

Przemysław Marcinek, Andrzej Peda

LECZENIE SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW SEKSUALNYCH — KOMPLEKSOWY PROGRAM TERAPII

TREATMENT OF SEXUAL OFFENDERS — COMPREHENSIVE THERAPY PROGRAMME

¹Pracownia Psychologiczno-Seksuologiczna, Leszno

²Rodzinny Ośrodek Diagnostyczno-Konsultacyjny, Leszno.

W artykule prezentowany jest autorski kompleksowy program terapii przeznaczonej dla pacjentów (sprawców przestępstw seksualnych) przejawiających zaburzenia preferencji seksualnych lub zaburzenia kontroli popędu seksualnego. Program jest wynikiem współpracy Autorów z prof. dr hab. Marią Beisert, a opiera się na założeniach paradygmatu poznawczo-behawioralnego, teorii społecznego uczenia się oraz na modelu terapii zapobiegania nawrotom. Proponowany program terapii może być prowadzony w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych; indywidualnie lub w grupie.

**sexual offence
recidivism risk evaluation**

Summary: The article presents the authors' concept of a therapeutic programme for sexual offenders to be implemented in hospitals and outpatients' clinics. It describes the main theoretical assumptions, objectives, the course of treatment, and the evaluation of the programme. Special attention is drawn to the structure of the programme (composed of stages) as well as the necessity of monitoring the risk of patients' recidivism and including in the therapy specific risk factors of sexual offences.

1. Wprowadzenie

Wzrastające oczekiwania społeczne oraz kolejne zmiany w obowiązującym prawie stawiają przed seksuologami nowe, pilne zadania. Bezspornie niezwykle istotną sferą profesjonalnej działalności seksuologicznej jest zapobieganie i leczenie patologii seksualnej, a dzięki temu m.in. redukcja przestępczości, u której źródła leżą niektóre zaburzenia seksualne. Skuteczne działania prewencyjne wobec sprawców przestępstw seksualnych zawierają rozwiązania kompleksowe i wielokierunkowe — izolację, specjalistyczną terapię, opiekę medyczną, wsparcie, nadzór i kontrolę po opuszczeniu zakładu karnego lub wymierzeniu kary [1]. W niniejszej pracy zaprezentowano autorską koncepcję, opracowanego we współpracy z prof. dr hab. Marią Beisert, kompleksowego programu terapii — przeznaczonego dla pacjentów doświadczających zaburzeń preferencji seksualnych lub zaburzeń kontroli popędu seksualnego. Program dostosowano zarówno do warunków stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych. Fragmenty dotyczące podstaw teoretycznych programu oraz niektóre zagadnienia związane z jego ewaluacją autorzy przedstawili w jednym z wcześniejszych numerów „Seksuologii Polskiej” [2].

2. Założenia teoretyczne

Skuteczne programy terapeutyczne i resocjalizacyjne opierają się na podejściu integracyjnym, skoncentrowanym na rozpoznanych czynnikach ryzyka podejmowania szkodliwych/przestępczych zachowań (tzw. podejście transteoretyczne [3, 4]). Prezentowany program wykorzystuje założenia paradygmatu poznawczo-behawioralnego (cognitive-behavioral therapy — CBT) [5, 6], teorii społecznego uczenia się [7] oraz teorii systemowej [8], korzysta również z dorobku modelu terapii zapobiegania nawrotom (relapse prevention — RP) [9, 10].

Program zakłada konieczność oceny ryzyka recydywy u pacjentów oraz monitorowanie jego poziomu. W literaturze przedmiotu [3, 11–14] wyodrębniono dwie grupy istotnych czynników ryzyka przestępstw seksualnych — zaprezentowano je w tabeli 1. Bezpośrednie interwencje terapeutyczne łagodzące dynamiczne czynniki ryzyka oraz pośrednie oddziaływania mające wpływ na statyczne czynniki mają prowadzić do obniżenia ogólnego poziomu ryzyka (prawdopodobieństwa) ponownego popełnienia przestępstwa, m.in. poprzez redukcję potrzeb kryminogennych (bezpośrednich przyczyn przestępczości).

