

# Zapobieganie wykorzystywaniu seksualnego dzieci poprzez pracę z potencjalnymi sprawcami przed popełnieniem pierwszego przestępstwa

James A. Levine<sup>a</sup>, Krishna Dandamudi<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Health Solutions, Mayo Clinic, Arizona State University,

<sup>b</sup>Illinois Appellate Court

Populacja potencjalnych sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci (WSD) jest nader słabo zbadana. W niniejszym badaniu chcieliśmy ustalić, czy sześćoelementowy model profilaktyki pierwotnej cukrzycy można zaadaptować do pracy z potencjalnymi sprawcami (przedsprawcami), aby powstrzymać osoby, które mają skłonność do WSD, ale jeszcze nie dopuściły się takiego czynu, przed popełnieniem pierwszego przestępstwa. Model profilaktyki składa się z sześciu elementów: określenia skali problemu; sporządzenia profilu czynników ryzyka, dzięki czemu będzie można zidentyfikować osoby o wysokim ryzyku; opracowania trafnych testów przesiewowych, aby poprawnie zidentyfikować osoby dotknięte chorobą i wykluczyć te, które jej nie mają; przetestowania skuteczności interwencji – takich jak program Dunkenfeld; uzyskania i rozpowszechnienia rzetelnych danych dotyczących wyników interwencji, co pozwoli na uzasadnienie ich powszechnego stosowania; oraz stworzenie systemu ciągłego doskonalenia. Być może zastosowanie modelu profilaktyki pierwotnej cukrzycy do problemu WSD pozwoli na zmniejszenie liczby ofiar wykorzystywania.

## SŁOWA KLUCZOWE:

WYKORZYSTYWANIE SEKSUALNE DZIECI, PROFILAKTYKA

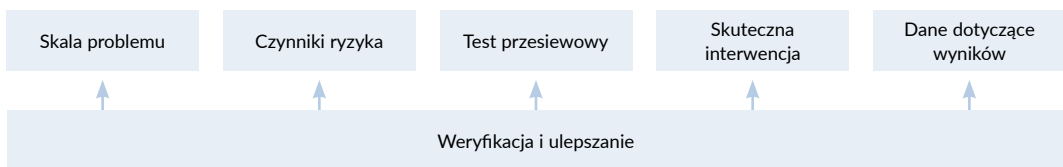
**D**o tej pory większość działań podejmowanych w walce z wykorzystywaniem seksualnym dzieci (WSD) koncentrowała się na terapii ofiar lub uczeniu rodziców i dzieci, jak uniknąć wiktyimizacji (Pessimism about Pedophilia, 2010).

Ponadto środki profilaktyki wtórnej koncentrują się na karaniu, terapii i monitorowaniu znanych sprawców wykorzystywania seksualnego w celu ograniczenia recydywy (Gilbert, Focquaert, 2015). Wartość tych działań nie ulega wątpliwości. Istnieje jednak podejście komplementarne, choć rzadko stosowane – próba zapobieżenia wiktyimizacji (profilaktyka pierwotna) poprzez interwencję podjętą jeszcze zanim dana osoba stanie się sprawcą wykorzystywania.

W dotychczasowych działaniach dotyczących profilaktyki WSD populacja potencjalnych sprawców pozostawała w dużej mierze niezauważona i nieprzebadana. W niniejszym artykule spróbujemy ustalić, czy uznany model profilaktyki pierwotnej, który sprawdza się w wypadku innych stanów chorobowych, może być z równym powodzeniem stosowany w profilaktyce pierwotnej WSD. W szczególności sprawdzimy, czy model stosowany w profilaktyce pierwotnej cukrzycy może być użyteczny w pracy z potencjalnymi sprawcami WSD, tak aby powstrzymać przed popełnieniem pierwszego przestępstwa osoby, które mają skłonność do wykorzystywania seksualnego, ale jeszcze nie dopuściły się takiego czynu. Naszym zdaniem dzięki zastosowaniu uznanego modelu medycznego do celów profilaktycznych można zmniejszyć liczbę ofiar wykorzystywania seksualnego.

## MODEL PROFILAKTYKI PIERWOTNEJ

Wydaje się, że aby opracować strategię profilaktyki pierwotnej WSD, należy przyrzeć się obszarom, w których profilaktyka pierwotna przyniosła pożądane skutki. Przykładem skutecznego modelu profilaktyki pierwotnej jest model stosowany w zapobieganiu cukrzycy typu drugiego, przedstawiony na rysunku.



*Rysunek.* Model profilaktyki.

W skład modelu profilaktyki pierwotnej wchodzi sześć elementów:

### Określenie skali problemu

Najpierw trzeba ocenić i określić skalę problemu. Choroba, która jest bardzo rzadka, nie kwalifikuje się do zastosowania modelu profilaktyki pierwotnej, ponieważ

w takim wypadku podejście profilaktyczne nie będzie wywierać istotnego wpływu społecznego. Profilaktyka pierwotna ma natomiast zastosowanie w wypadku chorób o dużym rozpowszechnieniu, gdyż w takiej sytuacji działania profilaktyczne mogą przynieść istotne – w sensie liczbowym – skutki. Jeden na siedmiu mieszkańców Stanów Zjednoczonych choruje na cukrzycę (Hasson i in., 2013), a na całym świecie żyje z nią prawie 350 mln osób (Danaei i in., 2011). Cukrzyca wiąże się z pogorszeniem jakości życia, licznymi następstwami zdrowotnymi i kosztami opieki zdrowotnej rzędu 12 000 USD na osobę rocznie. W Stanach Zjednoczonych całkowity roczny koszt opieki zdrowotnej w związku z cukrzycą wynosi 174 mld USD (American Diabetes Association, 2014). Skala tego problemu jest więc wystarczająco duża, aby uzasadnione było zastosowanie szeroko zakrojonej profilaktyki.

### **Sporządzenie profilu czynników ryzyka**

Drugim elementem modelu profilaktyki pierwotnej jest wskazanie dobrze zbadanych czynników ryzyka, tak aby można było zidentyfikować grupę o podwyższonym ryzyku. Czynniki ryzyka cukrzycy występują u jednej na trzy osoby. Są nimi płeć, otyłość, rozkład tkanki tłuszczowej, brak aktywności fizycznej, występowanie cukrzycy w rodzinie, wiek (>45 lat), przebyta cukrzyca ciążowa (lub urodzenie dziecka o masie >4 kg), zespół policystycznych jajników, przynależność do określonych grup etnicznych (np. Afroamerykanie, Latynosi, rdzenni Amerykanie, Amerykanie pochodzenia azjatyckiego i osoby pochodzące z wysp Pacyfiku), nadciśnienie tętnicze oraz nieprawidłowe stężenie cholesterolu. Istnieje łatwo dostępna lista, według której można zidentyfikować osobę o wysokim ryzyku zachorowania na cukrzycę (Cosgrove, Sargeant, Caleyachetty, Griffin, 2012).

### **Opracowanie trafnych testów przesiewowych**

Trzecim komponentem profilaktyki pierwotnej jest zastosowanie trafnego testu, który będzie poprawnie identyfikował osoby dotknięte chorobą (czułość testu) i odsiewał te, u których ona nie występuje (swoistość testu). Istnieją sprawdzone testy przesiewowe identyfikujące osoby ze stanem przedcukrzycowym (Fox i in., 2015): stężenie hemoglobiny glikowanej ( $HbA_{1c}$ ) w przedziale 6,0–6,4%, stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo w przedziale 100–125 mg/dl i stężenie glukozy we krwi po 2 godzinach od wypicia roztworu glukozy (w doustnym teście obciążenia glukozą) w przedziale 140–199 mg/dl. Czuość i swoistość tych testów potwierdzono

w metaanalizach (Poynard i in., 2012). Reasumując, dostępne są czułe i swoiste testy pozwalające określić, czy u danej osoby występuje stan przedcukrzycowy.

### **Opracowanie i przetestowanie skutecznej interwencji**

Kiedy test przesiewowy wykaże u danej osoby chorobę, której można zapobiegać (np. stan przedcukrzycowy), potrzebna jest skuteczna interwencja. Powinna ona być jasno określona, skalowalna i powiązana z udowodnionymi wynikami. Innymi słowy, program profilaktyki powinien skutecznie zapobiegać danej chorobie u większości ludzi. Program Zapobiegania Cukrzycy (PZC) – opracowany przez *Division of Diabetes Translation* w *Centers for Disease Control and Prevention* – jest ustrukturyzowaną szesnastotygodniową interwencją grupową, skoncentrowaną na zmianie stylu życia i prowadzoną przez przeszkolonych pracowników ochrony zdrowia. Pierwsza publikacja naukowa na jego temat ukazała się 20 lat temu. Wykazano, że ów program wiąże się z istotnym spadkiem ryzyka rozwoju cukrzycy (Eaglehouse, Kramer, Rockette-Wagner, Arena, Kriska, 2015). Ponadto dowiedziono, że zapobiega on cukrzycy skuteczniej niż farmakoterapia.

