz czynników, które mogły mieć wpływ na jego późniejsze czyny. W ramach analizy scenariuszy czynu dokonuje się zmiana schematu myślenia oraz zachowania seksualnego sprawcy. Praca dotyczy między innymi zniekształceń poznawczych, rozwoju umiejętności psychologicznych i społecznych, których sprawcy często brakuje. Po zakończeniu takiej terapii należy poddać weryfikacji to, czy dała ona rezultaty. Wówczas można przejść do tak zwanego wyrównywania krzywd. To etap, na którym sprawca czynu rozumie, co zrobił i dlaczego poniósł karę pozbawienia wolności. Pacjent przyjmuje tę myśl, zastanawia się nad rekompensatą społeczną. Ostatni, czyli czwarty etap dotyczy zapobiegania nawrotom. Sprawca uczy się rozpoznawać sygnały, które mogą poprzedzać jego czyn przestępczy i uczy się na nie odpowiednio reagować. W przypadku osób, które nie przyznają się do winy prowadzi się terapię, która w swym założeniu opiera się na modelu dobrego życia, czyli nie obejmuje ona elementu konfrontacji. Sprawca nie jest zmuszany do przyznania się do winy. Głównym celem terapeutycznym staje się wypracowanie przez sprawcę takich umiejętności społecznych, które pozwolą mu na powrót do społeczeństwa — bez stanowienia dla niego zagrożenia. To niezwykle trudny rodzaj terapii, który rzadko przynosi pożądane efekty [25]. Podobnie prezentuje się sytuacja, kiedy osoba o skłonnościach pedofilnych trafia do specjalisty i nie ma przesłanek do tego, by twierdzić, że popełniła ona przestępstwo przeciwko wolności i obyczajności seksualnej dziecka. Praca psychoterapeutyczna z pedofilem w warunkach otwartego środowiska opiera się na pomocy w zrozumieniu tego, czym jest zaburzenie preferencji seksualnych pod postacią pedofilii, jakie wiążą się z tym konsekwencje prawne i społeczne. To także wnikliwa analiza historii życia pacjenta oraz tak zwanego cyklu dewiacyjnego [26] w celu zidentyfikowania czynników ryzyka, które mogą w przyszłości poprzedzić akt nadużycia wobec dziecka. Jedno z kryteriów diagnostycznych pedofilii, czyli cierpienie osoby odczuwającej popęd seksualny wobec dzieci — uprawomocnia sens i potrzebę pracy psychoterapeutycznej

z pacjentem o takich skłonnościach. Wymaga to od terapeuty bardzo dużej uważności oraz orientacji na to, co dzieje się w życiu pacjenta, bowiem w przebiegu procesu leczenia być może będzie on zobowiązany do powiadomienia organów ścigania o wysokim stopniu prawdopodobieństwie tego, że ich pacjent dopuścił się czynu pedofilnego. Niezwykle istotne znaczenie ma wsparcie dla samych terapeutów, czyli superwizja. Pozwala na uniknięcie ewentualnego zmanipulowania terapeuty przez pacjenta, aby ze poziomu zrozumienia sprawcy nie przejść na poziom usprawiedliwiania jego czynów. Wspomniane powyżej szczegółowe zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie seksuologii, dotyczące leczenia preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych za cel terapii stawiają zapobieganie recydywie w leczeniu sprawców przestępstw seksualnych. Natomiast głównym celem jest przeciwdziałanie ponownemu podjęciu zachowań seksualnych, które są niezgodne z prawem, czyli recydywie przez osoby, wobec których sądy orzekły, że są winne takim zachowaniom. Główny cel terapii będzie osiągany poprzez: ocenę ryzyka recydywy u leczonych, monitorowanie ryzyka recydywy u leczonych, wskazanie i wykształcenie u leczonych umiejętności osiągania ważnych osobiście doświadczeń „dóbr” w akceptowalny społecznie sposób [17].

Badania własne

Efektom podstawowych analiz badań doświadczeń terapeutycznych pedofilów był artykuł naukowy pt.: „The problem of pedophilia treatment in Poland” opublikowany w czasopiśmie naukowym „The Polish Journal of Criminology”. Praca powstała w ramach projektu Młodych Naukowców Uniwersytetu Gdańskiego: „Doświadczenia terapeutyczne sprawców przestępstw seksualnych z diagnozą pedofilii” (nr zadania: 538-7300-B635-17) [27].

