

prof. Mark Chaffin
University of Oklahoma Medical Center
prof. Elizabeth Letourneau
Medical University of South Carolina
prof. Jane F. Silovsky
University of Oklahoma Medical Center

Dorośli sprawcy wykorzystywania seksualnego dzieci – przegląd zagadnień

Celem tego przeglądu jest krótkie streszczenie obecnego stanu wiedzy i niewiedzy o dorosłych sprawcach wykorzystywania seksualnego dzieci. To szerokie spojrzenie na interesujące nas zagadnienie nie jest pomyślane jako wyczerpujący przegląd literatury, lecz jako praktyczny przewodnik po kluczowych ustaleniach. Przegląd owych ustaleń opiera się głównie na wynikach badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych i choć wyniki te nie zawsze przekładają się wiernie na inne regiony świata i inne kultury, mamy nadzieję, że prezentowany tu przegląd będzie użyteczny dla polskiego czytelnika.

Choć literatura na temat dorosłych sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci jest obszerna, zawarte w niej informacje obciążone są trudnym do oszacowania błędem, wynikającym z niereprezentatywności charakteryzowanych grup sprawców. Większość przypadków nadużyć seksualnych w ogóle, w tym i nadużyć, których ofiarami są dzieci, nie jest zgłaszana (Smith, Letourneau, Saunders, Kilpatrick, Resnick, Best 2000). Jak wynika ze statystyk amerykańskich, tylko około 10% zgłoszonych przypadków wykorzystywania seksualnego dzieci kończy się aresztem, a zaledwie 8% skazaniem (Maguire, Pastore 1998). Zapewne statystyki innych krajów są zbliżone. Tym-

czasem niemal wszystkie informacje, jakie zebraliśmy na temat sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci, dotyczą tej nielicznej grupy sprawców zgłoszonych, zatrzymanych i skazanych, trudno więc uznać tę próbę za reprezentatywną. Dlatego musimy liczyć się z tym, że nasza wiedza o cechach sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci jest nieścista. Zniekształcający wpływ mają zarówno społeczne uwarunkowania ujawniania przypadków wykorzystywania dzieci, jak i ewentualne dysfunkcje dotyczące zgłaszania takich przypadków, podejmowania decyzji o wszczęciu dochodzenia, wnoszenia oskarżeń i orzecznictwa sądów.

Charakterystyka dorosłych sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci

Celem wielu wczesnych badań dotyczących wykorzystywania seksualnego dzieci była identyfikacja cech przestępców seksualnych. Chcieliśmy przynajmniej wiedzieć, jak wygląda osoba, która molestuje dzieci. Ale jak jasno wynika z doniesień w mediach, osoby dorosłe wykorzystujące seksualnie dzieci niczym szczególnym się nie wyróżniają. Są wśród nich szanowani obywatele, duchowni, trenerzy sportowi i rodzice. Są i tacy, którzy pasują do społecznego stereotypu osoby społecznie nieprzystosowanej lub aspołecznej.

ca, wedle którego przestępczość nieletnich sprawców gwałtownie spada po osiągnięciu przez nich wieku średniego. Choć większe prawdopodobieństwo recydywy występuje u młodych pełnoletnich przestępców seksualnych płci męskiej niż u osób starszych, znaczny procent osób molestujących dzieci dalej to robi będąc w sile wieku i później. W porównaniu z innymi kategoriami dorosłych przestępców, osoby wykorzystujące seksualnie dzieci są często starsze, żonate (aktualnie lub w przeszłości), o wyższym statusie ekonomicznym i lepiej wykształcone

Osoby dorosłe wykorzystujące seksualnie dzieci niczym szczególnym się nie wyróżniają. Są wśród nich szanowani obywatele, duchowni, trenerzy sportowi i rodzice. Są i tacy, którzy pasują do społecznego stereotypu osoby społecznie nieprzystosowanej lub aspołecznej.

Mimo ponawianych prób, nie udało się ustalić listy wspólnych cech demograficznych dorosłych sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci, z jednym wszak wyjątkiem: w przeważającej mierze są to mężczyźni. Jedynie niewielka, choć statystycznie istotna, część sprawców to kobiety. W badaniu retrospektywnym, w którym osobami badanymi byli mężczyźni wykorzystywani seksualnie w dzieciństwie, okazało się, że w 17% przypadków sprawcą była kobieta (Finkelhor, Hotaling, Lewis, Smith 1990). Ale gros badań wykazało, że znakomita większość molestujących to mężczyźni. W odróżnieniu od dorosłych dopuszczających się przestępstw innych niż te na tle seksualnym, dorośli wykorzystujący dzieci nie zawsze są młodzi, agresywni i impulsywni. Niestety, oznacza to również, że osoby te – w przeciwieństwie do innych przestępców – nie prezentują typowego wzor-

(Bard, Carter, Cerce, Knight, Rosenberg, Schneider 1987). Czynnikiem silnie różnicującym charakterystykę dorosłych sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci jest rodzaj badanej próby. Cechy zaobserwowane u sprawców poddanych terapii ze względu na wykorzystywanie seksualne dzieci nie zawsze występują w populacji sprawców przebywających w więzieniu. Stwierdza się, na przykład, całkiem różną skuteczność leczenia w zależności od tego, czy badano osoby odbywające karę więzienia za wykorzystywanie seksualne dzieci, czy osoby dopuszczające się kazirodztwa i objęte programem terapii środowiskowej.

Podobnie jak nie ma żadnego wspólnego zbioru cech demograficznych sprawców, nie ma również jednego profilu osobowości osoby wykorzystującej seksualnie dzieci. Brak jest jakichkolwiek podstaw naukowych uprawniających tak do

objęcia kogoś podejrzeniami, jak i do oczyszczenia z podejrzeń o aktualne lub potencjalne wykorzystywanie seksualne dzieci na podstawie jego cech osobowości. Jak pokazują wyniki badań, większość osób wykorzystujących dzieci charakteryzuje się profilem osobowości nie wykazującym żadnych znamion zaburzeń psychicznych. A zatem, nie tylko nie dysponujemy żadną charakterystyką demograficzną typowej osoby wykorzystującej seksualnie dzieci, ale również żadnymi wskazówkami dotyczącymi towarzyszących zaburzeń psychicznych czy osobowościowych u takich osób. Nie da się zidentyfikować sprawcy molestowania dzieci za pomocą istniejących testów osobowości, większość takich osób uzyskuje w testach normalny profil (Chaffin 1992). Analogicznie, nie ma żadnych jednoznacznych dowodów na to, że osoby wykorzystujące seksualnie dzieci charakteryzują się przypisywanymi im deficytami umiejętności społecznych, choć najnowsze doniesienia sugerują, że uwarunkowaniem niektórych form wykorzystywania seksualnego dzieci może być samotność sprawcy, wynikająca ze słabych związków z innymi ludźmi (Ward, Hudson, Marshall 1996).