### **Uzyskanie i rozpowszechnienie rzetelnych danych dotyczących wyników**

Piątym elementem modelu profilaktyki pierwotnej jest opublikowanie danych dotyczących wyników interwencji. Jeśli skuteczność danego programu nie zostanie wykazana przy użyciu rygorystycznych i trafnych metod badawczych połączonych z oceną środowiska naukowego (*peer review*), to nie można uzasadnić ani propagować jego szerokiego stosowania. W wypadku PZC dostępne są obejmujące 10 lat dane dotyczące jego efektów (Diabetes Prevention Program Research Group, 2009). Wynika z nich, że u 68% osób, u których stwierdzono stan przedcukrzycowy, można zapobiec rozwojowi cukrzycy. Istnieją również dane dotyczące zwrotu z inwestycji (Ackermann i in., 2006), z których wynika, że każdy dolar zainwestowany w profilaktykę cukrzycy pozwala zaoszczędzić siedem dolarów.

### **Stworzenie systemu ciągłego doskonalenia**

Ten element koncentruje się na ciągłym doskonaleniu wszystkich pięciu wymienionych wcześniej komponentów. Wiedza pochodząca z pozostałych pięciu elementów wzbogaca i ulepsza model profilaktyki pierwotnej. Od czasu pierwszej publikacji PZC przed 20 laty weryfikowano i dopracowywano wszystkie części tego modelu

profilaktyki (Dunbar i in., 2014; Goldberg i in., 2009). Jeśli chodzi o ocenę skali problemu, przeprowadzono wiele badań dotyczących ryzyka cukrzycy w różnych podgrupach populacyjnych, takich jak rdzenni Amerykanie czy Amerykanie pochodzenia latynoskiego, w Stanach Zjednoczonych (Dunbar i in., 2014). Na niższym poziomie organizacje mogą identyfikować własne populacje o podwyższonym ryzyku, aby zapewnić celowane interwencje adresowane do konkretnych grup. Udoskonalono również metodologię oceny ryzyka (Taradssh i in., 2015; Vanderwood, Kramer, Miller, Arena, Kriska, 2015). Na przykład opracowano internetowe narzędzia do autodiagnozy, tak aby ludzie mogli ocenić, czy są szczególnie narażeni na rozwój cukrzycy. Wprowadzono testy przesiewowe z krwi – dzisiaj niewielkie urządzenie może określić stężenie hemoglobiny glikowanej lub glukozy we krwi. Opracowuje się testy DNA, aby oceniać indywidualne genetyczne ryzyko cukrzycy (Abu-Salah i in., 2015). Trwają również prace nad nowymi testami molekularnymi i testami z moczu jako ulepszonymi narzędziami przesiewowymi, które mogą być stosowane na dużą skalę. Ponadto sama interwencja została dopracowana. Oryginalny program profilaktyki cukrzycy przetłumaczono na kilka języków, a także zaadaptowano do potrzeb konkretnych społeczności, z uwzględnieniem elementów wrażliwych kulturowo. Wreszcie, dane dotyczące efektów programu zostały uzupełnione i ponownie przeanalizowane – opublikowano ok. 350 nowych badań.

Reasumując, profilaktyka pierwotna cukrzycy typu 2 stanowi modelowy przykład konceptualizacji strategii profilaktycznej (rysunek). Program Zapobiegania Cukrzycy jest przykładem starannie przetestowanego i poddanego ewaluacji modelu profilaktyki chorób. Pierwszy element tego modelu był ważną inwestycją, niezbędną do opracowania całego pakietu profilaktyki pierwotnej – od zrozumienia skali problemu, przez czynniki ryzyka, i badania przesiewowe, po skuteczną interwencję oraz ocenę wyników. W rezultacie powstała systematyczna, zorganizowana, oparta na danych empirycznych i skuteczna metoda profilaktyki cukrzycy, która stała się samowystarczalna finansowo, kiedy zdano sobie sprawę, że profilaktyka cukrzycy zapewnia wielkie oszczędności, a co za tym idzie – zyskała wsparcie społeczności i finansowanie korporacyjne, zaczęła być traktowana jako swego rodzaju produkt, a jej trwałość i ciągłość zapewniają programy trenerskie. Czy podobne podejście można zastosować w profilaktyce WSD?

## ZASTOSOWANIE PROFILAKTYKI PIERWOTNEJ W PRZECIWDZIAŁANIU WYKORZYSTYWANIU SEKSUALNEMU DZIECI I PRZESTĘPSTWOM SEKSUALNYM PRZECIWKO DZIECIOM

Czy model profilaktyki pierwotnej można zastosować do przestępstw seksualnych, tak aby możliwa była wczesna identyfikacja osób o wysokim ryzyku popełnienia takich przestępstw – potencjalnych sprawców?

### Element 1: Skala problemu

Od ponad 20 lat szacuje się, że mniej więcej jedna na cztery dziewczynki i jeden na siedmiu chłopców w Stanach Zjednoczonych padnie ofiarą wykorzystywania seksualnego przed ukończeniem 18 lat (Finkelhor, 1994). Większość sprawców stanowią nie osoby obce, lecz znajomi i członkowie rodziny, który mają swobodny dostęp do swoich ofiar (Douglas, Finkelhor, 2005). W 2010 r. w Stanach Zjednoczonych zgłoszono 67 527 przypadków WSD, popełnionego przez 55 313 znanych sprawców (U.S. Department of Health and Human Services, 2015). Ze względu na bariery utrudniające zgłaszanie wykorzystywania seksualnego tylko w wypadku 1/3 ofiar sprawcy zostają ujawnieni (Finkelhor, 2009).

Z danych szacunkowych pochodzących z amerykańskich statystyk więziennych wynika, że w stanowych i federalnych zakładach karnych przebywa ponad 150 000 sprawców przestępstw na tle seksualnym, a ok. 170 000 sprawców może być objętych nadzorem sądowym – co oznacza 21% wzrost liczby sprawców przestępstw seksualnych objętych jakąś formą nadzoru w Stanach Zjednoczonych (Harrison, Beck, 2006). Rzadko zwraca się uwagę na ogromne koszty ekonomiczne WSD. Wykorzystywanie naraża dzieci na wysokie ryzyko wystąpienia wielu problemów fizycznych, medycznych, psychologicznych i społecznych oraz jest niezwykle kosztowne dla całego społeczeństwa (Fang, Brown, Florence, Mercy, 2012). Około 1–2% populacji dorosłych mężczyzn w przyszłości zostanie uznanych za winnych przestępstwa na tle seksualnym (Hanson, Morton-Bourgon, 2004). Wykorzystywanie seksualne dzieci jest więc problemem o dużej częstotliwości występowania, który pociąga za sobą wysokie koszty dla całego społeczeństwa. Co za tym idzie – warto inwestować w profilaktykę tego problemu.

Co istotne, liderzy badań dotyczących WSD podkreślają, że oprócz ogromnej grupy sprawców, którzy skrzywdzili dzieci, ale nie zostali wykryci, oraz sprawców znanych organom ścigania, istnieje trzecia grupa – potencjalni sprawcy, którzy żyją w społeczeństwie zupełnie niezauważani. Potencjalni sprawcy (nazywani przez nas

przedsprawcami) to jednostki wysokiego ryzyka, które jeszcze nie popełniły przestępstwa, ale mogą wykorzystywać seksualnie dzieci w przyszłości. Jednym z wyzwań jest sformułowanie lepszych i bardziej ujednoczonych definicji, aby można było trafniej ocenić skalę (wielkość) problemu. Innym ważnym celem jest skuteczniejsze zachęcanie do zgłaszania przypadków WSD, aby można było uzyskać trafniejszy obraz rzeczywistej natury tego problemu. Dotychczas podjęto nieliczne próby dotarcia do potencjalnych sprawców (Finkelhor, 2009). Gdyby udało się zidentyfikować przedsprawców i skutecznie z nimi pracować, to liczba ofiar i sprawców wykorzystywania mogłaby się zmniejszyć.