Tabela 1. Styczne i dynamiczne czynniki ryzyka przestępstw seksualnych

Styczne czynniki ryzyka (przydatne do oceny globalnego ryzyka recydywy)	Dynamiczne czynniki ryzyka (przydatne do oceny sytuacyjnego ryzyka recydywy)
<ul style="list-style-type: none"> • Deficyty w sferze intymnej (emocjonalna identyfikacja z dziećmi, wrogość wobec kobiet, poczucie bycia odrzuconym przez społeczeństwo, brak troski o innych) • Wadliwa seksualna samoregulacja (w zakresie ukierunkowania popędu – niewłaściwe zainteresowania seksualne; w zakresie siły popędu – nadmierne popędy seksualne; w zakresie funkcji popędu – seks jako uogólniony sposób radzenia sobie) • Postawy (przekonania) wspierające napaści seksualne („właściciela”, „ofiary”, wrogości, poczucia krzywdy, karząca) • Zaburzenia ogólnej samoregulacji (impulsywność, niskie umiejętności rozwiązywania problemów, negatywne nastawienie emocjonalne, ograniczone możliwości poznawcze) 	<ul style="list-style-type: none"> • Poziom izolacji społecznej (zależny m.in. od konkretnych umiejętności społecznych) • Poziom funkcjonowania psychologicznego (m.in. nadużywanie substancji psychoaktywnych, kryzysy emocjonalne) • Zaabsorbowanie seksem (zależne m.in. od dostępności specyficznych bodźców seksualnych) • Poziom gniewu (wrogości, agresji) • Jakość współpracy z nadzorem i zespołem terapeutycznym (motywacja do leczenia lub poziom osobistego zaangażowania) • Dostęp do potencjalnych ofiar

W ujęciu poznawczo-behawioralnym przyjmuje się, że u podstaw zewnętrznych form zachowań leżą procesy myślenia, reakcje emocjonalne i fizjologiczne. Sposób myślenia oraz doświadczane emocje stanowią siłę sprawczą również zaburzonego działania. Wyróżnia się dwa podstawowe mechanizmy, leżące u podłoża dewiacyjnych zachowań: 1 — zniekształcenia poznawcze, czyli niewłaściwe rozumienie i ocena sytuacji; 2 — deficyty behawioralne, czyli nieumiejętność lub nieznamość poprawnego zachowania się [11]. Myślenie i zachowanie są powiązane — w związku z tym zmiana sposobu myślenia może być pierwszym krokiem do zmiany zachowania.

W powyższym modelu redukcja znaczących czynników ryzyka przestępczości polega na nabywaniu umiejętności prawidłowego wnioskowania, rozpoznawania problemów oraz ich konstruktywnego rozwiązywania, a także modyfikowania konkretnych zachowań poprzez modelowanie, odgrywanie ról oraz trening umożliwiający ćwiczenie praktycznych umiejętności.

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

Proponowane strategie oraz metody oddziaływań terapeutycznych opierają się na założeniach programu Rockwood opracowanego przez W.L. Marshalla [3, 15] oraz Marshalla i wsp. [16, 17], i stanowią współczesną modyfikację standardowych programów poznawczo-behawioralnych. Wyniki długoterminowych badań wskazują, że program Rockwood charakteryzuje się bardzo wysoką skutecznością [16] — w grupie badanych 534 poddanych terapii sprawców zaledwie 3,2 proc. ponownie dopuściło się czynów przestępczych (przy przewidywanym wskaźniku recydywy na poziomie 16,8 proc.).