Fragmenty badania były przedstawione podczas Międzynarodowej Konferencji „Seksuolog w procesie kształcenia ustawicznego” cz. III „Norma i patologia rozwoju seksualnego”, organizowanej przez Studia Podyplomowe Instytutu Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu i Polskie Towarzystwo Seksuologiczne w 2019 roku. Poster prezentujący opisywane badania został wyróżniony Nagrodą Komitetu Naukowego przyznaną przez Komisję Naukową oraz Nagrodą publiczności pozyskaną na podstawie wyników głosowania przeprowadzonego wśród uczestników konferencji, zajmując w konkursie pierwsze miejsce. Ten wyraz zainteresowania i docenienia wybranego przez mnie obszaru badawczego stanowi uzasadnienie zajmowania się pedofilią jako przedmiotem wielu, interdyscyplinarnych badań.

Narracja jako sposób rozumienia rzeczywistości

Na potrzebę prezentowanej pracy, przyjęto rozumienie narracji za Trzebińskim i Ziębą określającymi narrację jako pewien sposób rozumienia społecznej rzeczywistości, który odbiera fakty przy uwzględnieniu aktorów, motywów i problemów z ich realizacją [28]. Rozumienie narracyjne aktywizuje wiedzę jednostki na temat ludzkich motywów i komplikacji oraz pokonywania ich w pewnych warunkach. Jak podaje autor, zazwyczaj ta wiedza jest zorganizowana w schematach poznawczych. Rozumienie narracyjne charakteryzuje się pewnymi ogólnymi właściwościami. Struktura schematu i narracji ułatwia w pewien sposób uwzględnienie kontekstu oraz uwrażliwia na kontekst w interpretacji faktów. W rezultacie, podczas interpretacji osoby w ujęciu narracyjnym, jednostka łatwiej przetwarza informacje o danej osobie, szczególnie jeśli dotyczą one ważnych dla niej zdarzeń, czy jej działania. Kolejny istotny wątek przemawia za tym, że struktura narracji ułatwia wykorzystanie osobistego doświadczenia jednostki na poziomie rozumienia faktów. Jedną z najważniejszych konsekwencji, o której wspomina autor, jest to, że informacje, które w sposób bezpośredni odnoszą się do sposobu doświadczania przez jednostkę jakichś wydarzeń są łatwiej asymilowane z otoczenia i generowane przez umysł, co na przykład odbywa się przy przypomnianiu sobie pewnych sytuacji, doświadczeń. Informacje takie odnoszą się do intencji działania i przeżywania zdarzeń przez inną osobę. Należy dodać, że narracyjna interpretacja sprzyja identyfikacji z drugą osobą i ułatwia empatyzowanie z nią [29]. Jest to szczególnie istotne w procesie psychoterapii, zwłaszcza na etapie pierwszego kontaktu i budowania relacji terapeutycznej, kiedy wzajemne poznawanie się i rozumienie ma zasadnicze znaczenie i oddziałuje na przebieg i dynamikę procesu. Dzięki umiejętności narracyjnego rozumienia otoczenia, doświadczą się konsekwencji wpływających na jakość relacji z innymi. Zauważono, że sposób rozumienia drugiego człowieka jawi się jako bardziej złożony, uwzględniający jego indywidualne cechy, a także dynamikę jego przemian w czasie. Być może rozumienie staje się bardziej trafne i bliższe procesom doświadczania zdarzeń, które cechują poznawaną osobę? To, co czyni narracyjną interpretację doświadczeń w obszarze oddziaływań psychokorekcyjnych podejmowanych z pedofilami zasadną — to specyfika procesu terapii. Biorąc pod uwagę kontekst oraz warunki, w jakich odbywa się terapia, niezmiernie ważne (jeśli nie najważniejsze) wydaje się stworzenie relacji między pacjentem/klientem, w której będzie on się czuł bezpiecznie. Oprócz treningów umiejętności społecznych i innych form pracy, z jakimi można się zapoznać, czytając o pro-

gramach terapeutycznych adresowanych do osób, które popełniły przestępstwo seksualne — to ważne by przy rozpoczynaniu procesu leczenia pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii poświęcić uwagę właśnie relacji terapeutycznej.

Badania nad skutecznością psychoterapii odnoszą się do znaczenia relacji między pacjentem a terapeutą, szczególnie we wczesnej fazie zaangażowania [30, 31]. Decydują o tym między innymi trzy grupy czynników związane ze wsparciem, uczeniem się, a także działaniem [32]. Ważne jest uwzględnienie perspektywy pacjenta, jego subiektywna percepcja cech, zachowań i sposobów pracy terapeuty [33].