### **Element 2: Profil czynników ryzyka**

Nie istnieje jeden, oczywisty profil czynników ryzyka u sprawców WSD (Becker, Murphy, 1998). Sprawcami mogą być członkowie rodziny, sąsiedzi, opiekunki do dzieci, duchowni, nauczyciele, trenerzy lub nieznajomi. Mogą to być osoby pochodzące ze wszystkich klas społecznych oraz grup rasowych i religijnych, homo- lub heteroseksualne, mężczyźni lub kobiety. Sprawców można sklasyfikować jako „pedofilów” (według kryteriów medycznych) lub jako sprawców okazjonalnych, którzy nie mają jasno określonych preferencji i napastują seksualnie zarówno dzieci, jak i osoby dorosłe (Snyder, 2000). Co istotne, prawie wszystko, co wiemy o sprawcach, opiera się na badaniach osób, które już dopuściły się wykorzystywania. Nasza wiedza o czynnikach ryzyka u potencjalnych sprawców jest nader skąpa, po części z powodu stygmatyzacji, jakiej z pewnością doświadczyłyby takie osoby (Jahnke, Imhoff, Hoyer, 2015; Jahnke, Phillip, Hoyer, 2015). Tymczasem mogą istnieć pewne różnice między populacjami wykrytych, niewykrytych i potencjalnych sprawców wykorzystywania.

Mimo niedostatku wiedzy na ten temat można sporządzić profil czynników ryzyka u przedsprawców na podstawie tego, co wiemy o sprawcach, którzy dopuścili się WSD. Ogólna charakterystyka sprawców wykorzystywania może pomóc w obaleniu błędnych przekonań na ich temat i w nakreśleniu – na poziomie makro – obrazu tego, kim są sprawcy, kim są ich ofiary oraz jakie formy może przybierać wiktyimizacja seksualna dzieci, jakkolwiek na poziomie mikro dokonanie indywidualnej oceny, czy konkretna osoba dopuści się wykorzystywania, czy też nie, może się okazać niemożliwe, a przynajmniej nie można tego przewidzieć z całkowitą pewnością (Lanning, 2010). Badacze i specjaliści w tej dziedzinie zidentyfikowali jednak kilka wskaźników społecznych, psychologicznych i emocjonalnych, które mogą być sygnałem skłonności danej osoby do popełnienia (lub ponownego popełnienia) przestępstwa seksualnego przeciwko dziecku. Te czynniki należy wziąć pod uwagę, aby opracować

i zwalidować narzędzie do pomiaru ryzyka u potencjalnych sprawców WSD (Meinck, Cluver, Boyes, 2015).

### **Płeć**

Ogromną większość sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom, ok. 90%, stanowią mężczyźni – niezależnie od tego, czy ofiarą jest chłopiec czy dziewczynka (Jahnke, Imhoff, Hoyer, 2015). W Stanach Zjednoczonych karę więzienia za przestępstwa na tle seksualnym odbywa ok. 1500 kobiet i aż 150 000 mężczyzn (Center for Sex Offender Management, 2007). Potencjalni sprawcy płci męskiej są podobni do mężczyzn z populacji ogólnej pod względem przynależności etnicznej, stanu cywilnego, wykształcenia, zatrudnienia i religijności (Abel, Garlow, 2001).

### **Relacja z dzieckiem**

Większość sprawców przestępstw na tle seksualnym jest znana swoim ofiarom (Lanning, 2010). Od ½ do ⅓ zgłaszanych przestępstw seksualnych jest popełniana przeciwko dzieciom w wieku poniżej 18 lat, często przez osoby, które są znane ofiarom i mają do nich swobodny dostęp (Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Kilpatrick, Edmunds, Seymour, 1992; Snyder, Sickmund, 2006). Szacuje się, że ok. 60% sprawców wykorzystywania seksualnego stanowią znane dziecku osoby spoza rodziny, takie jak jej przyjaciele, nianie, personel opiekuńczy, sąsiedzi oraz duchowni i liderzy grup religijnych (Lanning, 2010). Około 30% sprawców stanowią członkowie rodzin, m.in. dziadkowie, wujkowie, ciotki i kuzyni (Lanning, 2010). Tylko ok. 10% sprawców to nieznajomi, m.in. osoby korzystające z pornografii dziecięcej i inni sprawcy, którzy nawiązują kontakt z dziećmi przez internet (Mendelson, Letourneau, 2015).

### **Wiek**

Można wskazać dwie fazy życia, w których sprawcy najczęściej zaczynają popełniać przestępstwa na tle seksualnym. Pierwsza z nich to okres dojrzewania, ok. 14 r.ż., a druga – czas między 30 a 40 r.ż., kiedy przysprawcy mają dostęp do dzieci i dlatego dopuszczają się pierwszego aktu wykorzystywania seksualnego dziecka (Finkelhor, 2009). Osoby nieletnie stanowią dość liczną mniejszość wszystkich sprawców przestępstw na tle seksualnym (Finkelhor, 2009). Szacuje się, że 23–26% zgłaszanych przypadków WSD jest popełnianych przez osoby poniżej 18 r.ż. (Snyder, 2000) – 90% tych sprawców ma co najmniej 12 lat, a 94% stanowią chłopcy (Association for the Treatment of Sexual Abusers, 2014). Nieletni sprawcy częściej niż dorośli popełniają przestępstwa seksualne w grupie, a ich ofiary są młodsze i częściej są płci



męskiej (Association for the Treatment of Sexual Abusers, 2014). Osoby z pedofilią zwykle deklarują, że ich pociąg seksualny do dzieci ujawnił się w okresie dojrzewania, ale zainteresowanie seksualne dziećmi może się również rozwinąć później (Hall, Hall, 2007). W jednym z badań wykazano, że 40% sprawców molestowania dzieci, u których później zdiagnozowano pedofilię, dopuściło się molestowania dziecka przed ukończeniem 15 lat (Abel, Harlow, 2001).

### **Pedofilia**

Chociaż termin *pedofilia* czasem bywa używany w odniesieniu do wszystkich mężczyzn molestujących dzieci, to w istocie jest rozpoznanie kliniczne, które może ustalić psychiatra lub psycholog, odnoszące się wyłącznie do osób, które fantazjują seksualnie o dzieciach w wieku przedpokwitaniowym, doświadczają podniecenia seksualnego w kontakcie z nimi lub pożądamy ich seksualnie przez co najmniej sześć miesięcy (Abel, Harlow, 2001). Osoby odczuwające pociąg do dzieci w okresie dojrzewania płciowego (w wieku 13–16 lat) określa się mianem hebefilów (Hall, Hall, 2007). Nie wszyscy sprawcy molestowania seksualnego dzieci są pedofilami i nie wszyscy pedofile wykorzystują seksualnie dzieci (Seto, 2008). Niektórzy pedofile są poważnie zaniepokojeni swoimi skłonnościami seksualnymi i w rezultacie doświadczają trudności interpersonalnych (Hall, Hall, 2007). Pedofilię należy uznać za czynnik, który zwiększa u danej osoby ryzyko popełnienia przestępstwa seksualnego przeciwko dziecku. Dane dotyczące tego, jaką część sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom stanowią pedofile, są niejednoznaczne. W jednym z badań częstość występowania pedofilii wśród skazanych sprawców WSD oszacowano na ok. 40–50% (Seto, 2008). W innym badaniu wykazano, że 88% aktów molestowania dzieci jest popełnianych przez osoby, które obecnie lub w przyszłości będą spełniać kryteria pedofilii (Abel, Harlow, 2001). W porównaniu ze sprawcami bez tego zaburzenia pedofile zwykle mają więcej ofiar, słabiej reagują na terapię i częściej zostają recydywistami (Seto, 2008). Badania mózgów pedofilów, prowadzone metodą strukturalnego i czynnościowego rezonansu magnetycznego, wykazały pewne różnice neurofizjologiczne w strukturach mózgowych, które mogą być związane z pedofilią, a także leworęcznością i niższym niż przeciętny ilorazem inteligencji, co sugeruje, że na pedofilię mogą wpływać czynniki biologiczne (Cantor i in., 2008).

### **Dodatkowa parafilia i dewiacyjne fantazje seksualne**

Dewiacje seksualne są jednym z najważniejszych czynników ryzyka recydywy. U ok. 50–70% osób ze skłonnościami pedofilnymi diagnozuje się również inną parafilię, np. ekshibicjonizm, wojeryzm (podglądactwo) lub sadyzm (Hanson i in., 2007).