3. Cele terapii

Główny cel terapii to nauczenie pacjentów: 1— kontrolowania swoich zachowań seksualnych w taki sposób, by mogli uzyskać zaspokojenie w granicach przewidzianych przez normy prawne, oraz 2 — zapobieganie ponownemu podjęciu zachowań seksualnych niezgodnych z prawem. Obniżenie ryzyka popełnienia kolejnych przestępstw o charakterze seksualnym umożliwi realizacja tzw. modelu dobrego życia, czyli poprawa ogólnej jakości życia sprawcy poprzez osiągnięcie celów cząstkowych terapii [3, 14].

Szczegółowe cele programu to:

- Akceptacja odpowiedzialności za własne przestępcze zachowania, myśli i fantazje.
- Zdobywanie umiejętności zrozumienia i przeżywania emocji, jakich doświadcza ofiara.
- Kształtowanie adekwatnej samooceny.
- Redukowanie zniekształceń poznawczych, podtrzymujących przestępcze myśli, przekonania i zachowania.
- Identyfikacja i znajomość indywidualnego cyklu przestępczego.
- Znajomość indywidualnych czynników ryzyka i sposobów zapobiegania przestępstwu.
- Zmiana stylu życia i nauka prozdrowotnych umiejętności życiowych.

4. Adresaci

Program adresowany jest do osób dorosłych (mężczyzn i kobiet), które popełniły przestępstwa seksualne, w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, lub przejawiają zaburzenia w zakresie kontroli popędu seksualnego.

Zalecane wymogi uczestnictwa w programie to:

- brak aktywnej psychozy,

- iloraz inteligencji powyżej 70,
- brak ciężkich zaburzeń osobowości,
- brak aktywnych tendencji autodestrukcyjnych.

Każdy pacjent zobowiązany jest do przestrzegania kontraktu terapeutycznego i regulaminu placówki.

5. Strategie terapii/formy realizacji

W zależności od potrzeb program realizowany jest w formie terapii indywidualnej lub grupowej (terapię prowadzą wykwalifikowani psycholodzy z certyfikatem seksuologa klinicznego PTS) oraz uzupełniany konieczną farmakoterapią (leczenie farmakologiczne prowadzi lekarz specjalista psychiatra oraz konsultuje lekarz specjalista seksuolog). Grupa terapeutyczna liczy maksymalnie ośmiu pacjentów, prowadzi ją dwóch terapeutów. Spotkania w intensywnej fazie programu odbywają się przynajmniej trzy razy w tygodniu (w warunkach stacjonarnych) oraz przynajmniej raz w tygodniu (w warunkach ambulatoryjnych). Czas trwania terapii określany jest w każdym przypadku indywidualnie (bierze się pod uwagę: ocenę ryzyka recydywy, aktualną sytuację psychospołeczną pacjenta — w tym prawną — konieczność stosowania farmakoterapii, stopień osiągniętych celów cząstkowych terapii). Bilans zalet i wad terapii indywidualnej oraz grupowej przedstawiono w tabeli 2, natomiast kryteria konieczności interwencji farmakologicznej oraz przykładowy algorytm postępowania wobec sprawców przestępstw seksualnych uzależnionych od aktywności seksualnej zestawiono w tabeli 3.

Tabela 2. Zalety i wady grupowej oraz indywidualnej terapii sprawców przestępstw seksualnych (na podstawie: [18])

Terapia	Zalety	Wady
Grupowa	<ul style="list-style-type: none"> • łatwiejsze uczenie się umiejętności • silne wsparcie innych • większa dynamika pracy • mniejsze niebezpieczeństwo manipulacji • bardziej intensywny kontakt emocjonalny • niższe koszty 	<ul style="list-style-type: none"> • mniej czasu na osobiste kontakty • mniejsza poufność
Indywidualna	<ul style="list-style-type: none"> • większa poufność • więcej czasu dla pacjenta • większy komfort dla pacjenta • niski poziom lęku i obaw 	<ul style="list-style-type: none"> • skłonność do sekretów • większe możliwości manipulowania • mała możliwość społecznego uczenia się • mniejszy poziom wsparcia • większe koszty

