

# Co lekarze muszą wiedzieć przy ocenie ryzyka u sprawców przestępstw seksualnych

Rajan Darjee, Katharine Russell

*Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, 467-478

W tym artykule omówiono czynniki, które lekarze powinni brać pod uwagę, zanim przeprowadzą ocenę ryzyka u sprawców przestępstw seksualnych. Przedstawiono ogólne informacje dotyczące tej grupy przestępców (cechy charakterystyczne, modele przyczynowe, częstość recydywy i odpowiedzialność przed prawem), zależności między zaburzeniami psychicznymi i przemocą seksualną, czynniki ryzyka i czynniki ochronne, a także narzędzia oceny czynników ryzyka.

Rzadko zdarza się tydzień, w którym w mediach nie pojawiałyby się doniesienia o zagrożeniach powodowanych przez sprawców przestępstw seksualnych. Żadna inna grupa przestępców nie jest narażona na takie nasilenie lęku społecznego, nienawiści i odrazy. Te emocje zdominowały również debatę polityczną. Także psychiatrzy i inne osoby zajmujące się zdrowiem psychicznym nie są odporni na takie wpływy. Choć może być trudno nie ulegać własnym lękom i ocenom moralnym, a także presji społecznej i czynnikom politycznym, najważniejszym zadaniem podczas pracy z osobą, która stwarza zagrożenie przestępstwem seksualnym, jest wykorzystanie umiejętności klinicznych i dowodów naukowych do zrozumienia pacjenta, obiektywnej oceny zagrożenia i opracowania planu, który jednocześnie minimalizuje to ryzyko i pomaga funkcjonować prospołecznie. Dobrą wiadomością dla lekarzy jest to, że są dowody naukowe, doświadczenie kliniczne i wytyczne, które mogą być pomocne w realizacji tych celów.

W tym i kolejnym artykule autorzy chcą pomóc klinicyzom w opracowaniu praktycznego, opartego na dowodach podejścia, które od ponad pięciu lat wykorzystywane jest w ośrodku autorów do zdobycia wiedzy na temat leczenia sprawców przestępstw seksualnych funkcjonujących w społeczeństwie. W pierwszej kolejności autorzy skupili się na informacjach o przestępcach seksualnych, które lekarze muszą znać, zanim dokonają oceny ryzyka i opracują plan radzenia sobie z zagrożeniami. W następnym artykule omówiono to,

w jaki sposób należy dokonywać oceny ryzyka i tworzyć plan radzenia sobie z nim.

Autorzy skupili się przede wszystkim na dorosłych mężczyznach. Choć większość sprawców przestępstw seksualnych to mężczyźni, coraz częściej rozpoznaje się również kobiety będące sprawcami przemocy seksualnej,<sup>1</sup> zaś niewielka część (istotna mniejszość) przestępstw seksualnych jest popełniana przez dzieci i nastolatków.<sup>2</sup> Nie ma miejsca, aby szczegółowo omawiać te grupy sprawców; ważne jednak, aby podkreślić, że podejścia wykorzystywane u mężczyzn nie powinny być stosowane u kobiet i młodzieży.

## Charakterystyka przestępstw seksualnych i ich sprawców

Przestępstwa seksualne obejmują różne zachowania, począwszy od zabójstwa na tle seksualnym, przez gwałt i dotyk o charakterze seksualnym, a skończywszy na ekshibicjonizmie i podglądactwie. To, czy dane zachowanie ma charakter przestępstwa lub nadużycia, jest zależne od tego, czy ofiara jest w stanie i chce wyrazić zgodę. Wszystkie zachowania seksualne z udziałem dzieci mają charakter nadużycia i są nielegalne, chociaż w różnych krajach przyjmuje się odmienne granice wiekowe. Przymus przejawia się różnymi zachowaniami – od subtelnej manipulacji, przez groźby, do przytrzymywania ofiary i, niekiedy, stosowania zagrażającej życiu przemocy. Ostatnio odnotowano zwiększenie liczby przestępstw pod postacią publikowania por-

Rajan Darjee jest konsultantem psychiatrii sądowej, Katharine Russell jest psychologiem klinicznym, konsultantem sądowym oraz współprowadzącą NHS Lothian Sex Offender Liaison Service, który oferuje konsultacje, diagnozę i leczenie mające na celu pomaganie sądownictwu karnemu i innym instytucjom w radzeniu sobie ze skomplikowanymi problemami generowanymi przez sprawców przestępstw seksualnych w społeczności. Jej zainteresowania kliniczne i badawcze skupiają się wokół parafilii i zaburzeń osobowości u sprawców przestępstw seksualnych oraz ich konsekwencji dla radzenia sobie z powodowanym przez te problemy zagrożeniem dla społeczeństwa.

Adres do korespondencji: Rajan Darjee, NHS Lothian Sex Offender Liaison Service (SOLS), The Orchard Clinic, Royal Edinburgh Hospital, Morningside Terrace, Edinburgh EH10 5HF, Wielka Brytania; e-mail: rajan.darjee@nhslothian.scot.nhs.uk

Konflikt interesów: brak.

nografii dziecięcej w internecie i coraz większe zainteresowanie wykorzystywaniem portali społecznościowych w celu „przygotowywania” dzieci do wykorzystania seksualnego.<sup>3,4</sup> Obecnie w Wielkiej Brytanii nielegalne jest posiadanie brutalnej pornografii (przedstawiającej zoofilię, nekrofilie i poważne akty sadyzmu). Znacząca mniejszość przestępstw seksualnych jest popełniana przez osoby działające wspólnie, od par sprawców, przez gangi i grupy, do tzw. kręgów pedofilnych. Biorąc pod uwagę zakres przemocowych zachowań seksualnych, sprawcy seksualni muszą mieć różne motywacje, działać w różnych okolicznościach, różnić się pod względem cech osobniczych, osobowości, psychopatologii, funkcjonowania seksualnego, skłonności do ponawiania przestępstw i podatności na interwencje.

Mimo tej różnorodności wydaje się, że są cechy charakterystyczne, motywacje i sposoby postępowania wspólne dla niektórych przestępców seksualnych. Przedstawiono typologie motywacyjne gwałcicieli,<sup>5</sup> osób molestujących dzieci,<sup>5</sup> ekshibicjonistów,<sup>6</sup> przestępców internetowych,<sup>7</sup> zabójców na tle seksualnym<sup>8</sup> i sprawców przestępstw wobec kobiet.<sup>1</sup> Niewiele z nich zyskało potwierdzenie empiryczne. Nie należy wrzucać jednostek w typologiczne przegródki, jednak typologie mogą być pomocne w konceptualizacji przypadku. Na przykład znane typy gwałcicieli to: sadyzyczny, zły, oportunistyczny i seksualny;<sup>5,9-11</sup> chociaż motywacje niektórych są mieszane i nie wszyscy gwałciciele z danej kategorii są identyczni.

### Co jest przyczyną przestępstw seksualnych?

Istnieją różne koncepcje etiologiczne dotyczące przestępczości seksualnej.<sup>12</sup> Niektóre teorie jednoczynnikowe zwracają uwagę na znaczenie procesów poznawczych, deficytu empatii dla ofiary, dewiacji seksualnych, czynników biologicznych lub społeczno-kulturowych. Najbardziej przydatne, biorąc pod uwagę złożoność przestępstw seksualnych, są teorie wieloczynnikowe. Różne modele podkreślają czynniki w większym stopniu dystalne (np. genetyczne i rozwojowe działające w dzieciństwie) i proksymalne (np. myśli i fantazje dotyczące przestępstwa); niektóre opisują szlaki prowadzące do przestępstwa wskutek połączenia różnych czynników.

Są różne modele etiologiczne dotyczące gwałcicieli<sup>13</sup> i osób molestujących dzieci.<sup>14</sup> Niektóre oferują szerokie ramy rozwoju i utrzymywania się przestępczości seksualnej rozumianej całościowo.<sup>15,16</sup> Według ujednoczonej teorii Warda i Beecha<sup>16</sup> czynniki genetyczne i neurorozwojowe (działające w okresie rozwoju mózgu) oraz środowisko indywidualne, społeczno-kulturowe i fizyczne kształtują funkcjonowanie psychiczne (motywacje/emocje, działanie/kontrolę oraz percepcję/pamięć). Te czynniki stanowią fundament i umożliwiają wyszczególnienie czynników bardziej proksymalnych w stosunku do przestępstwa seksualnego (takich jak problemy emocjonalne, trudności społeczne, nieprawidłowe pobudzenie lub procesy poznawcze). Konsekwencje przestępstwa, przez wpływ na środowisko sprawcy, prowadzą z kolei do podtrzymywania, ugruntowywa-

nia się i eskalacji cech psychologicznych. Te ramy pasują do obecnych modeli ryzyka.<sup>17</sup> W różnych punktach tego modelu ujawnia się rola zaburzeń psychicznych.

Inne ramy, którymi można się posłużyć przy konceptualizacji klinicznej, stworzyli Hudson i Ward,<sup>18</sup> którzy dokonali rozróżnienia między sprawcami „dążącymi” (którzy chcą popełnić przestępstwo i czują się dobrze po jego dokonaniu) i „unikającymi” (którzy próbują nie popełnić ponownie przestępstwa, mają słabe umiejętności radzenia sobie i doświadczają negatywnych emocji po popełnieniu przestępstwa).

### Częstość ponownych przestępstw

W ciągu 5-10 lat kolejne przestępstwo o podobnym charakterze popełnia 10-20% sprawców przestępstw seksualnych.<sup>19,20</sup> W metaanalizie recydywy u przestępców seksualnych, przy średnim okresie obserwacji rzędu 5-6 lat,<sup>21</sup> udokumentowana nawrotowość przestępstw seksualnych dotyczyła 13,7% osób, powtarzalność przemocy o charakterze innym niż seksualna – 14%, powtarzalność przemocy w ogóle (seksualnej lub o innym charakterze) – 25%, zaś ogólny odsetek recydywy – 36,9%. Sprawcy, których ofiarami byli dorośli, charakteryzowali się większą częstością przemocy i ogólnej nawrotowości niż sprawcy, których ofiarami były dzieci. Nawrotowość przestępstw seksualnych jest największa u osób molestujących dzieci spoza rodziny, najmniejsza u osób molestujących dzieci będące członkami ich rodzin, a pośrednia u sprawców gwałtów na dorosłych.<sup>22</sup> Sprawcy przestępstw seksualnych wobec chłopców popełniają je częściej ponownie w porównaniu ze sprawcami, których ofiarami są dziewczynki. Sprawcy przestępstw wobec dorosłych i dzieci lub osób płci męskiej i żeńskiej częściej ponownie popełniają przestępstwa w porównaniu ze sprawcami, których ofiary nie są różnorodne.<sup>23</sup> Sprawcy przestępstw seksualnych wobec kobiet charakteryzują się bardzo niskim odsetkiem recydywy.<sup>24</sup> Wysoki odsetek nawrotów obserwuje się wśród ekshibicjonistów.<sup>25</sup> Mniej więcej do co piątego przestępstwa seksualnego dochodzi ponad 10 lat po zwolnieniu.<sup>26</sup> U sprawców przestępstw seksualnych powyżej 60 r.ż. obserwuje się bardzo mały odsetek nowych przestępstw.<sup>22</sup>