Badania zostały przeprowadzone w jednostce penitencjarnej z okręgu gdańskiego i szpitalu wśród osób, które popełniły przestępstwo z art. 200 kodeksu karnego. Badani przebywali wówczas na oddziale terapeutycznym dla osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonymi oraz na szpitalnym oddziale psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia. Analizie poddano wypowiedzi 13 sprawców z rozpoznaniem zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. Badaniem objęto osoby, które popełniły przynajmniej jeden czyn pedofilny i zostały za niego skazane prawomocnym wyrokiem sądu na karę pozbawienia wolności oraz uczestniczyły bądź były w trakcie terapii dla sprawców przestępstw seksualnych. Każdy z mężczyzn wyraził zgodę na udział w badaniu. Zaprezentowane poniżej wypowiedzi są fragmentem pracy naukowej, do której inspiracją stały się doświadczenia kliniczne autorki niniejszej pracy. Głównym celem pracy było poznanie doświadczeń terapeutycznych sprawców czynów przeciwko wolności i obyczajności seksualnej wobec dzieci. W celu poszukiwań jednostkowych perspektyw odbioru zagadnień terapeutycznych, ich przyjęcia oraz konceptualizacji przez uczestników – dokonano wyboru, aby osadzić pracę w paradygmacie interpretatywnym. Powołując się na unikatowość doświadczeń, wiążące się z nimi odczuwanie emocji oraz pojawienie się myśli, odnosimy się do jednostkowych doświadczeń badanych osób. Wówczas pojawia się możliwość zaprezentowania prawdziwego, opartego na *świecie wewnętrznym* obrazu interesujących zagadnień [34]. Jednocześnie poszukuje się wyjaśnień, podczas których odwołuje się ona do świadomości, doświadczeń, wyobrażeń oraz przekonań ludzi, którzy stale konstruują i rekonstruują swoje działania [35]. Właśnie na owym konstruowaniu i rekonstruowaniu swoich działań i przekonań opiera się proces psychoterapii w kontekście leczenia pacjentów z zaburzeniem preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. W opracowaniu danych empi-

rycznych wykorzystano analizę strukturalną typową dla psychologii poznawczej. Proces rozumienia ma więc formę interpretowania pewnych danych, jakie napływają z zewnątrz i są generowane przez ludzki umysł. Rozumienie zdarzeń, jakie aktualnie dzieją się wokół, w tym także i tych, w których ważną rolę odgrywa działanie jednostki, jest równoważone z doświadczeniem tychże zdarzeń. Biorąc pod uwagę istotę dość złożonych związków pomiędzy doświadczeniem, występującą refleksją a wypowiedzią, można traktować je jako oparty właśnie na refleksji przekaz pewnej historii, którą się obserwowało bądź przeżyło, jako dobry wskaźnik narracyjnego rozumienia zdarzeń, w tym ich doświadczenia, który jest charakterystyczny dla danej osoby [36]. Na podstawie analizy strukturalnej wywiadów z osobami z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii wyłoniono powtarzające się w wypowiedziach badanych kategorie. Odnoszą się do doświadczenia przez badanych pewnych zdarzeń, które w opisie ich rzeczywistości odegrały istotną rolę w ich sposobie rozumienia świata.

Kategoria — empatia

Empatia jako zdolność odczuwania stanów psychicznych innych osób jest jedną z umiejętności, na którą zwraca się szczególną uwagę w procesie oddziaływań psychokorekcyjnych przestępców. Empatia może hamować zachowania agresywne i poszerzać perspektywę rozpoznawania potrzeb oraz kierowania swoim zachowaniem w sposób, który uwzględniałby niekrzywdzenie innych osób, w tym w szczególności dzieci. W przedstawionych poniżej fragmentach wypowiedzi badanych pedofilów empatia znajduje się na niskim poziomie, jeśli w ogóle jest obecna w perspektywie postrzegania czynów przez sprawców. Wskazują na to przytoczone słowa:

„Nie potrafię na to odpowiedzieć, co mogą czuć w ogóle ofiary”.

„Nie wiem. Trzeba by było je zapytać, co czuły.”