Tabela 3. Kryteria konieczności interwencji farmakologicznej wobec sprawców przestępstw seksualnych oraz algorytm postępowania farmakologicznego w przypadku uzależnienia od seksu (na podstawie: [3, 19])

Pomocnicze kryteria konieczności zastosowania farmakoterapii u sprawców przestępstw seksualnych	Algorytm postępowania farmakologicznego w przypadku parafilnego (PSA) i nieparafilnego (NPSA) uzależnienia od seksu
<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia seksualna z wysoką częstotliwością zachowań dewiacyjnych, które są uporczywie powtarzane w długim odcinku czasu. 2. Wysoki poziom dewiacyjnego pobudzenia lub wysoki poziom pobudzenia na wszystkie bodźce (pożądane i dewiacyjne). 3. Intensywna masturbacja (częściej niż raz dziennie) lub pojawianie się ciągłych, niechcianych, dewiacyjnych fantazji lub pobudzenia na widok personelu lub osoby prezentowanej w mediach. 4. Kolekcjonowanie pornografii lub oglądanie programów telewizyjnych ukazujących osoby podobne do ofiar i trwanie tych zachowań pomimo wskazówek dotyczących potrzeby ich zaprzestania. 5. Badania hormonalne wskazują patologicznie wysoki poziom testosteronu. 	<ol style="list-style-type: none"> I. Ocenić stopień nasilenia objawów (lekki, umiarkowany, ciężki, katastrofalny). II. Zastosować odpowiedni poziom interwencji. <ol style="list-style-type: none"> 1. poziom – bez farmakoterapii, psychoterapia kognitywno-behawioralna, 2. poziom (wszystkie łagodne przypadki) – farmakologiczne leczenie zaczynać od SSRI, 3. poziom (łagodne i umiarkowane przypadki) – gdy leki z grupy SSRI nie są efektywne w ciągu 4–6 tygodni, dodać antyandrogen w małych dawkach, 4. poziom (większość umiarkowanych przypadków i niektóre ciężkie) – pełna terapia antyandrogenowa lub hormonalna lekami doustnymi, 5. poziom (większość przypadków ciężkich i niektóre katastrofalne) – pełna terapia antyandrogenowa lub hormonalna preparatem podawanym domięśniowo, 6. poziom (niektóre przypadki ciężkie i leczenie z wyboru dla katastrofalnych) – pełna supresja antyandrogenowa.

6. Fazy programu

Poszczególne fazy programu korespondują z zaproponowanymi przez M. Beisert [20], W. Czernikiewicza [12] i Z. Lwa-Starowicza [21] podziałami na etapy (moduły) oddziaływań terapeutycznych i oznaczają kolejne stopnie zaawansowania w przebiegu terapii. Program zakłada możliwość udziału w terapii pacjentów o różnym poziomie doświadczeń terapeutycznych (np. osób uczestniczących uprzednio w specjalistycznych programach realizowanych w zakładach karnych), a więc również zainicjowanie terapii w określonej (adekwatnej do sytuacji i potrzeb pacjenta) fazie.

6.1. Faza diagnostyczna — jej celem jest sporządzenie diagnozy funkcjonalnej, tzn. rozpoznanie indywidualnych problemów pacjenta oraz zaplanowanie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. Ten etap terapii polega na:

- analizie dostarczonej dokumentacji,
- ocenie statycznego i dynamicznego ryzyka recydywy,
- diagnozie kontekstu społecznego, w którym żyje pacjent,
- diagnozie mechanizmów regulacji zachowań seksualnych,

- diagnozie osobowości (w tym kompetencji emocjonalnych i społecznych),
- ocenie kompetencji poznawczych,
- ocenie poziomu agresywności i ryzyka zachowań autodestrukcyjnych,
- diagnozie w kierunku uzależnień i zaburzeń psychotycznych,
- ogólnej ocenie stanu zdrowia,
- przedstawieniu diagnozy pacjentowi oraz ocenie motywacji do leczenia.

