

# Metody leczenia dorosłych przestępców seksualnych wobec dzieci

Andrzej Mirski

Krakowska Akademia im Andrzeja Frycza Modrzewskiego

*W artykule poruszono zagadnienie leczenia dorosłych przestępców seksualnych, poczynając od przedstawienia definicji i kryteriów diagnostycznych pedofilii oraz opisanie neurobiologicznych podstaw tego zaburzenia. Następnie naświetlono podstawowe kwestie związane z leczeniem pedofilii i zwalczaniem czynów pedofilnych, przy uwzględnieniu bardzo ważnego w naszym kraju stanowiska i wytycznych Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, a także zaprezentowaniu zasad skutecznego leczenia pedofili zaproponowanych przez Andrewsa i Bonta. Przedstawiono zarówno farmakologiczne, jak i psychoterapeutyczne aspekty leczenia pedofilii. Wreszcie naświetlono zasady prewencji pedofilii i czynów pedofilnych, demonstrując także ciekawe przykłady programów prewencyjnych.*

## SŁOWA KLUCZOWE:

LECZENIE DOROSŁYCH PRZESTĘPCÓW SEKSUALNYCH, PEDOFILA, TERAPIA

Leczenie dorosłych sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci jest trudnym i kontrowersyjnym tematem. Wynika to głównie z tego, że pedofilia wzbudza obecnie bardzo dużą wrogość w społeczeństwie, leczenie zaś jest uważane za czynienie dobra, czego niechętnie udziela się osobom budzącym tak żywą niechęć. Raczej dominuje bardzo silna potrzeba karania. Trudno też się temu dziwić, żyjemy w czasach, w których słusznie uważa się dobro dzieci za wartość niezwykle ważną, bodaj najwyższą.

Nie zawsze tak było. Przez wiele wieków zbrodnie pedofili były tuszowane, usprawiedliwiane, zapominane. Pod koniec ubiegłego stulecia zaczęły wychodzić

na jaw afery wcześniej skrzętnie ukrywane. Tak wzmożone obecnie pragnienie ochrony zdrowia i szczęścia dzieci jest ze wszęch stron godne pochwały, ale właśnie, żeby je skutecznie chronić, trzeba aktywnie zapobiegać aktom pedofilii. Jej skuteczne leczenie, a przynajmniej hamowanie, za pomocą współczesnej medycyny i psychologii jest w tym wypadku konieczne. Tam, gdzie mamy do czynienia z chorobą, a pedofilia nią właśnie jest, nie wystarczy samo odstraszenie nawet bardzo wysokimi karami. Popędy i napięcia zaburzonego umysłu potrafią być silniejsze niż lęk przed paragrafem. Droga do pełnego wyleczenia pedofilii jest jeszcze długa, ale pierwsze słupy milowe zostały już ustawione.

Należy też pamiętać o tym, że są osoby o skłonnościach pedofilnych, które jednak nie podejmują takich działań, zatrzymywane sumieniem i poczuciem odpowiedzialności, cierpiące w milczeniu, którym trzeba pomóc. Są również osoby nie dotknięte tą parafilią, które dopuszczają się seksualnych działań przestępczych wobec dzieci z braku możliwości kontaktów płciowych z dorosłymi lub z powodu głębokiego zdemoralizowania.

Dlatego ważne jest rozróżnienie między pedofilią a aktami czynnego wykorzystania seksualnego dziecka. Pierwsze jest głęboko zaburzoną preferencją seksualną, drugie – przestępstwem. Gdy (co wciąż niestety się zdarza) ta preferencja pociągnie za sobą przestępcze działania, konieczne będzie połącznie z jednej strony leczenia, a z drugiej – odpowiedzialności karnej. Autor niniejszego artykułu jest biegłym sądowym i psychoterapeutą, które to doświadczenie pozwala mu spojrzeć na ten złożony problem z punktu widzenia zarówno ofiary (który jest zawsze najważniejszy), jak i samego zaburzonego sprawcy.

### Istota pedofilii

Pedofilia (nazwa pochodzi od greckich słów *paidós* – dziecko i *philia* – miłość) jest to zaburzenie seksualne, które polega na występowaniu silnych i trwałych uczuć seksualnych skierowanych wobec dzieci, co może też (choć nie musi) prowadzić do działań seksualnych wobec nich.

Termin *paedophilia erotica* został wprowadzony do nauki przez psychiatrę Richarda von Krafft-Ebinga (1886), który scharakteryzował pedofilię jako zainteresowanie seksualne dziećmi, czyli osobami w wieku przed pokwitaniem. Pedofilia jest jednym z przypadków chronofilii – stanów, w których pociąg (popęd) seksualny jest skierowany na osoby w określonej fazie rozwoju osobniczego. Na przykład gerontofilia (gr. *gérontos* – starość, *philia* – miłość) to inny rodzaj zaburzenia preferencji seksualnych, w którym osiągnięcie satysfakcji seksualnej możliwe jest tylko poprzez

kontakty z osobami w znacznie zaawansowanym wieku. Nie jest ona jednak chorobą psychiczną i nie jest wymieniana wprost w klasyfikacjach (ICD, DSM) i dlatego jest zaliczana do parafilii nieswoistych. Oczywiście, teleiofilia, czyli pociąg seksualny do osób dojrzałych płciowo, jest podstawowym stanem w obrębie normy. Infantofilia jest natomiast rodzajem pedofilii, w którym preferowanym obiektem seksualnym jest dziecko poniżej 5 r.ż. (Holka-Pokorska, 2011).

Seksualne zainteresowanie nastolatkami, czyli osobami w okresie dojrzewania, często uważane jest za stan odrębny od pedofilii (Blanchard i in., 2009) i nazywane efebofilia lub hebefilia (Beisert, 2012). Niekiedy efebofilia określa się zainteresowanie seksualne dojrzewającymi chłopcami, a hebefilia – dojrzewającymi dziewczynami (Holka-Pokorska, 2011). Podobnie jak w przypadku pedofilii, efebofilia i hebefilia oznaczają skłonność (preferencję) seksualną, której nie musi koniecznie towarzyszyć napastowanie seksualne. Tego typu zachowania skierowane do osób do 15 r.ż. włącznie podlegają Polsce (jak też i wielu innych państwach) karze.

Pojęcie pedofilii przyjęło się w nauce, zwłaszcza w psychiatrii i psychologii, a w szczególności w seksuologii, jako określenie konkretnego zaburzenia seksualnego. Nie jest natomiast terminem kryminologicznym ani prawnym (Holka-Pokorska, 2011). Takim pojęciem jest obcowanie płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszczanie się wobec niego innej czynności seksualnej (w polskim Kodeksie karnym art. 200 § 1), do czego pedofilia nie musi prowadzić, a co może być skutkiem działań także ludzi niecierpiących na tą parafilię. Pedofilia została zatem określona jako zaburzenie i jako takie powinno podlegać leczeniu.

## Kryteria diagnostyczne pedofilii

W dziesiątym wydaniu klasyfikacji ICD z roku 1993 pedofilia została opisana w rozdziale „Zaburzenia preferencji seksualnej”, otrzymując numer kodowy F65.4. Do jej rozpoznania muszą być spełnione trzy kryteria ogólne dla zaburzeń preferencji seksualnej (F65; jest to kryterium A) oraz dwa kryteria swoiste dla pedofilii (B i C; Beisert, 2012).

Kryteria ogólne dla zaburzeń preferencji seksualnej to:

1. Osoba doświadcza nawracających, silnych seksualnych pragnień oraz fantazji dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań.
2. Osoba działa zgodnie z tymi impulsami lub odczuwa z ich powodu znaczące cierpienie.
3. Preferencja występuje przez co najmniej 6 miesięcy.

Kryteria swoiste dla pedofilii:

1. Utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem.
2. Osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej pięć lat starsza od dziecka lub dzieci z kryterium B.

W wersji ICD-10 z 2010 r. pedofilia została określona skrótowo (obok dotychczasowej, pełnej wersji definicji) jako „seksualna skłonność do dzieci, chłopców lub dziewczynek lub obojga, zwykle w wieku przedpokwitaniowym (*prepubertal*) lub wczesnym pokwitaniowym (*early pubertal*)” (WHO, 2010).