rozumie się określoną konstelację cech, takich jak: płytkość emocjonalna, nieszczerość, gruboskórność, wykorzystywanie innych, brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, impulsywność, patologiczne kłamstwo, skłonność do przemocy i uporczywe nieprzestrzeganie norm społecznych. Psychopatii nie należy utożsamiać z przestępczością czy skłonnością do zachowań antyspołecznych, aczkolwiek wielu psychopatów rzeczywiście popełnia poważne przestępstwa. Choć, jak się przypuszcza, tylko 1% społeczeństwa lub nawet mniej to psychopaci, ich udział w populacji więźniów wynosi aż 15%–25% (Hare 1996). Hart i Hare (1997) dokonali przeglądu badań nad psychopatią wśród pełnoletnich przestępców seksualnych i stwierdzili, że procent psychopatów jest najwyższy wśród przestępców seksualnych obierających za swoje ofiary osoby dorosłe, nieco niższy wśród obierających za ofiary młodzież i najniższy wśród tych, których ofiarami są dzieci (od 5% do 15%). Ten układ wyników udało się później potwierdzić (Seto, Barbaree 1999). Mimo że psychopatia rzadko występuje wśród przestępców seksualnych, nie wolno jej lekceważyć z dwóch bardzo ważnych powodów. Po pierwsze, tam gdzie

Brak jest jakichkolwiek podstaw naukowych uprawniających tak do objęcia kogoś podejrzeniami, jak i do oczyszczenia z podejrzeń o aktualne lub potencjalne wykorzystywanie seksualne dzieci na podstawie jego cech osobowości.

Chociaż u osób wykorzystujących seksualnie dzieci rzadko występują zaburzenia psychiczne, to niektóre współwystępujące zaburzenia psychiczne lub zachowania mają duże znaczenie przy planowaniu terapii sprawcy i ocenie ryzyka zachowań seksualnych wobec dziecka. Chodzi między innymi o psychopatię i alkoholizm oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Pod pojęciem „psychopatia”

występuje, jest silnym czynnikiem ryzyka recydywy przemocy w ogóle i recydywy przemocy seksualnej w szczególności (Firestone, Bradford, McCoy, Greenberg, Larose, Curry 1999; Hanson, Bussiere 1997). Po drugie, w tej nielicznej grupie sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci, których charakteryzuje wysoki poziom psychopatii, leczenie może przynieść efekt odwrotny do zamierzonego – ryzyko

recydywy może być większe, a nie mniejsze u leczonych psychopatów. Seto i Barbaree (1999) porównali wskaźniki recydywy seksualnej u osób molestujących dzieci pogrupowanych według poziomu psychopatii (niski – wysoki) oraz oceny skuteczności terapii dokonanej przez klinicystów (mała – duża). Okazało się, że psychopaci, którzy zdaniem klinicystów ukończyli terapię z pozytywnym wynikiem, częściej popełniali ponownie przestępstwo seksualne niż pozostali psychopaci. Wynika to być może z dużej zdolności psychopatów do manipulowania ludźmi i stwarzania dobrego wrażenia na innych, nie wyłączając terapeutów. Wcześniej Quinsey i współpracownicy (Quinsey, Harris, Rice, Cormier 1998; Rice, Harris, Cormier 1992) stwierdzili, że recydywa zachowań agresywnych jest większa u osób silnie psychopatycznych leczonych w porównaniu z nie leczonymi.

wyższe wyniki w testach przesiewowych do wykrywania alkoholizmu (Firestone, Bradford, McCoy, Greenberg, Larose, Curry 1999). Niewielu natomiast sprawców dopuszcza się wykorzystywania seksualnego dzieci wyłącznie pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Rola, jaką odgrywa nadużywanie substancji psychoaktywnych, jest zapewne złożona, a jej precyzyjne określenie jeszcze bardziej utrudnia to, że sprawcy bądź ukrywają fakt picia lub zażywania narkotyków, bądź przeciwnie – usprawiedliwiają swój czyn tym, że byli nietrzeźwi lub twierdzą, że nie pamiętają, co robili, bo byli pod wpływem środków odurzających.

Jedną z cech różniących sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci od osób nie dopuszczających się wykroczeń seksualnych jest obecność w wywiadzie szeregu różnych anormalnych zachowań seksualnych (parafilii), które mogą, choć

W tej nielicznej grupie sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci, których charakteryzuje wysoki poziom psychopatii, leczenie może przynieść efekt odwrotny do zamierzonego – ryzyko recydywy może być większe, a nie mniejsze u leczonych psychopatów.

Alkoholizm i narkomania mogą być związane z wykorzystywaniem seksualnym dzieci, ale dowody na ten związek nie są jednoznaczne. Znaczna mniejszość sprawców (30%) przyznaje się do sięgania po środki psychoaktywne, głównie alkohol, bezpośrednio przed dopuszczeniem się wykorzystania seksualnego dziecka (Pithers 1990). Jeszcze mniejsza, lecz nadal statystycznie istotna, liczba sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci spełnia kryteria diagnostyczne dla organicznych zaburzeń psychicznych spowodowanych substancjami psychoaktywnymi (Langevin, Lang 1990). Recydywiści wśród sprawców kazirodztwa osiągają

nie muszą, być związane z wiktyimizacją innych osób. Dokładny odsetek sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci, którzy angażują się w inne wykroczenia seksualne lub prezentują zachowania parafilne, trudno ustalić, ponieważ w doniesieniach z badań występują znaczne różnice w tym zakresie. Abel i współpracownicy (Abel, Becker, Cunningham-Rathner, Mittelman i Rouleau 1988), którzy prowadzili anonimowe wywiady z zachowaniem ścisłej tajemnicy z osobami spełniającymi kryterium co najmniej jednej parafilii*, stwierdzili, że wielu kazirodców i wiele osób molestujących dzieci spoza rodziny (odpowiednio 70% i 80%)

* Wielu pełnoletnich przestępców seksualnych nie spełnia żadnego z kryteriów diagnostycznych parafilii. Samo molestowanie dziecka to nie to samo co pedofilia (czyli określona jednostka diagnostyczna).

spełniało kryterium licznych parafilii na przestrzeni życia. O'Connell (2000) doszedł do podobnych wniosków na podstawie wyników badania z użyciem wykrywacza kłamstwa. Natomiast Marshall, Barbaree i Eccles (1991), na podstawie wyników wywiadów klinicznych, odkryli obecność dodatkowych parafilii tylko u 8% kazirodców i 12% osób molestujących dzieci spoza rodziny. Ale bez względu na to, który z uzyskanych wyników jest najbardziej trafny, jedno jest pewne: spora liczba osób molestujących dzieci ma w swej historii także inne parafilie, związane z wiktyimizacją innych osób lub nie. W razie stwierdzenia parafilii towarzyszącej, ona również wymaga leczenia. Pozytywny efekt terapii rzadko bowiem obejmuje inne niepożądane zachowania seksualne, które nie były bezpośrednim celem leczenia, nawet gdy zachowanie seksualne, które spowodowało podjęcie terapii, ustąpi w wyniku leczenia, (Brownell, Hayes, Barlow 1977).

Sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci próbowano klasyfikować na podstawie różnych kryteriów i dla różnych celów. Celami tworzenia typologii sprawców było najczęściej ustalenie odpowiedniej metody interwencji, różnych modeli etiologicznych, przewidywanie ryzyka ponownych zachowań seksualnych wobec dzieci. Klasyfikacje takie

ustalane są na podstawie metod klinicznych bądź empirycznych. Pierwsze typologie tworzono opierając się na doświadczeniach klinicznych. Korzystając z tych doświadczeń, starano się odgadywać cechy różnych podkategorii sprawców. Do najczęściej cytowanych, wczesnych typologii należy typologia stworzona przez Grotha i współpracowników (Groth, Hobson, Gary 1982), którzy podzielili osoby wykorzystujące seksualnie dzieci na zafiksowane i regresywne. Te pierwsze preferują dzieci lub są nimi zainteresowane wyłącznie jako obiektami seksualnymi (przy czym obiektem zainteresowań są najczęściej chłopcy, a nie dziewczynki) i charakteryzują się słabo wykształconymi umiejętnościami społecznymi, co potęguje skłonność do dewiacyjnego seksualnego *acting out*. Sprawcy regresywni traktują dzieci jako zastępczych partnerów seksualnych, a dysfunkcje społecznych relacji spotykane są w tej grupie znacznie rzadziej. Choć badania późniejsze potwierdziły trafność podziału osób wykorzystujących dzieci ze względu na preferencje seksualne, najnowsze badania sugerują, że poziom kompetencji społecznej i poziom preferencji seksualnych to dwie niezależne cechy (Knight 1992), a pedofile „zafiksowani” niekoniecznie przejawiają gorsze kompetencje społeczne niż inne typy molestujących.

Ocena psychologiczna sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci

Planowanie odpowiednich interwencji wobec sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci i monitorowanie zmian wynikających z ich podjęcia wymaga rzetelnej oceny psychologicznej sprawcy. Procedury diagnostyczne są znacznie mniej przydatne lub wskazane tam, gdzie trzeba ustalić czy oskarżeni popełnili określone przestępstwo, czy nie, a w rozstrzygnięciu winy lub niewinności ewentualnego

sprawcy bardziej użyteczna od diagnozy psychologicznej lub seksuologicznej jest rzetelna praca policji. Diagnoza jest bardziej przydatna w fazie postępowania prawnego związanej z orzekaniem kary, po ustaleniu winy i w przypadku osób przyznających się do niedozwolonych praktyk seksualnych. Diagnoza psychologiczna, poprzedzająca terapię sprawcy, może pomóc ustalić poziom ryzyka ponownych

zachowań seksualnych wobec dzieci, najbardziej właściwe środki bezpieczeństwa i/lub potrzebę nadzoru oraz odpowiednie rekomendacje terapeutyczne. Poza tym wyjściowa ocena psychologiczna sprawcy jest potrzebna do oszacowania wyników i postępów leczenia oraz sprawdzenia, czy dana metoda terapii spełnia założone w niej nadzieje.

stionowano (Cross, Saxe 1992). Poza tym dotychczas nie rozstrzygnięto, czy wiedza na temat wcześniejszych przestępstw seksualnych sprawcy jest konieczna do powodzenia działań terapeutycznych.

Sfery najczęściej poddawane ocenie diagnostycznej to fantazje seksualne, wrogość, wiedza o seksie, umiejętności społeczne, zaburzenia sfery poznawczej i em-

Procedury diagnostyczne są znacznie mniej przydatne tam, gdzie trzeba ustalić czy oskarżeni popełnili określone przestępstwo, czy nie. W rozstrzygnięciu winy lub niewinności ewentualnego sprawcy bardziej użyteczna od diagnozy psychologicznej lub seksuologicznej jest rzetelna praca policji.

Postępowanie diagnostyczne należy zacząć od dokładnego wywiadu dotyczące psychospołecznej historii życia sprawcy. W przypadku dorosłych przestępców seksualnych szczególną uwagę należy zwrócić na historię zachowań seksualnych i przestępczych. Bez względu na to należy zebrać informacje z różnych źródeł i dążyć, w miarę możliwości, do potwierdzenia informacji udzielonych przez osobę, która dopuściła się czynów seksualnych wobec dziecka. Program minimum to krytyczna analiza zeznań ofiar, akt policyjnych i innych oficjalnych dokumentów. Dorośli przestępcy seksualni często zaniżają dane dotyczące własnych niedozwolonych zachowań i skłonności seksualnych (Abel, Becker, Cunningham-Rathner, Mittelman, Rouleau 1987) i wyolbrzymiają lub zmyślają informacje o byciu samemu wykorzystywanym seksualnie w dzieciństwie. Trzeba pamiętać, że to, co mówi oskarżony, nie zawsze jest prawdziwe. Z tego powodu w niektórych programach badawczych wykorzystuje się w procedurze diagnostycznej wykrywacz kłamstwa (Ahlmeyer, Heil, McKee, English 2000), mimo że trafność tej metody w ogóle, a w przypadkach przestępstw seksualnych w szczególności, mocno kwe-

patia wobec ofiary. Jednym z najbardziej wszechstronnych kwestionariuszy tego typu jest Wielowymiarowy Inwentarz Seksualny II (*Multiphasic Sex Inventory II*) (Nichols, Molinder 1986). Kwestionariusz ten zawiera wiele podskal mierzących poziom zainteresowania dziećmi, gwałtem i ekshibicjonizmem, a także obecność zniekształceń poznawczych, innych zaburzeń i dysfunkcji seksualnych, wiedzę na temat seksu oraz gotowość podjęcia terapii. Inną z kolei metodą (Abel, Huffman, Warberg, Holland 1998) opiera się na pomiarze zainteresowania seksem na podstawie czasu reakcji na bodźce wzrokowe oraz na szczegółowym kwestionariuszu do pomiaru zainteresowań, zachowań i parafilii. Trzecią metodą wyróżniającą się wszechstronnością to Historia Życia Seksualnego (*Sex History*) Clarke'a. Dystrybutor testu obecnie przygotowuje jej nową, poprawioną wersję (*Multi-Health Systems*) (Informacja własna 2000). Należy jednak pamiętać, że o trafności i możliwości interpretacji wszystkich testów opartych na samoopisie, nawet zawierających skale kontrolne, decyduje szczerowość i prawdomówność osoby wypełniającej.