Powyższe zdania wskazują na brak umiejętności odniesienia się do innego niż swój punkt widzenia danej sprawy. Ta rozbieżność może wynikać z odmiennej roli w sytuacji nadużycia seksualnego; perspektywa sprawcy molestowania zazwyczaj bardzo różni się od perspektywy ofiary, zwłaszcza małoletniej. Kluczowym w procesie terapii jest wzmacnianie i rozwijanie umiejętności empatii u przestępców. Wskazują na to liczne programy adresowane do tej grupy osób, które w swoich modułach tematycznych szczególnie uwzględniają te treści [37]. Warto jednak zwrócić uwagę na to, czy empatia jest umiejętnością, którą można nabyć w tak specyficznych warunkach jak izolacja więzienna lub przymusowe leczenie? Niewystarczająca autorefleksyjność (rozumiana psychoterapeutycznie jako tzw.

„wgląd w siebie”) sprawców często nie sprzyja, czy wręcz utrudnia, rozumienie tak abstrakcyjnych pojęć jak empatia. Przykładowy brak refleksyjności w omawianym obszarze, można dostrzec między innymi w poniższym fragmencie wypowiedzi badanego:

„Ofiar seksualnych nie było. To, co tam w aktach jest, to jest. Gdyby molestowanie seksualne było, to rodziny by nie było ogólnie. Nie obserwowałem ich, nigdy nie miałem do czynienia z taką osobą. Ze spraw więziennych nie będę tutaj mieszał. Nie było przymuszania z mojej strony.”

Zaprzeczanie jako jedno ze zniekształceń poznawczych silnie dominuje zwłaszcza u osób, które popełniły czyn zabroniony w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych. Pomimo prawomocnego wyroku sądu i skazania za popełnione przestępstwa, badany wydaje się nie dostrzegać wagi swoich działań. Rodzina mężczyzny wciąż utrzymuje z nim kontakt, co w indywidualnej perspektywie rozumienia sytuacji oznacza potwierdzenie jego osobistych przekonań o braku molestowania seksualnego. Obecność rodziny w życiu badanego staje się dla niego realnym dowodem niedopuszczenia się nadużycia seksualnego wobec dzieci i jego racji w tej sprawie. Mechanizm zaprzeczania uniemożliwia pracę psychoterapeutyczną ukierunkowaną na minimalizowanie poziomu ryzyka recydywy.

„Jakbym powiedział, że krzywdę mu zrobiłem, to bym kłamał. Ja rozumiem jakbym wziął jakiegoś dziecka na siłę. Bardziej bym się do tego nie przyznał, utrzymywał to w tajemnicy.”

Badany w wyraźny sposób prezentuje znajomość prawa karnego mającego na celu między innymi ochronę seksualności osób małoletnich, jednak w jego przekonaniu sytuacja, którą opisuje, nie nosi znamion czynu zabronionego. Dewaluacja popełnionego czynu jest jedną z najczęstszych technik zniekształcania rzeczywistości przez badanych. Być może stanowi ona jedną z nieuświadomionych metod radzenia sobie z wewnętrznymi konfliktami czy zastaną rzeczywistością? Dzięki niej możliwe jest obniżenie poziomu lęku czy frustracji i przede wszystkim poczucia winy.

Kategoria — ja jako ofiara

Sposób postrzegania siebie jako ofiary sytuacji, błędnie postawionej przez specjalistów diagnozy czy przekonanie na temat tego, że to nie sprawca jest odpowiedzialny za popełniony czyn, a młody człowiek, który został przez niego nadużyty seksualnie, to kolejne ujęcia, jakie uwidaczniają się w poniższych fragmentach wypowiedzi pedofilów.

„Nie było żadnej ofiary, to mi jest trudno mówić. To była zwykła zemsta. To ja jestem ofiarą, a nie on. Ja go nigdy nie molestowałem.”

„To jest osoba, która tego chciała. Tak jak już mówiłem, nie byłem bierny. To ja się mu dałem wykorzystać”

„Przykro mi jest. Może nie pedofil, to ofiara, tylko to nieszczęśliwy człowiek.”

„No ciężko jest. Człowiek tego nie zrobił, a jest przestrzegany. No ja tego nie zrobiłem. Jest przykro kiedy całej prawdy nie znają, a tak mówią.”

Rodzaj atrybucji w psychologii, który zakłada, że przyczyną zachowania danej osoby były określone właściwości sytuacji albo inne czynniki zewnętrzne względem tej osoby (np. przypadek czy zachowanie innych ludzi) w przeciwieństwie do jego własnych cech oraz wyborów (np. zdolności lub ich brak, motywacji, cech osobowości) nazywany jest atrybucją zewnętrzną czy sytuacyjną [38]. Ją także możemy zaobserwować na etapie analizy wypowiedzi pedofilów.