Zdiagnozowana pedofilia musi zatem spełniać wszystkie trzy warunki zaburzeń preferencji seksualnej (parafilii), a więc nawracające impulsy, które albo prowadzą do ich realizacji lub też ich istnienie powoduje cierpieniem, a stan ten trwa co najmniej pół roku, oraz dwa kryteria swoiste dla pedofilii, a więc preferencje te skierowane są do małoletnich, sama zaś osoba musi mieć ukończone 16 lat i być co najmniej 5 lat starsza od obiektu pożądania. Jasne zatem, że ewentualne kontakty seksualne między małoletnimi (choć w naszym kręgu kulturowym wychowawczo niewskazane) nie są w żadnym wypadku przejawami pedofilii. Bardzo ważne jest to, że samo istnienie zaburzenia pedofilii nie pociąga za sobą konieczności działań przestępczych przeciwko dzieciom, jest to bowiem skłonność, która nie musi być realizowana w praktyce, lecz może pozostawać w sferze pragnień i fantazji.

Kryteria diagnostyczne pedofili w systemie DSM są bardzo podobne i w kolejnych wydaniach także ulegają pewnemu dopracowaniu.

W czwartym wydaniu podręcznika DSM z 2000 r. pedofilia została opisana w rozdziale „Parafilie” i otrzymała numer kodowy 302.2.

Podano trzy, nawiązujące treścią do poprzednich wydań podręcznika, kryteria diagnostyczne (Blanchard i in., 2009).

1. Przez przynajmniej sześć miesięcy: nawracające, silne podniecające seksualnie fantazje, seksualne impulsy lub zachowania obejmujące aktywność seksualną z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem (na ogół w wieku 13 lat lub młodszymi);
2. Osoba działa zgodnie z tymi seksualnymi pragnieniami, lub te seksualne impulsy lub fantazje powodują znaczący dyskomfort lub trudność międzyludzką.
3. Osoba ma przynajmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza niż dziecko lub dzieci z kryterium A. Uwaga: nie dotyczy osoby w późnym okresie dojrzewania będącej w relacji seksualnej z dzieckiem 12- lub 13-letnim.

Zalecono uszczegółowienie rozpoznania dotyczące płci, do której diagnozowany odczuwa pociąg (męska, żeńska lub obie), tego czy zachowania pedofilne ograniczają się do kazirodztwa oraz czy badanego pociągają wyłącznie dzieci (typ wyłączny) czy także dorośli (typ niewyłączny) (APA, 2000)

W 2013 r. ukazało się piąte wydanie podręcznika DSM – DSM-5.

Zgodnie z propozycją Blancharda i in. (2009) wprowadzono w nim rozróżnienie między parafilią a zaburzeniem parafilnym. Nie zmieniło się w nim w stosunku do DSM-IV-TR umieszczenie pedofilii (zaburzenia pedofilnego) w klasyfikacji, jej numer kodowy ani kryteria diagnostyczne (Blanchard i in., 2009).

Rozpoznanie zaburzenia pedofilnego jako jednostki chorobowej (zaburzenia psychicznego) następuje przy spełnieniu wszystkich trzech kryteriów.

Bez spełnienia kryterium B nie rozpoznaje się zaburzenia, lecz jedynie stwierdza „pedofilię” jako nienormatywną (nietypową) preferencję seksualną (APA, 2013).

W DSM-5 wymagane jest także uszczegółowienie rozpoznania dotyczące płci, do której diagnozowany odczuwa pociąg, tego, czy badanego pociągają wyłącznie dzieci czy także dorośli, oraz tego, czy zachowania pedofilne ograniczają się do kazirodztwa (APA, 2013).

Kryteria diagnostyczne DSM dotyczą zarówno osób przyznających się do odczuwanego pociągu seksualnego do dzieci, jak i osób zaprzeczających takim odczuciom, jeśli ich popęd stwierdzono na podstawie obiektywnych objawów (APA, 2013).

## Neurobiologiczne podstawy pedofilii

Badania sugerują, że pedofila (tak jak i inne preferencje seksualne) może być częściowo uwarunkowana biologicznie i wynikać z interakcji genetycznych oraz środowiskowych czynników w okresie rozwoju mózgu. Jest w wysokim stopniu możliwe, że zaburzenia w rozwoju niektórych obszarów mózgu, zwłaszcza tych odpowiedzialnych za sferę emocjonalną kontrolę impulsów, mogą wpływać na pojawienie się pedofilii.

W 2007 r. zaprezentowano wyniki badań dotyczące różnic w funkcjonowaniu mózgu występujących między osobami zdrowymi a osobami dotkniętymi zaburzeniami preferencji seksualnych. Grupa neurologów z Uniwersytetu Yale wykazała u sprawców pedofilii istotne zmniejszenie objętości prawego ciała migdałowatego w porównaniu ze zdrowymi osobami z grupy kontrolnej (Schiltz i in., 2007). Zaobserwowano także zmniejszoną istotę szarą w podwzgórzu (obustronnie), regionach przegrody i jądrze łożyskowym rozstępów końcowych. Mniejsze objętości prawego ciała migdałowatego były skorelowane ze skłonnością do popełniania wyłącznie jednolitych przestępstw

seksualnych przeciwko dzieciom. Sprawcy pedofilii wykazują upośledzenia strukturalne obszarów mózgu krytycznych dla rozwoju seksualnego. Upośledzenia te nie są związane z wiekiem, a ich nasilenie pozwala przewidywać, w jakim stopniu skupiony jest zakres przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom. Subtelne defekty prawego ciała migdałowatego i blisko spokrewnionych struktur mogą być zaangażowane w patogenezę pedofilii oraz prawdopodobnie odzwierciedlać zaburzenia rozwojowe lub urazy środowiskowe w krytycznych okresach (Schiltz i in., 2007).

W innym obszernym badaniu również wykazano zmniejszenie objętości prawego ciała migdałowatego u pedofilów (w porównaniu z grupą kontrolną), a ponadto stwierdzono korelację zainteresowania pedofilnego ze skłonnością do recydywy ze spadkiem istoty szarej w lewej grzbietowo-bocznej korze przedczołowej i korze wyspowej (Schiltz i in., 2007). Młodszy wiek ofiar był silnie związany z redukcją istoty szarej w korze oczodołowo-czołowej i zakrętach kątowych obustronnie. Istnieje koncepcja, według której wykorzystanie seksualne w dzieciństwie zmienia strukturę mózgu, szczególnie w płatach czołowym i skroniowym. Może to powodować powstawanie pobudzenia w odpowiedzi na bodźce atrakcyjne dla pedofilów, ponieważ obszary czołowe odpowiadają za samokontrolę i hamowanie zachowań, a skroniowe – za powstawanie pobudzenia seksualnego (Janik, 2008). W badaniach stwierdzono wyraźnie obniżoną u pedofilów aktywność struktur odpowiedzialnych za hamowanie reakcji. Różnice neuroanatomiczne w stosunku do normy zauważono także w obrębie struktur podkorowych (jądro ogoniaste, wzgórze; Janik, 2008).

Podobnie Abé i in. (2021) wykazali u osób ze skłonnościami do pedofilii i zmiany w brzusznoprzyśrodkowej korze przedczołowej (vmPFC), tylnym zakręcie obręczy, przedklinu i dolnym płątku ciemieniowym, w tym w zakręcie kątowym i korze nadbrzeżnej. Te struktury mózgu są ważnymi regionami centralnymi sieci trybu domyślnego mózgu (*default mode network* – DMN), która jest zaangażowana w poznanie społeczne, w tym empatię i myślenie o innych, a także w wyobrażanie sobie przyszłych konsekwencji własnych działań i przy rozumowaniu moralnym (Raichle, 2015).

Aspekty behawioralne, które według doniesień były związane z pedofilią, obejmowały impulsywność i podejmowanie ryzyka, a także upośledzone umiejętności społeczne, rozumowanie moralne, empatię i autorefleksję (Cohen i Galynker 2002). Obecne odkrycia mogą stanowić wstępne kroki w kierunku zrozumienia złożonej interakcji czynników neurobiologicznych leżących u podstaw wzorców pociągu seksualnego w pedofilii. Wyniki tych badań sugerują, że pedofilia współwystępuje ze znaczną chorobowością psychiczną, w tym zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi, czasem z objawami klinicznymi ADHD oraz nieco niższym ilorazem inteligencji (IQ), choć wciąż w normalnym zakresie. Pedofilia jest także związana ze zmianami

powierzchni korowej i leżącymi u podstaw nieprawidłowościami istoty białej, głównie w obszarach mózgu należących do DMN. Wyniki te były niezależne od zmieniających się demograficznych i nie miały związku z historią przestępstw seksualnych. Odkrycia neuroanatomiczne, ich związek z IQ i osobowością oraz profil objawów sugerują, że pedofilia może mieć podłoże neurorozwojowe. Wyniki mogą pomóc w opracowaniu interwencji zapobiegawczych i wspomagających dla cierpiących na nią pacjentów (Abé i in., 2021).

U osób ze skłonnościami do pedofilii i do przestępstw seksualnych wobec małoletnich zauważono pewne istotne zmiany w dziedzinie neuroprzekaznictwa. W szczególności wykryto zmniejszone stężenie serotoniny przy jednoczesnej regulacji w górę receptorów postsynaptycznych tego przekaznika. Może to powodować wzrost impulsywnego poszukiwania zaspokojenia seksualnego. Ponadto uważa się, że serotonina hamuje zachowania impulsywne i agresywne, a u sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci te zachowania są częste. U osób z kompulsywnymi zachowaniami stwierdzono też wzrost stężenia noradrenaliny, co również może wiązać się ze skłonnością do agresji i przemocy (Janik, 2008).

## Leczenie pedofilii

W przypadku leczenia pedofilii konieczne jest zapewnienie pomocy psychologicznej i terapeutycznej osobom z tym rozpoznaniem, aby pomóc im w kontrolowaniu swoich skłonności i unikaniu przestępczych działań. Terapia może obejmować leczenie biologiczne (głównie farmakoterapię), rozmowy terapeutyczne, psychoterapię i wsparcie grupowe. Celem takiego podejścia jest ochrona dzieci i zapobieganie przestępstwom seksualnym. Leczenie zmniejsza recydywę o 30–40%.

Istnieje obszerne piśmiennictwo na temat powszechnie praktykowanych metod leczenia dorosłych przestępców seksualnych i coraz większa liczba doniesień na temat jego rezultatów. Marshall i in. (1998) dokonali przeglądu danych z ponad 30 programów leczniczych realizowanych w różnych warunkach i w różnych populacjach przestępców seksualnych na całym świecie. Sposób traktowania przestępców seksualnych budzi kontrowersje. Na przykład toczy się debata na temat potrzeby uwzględnienia w leczeniu elementów zapobiegania nawrotom (Carich i in., 2009) lub przynajmniej tego, jak rozległe powinny być te elementy (Marshall i in., 2011). W dalszym ciągu nie ma zgody co do wartości szczegółowych metod podręczników leczenia, a punkty widzenia na sam proces terapeutyczny są nadal bardzo rozbieżne (Mann, 2009).



Podczas gdy wielu klinicystów i badaczy (np. Abel i in., 1984; Bumby, 1996; Carich i Calder, 2003) wskazuje na potrzebę modyfikacji tego, co nazywa się *znieskształceniami poznawczymi*, niektórzy twierdzą, że takie podejście jest niepotrzebne, ponieważ większość znieskształceń nie jest związana ze skłonnością do recydywy (Marshall i in., 2009). Co być może ważniejsze, niektórzy twierdzili, że leczenie przestępców seksualnych nie okazało się jeszcze skuteczne (Quinsey i in., 1993; Rice i Harris, 2003), podczas gdy inni (Marshall i in., 2011) sugerują, że przedstawiono wystarczająco przekonujące dowody na jego skuteczność.

W dalszej części artykułu zostaną przedstawione w zarysie skuteczne zasady leczenia, farmakologiczne i chirurgiczne metody leczenia, podstawowe sposoby psychoterapeutyczne, a więc terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioral therapy* – CBT) oraz pozytywny program oparty na siłach. Wreszcie omówiona będzie ogólna skuteczność leczenia sprawców przestępstw seksualnych, a więc to, w jaki sposób można zadowalająco ocenić programy ich leczenia.

## **Stanowisko Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego w sprawie leczenia przestępców seksualnych**

Według Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego (PTS) podstawowym celem leczenia przestępców seksualnych jest zapobieganie recydywie, co jest najważniejszym, a zarazem efektywnym sposobem na ochronę społeczeństwa przed przestępstwami seksualnymi. Wedle tych wytycznych leczenie powinno być przede wszystkim skierowane na wytworzenie skutecznej kontroli popędu seksualnego jednostki, by mogła ona powstrzymać się od zachowań przestępczych, a w mniejszym stopniu na zmianę zaburzonych preferencji seksualnych, które występują tylko u części przestępców seksualnych. Leczeniem powinni być objęci wszyscy przestępcy seksualni, u których ryzyko recydywy jest wysokie lub umiarkowane.

Najważniejszą formą leczenia przestępców seksualnych jest terapia psychologiczna – zarówno indywidualna, jak i grupowa. Terapia może rozpoczynać się w zakładach karnych w czasie odbywania kary pozbawienie wolności lub na zamkniętych oddziałach szpitalnych, a po opuszczeniu zakładu zamkniętego powinna być kontynuowana w formie ambulatoryjnej. Skuteczność takiego podejścia została wielokrotnie wykazana.

Według PTS uzupełnieniem terapii psychologicznej może być leczenie farmakologiczne mające na celu zmniejszenie stężenia lub siły działania hormonów androgennych. W przypadku sprawców przestępstw seksualnych farmakoterapia ma na celu zmniejszenie odczuwania pożądania, pobudliwości i zachowań seksualnych zależnych od działania androgenów, przede wszystkim testosteronu



i dehydrotestosteronu. Leki mogą być podawane doustnie lub we postaci iniekcji domięśniowych bądź podskórnych. Ich stosowanie zmniejsza intensywność myśli i fantazji o treściach seksualnych, reaktywność na stymulację seksualną (w tym audiowizualną) oraz ryzyko recydywy przestępstw o podłożu seksualnym.

Należy równocześnie podkreślić, że terapia antyandrogenowa powoduje obniżenie pożądania seksualnego (popędu) jako takiego, nie zmienia natomiast jego patologicznego ukierunkowania (jak w przypadku pedofilii lub innych zaburzeń preferencji seksualnych).

U części pacjentów pomocniczo są stosowane także inne leki mające na celu obniżenie popędu seksualnego lub skłonności do zachowań impulsywnych, a także poprawienie stabilności i regulacji nastroju. Zalecane są tu niektóre leki przeciwdepresyjne, przeciwpsychotyczne lub normotymiczne.

Według zaleceń PTS farmakoterapia stanowi ważne uzupełnienie programu leczenia preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych, natomiast nie powinno się jej traktować jako podstawowej metody leczenia. Jest ona zalecana szczególnie wobec niebezpiecznych sprawców przestępstw seksualnych, zagrożonych wysokim ryzykiem recydywy, stosujących przemoc, o słabej kontroli zachowania i małej podatności na oddziaływania psychoterapeutyczne.

Polskie Towarzystwo Seksuologiczne podkreśla, że leczenie farmakologiczne jest skuteczne tylko tak długo, jak długo jest prowadzone, nie daje ono jednak długotrwałych korzyści widocznych po odstawieniu leków.

Obecnie leczenie przestępców seksualnych w Polsce odbywa się na oddziałach terapeutycznych w wybranych zakładach karnych i na kilku oddziałach zamkniętych w szpitalach psychiatrycznych. Na terapię kierowani są tylko przestępcy seksualni, u których zdiagnozowano zaburzenia preferencji seksualnych. Leczenie ambulatoryjne jest w Polsce na razie prowadzone tylko sporadycznie, co, niestety, pozwala na przeciwdziałanie przestępczości seksualnej jedynie w niewielkim zakresie.

Zgodnie ze stanowisko PTS w sprawie leczenia przestępców seksualnych potrzebne jest utworzenie spójnego systemu oddziaływań składającego się z:

- diagnozy potrzeb terapeutycznych u wszystkich przestępców seksualnych, której głównym celem byłoby określenie poziomu ryzyka recydywy;
- terapii w zakładach karnych lub na zamkniętych oddziałach szpitali psychiatrycznych tych wszystkich sprawców, u których poziom ryzyka recydywy seksualnej jest znaczący;
- terapii po odbyciu kary w warunkach ambulatoryjnych połączonej z monitorowaniem aktualnego ryzyka recydywy i wsparciem dla sprawców (np. w postaci doradztwa zawodowego).

Według PTS istniejące w Polsce placówki nie są w stanie realizować tych zadań, konieczne jest więc przygotowanie większej liczby specjalistów i stworzenie sieci placówek, w których prowadzona byłaby terapia ambulatoryjna. Postulat opracowania lepszych systemowych rozwiązań dotyczących leczenia sprawców przestępstw seksualnych nie zakłada rezygnacji z innych środków ochrony społeczeństwa, takich jak profilaktyka oraz karanie i izolacja przestępców, ale stanowi ich niezbędne uzupełnienie.

## Zasady skutecznego leczenia pedofilii

Andrews i Bonta (2006) wyodrębnili trzy zasady skutecznego leczenia przestępców: zasadę ryzyka, zasadę potrzeb i zasadę odpowiedzialności. Mają one zastosowanie do dorosłych przestępców różnego typu, w tym przestępców płci męskiej i żeńskiej, a także nieletnich, i mają zastosowanie w równym stopniu do programów instytucjonalnych i środowiskowych. Hanson i in. (2009) wykazali, że zasady te odnoszą się również do traktowania sprawców przestępstw seksualnych.

Zasada ryzyka wskazuje, że traktowanie powinno być zróżnicowane w stosunku do przestępców w zależności od szacowanego u nich ryzyka recydywy. Kiedy zasoby są ograniczone, zasada ta wymaga, aby leczenie było ukierunkowane na przestępców najwyższego ryzyka, gdy zasoby są dostępne, leczenie powinno być bardziej rozległe i intensywne w grupie najwyższego ryzyka, a mniej – w przypadku przestępców cechujących się niższym ryzykiem (Marshall i Marshall, 2012).

Zasada potrzeb wymaga, aby leczenie uwzględniało te cechy przestępców, co do których badania wykazały, że mogą przewidywać recydywę. Im więcej tych cech kryminogennych jest ukierunkowanych na leczenie, tym skuteczniejsze ono jest. Podczas gdy Dowden i Andrews (2003) oraz Hanson i in. (2009) wskazują, że istnieją pewne czynniki niekryminogenne, którymi należy się zająć, aby zmotywować lub zaangażować przestępców, jasne jest, że poświęcanie zbyt dużej ilości czasu na leczenie kwestii niekryminogennych zmniejsza skuteczność proporcjonalnie do liczby takich problemów, którymi się zajmuje (Gendreau i in., 2002).

Zasada odpowiedzialności ma dwa główne składniki – responsywność ogólną i swoistą. Badania dość konsekwentnie wskazują, że w połączeniu te dwa elementy odpowiadają za największą liczbę korzyści z leczenia (Andrews i Bonta, 2006; Dowden i Andrews, 2004; Hanson i in., 2009).

Swoista responsywność opisuje psychoterapeutyczną zasadę elastyczności (Kottler i in., 1994; Walborn, 1996). Dostosowanie leczenia w odpowiedzi na cechy

ogólne, takie jak kultura, płeć i wiek (tj. młodociany lub dorosły), a także różnice intelektualne. Ogólny składnik responsywności polega natomiast na dostosowaniu się do codziennych wahań nastroju i motywacji każdego pacjenta, co oznacza indywidualizację procesu terapeutycznego i dostosowanie go do zmian, którym podlega osoba leczona (Marshall i Marshall, 2012).

## Leczenie farmakologiczne i chirurgiczne pedofilii

Od dłuższego czasu podejmuje się próby prowadzenia terapii farmakologicznej i chirurgicznej pedofilii, wyniki jednak nie są jednoznaczne, a uczeni są sceptyczni, co do określania tego typu skłonności tylko na podstawie diagnostyki mózgu.

Leczenie chirurgiczne polega przede wszystkim na fizycznej kastracji, czyli usunięciu jąder (Chaffin i in., 2002). W wyniku tego dość drastycznego zabiegu znacznie zmniejsza się wydzielanie testosteronu (Hucker i Bain, 1990), co prowadzi do zmniejszenia aktywności seksualnej, popędu seksualnego i fantazji seksualnych, ale u prawie 50% chorych nie likwiduje erekcji (Heim, 1981).

Mniej inwazyjną metodą redukcji popędu seksualnego jest podawanie jednego z kilku dostępnych leków. Pierwsze próby takiej chemicznej kastracji polegały na podawaniu estrogenów (Chaffin i in., 2002). Powodowały one jednak poważne działania niepożądane i zostały zastąpione antyandrogenami zawierającymi medroksyprogesteron i cyproteron (Balon, 1998). Próbuje się także podawać leuprorelinę, syntetyczny analog gonadoliberyny, ale nie przeprowadzono jeszcze pełnej oceny jej skuteczności. Leki te zmniejszają popęd seksualny i fantazje seksualne u pedofilów, ale mogą powodować działania niepożądane powodujące odstawianie leków (Balon, 1998). Należy jeszcze raz podkreślić, że terapia antyandrogenowa (ta nazwa jest adekwatniejsza od popularnie stosowanych terminów *kastracja farmakologiczna* lub *kastracja chemiczna*) powoduje obniżenie pożądania seksualnego (popędu) jako takiego, nie zmienia natomiast jego patologicznego ukierunkowania (jak w przypadku pedofilii lub innych zaburzeń preferencji seksualnych).

Do najnowszej generacji leków stosowanych w leczeniu przestępców seksualnych należą m.in. leki przeciwdepresyjne – sertralina, klomipramina i fluoksetyna. Ponieważ pacjenci często cierpieli także na zaburzenia nastroju, więc celem ich podawania było zarówno zmniejszenie dewiacyjnego popędu seksualnego, jak i poprawa nastroju. Potencjalną zaletą tych leków jest to, że mają znacznie słabsze działania niepożądane, dzięki czemu ryzyko ich odstawienia jest mniejsze (Chaffin i in., 2002).

Wobec przestępców o wyjątkowo silnym i niekontrolowanym pociągu seksualnym do dzieci farmakoterapia jest bardzo często stosowana w połączeniu z CBT (Marshall i Eccles, 1991).

Leczenie przestępców seksualnych wobec dzieci wymienionymi metodami chirurgicznymi lub farmakologicznymi nie powinno się odbywać na zasadzie przymusu, ale powinno być dobrane indywidualnie, po dokładnej ocenie, z zalecenia lekarza i w ramach kompleksowego planu leczenia (ATSA, 1997).

Obecnie coraz większy nacisk kładzie się na leczenie psychologiczne obejmujące różne formy psychoterapii oraz rozszerzenie zazwyczaj ubogich zasobów i kompetencji społecznych sprawców.

## **Psychoterapeutyczne leczenie pedofilii**

Większość programów psychoterapeutycznych jest realizowana w paradygmacie poznawczo-behawioralnym i zawiera elementy zapobiegania nawrotom (Pithers, 1990).

Po przeglądzie różnych metaanaliz wyników leczenia przestępców Andrews i Bonta doszli do wniosku, że „najpotężniejszymi dostępnymi strategiami wywierania wpływu są strategie poznawczo-behawioralne” (2006, s. 283). Nie wszystkie jednak programy realizowane w tym paradygmacie są jednakowo skuteczne. Jak zauważyli Fernandez i in. (2006), wiele tzw. programów CBT wykorzystuje bardzo niewiele procedur i praktyk behawioralnych, a jeszcze mniej dotyczy elementów samoregulacji emocjonalnej (Marshall i in., 2006), które leżą u podstaw samoregulacji behawioralnej.

W rzeczywistości w przetomowej metaanalizie Andrewsa i in. (1990) jedynymi skutecznymi programami CBT okazały się te, które odpowiednio wykorzystywały techniki, takie jak modelowanie, odgrywanie ról, wzmacnianie i stopniowa praktyka. Szczegółowa analiza serii badań Andrewsa ujawnia, że reagowanie jest bardziej związane ze sposobem prowadzenia leczenia niż z teoretycznym podejściem, które kieruje programem. Norcross (2002) stwierdził, że ok. 20–30% wariacji korzystnych zmian wynikało z utworzenia skutecznego sojuszu terapeutycznego. Skuteczny sojusz jest maksymalnie zabezpieczony, gdy terapeuci mają różne pozytywne cechy (np. pewność siebie, umiejętności, uczciwość, empatię, szacunek, autentyczność, ciepło) i prowadzą leczenie w skuteczny sposób (np. wspieranie, słuchanie, nagradzanie odpowiednich zachowań), wykazując się elastycznością i będąc odpowiednio dyrektywnym. Norcross wykazał również, że zastosowanie skutecznych procedur lub technik ukierunkowanych na problemy klienta odpowiadało za kolejne 15% zaobserwowanych korzyści. Połączenie efektów tych dwóch aspektów leczenia

(sojuszu i procedur) skutkuje wyjaśnieniem ok. 35–45% wariacji miar zmiany, pozostawiając niewielką lub żadną wariację do wyjaśnienia orientacją teoretyczną. Wydaje się prawdopodobne, że powodem, dla którego programy CBT wydają się działać lepiej niż inne podejścia do przestępców, jest po prostu to, że właściwie stosowana CBT obejmuje wiele elementów (np. modelowanie i nagradzanie), które są niezbędne do skutecznego leczenia. Jasne jest również to, że programy CBT nie zawsze uwzględniają różne inne krytyczne cechy skutecznego leczenia. Wracając do pracy Andrews i Bonty (2006), okazuje się, że identyfikują oni to, co nazywają „podstawowymi praktykami resocjalizacyjnymi” jako główne elementy ogólnej zasady odpowiedzialności.

Większość programów wymaga, by na początku klient uznał przynajmniej częściowo swoją winę (np. Gordon i Hover, 1998). Następnie przechodzi się zazwyczaj do jakiejś formy psychoseksualnej diagnozy sprawcy, która często łączy się z oceną ryzyka ponownych zachowań seksualnych wobec dzieci. Na jej podstawie zapada decyzja o konieczności aresztu bądź nadzoru lub ich braku (Moro, 1998). Nie ma natomiast żadnej ustalonej kolejności stosowania poszczególnych składników terapii, gdy już się ona rozpocznie. Najczęściej wykorzystuje się rozmaite techniki behawioralne lub poznawczo-behawioralne nastawione na zwiększenie empatii wobec ofiary, modyfikację zniekształconych schematów myślowych, poprawę umiejętności społecznych, redukcję pobudzenia seksualnego o charakterze dewiacyjnym i uzupełnienie edukacji seksualnej.

Zapobieganie nawrotom to element leczenia często wplątany w inne jego składowe. Opiera się ono np. na założeniu, że ryzyko przestępstw seksualnych wobec dzieci ma charakter długotrwały i trudny do całkowitego wyeliminowania oraz że czyny niedozwolone są planowane z wyprzedzeniem, a czynniki wyzwalające lub ostrzegawcze można rozpoznać i wykorzystać do konstruowania planu zmniejszenia prawdopodobieństwa recydywy. Wyniki badań opartych na schemacie quazi-eksperymentalnym są zróżnicowane i złożone oraz niełatwo je przejrzeć podsumować. Hanson i in. (2002) przeprowadzili niedawno metaanalizę danych z 43 różnych badań obejmujących łącznie 9454 osób. Okazało się, że terapia przestępców seksualnych poskutkowała umiarkowanym spadkiem recydywy w 12,3–16,8% przypadków po średnio 46 miesiącach. Analiza ta pokazała też, że terapie nowocześniejsze, np. CBT czy terapia nastawiona na zapobieganie nawrotom, przynoszą większy spadek recydywy w porównaniu z terapiami będącymi w użyciu wcześniej, przed rokiem 1980, np. psychoterapią analityczną.

Zważywszy, że za mało jest badań opartych na losowym doborze próby i stosujących nowoczesne metody terapii w różnych warunkach oraz z różnymi podgrupami

przestępców, metody te mogą służyć jako test pozwalający wychwycić jednostki, u których ryzyko nawrotu jest mniejsze.

Nie dotyczy to jednak prawdopodobnie psychopatów. Sprawcy spełniający podczas terapii kryteria określonych umiejętności zwykle kończą terapię z lepszym wynikiem niż przestępcy, którzy kryteriów tych nie spełniają (Day i Marques, 1998).

## **Pozytywny program oparty na siłach**

Psychologia i psychoterapia pozytywna rozpoczęły nowy paradygmat leczenia – oparty głównie na siłach i możliwościach, a nie tylko na deficytach pacjentów. Zmiany te odzwierciedlają odchodzenie od skupiania się na deficycie w kierunku podejścia opartego raczej na mocnych stronach i na nadziei na przyszłość. Ramy, na których opierają się te zmiany, wywodzą się z modelu dobrego życia Warda (Ward, 2002; Ward i Gannon, 2006; Ward i Mann, 2004; Ward i Stewart, 2003), a także z ostatnich osiągnięć psychologii pozytywnej (Linley i Joseph, 2004; Peterson, 2006; Snyder i Lopez, 2005).

Program jest pomyślany jako podejście trójfazowe (Marshall i in., 2011). W pierwszej fazie celem jest zaangażowanie klienta przez psychoedukację oraz przekazanie mu umiejętności radzenia sobie i pewności siebie, aby mógł prowadzić bardziej satysfakcjonujące życie. Pełne zaangażowania się w proces zmiany (Baumeister, 1993) skutkuje zmniejszeniem częstości nawrotów (Heatherton i Polivy, 1991; Needles i Abramson, 1990).

W fazie drugiej zwraca się szczególną uwagę na zestaw dysfunkcyjnych postaw i przekonań, problemy w związku oraz kwestie seksualne i samoregulacji. Postawy oraz przekonania można w zadowalający sposób wydobyć i odnieść się do nich tylko w kontekście, w którym są naturalnie osadzone (Marshall, Marshall i Ware, 2009). Uczy się także pacjentów rozpoznawać wartość tworzenia efektywnych relacji dorosłych, w tym intymnych relacji seksualnych, ale podkreśla się również znaczenie rodziny i przyjaźni. Wskazuje się, że maksymalna satysfakcja ze związku seksualnego jest osiągnięta tylko wtedy, gdy partnerzy w równym stopniu uczestniczą we wszystkich ważnych decyzjach. Zaspokojenie różnych podstawowych ludzkich potrzeb (tj. intymności, seksualności, opieki i przywiązania) nie może być zaspokojone w niesprawiedliwych związkach, takich jak te związane z wykorzystywaniem seksualnym. Większość pacjentów dość łatwo rozpoznaje, że chociaż odczuwali pewien stopień satysfakcji z powodu przestępstwa, to była ona tylko częściowa i ulotna. Rozpoznanie tego i ich przeszłego dysfunkcyjnego podejścia do relacji z dorosłymi służy jako silna motywacja do zdobycia umiejętności, postaw i pewności

siebie niezbędnych do osiągnięcia celu, jakim jest dobre funkcjonowanie społecznie. Pacjentom pomaga się w rozpoznawaniu różnych mocnych stron odpowiednich do rozwiązywania tych problemów, a zachęcające i dodające pewności uwagi innych członków grupy wzmacniają ich przekonanie, że przy pewnym wysiłku mogą osiągnąć cel, jakim jest zaspokojenie swoich potrzeb w odpowiedni sposób.

Bardzo ważne jest pomaganie pacjentom w identyfikowaniu własnych emocji i emocji innych, różnicowaniu stanów emocjonalnych oraz w radzeniu sobie z cierpieniem. Jest to znaczącym krokiem w rozwoju samoregulacji. Ponieważ jednak znaczna liczba przestępców seksualnych spełnia kryteria zaabsorbowania seksualnego (Marshall i Marshall, 2001, 2006; Marshall i in., 2008), co jest często określane jako *uzależnienie seksualne* (Carnes, 1989), istnieje wyraźna potrzeba rozszerzenia funkcjonowania samoregulacji. Jest to istotne, ponieważ zaabsorbowanie seksualne zostało zidentyfikowane jako czynnik najsilniej predykcyjny ponownego popełnienia przestępstwa (Hanson i Morton-Bourgon, 2005). Chociaż istnieją psychologiczne programy dotyczące zmniejszania zaabsorbowania seksualnego (Delmonico i in., 2002; Goodman, 1998), to w niektórych przypadkach przydatne wydaje się uzupełnienie podawaniem selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI; Kafka, 1994; Kafka i Prentky, 1992). Dla tych, którzy wykazują dewiacyjne zainteresowania, istnieją łatwo dostępne procedury behawioralne, które, przedstawione w odpowiedni sposób, są skuteczne w takiej reorganizacji zainteresowań seksualnych, aby stały się one akceptowalne (Marshall i in., 2009).

W końcowej, trzeciej części programu pomaga się każdemu klientowi zintegrować to, czego się nauczył, w skróconą wersję modelu dobrego życia. Na tej podstawie identyfikuje się plany mające na celu rozwój „dobrego życia” po wypisaniu ze szpitala. Szczególny nacisk kładzie się na znaczenie rozwijania własnych hobby, aby czas wolny od pracy był sensownie zajęty, także dlatego, że takie zajęcia są powiązane z lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym (Mutrie i Faulkner, 2004; Taylor i Faulkner, 2007). Pacjenci zazwyczaj tworzą również plany dotyczące edukacji lub podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Są również proszeni o wskazanie osób (przyjaciół, rodziny, profesjonalistów), które zapewnią im wsparcie po zwolnieniu. Ważne jest wzięcie przez nich odpowiedzialności za osiągnięcie wyznaczonych celów (Fitzsimons i Finkel, 2011). Pracuje się nad wytworzeniem strategii unikania (np. dla osoby molestującej dziecko: „nigdy nie bądź sam z dzieckiem”). Dzieje się tak częściowo dlatego, że plany unikania rzadko są przestrzegane nawet u zdrowych, dobrze funkcjonujących osób (Gollwitzer i Bargh, 1996). Przyjęcie pozytywnego nastawienia wobec przyszłości przynosi optymizm i nadzieję u wszystkich ludzi (Seligman, 1991; Snyder, 2011), co zwiększa prawdopodobieństwo korzystnego



wyniku (Snyder, 2011). Rosnący optymizm nie tylko prowadzi do lepszych wyników, ale także poprawia zdrowie psychiczne i fizyczne (Gillham, 2000; Peterson, 2000; Peterson i Bossio, 1991).

## **Skuteczność terapii dorosłych sprawców przemocy seksualnej**

Skuteczność terapii dorosłych sprawców przemocy seksualnej jest wciąż jeszcze trudna do kompleksowej oceny. Utrudniają ją kłopoty z doбором odpowiednich grup porównawczych oraz wielka różnorodność przestępców i programów terapeutycznych. Do tej pory wykonano jedno duże badanie efektów terapii losowo dobranych przestępców seksualnych (Marques, 1999; Marques i in., 1994), którego wskazują że terapia może zmniejszyć recydywę, ale nie eliminuje jej całkowicie. Przeprowadzona przez Hansona i in. (2009) metaanaliza efektywności terapii psychologicznej przestępców seksualnych pokazuje znaczny spadek recydywy w następstwie udziału w terapii. W metaanalizie tej wzięto pod uwagę 23 badania efektywności programów terapeutycznych skierowanych do sprawców przestępstw seksualnych. Do przestępstw seksualnych powróciło 10,9% sprawców którzy ukończyli taki program, w porównaniu z 19,2% sprawców, którzy go nie ukończyli.

Wydaje się, że przy obecnym stanie nauki najtrudniej jest wyleczyć samą pedofilię jako zaburzenie seksualne. Skłonność do przemocy seksualnej obejmuje natomiast nie tylko same zaburzenie pedofilne, ale też nieprawidłowości w dziedzinie osobowości a także niekorzystne cechy psychologiczne, takie jak impulsywność i podejmowanie ryzyka, upośledzone umiejętności społeczne, empatia, rozumowanie moralne i autorefleksja. Nie ulega wątpliwości, że przy obecnym stopniu potępienia przemocy wobec dzieci takie zachowania łączą się z mniejszymi lub większymi cechami antyspołecznej psychopatii. W tej dziedzinie otwierają się jednak znaczne możliwości w dziedzinie psychoterapii. Jeszcze do niedawna leczenie zaburzeń osobowości nie dawało zbyt dobrych rezultatów, ale notuje się w tej sferze coraz większy postęp. W każdym razie jest to leczenie głównie psychoterapeutyczne, terapie farmakologiczne raczej są nieskuteczne, może poza stosowaniem SSRI, które zwiększają stężenie serotoniny (co stosuje się również w leczeniu samej pedofilii). Terapia poznawczo-behawioralna jest jednym z podejść, które mogą być stosowane w leczeniu antyspołecznego zaburzenia osobowości. Jej celem jest pomoc osobie w rozwijaniu umiejętności społecznych i emocjonalnych, takich jak empatia, rozumienie skutków swoich działań i radzenie sobie z trudnymi sytuacjami. Terapia ta może również pomóc w zmniejszeniu impulsywności i agresji. W leczeniu

skłonności psychopatycznych mogą mieć także zastosowania szkoły psychodynamiczne, zwłaszcza terapia skierowana na przeniesienie. Opisany pozytywny program oparty na siłach jest z kolei przykładem efektywnego zastosowania psychoterapii pozytywnej.

Na obecnym etapie rozwoju nauki zasadniczym celem leczenia dorosłych sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci jest jak największe zmniejszenie prawdopodobieństwa powtórzenia takich działań. Tu właśnie zasadniczą rolę odgrywa leczenie zaburzeń osobowości, wzmacnianie empatii i autorefleksji, hamowanie impulsywności i skłonności do ryzyka, a także wyposażenie w niezbędne kompetencje interpersonalne.

## Zapobieganie pedofilii i czynom pedofilnym

Leczenie pedofilii jest złożonym zagadnieniem, które wymaga całościowego podejścia. Przede wszystkim należy jednak pamiętać o ochronie dzieci i zapewnieniu im bezpieczeństwa. Bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na zapobieganie pedofilii poprzez edukację, świadomość społeczną i wczesne interwencje. Konieczne jest zwłaszcza tworzenie bezpiecznego środowiska dla dzieci, w których mogą się rozwijać i otrzymywać odpowiednie wsparcie. Wsparcie dla rodzin, edukacja seksualna, dostęp do pomocy psychologicznej i raportowanie podejrzanych zachowań mają zasadnicze znaczenie w tym kontekście.

Bardzo ważna jest ochrona dzieci przed szkodliwymi treściami w internecie i działania edukacyjne w aspekcie ochrony przed nimi, a także wskazanie wzorów bezpiecznych zachowań oraz udostępnianie adresów organizacji i osób mogących pomóc ofiarom przestępstw. W Polsce policja prowadzi bieżący monitoring stron internetowych pod względem treści, które naruszałyby przepisy prawa, oraz dysponuje specjalnymi programami umożliwiającymi monitoring internetu pod względem rozpowszechniania i pobierania pornografii dziecięcej w sieci. Weryfikowane są także zgłoszenia i sygnały od stowarzyszeń, fundacji oraz osób prywatnych, które przekazują informacje na temat stron internetowych z treściami zakazanymi prawem (Czop, 2013). Efektem wieloletniej współpracy policji z innymi podmiotami w zakresie profilaktyki zagrożeń w obszarze wykorzystywania seksualnego dzieci jest wzrost świadomości zarówno dzieci, jak i ich rodziców. Policja uczestniczy w realizowanych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (wcześnie Fundacja Dzieci Niczyje) i Kidprotect kampaniach: „Dziecko w sieci”, „Safer Internet”, „Dzień bezpiecznego Internetu”, „Jestem Wojtek” i „Zły Dotyk”. (Czop, 2013). Współuczestniczy także w realizacji inicjatyw na rzecz pomocy ofiarom przemocy, np. policyjnych telefonach

zaufania, świetlicach socjoterapeutycznych, punktach konsultacyjnych i centrach interwencji kryzysowej. Prowadzi także bieżące rozpoznanie skali zjawiska, ujawniając rodziny patologiczne i osoby mogące generować potencjalne zagrożenie. Specjaliści do spraw nieletnich wnioskuje do sądów o podejmowanie stosownych działań w przypadku stwierdzenia zaniedbywania obowiązków opiekuńczo-wychowawczych lub nadużywania władzy rodzicielskiej (Czop, 2013).

Z innych projektów profilaktycznych, realizowanych poza granicami naszego kraju warto wspomnieć projekt prewencyjny Dunkelfeld (*Projekt Kein Täter werden*), a więc system mający na celu podnoszenie świadomości i zwalczanie napaści seksualnych na nieletnich w Niemczech. Ma na celu zapewnienie pomocy klinicznej i psychologicznej osobom odczuwającym pociąg seksualny do dzieci (pedofilom i hebefilom), które starają się walczyć ze swoimi impulsami. Inicjatywa pochodzi od zespołu z Instytutu Seksuologii i Medycyny Seksualnej Szpitala Uniwersyteckiego Charité w Berlinie, kierowanego przez prof. Klaus Michaela Beiera. Jej celem jest z jednej strony zapobieganie aktom pedofilskim i konsumpcji pornografii dziecięcej a z drugiej – edukowanie społeczeństwa.

Projekt rozpoczęła w Berlinie, w czerwcu 2005 r., duża kampania medialna mającą na celu skontaktowanie się z pedofilami i hebefilami, aby zachęcić ich do leczenia ich parafilii obietnicą anonimowego i bezpłatnego leczenia. Początkowo projekt był finansowany przez Fundację Volkswagena, a od 2008 r. już także przez rząd niemiecki. Najważniejsze hasło projektu Dunkelfeld brzmi: „Nie jesteś winny z powodu swojego pożądania seksualnego, ale jesteś odpowiedzialny za swoje zachowania seksualne. Jest pomoc! Nie stawaj się sprawcą!”.

Sieć obejmuje 10 struktur recepcyjnych rozmieszczonych na terytorium Niemiec i wymienionych na stronie internetowej projektu. Terapia opiera się na zbiorowych grupach dyskusyjnych, połączonych z indywidualnymi wywiadami, organizowanymi przez rok pod nadzorem seksuologa. Pacjentów zachęca się do przyznania się do swoich skłonności, włączenia ich w samokonstrukcję i zaangażowania rodziców lub partnerów w proces terapeutyczny. Najważniejszą częścią tego procesu jest CBT stosowana w celu poprawy zdolności adaptacyjnych, zarządzanie stresem i postaw seksualnych. W zależności od przypadków oferowane są również leki zmniejszające libido, takie jak SSRI i antyandrogeny.

Przykładem innego, ciekawego zagranicznego projektu profilaktycznego jest czeski Parafilik prowadzony w Narodowym Instytucie Zdrowia Psychicznego w Czechach. Oferuje on poradnictwo online, interwencję kryzysową oraz wsparcie kontaktowe i internetowe każdemu, kto potrzebuje skonfrontować się z tematami związanymi z nietypowymi preferencjami seksualnymi. Oprócz bezpośredniej pracy

z klientami Parafilik koncentruje się także na destygmatyzacji tematu parafilii w społeczeństwie i wśród profesjonalistów oraz prowadzi badania na ten temat. Projekt uruchomił usługę poradnictwa online, w ramach której o pomoc mogą prosić nie tylko osoby o preferencjach parafilnych, ale także internetowi drapieżcy seksualni. W ramach projektu dostępne jest również poradnictwo telefoniczne, a od września 2020 r. uruchomiono programy terapii kontaktowej. Usługi te oferowane są bezpłatnie, z gwarancją anonimowości uczestników. Laboratoria seksuologii ewolucyjnej w Narodowym Instytucie Zdrowia Psychicznego w Republice Czech prowadzą również wiele badań nad seksualnością kobiet i mężczyzn.

Oczywiście w naszym kraju powinniśmy także brać przykład z tych profilaktycznych programów u naszych sąsiadów, które wykazały się już wysoką skutecznością.

Za szczególnie ważne w Polsce należy jednak uznać zwiększenie świadomości obywateli, a zwłaszcza nauczycieli i rodziców, na temat istniejących zagrożeń oraz wspomniana już ochrona dzieci przed szkodliwymi treściami w internecie, a także wskazywanie małoletnim wzorów bezpiecznych zachowań,

Z innej strony niekorzystne jest także wzbudzanie nadmiernego lęku i podejrzliwości. O ile skłonności seksualnego osób dorosłych w stosunku do dzieci są niebezpiecznym zaburzeniem (które jednak potrafimy coraz lepiej leczyć), o tyle zwykła sympatia w stosunku do dzieci jest czymś naturalnym i pozytywnym, czymś czego one oczekują. Przyjacielski dotyk i inne oznaki czułości ze strony członków rodziny są czymś naturalnym, właściwym i oczekiwanym, pod warunkiem, że nie mają charakteru seksualnego. Osoby bardziej obce mogą okazywać sympatię w stosunku do dzieci poprzez miłe słowa, uśmiech i pomoc. Wszyscy pragniemy dobra naszych najmłodszych skarbów i dlatego też dbamy o ich bezpieczeństwo oraz warunki prawidłowego rozwoju.

W tych, na szczęście nielicznych, dorosłych, w umysłach których powstają niewłaściwe i chore impulsy w stosunku do małoletnich, warto zobaczyć cierpiących, nieszczęśliwych ludzi, którzy, jeżeli czynnie zawinili, muszą ponieść karę, ale nie powinno się odmawiać im leczenia i szansy na powrót do społeczeństwa.

E-mail autora: [artmir@o2.pl](mailto:artmir@o2.pl).

## Bibliografia

- Abé, C., Adebahr, R., Liberg, B., Mannfolk, C., Lebedev, A., Eriksson, J., Långström, N., Rahm, C. (2021). Brain structure and clinical profile point to neurodevelopmental factors involved in pedophilic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(4), 363–374. <https://doi.org/10.1111/acps.13273>
- Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7(1), 89–103. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0160-2527\(84\)90008-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0160-2527(84)90008-6)
- Andrews, D. A., Bonta, J. (2006). *The Psychology of Criminal Conduct* (4 wyd.). LexisNexis/Anderson.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed metaanalysis. *Criminology*, 28, 369–404. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x>
- APA. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV TR (Text Revision)*. American Psychiatric Publishing.
- APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> Edition*. American Psychiatric Publishing.
- ATSA. (1997). *Ethical Standards and Principles for the Management of Sexual Abusers*. Association for the Treatment of Sexual Abusers.
- Balon, R. (1998). Pharmacological treatment of paraphilias with a focus on antidepressants. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24, 241–254. <https://doi.org/10.1080/00926239808403960>
- Baumeister, R. F. (red.). (1993). *Self-Esteem: The Puzzle of Low Self-Regard*. Plenum Press.
- Beisert, M. (2012). *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., Dickey, R., Klassen, P. E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 38(3), 335–350. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9399-9>
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8(1), 37–54. <http://dx.doi.org/10.1177/107906329600800105>
- Carich, M. S., Calder, M. C. (2003). *Contemporary Treatment of Adult Male Sex Offenders*. Russell House.

- Carich, M. S., Dobkowski, G., Delehanty, N. (2009). No, the spirit of RP is important: A response to Yates & Ward (2009) on abandoning RP. *ATSA Forum*, 21, 1–8.
- Carnes, P.J. (1989). *Contrary to Love: Helping the Sexual Addict*. Hazelden Publishing.
- Chaffin, M., Letourneau, E., Silovsky, J. F. (2002). Dorośli sprawcy wykorzystywania seksualnego dzieci – przegląd zagadnień. *Dziecko Krzywdzone, Teoria, badania, praktyka*, 1(1), 53–68.
- Cohen, L. J., Galynker, I. I. (2002). Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 8(5), 276–289. <https://doi.org/10.1097/00131746-200209000-00004>
- Czop, A. (2013). Przemoc seksualna wobec dzieci oraz programy prewencyjne realizowane w Polsce. *Kultura Bezpieczeństwa. Nauka-Praktyka-Refleksje*, 14, 48–59.
- Day, D. M., Marques J. K. (1998). A clarification of SOTEP's method and preliminary findings, Reply to Nathaniel McConaghy (Letter to the editor). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10, 162–166.
- Delmonico, D. L., Griffin, E., Carnes, P. J. (2002). Treating online compulsive sexual behavior: When cybersex is the drug of choice. W: A. Cooper (red.), *Sex and the Internet: A Guidebook for Clinicians* (s. 147–167). Brunner-Routledge.
- Dowden, C., Andrews, D. A. (2003). Does family intervention work for delinquents? Results of a meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 45, 327–342. <https://doi.org/10.3138/cjccj.45.3.327>
- Dowden, C., Andrews, D. A. (2004). The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment: A meta-analytic review of core correctional practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 203–214.
- Fernandez, Y. M., Shingler, J., Marshall, W. L. (2006). Putting “behavior” back into the cognitive-behavioral treatment of sexual offenders. W: W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall, G. A. Serran (red.), *Sexual Offender Treatment: Controversial Issues* (s. 211–224). Wiley & Sons.
- Fitzsimons, G. M., Finkel, E. J. (2011). Outsourcing self-regulation. *Psychological Science*, 22(3), 369–375. <https://doi.org/10.1177/0956797610397955>
- Gendreau, P., French, S., Taylor, A. (2002). What works what doesn't work. *International Community Corrections Association Monograph Series Project*.
- Gillham, J. E. (red.). (2000). *The Science of Optimism and Hope: Research Essays in Honor of Martin E. P. Seligman*. Templeton Foundation Press.
- Gollwitzer, P. W., Bargh, J. A. (red.). (1996). *The Psychology of Action: Linking Cognition and Motivation to Behavior*. Guilford Press.

- Goodman, A. (1998). *Sexual Addiction: An Integrated Approach*. International Universities Press.
- Gordon, A., Hover, G. (1998), *The Twin Rivers sex offender treatment program*. W: W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, T. Ward (red.), *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders* (s. 3–15). Plenum Press.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., Seto, M. C. (2002). *First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders*. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14(2), 169–197. <https://doi.org/10.1177/107906320201400207>
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865–891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154–1163. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1154>
- Heatherton, T. F., Polivy, J. (1991). Development and validation of a scale for measuring self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 895–910. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.6.895>
- Heim, N. (1981). Sexual behavior of castrated sex offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 10(1), 11–19, <https://doi.org/10.1007/BF01542670>
- Holka-Pokorska, J (2011): Pedofilia jako zaburzenie seksualne – diagnoza i leczenie. Perspektywa psychiatryczna. W: K. Marzec-Holka (red.), *Przemoc seksualna wobec dziecka. Studium pedagogiczno-kryminologiczne* (s. 72). Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Hucker S. J., Bain J. (1990). Androgenic hormones and sexual assault. W: W. L. Marshall, D. R. Laws, H. E. Barbaree (red.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*, (s. 93–102). Plenum Press.
- Janik, J. (2008). Pedofilia w ujęciu neuroscience. W: A. Jodko (red.), *Tabu seksuologii: wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej* (s. 97–116). Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica.
- Kafka, M. P. (1994). Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia-related disorders: An open trial. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 6(3), 189–195. <https://doi.org/10.3109/10401239409149003>



- Kafka, M. P., Prentky, R. (1992). Fluoxetine treatment of non-paraphilic sexual addictions and paraphilias in men. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 351–358.
- Kottler, J. A., Sexton, T. L., Whiston, S. C. (1994). *The Heart of Healing: Relationship in Therapy*. Jossey-Bass.
- Krafft-Ebing, R. von. (1886). *Psychopathia sexualis: A medico-forensic study* (trans. by H. E. Wedeck). G. P. Putnam's Sons.
- Linley, P. A., Joseph, S. (red.). (2004). *Positive Psychology in Practice*. Wiley & Sons.
- Mann, R. E. (2009). Sex offender treatment: The case for manualization. *Journal of Sexual Aggression*, 15(2), 121–131. <http://dx.doi.org/10.1080/13552600902907288>
- Marques, J. K. (1999). How to answer the question „Does sexual offender treatment work?“. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(4), 437–451. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/088626099014004006>
- Marques, J. K., Nelson, C., West, M. A., Day, D. M. (1994). The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 577–588. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90148-1](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90148-1)
- Marshall W., Eccles A. (1991). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(1), 68–93. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/088626091006001006>
- Marshall, L. E., Marshall, W. L. (2001). Excessive sexual desire disorder among sexual offenders: The development of a research project. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 8(3–4), 301–307. <http://dx.doi.org/10.1080/107201601753459982>
- Marshall, L. E., Marshall, W. L. (2006). Sexual addiction in incarcerated sexual offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 13(4), 377–390. <http://dx.doi.org/10.1080/10720160601011281>
- Marshall, L. E., Marshall, W. L., Moulden, H. M., Serran, G. A. (2008). The prevalence of sexual addiction in incarcerated sexual offenders and matched community nonoffenders. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 15(4), 271–283. <https://doi.org/10.1080/10720160802516328>
- Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Hudson, S. M., Ward, T. (red.). (1998). *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*. Plenum Press.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., (2012) Treatment of sexual offenders: Effective elements and appropriate outcome evaluations. *W: Perspectives on Evaluating Criminal Justice and Corrections* (s. 71–94). Emerald Group Publishing Limited.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., Fernandez, Y. M. (2006). *Treating Sexual Offenders: An Integrated Approach*. Routledge.

- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., O'Brien, M. D. (2011). *The Rehabilitation of Sexual Offenders: A Strength Based Approach*. American Psychological Association.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Ware, J. (2009). Cognitive distortions in sexual offenders: Should they all be treatment targets? *Sexual Abuse in Australia and New Zealand: An Interdisciplinary Journal*, 2, 70–78.
- Marshall, W. L., O'Brien, M. D., Marshall, L. E. (2009). Modifying sexual preferences. *Assessment and Treatment of Sex Offenders: A Handbook*, 311–327.
- Moro, P. E. (1998). *Treatment for Hispanic sexual offenders*. W: W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, T. Ward (red.), *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders* (s. 445–456). Plenum Press.
- Mutrie, N., Faulkner, G. (2004). Physical activity: Positive psychology in motion. W: P. A. Linley, S. Joseph (red.), *Positive Psychology in Practice* (s. 146–164). Wiley & Sons.
- Needles, D. J., Abramson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopelessness: Testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(2), 156–165. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.99.2.156>
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationships. W: J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patient Needs* (s. 3–10). Oxford University Press.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55(1), 44–55. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.44>
- Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. Oxford Univ. Press.
- Peterson, C., Bossio, L. M. (1991). *Health and Optimism*. Free Press.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. W: W. L. Marshall, D. R. Laws (red.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* (s. 343–361). Plenum Press.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., Lalumière, M. L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(4), 512–523. <https://doi.org/10.1177/088626093008004006>
- Raichle, M. E. (2015). The brain's default mode network. *Annual Review of Neuroscience*, 38, 433–447. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-071013-014030>
- Rice, M. E., Harris, G. T. (2003). The size and sign of treatment effects in sex offender therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 428–440. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2003.tb07323.x>
- Schiltz, K., Witzel, J., Northoff, G., Zierhut, K., Gubka, U., Fellmann, H., Kaufmann, J., Tempelmann, C., Wiebking, C., Bogerts, B. (2007). Brain pathology in pedophilic offenders: evidence of volume reduction in the right amygdala and related

- diencephalic structures. *Archives of General Psychiatry*, 6(64), 737–746. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.6.737>
- Seligman, M. E. P. (1991). *Learned Optimism*. Knopf
- Snyder, C. R. (2011). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(1), 11–28. <https://doi.org/10.1521/jscp.2000.19.1.11>
- Snyder, C. R., Lopez, S. J. (red.). (2005). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford University Press.
- Taylor, A. H., Faulkner, G. (2007). Inaugural editorial. *Mental Health and Physical Activity*, 1, 1–8.
- Walborn, F. S. (1996). *Process Variables: Four Common Elements of Counseling with Male Pedophiles*. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7(5), 513–528. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00076-3](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00076-3)
- Ward, T., Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The good lives model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 77–94. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.06.001>
- Ward, T., Mann, R. E. (2004). Good lives and the rehabilitation of offenders: A positive approach to sex offender treatment. W: P. A. Linley, S. Joseph (red.), *Positive Psychology in Practice* (s. 598–616). Wiley& Sons.
- Ward, T., Stewart, C. (2003). Good lives and the rehabilitation of sexual offenders. W: T. Ward, D. R. Laws, S. M. Hudson (red.), *Sexual Deviance: Issues and Controversies* (s. 2144). Sage.
- WHO. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision (ICD-10). Version for 2010*. World Health Organization.

## Treatment methods for adult sex offenders against children

*The article addresses the issue of treatment of adult sex offenders, starting with presenting the definition and diagnostic criteria of pedophilia and describing the neurobiological basis of this disorder. Then, the basic issues related to the treatment of pedophilia and combating pedophilic acts were highlighted, taking into account the very important position and guidelines of the Polish Sexological Society in our country, as well as presenting the principles of effective treatment of pedophiles proposed by Andrews and Bonta. Both pharmacological and psychotherapeutic aspects of pedophilia treatment were presented. Finally, the article highlights the principles of preventing pedophilia and pedophilic acts, also demonstrating interesting examples of preventive programs.*

### KEYWORDS

TREATMENT OF ADULT SEX OFFENDERS, PEDOPHILIA, THERAPY

### Cytowanie:

Mirski, A. (2024). Metody leczenia dorosłych przestępców seksualnych wobec dzieci. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 23(1), 123–148.



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



Sfinansowano ze środków Funduszu Sprawiedliwości, którego dysponentem jest Minister Sprawiedliwości



Sfinansowana ze środków organizacji Plan International przekazanych przez Disasters Emergency Committee