W diagnozie psychologicznej sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci

można i należy uwzględnić wiele różnych sfer, ale najważniejsze, o kluczowym znaczeniu, są dwie – psychopatia i wzorce zachowań seksualnych. Najtrafniejszą miarą psychopatii jest Lista Przymiotnikowa do Pomiaru Psychopatii, Wersja Poprawiona (*Psychopathy Checklist – Revised, PCL-R*) (Hare, Harpur, Hakstian, Forth, Hart, Newman 1990). W technice tej uwzględnia się zarówno dane z częściowo standaryzowanego wywiadu, jak i informacje zaczerpnięte z akt i dokumentacji. Listę wypełnia psycholog, opierając się na ustalonych kryteriach oraz na szczegółowej historii życia klienta. Najtrafniejszą metodą oceny poziomu zainteresowań seksualnych jest pletyzmografia prącia, choć doniesienia najnowsze podkreślają także zalety pomiaru czasu reakcji na bodźce wzrokowe, zwłaszcza u dorosłych sprawców molestujących dzieci (Abel, Huffman, Warberg, Holland 1998; Letourneau 1999). Pletyzmografia prącia to metoda psychofizjologiczna stosowana do pomiaru zainteresowań seksualnych. Nie ma żadnej standardowej procedury pomiaru ani standardowego zestawu bodźców. Poza tym, jak w każdej innej metodzie, w badaniu pletyzmograficznym można „oszukiwać”. Najrzetelniejsze wyniki uzyskuje się u osób pragnących wziąć udział w badaniu „w dobrej wierze”. Należy korzystać z wypróbowanych zestawów bodźców oraz wskazówek proceduralnych i etycznych (ATSA 1997). Warto też pamiętać, że pletyzmograf jest klinicznym narzędziem diagnostycznym, a nie narzędziem oceny kryminologicznej (Murphy, Peters 1992). Zainteresowania seksualne można też mierzyć testem typu Q-sort, narzędziami do samoopisu i innymi metodami.

Ostatnimi czasy dokonał się znaczny postęp w ocenie ryzyka ponownych przestępstw seksualnych lub agresywnych u dorosłych przestępców seksualnych. Największym osiągnięciem w tej dziedzinie jest powstanie empirycznie sprawdzonych metod ubezpieczeniowej oceny ryzyka

(*actuarial risk prediction systems*), znacznie lepszych od dotychczasowych, nie wspomnianych ocen klinicznych. Ubezpieczeniowa ocena ryzyka to bardzo szybko rozwijająca się gałąź wiedzy w omawianej dziedzinie i zainteresowanych profesjonalistów zachęca się do śledzenia zmian w istniejących narzędziach do badania poziomu ryzyka i pojawiania się nowych. W chwili obecnej następujące skale ryzyka mają wartość predykcyjną mieszczącą się w obszarze od średniej do wysokiej:

- Przewodnik do Oceny Poziomu Ryzyka u Przestępców Seksualnych (*Sex Offender Risk Appraisal Guide – SORAG*) (Quinsey, Khanna, Malcolm 1998),
- Minesocki Test Przesiewowy do Badania Przestępców Seksualnych – Wersja Poprawiona (*Minnesota Sex Offender Screening Tool – Revised – MnSost-R*) (Epperson, Kaul, Hesselton 1998),
- Szybki Test do Oceny Poziomu Ryzyka Nawrotu Przestępczości Seksualnej (*Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism*),
- STATIC-99 (Hanson, Thornton 1999).

Hanson (2000) dokonał przeglądu wymienionych wyżej narzędzi i innych do pomiaru recydywy ogólnej i agresywnej. Narzędzia te w dużej mierze pokrywają się ze sobą, jeżeli chodzi o badane obszary i uwzględnione czynniki. Każde z nich posiada system wag do oceny zmiennych dotyczących historii życia sprawcy (takich jak: obecność osób obcych wśród ofiar, liczba wcześniejszych wykroczeń natury seksualnej, udział ofiar płci męskiej, problemy alkoholowe itp). Wyniki ważone sumuje się i na podstawie uzyskanego wyniku określa się poziom ryzyka recydywy (niski, średni, wysoki). Każdemu wynikowi odpowiada znany poziom prawdopodobieństwa wykrytej recydywy w grupie mężczyzn uzyskujących dany wynik. Większość istniejących systemów oceny zagrożenia wystąpieniem zachowań seksualnych wobec dzieci opiera się na historycznych czynnikach

statycznych (niezmiennych). Nowsze badania w tej dziedzinie, a także ubezpieczeniowe oceny ryzyka, starają się uzupełnić statyczne systemy przewidywania

ryzyka o czynniki dynamiczne, zmienne, dokonując pomiaru zmiany ryzyka w czasie, na przykład redukcji ryzyka pod wpływem terapii (Hanson, Harris 2000).

Terapia dorosłych sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci

Istnieje pokaźna literatura na temat powszechnie praktykowanych metod leczenia dorosłych przestępców seksualnych i coraz większa liczba doniesień na temat efektów leczenia. Marshall i współpracownicy (Marshall, Fernandez, Hudson, Ward 1998) dokonali przeglądu danych z ponad 30 programów leczniczych, realizowanych w różnych warunkach i w różnych populacjach przestępców seksualnych na całym świecie. Okazało się, że mimo zróżnicowania warunków realizacji programów i ich klienteli większość programów realizowana jest w paradygmacie poznawczo-behawioralnym i zawiera elementy zapobiegania nawrotom (Pithers 1990). Większość programów wymaga, by na początku klient uznał przynajmniej częściowo swoją winę (np. Gordon, Hover 1998). Po tym punkcie przechodzi się zazwyczaj do jakiejś formy psychoseksualnej diagnozy sprawcy, która często łączy się z oceną ryzyka ponownych zachowań seksualnych wobec dzieci, na podstawie której zapada decyzja o konieczności lub braku konieczności aresztu i/lub nadzoru (np. Moro 1998). Nie ma natomiast żadnej ustalonej kolejności stosowania poszczególnych składników terapii, gdy już terapia się rozpocznie. Najczęściej stosuje się rozmaite techniki behawioralne lub poznawczo-behawioralne nastawione na zwiększenie empatii wobec ofiary, modyfikację zniekształconych schematów myślowych, poprawę umiejętności społecznych, redukcję pobudzenia seksualnego o charakterze dewiacyjnym i uzupełnienie edukacji seksualnej. Zapobieganie nawrotom to element leczenia często

wplątany w inne jego elementy. Opiera się ono na kilku podstawowych założeniach, na przykład na założeniu, że ryzyko przestępstw seksualnych wobec dzieci ma charakter długotrwały i nie da się go całkowicie wyeliminować oraz na założeniu, że czyny niedozwolone planowane są z wyprzedzeniem, a czynniki wyzwalające lub ostrzegawcze można rozpoznać i wykorzystać do konstruowania planu zmniejszenia prawdopodobieństwa recydywy.

W wybranych podgrupach dorosłych przestępców seksualnych czasami stosuje się leczenie chirurgiczne i farmakologiczne. Leczenie chirurgiczne polega na fizycznej kastracji, czyli usunięciu jąder, w wyniku czego znacznie zmniejsza się wydzielanie testosteronu (Hucker, Bain 1990). Kastracja zazwyczaj prowadzi do zmniejszenia aktywności seksualnej, popędu seksualnego i fantazji seksualnych, ale u prawie 50% chorych nie likwiduje erekcji (Heim 1981). Mniej inwazyjną metodą redukcji popędu seksualnego jest podawanie jednego z kilku dostępnych środków farmakologicznych. Pierwsze próby „chemicznej kastracji” polegały na podawaniu estrogenów. Te jednak powodowały poważne skutki uboczne i zostały zastąpione anty-androgenami zawierającymi medroksyprogesteron i cyproteron (Balon 1998). Oba te leki zmniejszają popęd seksualny i fantazje seksualne u wybranych przestępców, ale problemem może być odstawianie leków z powodu niepożądanych skutków ubocznych (Balon 1998). Próbowano podawać leki współdziałające z LHRH, takie jak leuprolid, ale brak jeszcze pełnej oceny ich skutecz-

ności. W skład najnowszej generacji leków stosowanych w leczeniu przestępców seksualnych wchodzi między innymi środki przeciwdepresyjne – setralin, kломipramina i fluoksetyna. W większości opisanych przypadków chorzy cierpieli także na zaburzenia nastroju i celem podawania wymienionych leków było zarówno zmniejszenie dewiacyjnego popędu seksualnego, jak i poprawa nastroju. Potencjalną zaletą tych leków jest to, że mają o wiele słabsze skutki uboczne, dzięki czemu istnieje mniejsza groźba nie przestrzegania zaleceń lekarza. Farmakoterapia prawie zawsze stosowana jest w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną i wobec bardzo niewielkich grup przestępców o wyjątkowo silnym i niekontrolowanym pociągu seksualnym do dzieci (Marshall, Eccles 1991). Leczenie przestępców seksualnych metodami medycznymi lub farmakologicznymi nie powinno się odbywać na zasadzie przymusu dotyczącego szerokiej kategorii sprawców definiowanej przez prawo, lecz powinno być dobrane indywidualnie, po starannej ocenie, w ramach kompleksowego planu leczenia, z zalecenia lekarza (ATSA 1997).

Wyniki tego badania nie potwierdzają skuteczności terapii. Wyniki badań opartych na schemacie kwasi-eksperymentalnym są zróżnicowane i złożone i niełatwo je przejrzeć i podsumować. Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey i Seto (2002) przeprowadzili niedawno metaanalizę danych z 43 różnych badań obejmujących w sumie 9454 osób. Z analizy wynikało, że terapia przestępców seksualnych poskutkowała umiarkowanym spadkiem recydywy w 12,3%–16,8% przypadków po średnio 46 miesiącach. Analiza ta pokazała też, że terapie nowocześniejsze, na przykład terapia poznawczo-behawioralna czy terapia nastawiona na zapobieganie nawrotom, dają większy spadek recydywy w porównaniu z terapiami będącymi w użyciu przed rokiem 1980, na przykład psychoterapią dynamiczną lub analityczną, które okazały się praktycznie bezwartościowe dla redukcji recydywy nieakceptowanych zachowań seksualnych. Zważywszy, że za mało jest badań opartych na losowym doborze próby i stosujących nowoczesne metody terapii w różnych warunkach, z różnymi podgrupami przestępców, nie

Leczenie przestępców seksualnych metodami medycznymi lub farmakologicznymi nie powinno się odbywać na zasadzie przymusu dotyczącego szerokiej kategorii sprawców definiowanej przez prawo, lecz powinno być dobrane indywidualnie, po starannej ocenie, w ramach kompleksowego planu leczenia, z zalecenia lekarza.

Czy terapia dorosłych sprawców przemocy seksualnej jest skuteczna? Tak postawione pytanie jest nadmiernie uproszczone. Ocenę efektów terapii utrudniają kłopoty z doбором odpowiednich grup porównawczych oraz wielka różnorodność przestępców i programów terapeutycznych. Do tej pory wykonano jedno duże badanie efektów terapii losowo dobranych przestępców seksualnych (Marques, Nelson, West, Day 1994; Marques 1999).

ma wystarczającej ilości danych, by można było wyciągnąć ogólne wnioski na temat skuteczności lub nieskuteczności terapii. Istniejące dane sugerują jednak, że korzyści z terapii są prawdopodobnie umiarkowane i że terapia może zmniejszyć recydywę, ale nie eliminuje jej całkowicie.

Niezależnie od wymiernych korzyści płynących z faktu przypisania do określonego programu terapeutycznego, zakończenie terapii z dobrym wynikiem może

relatywnie obniżyć ryzyko nawrotu. Ukończenie terapii bowiem, niezależnie od odniesionych korzyści terapeutycznych, może służyć jako test pozwalający wychwycić jednostki, u których ryzyko nawrotu jest mniejsze. Nie dotyczy to jednak prawdopodobnie psychopatów. Sprawcy spełniający podczas terapii kryteria posiadania określonych umiejętności zwykle kończą tera-

pie z lepszym wynikiem niż przestępcy, którzy kryteriów tych nie spełniają (Day, Marques 1998; Marques, Nelson, West, Day 1994; Studer, Reddon 1998). W odróżnieniu od obiektywnych kryteriów, impresje kliniczne terapeutów nie są najlepszymi wskaźnikami powodzenia lub niepowodzenia terapii (Quinsey, Khanna, Malcolm 1998), zwłaszcza w przypadku psychopatów.

Polityka społeczna wobec sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej polityka postępowania z osobami dorosłymi wykorzystującymi seksualnie dzieci jest mocno osadzona w tradycji karnego wymiaru sprawiedliwości. Stosowane wobec przestępców seksualnych sankcje prawne sięgają swymi korzeniami setek lat wstecz i mają roztoczyć społeczną kontrolę nad przestępcą poprzez karanie go na równi z innymi przestępcami. Dopiero od niedawna działania wymiaru sprawiedliwości wobec osób molestujących dzieci polegają nie tylko na osadzaniu w więzieniu, ale także na stosowaniu wyspecjalizowanych procedur, takich jak prowadzenie rejestrów przestępców seksualnych, podawanie ich

wkrótce wprowadzone. Prawo to zezwala na przymusowe zamykanie i leczenie przestępców seksualnych po odbyciu przez nich kary więzienia. Zwykle stosowane jest wobec przestępców pełnoletnich wielokrotnie skazanych, choć w kilku stanach zezwala się też obecnie na jego stosowanie wobec osób niepełnoletnich. Zaleca się korzystanie z tego prawa z umiarem. I tak, w stanie Waszyngton, który pierwszy je wprowadził, dotychczas stosowane było w mniej niż 1% przypadków pełnoletnich przestępców seksualnych opuszczających więzienie (Washington State Institute for Public Policy 1998). Przepisy dotyczące przymusowego leczenia wynikają z obserwacji, że za znaczny procent

Przepisy dotyczące przymusowego leczenia wynikają z obserwacji, że za znaczny procent przestępstw seksualnych odpowiada bardzo niewielka liczba niezwykle niebezpiecznych pełnoletnich przestępców seksualnych, stwarzających poważne i długotrwałe zagrożenie dla społeczeństwa.

danych do wiadomości publicznej oraz przymusowe leczenie po odbyciu kary.

Regulacje prawne dotyczące przymusowego leczenia, zwane też „ustawą o seksualnych rozbójnikach”, wprowadzono już w 15 stanach, a w kilku innych zostaną

przestępstw seksualnych odpowiada bardzo niewielka liczba niezwykle niebezpiecznych pełnoletnich przestępców seksualnych (Abel, Rouleau 2001; Abel, Becker, Mittelman, Cunningham-Rathner, Rouleau 1987), stwarzających poważne i długo-

trwałe zagrożenie dla społeczeństwa. Krytycy tej regulacji prawnej twierdzą natomiast, że „ustawa o seksualnych rozbójnikach” to nic innego, jak bezprawne pozbawianie ludzi wolności pod pretekstem leczenia psychiatrycznego.

We wszystkich stanach Stanów Zjednoczonych prowadzi się obecnie rejestry przestępców seksualnych, choć w poszczególnych stanach przyjmuje się różne rozwiązania szczegółowe. W rejestrach gromadzone są dane demograficzne i informacje o miejscu pobytu, fotografii oraz inne informacje. Wszystkie rejestry udostępniane są instytucjom wymiaru sprawiedliwości do użytku wewnętrznego, ale nie ma informacji na temat tego, jakie to ma znaczenie dla czynności dochodzeniowych. W większości przypadków sprawcy przestępstw seksualnych wobec dzieci są znani ofiarom i wymieniani z imienia i nazwiska w raportach. Rejestry można publicznie udostępnić za pomocą Internetu. Poszczególne stany mogą też podejmować konkretne działania zmierzające do poinformowania opinii publicznej o wszystkich lub niektórych figurujących w rejestrze osobach. W niektórych stanach istnieją określone przepisy mówiące o usuwaniu osób z rejestru po pewnym czasie pod warunkiem, że nie dopuściły się nowych wykroczeń, w innych zaś obowiązuje rejestracja dożywotnia. Z punktu widzenia naukowego nie jest jasne, czy prowadzenie rejestrów i podawanie nazwisk przestępców seksualnych do wiadomości publicznej rzeczywiście zmniejsza recydywę i zwiększa ochronę dzieci. Dostępne dane sugerują, że zabiegi te mają niewielką wartość profilaktyczną (Leib – cyt. za Bureau of Justice Statistics 1998). Celowość upubliczniania nazwisk przestępców seksualnych kwestionowano z kilku różnych powodów. Zwracano między innymi uwagę, że rejestry zawierają sporo błędnych informacji (ludzie zmieniają miejsce zamieszkania i może się okazać, że ktoś wprowadzi się do mieszkania fi-

gurującego w rejestrze jako mieszkanie „przestępcy seksualnego” i poniesie z tego powodu nieuzasadnione konsekwencje). Poza tym publiczne rejestry mogą wzniecać atmosferę samosądu i hysterii, przynosząc więcej szkód niż korzyści.

Każde rozwiązanie wprowadzone przez wymiar sprawiedliwości jest siłą rzeczy jedynie reakcją na coś, niczego bowiem nie wyprzedza. Jeżeli istniejące rozwiązania mają jakikolwiek wpływ, to tylko na tych nielicznych przestępców seksualnych, których udało się schwytać i skazać. Na pewno w jakiejś mierze działają zapobiegawczo poprzez stosowanie takich środków, jak uniemożliwienie swobodnego poruszania się, nadzór czy przymusowe leczenie, ale bardziej wszechstronna walka z problemem wymaga zastosowania innej, nie podejmowanej dotychczas polityki. Jeżeli chcemy nie tylko leczyć osoby molestujące dzieci *post factum*, ale i zapobiegać molestowaniu, głównym celem inicjatyw klinicznych, naukowych i finansowych musi być profilaktyka. Tymczasem bardzo niewiele działań profilaktycznych zorientowanych jest na potencjalnych lub niezidentyfikowanych sprawców. Dotychczasowa polityka zamiast zapobiegać popełnianiu przestępstw, jak ma to miejsce w przypadku profilaktyki krzywdzenia fizycznego lub zaniedbywania dzieci, ograniczyła profilaktykę wykorzystywania seksualnego do zapobiegania wiktyimizacji. Programy profilaktyczne nastawione na zapobieganie wiktyimizacji polegają na uczeniu małych dzieci, jak stawiać opór próbom wykorzystywania seksualnego i ujawnić je. Nie wiadomo dokładnie, na ile te oddziaływania są skuteczne, ale być może przyspieszają wykrywalność (Finkelhor, Asdigian, Dziuba-Leatherman 1995a, 1995b). Potrzebne jest jednak podejście bardziej wszechstronne, polegające na zapobieganiu zarówno niedozwolonym czynom, jak i wiktyimizacji, nacelowane tak na osoby dorosłe i młodzież, jak i na dzieci, czyli potencjalne ofiary.

Kilka funkcjonujących obecnie modeli profilaktycznych obrało za adresatów potencjalnych i niezidentyfikowanych prze-

angażowania wymiaru sprawiedliwości. Jest to polityka podobna do polityki praktykowanej obecnie wobec osób zażywają-

Dążenie do tego, by wykryć, postawić w stan oskarżenia, skazać i umieścić dożywotnio w więzieniu większą niż dotychczas liczbę osób dorosłych wykorzystujących seksualnie dzieci jest nieekonomiczne i niepraktyczne z prawnego punktu widzenia.

stępców. STOP IT NOW! to jeden z nielicznych programów profilaktycznych próbujących aktywnie zapobiegać wykorzystywaniu seksualnemu poprzez oddziaływania na osoby dorosłe, w tym na niezidentyfikowanych przestępców seksualnych pozostających poza kontrolą (Chasan-Taber, Tabachnick 1999). Twórcy tej nowatorskiej akcji przeanalizowali strategię stosowane w innych skutecznych inicjatywach realizowanych przez resort zdrowia publicznego i przeprowadzili badanie ankietowe wśród dorosłej populacji w wybranym regionie geograficznym. Badaniem objęto również pełnoletnich przestępców seksualnych płci męskiej. Na podstawie zebranych informacji autorzy przygotowali trzy strategie interwencji wobec osób wykorzystujących innych seksualnie. Jedną z nich było uruchomienie telefonu zaufania dla przestępców i potencjalnych przestępców. Zwolennicy oddziaływań profilaktycznych prowadzonych w ramach służby zdrowia (np. Laws 1996, 1999) przekonują, że każdy spadek zjawiska wykorzystywania seksualnego jest krokiem we właściwym kierunku, nawet jeśli nie uda się uzyskać całkowitego ustania niepożądanego zachowań u wszystkich przestępców seksualnych, i nawet jeśli nie uda się wszystkich schwytać i postawić w stan oskarżenia. Kontrowersyjna teoria redukcji szkód wysunięta przez Laws'a głosi, że należy udostępnić odpowiednie usługi potencjalnym i niezidentyfikowanym przestępcom pozostającym poza kontrolą, bez

czych nielegalne narkotyki. Z pewnością propozycja zastąpienia karalności podejściem zdrowotnym wzbudza kontrowersje. Opinia publiczna na ogół chce, by osobników, o których mowa, pozamykać i usunąć z ulic (patrz McMahan, Puett 1999). Prawda jest jednak taka, że ogromna większość przestępców seksualnych nigdy nie trafi za kratki, a ogromna większość tych, którzy tam trafią, kiedyś wróci na łono społeczeństwa. Dążenie do tego, by wykryć, postawić w stan oskarżenia, skazać i umieścić dożywotnio w więzieniu większą niż dotychczas liczbę osób dorosłych wykorzystujących seksualnie dzieci jest nieekonomiczne i niepraktyczne z prawnego punktu widzenia. Przyjęcie modelu zdrowotnego nie oznacza dekryminalizacji nadużyć seksualnych. Nie oznacza też, że my jako społeczeństwo przestaliśmy uważać takie zachowanie za formę wykorzystywania innych i zło, i przestaliśmy potępiać takie zachowanie. Już dzisiaj próbuje się łączyć oba podejścia: istnieją programy zachęcające dzieci do ujawniania przypadków nadużyć, multidyscyplinarne zespoły i ośrodki pomocy zajmujące się rozpatrywaniem zgłoszeń o przestępstwie, skazywanie i osadzanie w więzieniach przestępców, programy terapeutyczne więzienne i pozawięzienne, różne procedury przymusowego leczenia, specjalistyczne programy dozoru sądowego i warunkowych zwolnień, programy terapeutyczne dla dzieci i młodzieży z grup wysokiego ryzyka. Istnieją także i inne, nie w pełni jeszcze opracowane, wdrożone

i zbadane kombinacje środków interwencji, takie jak: programy profilaktyczne dla młodzieży, publiczne programy edukacyjne skierowane do potencjalnych i aktualnych przestępców, programy terapeutyczne dla niezidentyfikowanych przestępców itp.

Wypracowanie wszechstronnej polityki zwalczania zjawiska molestowania seksualnego dzieci wymaga współpracy wymiaru sprawiedliwości, psychiatrów, resortu zdrowia i ogółu społeczeństwa na niespotykaną dotychczas skalę.

Tłumaczenie: *Helena Grzegółowska-Klarkowska*

Literatura

- Abel G.G., Becker J.V., Cunningham-Rathner J., Mittelman M.S., Rouleau J.L. (1988), *Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders*, *Bulletin of American Academy of Psychiatry and the Law* nr 16, s. 153–168.
- Abel G.G., Becker J.V., Mittelman M.S., Cunningham-Rathner J., Rouleau J.L., Murphy W.D. (1987), *Self-report sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs*, „*Journal of Interpersonal Violence*” nr 2, s. 3–25.
- Abel G.G., Huffman J., Warberg B., Holland C.L. (1998), *Visual reaction time and plethysmography as measures of sexual interest in child molesters*, „*Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*” nr 10, s. 81–96.
- Abel G.G., Rouleau J.L. (2001), *The most recent data from the Abel Assessment*, referat wygłoszony na corocznym spotkaniu International Academy of Sex Research, Montreal, Quebec, July, Canada.
- Ahlmeyer S., Heil P., McKee B., English K. (2000), *The impact of polygraphy on admissions of victims and offenses in adult sexual offenders*, „*Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*” nr 12, s. 123–138.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers (1997), *Ethical Standards and Principles for the Management of Sexual Abusers*, Beaverton, OR: ATSA.
- Balon R. (1998), *Pharmacological treatment of paraphilias with a focus on antidepressants*, „*Journal of Sex and Marital Therapy*” nr 24, s. 241–254.
- Bard L.A., Carter D.L., Cerce D.D., Knight R.A., Rosenberg R, Schneider B. (1987), *A descriptive study of rapists and child molesters: Developmental, clinical and criminal characteristics*, „*Behavioral Sciences and the Law*” nr 5, s. 203–220.
- Brownell K.D., Hayes S.C., Barlow D.H. (1977), *Patterns of appropriate and deviant sexual arousal: The behavioral treatment of multiple sexual deviations*, „*Journal of Consulting and Clinical Psychology*” nr 45, s. 1144–1155.
- Bureau of Justice Statistics (1998), *National Conference on Sex Offender Registries: Proceedings of a BJS/SEARCH conference*, U.S. Department of Justice, Washington D.C.

- Chaffin M. (1992), *Factors associated with treatment completion and progress among intrafamilial sexual abusers*, „Child Abuse and Neglect” nr 16, s. 251–264.
- Chasan-Taber L., Tabachnick J. (1999), *Evaluation of a child sexual abuse prevention program*, „Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment” nr 11, s. 279–292.
- Cross T.P., Saxe L. (1992), *A critique of the validity of polygraph testing in child sexual abuse cases*, „Journal of Child Sexual Abuse” nr 1, s. 19–33.
- Davis C.M., Yarber W.L., Bauserman R., Schreer G., Davis S.L. (1998), *Handbook of sexuality-related measures*, Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
- Day D.M., Marques J.K. (1998), *A clarification of SOTEP's method and preliminary findings*, Reply to Nathaniel McConaghy (Letter to the editor), „Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment” nr 10, s. 162–166.
- Epperson D.L., Kaul J.D., Hesselton D. (1998), *Final report on the development of the Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised (MnSOST-R)*, presentation at the Association for the Treatment of Sexual Abusers 17th Annual Conference, October, Vancouver B.C.
- Finkelhor D., Asdigian N., Dziuba-Leatherman J. (1995a), *Victimization prevention programs for children: A follow-up*, „American Journal of Public Health” nr 85, s. 1684–1689.
- Finkelhor D., Asdigian N., Dziuba-Leatherman J. (1995b), *The effectiveness of victimization prevention instruction: An evaluation of children's responses to actual threats and assaults*, „Child Abuse and Neglect” nr 19, s. 141–153.
- Finkelhor D., Hotaling G., Lewis I.A., Smith C. (1990), *Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors*, „Child Abuse and Neglect” nr 14, s. 19–28.
- Firestone P., Bradford J.M., McCoy M., Greenberg D.M., Larose M.R., Curry S. (1999), *Prediction of recidivism in incest offenders*, „Journal of Interpersonal Violence” nr 14, s. 511–531.
- Gordon A., Hover G. (1998), *The Twin Rivers sex offender treatment program*, w: W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson, T. Ward (red.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*, Plenum Press, New York, s. 3–15.
- Groth A.N., Hobson W.F., Gary T.S. (1982), *The child molester: Clinical observations*, „Social Work and Human Sexuality” nr 1, s. 129–144.
- Hanson R.K. (2000), *Risk assessment*, Association for the Treatment of Sexual Abuse, Beaverton: OR.
- Hanson R.K., Gordon A., Harris A.J.R., Marques J.K., Murphy W., Quinsey V.L., Seto M.C. (2002), *First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders*, „Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment” nr 14, s. 169–194.
- Hanson R.K., Harris A.J.R. (2000), *The Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR): A method for measuring change in risk levels*, Department of the Solicitor General of Canada, Ottawa.
- Hanson R.K., Thornton D. (1999), *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders. (Users Report 99-02)*, Department of the Solicitor General of Canada, Ottawa.
- Hanson R.K., Bussiere M.T. (1998), *Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” nr 66, s. 348–362.
- Hare R.D. (1996), *Psychopathy: A clinical construct whose time has come*, „Criminal Justice and Behavior” nr 23, s. 25–54.
- Hare R.D., Harpur T.J., Hakstian A.R., Forth A.E., Hart S.D., Newman J.P. (1990), *The revised psychopathy checklist: Reliability and factor structure*, „Psychological

- Assessments: A Journal of Consulting and Clinical Psychology” nr 2, s. 338–341.
- Hart S.D., Hare R.D. (1997), *Psychopathy: Assessment and association with criminal conduct*, w: D.M. Stoff, J. Breiling, J.D. Maser (red.), *Handbook of antisocial behavior*, John Wiley & Sons, New York, s. 22–35.
- Heim N. (1981), *Sexual behavior of castrated sex offenders*, „Archives of Sexual Behavior” nr 10, s. 11–19.
- Hucker S.J., Bain J. (1990), *Androgenic hormones and sexual assault*, w: W.L. Marshall, D.R. Laws, H.E. Barbaree (red.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender*, Plenum Press, New York, s. 93–102.
- Knight R.A. (1992), *A taxonomy for child molesters*, w: W. O’Donohue, J.H. Geer (red.), *The sexual abuse of children: Clinical Issues*, Vol. 2, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, s. 24–70.
- Langevin R. (1990), *Sexual anomalies and the brain*, w: W.L. Marshall, D.R. Laws, H.E. Barbaree (red.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*, Plenum Press, New York, s. 103–114.
- Langevin R., Lang R.A. (1990), *Substance abuse among sex offenders*, „Annals of Sex Research” Vol. 3, nr 4, s. 397–424.
- Laws D.R. (1996), *Relapse prevention or harm reduction?*, „Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment” nr 8, s. 243–247.
- Laws D.R. (1999), *Harm reduction or harm facilitation? A reply to Maletzky*, „Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment” nr 11, s. 233–241.
- Letourneau E.J. (1999), *Comparison of sex offender disclosure prior to and during polygraph assessment*, Workshop presentation at the 15th Annual Midwest Conference on Child Sexual Abuse and Incenst, October, Madison WI.
- Maguire K., Pastore A.L., red. (1998), *Sourcebook of criminal justice statistics 1997*, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, Washington, DC: USGPO.
- Marques J.K. (1999), *How to answer the question „Does sexual offender treatment work?”*, „Journal of Interpersonal Violence” Vol 14, nr 4, s. 437–451.
- Marques J.K., Nelson C., West M.A., Day D.M. (1994), *The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters*, „Behaviour Research and Therapy” nr 32, s. 577–588.
- Marshall W.L., Fernandez Y.M., Hudson S.M., Ward T. (1998), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*, Plenum Press, New York.
- Marshall W., Eccles A. (1991), *Issues in clinical practice with sex offenders*, „Journal of Interpersonal Violence”, nr 6, s. 68–93.
- Marshall W.L., Barbaree H.E., Eccles A. (1991), *Early onset and deviant sexuality in child molesters*, „Journal of Interpersonal Violence” nr 6, s. 323–335.
- McMahon P.M., Puett R.C. (1999), *Child sexual abuse as a public health issue: Recommendations of an expert panel*, „Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment” nr 11, s. 257–266.
- Moro P.E. (1998), *Treatment for Hispanic sexual offenders*, w: W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson, T. Ward (red.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*, Plenum Press, New York, s. 445–456.
- Murphy W.D. Peters J.M. (1992), *Profiling child sexual abusers: Psychological considerations*, „Criminal Justice and Behavior” nr 19, s. 24–37.
- Nichols H.R., Molinder I. (1986), *MSI II: Multiphasic Sex Inventory Handbook*, Available from Nichols & Molinder, 437 Bowes Dr., Tacoma, WA, 98466.
- O’Connell M.A. (2000), *Polygraphy: Assessment and community monitoring*, w: D.R. Laws, S.M. Hudson, T. Ward (red.), *Remaking relapse prevention with sex*

- offenders*, CA: Sage, Thousand Oaks, s. 285–302.
- Pithers W.D. (1990), *Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision*, w: W.L. Marshall, D.R. Laws (eds), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*, Plenum Press, New York, s. 343–361.
- Prentky R., Edmunds S.B. (1997), *Assessing sexual abuse: A resource guide for practitioners*, VT: The Safer Society Press, Brandon.
- Quinsey V.L., Khanna A., Malcolm P.B. (1998), *A retrospective evaluation of the regional treatment centre sex offender treatment program*, „Journal of Interpersonal Violence” nr 13, s. 621–644.
- Quinsey V.L., Harris G.T., Rice M.E., Cormier C.E. (1998), *Violent offenders: Appraising and managing risk*, American Psychological Association, Washington DC.
- Rice M.E., Harris G.T., Cormier C.E. (1992), *Evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders*, „Law and Human Behavioral” nr 16, s. 399–412.
- Salter A.C. (1988), *Treating child sex offenders and victims: A practical guide*, CA: Sage Publications, Newbury Park.
- Seto M.C., Barbaree H.E. (1999), *Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism*, „Journal of Interpersonal Violence” nr 14, s. 1235–1248.
- Smith D.W., Letourneau E.J., Saunders B.E., Kilpatrick D.G., Resnick H.S., Best C. (2000), *Delay in disclosure of childhood rape: Results from a national survey*, „Child Abuse and Neglect” nr 24, s. 273–287.
- Studer L.H., Reddon J.R. (1998), *Treatment may change risk prediction for sexual offenders*, „Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment” nr 10, s. 175–182.
- Ward A., Hudson S.M., Marshall W.L. (1996), *Attachment style in sex offenders: A preliminary study*, „Journal of Sex Research” nr 33, s. 17–26.
- Washington State Institute for Public Policy (1998), *Sex Offenders in Washington State –1998 Update*, Olympia, WA: Document #98-08-1101.