

Maria Beisert, Dominika Bartoszak, Filip Szumski,
Agnieszka Izdebska, Monika Zielona-Jenek

Kompetencje kadr profesjonalistów podejmujących i mogących podejmować interwencje psychologiczne wobec skazanych za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności

*Competences of teams of professionals who deliver and
are able to deliver psychological interventions for persons
sentenced for crimes against sexual freedom and morality*

Abstract

Building a coherent system for preventing crimes against sexual freedom and morality requires examining human resources of specialists working with the perpetrators of such offences, especially sexual health specialists. The purpose of this research was to describe said resources. One hundred and forty-two specialists have completed an online survey concerning their competences, the nature of work with perpetrators, the specialists' experience of such work, and factors which may convince those not working with perpetrators to undertake such work. Specialists working with perpetrators have high but non-specific competences. Difficulties in work arise from the traits of the perpetrators, the specialists' deficit in specific competences, and the functioning of the criminal

Prof. dr hab. Maria Beisert, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Polska, ORCID: 0000-0002-2203-0257, e-mail: beisert@amu.edu.pl

Dr Dominika Bartoszak, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Polska, ORCID: 0000-0001-8751-4431, e-mail: dominika.bartoszak@amu.edu.pl

Dr Filip Szumski, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Polska, ORCID: 0000-0002-0916-6993, e-mail: filip.szumski@amu.edu.pl

Dr Agnieszka Izdebska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Polska, ORCID: 0000-0001-9050-7742, e-mail: agnieszka.izdebska@amu.edu.pl

Dr Monika Zielona-Jenek, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Polska, ORCID: 0000-0003-2730-5202, e-mail: monika.zielona-jenek@amu.edu.pl

Data zgłoszenia tekstu przez autorów: 15.01.2024 r.; data zaakceptowania do publikacji: 16.02.2024 r.

justice system in the micro- and macroscale. In the short term, action to sustain the motivation of people already working with the perpetrators must be taken, so they do not quit that job. In the long term, one would have to reorganise the system of impact exerted on the perpetrators, so as to make it more coherent, rational and effective.

Keywords: *perpetrators of crimes against sexual freedom and mortality, prevention, sexual health specialists, human resources*

Streszczenie

Konstrukcja spójnego systemu przeciwdziałania przestępstwom przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wymaga zbadania zasobów kadrowych specjalistów pracujących ze sprawcami tych czynów, w szczególności specjalistów ds. zdrowia seksualnego. Celem niniejszego badania był opis tych zasobów. Ankiętę online badającą kompetencje specjalistów, charakterystykę pracy podejmowanej ze sprawcami, sposób doświadczania tej pracy i charakterystykę czynników mogących skłonić specjalistów niepracujących ze sprawcami do podjęcia tej pracy wypełniło 142 specjalistów. Kompetencje specjalistów pracujących ze sprawcami są wysokie, ale niespecyficzne. Trudności w pracy wynikają z cech sprawców, deficytu specyficznych kompetencji specjalistów oraz funkcjonowania systemu sprawiedliwości karnej na poziomie mikro i makro. W perspektywie krótkoterminowej konieczne jest podjęcie działań zmierzających do podtrzymania motywacji osób już pracujących ze sprawcami, by zapobiec ich rezygnacji z tej pracy. W perspektywie długoterminowej konieczna jest reorganizacja systemu oddziaływań wobec sprawców, w celu zwiększenia jego spójności, racjonalności i skuteczności.

Słowa kluczowe: *sprawcy przestępstw przeciw wolności seksualnej i obyczajności, prewencja, specjaliści ds. zdrowia seksualnego, zasoby kadrowe*

1. Wprowadzenie

Przeciwdziałanie przestępstwom przeciwko wolności seksualnej i obyczajności jest wyzwaniem, przed którym stoi polskie społeczeństwo i państwo. Sprostanie mu wymaga oparcia się na aktualnym, światowym dorobku nauki o przestępczości seksualnej. Jedynie bowiem bieżąca i poparta badaniami wiedza dostarcza narzędzi skutecznej redukcji przestępczości. Jest to szczególnie ważne w obliczu emocji, jakie budzi przestępczość seksualna, oraz podejmowania – przez niektórych praktyków – przypadkowych i nieudokumentowanych oddziaływań wobec skazanych za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności¹.

Prowadzenie diagnozy i terapii SzPPWSiO jest zadaniem specjalistów ds. zdrowia seksualnego. Stosowanie przez nich aktualnej wiedzy² w pracy ze SzPPWSiO wymaga wysokich i specyficznych kompetencji. Stąd też strategicznym elementem budowy systemu przeciwdziałania przestępstwom przeciwko wolności seksualnej i obyczajności powinno być zbadanie zasobów specjalistów już pracujących w tym obszarze, ich motywacji i doświadczanych przez nich trudności, jak również kompetencji profesjonalistów z obszaru zdrowia seksualnego, którzy nie pracują ze sprawcami, w celu określenia czynników, które mogłyby ich do tej pracy zachęcić.

Analiza odbywać się musi w relacji do całości funkcjonowania systemu oddziaływań wobec SzPPWSiO, jako że zdobywanie i zarządzanie kompetencjami zawodowymi specjalistów powiązane jest ściśle z funkcjonowaniem systemu, którego część stanowią.

2. Metodologia badania

Badanie specjalistów ds. zdrowia seksualnego przeprowadzono metodą CAWI (wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony internetowej). Na jego użytek skonstruowano ankietę obejmującą 5 bloków tematycznych:

1. dane demograficzne;
2. kompetencje specjalistyczne;

¹ Dalej SzPPWSiO lub sprawcy.

² Por. np. D. Bartoszak, *Zaburzenia regulacji emocji sprawców przestępstw seksualnych przeciwko małoletnim*, Poznań 2022; A.R. Beech, H.C. Wakeling, F. Szumski, N. Freemantle, *Problems in the measurement of dynamic risk factors in sexual offenders*, „Psychology, Crime & Law” 2016/22(1-2), s. 68-83, <https://doi.org/10.1080/1068316X.2015.1109095> (dostęp: 6.11.2023 r.); M. Beisert, *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa 2004; M. Beisert, *Znaczenie hipotezy „abused abuser” dla wyjaśniania etiologii pedofilii*, „Z Zagadnień Nauk Sądowych” 2010/81, s. 57-73; M. Beisert, *Pedofilia: geneza oraz mechanizm powstawania zaburzenia*, Sopot 2012; M. Beisert, F. Szumski, *Spoleczno-kulturowe uwarunkowania przestępstw przeciwko wolności seksualnej małoletniego*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2010/72(4), s. 217-235; M. Beisert, O. Węglerska, *The effects of disturbances in emotion regulation among sexual offenders perpetrating sexual crime against children*, „Problems of Forensic Sciences” 2017/111, s. 61-78; M. Beisert, O. Węglerska, M. Zakrzewska, *The importance of access to the victim in the emotion regulation of perpetrators of sexual violence against children*, „Problems of Forensic Sciences” 2018/115, s. 263-285; B. Pastwa-Wojciechowska, A. Izdebska, *Zdarzenia traumatyczne w okresie dzieciństwa a rozwój osobowości psychopatycznej u osób skazanych*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2016/15(2), s. 73-92; A. Roszyk, A. Izdebska, K. Peichert, *Planning and inhibitory abilities in criminals with antisocial personal disorder*, „Acta Neuropsychologica” 2013/11(2), s. 193-205;

3. charakterystykę pracy podejmowanej ze sprawcami;
4. sposób doświadczania własnej pracy ze sprawcami (otrzymywane wsparcie, przekonania dotyczące tej pracy, trudności i korzyści z nią związane oraz wpływ na osoby badane);
5. czynniki mogące skłonić specjalistów niepracujących dotąd ze sprawcami do podjęcia takiej pracy.

W skład ankiety wchodziły: 34 pytania zamknięte jednokrotnego wyboru, 22 pytania zamknięte wielokrotnego wyboru i 11 pytań otwartych. Ankieta umieszczona została w serwisie SurveyMonkey. W celu zadbania o udział w badaniu jak największej liczby polskich specjalistów ds. zdrowia seksualnego zaproszenie (za pośrednictwem poczty elektronicznej) skierowano do:

1. placówek, o których wiadomo było lub co do których istniało przypuszczenie, że mogą zatrudniać takie osoby – listę placówek sporządzono na podstawie danych Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, danych o placówkach systemu penitencjarnego oraz zakładach psychiatrycznych, a także internetowych ogłoszeń instytucji medycznych promujących się w Polsce jako zajmujące się zdrowiem seksualnym (znalezionych z pomocą portalu ZnanyLekarz oraz wyszukiwarki Google); tą drogą wysłano łącznie 70 zaproszeń;
2. specjalistów, którzy promują się w Polsce jako specjaliści ds. zdrowia seksualnego lub którzy wśród oferowanych świadczeń wymieniają pracę ze sprawcami – osoby

F. Szumski, *Measurement of cognitive distortions in child molesters*, „Problems of Forensic Sciences” 2014/98, s. 118–137; F. Szumski, *Zniekształcenia poznawcze u sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom*, Poznań 2021; F. Szumski, R.M. Bartels, A.R. Beech, D. Fisher, *Distorted cognition related to male sexual offending: The multi-mechanism theory of cognitive distortions (MMT-CD)*, „Aggression and Violent Behavior” 2018/39, s. 139–151, <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.001> (dostęp: 6.11.2023 r.); F. Szumski, D. Bartoszak, *Cognitive distortions and recidivism in sexual offenders against children*, „Problems of Forensic Sciences” 2021/128, s. 191–209, <https://doi.org/10.4467/12307483PFS.21.011.15881> (dostęp: 15.11.2023 r.); F. Szumski, K. Kasperek, *Ocena ryzyka recydywy w zakresie przestępstw seksualnych*, [w:] *Psychologia sądowa – wybrane zagadnienia*, red. M. Szpitalak, K. Kasperek, Kraków 2014, s. 160–182; F. Szumski, K. Kasperek, J.K. Gierowski, *Wysokie czy bardzo wysokie ryzyko recydywy? Możliwości oceny kategorii ryzyka recydywy sprawców na potrzeby Ustawy z 22.11.2013*, „Psychiatria Polska” 2020/54(6), <https://doi.org/10.12740/PP/116908> (dostęp: 12.12.2023 r.); F. Szumski, K. Kasperek, J.K. Gierowski, *Polski projekt rejestru sprawców przestępstw na tle seksualnym – perspektywa specjalistów ds. zdrowia psychicznego*, „Psychiatria Polska”, 2016/50(3), s. 1181–1194, <https://doi.org/10.12740/PP/62903> (dostęp: 12.12.2023 r.); F. Szumski, M. Zielona-Jenek, *Zniekształcenia poznawcze u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka. Konceptualizacje pojęcia*, „Psychiatria Polska” 2016/50(5), s. 1053–1063, <https://doi.org/10.12740/PP/37470> (dostęp: 12.12.2023 r.); M. Szymańska-Pytlińska, M. Beisert, *Diagnoza niedojrzałości psychoseksualnej sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci jako wyznacznik opracowania programu ich psychoterapii*, „Psychoterapia” 2016/178(3), s. 63–76; M. Szymańska-Pytlińska, M. Beisert, A. Słopeń, *Development of zoophilic interests and behaviors in the example of an adolescent male*, „Current Issues in Personality Psychology” 2021/9(1), s. 26–36, <https://doi.org/10.5114/cipp.2020.101188> (dostęp: 14.12.2023 r.); M. Szymańska-Pytlińska, F. Szumski, *Rola rodziców w etiologii przestępczości seksualnej*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2014/13(1), s. 121–141; D. Turner, A. Roszyk, F. Szumski, M. Rettenberger, *Deviant sexual interests but not antisocial behaviors are associated with deficits in executive functioning in individuals convicted of sexual offenses against children*, „Neuropsychology” 2020/34(8), s. 906–916, <https://doi.org/10.1037/neu0000703> (dostęp: 14.12.2023 r.); M. Zielona-Jenek, *Percepcja relacji interpersonalnych u osób uwikłanych w sytuacje wykorzystania seksualnego dziecka*, „Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka” 2016/15(2), s. 123–146; M. Zielona-Jenek, *Preferencje seksualne i zaburzenia z nimi związane: w stronę rozszerzonego modelu opisu*, „Psychiatria Polska” 2018/52(6), s. 1063–1074, <https://doi.org/10.12740/PP/82193> (dostęp: 14.12.2023 r.).

te odnaleziono zostały w toku przeszukiwania internetu, m.in. portalu ZnanyLekarz oraz wyszukiwarki Google; w ten sposób zgromadzono 192 adresy.

Ponadto w procesie rekrutacji zastosowano metodę kuli śnieżnej. Do zaproszenia dołączano prośbę o przekazanie go innym osobom, które – według wiedzy respondentów – zajmują się zdrowiem seksualnym.

Dzięki tym działaniom w okresie prowadzenia badania, tj. między 7.09.2022 r. a 30.11.2022 r., ankietę wypełniły 152 osoby. Badanie miało charakter anonimowy oraz poufny. Nie gromadzono w nim danych personalnych identyfikujących respondentów.

3. Wyniki przeprowadzonego badania

3.1. Charakterystyka zbadanej grupy

Spośród 152 osób, które wypełniły ankietę, 83,55% (127 osób) stanowiły kobiety, a 16,45% (25 osób) – mężczyźni. Przeważająca grupa – tj. 91,45% (139 badanych) – to osoby z tytułem magistra lub lekarza medycyny (7,89%, tj. 12 osób). Studia na poziomie licencjatu ukończyła 1 osoba (0,66%). Aż 88,82% badanych (135 osób) nie posiadało tytułu naukowego. Osoby z tytułem naukowym doktora to 9,21% (14 osób), doktora habilitowanego – 1,32% (2 osoby), profesora – 0,66% (1 osoba).

Większość osób badanych wykonywała zawód psychologa (71,71%, tj. 109 osób) lub lekarza (7,89%, tj. 12 osób). Wśród pozostałych zawodów znalazły się: pedagog, psychoterapeuta, socjolog. Informacje na temat specjalizacji w zakresie ochrony zdrowia w grupie psychologów oraz lekarzy zawiera tabela 1.

Tabela 1. Rozkłady w zakresie posiadanych specjalizacji

Specjalizacja	%	N
psychologowie		
Psychoseksuologia	29,63	32
Psychologia kliniczna	21,30	23
Psychoterapia dzieci i młodzieży	4,63	5
Psychoonkologia	1,85	2
Inna specjalizacja	14,81	16
Brak specjalizacji	45,37	49
Ogółem	×	127
lekarze		
Ginekologia	3,12	1
Andrologia	0,00	0
Psychiatria	15,62	5
Psychiatria dzieci i młodzieży	3,12	1
Seksuologia	12,50	4

cd. tabeli 1

Specjalizacja	%	N
Inna specjalizacja	9,38	3
Brak specjalizacji	68,75	22
Ogółem	x	36

Źródło: opracowanie własne.

Większość, bo 64,24% badanych (97 osób) odbyło szkolenie w zakresie psychoterapii lub było w jego trakcie (odpowiednio 39,07%, tj. 59 osób, i 25,17%, tj. 38 osób). Pozostałe 35,76% badanych (54 osoby) nie brało udziału w takim szkoleniu³. Niewielka liczba badanych, tj. 12,24% (18 osób), posiadała certyfikat psychoterapeuty (certyfikatu tego nie miało zatem 87,76% badanych, tj. 129 osób). Podobnie niewiele osób, tj. 17,01% (25 osób), posiadało certyfikat nadawany przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne (nie posiadało go więc 82,99% badanych, tj. 122 osoby)⁴.

Jako podstawowe miejsce pracy badani wskazywali kolejno: gabinet prywatny – 40,79% (62 osoby), zakład karny – 9,21% (14 osób), poradnie zdrowia psychicznego – 5,26% (8 osób), Centrum Zdrowia Psychicznego – 5,26% (8 osób), poradnie seksuologiczne – 5,26% (8 osób). Część badanych, tj. 21,71% (33 osoby), wskazała ponadto inne miejsca pracy (niewymienione w kwestionariuszu), m.in.: uczelnie, placówki opiekuńczo-wychowawcze, opiniodawcze zespoły specjalistów sądowych przy sądach okręgowych. Większość respondentów (81,58%) była zatrudniona w więcej niż jednym miejscu pracy, a jako dodatkowe źródło dochodu wymieniała: gabinet prywatny – 30,92% (47 osób), fundacje i stowarzyszenia – 14,47% (22 osoby), poradnie zdrowia psychicznego – 17,76% (27 osób), poradnie seksuologiczne – 12,50% (19 osób), inne – 23,68% (36 osób). Szczegółowe zestawienie liczebności badanych w odniesieniu do podstawowego i pozostałych miejsc pracy zawiera tabela 2.

Tabela 2. Rozkłady w zakresie miejsc pracy

Miejsce pracy	Podstawowe miejsce pracy		Pozostałe miejsca pracy	
	%	n	%	n
Gabinet prywatny	40,79	62	30,92	47
Szpitalny oddział psychiatrii sądowej – poziom zabezpieczenia podstawowy	0,66	1	0,00	0
Szpitalny oddział psychiatrii sądowej – poziom zabezpieczenia wzmożony	0,66	1	0,66	1
Szpitalny oddział psychiatrii sądowej – poziom zabezpieczenia maksymalny	0,66	1	0,00	0

³ Na pytanie dotyczące szkolenia w zakresie psychoterapii odpowiedzi udzieliło 151 osób, zatem podane odsetki odnoszą się do tej liczby.

⁴ Na pytanie dotyczące posiadania certyfikatu psychoterapeuty oraz certyfikatu nadawanego przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne odpowiedzi udzieliło 147 osób, zatem podane odsetki odnoszą się do tej liczby.

Miejsce pracy	Podstawowe miejsca pracy		Pozostałe miejsca pracy	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
Szpital oddział ogólnopsychiatryczny	4,61	7	3,29	5
Oddział leczenia uzależnień	1,32	2	0,66	1
Zakład karny – oddział terapeutyczny	9,21	14	0,66	1
Areszt śledczy	0,00	0	1,32	2
Poradnia zdrowia psychicznego	5,26	8	17,76	27
Poradnia terapii uzależnień	1,32	2	3,29	5
Centrum Zdrowia Psychicznego	5,26	8	5,92	9
Poradnia seksuologiczna	5,26	8	12,50	19
Krajowy Ośrodek Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym w Gostyninie	0,00	0	0,66	1
Fundacje i stowarzyszenia	3,29	5	14,47	22
Brak	×	×	18,42	28
Inne	21,71	33	23,68	36
Ogółem	100,00	152	×	204

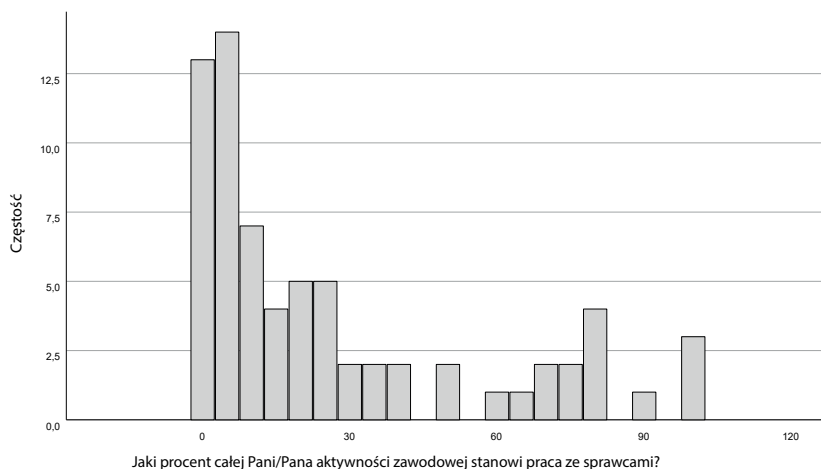
Źródło: opracowanie własne.

3.2. Charakterystyka pracy podejmowanej ze skazanymi za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności

Spośród 152 respondentów prawie połowa, tj. 49,3% (75 osób), ma doświadczenie w zakresie pracy ze sprawcami, tj. wskazała, że aktualnie lub w przeszłości taką pracę wykonywała, co stworzyło podstawę do przeprowadzenia dalszych szczegółowych charakterystyk. Reszta ankietowanych (41,4%, tj. 63 osoby) nigdy się z takim sprawcami nie zetknęła lub (9,2%, tj. 14 osób) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie.

Długość stażu pracy ze sprawcami była wśród badanych zróżnicowana. W badanej grupie 75 specjalistów najwięcej, bo 26,7% osób, wskazało, że mieściła się ona w przedziale 2–5 lat (20 osób). Niewiele mniej, bo po 25,3%, wskazało na okres ponad 10 lat oraz do 1 roku (po 19 osób w obydwu tych kategoriach). Na staż pracy mieszczący się w przedziale 5–10 lat wskazało 18,7% badanych (14 osób).

Badani określili ponadto procentowy udział pracy ze sprawcami w całej swojej aktywności zawodowej. Dominowały osoby, które określiły ten udział na poziomie 1% (13,3% badanych, tj. 10 osób) lub 5% (12% badanych, tj. 9 osób), gdy średni procentowy udział wynosił 26,4%, a mediana – 15%. Udział pracy ze sprawcami na poziomie 75% lub więcej wskazało łącznie 13,3% badanych (10 osób), w tym 2,7% badanych (2 osoby) zaznaczyło, że ich praca w 100% poświęcona jest sprawcom (por. wykres 1).

Wykres 1. Procent aktywności zawodowej, jaki stanowi praca ze sprawcami

Źródło: opracowanie własne.

Dominującym rodzajem pracy ze sprawcami okazała się terapia. Prowadzenie jej zadeklarowało 72% badanych (54 osoby). Pozostałe rodzaje działań to: edukacja (68% badanych, tj. 51 osób), opiniowanie sądowe oraz diagnoza innego rodzaju (po 33,3%, czyli 25 osób w obu tych kategoriach).

Na podstawie uzyskanych danych możliwe jest bliższe opisanie oferowanej sprawcom terapii. Zdecydowanie przeważającą formą oddziaływań terapeutycznych jest terapia indywidualna. Oferuje ją 74,7% badanych specjalistów (56 osób). Terapię grupową prowadzi 28% (21 osób), zaś farmakoterapię – 2,7% (2 osoby). Głównymi nurtami teoretycznymi oferowanej pracy psychoterapeutycznej są: nurt poznawczo-behawioralny (25,3% badanych, tj. 19 osób) oraz psychodynamiczny (22,7% badanych, tj. 17 osób). Ponadto wymienione zostały: nurt integracyjny (8%, tj. 6 osób), nurt systemowy, terapia skoncentrowana na rozwiązaniach (po 5,3%, tj. 4 osoby w obu kategoriach), nurt humanistyczno-egzystencjalny (2,7%, tj. 2 osoby) oraz nurt psychoanalityczny, Gestalt, nurt mieszany (terapia poznawczo-behawioralna i psychodynamiczna w zależności od możliwości), psychoterapia uzależnień oraz psychoedukacja (po 1,3%, tj. po 1 osobie w tych ostatnich pięciu kategoriach).

Względnie niewielka liczba, tj. 28% badanych (21 osób), pracuje, opierając się na określonych programach, takich jak holenderski program terapii pięciofazowej czy program STOP⁵. Wypowiedzi pozostałej grupy respondentów („Program Zakładu Karnego” czy „program autorski”) nie pozwoliły na przyporządkowanie ich działań do programów opisanych w literaturze przedmiotu, natomiast 48% badanych (36 osób) nie korzysta z określonego programu.

⁵ Por. J. Frenken, *Treatment of incest perpetrators: A five-phase model*, „Child Abuse and Neglect” 1994/18(4), s. 357–365, [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90038-8) (dostęp: 18.12.2023 r.).

Na podstawie udzielonych informacji możliwe było opisanie warunków i miejsca pracy ze sprawcami. Zdecydowanie najwięcej badanych specjalistów działa w warunkach ambulatoryjnych w gabinetach prywatnych (46,7%, tj. 35 osób), a mniejsza ich liczba – w ramach poradni państwowych (17,3% badanych, tj. 13 osób) i w ramach oddziału dziennego psychiatrycznego lub w warunkach zamkniętych (29,3% badanych, tj. 22 osoby).

Wypowiedzi badanych pozwoliły również na charakterystykę sprawców, wobec których oddziaływania są realizowane. Najwięcej, bo 93,3%, specjalistów (70 osób) zajmuje się dorosłymi mężczyznami, zaś najmniej (4%, tj. 3 osoby) – nieletnimi kobietami. Jeżeli chodzi o pozostałych ankietowanych, to 13,3% (10 osób) potwierdziło, że pracuje z dorosłymi kobietami, zaś 16% (12 osób) – z nieletnimi mężczyznami.

Najwięcej badanych (78,7%, tj. 59 osób) funkcjonuje na co dzień wśród osób, które dopuściły się przestępstw kontaktowych, czyli polegających na wykorzystaniu seksualnym z użyciem dotyku (np. czynności penetracyjne, dotyk narządów płciowych). Pracę z dwiema innymi grupami (sprawcami przestępstw kontaktowych bez użycia dotyku, np. w postaci prezentowania innym czynności seksualnych, oraz ze sprawcami przestępstw bez kontaktu, np. w postaci posługiwania się materiałami przedstawiającymi wykorzystanie seksualne małoletnich) zadeklarowało po 72% badanych (54 osoby w przypadku każdej z tych kategorii). Kategorię „inne” zaznaczyło 6,7% badanych (5 osób), informując, że chodzi o: „osoby chore psychicznie, które dopuściły się czynów karalnych o wysokiej szkodliwości społecznej, np. zabójstwa, pobicia, jazdy pod wpływem środków psychoaktywnych i alkoholu”; osoby, które dokonały „rozbojów, kradzieży”; „sprawców przemocy domowej”; „sprawców z niepełnosprawnością intelektualną”; sprawców „wszelkiego rodzaju przestępstwa” (po 1 osobie dla każdego z tych opisów).

Większość, bo 70,7% badanych (53 osoby), ma kontakt ze sprawcami przebywającymi na wolności, a 50,7% (38 osób) – również z osadzonymi. Część specjalistów, tj. 29,3% (22 osoby), działa wśród sprawców, których czyny nigdy nie zostały wykryte, a 36% (27 osób) – wśród tych, którzy nigdy nie ponieśli odpowiedzialności karnej⁶.

3.3. Praca ze skazanymi za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności – doświadczenia wykonujących ją osób

3.3.1. Wsparcie zawodowe otrzymywane w kontekście pracy ze sprawcami

Ważną częścią pracy psychoterapeutycznej jest poddawanie jej regularnej superwizji. Jedną z jej funkcji polega na dostarczeniu terapeutcie wsparcia emocjonalnego oraz

⁶ Praca ze sprawcami, których czyny nigdy nie zostały wykryte i którzy nigdy nie ponieśli odpowiedzialności karnej za swoje czyny, jest w Polsce możliwa dzięki normom wprowadzonym przez art. 51 i 52 ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jedn.: Dz.U. z 2022 r. poz. 2123 ze zm.). Zgodnie z nimi osoby wykonujące zadania określone w tej ustawie nie mogą utrzymywać w dokumentacji oświadczeń pacjenta obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary, a także nie mogą być przesłuchiwane na okoliczność wypowiedzi pacjenta, co do którego podjęto czynności wynikające z tej ustawy.

możliwości wyrażenia i zrozumienia własnych reakcji na proces terapeutyczny. Obok refleksji nad bieżącą praktyką superwizja służy też doskonaleniu umiejętności terapeutycznych. Wyniki badania pozwalają na scharakteryzowanie doświadczeń respondentów w tym obszarze.

Spośród 68 osób, które udzieliły odpowiedzi na pytanie o superwizję pracy ze sprawcami, 14,7% badanych (10 osób) podało, że z niej nie korzysta, w przeciwieństwie do 85,3% (58 osób), które ją potwierdziło⁷. Głównym nurtem teoretycznym superwizji okazał się nurt psychodynamiczny (58,6%, tj. 34 osoby). W następnej kolejności wskazywano na: nurt poznawczo-behawioralny (29,3%, tj. 17 osób) oraz integracyjny (22,4%, tj. 13 osób). Nieliczni specjaliści dokonują superwizji w nurcie systemowym (6,9%, tj. 4 osoby), psychoanalitycznym (5,2%, tj. 3 osoby), Gestalt oraz terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach (po 1,7%, tj. po 1 osobie w każdym z nurtów). Żadna z badanych osób nie stosuje nurtu humanistyczno-egzystencjalnego ani ericksonowskiego.

Zdecydowana większość, bo 67,2% (39 osób), w całości samodzielnie ponosi koszty superwizji. Częściowo samodzielnie opłaca ją 12,1% badanych (7 osób). Tymczasem 20,7% badanych (12 osób) korzysta z pełnego finansowania jej przez placówkę, w której są zatrudnieni, natomiast 8,6% badanych (5 osób) – z dofinansowania. Wszyscy uczestnicy badania wyrazili zgodną opinię, że pracodawca powinien oferować tego rodzaju wsparcie. Na 152 osoby biorące udział w badaniu 32,9% (50 osób) uważa, że pracodawca powinien organizować superwizje, 38,2% (58 osób) – że powinien je opłacać, zaś 30,9% (47 osób) – że powinien udzielać na czas superwizji płatnego urlopu szkoleniowego.

Osoby zatrudnione w placówkach lub przez organ zlecający pracę ze sprawcami odniosły się dodatkowo do faktycznego wsparcia otrzymywanego ze strony przełożonych. Spośród 36 osób, które odpowiedziały na to pytanie, 55,6% (20 osób) stwierdziło, że wsparcie takie otrzymuje, z kolei 44,4% (16 osób) – że nie. W zakresie rodzaju wsparcia ze strony pracodawców dominowało: finansowanie superwizji (70% z grupy 20 osób otrzymujących wsparcie, tj. 14 osób), udzielanie urlopu w celu odbycia szkoleń i superwizji (55%, tj. 11 osób), finansowanie szkoleń (30%, tj. 6 osób), organizowanie szkoleń (20%, tj. 4 osoby), informowanie o szkoleniach (15%, tj. 3 osoby) oraz udzielanie awansu za doksztalcanie (10%, tj. 2 osoby). Dodatkowo 2 osoby podały, że otrzymują wsparcie emocjonalne, a 1 osoba – superwizje.

3.3.2. Przekonania dotyczące wykonywanej pracy

Większość (58,7%, tj. 44 osoby) uczestników badania uznaje swoją pracę ze sprawcami za efektywną, w opozycji do 30,7% badanych (23 osoby). Jednocześnie jedynie nieco ponad połowa osób, tj. 50,7% (38 osób), stosowała określone kryteria oceny tej efektywności, zaś 38,7% (29 osób) wskazało, że takich kryteriów nie ma.

⁷ Podane od tego miejsca odsetki dotyczą tych 58 specjalistów, którzy potwierdzili korzystanie z superwizji.

Wnioskować można, że w przypadku tej drugiej grupy ocena ma charakter bardziej intuicyjny.

Kryteria efektywności swojej pracy przyjmowane przez badanych⁸ to: obserwowanie zmiany w funkcjonowaniu pacjenta-sprawcy (45,3% badanych, tj. 34 osoby); śledzenie jego dalszych losów związanych z popełnianiem kolejnych przestępstw (29,3% badanych, tj. 22 osoby); zadowolenie z pracy specjalisty widoczne u pacjenta (21,3% badanych, tj. 16 osób); zadowolenie ze swojej pracy widoczne u przełożonego bądź podmiotu zlecającego (8% badanych, tj. 6 osób). Wśród dodatkowych kryteriów oceny efektywności pracy wskazywane były: obserwowanie wzrostu świadomości poznawczej sprawców; wyniki okresowych testów i kwestionariuszy; opinia środowiskowa; utrzymywanie przez pacjenta abstynencji i angażowanie się w proces dalszego zdrowienia; stosowanie się do zaleceń; znajomość czynników ryzyka; wzrost poziomu świadomości, krytycyzmu i rozwijanie modelu dobrego życia; kontrola zachowania, wsparcia (po 1 osobie dla każdego z tych kryteriów).

Osoby badane pracujące ze sprawcami zapytano także (w formie pytania otwartego) o różnice między tym rodzajem pracy a pracą z innymi osobami (pacjentami), z którymi ci specjaliści mają kontakt.

Analiza wypowiedzi pozwoliła wyróżnić osiem kategorii różnicujących. Pierwszą z nich, nazwaną „praca ze sprawcami jest trudniejsza”, opisało 18 osób (24% próby). Powoływano się w niej na większe nasilenie zaburzeń (w tym seksualnych) wśród sprawców, brak motywacji do pracy bądź motywację zewnętrzną oraz liczne próby manipulowania terapeutą. Drugą kategorię „praca ze sprawcami jest znacznie bardziej obciążająca emocjonalnie” uwzględniło 13 osób (17,3%). Kolejną („praca ze SzPPWSiO wiąże się z większą odpowiedzialnością”) wybrało 9 osób (12%), które podkreślały znaczenie ich działań dla zwiększania poziomu bezpieczeństwa społecznego i zmniejszania zagrożenia ze strony sprawców. W kolejnej kategorii (12%, tj. 9 osób) zebrano cechy opisujące specyfikę kontekstu działań specjalistów. Umieszczono tu opisy ograniczeń dotyczących warunków funkcjonowania zakładów karnych, nakładanie się różnych ról pełnionych przez specjalistę w kontakcie ze sprawcą (np. terapeutę i funkcjonariusza) oraz trudności z zachowaniem postawy neutralności w relacji specjalisty ze sprawcą. Kategoria piąta obejmowała problemy planowania pracy ze sprawcami. Treści takie podało 6 osób (8%). W opisie kolejnej różnicy wskazywano na potrzebę większego wsparcia superwizyjnego w pracy ze sprawcami (5,3%, tj. 4 osoby). W kategorii siódmej (również 5,3%, tj. 4 osoby) poruszano temat zwiększonego zagrożenia osobistego specjalisty oraz osób z rodziny. Ostatnia różnica wiązała się z charakterem pracy ze sprawcami. Według badanych jest on głównie diagnostyczny, w przeciwieństwie do terapeutycznego charakteru w przypadku pracy z innymi pacjentami (4%, tj. 3 osoby). Interesujące okazało

⁸ Podane odsetki dotyczą wszystkich 75 specjalistów pracujących ze sprawcami, a nie tylko tych, którzy wcześniej wskazali posługiwanie się określonymi sposobami oceny efektywności pracy. Zasadne wydaje się bowiem przyjęcie założenia, że nawet jeśli badani stosują kryteria, które trudno im spontanicznie zwerbalizować, zapoznanie się z listą możliwych kryteriów w dalszych pytaniach umożliwiło im bardziej precyzyjne ich sformułowanie.

się podkreślenie przez 14 osób (18,7%) istnienia i znaczenia podobieństw pracy ze sprawcami i z innymi pacjentami⁹.

3.3.3. Trudności i korzyści dotyczące pracy ze sprawcami

Badanie dostarczyło obszernych informacji na temat trudności i korzyści, których specjaliści doświadczają w pracy ze sprawcami. Dane pochodzące z odpowiedzi na pytania otwarte i zamknięte pozwoliły na zbudowanie zbieżnych obrazów, w przeważającej mierze potwierdzających się i uzupełniających¹⁰.

Analiza wypowiedzi badanych doprowadziła do wyłonienia trzech zbiorów trudności: skoncentrowanych wokół osoby pacjenta, skoncentrowanych wokół osoby terapeuty i skoncentrowanych wokół cech działań podejmowanych wobec sprawców.

Na pierwszy plan zdecydowanie wysunęły się trudności bezpośrednio związane ze specyfiką funkcjonowania pacjentów. Jako przyczyny wymieniano kolejno: stałe próby manipulowania specjalistą (56% badanych, tj. 42 osoby) wymuszające ciągłą uważność i wysoką czujność; traktowanie terapii jako formy karania (44% badanych, tj. 33 osoby); patologiczne treści wnoszone przez pacjentów, takie jak przemoc, okrucieństwo i destrukcja (41,3% badanych, tj. 31 osób); negatywne nastawienie pacjentów wobec specjalisty (36%, tj. 27 osób).

Ten obraz pacjentów poszerzyły treści pochodzące z pytań otwartych. Badani wyraźnie wskazywali na cechujący sprawców brak motywacji do terapii i do dokonywania zmian, a także brak samokrytycyzmu i chęci współpracy. Wpływała na to tendencja do zaprzeczania popełnianym czynom, a co za tym idzie – zewnętrzna motywacja do uczestnictwa w terapii, wzmocniona przez sztywne i utrwalone mechanizmy obronne. Ich modyfikacja traktowana jest przez badanych jako – z jednej strony – wyzwanie i cel terapii, a z drugiej – jako poważna przeszkoda dla skuteczności działań. Brak motywacji wewnętrznej połączony z wysokim poziomem patologii moralnej przeszkadza – zdaniem badanych – w nawiązaniu relacji opartej na zaufaniu i szczerości, a więc przeszkadza w ustaleniu kontraktu terapeutycznego. Wątek silnego oporu pacjentów – kolejna ich specyficzna cecha – był dodatkowo identyfikowany przy okazji poruszania tematów dotyczących seksualności, a także podczas pracy grupowej, co wiązano z panującym w grupie niskim poziomem wzajemnego zaufania. Trudności pogłębiają takie kolejne cechy pacjentów jak: deficyty intelektualne, organiczne uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego oraz głębokie zaburzenia struktury osobowości. Odrębną grupę problemów, na tle przedstawionej do tej pory charakterystyki, stwarzały indywidualne cechy pacjentów: silna nienawiść do samego siebie, brak samoakceptacji, egodystoniczne przeżywanie własnej seksualności, doświadczenie urazów wczesnodziecięcych oraz nierealistyczne oczekiwania wobec terapii. Według respondentów wymienione trudności rosły podczas krótkotrwałego

⁹ Podawane w tym fragmencie odsetki informują, ile osób w otwartych wypowiedziach poruszyło dany temat oraz jaką wagę mu przypisywało.

¹⁰ Odsetki w tym podpunkcie dotyczą grupy 75 osób mających doświadczenie w pracy ze sprawcami.

kontaktu, którego celem była ocena (diagnoza), co zwrótnie zwiększało opór i nieufność pacjentów.

Druga grupa opisywanych trudności zidentyfikowana została jako trudności związane z osobą specjalisty. Dotyczyły one sfery poznawczej i emocjonalnej. Aż 33,3% badanych (25 osób) traktowało własne ograniczenia wiedzy i kompetencji jako główną przeszkodę aktywności zawodowej. Informację tę potwierdziły odpowiedzi na pytanie otwarte. Badani wskazywali na niedostatek wiedzy w pracy z przestępcami seksualnymi, brak znajomości odpowiednich narzędzi oraz niepewność posiadanych kompetencji. Tę ostatnią potęgował brak szkoleń, a także brak standaryzacji metod i procedur działania. Jednocześnie badani wskazywali na ograniczenia wiedzy i kwalifikacji po stronie innych profesjonalistów zaangażowanych w pracę ze sprawcami, co zwrótnie nasilało poczucie niekompetencji i niepewności badanych. W szczególności omawiano braki kwalifikacji biegłych oraz braki wiedzy organów ochrony prawnej na temat terapii, uniemożliwiające wzajemne porozumienie i podejmowanie spójnych decyzji dotyczących sprawców. W odczuciu badanych ignorancja ze strony funkcjonariuszy zakładów karnych i aresztów śledczych poza oddziałami terapeutycznymi, a czasem też przez przełożonych, znajdowała wyraz w deprecjonowaniu terapii, a zatem i umiejętności terapeutów. Pytanie otwarte dostarczyło informacji o własnych trudnych reakcjach emocjonalnych specjalistów wywołanych przez poczucie nieskuteczności i braku sensu wykonywanej pracy. Ich istnienie potwierdziło 30,7% badanych (23 osoby). Reakcje emocjonalne wiązano również z innymi trudnościami, tzn. głównie z brakiem możliwości poznania efektów swojej pracy (32% badanych, tj. 24 osoby) oraz brakiem możliwości dokonania obiektywnej oceny czynów, przebiegu leczenia i jego skuteczności. Na odrębną grupę problemów emocjonalnych badanych składały się negatywne stany emocjonalne przeżywane wobec sprawców skutkujące (ze względu na brak superwizji) samotnością w procesie dążenia, by zobaczyć w pacjencie „człowieka, nie tylko przestępcę”. Do nich dołączało się obciążenie odpowiedzialnością za proces leczenia, wydawane opinie, a także ryzyko recydywy u sprawców. Badani opisywali lęk o bezpieczeństwo własne i innych, jeśli sprawca wróciłby do swych zachowań, oraz lęk przed ostracyzmem społecznym.

Ostatnią trzecią grupą opisywanych trudności były problemy – formalne i merytoryczne – związane z samym procesem pracy. Wymieniano w tym kontekście niedostateczne wynagrodzenie (28% badanych, tj. 21 osób), niedocenienie znaczenia pracy specjalistów przez zakład pracy (25,3% badanych, tj. 19 osób) lub społeczeństwo (22,7% badanych, tj. 17 osób), brak wsparcia z zakładu pracy (20% badanych, tj. 15 osób), brak możliwości rozwoju (14,7% badanych, tj. 11 osób), a także brak zadowolenia po stronie pacjenta (12% badanych, tj. 9 osób). Informacje te zasadniczo powtórzyły się w odpowiedziach na pytania otwarte. Dodano do nich nową grupę przeszkód dotyczących organizacji pracy. Powtórzyły się w nich kwestie związane z niedociągnięciami we współpracy z innymi podmiotami oraz z przeciążającym dla specjalistów sposobem organizacji pracy. Opisywano brak odpowiednich rozwiązań systemowych, w szczególności integracji systemu sądowego z Narodowym

Funduszem Zdrowia¹¹, brak warunków do współpracy terapeutów z zakładów karnych z tymi spoza jednostek penitencjarnych, ograniczenia możliwości kontynuacji terapii po zakończeniu kary pozbawienia wolności. Skargi dotyczyły również braku finansowania przez NFZ czasochłonnej części pracy związanej z zapoznaniem się z aktami i opłacania jedynie bezpośrednich spotkań z pacjentami, a także braku odpowiednich warunków lokalowych, w tym niezapewniających specjalistom poczucia bezpieczeństwa. Wymieniano przeciążenie ilością pacjentów, wysokie i nierealistyczne oczekiwania co do efektów terapii oraz brak możliwości odmowy współpracy z osobami, które tej współpracy sobie nie życzą. Ważna uwaga merytoryczno-organizacyjna wiązała się z opisem grup pacjentów przydzielanych specjalistom. Niektóre osoby badane wskazywały, że ich trudności wynikają z kontaktów z homogeniczną grupą pacjentów, np. wyłącznie ze sprawcami przestępstw seksualnych. Inni natomiast jako źródło obciążeń traktowali równoległe kontakty zarówno ze sprawcami, jak i z osobami poszkodowanymi.

Badani specjaliści dostarczyli także danych odnoszących się do korzyści związanych z wykonywaną pracą. Ponad połowa badanych (60%, tj. 45 osób) potwierdziła, iż korzyścią jest dla nich poczucie, że robią coś dobrego, że chronią społeczeństwo (52%, tj. 39 badanych). Niektórzy wprost wskazywali, że przyczyniają się do zmniejszania liczby ofiar przemocy seksualnej, a inni (50,7% badanych, tj. 38 osób) – że dzięki nim spada też ryzyko powrotności, bo pomagają swoim pacjentom-sprawcom.

Zbliżoną jakościowo korzyścią jest doświadczane przez wielu specjalistów poczucie satysfakcji z pracy ze sprawcami. Koncentrowano się tutaj na satysfakcji ze zmian, które zachodzą w funkcjonowaniu sprawców, oraz satysfakcji związanej z towarzyszeniem im w procesie zdrowienia. Wartość ta potwierdziła swoje znaczenie w odpowiedziach na pytanie zamknięte. Dla 26,7% badanych (tj. 20 osób) korzyścią jest poczucie bycia skutecznymi. Dodatkowo niektóre osoby wskazały samozadowolenie pacjentów (10,7% badanych, tj. 8 osób), tzn. płynące od nich informacje potwierdzające uzyskaną pomoc. Choć możliwość poznania efektów własnej pracy jest ograniczona, to jednak – gdy ona powstaje – wydaje się być oceniana pozytywnie, co podkreśliło 8% badanych (tj. 6 osób).

Dla wielu badanych specjalistów (38,7% badanych, tj. 29 osób) praca ze sprawcami oznacza możliwość rozwoju. Analiza dowiodła, że najwyraźniej rozwój ten odnoszono do sfery zawodowej, ale także – chociaż zdecydowanie rzadziej – osobistej. Badani opisywali, że ta praca rozwija ich jako terapeutów, poszerza ich wiedzę, warsztat, kompetencje zawodowe i doświadczenie kliniczne. Umożliwia poznanie patologicznych mechanizmów zachowania człowieka (przyczyn popełniania przestępstw), jak również wspiera przygotowanie do pracy z innymi grupami osób, np. umożliwia wgląd w przeżycia ofiar przemocy seksualnej, pomaga w opracowywaniu programów profilaktycznych. Niektórzy badani wskazywali na okoliczności pracy, które temu wzrostowi sprzyjają. Wymieniano tu systematyczną superwizję i doświadczenie uczenia się w zespole („interwizja, od siebie nawzajem”). Dla kilku osób kontakt ze

¹¹ Dalej NFZ.

sprawcami oznaczał możliwość urozmaicenia praktyki zawodowej. W odpowiedzi na pytanie otwarte pojawiały się ponadto informacje o rozwoju osobistym. Podawano, że praca ta „rozwija jako człowieka”, pozwala na uwolnienie się od stereotypów dotyczących sprawców, zwiększa umiejętność stawiania granic oraz umiejętność utrzymywania dystansu.

Kolejnym, rzadziej wskazywanym obszarem korzyści pracy ze sprawcami było poczucie wagi własnych działań. W odpowiedzi na pytania zamknięte 8% badanych (tj. 6 osób) potwierdziło, że korzyścią jest docenienie ich pracy ze strony społeczeństwa lub zakładu pracy/podmiotu zlecającego (5,3% badanych, tj. 4 osoby). Co ciekawe, w odpowiedzi na pytanie otwarte dominowało znaczenie własnej, a nie wysokiej oceny zewnętrznej. Specjaliści uznawali, że zajmują się ważnym i jednocześnie niepopularnym w grupie terapeutów tematem, że nie odmawiają pracy z ludźmi, którzy mogą być odrzuceni przez innych specjalistów, że to praca, którą „nie każdy udźwignie”. Pojawiały się ponadto odpowiedzi wprost podkreślające związany z tą pracą prestiż społeczny.

Gratyfikacja finansowa znalazła się na odległym planie wymienianych korzyści. Wskazało ją tylko kilka osób (4% badanych, tj. 3 osoby). Niewielka grupa badanych (7 osób) podała, że albo nie czerpią z pracy żadnych korzyści, albo są one niewielkie, zwłaszcza w kontekście ponoszonych kosztów. Odpowiedzi tego rodzaju pojawiły się w reakcji na pytanie otwarte.

3.3.4. Wpływ pracy ze sprawcami na osoby badane

Specjalistów pytano również o to, czy mają poczucie, że praca ze sprawcami ich zmienia. Aż 53,3% (tj. 40 osób) dostrzegło zmiany i oświadczyło, że dzieje się to zarówno w wymiarze zawodowym, jak i w wymiarze osobistym. Z kolei 12% (tj. 9 osób) wskazało wyłącznie na taki wpływ w wymiarze zawodowym, a 2,7% (tj. 2 osoby) – tylko w wymiarze osobistym. Natomiast 18,7% (tj. 14 osób) zaprzeczyło jakimkolwiek zmianom, a 13,3% (tj. 10 osób) nie udzieliło informacji na ten temat.

W odpowiedziach udzielonych na pytanie otwarte wyróżniono sześć kategorii takich zmian. Znaczna część badanych (45,3% badanych, tj. 35 osób) wróciła do motywu rozwoju kompetencji zawodowych. Praca – bezpośrednio – pełni formę treningu kompetencji i – pośrednio – motywuje do szkoleń i pogłębiania wiedzy. Dotyczy to zarówno kompetencji niespecyficznych, przydatnych w pracy z różnymi pacjentami, jak i – co akcentowano – kompetencji specyficznych. Należy do nich: zwiększanie umiejętności kontaktu ze sprawcami, rozumienie złożoności ich funkcjonowania, zaburzeń i ścieżek etiologii przestępstw oraz ukształtowanie zdolności do oddzielenia negatywnej oceny czynów od oceny sprawcy. Praca jest także szansą na rozwój osobisty. Potwierdziło to 22,7% badanych (tj. 17 osób), którzy opisali, że pozwala ona lepiej zrozumieć złożoność świata, poznać siebie i zweryfikować dotychczasowe przekonania. Jednocześnie 17,3% badanych (tj. 13 osób) podało inną konsekwencję zmiany: praca ze sprawcami prowadzi do doświadczania lęku, obniżenia nastroju i do

powstania innych objawów negatywnie wpływających na życie osobiste. Wskazywano na strach o bezpieczeństwo własnych dzieci, na negatywny wpływ na relacje osobiste. Ponadto 16,1% badanych (tj. 12 osób) stwierdziło, że jest ona przyczyną wypalenia zawodowego: poczucia bezradności, wyczerpania, bezsensu i spadku motywacji oraz wystąpienia silnych objawów somatycznych (opisy 2 osób).

Badani uznali także, że ich praca prowadzi do ogólnej zmiany sposobu spostrzegania świata (12%, tj. 9 osób). Wskazywano, że – zarówno w wymiarze osobistym, jak i zawodowym – świat spostrzegany jest jako bardziej negatywny. Jedynie 5,3% badanych, tj. 4 osoby, podało, że kontakt ze sprawcami uodparnia na kontakt z treściami emocjonalnie trudnymi.

Ogółem, odpowiadając na pytanie otwarte, 53,3% badanych (tj. 40 osób) opisało występujące u nich zmiany negatywne, 26,7% (tj. 20 osób) – zmiany pozytywne, 18,7% (tj. 14 osób) – zarówno zmiany pozytywne, jak i negatywne, a 38,7% (tj. 29 osób) nie opisało żadnych zmian.

3.4. Różnice między specjalistami pracującymi a niepracującymi ze skazanymi za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności

Z punktu widzenia oceny zasobów kadrowych istotne jest porównanie cech funkcjonowania zawodowego osób, które pracują bądź pracowały ze sprawcami z osobami bez takiego doświadczenia. W przebadanej próbie specjaliści pracujący ze sprawcami częściej (44%, tj. 33 osoby) niż pozostali specjaliści uczestniczący w badaniu (25,4%, tj. 16 osób) wskazywali placówki publiczne (szpitale i zakłady karne) jako podstawowe miejsce pracy. Grupy te nie różniły się częstością, jeśli chodzi o podawanie prywatnego gabinetu jako podstawowego miejsca pracy (42,7%, tj. 32 osoby, *versus* 36,5%, tj. 23 osoby). Osoby niepracujące ze sprawcami częściej (38,1%, tj. 24 osoby) jako podstawowe miejsce wymieniały fundacje i stowarzyszenia. Różnice te były istotne statystycznie ($\chi^2 = 12,181$, $df = 2$, $p = 0,002$).

Proporcje wykonywanych zawodów są zbliżone do siebie, na co wskazuje brak istotnych różnic ($\chi^2 = 0,505$, $df = 3$, $p = 0,918$) w grupach specjalistów pracujących i niepracujących ze sprawcami (zob. tabela 3).

Tabela 3. Rozkłady w zakresie podstawowego wykonywanego zawodu

Zawód	Osoby pracujące ze sprawcami		Osoby niepracujące ze sprawcami		Wszystkie osoby badane	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Psycholog	56	74,7	46	73,0	102	73,9
Lekarz	5	6,7	6	9,5	11	8,0
Pedagog	3	4,0	3	4,8	6	4,3
Inny	11	14,7	8	12,7	20	13,8

Źródło: opracowanie własne.

Wśród pracujących ze sprawcami znajduje się nieco więcej osób ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego albo tytułem naukowym profesora (12,0%, tj. 9 osób, *versus* 7,9%, tj. 5 osób). Różnica ta nie jest istotna statystycznie ($chi^2 = 0,620$, $df = 1$, $p = 0,431$).

Ocena specjalizacji psychologów ujawniła trzy tendencje (zob. tabela 4). Po pierwsze, osoby pracujące ze sprawcami częściej niż niepracujące posiadają specjalizację w zakresie psychoseksuologii. Różnica ta nie ma charakteru istotnego statystycznie, choć wyniki testu chi^2 są zbliżone do istotnych. Po drugie, osoby niepracujące ze sprawcami nieco częściej niż osoby pracujące posiadają specjalizacje inne niż psychoseksuologia. Wreszcie po trzecie, nieco częściej nie posiadają żadnej specjalizacji. Także z tymi tendencjami nie są związane żadne statystycznie istotne różnice. Z uwagi na małą liczbę lekarzy w próbie analogiczna analiza danych o nich nie była możliwa.

Tabela 4. Rozkłady w zakresie posiadanych specjalizacji

Specjalizacja	Osoby pracujące ze sprawcami		Osoby niepracujące ze sprawcami		Test istotności różnic*		Łącznie osób z daną specjalizacją	
	n	%	n	%	chi^2	p	n	%**
psychologowie								
Psychoseksuologia	21	37,5	10	21,7	2,891	0,089	31	30,4
Psychologia kliniczna	11	19,6	12	26,1	0,473	0,492	23	22,5
Psychoterapia dzieci i młodzieży	1	1,8	4	8,7	1,137	0,286	6	5,9
Psychoonkologia	1	1,8	1	2,2	0,150	0,901	2	12,0
Inna specjalizacja	8	14,3	8	17,4	0,138	0,710	16	15,7
Brak specjalizacji	21	37,5	23	50,0	1,114	0,285	47	46,1
lekarze								
Seksuologia	2	40,0	2	33,3	0,034	0,853	4	36,4
Psychiatria	3	60,0	2	33,3	0,062	0,803	5	45,4
Psychiatria dzieci i młodzieży	0	0,0	1	16,7	1,208	0,272	1	9,1
Ginekologia	0	0,0	1	16,7	1,208	0,272	1	9,1
Inna specjalizacja	1	20,0	1	16,7	0,017	0,897	2	18,2

* df w przypadku wszystkich porównań = 1.

** Niektórzy profesjonalści wskazali więcej niż jedną specjalizację.

Źródło: opracowanie własne.

Wśród osób pracujących ze sprawcami jest nieco więcej certyfikowanych terapeutów uzależnień (10,3%, tj. 8 osób, *versus* 3,1%, tj. 2 osoby). Różnica ta nie jest istotna statystycznie ($chi^2 = 3,722$, $df = 2$, $p = 0,156$). Osoby pracujące ze sprawcami częściej ukończyły szkolenie w zakresie psychoterapii (46,7%, tj. 35 osób) niż osoby z nimi niepracujące (28,6%, tj. 18 osób). Tendencja ta znajduje się na granicy istotności statystycznej ($chi^2 = 5,992$, $df = 2$, $p = 0,050$). Natomiast w trakcie szkolenia zmierzającego do

uzyskania tytułu psychoterapeuty są – w prawie równej proporcji – osoby pracujące ze sprawcami (25,3%, tj. 19 osób) i z nimi niepracujące (25,4%, tj. 16 osób).

Osoby pracujące ze sprawcami częściej legitymują się certyfikatem seksuologa klinicznego nadawanym przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne (26,7%, tj. 20 osób) niż osoby bez tych doświadczeń (4,8%, tj. 3 osoby). Różnica ta ma charakter istotny statystycznie, o dużej sile ($\chi^2 = 11,829$, $df = 1$, $p < 0,001$). Studia podyplomowe ukończyło więcej osób pracujących ze sprawcami niż z nimi niepracujących (80%, tj. 60 osób, *versus* 54%, tj. 34 osoby). Różnica ta jest istotna statystycznie ($\chi^2 = 10,683$, $df = 1$, $p = 0,001$). Z danych jakościowych wynika, że studia podyplomowe były najczęściej realizowane na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu i na Uniwersytecie SWPS (oddziały w różnych miastach). Osoby pracujące ze sprawcami częściej ukończyły także inne niż studia podyplomowe szkolenia (70,7%, tj. 53 osoby, *versus* 49,2%, tj. 31 osób). Różnica ta jest istotna statystycznie ($\chi^2 = 6,620$, $df = 1$, $p = 0,010$). Z danych jakościowych wynika, że najczęściej szkolenia te dotyczyły problematyki seksuologicznej bądź były związane z różnymi formami pomocy psychologicznej.

Podsumowując, specjaliści w zakresie zdrowia seksualnego pracujący ze sprawcami mają przeciętnie większe kompetencje od specjalistów tej pracy niewykonywujących. Znacznie częściej legitymują się certyfikatem seksuologa klinicznego Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, certyfikatem psychoterapeuty i certyfikatem terapeuty uzależnień oraz zdecydowanie częściej ukończyły studia podyplomowe i dodatkowe szkolenia. Nieco więcej z nich legitymuje się tytułem psychoseksuologa i stopniem bądź tytułem naukowym, jednak różnice te są istotne statystycznie.

3.5. Charakterystyka czynników mogących skłonić specjalistów niepracujących ze skazanymi za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności do podjęcia tej pracy

Osoby badane, które nie pracowały dotąd ze sprawcami (63 osoby), zostały zapytane o to, co skłoniłoby je do podjęcia takiej pracy. Uzyskano następujące odpowiedzi:

1. możliwość zwiększenia swoich kompetencji jeszcze przed rozpoczęciem pracy ze sprawcami (76,2% tej grupy, tj. 48 osób);
2. atrakcyjne wynagrodzenie (60,3%, tj. 38 osób);
3. wsparcie ze strony zakładu pracy organizującego pracę ze sprawcami lub podmiotu zlecającego taką pracę (55,6%, tj. 35 osób);
4. możliwości rozwoju w trakcie wykonywania tej pracy (52,4%, tj. 33 osoby);
5. świadomość społecznej użyteczności tej pracy (50,8%, tj. 32 osoby);
6. zapewnienie odpowiednich warunków pracy (28,6%, tj. 18 osób);
7. docenienie tej pracy przez zakład pracy organizujący pracę ze sprawcami lub podmiot zlecający taką pracę (15,9%, tj. 10 osób);
8. docenienie tej pracy przez społeczeństwo (14,3%, tj. 9 osób);
9. inne czynniki (12,7%, tj. 8 osób) – osoby wskazujące tę odpowiedź, rozwijając ją, najczęściej odnosiły się do zapewnienia możliwości rozwoju, wsparcia ze strony zakładu pracy i zapewnienia bezpieczeństwa osobom pracującym ze sprawcami.

Tabela 5. Obszar, w którym osoby badane chciałyby podjąć pracę ze sprawcami, a czynniki, które motywowałyby do podjęcia tej pracy

	Formy pracy ze sprawcami																					
	Warunki podjęcia pracy ze sprawcami				diagnoza (inna niż opiniowanie sądowe)				edukacja				terapia				opiniowanie sądowe					
	tak n	nie n	porównanie rozkładów	tak n	nie n	porównanie rozkładów	tak n	nie n	porównanie rozkładów	tak n	nie n	porównanie rozkładów	tak n	nie n	porównanie rozkładów	tak n	nie n	porównanie rozkładów	tak n	nie n	porównanie rozkładów	
Możliwość powiększenia swoich kompetencji jeszcze przed rozpoczęciem pracy ze sprawcami	Tak	39	6	$chi^2 = 2,845$	36	12	$chi^2 = 4,234$	31	17	$chi^2 = 4,557$	22	26	$chi^2 = 3,186$									
	Nie	9	9	$p = 0,092$	7	8	$p = 0,040^*$	5	10	$p = 0,033^*$	3	12	$p = 0,074$									
Atrakcyjne wynagrodzenie	Tak	32	6	$chi^2 = 3,395$	29	11	$chi^2 = 2,872$	25	13	$chi^2 = 2,923$	21	17	$chi^2 = 9,712$									
	Nie	16	9	$p = 0,065$	14	9	$p = 0,090$	11	14	$p = 0,087$	4	21	$p = 0,002^{**}$									
Wsparcie ze strony zakładu pracy organizującego pracę ze sprawcami lub podmiotu zlecającego taką pracę	Tak	29	6	$chi^2 = 1,929$	28	7	$chi^2 = 5,014$	21	14	$chi^2 = 0,263$	15	20	$chi^2 = 0,332$									
	Nie	19	9	$p = 0,165$	15	13	$p = 0,032^*$	15	13	$p = 0,608$	10	18	$p = 0,565$									
Możliwości rozwoju już po podjęciu tej pracy, w jej trakcie	Tak	26	7	$chi^2 = 0,258$	24	9	$chi^2 = 0,640$	27	6	$chi^2 = 17,230$	14	19	$chi^2 = 0,218$									
	Nie	22	8	$p = 0,612$	19	11	$p = 0,424$	9	21	$p < 0,001^{***}$	11	19	$p = 0,641$									
Świadomość społecznej użyteczności tej pracy	Tak	27	5	$chi^2 = 2,401$	26	6	$chi^2 = 5,069$	25	7	$chi^2 = 11,691$	16	16	$chi^2 = 2,892$									
	Nie	21	10	$p = 0,121$	17	14	$p = 0,024^*$	11	20	$p < 0,001^{***}$	9	22	$p = 0,089$									
Zapewnienie odpowiednich warunków pracy	Tak	16	2	$chi^2 = 2,240$	16	2	$chi^2 = 4,952$	13	5	$chi^2 = 2,340$	10	8	$chi^2 = 2,653$									
	Nie	32	13	$p = 0,134$	27	18	$p = 0,026$	23	22	$p = 0,164$	15	30	$p = 0,103$									
Docenienie tej pracy przez zakład pracy organizujący pracę ze sprawcami lub podmiot zlecający taką pracę	Tak	9	1	$chi^2 = 1,250$	7	3	$chi^2 = 0,017$	7	3	$chi^2 = 0,802$	5	5	$chi^2 = 0,529$									
	Nie	39	14	$p = 0,264$	36	17	$p = 0,897$	29	24	$p = 0,370$	20	33	$p = 0,467$									
Docenienie tej pracy przez społeczeństwo	Tak	9	0	$chi^2 = 3,281$	9	0	$chi^2 = 4,884$	8	1	$chi^2 = 4,321$	5	4	$chi^2 = 1,105$									
	Nie	39	15	$p = 0,070$	34	20	$p = 0,027^*$	28	26	$p = 0,038^*$	20	34	$p = 0,293$									

* Wyniki istotne na poziomie $p < 0,05$. ** Wyniki istotne na poziomie $p < 0,01$. *** Wyniki istotne na poziomie $p < 0,001$.

Źródło: opracowanie własne.

Zbadano także, jakie formy pracy ze sprawcami osoby badane chciałyby, po zaistnieniu wskazanych przez nie warunków, podjąć. Wybrano kolejno: diagnozowanie poza warunkami opiniowania sądowego (76,2%, tj. 48 osób), edukację (68,3%, tj. 43 osoby), prowadzenie terapii (57,1%, tj. 36 osób) oraz sporządzanie opinii sądowych (39,7%, tj. 25 osób). W celu pogłębienia analiz sprawdzono, czy dla osób gotowych podjąć poszczególne formy pracy ze sprawcami wybrane warunki mają szczególną wagę. Wyniki zawarto w tabeli 5.

Zasadniczo, w odniesieniu do wszystkich form pracy (zarówno diagnozy w kontekście pozasądowym i sądowym, jak i edukacji oraz terapii), najczęściej wskazywanymi warunkami zachęcającymi były: możliwość zwiększenia swoich kompetencji jeszcze przed rozpoczęciem pracy ze sprawcami, atrakcyjne wynagrodzenie, wsparcie ze strony podmiotu organizującego tę pracę, możliwości rozwoju oraz świadomość społecznej użyteczności.

4. Wnioski z przeprowadzonego badania

4.1. Wniosek I – kompetencje kadr specjalistów ds. zdrowia seksualnego pracujących ze skazanymi za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności są wysokie, ale niespecyficzne

Przeprowadzone badanie pozwala określić kompetencje kadr specjalistów z obszaru seksuologii pracujących ze sprawcami jako wysokie lub bardzo wysokie. Dowodzą tego posiadane certyfikaty, stopnie naukowe, ukończone tematyczne studia podyplomowe i szkolenia. Co więcej, wykazano, że ich poziom kompetencji jest przeciętnie wyższy od poziomu kompetencji specjalistów z obszaru seksuologii niepracujących ze sprawcami, który – jak wynika ze zgromadzonych danych – także jest wysoki.

Specjaliści opisali swoje braki w zakresie kompetencji specyficznych, a więc dotyczących zagadnień i trudności, które są charakterystyczne dla pracy ze sprawcami i jednocześnie rzadko bądź wcale nie pojawiają się w przypadku innych grup pacjentów. Przykładem jest tu wiedza o statusie zaprzeczania występującego u przestępców seksualnych i umiejętność radzenia sobie z nim. Badania wyraźnie pokazują, że znaczna większość przestępców seksualnych po skazaniu zaprzecza popełnionym przez siebie czynom¹², co wynika nie tylko z właściwości ich funkcjonowania, ale i z kontekstu społecznego, w którym funkcjonują¹³. Wiadomo także, w jaki sposób sama budowa relacji terapeutycznej ze sprawcą prowadzi do redukcji zaprzeczania¹⁴. Tymczasem wielu specjalistów, nie mając tej wiedzy, traktuje zaprzeczanie jako

¹² W.L. Marshall, *Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders*, „Behaviour Research and Therapy” 1994/32(5), s. 559–564, [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90145-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90145-7) (dostęp: 19.12.2023 r.).

¹³ T. Auburn, *Cognitive distortions as social practices: an examination of cognitive distortions in sex offender treatment from a discursive psychology perspective*, „Psychology, Crime & Law” 2010/16(1-2), s. 103–123, <https://doi.org/10.1080/10683160802621990> (dostęp: 19.12.2023 r.).

¹⁴ W.L. Marshall, L.E. Marshall, D. Kingston, *Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment?*, „Journal of Sexual Aggression” 2011/17(2), s. 118–129, <https://doi.org/10.1080/13552600.2011.580572> (dostęp: 19.12.2023 r.).

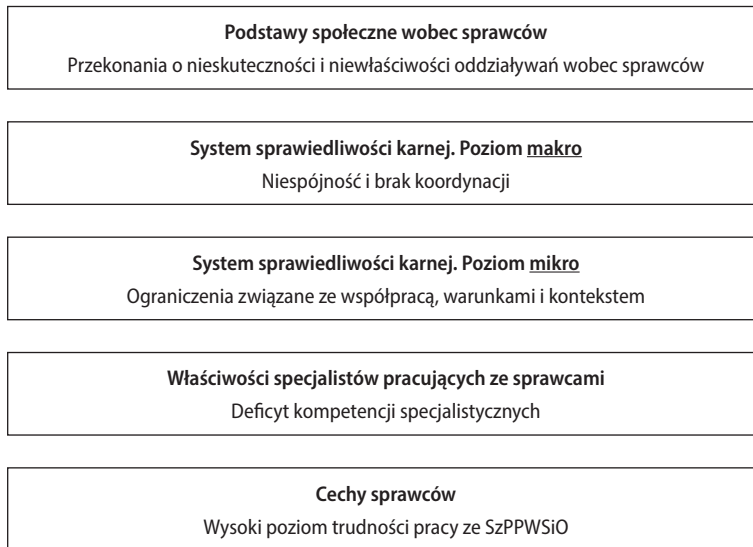
nieodłączną cechą sprawcy, nadając jej status przeszkody w terapii. Z kolei kompetencje niespecyficzne są ukierunkowane na pracę z pacjentami z różnymi rodzajami problemów seksuologicznych.

Za kolejny wskaźnik braków w zakresie kompetencji specyficznych uznano trudności w wyborze i zastosowaniu skutecznego programu terapii. W takiej sytuacji specjaliści radzą sobie, wdrażając sposoby pracy właściwe dla innych rodzajów problemów, czerpiąc ze swojego ogólnego przygotowania seksuologicznego lub psychoterapeutycznego. Sposoby te nie odnoszą się jednak do charakterystycznych zagadnień i trudności pojawiających się w pracy ze sprawcami, przez co ich skuteczność jest niższa. Podobny problem może dotyczyć także pracy diagnostycznej.

Opisywany deficyt kompetencji specyficznych u specjalistów jest uwarunkowany systemowo. Preferowanym sposobem ich nauki byłby długoplanowy system szkoleń dla specjalistów pracujących ze sprawcami. W sytuacji, w której brakuje w Polsce spójnego systemu oddziaływań wobec sprawców, a także spójnego systemu szkoleń, specjaliści mają bardzo ograniczone możliwości nabycia tych kompetencji. Pozostają im trzy możliwości. Pierwsza to nabywanie kompetencji na dostępnych w Polsce szkoleniach i studiach podyplomowych. Choć część z nich oferuje kształcenie na wysokim poziomie merytorycznym, potrzeby kształcenia osób pracujących ze sprawcami wypełnia jedynie częściowo, ze względu na ukierunkowanie na naukę pracy z różnymi pacjentami seksuologicznymi. Sytuacja ta pośrednio wiąże się też z brakiem spójnego systemu oddziaływań wobec sprawców, co skutkuje małym zapotrzebowaniem na specyficzne kompetencje specjalistów. Drugą możliwością jest udział w szkoleniach i stażach zagranicznych, które są jednak dostępne dla nielicznych specjalistów z powodu ograniczeń finansowych oraz informacyjnych. Wybór odpowiedniej oferty wymaga bowiem odpowiedniej orientacji w światowej nauce o przestępstwach seksualnych. Trzecią możliwością jest samodzielne nabywanie kompetencji już w trakcie pracy ze sprawcami. Z wypowiedzi osób badanych wynika, że wielu specjalistów tak właśnie postępuje, lecz jednocześnie ponosi koszty w postaci zwiększonego ryzyka wypalenia zawodowego czy utrwalenia schematów pracy, które wprawdzie pozwalają specjalistom zaadaptować się do pracy ze sprawcami, ale nie gwarantują jej efektywności (trafnej diagnozy, terapii prowadzącej do redukcji ryzyka recydywy seksualnej u sprawcy). Sposób ten może rekompensować jedynie część braków w zakresie kompetencji specyficznych.

4.2. Wniosek II – trudności w pracy ze skazanymi za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności wynikają z cech tych przestępców, deficytu kompetencji specyficznych specjalistów, funkcjonowania systemu sprawiedliwości karnej na poziomie mikro i makro oraz z postaw społecznych wobec tych skazanych

Z całości zebranych danych wyłania się obraz czynników składający się na trudności w pracy specjalistów ds. zdrowia seksualnego. Czynniki te można opisać jako tworzące cztery warstwy. Zostały one przedstawione na schemacie 1.

Schemat 1. Poziomy przyczyn trudności w pracy ze sprawcami

Źródło: opracowanie własne.

Najgłębszą warstwą są trudności związane z cechami sprawców. Mają one wieloaspektowy charakter. Należy wymienić tu:

- znaczny poziom zaburzeń występujących wśród sprawców, do których należą zaburzenia osobowości, preferencji seksualnych i niepełnosprawność intelektualna;
- brak motywacji do współpracy ze specjalistą lub motywacja wyłącznie zewnętrzna;
- zaprzeczanie popełnionym przestępstwom bądź minimalizowanie ich znaczenia czy zaprzeczenie swojej odpowiedzialności za te czyny;
- liczne próby manipulowania profesjonalistą;
- traktowanie terapii i diagnozy jako formy dodatkowej kary;
- ujawnianie treści silnie patologicznych, obciążających emocjonalnie specjalistów;
- poczucie niskiej odpowiedzialności za efekty pracy.

Trudności te są ściśle związane z cechami sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej i obyczajności oraz z cechami ich czynów. Zatem ich występowanie jest niezmiennie.

Drugą warstwą trudności jest opisany wcześniej deficyt kompetencji specyficznych występujący wśród terapeutów. Z zebranych danych wynika, że specjaliści mają świadomość braków w tym zakresie, a rozwój zawodowy jest dla nich szczególnie ważną wartością. Stwarza to bardzo duże możliwości redukcji tego deficytu.

Trzecią warstwę tworzą trudności związane z funkcjonowaniem systemu sprawiedliwości karnej. Na poziomie mikro przejawiają się na takich płaszczyznach jak:

- współpraca ze specjalistami z innych dziedzin: sędziami, kuratorami, pracownikami ochrony i dyrekcją zakładów karnych – przykładami takich sytuacji może

być traktowanie terapii jako środka zabezpieczającego, w formie niemożliwej do realizacji wobec określonego sprawcy, a także brak reakcji różnych podmiotów na wnioski specjalistów dotyczące konkretnych sprawców, z którymi pracują;

- współpraca z innymi specjalistami z obszaru zdrowia seksualnego lub psychicznego – osoby badane wskazywały przede wszystkim na działania biegłych sądowych; przykładem jest sytuacja orzeczenia przez sąd środka zabezpieczającego na podstawie błędnej diagnozy, np. zaburzenia preferencji seksualnych wobec braku przesłanek do takiego rozpoznania;
- warunki i kontekst samej pracy ze sprawcami – trudności wynikają z pracy z osobami pozbawionymi wolności, z konieczności dopasowywania form czy zakresu pracy do czynników niezwiązanych z przyczynami merytorycznymi z punktu widzenia zdrowia seksualnego i z nakładaniem się ról; przykładem jest sytuacja psychologa w zakładzie karnym, który jednocześnie prowadzi terapię sprawcy i bierze udział w jego ocenie oraz inicjowaniu procedury uznania za osobę stanowiącą zagrożenie (zgodnie z ustawą z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób¹⁵).

Należy podkreślić, że przyczyn tych trudności nie należy upatrywać w złej woli współpracowników czy przełożonych specjalistów ds. zdrowia seksualnego. Osoby te bowiem realizują obowiązki wynikające z zasad funkcjonowania polskiego systemu sprawiedliwości karnej. Z konieczności realizacji tych zadań wynikają jednak działania, warunki i konteksty utrudniające pracę diagnostyczną, edukacyjną i terapeutyczną ze sprawcami. Przyczyna leży zatem na poziomie makro funkcjonowania systemu sprawiedliwości karnej. Dodatkową przyczyną, związaną zwłaszcza ze współpracą z innymi specjalistami, jest niski poziom ich kompetencji, który także wiązać należy z uwarunkowaniami na poziomie makro.

Najbardziej wybijającą się cechą czwartego poziomu, czyli poziomu makro, jest niespójność i brak koordynacji różnych środków i działań podejmowanych wobec sprawców. Decyzje ich dotyczące podejmuje wiele niezwiązanych ze sobą podmiotów. W efekcie skuteczność działań z nich wynikających schodzi na dalszy plan wobec ogólnych obowiązków tych podmiotów. Poszczególne rodzaje środków są nieskoordynowane ze sobą. Na przykład, jeśli sprawca uczestniczy w terapii w zakładzie karnym, a po jego opuszczeniu ma wynikający ze środka zabezpieczającego obowiązek jej kontynuacji, to jego nowy terapeuta nie jest informowany o przebiegu wcześniejszej pracy. Istnieją również takie rozwiązania przyjęte na poziomie makro, które wprost utrudniają prowadzenie terapii. Pierwszym przykładem jest przesłanka uznania za osobę stwarzającą zagrożenie (określona w art. 1 pkt 1 wspomnianej ustawy z 22.11.2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób), co może skutkować bezterminowym umieszczeniem w Krajowym

¹⁵ Tekst jedn.: Dz.U. z 2022 r. poz. 1689.

Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dys socjalnym. W ten sposób odbywanie kary pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym zniechęca sprawców do uczestnictwa w terapii. Drugim przykładem jest funkcjonowanie publicznego Rejestru Sprawców Przepęstw na Tle Seksualnym wprowadzonego ustawą z 13.05.2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich¹⁶. Pozostaje on nieskuteczny w zakresie zapobiegania przępczości, a także znacząco obniża motywację sprawców do terapii¹⁷. Ponadto należy wskazać, że niektóre z rozwiązań przyjętych na poziomie makro odbiegają od wskazań wynikających z aktualnego stanu wiedzy. Pierwszym przykładem jest wspomniane już funkcjonowanie ww. publicznego rejestru, a drugim – art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego¹⁸, zgodnie z którym terapią w czasie odbywania kary pozbawienia wolności obejmuje się tylko tych skazanych, którzy popełnili przępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności oraz u których rozpoznano zaburzenia preferencji seksualnych. Tymczasem – zgodnie z tzw. zasadą ryzyka¹⁹ – kryterium doboru przępców do terapii powinien być poziom ryzyka recydywy, w którym zaburzenia preferencji seksualnych są ważnym czynnikiem ryzyka recydywy, ale tylko jednym z wielu²⁰. Przy tak wąsko zdefiniowanym kryterium część przępców cechujących się wysokim poziomem ryzyka recydywy nie zostanie objętych terapią. Wreszcie cechą systemu sprawiedliwości karnej jest nieuwzględnianie pewnych potrzebnych działań. W kontekście omawianych danych wskazać można brak systemowego wsparcia w zakresie nabywania przez specjalistów kompetencji specyficznych do pracy ze sprawcami.

Piąta warstwa trudności jest związana z postawami społecznymi wobec sprawców i pracy z nimi, w tym przekonaniach o nieskuteczności czy wręcz niewłaściwości tej pracy, skutkujących niechęcią do przeznaczania na nią środków. Przekonania te oparte są na dwóch fałszywych założeniach. Zgodnie z pierwszym terapia jest alternatywą dla kary. W rzeczywistości terapia może i powinna być nie alternatywą, lecz uzupełnieniem środków stosowanych wobec przępców seksualnych, w tym kary. Zgodnie z drugim założeniem skuteczność kary, rozumiana jako ilościowe redukcjonowanie przępczości, jest związana z jej wielkością/poziomem dolegliwości. Bogate dane empiryczne zdecydowanie podważają to założenie²¹.

Opisać należy także zależności zachodzące pomiędzy wymienionymi warstwami trudności. Centralne znaczenie ma tutaj system sprawiedliwości karnej na poziomie makro. Z jednej strony dostosowuje się on do cech sprawców, które spostrzega

¹⁶ Tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz. 1304 ze zm.

¹⁷ F. Szumski, K. Kasperek, J.K. Gierowski, *Polski...*, s. 1181–1194.

¹⁸ Ustawa z 6.06.1997 r. – Kodeks karny wykonawczy (tekst jedn.: Dz.U. z 2023 r. poz. 127 ze zm.).

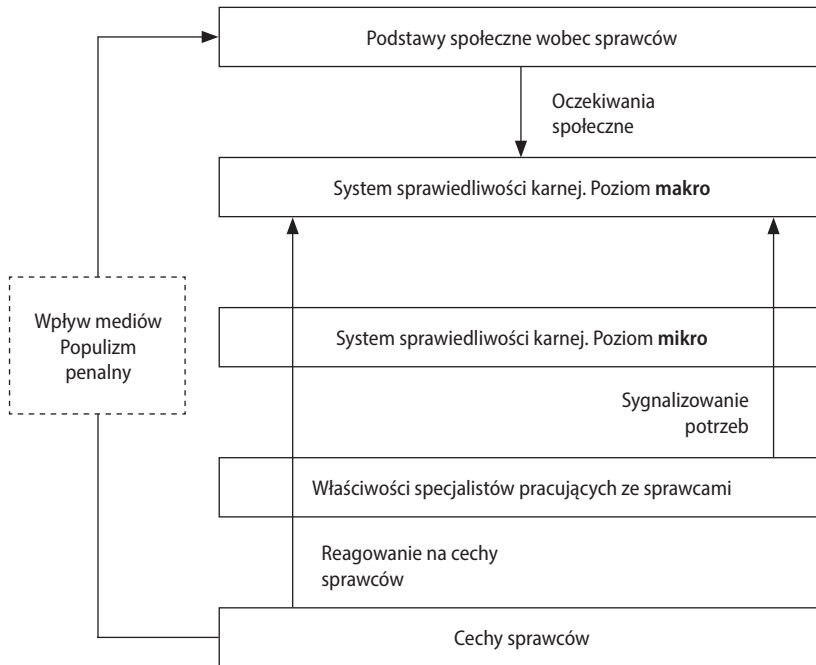
¹⁹ D.A. Andrews, J. Bonta, R.D. Hoge, *Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology*, „Criminal Justice and Behavior” 1990/17(1), s. 19–52, https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5690-2_343 (dostęp: 20.12.2023 r.).

²⁰ L.A. Craig, K.D. Browne, I. Stringer, A. Beech, *Sexual recidivism: A review of static, dynamic and actuarial predictors*, „Journal of Sexual Aggression” 2005/11(1), s. 65–84, <https://doi.org/10.1080/13552600410001667733> (dostęp: 20.12.2023 r.).

²¹ Por. przegląd zawarty w pracy: J. Bonta, D.A. Andrews, *The psychology of criminal conduct*, New York 2017.

za pośrednictwem profesjonalistów z nimi pracujących i poziomu mikro samego systemu. Z drugiej strony system sprawiedliwości karnej podlega naciskom ze strony społeczeństwa, którego oczekiwania wypełnia. Oczekiwania te są odbierane przez specjalistów pracujących ze sprawcami, a także przez samych sprawców, przy czym stanowią odpowiedź na czyny i cechy sprawców. Jest to jednak odpowiedź nie tyle na rzeczywisty obraz tych czynów i cech sprawców, ile na ich obraz podlegający zniekształceniom pod wpływem mediów i zjawiska populizmu penalnego. Opisane tu zależności obrazuje schemat 2.

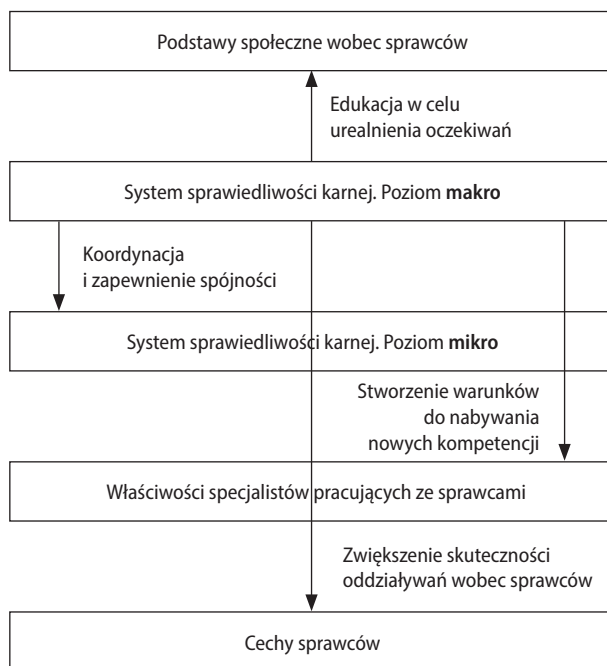
Schemat 2. Zależności między poszczególnymi poziomami trudności pracy ze sprawcami. Wpływ poszczególnych elementów na system sprawiedliwości karnej na poziomie makro



Źródło: opracowanie własne.

System sprawiedliwości karnej na poziomie makro ma centralne znaczenie i potencjał do modyfikacji pozostałych warstw. To na tym poziomie mogą być tworzone rozwiązania modyfikujące i koordynujące pracę poszczególnych instytucji (z poziomu mikro) w sposób odpowiadający na potrzeby specjalistów, zwłaszcza poprzez stworzenie im warunków nabywania kompetencji specyficznych, i na potrzeby sprawców, tak by działania podejmowane wobec nich były skuteczniejsze. System na poziomie makro może oddziaływać modyfikująco na oczekiwania społeczne, tak by w większym stopniu dotyczyły działań, które rzeczywiście przelożą się na redukcję przestępczości seksualnej. Zależności te ukazuje schemat 3.

Schemat 3. Zależności między poszczególnymi poziomami trudności pracy ze sprawcami. Możliwości oddziaływania systemu sprawiedliwości karnej na poziomie makro na pozostałe elementy



Źródło: opracowanie własne.

W kontekście opisanych wyżej trudności zasadne jest pytanie o to, co motywuje specjalistów do pracy ze sprawcami. Ze zgromadzonych danych wynika, że najważniejsza jest tu motywacja do powiększania własnych kompetencji. Specjaliści zdają się traktować pracę z przestępcami seksualnymi z jednej strony jako okazję do rozwoju kompetencji, a z drugiej jako swego rodzaju ich sprawdzian, sposób na dowiedzenie samemu sobie faktu posiadania wysokiego poziomu kompetencji. Na drugim planie pojawia się motywacja prospołeczna – chęć ochrony społeczeństwa. Na podstawie zebranych danych uwidacznia się brak wskaźników, by istotne znaczenie miała motywacja finansowa. Wynagrodzenie za pracę ze sprawcami jest zbyt niskie, by mogło działać motywująco. Brakuje też wskaźników, że aktualne warunki pracy stanowią źródło motywacji. Oczywiście fakt, że źródło motywacji do pracy to chęć powiększania kompetencji czy też podejmowania działań prospołecznych, sam w sobie nie jest zagrażający. Groźny jest dopiero, gdy są to najważniejsze czy wręcz jedyne źródła motywacji do pracy – a taki obraz wyłania się z wyników badania. Trudności wynikłe z takiej motywacji mają szczególne znaczenie, gdy nie zostaje ona przez specjalistów zauważona (np. w toku superwizji).

Zagrożenie związane z tego rodzaju strukturą motywacji polega, po pierwsze, na tym, że przy braku odpowiedniego wsparcia łatwo o jej wyczerpanie czy nawet

wypalenie zawodowe. Świadczą o tym odnotowywane, także w niniejszym badaniu, objawy wypalenia zawodowego oraz innych negatywnych skutków pracy ze sprawcami. W efekcie wielu specjalistów rezygnuje z pracy. Po drugie, tego rodzaju motywacja prowadzi do zastąpienia profesjonalnego zaangażowania w pracę przez zaangażowanie osobiste. To z kolei prowadzi do spadku poziomu profesjonalizmu w działaniu i w następstwie do znacznie obniżonej efektywności. W szczególności utrzymanie zaangażowania bazującego na chęci ochrony społeczeństwa przed zagrożeniami niesie ryzyko zależności od efektów pracy. Napotymane ograniczenia i frustracje – stanowiące immanentny aspekt pracy terapeutycznej ze sprawcami – mogą być przeżywane osobiście i zwiększać niebezpieczeństwo nieprofesjonalnego odreagowywania na pacjentach lub przeciwnie: nasilać pasywność lub powodować rezygnację z pracy.

Sposobem radzenia sobie z tym zagrożeniem, a także z przeciążeniem emocjonalnym jest poświęcanie tej pracy jedynie części czasu (mediana w niniejszym badaniu wyniosła 15%) pracy. Sposób ten ma jednak ograniczoną skuteczność i często jest wstępem do rezygnacji z pracy ze sprawcami.

4.3. Wniosek III – specjaliści ds. zdrowia seksualnego niepracujący ze skazanymi za przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności mogą być zmotywowani do podjęcia tej pracy jedynie przez łączne spełnienie wielu warunków

Analiza odpowiedzi na pytania związane z możliwością podjęcia pracy ze sprawcami przez specjalistów ds. zdrowia seksualnego, którzy do tej pory takiej pracy nie podejmowali, prowadzi do wniosku, że aby ich zachęcić, konieczne byłoby nie pojedyncze działanie, ale łączne spełnienie wielu warunków. Przede wszystkim potrzebne są: pomoc w zdobywaniu kompetencji specyficznych, zarówno przed rozpoczęciem tej pracy, jak i w jej trakcie, zapewnienie atrakcyjnego wynagrodzenia i wsparcia ze strony systemu sprawiedliwości karnej na poziomie mikro, a także zwiększenie poczucia społecznej użyteczności tej pracy.

5. Rekomendacje

Rekomendowane działania, wynikające z przeprowadzonego badania, dzielą się na krótko- i długoterminowe. Krótkoterminowe możliwe są do wdrożenia stosunkowo szybko i łatwo. Ich cel polega przede wszystkim na wzmocnieniu motywacji – osób już pracujących – do kontynuowania pracy, a następnie zachęceniu do niej kolejnych osób. Pierwszym z krótkoterminowych działań jest organizacja szkoleń dla pracujących ze sprawcami, ewentualnie też zainteresowanych rozpoczęciem takiej pracy. Szkolenia te powinny dotyczyć podstawowych kompetencji specyficznych, związanych z diagnozą i terapią. Drugim krokiem jest dostosowanie wynagrodzenia za pracę ze sprawcami do warunków rynkowych. Poziomem odniesienia powinno tu być wynagrodzenie za usługi psychoterapeutyczne powiększone o rekompensatę

za podwyższony poziom jej trudności. Racjonalizacja wynagrodzenia jest szczególnie istotna w przypadku biegłych wydających opinie dotyczące sprawców. Przez ostatnie 14 lat ich już wyjściowo niskie nominalne wynagrodzenie wzrosło o ok. 2%, a realne spadło o kilkadziesiąt procent i oscyluje wokół minimalnego wynagrodzenia godzinowego.

Istotą rekomendowanych działań długoterminowych jest z kolei reorganizacja systemu oddziaływań wobec sprawców, czyli zmiana na poziomie makro w obrębie systemu sprawiedliwości karnej. Celem tej zmiany byłoby zwiększenie spójności, racjonalności i skuteczności podejmowanych oddziaływań. Zwiększenie kompetencji specyficznych i motywacji do pracy nie jest tu celem samym w sobie, a środkiem koniecznym do realizacji celu wspomnianego wyżej. Dokładne opisanie takiej zmiany znacznie wykracza poza przedmiot niniejszego artykułu. Zostanie on tu jedynie naszkicowany, z podkreśleniem obszarów istotnych dla specjalistów ds. zdrowia seksualnego.

System oddziaływań wobec sprawców powinien być oparty na wskazaniach aktualnej wiedzy. Do kluczowych elementów projektowanego systemu zaliczono:

1. oparcie decyzji o wszelkich środkach stosowanych wobec sprawców na ugruntowanej w badaniach ocenie ryzyka recydywy – taka ocena ryzyka ma swe podstawy w pomiarze trzech grup czynników: statycznych (tych, których nie można zmienić; to głównie czynniki historyczne, czyli wystąpienie określonych zdarzeń we wcześniejszym życiu sprawców), dynamicznych stabilnych (możliwych do zmiany w długim okresie czasu; są to charakterystyki psychiczne i zwyczaje sprawców) i dynamicznych ostrych (zmieniających się bardzo szybko stanów i zachowań sprawców oraz okoliczności, w których się znajdują)²²; dla różnych rodzajów środków stosowanych wobec nich poszczególne grupy czynników ryzyka mają odmiennie znaczenie, np. dla środków trwających z założenia bardzo długo najważniejsze są czynniki statyczne²³; pomiar statycznych czynników ryzyka powinien być dokonywany w momencie przystąpienia do wykonywania kary pozbawienia wolności i powtarzany tylko w przypadku popełnienia przez skazanych kolejnych przestępstw; pomiar dynamicznych stabilnych czynników ryzyka powinien być dokonywany w momencie przystąpienia do wykonywania kary i powtarzany co pół roku, tak długo, jak długo trwa wykonywanie kary lub późniejszy nadzór nad sprawcami; pomiaru dynamicznych ostrych czynników ryzyka należy dokonywać na bieżąco, w czasie nadzoru po odbyciu kary; czynniki ryzyka powinny być mierzone przy pomocy specjalnie przeznaczonych w tym celu narzędzi²⁴; specjaliści pracujący diagnostycznie powinni być zaś przeszkoleni

²² Dokładniejszy opis czynników ryzyka w literaturze polskojęzycznej czytelnik znajdzie m.in. w pracy: F. Szumski, K. Kasperek, *Ocena...* [w:] *Psychologia...*, s. 160-182.

²³ Por. rekomendacje Association for the Treatment & Prevention of Sexual Abuse: K. Gotch, R.K. Hanson, *ATSA risk assessment for males who have engaged in harmful or illegal sexual behavior*, 2016, https://static1.squarespace.com/static/5cfac957e859ec000154b8a7/t/5d0a807297cc0500018d2837/1560969332831/ATSA_Risk_Assessment_for_Males_%282016%29+%281%29.pdf (dostęp: 20.12.2023 r.).

²⁴ Przegląd najważniejszych narzędzi do pomiaru ryzyka recydywy znajduje się w pracy: F. Szumski, K. Kasperek, J.K. Gierowski, *Wysokie...*, s. 1181-1194.

w zakresie procedur oceny ryzyka recydywy u sprawców i stosowania przynajmniej niektórych z dostępnych narzędzi;

2. stosowanie wobec sprawców środków o empirycznie potwierdzonej skuteczności i powstrzymanie się od stosowania tych, co do których badania pokazują brak skuteczności lub przeciwność – oznacza to m.in. obejmowanie znacznej części sprawców terapią oraz odejście od tworzenia publicznych rejestrów przestępców seksualnych;
3. obejmowanie wszystkich sprawców nadzorem po odbyciu przez nich kary – istotą takiego nadzoru są dwa elementy: pomoc i kontrola; pierwszy z nich dotyczy wsparcia w zakresie budowy nowego, „nieprzestępczego” stylu życia, rozbudowy zasobów i radzenia sobie z deficytami; drugi obejmuje monitorowanie aktualnego ryzyka recydywy, by wychwycić ewentualny moment wzrostu prawdopodobieństwa powrotu do czynu i wdrożyć środki temu przeciwdziałające; nie ma potrzeby, by osoby sprawujące nadzór były specjalistami ds. zdrowia seksualnego; powinny jednak odbyć szkolenia dotyczące podstaw wiedzy o przestępczości seksualnej oraz oceny ryzyka recydywy seksualnej ze szczególnym naciskiem na naukę monitorowania dynamicznych ostrych czynników ryzyka;
4. organizowanie terapii dla sprawców z uwzględnieniem dotychczasowych badań nad jej skutecznością – opierając się na dotychczasowych metaanalizach²⁵, można wskazać główne elementy tej organizacji:
 - a) obejmowanie terapią w pierwszej kolejności sprawców cechujących się wysokim poziomem ryzyka recydywy, a następnie tych cechujących się ryzykiem umiarkowanym;
 - b) oparcie wszystkich prowadzonych terapii na programach terapeutycznych opracowanych specjalnie dla sprawców;
 - c) prowadzenie terapii oddzielnie dla dorosłych i dla nastolatków popełniających podobne czyny;
 - d) prowadzenie terapii w podejściach, co do których wykazano ich większą skuteczność wobec przestępców seksualnych; najczęściej jest to podejście behawioralno-poznawcze, a w niektórych warunkach podejście systemowe;
 - e) preferowanie terapii w warunkach ambulatoryjnych, ewentualnie w szpitalach psychiatrycznych względem terapii prowadzonej w zakładach karnych;

²⁵ T.A. Gannon, M.E. Olver, J.S. Mallion, M. James, *Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness*, „Clinical Psychology Review” 2019/73, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101752> (dostęp: 20.12.2023 r.); J.L. Harrison, S.K. O’Toole, S. Ammen, S. Ahlmeyer, S.N. Harrell, J.L. Hernandez, *Sexual Offender Treatment Effectiveness Within Cognitive-Behavioral Programs: A Meta-Analytic Investigation of General, Sexual, and Violent Recidivism*, „Psychiatry, Psychology and Law” 2020/27(1), s. 1–25, <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1485526> (dostęp: 20.12.2023 r.); F. Lösel, M. Schmucker, *The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis*, „Journal of Experimental Criminology” 2005/1, s. 117–146; M. Schmucker, F. Lösel, *The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations*, „Journal of Experimental Criminology” 2015/11(4), s. 597–630, <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z> (dostęp: 20.12.2023 r.); V. Soldino, E.J. Carbonell-Vayá, *Effect of treatment on sex offenders’ recidivism: a meta-analysis*, „Anales de Psicología” 2017/33(3), s. 578, <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.267961> (dostęp: 20.12.2023 r.).

- f) preferowanie psychologów jako terapeutów i superwizorów – terapia sprawców powinna być prowadzona tylko przez specjalistów ds. zdrowia seksualnego; powinni oni być odpowiednio przeszkoleni w zakresie stosowanego przez nich programu terapeutycznego i w zakresie poszczególnych aspektów pracy ze sprawcami; terapia ta powinna być dostępna, także dla osób o niskich dochodach (przejściowo, ze względu na ponowną adaptację do funkcjonowania w społeczeństwie po odbyciu kary pozbawienia wolności, lub też stale, gdy np. są to osoby trwale niezdolne do pracy);
5. spójność i koordynacja oddziaływań podejmowanych wobec sprawców – dotyczy to zarówno wymiaru rzeczowego (dopasowanie różnego rodzaju środków do siebie), jak i miejscowego (ujednoczenie praktyki stosowania środków na terenie całego kraju); być może konieczne jest w tym celu utworzenie podmiotu zajmującego się koordynacją tych oddziaływań; mógłby on też zajmować się organizowaniem szkoleń dla specjalistów z całego kraju;
6. odpowiednie wspieranie pracy specjalistów – obejmuje to przede wszystkim atrakcyjne, konkurencyjne wynagrodzenia, ale także system szkoleń i superwizji oraz stworzenie odpowiednich warunków pracy;
7. traktowanie systemu oddziaływań wobec sprawców jako elementu szerokiego systemu przeciwdziałania przestępczości seksualnej – działania w ramach takiego systemu obejmują trzy poziomy²⁶:
 - a) oddziaływania skierowane do całego społeczeństwa – jest to rzetelna edukacja seksualna i promocja postaw niewspierających przemocy seksualnej;
 - b) oddziaływania skierowane do osób zagrożonych podjęciem przestępstw seksualnych, takie jak *Prevention Project Dunkelfeld*²⁷ lub projekt *Parafilik*²⁸;
 - c) oddziaływania skierowane do sprawców.

6. Zakończenie

Przeprowadzone badanie pozwoliło ustalić, że kompetencje specjalistów pracujących ze sprawcami są wysokie, ale niespecyficzne. Pozostali specjaliści ds. zdrowia seksualnego, którzy wzięli udział w badaniu, także odznaczyli się wysokimi kompetencjami. Grupy te stanowią kluczowy zasób umożliwiający budowę skutecznego systemu postępowania. Co więcej, specjaliści oczekują powstania takiego – spójnego, całościowego, racjonalnego, skutecznego i dostarczającego im wsparcia – systemu. W dłuższej perspektywie jego budowa jest konieczna, żeby zarówno zachęcić specjalistów do

²⁶ D.R. Laws, *The public health approach: A way forward?*, [w:] *Sexual deviance*, red. D.R. Laws, W.T. O'Donohue, New York 2008, s. 611–628.

²⁷ K.M. Beier, D. Grundmann, L.F. Kuhle, G. Scherner, A. Konrad, T. Amelung, *The German Dunkelfeld project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images*, „Journal of Sexual Medicine” 2015/12(2), s. 529–542, <https://doi.org/10.1111/jsm.12785> (dostęp: 20.12.2023 r.).

²⁸ L. Krejčová, A. Marečková, K. Potyszová, L. Plášilová, F. Šinkner, L. Nováková, K. Klapilová, *Parafilik jako cíl intervencí v oblasti duševního zdraví a prevence sexuální delikvence: situační analýza stavu v ČR*, Klecany 2023, https://www.projektparafilik.cz/_files/ugd/823593_df8a557f2fa14930910ca600fd40fd84.pdf (dostęp: 20.12.2023 r.).

pracy, jak i efektywnie korzystać z ich kompetencji. W krótszej perspektywie niezbędne są natomiast działania, które pozwolą zahamować falę rezygnacji z pracy ze sprawcami. Jest to organizacja szkoleń i dostosowanie ich wynagrodzenia do warunków rynkowych.

Bibliografia

1. Andrews D.A., Bonta J., Hoge R.D., *Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology*, Criminal Justice and Behavior 1990, t. 17, nr 1, https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5690-2_343.
2. Auburn T., *Cognitive distortions as social practices: an examination of cognitive distortions in sex offender treatment from a discursive psychology perspective*, Psychology, Crime & Law 2010, t. 16, nr 1-2, <https://doi.org/10.1080/10683160802621990>.
3. Bartoszak D., *Zaburzenia regulacji emocji sprawców przestępstw seksualnych przeciwko małoletnim*, Poznań 2022.
4. Beech A.R., Wakeling H.C., Szumski F., Freemantle N., *Problems in the measurement of dynamic risk factors in sexual offenders*, Psychology, Crime & Law 2016, t. 22, nr 1-2, <https://doi.org/10.1080/1068316X.2015.1109095>.
5. Beier K.M., Grundmann D., Kuhle L.F., Scherner G., Konrad A., Amelung T., *The German Dunkelfeld project: A pilot study to prevent child sexual abuse and the use of child abusive images*, Journal of Sexual Medicine 2015, t. 12, nr 2, <https://doi.org/10.1111/jsm.12785>.
6. Beisert M., *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa 2004.
7. Beisert M., *Pedofilia: geneza oraz mechanizm powstawania zaburzenia*, Sopot 2012.
8. Beisert M., Szumski F., *Společno-kulturowe uwarunkowania przestępstw przeciwko wolności seksualnej małoletniego*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 2010, t. 72, nr 4.
9. Beisert M., Węglerska O., *The effects of disturbances in emotion regulation among sexual offenders perpetrating sexual crime against children*, Problems of Forensic Sciences 2017, nr 111.
10. Beisert M., Węglerska O., Zakrzewska M., *The importance of access to the victim in the emotion regulation of perpetrators of sexual violence against children*, Problems of Forensic Sciences 2018, nr 115.
11. Beisert M., *Znaczenie hipotezy „abused abuser” dla wyjaśniania etiologii pedofilii*, Z Zagadnień Nauk Sądowych 2010, nr 81.
12. Bonta J., Andrews D.A., *The psychology of criminal conduct*, New York 2017.
13. Craig L.A., Browne K.D., Stringer I., Beech A., *Sexual recidivism: A review of static, dynamic and actuarial predictors*, Journal of Sexual Aggression 2005, t. 11, nr 1, <https://doi.org/10.1080/13552600410001667733>.
14. Frenken J., *Treatment of incest perpetrators: A five-phase model*, Child Abuse and Neglect 1994, t. 18, nr 4, [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(94\)90038-8](https://doi.org/10.1016/0145-2134(94)90038-8).
15. Gannon T.A., Olver M.E., Mallion J.S., James M., *Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program*

- variables as predictors of treatment effectiveness*, *Clinical Psychology Review* 2019, nr 73, <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101752>.
16. Gotch K., Hanson R.K., *ATSA risk assessment for males who have engaged in harmful or illegal sexual behavior*, 2016, https://static1.squarespace.com/static/5cfa-c957e859ec000154b8a7/t/5d0a807297cc0500018d2837/1560969332831/ATSA_Risk_Assessment_for_Males_%282016%29+%281%29.pdf.
 17. Harrison J.L., O'Toole S.K., Ammen S., Ahlmeyer S., Harrell S.N., Hernandez J.L., *Sexual Offender Treatment Effectiveness Within Cognitive-Behavioral Programs: A Meta-Analytic Investigation of General, Sexual, and Violent Recidivism*, *Psychiatry, Psychology and Law* 2020, t. 27, nr 1, <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1485526>.
 18. Krejčová L., Marečková A., Potyszová K., Plášilová L., Šinkner F., Nováková L., Klapilová K., *Parafilik jako cíl intervencí v oblasti duševního zdraví a prevence sexuální delikvence: situační analýza stavu v ČR*, Klecany 2023, https://www.projektparafilik.cz/_files/ugd/823593_df8a557f2fa14930910ca600fd40fd84.pdf.
 19. Laws D.R., *The public health approach: A way forward?*, [w:] *Sexual deviance*, red. D.R. Laws, W.T. O'Donohue, New York 2008.
 20. Lösel F., Schmucker M., *The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis*, *Journal of Experimental Criminology* 2005, nr 1.
 21. Marshall W.L., Marshall L.E., Kingston D., *Are the cognitive distortions of child molesters in need of treatment?*, *Journal of Sexual Aggression* 2011, t. 17, nr 2, <https://doi.org/10.1080/13552600.2011.580572>.
 22. Marshall W.L., *Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders*, *Behaviour Research and Therapy* 1994, t. 32, nr 5, [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90145-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90145-7).
 23. Pastwa-Wojciechowska B., Izdebska A., *Zdarzenia traumatyczne w okresie dzieciństwa a rozwój osobowości psychopatycznej u osób skazanych*, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2016, t. 15, nr 2.
 24. Roszyk A., Izdebska A., Peichert K., *Planning and inhibitory abilities in criminals with antisocial personal disorder*, *Acta Neuropsychologica* 2013, t. 11, nr 2.
 25. Schmucker M., Lösel F., *The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality evaluations*, *Journal of Experimental Criminology* 2015, t. 11, nr 4, <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>.
 26. Soldino V., Carbonell-Vayá E.J., *Effect of treatment on sex offenders' recidivism: a meta-analysis*, *Anales de Psicología* 2017, t. 33, nr 3, <https://doi.org/10.6018/analesps.33.3.267961>.
 27. Szumski F., Bartels R.M., Beech A.R., Fisher D., *Distorted cognition related to male sexual offending: The multi-mechanism theory of cognitive distortions (MMT-CD)*, *Aggression and Violent Behavior* 2018, nr 39, <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.001>.
 28. Szumski F., Bartoszak D., *Cognitive distortions and recidivism in sexual offenders against children*, *Problems of Forensic Sciences* 2021, nr 128, <https://doi.org/10.4467/12307483PFS.21.011.15881>.

29. Szumski F., Kasperek K., Gierowski J.K., *Wysokie czy bardzo wysokie ryzyko recydywy? Możliwości oceny kategorii ryzyka recydywy sprawców na potrzeby Ustawy z 22.11.2013*, *Psychiatria Polska* 2020, t. 54, nr 6, <https://doi.org/10.12740/PP/116908>.
30. Szumski F., Kasperek K., Gierowski J.K., *Polski projekt rejestru sprawców przestępstw na tle seksualnym – perspektywa specjalistów ds. zdrowia psychicznego*, *Psychiatria Polska* 2016, t. 50, nr 3, <https://doi.org/10.12740/PP/62903>.
31. Szumski F., Kasperek K., *Ocena ryzyka recydywy w zakresie przestępstw seksualnych*, [w:] *Psychologia sądowa – wybrane zagadnienia*, red. M. Szpitalak, K. Kasperek, Kraków 2014.
32. Szumski F., *Measurement of cognitive distortions in child molesters*, *Problems of Forensic Sciences* 2014, nr 98.
33. Szumski F., Zielona-Jenek M., *Zniekształcenia poznawcze u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka. Konceptualizacje pojęcia*, *Psychiatria Polska* 2016, t. 50, nr 5, <https://doi.org/10.12740/PP/37470>.
34. Szumski F., *Zniekształcenia poznawcze u sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom*, Poznań 2021.
35. Szymańska-Pytlińska M., Beisert M., *Diagnoza niedojrzałości psychoseksualnej sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci jako wyznacznik opracowania programu ich psychoterapii*, *Psychoterapia* 2016, t. 178, nr 3.
36. Szymańska-Pytlińska M., Beisert M., Słopeń A., *Development of zoophilic interests and behaviors in the example of an adolescent male*, *Current Issues in Personality Psychology* 2021, t. 9, nr 1, <https://doi.org/10.5114/cipp.2020.101188>.
37. Szymańska-Pytlińska M., Szumski F., *Rola rodziców w etiologii przestępczości seksualnej*, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2014, t. 13, nr 1.
38. Turner D., Roszyk A., Szumski F., Rettenberger M., *Deviant sexual interests but not antisocial behaviors are associated with deficits in executive functioning in individuals convicted of sexual offenses against children*, *Neuropsychology* 2020, t. 34, nr 8, <https://doi.org/10.1037/neu0000703>.
39. Zielona-Jenek M., *Percepcja relacji interpersonalnych u osób uwikłanych w sytuacje wykorzystania seksualnego dziecka*, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka* 2016, t. 15, nr 2.
40. Zielona-Jenek M., *Preferencje seksualne i zaburzenia z nimi związane: w stronę rozszerzonego modelu opisu*, *Psychiatria Polska* 2018, t. 52, nr 6, <https://doi.org/10.12740/PP/82193>.