„Tu też są tacy, co gwałcą i mordują. To już jest tragedia. Ja na przykład nie miałem zamiaru gwałcić. U mnie nic takiego nie było. Po prostu zaniedbanie nastąpiło i wyszło, jak wyszło.”

„Jak słuchałem na zajęciach tutaj, żeby wykryć u kogoś pedofilię, to myśli muszą występować pół roku. U mnie czegoś takiego nie było, seksu nie było. Raz się zdarzył, bo to nie z mojej winy. Po prostu to, do czego doszło, nie było moim zamierzeniem.”

Kategoria — edukacja seksualna

Bez wątplenia edukacji seksualnej można przypisać wiele istotnych funkcji, nie tylko z poziomu zyskiwania wiedzy w obszarze seksualności, ale również konsekwencji, jakie się z tym wiążą, czyli między innymi określania własnych, ale i poszanowania cudzych granic w zakresie seksualności, wolności i podmiotowości w kontaktach seksualnych z innymi. Potrzeba edukacji seksualnej stanowi kluczową kwestię w kontekście wspierania w prawidłowym procesie rozwoju psychoseksualnym człowieka w zasadzie na każdym z jego etapów.

„Gdybym wiedział, że takim kosztem jest zaspokojenie potrzeby seksualnej... Bo jestem facetem. Gdybym ja miał chociaż minimum wiedzy, to bym tego nie zrobił. Myślałem, że to co robię, to dobrze.”

„Ja sobie wtedy nie zdawałem sprawy, że wykorzystuję niedojrzałość dzieci. Byłem pewny, że to co robię, jest dobre.”

„No ja takich rzeczy to nie wiedziałem, co się dowiedziałem na terapii.”

Powyższe fragmenty wypowiedzi pedofilów odnoszą się do braku wiedzy na temat własnej seksualności z poziomu: preferencji, potrzeb i sposobów jej spełniania. Badani mężczyźni deklarowali, że ich aktywność seksualna z dziećmi miała wymiar normatywny, niebudzący żadnych wątpliwości ani w obszarze

przestrzegania norm prawnych, ani obyczajowych, a przede wszystkim podmiotowości i prawa do wolności seksualnej najmłodszych.

Kategoria — kara i co dalej?

Pytanie o karę zainicjowało projekt wspomniany w części otwierającej podrozdział o badaniach własnych. Kwestia była i jest poruszana zarówno przez specjalistów, jak i osoby ze zdiagnozowaną pedofilią. Uzasadnieniem tak stawianego pytania, a w efekcie wyłonienia tej kategorii są powtarzające się w wypowiedziach odniesienia do kontynuacji leczenia po odbyciu kary pozbawienia wolności i późniejszej re-adaptacji społecznej sprawców. Ta kategoria zwraca szczególną uwagę na problematykę leczenia pedofilii w Polsce. Warto spojrzeć na dyskurs o przemocy seksualnej z perspektywy doświadczeń kraju jeszcze przed transformacją ustrojową. Dopiero w latach siedemdziesiątych XX wieku pojawiła się dyskusja dotycząca przestępstw przeciwko wolności i obyczajności seksualnej. Odnosiła się ona między innymi do debaty na temat odpowiedzialności ofiary za zachowanie sprawcy [39]. W przypadku krzywdzenia seksualnego dzieci przez dorosłych i ponoszenia konsekwencji za dokonane czyny społeczeństwo nadal pozostaje mocno skoncentrowane na izolacji tych osób, nie wykazując dużego zainteresowania formami zapobiegania czy leczenia sprawców. W ostatnich doniesieniach medialnych dziennikarze coraz częściej zajmują się uwidacznianiem problematyki postępowania ze sprawcami czynów pedofilnych, jednak często zachowują przy tym stronniczość w odniesieniu do wykluczenia społecznego tych osób. Temat okazuje się bardziej wielowątkowy, co w pewnej części ukazują poniższe fragmenty wypowiedzi pedofilów.

„Ja zapłacę z własnej kieszeni, żeby rozwiązać swój problem. Chcę zrobić komplet badań, ale nie podważyć diagnozę, to jak mam zaufać komuś?”

„Nie chcę pigułki – ją trzeba kiedyś odstawić, mogą być skutki jeszcze gorsze.”

„Będę się starał sam sobie jakoś z tym poradzić, ale nie wykluczam spotkania z psychologiem, jak zajdzie taka potrzeba, okoliczność.”