Ponadto obecność kilku różnych zainteresowań parafialnych, np. wojerystycznych, sadystycznych, fetyszystycznych, masochistycznych, froterystycznych (froteryzm – ocieractwo) lub ekshibicjonistycznych wywiera istotny wpływ na wskaźniki recydywy wśród sprawców (Hanson i in., 2007).

### **Osobista i rodzinna historia wykorzystywania seksualnego**

Również osobista i rodzinna historia wykorzystywania może odgrywać pewną rolę w przestępstwach seksualnych przeciwko dzieciom (Meinck i in., 2015; Tyler, Schmitz, Adams, 2015). Większość sprawców przestępstw na tle seksualnym nie była napastowana seksualnie w dzieciństwie, a większość dzieci, które doświadczyły wykorzystywania, nie wyrasta na sprawców (Tyler i in., 2015). U dość licznej mniejszości aktualnych sprawców występują jednak wzorce dziecięcych doświadczeń wykorzystywania seksualnego, a co za tym idzie – takie uprzednie doświadczenia mogą być istotnym wskaźnikiem potencjalnego sprawstwa w przyszłości. Szacuje się, że ok. 30% dorosłych i nieletnich sprawców doświadczyło w dzieciństwie wykorzystywania (Becker, Murphy, 1996). Wśród sprawców, którzy molestują małych chłopców, na ogół obserwuje się wyższe wskaźniki doświadczeń wykorzystywania w dzieciństwie (Becker, Murphy, 1998). Z różnych badań wynika, że sprawcy WSD dwa razy częściej niż inni przestępcy seksualni deklarowali, że w dzieciństwie sami padli ofiarą wykorzystywania (Camilleri, Quinsey, 2009; Meinck i in., 2015). Ponadto dzieci, które podejmują krzywdzące zachowania seksualne wobec innych dzieci, często pochodzą z niestabilnych rodzin, w których rodzice sami mogli doświadczyć trudnego, chaotycznego dzieciństwa (Camilleri, Quinsey, 2009; Meinck i in., 2015). Ekspozycja na nieprawidłowe modele rodzicielstwa oraz niewłaściwe granice behawioralne i seksualne są predyktorami krzywdzących zachowań seksualnych u dzieci (Vizard, 2007). A utrwalone wzorce przemocy domowej stanowią niezależny predyktor późniejszego sprawstwa przemocy seksualnej u dzieci płci męskiej (Vizard, 2007).

### **Stres psychospołeczny**

Problematyczne postawy dotyczące aktywności seksualnej osoby dorosłej z dzieckiem, brak odpowiednich mechanizmów radzenia sobie ze stresem, brak empatii dla ofiar, deficyty intymności oraz poczucie osamotnienia należą do psychologicznych czynników ryzyka u sprawców, u których występuje wysokie prawdopodobieństwo recydywy (Whitaker i in., 2008). Te same czynniki mogą odgrywać pewną rolę w zwiększaniu ryzyka popełnienia pierwszego przestępstwa seksualnego.

### **Rola pornografii dziecięcej**

Związek między pornografią dziecięcą a bezpośrednim, fizycznym wykorzystywaniem seksualnym nie został jednoznacznie określony, chociaż wyniki badań wydają się wskazywać na zależność dwukierunkową. Niektóre badania przyniosły mocne dowody na to, że osoby oglądające pornografię dziecięcą molestują również dzieci i popełniają przeciwko nim fizyczne, bezpośrednie przestępstwa (Bourke, Hernandez, 2008). Inni autorzy jednak krytykują i kwestionują te wyniki, powołując się na badania, z których można wnioskować, że sprawcy korzystający z pornografii dziecięcej wcale nie muszą być szczególnie skłonni do molestowania dzieci (Seto, Eke, 2005; Wollert, Waggoner, Smith, 2012). Niektórzy sprawcy przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom pozostają aktywni wyłącznie online – nigdy nie dopuścili się fizycznego WSD, ale są winni posiadania i rozpowszechniania pornografii dziecięcej (Wolak, Finkelhor, Mitchell, 2011).

### **Czynniki społeczno-ekonomiczne**

Chociaż sprawcy WSD pochodzą ze wszystkich warstw i grup społeczno-ekonomicznych, to badania prowadzone wśród osób, które dopuściły się przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom, ujawniły, że wskaźniki funkcjonowania społecznego – takie jak status społeczno-ekonomiczny, w tym wykształcenie i zatrudnienie – wywierają istotny wpływ na ryzyko recydywy (Marshall, Barbaree, 1988). Podobnie, izolacja i samotność emocjonalna okazały się czynnikami istotnymi w powrocie do zachowań przestępczych (Hanson, Morton-Bourgon, 2005). Chociaż trudno ekstrapolować te dane na przed sprawców, to możliwe, że czynniki społeczno-ekonomiczne odgrywają istotną rolę.

Chociaż wszystkie te zmienne są prawdopodobnymi czynnikami ryzyka, które można badać, aby skonstruować profil potencjalnego sprawcy WSD, wiemy bardzo mało na temat profilu czynników ryzyka u sprawcy. Pewne dane mogą być jednak pomocne w identyfikacji osób, u których występuje podwyższone ryzyko, że zostaną sprawcami przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom. Pogłębienie wiedzy o tych cechach i wzorcach zachowania może skutkować lepszym zrozumieniem wskaźników ryzyka tego, że dana osoba jest potencjalnym sprawcą.

### **Element 3: Trafne testy przesiewowe**

Obecnie nie ma żadnych badań moczu lub krwi ani testów DNA, psychologicznych czy białkowych, który umożliwiłby identyfikację osoby o podwyższonym ryzyku popełnienia przestępstwa seksualnego przeciwko dziecku. Wstępne badania

neuroanatomii czynnościowej sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom przyniosły obiecujące wyniki dotyczące tego, w jaki sposób mózgi pedofilów i sprawców takich przestępstw różnią się od mózgow innych ludzi. Są to mierzalne różnice obejmujące zmienność w zakresie struktury mózgu, prawo- lub leworęczności i inteligencji (Gerwinn i in., 2015; Poepl, Peytard, Langguth, 2015). Można z tego wnioskować, że badania metodą strukturalnego i czynnościowego rezonansu magnetycznego mogą być użyteczne w identyfikacji osób z grupy wysokiego ryzyka pedofilii, a także potencjalnych sprawców niebędących pedofilami. Takie badania jednak nie są wystarczająco czułe ani swoiste, aby mogły być stosowane jako samodzielne testy przesiewowe. Podobnie, miary fizjologiczne, takie jak reakcja erekcyjna (Cantor, McPhail, 2015), nie są wystarczająco trafne ani dokładne. Wszystkie te narzędzia mogą być użyteczne jako elementy baterii testów do wykrywania osób o podwyższonym ryzyku sprawstwa WSD.

Istnieją natomiast testy psychologiczne, narzędzia do oceny ryzyka i tablice aktuarialne, które są regularnie stosowane do przewidywania wskaźników recydywy wśród sprawców (Ether, Olver, Heurix, Schilling, Rettenberg, 2015). Na podstawie tego, co wiemy na temat charakterystyki dorosłych sprawców płci męskiej i wskaźników recydywy w tej grupie, badacze opracowali rzetelne aktuarialne narzędzia oceny ryzyka (*actuarial risk-assessment instruments* – ARAI; Harris, Lowenkamp, Hilton, 2015; Mossman, 2015; Zgoba i in., 2015). Obecnie takie zwalidowane tablice aktuarialne są dostępne jedynie dla dorosłych sprawców płci męskiej. Narzędzia ARAI dla nastolatków nie zostały na razie poddane walidacji, a narzędzia ARAI dla dzieci jeszcze nie opracowano (Tabachnick, Klein, 2011). Niektóre spośród tych zwalidowanych testów okazały się użyteczne w kontekście profilaktyki wtórnej – w identyfikacji sprawców, u których występuje najwyższe ryzyko recydywy (Eher i in., 2015). Co za tym idzie – nadzór, terapia oraz inne interwencje mogą być „szyte na miarę” (dostosowane do profilu ryzyka konkretnego sprawcy), co umożliwi efektywniejsze wykorzystanie ograniczonych zasobów (Tabachnick, Klein, 2011).