Nie dziwi, że większą częstość recydywy opisuje się w przypadku podejrzanych nieskazanym lub przy uwzględnieniu innych niepokojących zachowań.<sup>27</sup> Nawet biorąc pod uwagę zbyt rzadkie zgłaszanie, większość sprawców przestępstw seksualnych nie popełnia ponownego przestępstwa. Jeżeli tak się dzieje, zwykle są to przestępstwa o charakterze innym niż seksualny. Przestępcy seksualni charakteryzują się mniejszą częstością ponownych przestępstw w porównaniu z prawie wszystkimi innymi grupami przestępców.<sup>28</sup>

### Ograniczenia i środki prawne

W Wielkiej Brytanii wobec sprawców przestępstw seksualnych żyjących w społeczeństwie można zastosować szereg restrykcji

prawnych. Najczęstszą formą tych restrykcji jest wprowadzenie obowiązku rejestrowania się sprawców przestępstw seksualnych, czasami określanym mianem zapisanych w rejestrze przestępców seksualnych (Sex Offenders Register, SOR) lub zarejestrowanych sprawców przestępstw seksualnych (registered sex offender, RSO). Podczas trwania obowiązku rejestrowania się sprawcy muszą informować policję o miejscu zamieszkania i wszelkich planowanych jego zmianach. Przy najmniej raz w roku muszą aktualizować szczegółowe dane osobiste i informacje na swój temat. Czas trwania obowiązku rejestrowania się jest zależny od wyroku sądu. Policja może posługiwać się nakazem prewencji przestępstw seksualnych (sexual offence prevention order, SOPO) lub ryzyka nadużyć seksualnych (risk of sexual harm order, ROSHO) w celu kontrolowania tych sprawców, co do których istnieje podejrzenie, że stwarzają zagrożenie dla społeczeństwa. Można posłużyć się również zakazem podróży zagranicznych (foreign travel order, FTO), aby zapobiec wyjazdom sprawców przestępstw seksualnych. Są to zakazy nakładane przez sąd, a ich złamanie może skutkować karą więzienia.

W przypadku wyroków bezterminowych orzekane jest pozostawanie do dyspozycji sądu, połączone np. z obowiązkiem rejestracji do końca życia (order for lifelong restriction, ORL) w Szkocji lub pozbawieniem wolności w celu ochrony społeczeństwa (imprisonment for public protection, IPP) w Anglii i Walii.<sup>29,30</sup> Do wyroku ograniczonego w czasie może być dołączony wyrok w zawieszeniu, co umożliwia wydłużenie okresu obowiązkowego nadzoru, podczas którego możliwe jest ponowne skierowanie sprawcy do więzienia. W przypadku sprawców przestępstw seksualnych często zapadają wyroki nieograniczone w czasie lub przedłużone o wyrok w zawieszeniu. Nadzór kuratorski, określanym obecnie w Szkocji mianem „community payback order” (zalecenia spłaty długu wobec społeczeństwa), może być formą wyroku społecznego, obwarowanego takimi warunkami, jak poddawanie się nadzorowi i leczeniu oraz nakładanym ograniczeniom dotyczącym funkcjonowania. Złamanie warunków nadzoru może skutkować więzieniem. Analogicznie, w sytuacji, kiedy sprawcy są wypuszczani z więzienia na zasadzie zwolnienia warunkowego, złamanie warunków tego zwolnienia może powodować ponowne wezwanie do odbycia kary i pozostałego wyroku. Jednym z warunków zwolnienia warunkowego może być uczestniczenie w programie terapeutycznym dla sprawców lub korzystanie z leczenia psychiatrycznego.

### Zaburzenia psychiczne a przestępstwa seksualne

Jeżeli uwzględnimy szeroki zakres różnych rozpoznań oferowanych przez ICD-10 i DSM-IV, okazuje się, że większość sprawców przestępstw seksualnych cierpi na zaburzenia psychiczne. Najczęstsze są zaburzenia osobowości, parafilie i zaburzenia spowodowane używaniem substancji. Poważne choroby psychiczne, zaburzenia organiczne i upośledzenie

umysłowe są rzadsze, jednak częstsze niż w populacji ogólnej. Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w Szwecji<sup>31</sup> i Danii<sup>32</sup> kwestionują od dawna panujący pogląd, zgodnie z którym nie istnieje zależność między chorobami psychicznymi a przestępczością seksualną, przywołując na myśl wcześniejsze badania dotyczące przemocy o charakterze innym niż seksualna w latach 90. XX wieku. Zależności między zaburzeniami psychicznymi a przestępstwami na tle seksualnym są złożone. Czynnikiem pośredniczącym mogą być bezpośrednio objawy, wpływ zaburzenia na funkcjonowanie interpersonalne lub seksualne, wtórne problemy (nadużywanie substancji lub niekorzystne warunki społeczne) oraz inne czynniki (np. dysfunkcja osobowości). Istotne będą także czynniki całkowicie niezwiązane z zaburzeniami psychicznymi, a zaburzenie psychiczne może w konkretnym przypadku mieć znaczenie marginalne. Celem klinicznym jest indywidualne rozumienie przestępstwa seksualnego, znalezienie funkcjonalnego związku (bezpośredniego i pośredniego) między zaburzeniem a zachowaniem. Psychiatrzy powinni zachować ostrożność przy traktowaniu zaburzeń psychicznych jako podstawowego wytłumaczenia dla przestępstw seksualnych, albo, z drugiej strony, tendencji do całkowitego pomijania ich znaczenia. W większości przypadków zachodzą złożone interakcje między czynnikami związanymi z samym zaburzeniem i innymi. Kiedy zrozumiemy znaczenie zaburzeń psychicznych, należy rozważyć ich wpływ na ocenę ryzyka i leczenie.

### PSYCHOZY

Schizofrenia i inne psychozy są w niewielkim stopniu związane z przestępstwami o charakterze seksualnym, szczególnie mniej poważnymi.<sup>31,32</sup> Współistniejące zaburzenie osobowości i nadużywanie substancji wzmacnia tę zależność i jest związane z cięższymi przestępstwami. W przypadku chorych na schizofrenię sprawców poważnych przestępstw seksualnych w Anglii i Walii, którzy atakowali dorosłe kobiety:<sup>33-38</sup> większość doświadczało urojeń lub omamów związanych z przestępstwem, jednak u niewielu z nich objawy były bezpośrednim motorem przestępstwa; u większości z nich motywacja miała charakter oportunistyczny lub seksualny (a niezwiązany ze złością lub sadyzmem); zachowania dziwaczne lub skrajne były rzadkie; u większości sprawców występowały problemy interpersonalne, emocjonalne i seksualne, spotykane często u sprawców niecierpiących na choroby psychiczne, szczególnie w przypadku sprawców, którzy popełnili przestępstwo przed początkiem choroby; bardzo niewielu z nich korzystało z leczenia psychologicznego ukierunkowanego na przestępstwa seksualne. Objawy pozytywne, objawy negatywne, deficyty poznawcze, złe funkcjonowanie społeczne i leki wpływają na różne aspekty funkcjonowania psychospołecznego mające znaczenie w przypadku przestępstw seksualnych.<sup>39</sup> Psychoza nie jest predyktorem nawrotowości w badaniach długoterminowych.<sup>40</sup> W przypadku sprawców przestępstw seksualnych cierpiących na zaburzenia psychotyczne na równi z czynni-

kami niezwiązanymi z chorobą trzeba uwzględnić potencjalne znaczenie czynników związanych z chorobą, wpływających na stabilne czynniki dynamiczne i działających jak ostre czynniki wyzwalaające (np. niestosowanie się do zaleceń lekarza, nawroty zaburzeń psychicznych).

### ZABURZENIA AFEKTYWNE I NERWICOWE

Zaburzenie afektywne dwubiegunowe i depresja są słabiej związane z przestępstwami seksualnymi niż schizofrenia,<sup>31,32</sup> niemniej występuje istotna zależność. W niektórych grupach klinicznych opisywano duży odsetek depresji.<sup>41,42</sup> Współwystępowanie zaburzeń osobowości i nadużywania substancji nasila tę zależność. Mania powoduje odhamowanie seksualne, brawurowe zachowania i nastawienia wielkościowe, co może prowadzić do przestępstw na tle seksualnym, przeważnie o stosunkowo łagodnym charakterze. Depresja jest związana ze zmniejszeniem libido, jednak niektóre osoby wykorzystują fantazje i zachowania seksualne w celu poradzenia sobie z subklinicznym obniżeniem nastroju, co może być czynnikiem wyzwalającym przestępstwo. Obecność zaburzeń nastroju nie jest czynnikiem predykcynym ponownych przestępstw na tle seksualnym w dłuższej perspektywie,<sup>40</sup> jednak zmiany nastroju mogą być ważnymi proksymalnymi czynnikami wyzwalającymi. Leki przeciwdepresyjne mogą powodować działania niepożądane związane ze sferą seksualną, zmniejszając zachowania seksualne i czasami prowadząc do problemów paradoksalnych. Na przykład anorgazmia może oznaczać, że dana osoba poświęca więcej czasu na masturbację, zaś impotencja może prowadzić do poszukiwania silniejszej stymulacji i fantazji dewiacyjnych.

Zaburzenia lękowe charakteryzują się słabą dodatnią korelacją z przestępczością seksualną.<sup>31</sup> Słabe radzenie sobie ze stresem i lękiem są ważnymi czynnikami u niektórych sprawców przestępstw seksualnych, u części z nich fantazje i zachowania seksualne są wykorzystywane w celu radzenia sobie ze stresem.

Natrętne myśli o treści seksualnej występują nierzadko w zaburzeniu obsesyjno-kompulsyjnym, nie są jednak związane z przestępczością seksualną. Niektórzy klinicyści zwracali uwagę na podobieństwa między parafiliami a zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym, szczególnie w sytuacji, kiedy fantazje, impulsy i zachowania seksualne wydają się egodystoniczne. Pod względem fenomenologicznym obsesje seksualne są jednak czymś innym niż fantazje seksualne – nie towarzyszy im przeżywanie podniecenia seksualnego.

### ZABURZENIA ORGANICZNE I UPOŚLEDZENIE UMYSŁOWE

Psychozy organiczne są związane z przestępczością seksualną.<sup>32</sup> Otepienie może prowadzić do przestępstw seksualnych za pośrednictwem odhamowania, nasilenia niekorzystnych cech osobowości i pogorszenia funkcji poznawczych. Odhamowanie seksualne może wiązać się z zaburzeniami

czynności płąta czołowego. Zaburzenia świadomości mogą wyzwać zdezorganizowane impulsywne zachowania seksualne. U sprawców przestępstw seksualnych opisywano częstsze występowanie upośledzenia umysłowego.<sup>43</sup> Przestępstwa seksualne popełniają na przykład niektóre osoby cierpiące na zaburzenia zaliczane do kręgu autyzmu. Znaczenie może mieć nieumiejętność przybrania właściwej perspektywy, słabe umiejętności społeczne i interpersonalne, stereotypowe zainteresowania i izolacja. Należy być ostrożnym przy interpretowaniu tego rodzaju wyników, ponieważ osoby z upośledzeniem umysłowym mogą być zarówno łatwiejsze do wykrycia jako sprawcy, jak i rzadziej żyć w warunkach, które umożliwiają zapewnienie prywatności i intymności podczas zachowań seksualnych.

Wielu sprawców przestępstw seksualnych z upośledzeniem umysłowym jest kierowanych do ośrodków opieki zdrowotnej lub społecznej i nie ponosi odpowiedzialności karnej. Duża częstość przestępstw seksualnych w tej grupie może odzwierciedlać represyjne i restrykcyjne postawy wobec seksualności osób z upośledzeniem umysłowym. Zdolność do właściwych postaw i zachowań seksualnych może upośledzać zaburzone funkcjonowanie społeczne, słabe umiejętności interpersonalne i związane z budowaniem intymności oraz brak wiedzy seksualnej. Niektórzy sprawcy przestępstw seksualnych z upośledzeniem umysłowym nie mają tego rodzaju problemów i charakteryzują się podobnymi uwarunkowaniami i cechami charakterystycznymi jak sprawcy przestępstw seksualnych bez upośledzenia umysłowego.

Upośledzenie umysłowe nie jest samo w sobie związane z nawrotowością. Podobnie jak w przypadku innych interwencji u osób z upośledzeniem umysłowym, ważne jest, aby programy terapeutyczne uwzględniały występujące w tej grupie deficyty intelektualne.

### ZABURZENIA OSOBOWOŚCI

Wśród sprawców przestępstw seksualnych opisywano bardzo duży odsetek zaburzeń osobowości.<sup>31,44</sup> Zaburzenia osobowości występują szczególnie często u sprawców przestępstw seksualnych zaliczanych do grupy wysokiego ryzyka, skazanych na kary długoterminowe lub średniej długości<sup>45</sup> oraz u żyjących w społeczności sprawców przestępstw seksualnych, z którymi trudno sobie poradzić.<sup>46</sup> Patologie osobowości są różnorodne. U dorosłych gwałcicieli opisywano częste występowanie cech aspołecznych, narcystycznych, paranoidalnych i psychopatycznych, zaś u sprawców przestępstw wobec dzieci i przestępstw internetowych opisywano większą częstość cech unikających, schizoidalnych i obsesyjnych. Opisywano również duży odsetek zaburzenia osobowości borderline. Psychopatyczne zaburzenia osobowości są związane z nawrotowością przemocowych zachowań, ale niekoniecznie z powtarzaniem przestępstw o charakterze seksualnym.<sup>47</sup> Wiele stabilnych dynamicznych czynników ryzyka (patrz czynniki ryzyka i czynniki ochronne) jest przejawem dysfunkcyjnych cech osobowości. Ważne,

aby przy ocenie ryzyka, planowaniu i stosowaniu leczenia rozumieć patologię osobowości sprawcy przestępstwa seksualnego.

### ZABURZENIA SEKSUALNE

Nie dziwi, że parafilie są związane z przestępczością seksualną. Nie wszyscy sprawcy przestępstw seksualnych przejawiają parafilie, a większość osób z parafiliami nie popełnia przestępstw.<sup>48</sup> Opisywano, że częstość parafilii u sprawców przestępstw seksualnych mieści się w zakresie 25-75%.<sup>41,42,49</sup> Wśród osób molestujących dzieci sprawcy wybierający ofiary spoza rodziny charakteryzują się większą częstością występowania pedofilii, natomiast większość osób dopuszczających się kazirodztwa nie ma skłonności pedofilskich. U większości gwałcicieli nie stwierdza się parafilii i bardzo niewielu z nich charakteryzuje sadyzm seksualny. Natomiast u nawet 80% morderców na tle seksualnym stwierdza się parafilie.<sup>8,50</sup>

Niektórzy sprawcy przestępstw seksualnych przejawiają liczne parafilie. Z nawrotowością przestępstw seksualnych wiąże się dewiacje seksualne, szczególnie pedofilia, sadyzm seksualny i liczne parafilie. Inne parafilie prawdopodobnie zwiększają ryzyko ponownych przestępstw w określonych grupach sprawców (np. ocieractwo u mężczyzn skazanych za zakłócanie porządku publicznego w postaci ocierania się o kobiety w autobusach). Pomiaru fallometryczne u osób korzystających z internetowej pornografii dziecięcej wykazują, że częściej przejawiają one skłonności pedofilskie w porównaniu ze sprawcami bezpośrednich przestępstw wobec dzieci.<sup>3</sup> Czasami obserwuje się dysfunkcje seksualne, szczególnie zaburzenia erekcji. Nadmierne pobudzenie seksualne (sugerowana dysfunkcja seksualna według DSM-5) jest związane z nawrotowością. Wydaje się, że nie ma związku między niezadowolaniem związanym z płcią a przestępczością seksualną.

### KONSEKWENCJE DLA ROLI PLACÓWEK ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Placówki zdrowia psychicznego mają do odegrania bezpośrednią rolę w leczeniu sprawców przestępstw seksualnych cierpiących na zaburzenia psychiczne, zaburzenia organiczne i upośledzenie umysłowe. Kiedy tacy sprawcy popełniają poważne przestępstwa przeważnie trafiają do szpitala w celu zapewnienia bezpieczeństwa, a następnie wracają do społeczeństwa i pozostają pod opieką ośrodków psychiatrycznych. W miarę leczenia choroby i poprawy funkcjonowania społecznego ważne jest uwzględnienie opartej na dowodach oceny ryzyka i zajęcie się czynnikami istotnymi przy popełnianiu przestępstw seksualnych, które wymieniono poniżej i w następnym artykule. Samo „leczenie choroby” rzadko będzie uwzględniać ryzyko nawrotowości.

W przypadku sprawców przestępstw seksualnych z zaburzeniami osobowości i parafiliami właściwym punktem odniesienia jest system prawa karnego. W tych przypadkach rolę klinicystów będzie konsultowanie, diagnozowanie i leczenie w kontekście prawa karnego, w więzieniu lub w społecz-

stwie. Ocena psychiatryczna, której konkluzją jest, że dana osoba „nie jest chora psychicznie”, nie jest szczególnie pomocna. Lekarze powinni być w stanie stworzyć konceptualizację kliniczną i doradzać, jak postępować z tymi trudnymi pacjentami. Takim modelem autorzy posługują się w NHS Lothian Sex Offender Liaison Service, gdzie zapewniają opiekę psychologiczną i psychiatryczną, wspierając policyjne jednostki zajmujące się sprawcami przestępstw seksualnych i pracowników społecznych zajmujących się skazanymi (szkocki odpowiednik kuratorów sądowych) w złożonych przypadkach.<sup>51</sup> Jest to również model odpowiedni w pracy ze sprawcami z zaburzeniami osobowości żyjącymi w społeczeństwie, który jest promowany przez Ministerstwo Sprawiedliwości i Departament Zdrowia w Anglii i Walii.<sup>52</sup>

### Czynniki ochronne i czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka przemocy seksualnej są zmienną, która jest związana z ryzykiem przemocy seksualnej w przyszłości lub z radzeniem sobie z tym zagrożeniem. Zidentyfikowano wiele czynników ryzyka, które opisano w piśmiennictwie.<sup>19-21,40,53,54</sup> Można je podzielić na trzy kategorie (ramka 1).

1. Historyczne/statyczne czynniki ryzyka są powierzchownymi markerami wrodzonych i w dużej mierze stabilnych aspektów jednostki, które, jak wykazano w badaniach, pozwalają prognozować nawrotowość przestępstw. Są obecne przy dowolnej ocenie ryzyka i determinują, w jakim stopniu dana osoba stwarza zagrożenie w dłuższej perspektywie.

2. Stabilne dynamiczne czynniki ryzyka obejmują problemy emocjonalne, interpersonalne, poznawcze, społeczne i seksualne i są psychicznymi cechami jednostki, które mogą zmieniać się powoli wraz z upływem czasu, także w reakcji na leczenie. Powinny wskazywać na to, dlaczego określone czynniki historyczne mają znaczenie w konkretnym przypadku. Stabilne czynniki dynamiczne powinny pomóc w zrozumieniu, dlaczego dana osoba popełniła określony rodzaj przestępstwa, w ocenie reakcji na leczenie i stosowanych interwencji oraz w determinowaniu oceny, czy zaszła podstawowa zmiana w kluczowych obszarach funkcjonowania społecznego. Predyspozycje genetyczne, doświadczenia z dzieciństwa, rozwój w okresie dojrzewania i istotne wydarzenie w wieku dorosłym będą kształtować funkcjonowanie psychologiczne, społeczne i seksualne, tzn. określać ewolucję funkcjonowania w dziedzinach określonych przez stabilne dynamiczne czynniki ryzyka.

3. Ostre dynamiczne czynniki ryzyka wskazują na bezpośrednie zagrożenie. Niektóre z nich są czynnikami wyzwajającymi (czynniki destabilizujące, odhamowujące i wyzwajające), które wpływają na stabilne dynamiczne czynniki ryzyka, prowadząc daną osobę do znalezienia się w sytuacji lub w stanie, w którym wystąpi prawdopodobieństwo ponownego popełnienia przestępstwa. Inne z kolei wskazują na sytuację lub stan umysłu, który oznacza, że sprawcy mogą skłaniać się do ponownego popełnienia przestępstwa.

## Ramka 1

**Historyczne/statyczne, stabilne dynamiczne i ostre dynamiczne czynniki ryzyka powtarzalności przestępstw seksualnych****Historyczne/statyczne**

Przemoc seksualna w wywiadzie  
 Inna niż seksualna przemoc w wywiadzie  
 Problemy w dzieciństwie  
 Młody wiek  
 Problemy z zatrudnieniem  
 Problemy w relacjach  
 Nadużywanie substancji  
 Reakcja na nadzór

**Stabilne dynamiczne**

Wpływy społeczne

Deficyty intymności:

- zdolność do stabilności w relacjach
- emocjonalna identyfikacja z dziećmi
- wrogość wobec kobiet
- ogólne odrzucenie społeczne
- brak troski o innych

Postawy przed popełnieniem przestępstwa:

- postawy wspierające gwałt
- postawy wspierające osoby molestujące nieletnich
- uprzywilejowanie seksualne

Ogólna samoregulacja:

- impulsywność
- słabe rozwiązywanie problemów
- negatywna emocjonalność

Seksualna samoregulacja:

- nadmierne pochłonięcie seksualnością
- seks jako metoda radzenia sobie
- nieprawidłowe preferencje seksualne (dewiacje)

Współpraca podczas nadzoru

**Ostre dynamiczne**

Czynniki wyzwalające:

- Nasilenie nadużywania substancji
- Pogorszenie w relacjach
- Nasilenie kontaktów ze znajomymi sprzed okresu popełnienia przestępstwa
- Problemy z uzyskaniem lub utrzymaniem pracy
- Zwiększony dostęp do potencjalnych ofiar

Czynniki sytuacyjne/stan:

- Nadmierne zainteresowanie seksem
- Nastrój/stan psychiczny
- Stwarzanie możliwości lub robienie planów popełnienia przestępstwa
- Używanie narkotyków/alkoholu w celu poradzenia sobie z negatywnymi emocjami
- Izolacja
- Coraz bardziej chaotyczny styl życia

**HISTORYCZNE/STACYCZNE CZYNNIKI RYZYKA**

Historyczne/statyczne czynniki ryzyka należą do dwóch szerokich kategorii: społecznej i seksualnej. Czynniki społeczne są związane z nawrotowością przestępstw seksualnych i nie-

seksualnych, zaś czynniki seksualne – jedynie z nawrotowością przestępstw seksualnych. Przykładami historycznych czynników społecznych są: młody wiek, problemy z zatrudnieniem, używanie narkotyków i alkoholu, zaburzenia zachowania w dzieciństwie, przemoc o charakterze innym niż seksualna w wywiadzie, wcześniejsze przestępstwa i naruszenie zasad nadzoru. Niezdolność do tworzenia stabilnych relacji intymnych jest czynnikiem zawierającym jednocześnie elementy społeczne i seksualne. Podobnie jak problemy z zatrudnieniem, niezdolność do tworzenia intymnych relacji jest markerem różnych leżących u podstaw problemów, w tym impulsywności, dysregulacji emocjonalnej, problemów z przywiązaniem lub nieprawidłowych postaw wobec kobiet. Trudności w relacjach innych niż intymne nie są czynnikiem statystycznie związanym z nawrotowością przestępstw seksualnych, ale podobnie jak w przypadku relacji intymnych mogą być markerem wielu stabilnych dynamicznych czynników.

Wśród czynników seksualnych z nawrotowością przestępstw związane są wcześniejsze przestępstwa seksualne i ich liczba. Warto uwzględnić takie czynniki, jak charakter przestępstwa, nasilenie przemocy, eskalacja i różnorodność przestępstw, typ ofiary oraz wykorzystywanie przymusu fizycznego lub psychicznego. Z nawrotowością przestępstw seksualnych związane są: wykorzystywanie ofiar płci męskiej (szczególnie jeżeli ofiarami są dzieci); wywiad dotyczący niebezpośrednich przestępstw; przestępstwa, których ofiarami są niespokrewnione lub obce ofiary; ofiary obu płci; sytuacje, w której ofiarami są jednocześnie dorośli i dzieci. Ze statystycznego punktu widzenia rozległość uszkodzeń spowodowanych u ofiary jest odwrotnie skorelowana w prawdopodobieństwie nawrotowości, jednak przy ocenie ryzyka możliwości poważnej krzywdy trzeba brać pod uwagę stopień uszkodzeń, których doznała ofiara.

**STABILNE DYNAMICZNE/USPOSABIAJĄCE CZYNNIKI RYZYKA**

Hanson i Harris<sup>53</sup> oraz Beech i wsp.<sup>55</sup> zidentyfikowali stabilne dynamiczne czynniki ryzyka (ramka 1). Można je podzielić na cztery kategorie:

1. Seksualne zainteresowania/seksualna samoregulacja
2. Postawy
3. Funkcjonowanie społeczno-afektywne
4. Ogólna samoregulacja.

Czynniki te są stosunkowo stabilne w czasie, jednak w wyniku stosowanego leczenia i wraz z upływem czasu mogą się zmieniać, w perspektywie średnio- lub długoterminowej. Są to najważniejsze czynniki, na których należy skupić się w trakcie leczenia, próbując dokonać podstawowej zmiany o dłuższym trwającym znaczeniu.

Mann i wsp.<sup>40</sup> opisywali te czynniki jako „psychologicznie znaczące [...] właściwości”, które mogą, chociaż nie muszą, ujawnić się w jakimś momencie. Większość statycznych czynników jest po prostu markerami tych bardziej znaczących czynników (np. „liczba przestępstw seksualnych, których

ofiarami są młodzi chłopcy” jest markerem „dewiacji seksualnej”). Mann i wsp. definiują „psychologicznie istotne czynniki ryzyka” jako charakteryzujące się: a) prawdopodobnym uzasadnieniem, że dany czynnik powoduje przestępstwo seksualne, b) silnymi dowodami na to, że determinują nawrotowość przestępstw seksualnych. Drugie z tych kryteriów było wykorzystywane do przyjrzenia się sile dowodów przemawiających za wykorzystywaniem różnych czynników i doprowadziło do podzielenia ich na pięć kategorii (ramka 2):

1. potwierdzone empirycznie
2. obiecujące
3. niepotwierdzone, ale obiecujące
4. warte uwagi
5. nie są czynnikami ryzyka

Chociaż znane są dowody przemawiające za znaczeniem omówionych poniżej czynników ryzyka, to nie określono jeszcze dla nich związku przyczynowo-skutkowego. Ponadto żaden pojedynczy czynnik nie charakteryzuje się silną statystyczną zależnością z nawrotowością przestępstw, a zatem żaden z nich nie może być wykorzystywano pojedynczo. Dodatkowo, przy ocenie ryzyka trzeba uwzględniać jednocześnie różne czynniki.

#### Czynniki potwierdzone empirycznie

Czynniki potwierdzone empirycznie (przynajmniej w trzech badaniach wykazano istotny związek z nawrotowością przestępstw seksualnych przy ich zbiorczej ocenie w formie metaanalizy) obejmują te związane z przestępstwami w ogóle lub przestępstwami połączonymi z użyciem przemocy (np. impulsywność związana ze stylem życia lub słaba umiejętność rozwiązywania problemów). Istnieją jednak również swoiste czynniki związane z przestępczością seksualną (np. współbrzmienie emocjonalne z dziećmi, liczne parafilie lub seksualne preferencje dotyczące dzieci w okresie pokwitania lub przedpokwitaniowym). Czynniki te przekładają się na problemy z funkcjonowaniem seksualnym, które powodują, że dana osoba z większym prawdopodobieństwem może stać się sprawcą przestępstwa o charakterze seksualnym.

#### Obiecujące czynniki ryzyka

W kategorii obiecujących czynników ryzyka (w jednym badaniu wykazano istotną wartość predykcyjną, a także uzyskano innego rodzaju dowody potwierdzające) mniej znanym czynnikiem może być makiawelizm, oznaczający skłonność do manipulowania innymi i ich oszukiwania dla własnej korzyści.<sup>56</sup> Jest to cecha związana z psychopatią. Pojęcie psychopatii nie jest stosowane przez Manna i wsp., jednak kilka z czynników wymienianych przez autorów to cechy psychopatyczne (np. brak troski o innych, makiawelizm, postawy popierające przestępstwa, nieprzestrzeganie zasad i warunków nadzoru). Uwzględnienie tych czynników nie zaskakuje, biorąc pod uwagę dowody na to, że psychopatia wiąże się z nawrotowością przestępstw.<sup>47,57</sup> W sytuacji, kiedy psychopatia jest związana z dewiacją seksualną, obserwuje się szczególnie duże ryzyko

#### Ramka 2

##### Oparte na dowodach stabilne dynamiczne czynniki ryzyka<sup>40</sup>

##### Mające potwierdzenie empiryczne

- Poczucie żalu/wrogość
- Sprzeciw wobec zasad i nadzoru
- Słabe umiejętności rozwiązywania problemów
- Impulsywny styl życia
- Brak intymnych pod względem emocjonalnym związków z dorosłymi
- Dewiacje seksualne
- Postawy wspierające przestępstwo
- Seksualizacja przemocy
- Złe wpływy społeczne

##### Obiecujące

- Wrogość wobec kobiet
- Makiawelizm
- Bezwzględność/brak troski o innych
- Seksualizacja radzenia sobie
- Eksternalizacja radzenia sobie

##### Niepotwierdzone, ale obiecujące

- Zaprzeczanie
- Postrzeganie siebie samego jako niedopasowanego do otoczenia
- Poważne choroby psychiczne
- Samotność

##### Warto im się przyjrzeć

- Niekorzystne postawy seksualne
- Kruchy narcyzm
- Uprzywilejowanie seksualne

##### Nie są czynnikami ryzyka

- Depresja
- Deficyty umiejętności społecznych
- Empatia wobec ofiary
- Motywacja do leczenia oceniana przed leczeniem

nawrotowości poważnych przestępstw o charakterze seksualnym i związanych z przemocą.<sup>58</sup> Wrogość wobec kobiet ma istotne znaczenie u mężczyzn, którzy dopuszczają się gwałtu wobec kobiet. Badania wykazały, że ta cecha jest związana z aktami agresji seksualnej<sup>59</sup> i nawrotowością przestępstw seksualnych.<sup>49</sup> Dobrze poznanym czynnikiem ryzyka ponownych przestępstw (ogólnie) jest dysfunkcyjny styl radzenia sobie. Mann i wsp.<sup>40</sup> zwracają uwagę na seksualizację i eksternalizację radzenia sobie u sprawców przestępstw seksualnych.

#### Czynniki ryzyka niepotwierdzone, ale obiecujące

W tej kategorii nie stwierdzono, aby zaprzeczanie było związane z powtarzalnością przestępstw, a w przypadkach o dużym ryzyku może właściwie wywierać działanie ochronne. W dwóch badaniach stwierdzono, że zaprzeczanie było związane z nawrotowością u dopuszczających się kazirodztwa sprawców, w przypadku których ryzyko uznano za niewielkie.<sup>60,61</sup> Potwierdzono jednak, że ogólnie zaprzeczanie nie powinno być

uznawane za czynnik ryzyka.<sup>19,21,62</sup> Zaprzeczanie jest częstym mechanizmem u sprawców przestępstw seksualnych i jest uwarunkowane różnymi przyczynami (np. wstydem, chęcią utrzymania kontaktów społecznych, dążeniem do zachowania szacunku do siebie, brakiem samoświadomości). Zaprzeczanie i pomniejszanie są często wymieniane jako czynniki ryzyka, co jest często motywowane zdrowym rozsądkiem, poczuciem niesmaku i tradycją. Nie ma na to dobrego uzasadnienia, a zaprzeczanie jest przeważnie nieistotne jako czynnik ryzyka. Zaprzeczanie może natomiast wpływać na indywidualne zaangażowanie w leczenie i inne aspekty postępowania, dlatego należy brać ten czynnik pod uwagę przy planowaniu interwencji.

W długiej perspektywie poważne choroby psychiczne nie są związane z nawrotowością przestępstw. Natomiast objawy chorób psychicznych i ich wpływ na funkcjonowanie społeczne i emocjonalne mogą mieć znaczenie, być może o takim charakterze jak bardziej ostre czynniki, w kontekście nawrotowości przestępstw seksualnych i nieseksualnych. Niski iloraz inteligencji i upośledzenie umysłowe nie są czynnikami pozwalającymi prognozować powtarzalność przestępstw seksualnych, ale mogą być związane z nawrotowością przestępstw o innym charakterze. Istotnymi czynnikami w niektórych przypadkach mogą być natomiast deficyty w funkcjonowaniu interpersonalnym i społecznym oraz brak wiedzy dotyczącej życia seksualnego. W metaanalizach nie stwierdzono, aby samotność odgrywała istotną rolę, natomiast w jednym badaniu stwierdzono jej związek z nawrotowością przestępstw.<sup>49</sup> Mann i wsp.<sup>40</sup> zalecali dalsze badania w celu stwierdzenia, kiedy staje się ona istotnym czynnikiem. Niska samoocena nie prognozowała nawrotowości w metanalizie,<sup>21</sup> jednak brytyjskie badania wykazały taką zależność.<sup>63</sup> Przyczyny są niejasne, ale mogą wynikać z różnic kulturowych.

### Czynniki ryzyka warte uwagi

Czynniki o potencjalnym znaczeniu psychologicznym, chociaż wymagające dalszego poznania, zaliczane do kategorii „warte uwagi”, to: przeciwna orientacja seksualna,<sup>59</sup> kruchy narcyzm, który był związany z agresją w sytuacji zagrożenia wielkościowego własnego wizerunku,<sup>64-66</sup> oraz uprzywilejowanie seksualne.<sup>49,67</sup>

### „Nie są czynnikami ryzyka”

Empatia wobec ofiary zaliczana jest do kategorii „nie są czynnikami ryzyka”. Chociaż istnieją znaczące dowody na poparcie tego założenia,<sup>21</sup> pozostaje ono kontrowersyjne. Wydaje się zrozumiałe, że brak empatii wobec ofiary powoduje, iż sprawca stwarza większe zagrożenie. To zdroworozsądkowe założenie jest oparte na naszych własnych reakcjach emocjonalnych i ocenach moralnych, a nie na dowodach. Empatia wobec ofiary jest pojęciem złożonym, które ma charakter heterogenny i jest trudne do zdefiniowania. Obejmuje aspekty emocjonalne, percepcyjne, poznawcze i behawioralne.<sup>68</sup> Była istotnym elementem programów terapeutycznych dla spraw-

ców przestępstw seksualnych. Możliwe, że to, co oceniamy jako słabą empatię wobec ofiary, jest w rzeczywistości usprawiedliwieniem *post hoc*. Chociaż ogólny brak empatii wobec innych (będący cechą psychopatii) jest związany z nawrotowością, to brak empatii wobec ofiary nie wydaje się wykazywać takiej zależności.

Motywacja do leczenia jest czymś, co notorycznie źle oceniamy. Co spodziewamy się usłyszeć od danej osoby przed leczeniem, aby stwierdzić, że będzie współpracować w jego trakcie? Z badań jasno wynika, że ten czynnik, podobnie jak mała empatia wobec ofiary, nie jest opartym na dowodach czynnikiem ryzyka nawrotowości przestępstw seksualnych. Nasza ocena dotycząca tego, czy sprawcy przestępstw seksualnych są, czy nie są zmotywowani do leczenia, nie jest istotna przy ocenie ryzyka.

### OSTRE CZYNNIKI

Ostre czynniki pozostają w najbliższym związku czasowym z przestępstwem i sugerują bezpośrednie zagrożenie jego popełnieniem.<sup>53</sup> Baza dowodów dotycząca ostrych czynników nie jest mocna, co wynika z tego, że trudno jest badać czynniki działające w ciągu minut, godzin lub dni. Z doświadczenia i praktyki autorów wynika, że te proksymalne czynniki są istotne i pomocne w konceptualizacji.

Następujące czynniki mogą mieć charakter wyzwalający: eskalacja używania alkoholu i narkotyków, pogorszenie w relacjach intymnych i innych, utrata wsparcia społecznego, nasilenie kontaktów z kolegami przybierającymi postawy aspołeczne i sprzyjającymi przestępstwom seksualnym, utrata zatrudnienia i problemy w pracy, stres, dostęp do potencjalnych ofiar przez stwarzanie możliwości, zmianę okoliczności lub zmniejszenie czujności otoczenia.

Następujące czynniki mogą odzwierciedlać stan umysłu danej osoby lub sytuację, która przybliżyła możliwość przestępstwa seksualnego: nadmierne pochłonięcie kwestią seksu (fantazje o tematyce dewiacyjnej lub niedewiacyjnej), nastrój/stan psychiczny (nasilenie lęku, depresji, wrogości, frustracji, objawów psychotycznych), dowody na to, że dana osoba planuje przestępstwo lub stwarza sobie możliwość popełnienia przestępstwa (np. noszenie przy sobie broni lub krążenie samochodem po mieście), brak współpracy podczas nadzoru lub leczenia (niezgłaszanie się na spotkania, niedostosowywanie się do warunków, złe zachowanie podczas sesji), używanie alkoholu lub narkotyków jako dysfunkcyjna metoda radzenia sobie z negatywnymi emocjami, izolacja, coraz bardziej chaotyczny styl życia.

### CZYNNIKI OCHRONNE

Ważne, aby obok czynników ryzyka rozważyć czynniki ochronne. Niestety stosunkowo niewiele badań poświęcono czynnikom chroniącym przed przestępstwami seksualnymi i rzadko są one uwzględniane w narzędziach oceny ryzyka. Ostatnio opracowano Structured Assessment of Protective



Factors (SAPROF),<sup>69</sup> narzędzie, które pomaga w identyfikacji i ocenie czynników ochronnych, które może być wykorzystywane jednocześnie z ustrukturyzowanymi profesjonalnymi narzędziami oceny ryzyka (omówionymi poniżej). Czynnikiem ochronnym nie oznacza jedynie niewystępowania czynnika ryzyka, chociaż niewystępowanie niektórych czynników ryzyka (np. popełnione w przeszłości przestępstwo seksualne) wskazuje ogólnie na stosunkowo niewielkie prawdopodobieństwo popełnienia przestępstwa w przyszłości.

Wyróżnia się dwa rodzaje czynników ochronnych: osobiste zasoby i zewnętrzne wsparcie/kontrola. Osobiste zasoby, które należy uwzględnić, to zdolność do: radzenia sobie ze stresem i konfliktami interpersonalnymi; nawiązywania odpowiednich do wieku relacji intymnych oraz angażowanie się w relacje z innymi. Niektóre z tych mocnych stron mogą być obecne przez całe życie, a inne mogą kształtować się dzięki pomocy, wsparciu i konkretnej interwencji. Najważniejsze jest rozważenie, czy istnieją dowody na to, że dana osoba posiada tego rodzaju umiejętności, zdolności i inklinacje, aby prowadzić prospołeczne życie, zaspokajające jej potrzeby (związki, funkcjonowanie zawodowe, przyjaźnie, poczucie własnej wartości, zdobywanie dóbr materialnych) w sposób, który nie wiąże się z popełnianiem przestępstw.

Poza wewnętrznymi zasobami wsparcie z zewnątrz, relacje i okoliczności mogą uchronić przed ponownym popełnieniem przestępstwa. W zidentyfikowaniu indywidualnych czynników ochronnych pomocne może być przyjrzenie się tym okresom życia sprawcy, w których nie popełniał przestępstw oraz ocena pozytywnych reakcji na wcześniej stosowane leczenie. Piśmiennictwo dotyczące dystansowania się od przestępstwa (co oznacza naturalny proces, w przebiegu którego jednostka odwraca się od przestępstwa i podąża w kierunku życia prospołecznego) dostarcza przydatnych wskazówek dotyczących czynników, które mogą działać ochronnie w dłuższej perspektywie i dziedzin, które należy podkreślać w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych.<sup>70</sup>

### Identyfikowanie i łączenie czynników ryzyka: narzędzia do oceny ryzyka

Opracowano wiele narzędzi do oceny ryzyka u sprawców przestępstw seksualnych (ramka 3). W rzeczywistości prawdopodobnie jest więcej narzędzi do oceny ryzyka w przypadku przestępstw seksualnych niż w przypadku wszystkich innych przestępstw traktowanych łącznie. Narzędzia do oceny ryzyka mają na celu identyfikowanie zagrożeń (i sporadycznie czynników ochronnych) oraz łączną ich ocenę w celu określania wypadkowego ryzyka. Istnieją różne podejścia mające swoich zwolenników i przeciwników. Dostępne narzędzia dzielą się na trzy kategorie: aktuarialne, dynamiczne i ustrukturyzowane profesjonalne narzędzia oceny.

Ustrukturyzowana ocena kliniczna (np. „Zgodnie z moją opinią, na podstawie X lat doświadczeń i zgodnie z moim ro-

#### Ramka 3

##### Narzędzia oceny ryzyka przemocy seksualnej

###### Prawne

- Risk Matrix 2000<sup>81</sup>
- Static-99<sup>82</sup>
- Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)<sup>71</sup>

###### Dynamiczne

- Stable and Acute 2007<sup>49</sup>
- Structured Assessment of Risk and Needs<sup>83</sup>
- Violence Risk Scheme – Sex Offender version<sup>84</sup>

###### Ustrukturyzowane narzędzia oceny profesjonalnej

- Sexual Violence Risk-20<sup>77</sup>
- Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)<sup>78</sup>

zumieniem tego przypadku...”) charakteryzuje się brakiem trafności, rzetelności i przejrzystości. Nie należy jej zalecać. Podejścia oparte na anamnezie (tzn. czynnościowej analizie wcześniejszych schematów przestępstw) są elementem procesu ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny klinicznej, jednak nie ma dowodów przemawiających za ich wykorzystaniem. Opierają się również na założeniu, że sposoby popełniania przestępstwa nie ulegają zmianie.

W Wielkiej Brytanii osoby zajmujące się zdrowiem psychicznym wykorzystują przede wszystkim ustrukturyzowane profesjonalne metody oceny. Klinicyści mogą spotkać się z aktuarialnymi i dynamicznymi narzędziami oceny ryzyka, które są wykorzystywane przez system prawa karnego. Praktycznie jest wiedzieć, na czym polegają, jak należy interpretować ich wyniki i jakie są ich ograniczenia.

#### PODEJŚCIA AKTUARIALNE

Narzędzia aktuarialne wykorzystują ograniczoną liczbę historycznych/statycznych czynników. Powstają w wyniku prospektywnej obserwacji badanej próby i dzięki wykorzystywaniu statystycznych metod identyfikowania i matematycznej łącznej analizy czynników, które w największym stopniu miałyby prognozować recydywę. Czynnikiem jest przypisywana waga w zależności od ich wartości predykcyjnej. Wymagana jest znajomość tylko kilku faktów dotyczących danej osoby. Zwolennicy podejścia aktuarialnego podkreślają naukowy, obiektywny i uzasadniony sposób tego prognozowania nawrotowości przestępstw,<sup>71</sup> natomiast przeciwnicy argumentują, że podejście to mówi niewiele lub nic o danej osobie, a poziom ryzyka określony na podstawie statystyki grupy nie jest pomocny w zapobieganiu przestępstwom przez kierunkowe ograniczanie ryzyka.<sup>72,73</sup>

Przy długoterminowej prospektywnej obserwacji w badaniach grup sprawców przestępstw, narzędzia aktuarialne przeważnie wypadają lepiej pod względem statystycznym niż ustrukturyzowane narzędzia oceny profesjonalnej, które z kolei wypadają lepiej niż nieustrukturyzowana ocena kli-

niczna (w większości badań nie ma większej wartości niż wynikająca z przypadku). Jeżeli oceniana osoba ma niewiele wspólnego ze sprawcami w opracowywanych lub walidacyjnych próbach, nie należy stosować tego narzędzia. Przydatność tego typu narzędzi ogranicza się do długoterminowej oceny prawdopodobieństwa nawrotu, a nie innych aspektów ryzyka, takich jak charakter przestępstwa, stopień uszkodzenia ciała, nieuchronność lub częstota przestępstw.

### PODEJŚCIA DYNAMICZNE

Dynamiczne narzędzia oceny ryzyka identyfikują i łącznie oceniają czynniki dynamiczne (stabilne i być może ostre) w większym stopniu niż czynniki statyczne. Mogą być stosowane w celu kierowania leczeniem, monitorowania zmian w czasie i oceny ryzyka nawrotu. Zostały opracowane na podstawie badań nad czynnikami mającymi znaczenie w przestępstwach seksualnych.

Najlepiej przebadanym i poddanym najlepszej walidacji narzędziem jest Stable and Acute 2007.<sup>49</sup> Podobnie jak statyczne narzędzia aktuarialne, narzędzie zostało opracowane i poddane walidacji w swoistych próbach, dlatego należy zachować ostrożność przy wykorzystywaniu go do oceny nietypowych sprawców. Podsumowanie wyników dla każdego z czynników daje wynik całkowity, który wskazuje na nasilenie ryzyka. Ten ustalony poziom ryzyka jest udoskonalony w stosunku do uzyskanego przy wykorzystaniu jedynie statycznych narzędzi aktuarialnych w przewidywaniu nawrotowości przestępstw.<sup>49,55,74,75</sup>

W praktyce trudno jest określić, w jaki sposób łączyć wyniki statycznych i dynamicznych narzędzi w konkretnych przypadkach. Jeżeli osoba oceniająca przygląda się raczej obecnym czynnikom niż „całkowitemu wynikowi”, narzędzia są przydatne w identyfikowaniu czynników mających znaczenie w procesie leczenia. W ten sposób wykorzystywana jest Ustrukturyzowana ocena ryzyka i potrzeb (Structured Assessment of Risk and Needs), będąca ustrukturyzowanym narzędziem profesjonalnej oceny klinicznej, w przypadku której jest to ważniejsze niż branie pod uwagę całkowitego wyniku i poziomu ryzyka. Ważne, aby osoby wykorzystujące poszczególne narzędzia miały świadomość ich zalet i ograniczeń, a także były właściwie przeszkolone w ich wykorzystywaniu i interpretowaniu.

### USTRUKTURYZOWANE METODY OCENY PROFESJONALNEJ

Ustrukturyzowane narzędzia oceny profesjonalnej, zwane również „ustrukturyzowaną oceną kliniczną”, „ustrukturyzowaną kliniczną oceną ryzyka” i „ustrukturyzowanymi wytycznymi profesjonalnymi” zostały opracowane na podstawie przeglądu piśmiennictwa naukowego dotyczącego czynników związanych z recydywą. Zidentyfikowane, oparte na dowodach czynniki są wymienione jako jednoznaczne kryteria. Najczęściej wykorzystywanym ustrukturyzowanym

narzędziem profesjonalnej oceny, które zna wielu lekarzy, jest Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20),<sup>76</sup> skala mająca zastosowanie przy ocenie przemocy innej niż seksualna. Ponieważ wykorzystywanie tych narzędzi wymaga oceny klinicznej, są one stosowane przede wszystkim przez klinicystów (głównie psychologów i psychiatrów). Osoby wykorzystujące te narzędzia powinny dysponować konkretnymi umiejętnościami klinicznymi, odpowiednią wiedzą, doświadczeniem i przeszkoleniem w diagnozie sądowej i różnych rodzajach zagrożeń, które należy uwzględnić, a także znać aktualne piśmiennictwo.

Wprowadzone po raz pierwszy pod koniec lat 90. XX wieku ustrukturyzowane metody oceny profesjonalnej obejmowały ocenę czynników ryzyka, sumowanie wyników i określanie poziomu ryzyka. Od tego czasu podejście to uległo istotnej ewolucji. W przypadku każdego z czynników badający ocenia, czy jest on obecny, częściowo obecny lub nieobecny (w zależności od swoistych kryteriów), a następnie, czy wpływ danego czynnika jest niewątpliwy, częściowy lub nie ma znaczenia dla radzenia sobie z zagrożeniem w przyszłości (za pośrednictwem związku z problemowym zachowaniem lub odpowiedzią na interwencje mające na celu ograniczenie ryzyka). Czynniki ryzyka są oceniane łącznie na podstawie konceptualizacji opartej w większym stopniu na ocenie klinicznej niż na podstawie wcześniej określonego wzoru matematycznego, jak ma to miejsce w ocenie aktuarialnej. Konstruowane są narracyjne scenariusze ryzyka służące przewidywaniu, w jaki sposób sprawca może ponownie popełnić przestępstwo w przyszłości. Uwzględniane są informacje dotyczące charakteru przestępstwa, stopnia jego ciężkości, częstotliwości i nieuchronności przestępstw, prawdopodobnych ofiar i sytuacji, w których może dojść do popełnienia przestępstwa. Te scenariusze mają na celu opracowanie planu zmniejszającego zagrożenie. Na końcu należy zastanowić się nad tym, czy dany przypadek ma charakter priorytetowy (w stosunku do innych), czy istnieje zagrożenie poważnymi obrażeniami fizycznymi oraz czy potrzebne jest podjęcie niezwłocznych działań. Skale do oceny przemocy seksualnej, Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)<sup>77</sup> (ramka 4) oraz Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)<sup>78</sup> (ramka 5) są dwoma najczęściej wykorzystywanymi ustrukturyzowanymi narzędziami profesjonalnej oceny stosowanymi u sprawców przemocy seksualnej.<sup>79</sup>

Kluczowa różnica między podejściem aktuarialnym a ustrukturyzowaną oceną profesjonalną polega na tym, w jaki sposób czynniki ryzyka są łącznie analizowane przy prognozowaniu ryzyka. W sytuacji, kiedy narzędzia ustrukturyzowanej oceny profesjonalnej są wykorzystywane jak narzędzia pseudoaktuarialne, w których sumuje się poszczególne czynniki, aby uzyskać całkowity wynik, w dłuższej perspektywie w prognozowaniu nawrotowości przeważnie wypadają gorzej niż narzędzia aktuarialne. Przy wykorzystywaniu tego rodzaju narzędzi w badaniach, w sposób podobny jak ma to miejsce w praktyce

## Ramka 4

**Pozycje w narzędziu oceny ryzyka przemocy seksualnej (Sexual Violence Risk-20; SVR-20)<sup>77</sup>****Przystosowanie psychosocjalne**

1. Dewiacje seksualne
2. Ofiara wykorzystywania w dzieciństwie
3. Psychopatia
4. Poważna choroba psychiczna
5. Problemy z nadużywaniem substancji
6. Myśli samobójcze/mordercze
7. Problemy w związkach
8. Problemy z zatrudnieniem
9. W przeszłości inne niż seksualne przestępstwa z użyciem przemocy
10. W przeszłości przestępstwa z użyciem przemocy
11. W przeszłości nieskuteczność nadzoru

**Przestępstwa seksualne**

12. Duże zagęszczenie przestępstw seksualnych
13. Wiele rodzajów przestępstw seksualnych
14. Fizyczne krzywdzenie ofiar podczas przestępstw seksualnych
15. Wykorzystywanie broni lub groźenie śmiercią podczas przestępstw seksualnych
16. Eskalacja częstości lub nasilenia przestępstw seksualnych
17. Ekstremalne bagatelizowanie przestępstw seksualnych lub zaprzeczanie im
18. Postawy, które wspierają lub akceptują przestępstwa seksualne

**Plany na przyszłość**

19. Brak realistycznych planów
20. Negatywne postawy wobec interwencji

klinicznej, nie przez sumowanie wyników, ale konstruowanie klinicznej oceny ryzyka, wypadają korzystniej.<sup>80</sup>

Warto zauważyć, że przeprowadzono niewiele badań dotyczących rzetelności i trafności scenariuszy oceny ryzyka konstruowanych na podstawie ustrukturyzowanej profesjonalnej oceny. Przeciwnicy tego podejścia argumentują, że jest ono gorsze pod względem matematycznym (a przynajmniej nie lepsze) niż podejścia aktuarialne. Jego wykorzystywanie wymaga zasobów, czasu i doświadczenia klinicznego, a także uwzględnienia oceny klinicznej, co nawet w przypadku ustrukturyzowanego podejścia osłabia jego wartość predykcyjną. Zwolennicy z kolei twierdzą, że podejścia oparte na ustrukturyzowanej ocenie klinicznej stanowią opartą na dowodach zindywidualizowaną ocenę, umożliwiającą łączną analizę czynników na różne sposoby, co zapewnia elastyczność i umożliwia roztrząsanie nietypowych lub skomplikowanych przypadków. Dodatkowo te metody oceny umożliwiają zapobieganie przestępstwom przez tworzenie wytycznych umożliwiających opracowywanie planów zmniejszania zagrożeń.

**Podsumowanie**

Podjęto próbę stworzenia przeglądu zagadnień, które muszą być znane lekarzom, zanim dokonają oceny ryzyka u sprawcy

## Ramka 5

**Pozycje z Risk for Sexual Violence Protocol, (RSVP)<sup>78</sup>****Historia przemocy seksualnej**

- Przewlekłość
- Różnorodność
- Eskalacja
- Przymus fizyczny
- Przymus psychiczny

**Przystosowanie psychologiczne**

- Ekstremalne bagatelizowanie lub zaprzeczanie
- Postawy, które wspierają lub akceptują przemoc seksualną
- Problemy z samoświadomością
- Problemy ze stresem lub radzeniem sobie
- Problemy związane z byciem wykorzystywanym w dzieciństwie

**Zaburzenia psychiczne**

- Dewiacje seksualne
- Psychopatyczne zaburzenie osobowości
- Poważne choroby psychiczne
- Problemy związane z nadużywaniem substancji
- Fantazje związane z przemocą lub samobójcze

**Przystosowanie społeczne**

- Problemy w relacjach intymnych
- Problemy w innych relacjach
- Problemy dotyczące zatrudnienia
- Przestępstwa o charakterze innym niż seksualny

**Możliwości radzenia sobie**

- Problemy z planowaniem
- Problemy z leczeniem
- Problemy z nadzorem

przestępstwa seksualnego. Mimo popularnego stereotypu niebezpiecznego, drapieżnego pedofila lub gwałciciela sprawcy przestępstw seksualnych stanowią niejednorodną grupę i niewielu z nich pasuje do tego wizerunku. Chociaż istnieją pewne podobieństwa między sprawcami tego rodzaju przestępstw (dzięki czemu opracowano modele etiologiczne, typologiczne i oparte na dowodach uwzględniające czynniki ryzyka), ważne jest zrozumienie znaczenia konkretnych czynników w poszczególnych przypadkach.

Większość sprawców przestępstw seksualnych cierpi na zaburzenia psychiczne, najczęściej zaburzenia osobowości, parafilie i problemy spowodowane używaniem substancji, ale również psychozy, zaburzenia afektywne, zaburzenia neurotyczne, organiczne i upośledzenie umysłowe. Klinicyści muszą zrozumieć znaczenie zaburzeń psychicznych u osób popełniających przestępstwa seksualne i uwzględniać czynniki z nimi niezwiązane podczas dokonywania oceny ryzyka i prób jego ograniczenia.

Czynniki ryzyka przestępstw seksualnych praktycznie jest podzielić na statyczne, stabilne dynamiczne i ostre. Większość czynników ryzyka przemocy seksualnej jest związanych z ce-

chami społecznymi lub problemami seksualnymi. Empatia wobec ofiary i zaprzeczanie nie są opartymi na dowodach czynnikami ryzyka. Czynniki ochronne są słabiej poznane; zalicza się do nich osobiste zasoby i wsparcie z zewnątrz. Narzędzia oceny ryzyka próbują łącznie oceniać czynniki ryzyka, aby możliwe było wyciąganie wniosków dotyczących zagrożenia. Dostępne są aktuarialne, dynamiczne i ustrukturyzowane narzędzia oceny profesjonalnej. Zwolennicy każdej z tych metod wysuwają silne argumenty za konkretnym podejściem i przeciw pozostałym, jednak ważną kwestią przy wykorzystywaniu dowolnego narzędzia jest przeszkolenie i zdobycie kwalifikacji w jego stosowaniu, znajomość jego mocnych i słabych stron oraz umiejętność interpretacji uzyskanych wyników. Ustrukturyzowane narzędzia oceny profesjonalnej są szczególnie przydatne u sprawców przestępstw seksualnych cierpiących na zaburzenia psychiczne, w złożonych lub nietypowych przypadkach.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2012), vol. 18, 467-478. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

## Piśmiennictwo

- Gannon TA, Cortoni F (2010) *Female Sexual Offenders: Theory, Assessment and Treatment*. Wiley-Blackwell.
- Poortinga E, Newman SS, Negendank CE, et al (2009) Juvenile sexual offenders: epidemiology, risk assessment and treatment. In *Sex Offenders: Identification, Risk Assessment, Treatment and Legal Issues* (eds FM Saleh, AJ Grudzinskas, JM Bradford, et al): 221-40. Oxford University Press.
- Quayle E (2008) Online sex offending: psychopathology and theory. In *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment* (2nd edn) (eds DR Laws, WT O'Donohue): 439-58. Guilford Press.
- Elliot IA, Beech AR (2009) Understanding online child pornography use: applying sexual offence theory to internet offenders. *Aggression and Violent Behavior* 14: 180-93.
- Knight RA, Prentky RA (1990) Classifying sexual offenders: the development and corroboration of taxonomic models. In *Handbook of Sexual Assault* (eds WL Marshall, DR Laws, HE Barbaree): 23-52. Plenum Press.
- Morin JW, Levenson JS (2008) Exhibitionism – assessment and treatment. In *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment* (2nd edn) (eds DR Laws, WT O'Donohue): 76-107. Guilford Press.
- Beech AR, Elliot IA, Birdgen A, et al (2008) The internet and child sexual offending: a criminological review. *Aggression and Violent Behavior* 13: 216-28.
- Proulx J, Beauregard E, Cusson M, et al (2007) *Sexual Murderers: A Comparative Analysis and New Perspectives*. John Wiley & Sons.
- Groth AN (1979) *Men Who Rape: The Psychology of the Offender*. Basic Books.
- Canter DV, Heritage R (1990) A multivariate model of sexual offence behaviour: developments in offender profiling. *Journal of Forensic Psychiatry* 1: 185-212.
- Kocsis RN (2006) *Criminal Profiling: Principles and Practice*. Humana Press.
- Ward T, Polaschek DLL, Beech AR (2006) *Theories of Sexual Offending*. John Wiley & Sons.
- Malamuth NM, Heavey CL, Linz D (1996) The confluence model of sexual aggression: combining hostile masculinity and impersonal sex. *Journal of Offender Rehabilitation* 23: 13-37.
- Ward T, Siegart RJ (2002) Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: a theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law* 9: 319-51.
- Marshall WL, Barbaree HE (1990) An integrated theory of the etiology of sexual offending. In *Handbook of Sexual Assault* (eds WL Marshall, DR Laws, HE Barbaree): 257-75. Plenum Press.
- Ward T, Beech AR (2008) An integrated theory of sexual offending. In *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment* (2nd edn) (eds DR Laws, WT O'Donohue): 21-36. Guilford Press.
- Beech AR, Ward T (2004) The integration of etiology and risk in sexual offenders: a theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior* 10: 31-63.
- Hudson SM, Ward T (2000) Relapse prevention: assessment and treatment implications. In *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Source Book* (eds DR Laws, SM Hudson, T Ward): 102-22. Sage.
- Hanson RK, Bussiere MT (1998) Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66: 348-62.
- Craig IA, Browne KD, Beech AR (2008) *Assessing Risk in Sex Offenders: A Practitioner's Guide*. John Wiley & Sons.
- Hanson RK, Morton-Bourgon KE (2005) The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73: 1154-63.
- Hanson RK (2002) Recidivism and age: follow-up data from 4,673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 17: 1046-62.
- Heil P, Simmons D (2008) Multiple paraphilias: etiology, assessment and treatment. In *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment* (2nd edn) (eds DR Laws, WT O'Donohue): 527-56. Guilford Press.
- Sandler JC, Freeman NJ (2009) Female sex offender recidivism: a largescale empirical analysis. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 21: 455-73.
- Murphy WD, Page JJ (2008) Exhibitionism – psychopathology and theory. In *Sexual Deviance: Theory, Assessment and Treatment* (2nd edn) (eds DR Laws, WT O'Donohue): 61-75. Guilford Press.
- Home Office (2004) *Home Office Statistical Bulletin: Crime in England and Wales 2003/04*. Home Office Research and Statistics Department.
- Falshaw L, Friendship C, Bates A (2003) *Sex Offenders – Measuring Reconviction, Reoffending and Recidivism (Findings 183)*. Home Office.
- Home Office (2001) *Prison Statistics England and Wales, 2001*. TSO (The Stationery Office).
- McSherry B, Keyzer P (2009) *Sex Offenders and Preventive Detention. Politics, Policy and Practice*. The Federation Press.
- Darjee R, Russell K (2011) The assessment and sentencing of high risk offenders in Scotland: a forensic clinical perspective. In *Dangerous People: Policy, Prediction, and Practice* (eds B McSherry, P Kezer): 217-32. Routledge.
- Fazel S, Sjostedt G, Langstrom N, et al (2007) Severe mental illness and risk of sexual offending in men: a case-control study based on Swedish national registers. *Journal of Clinical Psychiatry* 68: 588-96.
- Alden A, Brennan P, Hodgins S, et al (2007) Psychotic disorders and sex offending in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry* 64: 1251-8.
- Smith A (1999a) Aggressive sexual fantasy in men with schizophrenia who commit contact sex offences against women. *Journal of Forensic Psychiatry* 10: 538-52.
- Smith AD (1999b) In-patient management of men with schizophrenia who commit serious sexual offences. *Psychiatric Bulletin* 23: 358-60.
- Smith AD, Taylor PJ (1999c) Serious sex offending against women by men with schizophrenia. Relationship of illness and psychotic symptoms to offending. *British Journal of Psychiatry* 174: 233-7.
- Smith AD, Taylor PJ (1999d) Social and sexual functioning in schizophrenic men who commit serious sex offences against women. *Criminal Behaviour and Mental Health* 9: 156-67.
- Smith A (2000a) Motivation and psychosis in schizophrenic men who sexually assault women. *Journal of Forensic Psychiatry* 11: 62-73.
- Smith AD (2000b) Offence characteristics of psychotic men who sexually assault women. *Medicine, Science and the Law* 40: 223-8.
- Drake CR, Pathé M (2006) Understanding sexual offending in schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health* 14: 108-20.
- Mann RE, Hanson RK, Thornton D (2010) Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 22: 191-217.
- Raymond N, Coleman E, Ohlerking F, et al (1999) Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry* 156: 786-8.
- Dunsieth Jr NW, Nelson EB, Brusman-Lovins LA, et al (2004) Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offences. *Journal of Clinical Psychiatry* 65: 293-300.
- Griffiths D, Federoff JP (2009) Persons with intellectual disabilities who sexually offend. In *Sex Offenders: Identification, Risk Assessment, Treatment and Legal Issues* (eds FM Saleh, AJ Grudzinskas, JM Bradford, et al): 353-75. Oxford University Press.
- Craissati J, Webb L, Keen S (2008) The relationship between developmental variables, personality disorder, and risk in sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 20: 119-38.
- Coid J, Yang M, Ullrich S, et al (2007) Predicting and Understanding Risk of Reoffending: The Prisoner Cohort Study (Research Summary 6). Ministry of Justice.
- Ministry of Justice National Offender Management Service (2011) *Working with Personality Disordered Offenders: A Practitioners Guide*. Ministry of Justice.
- Dematteeo D, Edens JF, Hart A (2010) The use of measures of psychopathy in violence risk assessment. In *Handbook of Violence Risk Assessment* (eds RK Otto, KS Douglas): 19-40. Routledge.

48. Federoff JP (2009) The paraphilias. In *New Oxford Textbook of Psychiatry* (2nd edn) (eds MG Gelder, NC Andreasen, JL López-Ibor, et al): 832-42. Oxford University Press.
49. Hanson RK, Harris AJR, Scott T, et al (2007) Assessing the Risk of Sexual Offenders on Community Supervision: The Dynamic Supervision Project. User Report 2007-05. Department of the Solicitor General of Canada.
50. Hill A, Habermann N, Berner W, et al (2007) Psychiatric disorders in single and multiple sexual murderers. *Psychopathology* 40: 22-8.
51. Russell K, Darjee R (2012) Managing the risk posed by personality disordered sex offenders in the community: a model for providing structured clinical guidance to support criminal justice services. In *Managing Clinical Risk: A Guide to Effective Practice* (eds L Johnstone, C Logan): 88-114. Willan Publishing.
52. Department of Health, NOMS Offender Personality Disorder Team (2011) Consultation on the Offender Personality Disorder Pathway Implementation Plan. Department of Health.
53. Hanson RK, Harris A (2000) Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offence recidivism. *Criminal Justice and Behaviour* 27: 6-35.
54. Cortoni F (2009) Factors associated with sexual recidivism. In *Assessment and Treatment of Sex Offenders* (eds AR Beech, LA Craig, KD Browne): 39-52. Wiley-Blackwell.
55. Beech AR, Fisher D, Thornton D (2003) Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice* 34: 339-52.
56. Thornton D (2003) The Machiavellian sex offender. In *Sex Offenders in the Community: Managing and Reducing the Risks* (ed A Matravers): 144-52. Willan.
57. Hare RD (2006) Psychopathy: a clinical and forensic overview. *Psychiatric Clinics of North America* 29: 709-24.
58. Olver ME, Wong SCP (2006) Psychopathy, sexual deviance, and recidivism among sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 18: 65-82.
59. Malamuth NM, Sockloskie R, Koss MP, et al (1991) The characteristics of aggressors against women: testing a model using a national sample of college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 670-81.
60. Nunes KL, Hanson RK, Firestone P, et al (2007) Denial predicts recidivism for some sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 19: 91-105.
61. Harkins L, Beech AR, Goodwill AM (2010) Examining the influence of denial, motivation, and risk on sexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 22: 78-94.
62. Langton CM, Barbaree HE, Harkins L, et al (2008) Denial and minimization among sexual offenders: posttreatment presentation and association with sexual recidivism. *Criminal Justice and Behavior* 35: 69-98.
63. Thornton D, Beech AR, Marshall WL (2004) Pretreatment self-esteem and posttreatment sexual recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 48: 587-99.
64. Bushman BJ, Baumeister RF (1998) Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology* 75: 219-29.
65. Papps BP, O'Carroll RE (1998) Extremes of self-esteem and narcissism and the experience of anger and aggression. *Aggressive Behavior* 24: 421-38.
66. Stuker TS, Sporer SL (2002) When a grandiose self-image is threatened: narcissism and self-concept clarity as predictors of negative emotions and aggression following ego-threat. *Journal of Personality* 70: 509-32.
67. Hanson RK, Gizzarelli R, Scott H (1994) The attitudes of incest offenders: sexual entitlement and acceptance of sex with children. *Criminal Justice and Behavior* 21: 187-202.
68. Marshall WL (2002) Historical foundations and current conceptualizations of empathy. In *In Their Shoes: Examining the Issue of Empathy and its Place in the Treatment of Offenders* (ed YM Fernandez). Wood 'N' Barnes Publishing.
69. de Vogel V, de Ruiter C, Bouman Y, et al (2009) SAPROF Guidelines for the Assessment of Protective Factors for Violence Risk (English Version). Forum Educatief.
70. Laws DR, Ward T (2011) *Desistance from Sex Offending: Alternatives to Throwing Away the Keys*. Guilford Press.
71. Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, et al (2006) *Violent Offenders. Appraising and Managing Risk* (2nd edn). American Psychological Association.
72. Vincent GM, Maney SM, Hart SD (2009) The use of actuarial risk assessment instruments in sex offenders. In *Sex Offenders: Identification, Risk Assessment, Treatment and Legal Issues* (eds FM Saleh, AJ Grudzinskas, JM Bradford, et al): 70-88. Oxford University Press.
73. Cooke D, Michie C (2011) Violence risk assessment: challenging the illusion of certainty. In *Dangerous People: Policy, Prediction, and Practice* (eds B McSherry, P Kezer): 147-63. Routledge.
74. Hanson RK, Harris A (2001) A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 13: 105-22.
75. Olver ME, Wong SCP (2011) A comparison of static and dynamic assessment of sexual offender risk and need in a treatment context. *Criminal Justice and Behavior* 38: 113-26.
76. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, et al (1997) HCR-20: Assessing Risk for Violence (Version 2). Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
77. Boer DP, Hart SJ, Kropp PR, et al (1997) *Manual for the Sexual Violence Risk – 20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence. The Institute Against Family Violence*.
78. Hart SD, Kropp PR, Laws DR, et al (2003) *Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP)*. Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.
79. Hart SD, Boer DP (2010) Structured professional judgment guidelines for sexual violence risk assessment: The Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) and the Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP). In *Handbook of Violence Risk Assessment* (eds RK Otto, KS Douglas): 269-94. Routledge.
80. Heilbrun K, Yasuhara K, Shah S (2010) Violence risk assessment tools: overview and critical analysis. In *Handbook of Violence Risk Assessment* (eds RK Otto, KS Douglas): 1-17. Routledge.
81. Thornton D (2007) *Scoring Guide for Risk Matrix 2000.9/SVC*. David Thornton. (<http://www.bhamlive1.bham.ac.uk/Documents/college-les/psych/RM2000scoringinstructions.pdf>).
82. Hanson RK, Thornton D (1999) *Static 99: Improving Actuarial Risk Assessments for Sex Offenders*. User Report 1999-02. Department of the Solicitor General of Canada.
83. Webster SD, Mann RE, Cater AJ, et al (2006) Inter-rater reliability of dynamic risk assessment with sexual offenders. *Psychology, Crime and Law* 12: 439-52.
84. Wong SCP, Olver ME (2010) Two treatment- and change-oriented risk assessment tools: the Violence Risk Scale and Violence Risk Scale – Sex Offender Version. In *Handbook of Violence Risk Assessment* (eds RK Otto, KS Douglas): 121-46. Routledge.

## KOMENTARZ

### Lek. Sławomir Jakima

specjalista psychiatra seksuolog, psychoterapeuta, Warszawa

Jest to bardzo dobra publikacja dotycząca mało znanej problematyki sprawców przestępstw seksualnych. Autorzy są nie tylko świetnymi znawcami tematu, ale także w swojej pracy zajmują się tą grupą sprawców. Rajan Darjee jest psychiatrą, a Katharine Russel psychologiem klinicznym. Rajan Darjee może być znany polskim lekarzom jako współautor oxfordzkiego podręcznika psychiatrii wydanego i popularnego również w Polsce.

Autorzy podają bardzo ważne, szczególnie dla psychiatrów i psychologów klinicznych, informacje dotyczące charakterystyki przestępców seksualnych, powiązań przestępstw seksualnych z chorobami psychicznymi oraz metod oceny ryzyka recydywy zachowań przestępczych.

Autorzy zdają sobie sprawę z braku dokładnych badań oraz trudności metodologicznych związanych z tym tematem. Na podstawie piśmiennictwa przestrzegają przed tzw. zdroworoządkowym podejściem oraz pewnymi stereotypami myślenia o przestępcach seksualnych. Wyraźnie podkreślają, że osoby dokonujące przestępstw na tle seksualnym znacznie się od siebie różnią oraz że wiele czynników może nasilać możliwość popełnienia takich przestępstw.

Co istotne, podkreślają, że zaburzenia osobowości, szczególnie osobowość socjopatyczna oraz uzależnienie od substancji psychoaktywnych, są czynnikami w znacznym stopniu zwiększającym nawrotowość, szczególnie zachowań związanych z przemocą.

Dość istotny jest problem związany z współlistnieniem parafilii wśród innych sprawców niż sprawcy pedofilii. U większości gwałcicieli nie stwierdza się parafilii, zaś u 80% morderców na tle seksualnym parafilie występują.

Ważne jest podkreślenie, że sadyzm seksualny i pedofilia zwiększają prawdopodobieństwo recydywy.

Bardzo ciekawy i istotny dla psychiatrów jest opis wpływu zaburzeń psychicznych na przestępstwa seksualne. Autorzy, powołując się na badaczy skandynawskich, przedstawiają problem, w którym kwestionowany jest brak zależności między chorobami psychicznymi a ryzykiem przestępstwa seksualnego. W artykule postulowane jest bardzo indywidualne podejście do oceny każdego czynu przestępstwa seksualnego oraz osoby sprawcy.

Bardzo istotną kwestią są metody oceny ryzyka recydywy. Jest to trudny problem, ponieważ – również w warunkach

polских – wiąże się z oceną sprawcy oraz jego dalszym przebywaniem w miejscu izolacji.

Rzeczywiście istnieją spory dotyczące różnic między metodami aktuarialnymi (termin z ekonomii ryzyka) a dynamicznymi. Krytyka modelu aktuarialnego wiąże się z przedstawianiem, a w konsekwencji leczeniem, opartym tylko na zmiennych statystycznych. Uwzględniają one tylko „suche fakty”, nie widząc możliwości sprawcy, jego potencjału który może być dostrzeżony w trakcie terapii. Modele te mogą być trudne dla klinicysty i nie dają dynamicznego wglądu w proces terapeutyczny. Dlatego ważne jest łączenie modeli aktuarialnych z modelami dynamicznymi.

Autorzy wymieniają podstawowe skale służące do oceny przemocy seksualnej oraz ryzyka powrotu zachowań przestępczych (SVR-20, RSVP), które mogą być bardzo pomocne także w polskich warunkach. Warto zaznaczyć, że ocena powrotu do zachowań przestępczych jest bardzo trudna do rzetelnej oceny, ponieważ wiele czynników, szczególnie związanych z impulsywnością, może spowodować powrót do tych zachowań.

Istnieją jeszcze inne skale (niektóre wymienione przez autorów). Skala STATIC-99/STATIC-99-R jest to 10-punktowa ocena aktuarialna dotycząca osób, które w momencie przestępstwa ukończyły 18 r. Jest to najczęściej używana skala w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Wielkiej Brytanii. Inną skalą aktuarialną jest RRASOR opracowana w Kanadzie w 1997 r. przez Hansona. Opracowano ją na podstawie analizy recydywy 2592 przestępców. Ma cztery pozycje i daje możliwości diagnozowania sprzecznych z prawem skłonności seksualnych oraz ogólnych skłonności do stosowania przemocy. Jest wystarczająca do celów przesiewowych, ale nie daje możliwości monitorowania zmian w czasie terapii. Jej stosowanie w warunkach izolacji nie jest zalecane. Inną ciekawą skalą jest wieloosiowa ocena ryzyka MARA oraz SORAG. Skala SORAG zawiera 14 podskal i jest bardzo przydatna w ocenie przestępców z zaburzeniami psychicznymi. Ważne jest żeby przy ocenie ryzyka uwzględniać cechy osobowości. W skali SORAG w punkcie 13 jest uwzględnienie badań fallometrycznych do oceny zaburzeń preferencji. Punkt 14 zawiera ocenę osobowości. Skala ta może być bardzo przydatna w warunkach polskich. Ciekawą rzeczą jest brak skal dla kobiet przestępców seksualnych. Istnieje też skala dla przestępców młodocianych Juvenile Sex Offender Assessment Protocol J-SOAP.

Artykuł jest bardzo potrzebny, ponieważ obowiązujące od czerwca 2010 r. przepisy prawa karnego, szczególnie art. 95a k.k. daje możliwość kierowania przestępców po odbyciu kary więzienia do leczenia preferencji w warunkach laboratoryjnych lub szpitalnych. Nie jesteśmy do tego dobrze przygotowani. Dlatego też wszelkie informacje dotyczące tej problematyki są ważne. Potrzebne jest też wykorzystywanie sprawdzonych skal oceny ryzyka.