Sprawcy dostrzegają potrzebę leczenia zaburzeń preferencji seksualnych, ale i wsparcia w postaci kontaktu z psychologiem, seksuologiem czy psychoterapeutą. Zwiększa się świadomość na temat możliwości korzystania z różnych form oddziaływań psychokorekcyjnych, jednak ich dostępność wciąż pozostaje tematem wymagającym zarówno gruntownego omówienia w środowisku specjalistów, jak i systemowych rozwiązań w skali kraju. Warto przyglądać się do świadczeń innych państw, gdzie od lat funkcjonują

instytucje pomocowe i ośrodki badawcze zajmujące się między innymi wsparciem i terapią osób dokonujących przestępstw seksualnych, przykładem tych działań jest „Rockwood. Psychotherapy & Consulting” prowadzone przez Liama E. Marshalla w Kanadzie.

Kategoria — relacja terapeutyczna

To niewątpliwie jedna z najważniejszych kategorii, jaka wyłoniła się w analizowanych wypowiedziach osób badanych. To właśnie relacji terapeutycznej poświęca się wiele uwagi w procesie terapii. Terapeuci wywodzący się z różnych nurtów uznają ją za niezwykle ważny element pracy z pacjentem, który niejednokrotnie niesie za sobą potencjał „w zdrowieniu pacjenta”. Biorąc pod uwagę specyfikę pracy w warunkach izolacji, często jest ona obwarowana sądowym przymusem leczenia wykluczającym zasadę dobrowolności, jaka towarzyszy ludziom podczas podejmowania decyzji o rozpoczęciu psychoterapii. Poniżej znajdują się wypowiedzi pedofilów na temat formy terapii indywidualnej i grupowej oraz relacji z osobą udzielającą wsparcia.

„Tam są seksuolodzy. Potrzeba leczenia, bo mają wiedzę praktyczną. Bo go obowiązuje tajemnica lekarska. To zostaje u niego w gabinecie. [...] Teraz psychoterapia tylko indywidualna. Ja widzę pewne rzeczy, lekarz zobaczy też inne.”

„Terapia indywidualna... no to z tą Panią jak na spowiedzi, taki pełen komfort miałem, rozmawiając z nią. A uważam, że grupowa daje... i indywidualna też. Grupowa daje więcej swobody. Da się zauważyć, że niektórzy mogą się otworzyć, a niektórym to i nawet łażą się zakręciła. W indywidualnej więcej można takich, poruszyć więcej... więcej daje takiej prywatności.”

Badani pedofile nie rozstrzygali jednoznacznie, która z form terapii — indywidualna czy grupowa — jest w ich odczuciu bardziej skuteczna. Opowiadali się głównie za potrzebą łączenia w procesie leczenia możliwości spotkań grupowych przy jednoczesnym indywidualnym wsparciu, powołując się przy tym na istotę relacji terapeutycznej, wskazuje na to między innymi poniżej przytoczony fragment wypowiedzi mężczyzny:

„Grupowa terapia może być, ale jeśli chodzi o otwartość człowieka, to się otworzy w cztery oczy. Zawsze człowiek stara się coś zataić, a ta indywidualna to inaczej. To tłamsi człowieka, jest tłamszące jak zareagują inni. Terapia mogłaby być ogólna, ale żeby były jakieś spotkania indywidualne. Można wtedy zadać konkretne pytania i człowiek się bardziej otwiera, niż tak, że wszyscy słuchają tego.”

W przypadku leczenia pedofilów w warunkach ambulatoryjnych trudności pacjentów klarują się w obszarze lęku o ujawnieniu swoich preferencji, niepokoju przed ewentualną interwencją terapeuty

w związku z ryzykiem popełnienia przestępstwa, jakie pacjent stwarza w społeczeństwie. Ograniczeń i trudności w procesie leczenia pedofilów jest bardzo wiele — zarówno ze strony pacjenta, jak i terapeuty. Warto poświęcać temu uwagę, zarówno w piśmiennictwie, jak i dyskusjach w środowisku. Problematyka leczenia pedofilii nadal pozostaje aktualna, należy zatem stale poszukiwać rozwiązań, które mogłyby ustrukturalizować proces leczenia zarówno z perspektywy jednostki, jak i społeczeństwa.