Tablice aktuarialne i narzędzia do oceny ryzyka mogą być najbardziej wiarygodnymi narzędziami badania potencjalnych sprawców. Mogą się okazać efektywnymi czasowo i oszczędnymi testami przesiewowymi. Dzięki zastosowaniu takiego testu pracownicy ochrony zdrowia i inni specjaliści mogliby ocenić poziom ryzyka tego, że dana osoba popełni pierwsze przestępstwo seksualne przeciwko dziecku, i na podstawie tej wiedzy podjąć odpowiednią interwencję. Niektórzy potencjalni sprawcy sami rozpoznają u siebie wysokie ryzyko – np. osoby, które odczuwają pociąg seksualny do dzieci albo mają poczucie, że są bliskie przejścia od oglądania pornografii dziecięcej do potrzeby wprowadzenia fantazji pedofilnych w życie.

Identyfikacja własnych skłonności nie jest jednak formalnym, zwalidowanym testem przesiewowym – podobnie jak uprzednie korzystanie z pornografii dziecięcej.

Obecność pewnej konstelacji czynników ryzyka nie daje pewności, że dana osoba zacznie wykorzystywać seksualnie dziecko, a osoba, która w takim teście przesiewowym uzyska wynik dodatni, nie powinna być niesłusznie etykietowana.

### **Element 4: Skuteczna interwencja**

Osoby, które od końca lat 80. XX w. zajmują się przeciwdziałaniem WSD i apelują o zwiększenie koncentracji na adresowanych do potencjalnych sprawców metodach profilaktyki pierwotnej, z różnych powodów napotykają poważne trudności we wprowadzeniu tego rodzaju programów dla dorosłych. Z większym powodzeniem wprowadzono programy dla nastolatków (Ryan, 1997). Interwencje adresowane do dorosłych sprawców nadal są traktowane jako priorytetowe zadanie organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości, a wsparcie pracowników medycznych i innych specjalistów jest uważane za drugorzędne. Poważną przeszkodą utrudniającą pracę z potencjalnymi sprawcami jest to, że „ze względu na silną stygmatyzację społeczną sprawców molestowania dzieci nikt nie chciałby być kojarzony z takim programem ani podejrzewany o branie w nim udziału” (Finkelhor, Daro, 1997). Wyobraźmy sobie np., że pracodawca oferuje program profilaktyczny adresowany do potencjalnych sprawców i prosi wszystkich, którzy zauważyli u siebie skłonności do WSD, ale jeszcze nie popełnili takiego czynu, aby się do niego zapisali. Trudno założyć, aby w takim kontekście ktokolwiek zgłosił się do udziału w programie profilaktycznym. Gdyby jednak ten sam pracodawca zorganizował testy przesiewowe pozwalające wychwycić stan przedcukrzycowy, to – jak pokazują badania – ponad połowa pracowników chciałaby zostać przebadana. Silne piętno społeczne związane z WSD (Jahnke, Schmidt, Geradt, Hoyer, 2015) sprawia, że profilaktyka adresowana do potencjalnych sprawców jest trudna do zrealizowania.

Inny problem wiąże się z tym, że dorośli, a zwłaszcza mężczyźni, ze skłonnością do wykorzystywania seksualnego, na ogół nie uważają, że potrzebują pomocy (Finkelhor, Moore, Hamby, Straus, 1997). Jest to poważne utrudnienie, ale ponieważ w Stanach Zjednoczonych dotąd nie prowadzono żadnych szeroko zakrojonych kampanii informacyjnych na temat profilaktyki adresowanej do potencjalnych sprawców, można przypuszczać, że ów brak samoświadomości w kwestii potrzeby pomocy może wynikać z braku edukacji.

### **Program Profilaktyczny Dunkelfeld**

Istnieje co najmniej jeden przykład udanego programu profilaktyki pierwotnej. Jest nim Program Profilaktyczny Dunkelfeld (PPD) adresowany do potencjalnych sprawców WSD (Schaefer i in., 2010), który został uruchomiony w Niemczech w 2005 r., aby zaoferować darmową, zapewniającą poufność terapię osobom, u których zdiagnozowano pedofilię lub hebefilię i które poszukiwały pomocy terapeutycznej (Beier, Amelung i in., 2015; Beier, Grundmann i in., 2015; Schaefer i in., 2010). Sukces tego programu był w dużej części możliwy za sprawą niemieckiego systemu prawnego, który pozwala takim osobom zwrócić się o pomoc bez obaw, że zostanie przeciwko nim wszczęte postępowanie karne, ponieważ według prawa naruszenie tajemnicy zawodowej w relacji terapeutycznej jest przestępstwem. Przeprowadzono szeroko zakrojoną kampanię medialną z użyciem plakatów, billboardów, spotów telewizyjnych i reklamy internetowej, prosząc potencjalnych sprawców, aby zwrócili się o pomoc. Do końca 2008 r. do udziału w programie zgłosiło się prawie 800 osób, wśród których przeważali pedofile i hebefile (Beier, Amelung i in., 2015), przy czym prawie połowa wcześniej popełniła przestępstwa przeciwko dzieciom, ale nie została wykryta (Beier, Grundmann i in., 2015). Jedną z usług oferowanych w ramach PPD jest anonimowy telefon zaufania, do którego zaniepokojeni potencjalni sprawcy mogą zadzwonić, kiedy mają poczucie, że są bliscy popełnienia aktu wykorzystywania. W pierwszym tygodniu po uruchomieniu telefonu zaufania jego zespół odebrał połączenia nie tylko z Niemiec, lecz także z całej Europy (Cantor, 2012). Taki telefon może być pomocą ostatniej szansy dla potencjalnych sprawców. Amerykańskie Krajowe Centrum do spraw Dzieci Zaginionych i Wyzyskiwanych obsługuje telefon zaufania *CyberTipline*, który umożliwia zgłaszanie przypadków komercyjnego wykorzystywania dzieci i jest dostępny 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu. Niestety w Stanach Zjednoczonych nie istnieje podobna linia telefoniczna dla przedsprawców wykorzystywania seksualnego. Program Dunkelfeld wytrzymał próbę czasu, chociaż wiarygodność danych dotyczących jego efektów budzi pewne wątpliwości i z tego powodu planowane jest przeprowadzenie badania metodą podwójnie ślepej próby (Briken, Berner, 2012).

### **Dotarcie do nieletnich przedsprawców**

Podobnie jak w wypadku profilaktyki cukrzycy populacje młodzieżowe stwarzają wyjątkową okazję do zastosowania strategii wczesnej interwencji w celu zapobiegania przestępstwom seksualnym przeciwko dzieciom. Recydywa przestępstw seksualnych wśród nieletnich sprawców zdarza się stosunkowo rzadko po formalnym wykryciu pierwszego przestępstwa, a skuteczna interwencja może istotnie zmniejszyć liczbę

przypadków wykorzystywania (Houtepen, Sijtsema, Boagerts, 2015). Niektóre dzieci i grupy są narażone na większe ryzyko niż inne. Na przykład sprawcami o najwyższym poziomie ryzyka często zostają dzieci z rozwijającym się poważnym zaburzeniem osobowości, u których cechy behawioralne związane z wykorzystywaniem seksualnym pojawiają się stosunkowo późno (Vizard, 2007). Wczesna interwencja może sprawić, że dzieci o wysokim poziomie ryzyka nie staną się szczególnie zagrażającymi lub krzywdzącymi sprawcami w dorosłym życiu (Vizard, 2007).

### **Interwencje farmakologiczne**

W wypadku osób, które same uznały się za potencjalnych sprawców, można rozważyć monitorowanie fizyczne, np. w formie elektronicznych bransoletek na kostkę. Taki monitoring jest regularnie wykorzystywany w kontekście profilaktyki wtórnej u skazanych przebywających na zwolnieniu warunkowym i sprawców, którzy wracają do społeczeństwa. Inną interwencją adresowaną do potencjalnych sprawców mogą być ograniczenia dostępu do określonych treści i stron internetowych.

Nie istnieją leki służące do tzw. kastracji chemicznej, które byłyby dopuszczone przez amerykańską Federalną Agencję ds. Leków i Żywności do stosowania w terapii sprawców przestępstw na tle seksualnym, ale stosowanie octanu medroksyprogesteronu (MPA) zostało zatwierdzone w kilku stanach, takich jak Kalifornia, Floryda, Georgia, Iowa, Luizjana, Montana, Oregon, Teksas i Wisconsin (Scott, Holmberg, 2003). Niektóre państwa, m.in. Argentyna, Australia i Izrael, również eksperymentują z zastosowaniem farmakoterapii u sprawców przestępstw seksualnych (Park, 2012). Z zastrzeżeniem, że należy szanować prawa i prywatność potencjalnych sprawców oraz brać pod uwagę potencjalne skutki uboczne i ograniczenia terapii antyandrogenowych, wydaje się, że farmakoterapia może odgrywać pewną rolę w zmniejszeniu liczby przypadków WSD (Gooren, 2011). Terapia farmakologiczna byłaby dobrowolną formą terapii przedsprawców, a nie obowiązkową częścią kary lub wymogiem zwolnienia warunkowego u skazanych sprawców wykorzystywania. W programie Dunkenfeld pacjentom oferuje się ją jako opcjonalną formę terapii.