6.2. Faza kontraktu terapeutycznego — jej celem jest określenie wspólnie z pacjentem zasad oraz przebiegu koniecznych oddziaływań terapeutycznych. Na tę fazę terapii składa się:

- tworzenie modelu współpracy z pacjentem,
- przyznanie się pacjenta do popełnienia przestępstwa (fantazji i czynów dewiacyjnych) i podjęcie decyzji o porzuceniu dewiacyjnych zachowań,
- zobowiązanie się pacjenta do przestrzegania zasad obowiązujących uczestników programu.

6.3. Faza terapii właściwej (dokonywania zmian) — celem tej fazy jest wyposażenie pacjenta w wiedzę, umiejętności oraz pewność siebie, które pozwolą osiągnąć mu satysfakcję życiową dzięki unikaniu ryzyka i osiąganiu indywidualnych celów. W trakcie oddziaływań terapeutycznych podejmowane są kolejno tematy z następujących obszarów [3, 16]:

Historia życia — prezentacja przez pacjentów własnej historii (np. za pomocą techniki genogramu) pozwala na analizę: rozwoju psychoseksualnego i relacji z osobami znaczącymi, trudności w budowaniu związków intymnych w dorosłym życiu, doświadczenia wykorzystywania seksualnego oraz przemocy fizycznej i emocjonalnej, poczucia własnej wartości, problemów lub dewiacji seksualnych, sposobów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, zdolności do brania odpowiedzialności za własne działania, poziomu autoregulacji. W efekcie możliwa jest identyfikacja konkretnych problemów pacjenta (na tle całokształtu jego rozwoju) oraz stawianie hipotez dotyczących ich źródeł.

Budowanie poczucia własnej wartości — pacjenci określają poziom własnej samooceny, pracują nad jej urealnieniem oraz wzmocnieniem. Oznaczenie indywidualnych obszarów kompetencji pozwala pacjentom uzyskać pewność siebie oraz daje motywację do wytrwałej realizacji zamierzeń terapeutycznych; pozwala również na oddzielenie „osoby” od własnych „zachowań przestępczych”.

Poznawcza analiza schematów myślenia — pacjenci uczą się podstaw analizy schematów myślenia z uwzględnieniem kluczowych przekonań, dysfunkcyjnych założeń, negatywnych automatycznych myśli i ich wpływu na reakcje fizjologiczne i stan emocjonalny, a w konsekwencji — na wybór zachowań.

Nauka przyjmowania odpowiedzialności — pacjenci pracują nad mechanizmami zaprzeczania i minimalizowania osobistej odpowiedzialności za własne wybory; poznają swoje nawykowe mechanizmy obronne i uczą się radzić sobie w sposób konstruktywny; są zachęceni do uznania faktu, że każdy ma jakieś wady i nie musi być doskonały, aby zasłużyć na akceptację.

Rozwiązywanie problemów w związkach intymnych — omawia się problemy w związkach intymnych, podaje w wątpliwość destruktywne przekonania i mity; kształtowane są właściwe postawy, przekazywana jest wiedza o prawidłowych związkach i fundamentach

relacji międzyludzkich; pracuje się nad wytworzeniem poczucia komfortu w odniesieniu do sfery seksualnej.

Analiza cyklu dewiacyjnego — pacjenci opisują i analizują wszystkie okoliczności poprzedzające popełnienie przestępstwa i do niego prowadzące, opracowują strategie radzenia sobie, modyfikują wadliwe postawy, przekonania i schematy poznawcze.

Zwiększanie sensytywności — pacjenci usprawniają umiejętności rozpoznawania własnych uczuć, uczą się podstawowej empatii, nabywają zdolności rozumienia innych ludzi (szczególnie ofiar). Omawiana jest problematyka osobistej wrażliwości w życiu każdego człowieka, przekazywane są informacje o różnorodności i bogactwie życia uczuciowego.

Modyfikacja zainteresowań seksualnych — wzmacniane są normatywne i pożądane zainteresowania seksualne, a korygowane — zainteresowania dewiacyjne; pacjenci szczególnie oporni oraz przejawiający silne i utrwalone przekonania dewiacyjne uczestniczą w terapii behawioralnej, opartej na mechanizmie desensytyzacji, lub poddawani są oddziaływaniom farmakologicznym; wszyscy uczą się łagodzenia doświadczanego wstydu, wyznaczania prawidłowych granic w obszarze seksualności, uzupełniają ogólną wiedzę seksualną oraz monitorują treść fantazji seksualnych.

6.4. Faza zapobiegania nawrotom — na tym etapie klasyczna „koncentracja na unikaniu” (ryzyka, wpadki, nawrotu) jest uzupełniana formułowaniem i realizacją „celów związanych z dążeniem” — zakłada tworzenie planów lepszego życia. W pracy terapeutycznej bazuje się na metodach terapii zapobiegania nawrotom, stosowanych w modelu leczenia uzależnień. Pacjent z pomocą terapeuty określa:

- indywidualne czynniki ryzyka,
- wskaźniki nawrotu,
- strategie zapobiegania i redukcji ryzyka,
- krótko- i długoterminowe cele życiowe,
- osobiste zasoby,
- sieć wsparcia,
- konkretne plany dotyczące trybu życia, pracy i czasu wolnego.

6.5. Faza terapii pogłębionej i monitorowania zmian — jej celem jest utrzymanie zmian osiągniętych w poprzednich fazach terapii oraz umiejętne radzenie sobie z bieżącymi trudnościami. Praca z pacjentem opiera się na metodach terapii indywidualnej i koncentruje na:

- pracy nad wybranymi osobowościowymi problemami pacjenta (lub aktualnymi sytuacjami kryzysowymi),
- utrwalaniu wyuczonych, właściwych postaw,
- monitorowaniu ryzyka recydywy.

W warunkach stacjonarnych program uzupełniany jest wieloma działaniami wspomagającymi, takimi jak: trening integracyjny, trening umiejętności społecznych, zajęcia relaksacyjne, terapia zajęciowa, psychoedukacja i edukacja seksualna. Zakłada się następujący czas trwania kolejnych faz programu:

- faza diagnostyczna oraz faza kontraktu terapeutycznego — ok. 1 roku,

- faza terapii właściwej — ok. 2 lat,
- faza zapobiegania nawrotom — od 0,5 do 1 roku,
- faza terapii pogłębionej i monitorowania zmian — czas nie jest ściśle określony (może to być kilka — kilkanaście lat w zależności od potrzeb i oceny ryzyka recydywy).

Trzy pierwsze fazy składają się na tzw. intensywną terapię (cehuje ją wysoka częstotliwość spotkań), dwie następne — to okres terapii podtrzymującej.

7. Ewaluacja programu

Za ogólne kryteria postępów osiągniętych w wyniku oddziaływań terapeutycznych uznaje się pozytywny stosunek pacjentów do proponowanej oferty, aktywną postawę podczas spotkań, rzeczywiste zaangażowanie w realizację zadań indywidualnych oraz frekwencję. Zespół terapeutyczny monitoruje postępy za pomocą Skali Oceny Pacjenta [3]. Ponadto na każdym z etapów terapii ocenie zespołu podlega: przestrzeganie zasady abstynencji (niepopelniania czynów zabronionych) oraz kształt i poziom motywacji pacjentów.

W celu szczegółowego określenia pożądanych zmian osiągniętych przez pacjentów stosuje się wskaźniki w postaci celów cząstkowych terapii. Do oszacowania stopnia osiągniętych celów cząstkowych sędziowie kompetentni (członkowie zespołu terapeutycznego oraz superwizor terapii zaburzeń seksualnych) używają pięciostopniowych skal szacunkowych. Systematycznie dokonuje się również oceny ryzyka powrotu do przestępstwa — na podstawie kryteriów opracowanych przez Marshalla [17]. Indywidualna ocena ryzyka recydywy (statycznych i dynamicznych czynników ryzyka) dokonywana jest niezależnie od oceny postępów w terapii — jej celem jest wskazanie, w jakim stopniu, pomimo postępów w terapii, możliwe jest ponowne popełnienie przestępstwa. Statyczne czynniki ryzyka oceniane są przynajmniej dwukrotnie w ciągu roku, a czynniki dynamiczne — przynajmniej raz na miesiąc. Służą temu: wywiad, obserwacja, testy psychometryczne oraz analiza dokumentacji.

Program przewiduje uczestnictwo stażystów (psychologów i lekarzy), szkolących się w dziedzinie seksuologii. Na jednego pacjenta ośrodka przypadać powinna maksymalnie jedna osoba odbywająca staż. Zespół terapeutyczny otrzymuje zewnętrzne wsparcie oraz podlega superwizji u superwizora Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego.

8. Podsumowanie

Przedstawiona powyżej koncepcja kompleksowego programu terapii opiera się na sprawdzonych w świecie wzorach leczenia tak specyficznej grupy pacjentów, jaką stanowią sprawcy przestępstw seksualnych, u których zdiagnozowano zaburzenia preferencji seksualnych. Dobrze ustrukturyzowany program, oparty na empirycznie zweryfikowanych czynnikach ryzyka, daje szansę na znaczącą redukcję doświadczanych przez pacjentów zaburzeń, a poprzez poprawę jakości ich życia może ograniczyć potrzeby kryminogenne i przyczynić się do wyeliminowania dysfunkcyjnych (w tym wypadku — przestępczych) zachowań.

Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; Warszawa 2000.
2. Marcinek P, Peda A. Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej. *Seksuol. Pol.* 2009; 7, 2.

3. Marshall W. Praca ze sprawcami przestępstw seksualnych. Materiały szkoleniowe. Sulejów: Centralny Zarząd Służby Więziennej i Fundacja Dzieci Niczyje; 2007.
4. Prochaska J. Norcross J. Systemy terapeutyczne. Analiza transteoretyczna. Warszawa: IPZ PTP; 2006.
5. Beck J. S. Terapia poznawcza. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
6. Czabała C. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
7. Pervin LA. Psychologia osobowości. Gdańsk: GWP; 2002.
8. de Barbaro B, red. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
9. Carnes P. Od nałogu do miłości. Jak wyzwolić się z uzależnienia od seksu i odnaleźć prawdziwe uczucie. Poznań: Media Rodzina; 2001.
10. Kafka M. Zaburzenia o charakterze parafilijnym. Nieparafilijna nadaktywność seksualna oraz seksualna kompulsja (nałóg). W: Leiblum SR, Rosen RC, red. Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańsk: GWP; 2005; s. 542–577.
11. Pospiszyl K. Przestępstwa seksualne. Warszawa: Wydawnictwo APS, Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005.
12. Czernikiewicz W. Przestępcy seksualni — wykład. Kurs specjalizacyjny: Seksuologia sądowa. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; 2006 (materiały niepublikowane).
13. Mann R. Sex offender treatment programmes — seminarium. Popowo: Centralny Zarząd Służby Więziennej; 2008 (materiały niepublikowane).
14. Beisert M. Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2004.
15. Marshall W. Czy pedofilia jest uleczalna? Wyniki badań północnoamerykańskich. Seksuologia Polska 2008; 6, 1.
16. Marshall W, Marshall L, Serran G, O'Brien M. Skuteczna terapia sprawców przestępstw seksualnych: program Rockwood. Dziecko krzywdzone 2007, 1, 18.
17. Marshall W, Marshall L, Serran G, Fernandez Y. Treating sexual offenders. An integrated approach. New York: Taylor and Francis Group; 2006.
18. Sawa M. Oddziaływania terapeutyczne wobec przestępców seksualnych. W: Świtka J, Kuć M, Niewiadomska I, red. Osobowość przestępcy a proces resocjalizacji. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2005; s. 243–255.
19. Marek W, Kowalczyk R, Lew-Starowicz Z. Wkład farmakoterapii w proces leczenia uzależnienia od seksu. Przegl. Seksuol. 2009; 2, 18.
20. Beisert M. Propozycja ramowego programu terapii sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom w rodzinie (wykorzystania kazirodcze). Materiały niepublikowane. Instytut Psychologii UAM Poznań, 2007.
21. Lew-Starowicz Z. Leczenie sprawców przestępstw seksualnych — wykład. Kurs specjalizacyjny: Seksuologia sądowa. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2006 (materiały niepublikowane).

Adres: Przemysław Marcinek
ul. Szczepanowskiego 27, 64-100 Leszno
tel. kom. 603 291 650, e-mail: przem.soft@interia.pl
Andrzej Peda
ul. Drzymały 12, 64-100 Leszno
tel. 501 628 767, e-mail: andrzejpeda@interia.pl

PSYCHIATRIA POLSKA

ROK 2010 WRZESIEŃ-PAŹDZIERNIK XLIV NR 5

Indeksowane w: Medline/Index Medicus, EMBASE/Excerpta Medica,
Science Citation Index Expanded (SciSearch) i Journal Citation Reports, IF 0.252
MNIŚW 9 pkt, PsycINFO I.C. 9 pkt, SJR (Scopus) 9 pkt

SPIS TREŚCI

Zaburzenia snu i rytmu okołodobowego w schizofrenii Agnieszka Skowerska, Adam Wichniak, Michał Skalski	621
Ocena przydatności skali GEOPTE – skali samooceny poznania społecznego dla chorych na schizofrenię Jacek Wciórka, Katarzyna Krasuska, Ewa Schaeffer, Justyna Waszkiewicz, Piotr Świtaj, Anna Chrostek, Andrzej Bembenek	633
Współwystępowanie objawów depresyjnych, zaburzeń jedzenia oraz obsesyjno-kompulsyjnych a używanie substancji psychoaktywnych w populacji 17-letniej młodzieży wielkomięskiej Renata Modrzejewska	651
Jąkanie w wieku przedszkolnym: przegląd badań Zbigniew Tarkowski, Ewa Humeniuk, Jolanta Dunaj	665
Psychoterapia oparta na teorii relacji z obiektem i psychodramie – integracyjne podejście w leczeniu zaburzeń odżywiania Bernadetta Izydorczyk	675
Wzory przywiązania, samoocena i płęć psychologiczna w anoreksji i bulimii psychicznej Barbara Józefik, Grzegorz Iniewicz, Romualda Ulasińska	691
Przyjaciółki wirtualnej Any – zjawisko proanoreksji w sieci internetowej Martyna Stochel, Małgorzata Janas-Kozik	703
Zespół Aspergera w ujęciu rodzinnym – przegląd badań Anna Żmijewska	713
Urojenia zmiany płci i dysmorfofobia w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej – opisy przypadków Małgorzata Urban, Jolanta Rabe-Jabłońska	723
Analiza ciężkiego i potrójnie nietypowego przebiegu psychozy katatoniczno-paroidalnej Tomasz Zyss, Paweł Franczuk, Anna Potoczek, Andrzej Zięba, Dominika Dudek, Zbigniew Ćwikliński, Maryna Rostworowska, Witold Pieniążek, Krzysztof Rewiuk, Tomasz Grodzicki, Magdalena Bosak, Krzysztof Banaszkiewicz, Grażyna Zwolińska, Andrzej Szczudlik	735