Wnioski

Problematyka leczenia sprawców przestępstw seksualnych powinna uwzględniać ich osobiste przekonania. To, w jaki sposób ludzie wyrażają swoje przekonania i odnoszą się do swoich doświadczeń, pozwala na poznanie schematów, które w głównej mierze powstały na podstawie ich przeszłych doświadczeń. Analizowanie poszczególnych schematów poznawczych może przybliżyć specjalistów do trafnej konceptualizacji problemu i zaplanowania terapii adekwatnej do potrzeb leczenia. Podczas planowania oddziaływań psychokorekcyjnych należy uwzględnić wiedzę o tym, że schemat to pewien ogólny wzorzec myślenia, postępowania; składa się ze wspomnień, emocji, przekonań, a także doznań cielesnych; dotyczy jednostki i jej relacji z innymi; został wykształcony w dzieciństwie albo w okresie dojrzewania i jest rozwijany w zasadzie przez całe życie [40]. Wnioski ogólne płynące z badań empirycznych wskazują na to, że badani pedofile cechują się niskim poziomem empatii wobec ofiar swojego przestępstwa, w narracjach o przestępstwie posługując się licznymi zniekształceniami poznawczymi; postrzegają siebie jako ofiary zdarzenia, w które zostali uwikłani. Ich wiedza na temat ludzkiej seksualności jest ograniczona, jednocześnie zauważają potrzebę edukacji w tym zakresie. Deklarują chęć kontynuacji leczenia, nie posiadając wiedzy, gdzie mogą uzyskać specjalistyczną pomoc. Duże znaczenie przypisują relacji terapeutycznej, zwłaszcza w kontekście indywidualnej pracy z profesjonalistą i to jej przypisują istotne znaczenie w procesie dążenia do zmiany swoich przekonań i zachowań. Dopełnieniem tego wniosku jest zwrócenie uwagi na podmiotowy charakter procesu leczenia, który odnosi się do potrzeby zaufania i tworzenia bezpiecznej relacji z terapeutą. Tego typu kierunek myślenia o terapii pedofilów wiąże się z wieloma trudnościami i ograniczeniami wpisującymi się w specyfikę pracy w środowisku izolacji społecznej czy w późniejszym rozumieniu procesu readaptacji społecznej pacjenta, który wcześniej został skazany za molestowanie seksualne dzieci. Nie należy przy

tym lekceważyć wniosku, że badani sprawcy deklarują chęć uczenia się o swojej seksualności, zwracając uwagę na doświadczanie terapii w zaangażowanym działaniu oraz duże znaczenie przypisują wparciu w środowisku poza izolacją. Przedstawiona praca ma charakter rozważań o procesie terapii osób z zaburzeniem preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. Jest także wyrazem uznania dla pracy osób wspierających ich proces zmiany. Wyrażam dużą nadzieję na to, że tekst skłoni do krytycznego, refleksyjnego myślenia o procesie terapii wśród profesjonalistów oraz zachęci do dyskusji na temat zapewnienia specjalistycznego wsparcia w postaci miejsc i osób zaangażowanych w proces leczenia pedofilów.

Piśmiennictwo:

1. Beisert M. Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
2. Pospiszyl K. Przesłpstwa seksualne. Wydawnictwo APS, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
3. Marcinek P, Peda A. Terapia sprawców przespstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej. *Seksuologia Polska* 2009; 7(2): 59–64.
4. Juszcak D, Korzeniewski K. Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców przespstw seksualnych działających pod i bez wpływu alkoholu. *Seksuologia Polska* 2016; 14(1) 1–6.
5. Beisert M. Pedofilia: geneza i mechanizm zaburzenia. GWP, Sopot 2012.
6. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. Psychopatologia. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
7. Mic A, Lew-Starowicz Z. Zaburzenia parafilne w ujęciu DSM-5. *Przegląd Seksuologiczny* 2014; 38.
8. Pużyński S, Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne (1998). Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków 2000.
9. Beisert M. Pedofilia: geneza i mechanizm zaburzenia. GWP 2012.
10. Porzecka B., Kodeks karny. Kodeks postępowania karnego. Kodeks karny wykonawczy. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck 2005.
11. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. PZWL, Warszawa 2000.
12. Imieliński K. Seksiatria. PWN, Warszawa 1990.
13. Curwen B, Palmer S, Ruddel P, Poznawczo-behawioralna terapia krótkoterminowa. GWP, Sopot 2006: 29.
14. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. Zysk i S-ka, Poznań 2003: 86.
15. Opora R. Terapia poznawczo-behawioralna w resocjalizacji. [w:] *Terapia w resocjalizacji. Cz. 1. Ujęcie teoretyczne.* (red.). Szczepaniak P, Rejzner A. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2009: 138–149.
16. Kratochvil S. Podstawy psychoterapii. [za:] Prasko J, Slepceky M, Kognitivne-behawioralne terapie depresivnich poruch. Praha, Psychiatricke centrum 1995. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
17. Lew-Starowicz Z. Leczenie sprawców przespstw przeciwko wolności seksualnej. PZWL, Warszawa 2017.
18. Gierowski JK, Kasperek K. Nowe regulacje dotyczące postępowania ze sprawcami tzw. przespstw seksualnych na tle aktualnego stanu wiedzy w zakresie redukcji recydywy seksualnej. *Psychiatria i Psychologia Sądowa* 2011; 4: 1.
19. Czernikiewicz W, Baran D. Terapia grupowa preferencyjnych sprawców przespstw przeciwko wolności seksualnej w nurcie poznawczo-behawioralnym. [w:] *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna.* (red.) Rawińska M. PZWL, Warszawa 2019.
20. Bilikiewicz T, Imieliński K. Seksuologia kliniczna. PZWL, Warszawa 1978.
21. Rutkowski R, Sroka W. Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przespstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności. *Seksuologia Polska* 2007; 5(1) 1–8.
22. Majcherczyk A. Model terapii sprawców przespstw seksualnych wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych, stosowany w polskich zakładach karnych. *Przegląd Seksuologiczny* 2007; 9.
23. Kolarczyk T. Terapeutyczny system wykonywania kary pozbawienia wolności. *Przegląd Więziennictwa Polskiego* 1995; 10: 36.
24. Marcinek P, Kapała A. Pedofilia w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym. *Seksuologia Polska* 2012; 10 (2): 76–84.
25. Wrzesień A. Pedofilia między kontrolą a wyleczeniem. *Psychiatria po dyplomie* 2013.
26. Salter A. Drapieżcy. Pedofile, gwałciciele i inni przespłcy seksualni. Media Rodzina, Poznań 2005.
27. Dymowska A. The problem of pedophilia treatment in Poland. *The Polish Journal of Criminology* 2019; 4.
28. Trzebiński J, Zięba M. Narracyjne rozumienie innego człowieka a jakość więzi społecznych. *Psychologia Jakości Życia* 2006; 5(2): 143–160.
29. Trzebiński J, Zatorski M. Narracje w śród ludzi. *Studia psychologiczne* 2003; 41(4).
30. Clarkin JF, Levy KN. The influence of client variables on psychotherapy. [w:] *Bergin and Garfields' Handbook of psychotherapy and behavior change.* (red.). Lambert MJ. John Wiley & Sons Inc., New York 2004.
31. Orlinsky DE, Ronnestad MH, Willutzki U. Fifty years of psychotherapy proces-outcome research: Continuity and change. [w:] *Bergin and Garfields' Handbook of psychotherapy and behavior change.* (red.). Lambert MJ. John Wiley & Sons Inc., New York 2004.
32. Lambert MJ, Ogles BM. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. [w:] *Bergin and Garfields' Handbook of psychotherapy and behavior change.* (red.). Lambert MJ. John Wiley & Sons Inc., New York 2004.
33. Beutler LE, Malik M, Alimohamed S, Harwood TM, Talebi H, Nobile S, Wong E, Therapis variables. [w:] *Bergin and Garfields' Handbook of psychotherapy and behavior change.* (red.). Lambert MJ. John Wiley & Sons Inc., New York 2004.
34. Przybyliński S. Więźniowie niebezpieczni. Oficyna Impuls: Kraków 2012: 203.
35. Sławecki B. Znaczenie paradygmatów w badaniach jakościowych. [w:] *Badania jakościowe. Podejścia i teorie.* Jemieliński D. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012: 78.
36. Trzebiński J., Autonarracje nadają kształt życiu człowieka. [w:] *Narracja jako sposób rozumienia świata.* (red.). Trzebiński J. GWP, Sopot 2002.
37. Craig AL, Dixon L, Gannon TA. What works in offender rehabilitation. *An Evidence-Based Approach to Assessment and Treatment.* John Wiley & Sons, Ltd, New Jersey 2013.
38. Zimbardo PG. *Psychologia i życie.* PWN, Warszawa 2004.
39. Kościńska A. Płeć, przyjemność i przemoc. Kształtowanie wiedzy eksperckiej o seksualności w Polsce. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2014.
40. Young J, Klosko J, Weishaar M, *Terapia schematów. Przewodnik praktyka.* GWP, Sopot 2013.