### **Interwencje społeczne i środowiskowe**

Okoliczności związane z stylem życia mają istotny wpływ na ryzyko popełnienia nowych przestępstw przez sprawców, którzy wcześniej dopuścili się udokumentowanych aktów wykorzystywania seksualnego. Stabilna sytuacja mieszkaniowa i zawodowa, zdrowa aktywność społeczna i rekreacyjna, uważny i prospołeczny system wsparcia, a także nieprzerwana terapia są ważnymi czynnikami zapewniającymi

powodzenie (Tabachnick, Klein, 2011). Być może te ustalenia można przenieść na potencjalnych sprawców.

Innym modelem programu profilaktyki jest projekt *Circles of Accountability and Support* (Kręgi Odpowiedzialności i Wsparcia). Jest to środowiskowy program profilaktyczno-terapeutyczny, w którym nadzorowani przez specjalistów wolontariusze pomagają obciążonym wysokim ryzykiem sprawcom prowadzić życie wolne od przestępstw po zwolnieniu z więzienia (Wilson, Picheca, Prinzo, 2005). Ten realizowany w Kanadzie od 1994 r. program środowiskowy rozwinął się i dzisiaj obejmuje kilka kręgów wsparcia w Europie i w Stanach Zjednoczonych, finansowanych przez państwo i ze środków prywatnych. Jego celem jest zmniejszenie wskaźników recydywy WSD poprzez zapobieganie izolacji społecznej sprawców i wspieranie ich w procesie reintegracji społecznej (profilaktyka wtórna). Na ogół 4–6 lokalnych wolontariuszy tworzy krąg wokół uczestnika programu – sprawcy niedawno zwolnionego z więzienia, u którego stwierdzono średnie lub wysokie ryzyko recydywy. Członkowie kręgu spotykają się regularnie z uczestnikiem, udzielają mu moralnego i praktycznego wsparcia w poszukiwaniu pracy i mieszkania, zapewniają pomoc emocjonalną i duchową oraz przypominają, że jest odpowiedzialny za swoje wcześniejsze przestępstwa i przyszłe postępowanie. Krąg z kolei jest nadzorowany przez koordynatora o odpowiednim przygotowaniu zawodowym, np. kuratora sądowego lub pracownika socjalnego, który może się komunikować z instytucjami państwowymi odpowiedzialnymi za zarządzanie ryzykiem u danego sprawcy (Hanvey, Höing, 2012). Wstępne badania takich kręgów wsparcia przyniosły obiecujące wyniki – u sprawców o wysokim poziomie ryzyka wskaźnik recydywy spadł nawet o 70% (Wilson, Cortoni, McWhinnie, 2009). Do tej pory nie próbowano zastosować tego modelu w profilaktyce pierwotnej, jeśli jednak izolacja społeczna zwiększa ryzyko tego, że dana osoba zacznie wykorzystywać seksualnie dzieci, to kręgi wsparcia mogą być efektywną kosztowo i skuteczną metodą profilaktyki pierwotnej.

### **Element 5: Dane dotyczące wyników**

Nie ma prawie żadnych danych dotyczących wyników profilaktyki pierwotnej wykorzystywania seksualnego ani nie przeprowadzono formalnych badań w tym obszarze. Dane zgromadzone w programie Dunkenfeld sugerują jednak, że jeśli stworzy się odpowiedni system, by dotrzeć do potencjalnych sprawców, którzy zaczynają fantazjować o seksie z dziećmi, to przynajmniej niektórzy zgłoszą się po pomoc, a spośród tych, którzy to uczynią, przynajmniej część nie popełni przestępstwa przeciwko dziecku (Schaefer i in., 2010). Nie można ocenić, czy ten program rzeczywiście jest



skuteczny bez zastosowania dokładnych miar wyników oraz uzgodnionych definicji sukcesu i porażki (Briken, Berner, 2012).

### **Element 6: Ciągłe doskonalenie**

W kontekście profilaktyki WSD szósty element modelu profilaktyki, rzecz jasna, jeszcze nie istnieje. Model nie może być weryfikowany i ulepszany pod nieobecność danych dotyczących wyników, skutecznej interwencji, testu przesiewowego oraz dobrze zdefiniowanych czynników ryzyka.

## **ZAKOŃCZENIE**

Kiedy porówna się model zapobiegania cukrzycy z modelem profilaktyki przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom, można z łatwością dostrzec podobieństwa i różnice. Zarówno cukrzyca, jak i wykorzystywanie seksualne są rozpowszechnione w społeczeństwie. Co interesujące, ich częstość występowania jest podobna, a mimo to profilaktyce cukrzycy poświęca się bez porównania więcej uwagi niż profilaktyce WSD. Jeśli chodzi o cukrzycę, to istnieją dobrze opisane czynniki ryzyka, sprawdzone testy przesiewowe i skuteczna interwencja z licznymi danymi empirycznymi dotyczącymi jej długotrwałych wyników. Ponadto podejmuje się intensywne działania służące weryfikowaniu, dopracowywaniu i ulepszaniu PZC. W wypadku WSD sytuacja wygląda zupełnie inaczej. Mimo rozpowszechnienia tego problemu bardzo niewiele wiadomo na temat czynników zwiększających ryzyko tego, że dana osoba jest potencjalnym sprawcą (przedsprawcą) wykorzystywania, chociaż dysponujemy pewną wiedzą o czynnikach ryzyka u sprawców, którzy już dopuścili się takich czynów. Nie ma testu przesiewowego, chociaż dostępne są pewne dane dotyczące zachowań, które są powiązane z WSD. Brakuje interwencji, której skuteczność byłaby potwierdzona przez dane empiryczne dotyczące jej wyników. Wreszcie, nie ma uzgodnionych standardów określających to, jak powinien wyglądać skuteczny program adresowany do potencjalnych sprawców.

Ze względu na rozpowszechnienie problemu WSD warto rozważyć opracowanie kompleksowej, ustrukturyzowanej metody profilaktyki pierwotnej – mimo pesymistycznych poglądów na tę kwestię (Mendelson, Letourneau, 2015; Pessimism about Pedophilia, 2010). Doświadczenia w pracy nad PZC pokazują, że aby to uczynić, najpierw należy zainwestować w opracowanie systematycznego, zorganizowanego, opartego na danych empirycznych, skutecznego modelu zapobiegania wykorzystywaniu. Po pewnym czasie ów model stanie się samowystarczalny

i samopodtrzymujący – kiedy obecnych będzie wszystkich pięć elementów profilaktyki, czyli społeczna świadomość skali problemu, dobrze opisane czynniki ryzyka bycia przedsprawcą, wiarygodny test przesiewowy i skuteczna interwencja z dobrymi danymi dotyczącymi wyników. Można sobie wyobrazić, że ta koncepcja stanie się samopodtrzymująca, ponieważ firmom i organizacjom będzie zależało na opinii bezpiecznych pod tym względem (np. na uniknięciu pozwów sądowych). Nakłady na profilaktykę na ogół przynoszą zwrot z inwestycji.

Oczywiście kwestie prawne będą miały istotne znaczenie dla programów adresowanych do potencjalnych sprawców. Na przykład prawo obowiązujące w Stanach Zjednoczonych uniemożliwiłoby realizację programu profilaktycznego podobnego do projektu Dunkelfeld, ponieważ każdy terapeuta (lub administrator strony internetowej) miałby obowiązek prawny zgłosić wszelkie przypadki WSD, a także potencjalne zagrożenie dziecka wykorzystywaniem. Inna kwestia prawna dotyczyć będzie tego, czy konieczne jest wprowadzenie przepisów antydyskryminacyjnych, aby chronić jednostki, które dotąd nie popełniły przestępstwa, ale uznają siebie za potencjalnych sprawców i chcą się poddać terapii. Zdając sobie sprawę z problemów prawnych i społeczno-kulturowych, jakie wiążą się ze strategią profilaktyki pierwotnej skoncentrowanej na sprawcach, uważamy, że mimo wszystko trzeba przyjąć systematyczne, zorganizowane podejście do profilaktyki WSD, aby zmniejszyć liczbę ofiar i ogrom doświadczanego przez nie cierpienia.

## FINANSOWANIE

Artykuł został sfinansowany przez Mayo Foundation.

E-mail autora: [levine.james@mayo.edu](mailto:levine.james@mayo.edu).

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Journal of Child Sexual Abuse*, 2016, 25(7), 719-737. © 2016 Taylor & Francis.

Tłumaczenie: Agnieszka Nowak-Młynikowska.

## BIBLIOGRAFIA

- Abel, G. G., Harlow, N. (2001). The Abel and Harlow child molestation prevention study. W: G. Abel, N. Harlow, *The Stop Child Molestation Book: What Ordinary People Can Do in Their Everyday Lives to Save Three Million Children*. Bloomington, IN: Xlibris.
- Abu-Salah, K. M., Zourob, M. M., Mouffouk, F., Alrokayan, S. A., Alaamery, M. A., Ansari, A. A. (2015). DNA-based nanobiosensors as an emerging platform for detection of disease. *Sensors*, 15(6), 14539–14568. <https://doi.org/10.3390/s150614539>.
- Ackermann, R. T., Marrero, D. G., Hicks, K. A., Hoerger, T. J., Sorensen, S., Zhang, P., Herman, W. H. (2006). An evaluation of cost sharing to finance a diet and physical activity intervention to prevent diabetes. *Diabetes Care*, 29(6), 1237–1241. <https://doi.org/10.2337/dc05-1709>.
- American Diabetes Association. (2014). *Statistics about diabetes*. Pobrane z: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/>.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers. (2014). *Eight Things Everyone Should Know About Sexual Abuse & Sexual Offending*. Beaverton, OR: Author.
- Becker, J. V., Murphy, W. D. (1998). What we know and do not know about assessing and treating sex offenders. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4(1-2), 116–137. doi:10.1037/1076-8971.4.1-2.116.
- Beier, K. M., Amelung, T., Kuhle, L., Grundmann, D., Scherner, G., Neutze, J. (2015). Hebephilia as a sexual disorder. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 83(2), e1–9. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1398960>.
- Beier, K. M., Grundmann, D., Kuhle, L. F., Scherner, G., Konrad, A., Amelung, T. (2015). The German Dunkelfeld Project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 529–542. <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>.
- Bourke, M. L., Hernandez, A. E. (2008). The 'Butner Study' redux: A report of the incidence of hands-on child victimization by child pornography offenders. *Journal of Family Violence*, 24(3), 183–191. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9219-y>.
- Briken, P., Berner, W. (2012). Double-blind, controlled, clinical trial planned in Germany to investigate the efficacy of psychotherapy combined with triptorelin in adult male patients with severe pedophilic disorders: Presentation of the study protocol. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 49(4), 306–313.

- Camilleri, J. A., Quinsey, V. L. (2009). Individual differences in the propensity for partner sexual coercion. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21(1), 111–129. <https://doi.org/10.1177/1079063208327237>.
- Cantor, J. M. (2012, June 22). *Do pedophiles deserve sympathy?* CNN. Pobrane z: <http://www.cnn.com/2012/06/21/opinion/cantor-pedophilia-sandusky>.
- Cantor, J. M., Kabani, N., Christensen, B. K., Zipursky, R. B., Barbaree, H. E., Dickey, R., Blanchard, R. (2008). Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 167–183. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.10.013>.
- Cantor, J. M., McPhail, I. V. (2015). Sensitivity and specificity of the phallometric test for hebephilia. *The Journal of Sexual Medicine*, 12, 1940–1950. <https://doi.org/10.1111/jsm.12970>.
- Center for Sex Offender Management. (2007). *Enhancing the management of adult and juvenile sex offenders: A handbook for policymakers and practitioners*. Silver Spring, MD: Autor. Pobrane z: [http://www.csom.org/pubs/CSOM\\_handbook.pdf](http://www.csom.org/pubs/CSOM_handbook.pdf).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Extent, nature, and consequence of rape victimization: Findings from the national violence against women survey*. Waszyngton, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice.
- Cosgrove, M. P., Sargeant, L. A., Caleyachetty, R., Griffin, S. J. (2012). Work-related stress and type 2 diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Occupational Medicine*, 62(3), 167–173. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs002>.
- Danaei, G., Finucane, M. M., Lu, Y., Singh, G. M., Cowan, M. J., Paciorek, C. J., Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *The Lancet*, 378(9785), 31–40. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60679-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60679-X).
- Diabetes Prevention Program Research Group. (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *The Lancet*, 374(9702), 1677–1686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61457-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61457-4).
- Douglas, E. M., Finkelhor, D. (2005). *Childhood sexual abuse fact sheet*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center, University of New Hampshire. Pobrane z: <http://www.unh.edu/ccrc/factsheet/pdf/CSA-FS20.pdf>.
- Dunbar, J. A., Jayawardena, A., Johnson, G., Roger, K., Timoshanko, A., Versace, V. L., Janus, E. D. (2014). Scaling up diabetes prevention in Victoria, Australia: Policy development, implementation, and evaluation. *Diabetes Care*, 37(4), 934–942. <https://doi.org/10.2337/dc12-2647>.

- Eaglehouse, Y. L., Kramer, M. K., Rockette-Wagner, B., Arena, V. C., Kriska, A. M. (2015). Evaluation of physical activity reporting in community Diabetes Prevention Program lifestyle intervention efforts: A systematic review. *Preventive Medicine*, 77, 191–199. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.05.023>.
- Eher, R., Olver, M. E., Heurix, I., Schilling, F., Rettenberger, M. (2015). Predicting reoffense in pedophilic child molesters by clinical diagnoses and risk assessment. *Law and Human Behavior*, 39(6), 571–580. <https://doi.org/10.1037/lhb0000144>.
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 156–165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>.
- Finkelhor, D. (1994). Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 31–53. <https://doi.org/10.2307/1602522>.
- Finkelhor, D. (2009). The prevention of childhood sexual abuse. *The Future of Children*, 19(2), 169–194. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0035>.
- Finkelhor, D., Daro, D. (1997). Prevention of child sexual abuse. In M. E. Helfer, R. S. Kempe (red.), *The battered child* (wyd. 5, s. 615–626). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Finklehor, D., Moore, D., Hamby, S. L., Straus, M. A. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents: Methodological issues. *Child Abuse & Neglect*, 21(1), 1–9. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00127-5](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00127-5).
- Fox, C. S., Golden, S. H., Anderson, C., Bray, G. A., Burke, L. E., De Boer, I. H., Vafiadis, D. K. (2015). Update on prevention of cardiovascular disease in adult with type 2 diabetes mellitus in light of recent evidence: A scientific statement from the American Heart Association and the American Diabetes Association. *Circulation*, 132, 691–718. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000230>.
- Gerwin, H., Pohl, A., Granert, O., Van Eimeren, T., Wolff, S., Jansen, O., Ponseti, J. (2015). The (in)consistency of changes in brain macrostructure in male paedophiles: A combined T1-weighted and diffusion tensor imaging study. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 246–253. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.002>.
- Gilbert, F., Focquaert, F. (2015). Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: Punishment or treatment? *International Journal of Law Psychiatry*, 38, 51–60. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.007>.
- Goldberg, R. G., Temprosa, M., Haffner, S., Orchard, T. J., Ratner, R. E., Fowler, S. E., Price, D. (2009). Effect of progression from impaired glucose tolerance to diabetes on cardiovascular risk factors and its amelioration by lifestyle and

- metformin intervention: The Diabetes Prevention Program randomized trial by the Diabetes Prevention Program Research Group. *Diabetes Care*, 32(4), 726–732. <https://doi.org/10.2337/dc08-0494>.
- Gooren, L. J. (2011). Ethical and medical considerations of androgen deprivation treatment of sex offenders. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(12), 3628–3637. <https://doi.org/10.1210/jc.2011-1540>.
- Hall, R. C. W., Hall, R. C. W. (2007). A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clinic Procedure*, 82(4), 457–471. <https://doi.org/10.4065/82.4.457>.
- Harris, A. J. R., Scott, T. L., Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision. The Dynamic Supervision Project*. Ottawa, Ontario, Canada: Public Safety.
- Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. (2005). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis (User Report 2004-02)*. Ottawa, Ontario, Canada: Public Safety and Emergency Preparedness Canada
- Hanvey, S., Höing, M. (2012). Circles of support and accountability, and community reintegration for those at risk of sexually reoffending. *EuroVista*, 2(2), 55–60.
- Harris, G. T., Lowenkamp, C. T., Hilton, N. Z. (2015). Evidence for risk estimate precision: Implications for individual risk communication. *Behavioral Sciences and the Law*, 33(1), 111–127. <https://doi.org/10.1002/bsl.2158>.
- Harrison, P. M., Beck, A. J. (2006). *Prison and jail inmates at midyear 2005. (NCJ 213133)*. Waszyngton, DC: Bureau of Justice Statistics, US Department of Justice.
- Hasson, R. E., Adam, T. C., Pearson, J., Davis, J. N., Spruijt-Metz, D., Goran, M. I. (2013). Sociocultural and socioeconomic influences on type 2 diabetes risk in overweight/obese African-American and Latino-American children and adolescents. *Journal of Obesity*, 2013, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2013/512914>.
- Houtepen, J. A., Sijtsema, J. J., Bogaerts, S. (2015). Being sexually attracted to minors: Sexual development, coping with forbidden feelings, and relieving sexual arousal in selfidentified pedophiles. *Journal of Sex & Marital Theory*, 42(1), 48–69. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2015.1061077>.
- Jahnke, S., Imhoff, R., Hoyer, J. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of Sexual Behavior*, 44(1), 21–34. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0312-4>.
- Jahnke, S., Philipp, K., Hoyer, J. (2015). Stigmatizing attitudes towards people with pedophilia and their malleability among psychotherapists in training. *Child Abuse & Neglect*, 40, 93–102. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.008>.

- Jahnke, S., Schmidt, A. F., Geradt, M., Hoyer, J. (2015). Stigma-related stress and its correlates among men with pedophilic sexual interests. *Archives of Sexual Behavior*, 44(8), 2173–2187. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0503-7>.
- Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N., Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
- Lanning, K. V. (2010). *Child molesters: A behavioral analysis for professional investigating the sexual exploitation of children (5th ed.)*. Alexandria, VA: National Center for Missing & Exploited Children.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E. (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26(6), 499–511. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(88\)90146-5](https://doi.org/10.1016/0005-7967(88)90146-5).
- Meinck, F., Cluver, L. D., Boyes, M. E. (2015). Longitudinal predictors of child sexual abuse in large community-based sample of South African youth. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260515596331>.
- Mendelson, T., Letourneau, E. J. (2015). Parent-focused prevention of child sexual abuse. *Prevention Science*, 16(6), 844–852. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0553-z>.
- Mossman, D. (2015). From group data to useful probabilities: The relevance of actuarial risk assessment in individual instances. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 43(1), 93–102.
- Park, M. (2012, September 5). *Using chemical castration to punish sex crimes*. CNN. Pobrane z: <http://www.cnn.com/2012/09/05/health/chemical-castration-science/>.
- Pessimism about pedophilia. [Editorial]. (2010). *Harvard Mental Health Letter*, 27(1), 1–3.
- Poeppel, T. B., Peytard, J., Langguth, B. (2015). A temporal link between epileptiform brain activity, schizotypy, and pedophilia. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 27(3), e204–e205. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.14110305>.
- Poynard, T., Lassailly, G., Diaz, E., Clement, K., Caiazzo, R., Tordjman, J., Ratziau, V. (2012). Performance of biomarkers FibroTest, ActiTest, SteatoTest, and NashTest in patients with severe obesity: A meta-analysis of individual patient data. *PLoS ONE*, 7(3), e30325. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0030325>.
- Ryan, G. (1997). The sexual abuser. W: M. E. Helfer, R. S. Kempe (red.), *The battered child* (wyd. 5., s. 329–346). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Schaefer, G. A., Mundt, I. A., Feelgood, S., Hupp, E., Neutze, J., Ahlers, C. J., Beier, K. M. (2010). Potential and Dunkelfeld offenders: Two neglected target groups for prevention of child sexual abuse. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(3), 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.03.005>.

- Scott, C. L., Holmberg, T. (2003). Castration of sex offenders: Prisoners' rights versus public safety. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31(4), 502–509.
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. Waszyngton, DC: American Psychological Association.
- Seto, M. C., Eke, A. W. (2005). The criminal histories and later offending of child pornography offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 201–210. <https://doi.org/10.1007/s11194-005-4605-y>.
- Snyder, H. N. (2000). *Sexual assault of young children as reported to law enforcement: Victim, incident, and offender characteristics*. Waszyngton, DC: U.S. Department of Justice.
- Snyder, H. N., Sickmund, M. (2006). *Juvenile offenders and victims: 2006 national report*. Waszyngton, DC: U.S. Department of Justice.
- Tabachnick, J., Klein, A. (2011). *A reasoned approach: Reshaping sex offender policy to prevent child sexual abuse*. (NCJ 241425). Beaverton, OR: Association for the Treatment of Sexual Abuse.
- Taradash, J., Kramer, M., Molenaar, D., Arena, V., Vanderwood, K., Kriska, A. M. (2015). Recruitment for a Diabetes Prevention Program translation effort in a worksite setting. *Contemporary Clinical Trials*, 41, 204–210. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.01.010>.
- Tyler, K. A., Schmitz, R. M., Adams, S. A. (2015). Alcohol expectancy, drinking behavior, and sexual victimization among female and male college students. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260515591280>.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth, and Families, Children's Bureau. (2015). *Child maltreatment 2013*. Pobrane z: <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment>.
- Vanderwood, K. K., Kramer, M. K., Miller, R. G., Arena, V. C., Kriska, A. M. (2015). Evaluation of non-invasive screening measures to identify individuals with prediabetes. *Diabetes Research Clinical Practice*, 107(1), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2014.06.003>.
- Vizard, E. (2007). Adolescent sexual offenders. *Psychiatry*, 6(10), 433–437. <https://doi.org/10.1016/j.mpps.2007.08.001>.
- Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P. M., Ryan, G., Rice, D. D. (2008). Risk factors for the perception of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32(5), 529–548. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.08.005>.



- Wilson, R. J., Cortoni, F., McWhinnie, A. J. (2009). Circles of support & accountability: A Canadian national replication of outcome findings. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21(4), 412–430. <https://doi.org/10.1177/1079063209347724>.
- Wilson, R. J., Picheca, J. E., Prinzo, M. (2005). *Circles of support and accountability: An evaluation of a pilot project in south-central Ontario*. Ottawa: Correctional Services of Canada.
- Wolak, J., Finkelhor, D., Mitchell, K. (2011). Child pornography possessors: Trends in offender and case characteristics. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23(1), 22–42. <https://doi.org/10.1177/1079063210372143>.
- Wollert, R., Waggoner, J., Smith, J. (2012). Federal Internet child pornography offenders – Limited offense histories and low recidivism rates. W: B. K. Schwartz (red.), *The sex offender: Current trends in policy and treatment practice (Vol. VII)*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Zgoba, K. M., Miner, M., Levenson, J., Knight, R., Letourneau, E., Thornton, D. (2015). The Adam Walsh Act: An examination of sex offender risk classification systems. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(8), 722–740. <https://doi.org/10.1177/1079063215569543>.

## PREVENTION OF CHILD SEXUAL ABUSE BY TARGETING PRE-OFFENDERS BEFORE FIRST OFFENSE

*The population of potential child abuse offenders has largely been unstudied. In the current study, we examine whether a six-component model used for primary diabetes prevention could be adapted to child sexual abuse pre-offenders, whereby individuals who are prone to sexual abuse but have not yet committed an offense can be prevented from committing a first offense. The six components include: define and track the magnitude of the problem, delineate a well-established risk factor profile so that at-risk persons can be identified, define valid screening tests to correctly rule in those with the disease and rule out those without disease, test effectiveness of interventions—the Dunkelfeld Project is an example, produce and disseminate reliable outcome data so that widespread application can be justified, and establish a system for continuous improvement. By using the diabetes primary prevention model as a model, the number of victims of child sexual abuse might be diminished.*

### KEYWORDS

CHILD SEXUAL ABUSE, PREVENTION

Cytowanie:

Levine, J. A., Dandamudi, K. Zapobieganie wykorzystywaniu seksualnego dzieci poprzez pracę z potencjalnymi sprawcami przed popełnieniem pierwszego przestępstwa. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 19(2), 188–213.



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.

MINISTERSTWO  
SPRAWIEDLIWOŚCI

[www.ms.gov.pl](http://www.ms.gov.pl)



FUNDUSZ  
SPRAWIEDLIWOŚCI

Sfinansowano ze środków – Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości