

## **Uwagi psychologa sądowego o nowych regulacjach prawnych w sprawach o tzw. przestępstwa seksualne**

### **Forensic psychologist's considerations about the new law regulation in cases of sexual crimes**

Józef Krzysztof Gierowski

Pracownia Psychopatologii Sądowej Katedry Psychiatrii UJ CM  
Kierownik katedry: prof. dr hab. J.K. Gierowski  
Instytut Ekspertyz Sądowych w Krakowie  
Dyrektor: dr hab. M. Kała

#### **Summary**

The article comments, from the perspective of a forensic psychologist, the changes which have been recently provided to the law regulations on sexual crime and the treatment of the sexual crime perpetrators. It appears that the new law regulations follow the right path, because they create the conditions for holistic and complex solutions in the sexual crime treatment matter. Unfortunately they are still rather incomplete and inconsistent. Their practical implementation is difficult because of the very demanding qualification criteria to the psychotherapy of sexual crime perpetrators, the existence of law criteria to the therapy, the narrow frame of the therapy goals and unclear rules of therapy constraint. Moreover, in Poland there is a lack of complex therapy models of sexual perpetrators, we have little experience in this kind of therapy and there is a deficiency of qualified specialists. Finally the relationship between the treatment of this kind of criminals in prison conditions and ambulatory therapy conditions isn't very clearly precise. On the other hand, a lot of improvements have been provided, such as: continuing the treatment after leaving prison, not only pharmacological treatment but also psychotherapy, the system of prevention. Despite of the strong attempts to promote the special role of pharmacological treatment of sexual crime perpetrators („chemical castration”), the new solutions promote a complex and interdisciplinary approach to this problem. In this article, the author described the current Polish experience in the therapy of sexual crime perpetrators and listed several rules of preparing the forensic-psychological expertise according to the described problem in context of new legal regulations.

**Słowa kluczowe:** przestępstwa seksualne, opiniowanie i leczenie

**Key words:** sexual crimes, expertises and treatment

#### **1. Nowelizacja ustaw karnych – nowe możliwości czy niewykorzystana szansa**

Zmiany regulacji prawnych, które pod koniec 2009 roku wprowadziła szeroka nowelizacja wszystkich ustaw karnych, wymagają rozważenia, jak dalece nowe przepisy sprzyjają kompleksowemu i systemowemu rozwiązaniu problematyki przestępczości

seksualnej w Polsce. Najogólniej biorąc, idą one w dobrym kierunku, **stwarzają bowiem warunki do holistycznych, systemowych zmian**, uwzględniających zarówno nowe formy szeroko ujmowanej przestępczości seksualnej, jak i możliwości szerszego wykorzystania oddziaływań leczniczo-rehabilitacyjnych (w ramach zastosowania środków zabezpieczających). Problem tkwi jednak jak zwykle w rozwiązaniach szczegółowych, a także w stopniu komplementarności, z jakim poszczególne części czy też fragmenty przyjętego modelu tworzą kompleksowy system działań i środków zapobiegających i przeciwdziałających przestępczości seksualnej.

Patrząc na analizowany problem z perspektywy historycznej, trzeba podkreślić, iż rezygnacja w 1997 roku, a więc z chwilą wejścia w życie aktualnego kodeksu karnego, z przewidywanego w art. 100 kodeksu karnego z 1969 roku wykonywania środków zabezpieczających wobec osób działających w stanie znacznie ograniczonej poczytalności, w psychiatrycznych placówkach służby zdrowia zahamowała istotnie możliwość rozwoju systemu postępowania terapeutycznego w stosunku do osób zaburzonych psychicznie naruszających porządek prawny. Jest faktem, iż wspomnianych zmian domagało się środowisko psychiatrów, podkreślając małą skuteczność i efektywność ówczesnych rozwiązań. Podjęte w 1997 roku próby szerzej rozumianego leczenia i rehabilitacji sprawców na specjalnie sprofilowanych, terapeutycznych oddziałach zakładów karnych okazało się jednak rozwiązaniem mało efektywnym i niewystarczającym w przypadku osób ujawniających poważniejsze zaburzenia osobowości, upośledzenie umysłowe czy zaburzenia seksualne (parafilie). Ostatnia z wymienionych grup sprawców jest na całym świecie obiektem różnorodnych oddziaływań terapeutycznych, rehabilitacyjnych i resocjalizacyjnych, wiadomo bowiem, iż w stosunku do sprawców przestępstw seksualnych kara nie odgrywa najczęściej istotniejszej roli prewencyjnej, a stopień recydywy w tej grupie przestępców jest bardzo wysoki. Z psychiatryczno-psychologicznego punktu widzenia trudno znaleźć w populacji przestępczej grupę, w której silniejsze będą związki ujawnianych zaburzeń ze stałymi, utrwalonymi skłonnościami do naruszania porządku prawnego.

Nowe, obowiązujące od czerwca 2010 r. przepisy prawa karnego poszerzają katalog leczniczych środków zabezpieczających o rozwiązania, które odnoszą się wyłącznie do wybranej grupy sprawców przestępstw seksualnych. Szczególną rolę odgrywa tu art. 95a kk, który stanowi, iż skazując na karę pozbawienia wolności, bez warunkowego zawieszenia jej wykonania, za **przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej**, popełnione w **związku z zaburzeniami preferencji seksualnych**, sąd może orzec umieszczenie sprawcy takiego czynu, po odbyciu kary, w zakładzie zamkniętym lub skierować go **na leczenie ambulatoryjne, w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii**, zmierzających do zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego przestępstwa, w tym w szczególności **poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego**. Nowe przepisy wprowadzają też system ośrodków terapeutycznych (stacjonarno-izolacyjnych i ambulatoryjnych) oraz powołują centralną jednostkę opiniującą i nadzorującą leczenie przestępców seksualnych. Utrzymana została też możliwość leczenia i rehabilitacji skazanego w warunkach zakładu karnego (art. 117 kodeksu karnego wykonawczego). W swoich generalnych założeniach rozwiązania powyższe zdają się iść w dobrym kierunku, stwarzając ustawowe pod-

stawy do leczenia sprawców przestępstw seksualnych. Warto w tym miejscu jednak przypomnieć, że możliwość taka istniała już od 2005 roku, kiedy to wprowadzono art. 95a k.k. w jego pierwotnym brzmieniu. Formułował on, co prawda, nieco inaczej niż obecny przepis, kryteria stosowania przewidzianych w zakładach karnych leczniczych środków zabezpieczających, nawiązując bezpośrednio do konstrukcji niepoczytalności, w tym do składającego się na jej biologiczno-psychiatryczne kryteria pojęcia „zakłócenia czynności psychicznych”. Przepis ten przewidywał możliwość leczenia sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, **popelnionych w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym** innym niż choroba psychiczna. Nie to było jednak główną przeszkodą w praktycznej realizacji przepisu, ani też pewne różnice, jeżeli chodzi o przesłanki do leczenia, między przepisami art. 117 k.k.w. (przestępstwa popelnione **w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych**) a ówczesnym brzmieniem art. 95a k.k. (przestępstwa **popelnione w związku z zakłóceniem czynności psychicznych o podłożu seksualnym** innym niż choroba psychiczna), lecz brak jakichkolwiek instytucjonalnych możliwości podjęcia terapii w warunkach zamkniętego zakładu leczniczego bądź instytucji ambulatoryjnych. Trzeba też podkreślić, iż pojęcie „**zaburzenie preferencji seksualnych**” jest węższe niż „**zakłócenie czynności psychicznych o podłożu seksualnym**” innym niż **choroba psychiczna**”, co ograniczyć musi liczbę potencjalnych kandydatów do terapii w omawianej formie. Podjęto i kontynuowano natomiast, od 2005 roku, próby terapii na **oddziałach terapeutycznych zakładów karnych**, chociaż nie są one najlepszym miejscem do takich oddziaływań.

Praktyczna **realizacja** nowych rozwiązań **jest trudna** z kilku powodów. Pierwszy z nich związany jest ze **zbyt wąskimi kryteriami kwalifikującymi do podjęcia terapii**. Nowa redakcja artykułu 95a k.k. ograniczyła, w porównaniu z poprzednim ujęciem art. 95a k.k. (z roku 2005), grupę sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej, którzy mogą zostać poddani terapii, jedynie do tych, którzy spełniają kryteria parafilii, tj. ujawniają zaburzenia preferencji seksualnych. W praktyce sądowej oznacza to populację pedofilów. Jest to dyskusyjne rozwiązanie, ponieważ uniemożliwia stosowanie takich środków leczniczo-zabezpieczających w stosunku do innych sprawców, np. gwałcicieli. W większości instytucji leczniczo-penitencjarnych na świecie obejmuje się terapią także wspomniane grupy sprawców, w tym zwłaszcza niektórych gwałcicieli.

Kolejny problem dotyczy **zbyt wąskiego ujęcia celów terapii** (farmakologicznej i psychoterapii), ograniczającego je przede wszystkim do obniżenia siły zaburzonego popędu seksualnego. Tak określony cel nie może być w żadnym przypadku traktowany jako możliwy do osiągnięcia poprzez oddziaływania psychoterapeutyczne. Celem psychoterapeutycznych oddziaływań na przestępców seksualnych jest **wykształcenie** społecznie akceptowanych **sposobów radzenia sobie w sytuacji narastającego pobudzenia seksualnego**, któremu towarzyszą określone stany afektywne, oraz **zwiększenie sprawności mechanizmów psychologicznych odpowiadających za kontrolowanie własnych zachowań w sferze seksualnej**. Powszechnie uważa się, że **brak jest możliwości korekcji preferencji seksualnych** i nie mogą one w związku z tym stanowić celu psychoterapii. Siłę **pobudzenia seksualnego** można natomiast

obniżać **środkami farmakologicznymi** [1, 2]. Stąd nasuwa się logiczny wniosek co do sensowności i potrzeby tworzenia kompleksowych, medyczo-psychoterapeutycznych modeli terapii sprawców przestępstw seksualnych. Pewnym nieporozumieniem w aktualnym brzmieniu artykułu 95a k.k. wydaje się **nadanie ustawowego charakteru konkretnym metodom terapeutycznym**, narzucanym lekarzom czy psychoterapeutom, odpowiedzialnym za zastosowanie omawianego środka leczniczo-zabezpieczającego. Najogólniej biorąc, należy stwierdzić, iż kodeks karny to nie miejsce, w którym powinny znajdować się rady, zalecenia czy też wskazówki, „jak i czym” leczyć. Za adekwatność zastosowania metod terapeutycznych do danego problemu zdrowotnego odpowiadają ci, którzy mają stosowną wiedzę, umiejętności, doświadczenie i kompetencje, a więc dyplomowani lekarze specjaliści i psychoterapeuci. Ustawowy charakter omawianych zaleceń może natomiast spowodować poważne trudności w stosowaniu nowych, wchodzących dopiero do praktyki, metod terapii. Może też zablokować, a nawet uniemożliwić dalszy rozwój metod czy technik terapeutycznych, nie mówiąc o tym, że może pozostawać w jawnej sprzeczności ze współczesną wiedzą medyczną, propagując i promując na przykład metody, których brak skuteczności został potwierdzony badaniami naukowymi. O tym, jak leczyć, winni decydować ci, którzy się na tym znają, są na bieżąco z aktualną wiedzą medyczną, a nie ustawodawca poprzez zapis w kodeksie karnym. Można zatem powiedzieć, że w wyniku takiego unormowania kodeksu **doszło do naruszenia zasady autonomii lekarza (psychoterapeuty) w doborze skutecznych metod terapeutycznych**.

Kolejny problem dotyczy wątpliwości związanych z **przymusowym charakterem terapii**. Trudno sobie wyobrazić, aby jakikolwiek lekarz zdecydował się podawać środki farmakologiczne wbrew woli pacjenta, zwłaszcza gdy nie ujawnia on zaburzeń psychotycznych. Wiadomo dodatkowo, że środki farmakologiczne obniżające siłę popędu seksualnego bywają często nieobojętne dla stanu zdrowia somatycznego leczonego. Generalnie biorąc, trudno znaleźć, z psychopatologicznego i deontologicznego punktu widzenia, racjonalne argumenty za tym, aby te środki **stosować obligatoryjnie**, w tym zwłaszcza bez uwzględnienia zgody osoby, której dotyczą. Warto też przestrzec przed próbami snucia analogii między sytuacją sprawcy przestępstwa przeciwko wolności seksualnej ujawniającego zaburzenia preferencji seksualnych a chorym i niepoczynalnym sprawcą poważnego czynu zabronionego. Warto przypomnieć, iż zarówno względy etyczne, jak i prawne zezwalają, w określonych sytuacjach, leczyć pacjenta psychiatrycznego bez jego zgody, w tym także hospitalizować go, ale jedynie wtedy, gdy ujawnia on objawy choroby psychicznej, a także spełnia dodatkowo warunki zagrożenia dla życia i zdrowia (swojego i innych). Zasada ta sformułowana jest jasno w Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego z 1994 r. i na pewno nie ma zastosowania wobec sprawców ujawniających zaburzenia preferencji seksualnych, a więc **zaburzeń nie osiagających głębokości i poziomu psychozy** (choroby psychicznej). Wątpliwość co do możliwości nieuwzględniania dobrowolności leczenia pogłębia zasada, zawarta w nowelizowanych przepisach kodeksu karnego, nakazująca obligatoryjne stosowanie omawianych środków zabezpieczających w przypadku **sprawców przestępstwa z art. 197 § 3 k.k.**, tj. zgwałcenia kwalifikowanego (popelnionego wobec małoletniego poniżej lat 15) lub popelnionego wobec wstępnego, zstępnego, przysposobionego,

przysposabiającego, brata lub siostry. W przewidzianych, przez wspomniany wyżej artykuł kodeksu, sytuacjach o obligatoryjności leczenia zdaje się decydować kwalifikacja prawna czynu, co jawi się jako rozwiązanie wręcz nieracjonalne, naruszające fundamenty etyki lekarskiej.

Z doświadczeń klinicznych wynika jasno, że **zgoda i akceptacja leczenia jest** zawsze, w przypadku każdej terapii, **okolicznością pożądaną**, sprzyjającą większej jej skuteczności i efektywności. W wypadku leczenia zaburzeń preferencji seksualnych sprawa jest nieco bardziej skomplikowana. Bardzo trudno uzyskać od sprawcy przestępstwa seksualnego autentyczną gotowość do poddania się terapii, wymagającą od niego uprzedniego uświadomienia sobie, że rzeczywiście jest człowiekiem ujawniającym omawiane zaburzenie, a dodatkowo naruszającym porządek prawny. Kontekst zakładu karnego i panujących w nim skrajnie negatywnych postaw wobec sprawców przestępstw seksualnych (popelnionych zwłaszcza w stosunku do dzieci) ograniczają dodatkowo tę gotowość. Stąd za możliwe do przyjęcia, z terapeutycznego punktu widzenia, jawi się rozwiązanie lub też praktyka, która **w pierwszej fazie psychoterapii nie wymagałaby** od uczestnika **bezwzględnej gotowości czy zgody**. Jej uzyskaniu poświęcony byłby pierwszy etap terapii i w zależności od uzyskanych efektów (uznanie problemu, akceptacja terapii itd.) leczenie byłoby kontynuowane lub nie. Zgoda taka jest konieczna, od samego początku, w przypadku leczenia farmakologicznego. Nie jest ono całkiem obojętne dla zdrowia, trudno więc wyobrazić sobie, aby znalazł się jakikolwiek lekarz, który podejmie się go wbrew woli i bez zgody leczonego. Takie są zresztą najczęściej stosowane światowe standardy postępowania [3, 4].

Podsumowując powyższą dyskusję, trzeba podkreślić, iż o podjęciu leczenia powinny decydować wyłącznie medyczne wskazania do terapii, a więc stan zdrowia sprawcy. W wypadku analizowanych przepisów kryterium stosowania omawianego środka zabezpieczającego może być kwalifikacja prawna czynu, a więc rodzaj przestępstwa. Jest to wyraz dominacji celu represyjnego i prewencyjnego nad leczniczym, co pozostaje w sprzeczności z istotą leczniczych środków zabezpieczających.

Odrębna grupa trudności w skutecznym realizowaniu nowych przepisów wynika z **braku** w Polsce wykwalifikowanych **kadr do pracy terapeutycznej** z ujawniającymi zaburzenia preferencji seksualnych sprawcami przestępstw przeciwko wolności seksualnej, a także **braku** jakichkolwiek **kompleksowych modeli leczenia i doświadczeń terapeutycznych** dotyczących tej grupy sprawców. Kadry i modele można oczywiście stworzyć, specjalistów wykształcić na przykład w holenderskich, niemieckich czy angielskich klinikach detencyjnych, wymaga to jednak czasu i środków finansowych. Mamy już natomiast przepisy dotyczące ogólnych warunków stosowania omawianych środków. Zawarte są one w rozporządzeniu ministra zdrowia z dnia 15 listopada 2010 roku w sprawie wykazu zakładów zamkniętych przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających orzeczonych wobec skazanych za przestępstwa skierowane przeciwko wolności seksualnej, a także ich wielkości i warunków zabezpieczenia (Dz. U. Nr 230, poz. 152). Rozporządzenie to stanowi, że leczenie tych sprawców odbywać się może jedynie w zamkniętych zakładach psychiatrycznych dysponujących warunkami wzmocnionego zabezpieczenia. Aktualnie powstały trzy takie oddziały. Nie można ich jednak uruchomić z powodu braku stosownej liczby pacjentów oraz

problemów kadrowych. Brak jest też bardziej wiarygodnych informacji dotyczących funkcjonowania przewidywanego w art. 95a k.k. leczenia ambulatoryjnego.

Ostatnia wątpliwość dotyczy tego, że wprowadzone **przepisy nie regulują kwestii dotyczących relacji między terapią w zakładzie karnym (art. 117 k.k.w.), w „zakładzie zamkniętym” a leczeniem ambulatoryjnym (art. 95a k.k.)**. Szkoda, bo była realna szansa na stworzenie szerszego, rozbudowanego systemu terapii, który rozpoczynałby się na terapeutycznym oddziale zakładu karnego, a następnie obejmował oddziaływanie w „zamkniętym zakładzie leczniczym”, aby na końcu przekształcić się w opiekę ambulatoryjną. Takie długie, kompleksowe leczenie pozwalałoby na stopniowe odchodzenie od warunków skrajnej izolacji, monitorowanie efektów leczenia w dłuższym czasie, wprowadzanie nowych form terapii, a także tworzenie systemu wsparcia i opieki w warunkach wolnościowych czy półwolnościowych. Można by w ten sposób zrealizować jeden z podstawowych postulatów społecznej psychiatrii sądowej dotyczący przechodzenia w trakcie długotrwałej terapii pacjentów detencyjnych od warunków skrajnej izolacji i kontroli do takiej formy leczenia, w której sami dobrowolnie akceptowaliby konieczność systematycznej opieki medycznej, z której mogliby korzystać w warunkach wolnościowych.

Przemoc seksualna to jedna z najpoważniejszych form patologii więzi międzyludzkich. Ściśle powiązana z przestępczością seksualną tzw. **napaść seksualna** definiowana jest jako działania przestępcze, w wyniku których ofiary są zmuszane lub angażowane do uczestnictwa w aktywności seksualnej; sprawca może stosować przemoc, jakkolwiek nie zawsze się jej dopuszcza [5]. Przestępstwa na tle seksualnym przybierają wielorakie formy, z których najpoważniejszymi, z uwagi na konsekwencje, są zabójstwa, gwałty oraz molestowanie osób małoletnich. W przypadku wielu nadużyć wobec dzieci sprawca może zdobyć zaufanie ofiary, nie używając siły fizycznej. Tzw. **klasykne przestępstwa seksualne to: zgwałcenie (art. 197 k.k.), obcowanie seksualne lub inna czynność seksualna z osobą bezradną lub pozbawioną zdolności do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania postępowaniem (art. 198 k.k.), wykorzystanie stosunku zależności lub krytycznego położenia do obcowania seksualnego lub czynności seksualnej (art. 199 k.k.), pedofilia (art. 200 k.k.), kazirodztwo (201 k.k.), czyny związane z pornografią i prostytutką (art. 202-205 k.k.)**. Należy podkreślić, że **kryteria i kwalifikacje prawne nie zawsze pokrywają się z kryteriami psychologicznymi, zwłaszcza motywacyjnymi**. Oznacza to na przykład, że zgwałcenie nie musi być motywowane seksualnie, że motywację seksualną można też przypisać innym, niż wymienione tu, czynom, np. zabójstwo na tle seksualnym. Motywacja seksualna nie musi też przesądzać o rozpoznaniu parafilii. Wspomniane na wstępie zmiany prawa objęły również **zaostwienie odpowiedzialności karnej za kwalifikowany gwałt (197 § 3 k.k.)** oraz wprowadzenie przestępstw nowego typu: w art. 200a k.k., § 1 i 2 – „**nagabywanie dzieci w celach seksualnych**”, oraz czyn określony w art. 200b k.k. – publiczne propagowanie lub pochwalanie zachowań o charakterze pedofilskim, tzw. „**dobra pedofilia**”. Praktyka wkrótce wykaże, w jakim stopniu nowo wprowadzone kategorie przestępstw staną się skutecznym elementem całego systemu zapobiegania przestępczości seksualnej [6].

## 2. Czy mamy w Polsce doświadczenie w leczeniu sprawców przestępstw seksualnych?

Nie stwierdzono, aby kara pozbawienia wolności znacząco wpływała na zmniejszenie ryzyka powrotu do zachowań dewiacyjnych, jeżeli nie towarzyszy jej specjalistyczna terapia oraz działania systemowe wobec sprawców po odbyciu wyroku. **W Polsce problematyka leczenia czy resocjalizacji skazanych za przestępstwa seksualne jest nową, rozwijającą się dziedziną oddziaływań terapeutycznych.** Populacja ta dotychczas nie była objęta usystematyzowanym, kompleksowym programem psychokorekcyjnym nakierowanym na zaburzenia w sferze popędu seksualnego. Brak jest także doniesień naukowych na ten temat. Jak wynika z opublikowanych artykułów, prace nad programem terapeutycznym dla przestępców seksualnych w Polsce podjęli jako jedni z pierwszych w 2003 r. R. Rutkowski i W. Sroka. Przystąpiono do jego realizacji w 2005 r. w Zakładzie Karnym w Rzeszowie [1, 2]. Program ten ma unikalny charakter, był i jest prowadzony z zachowaniem wszelkich standardów postępowania psychoterapeutycznego, np. superwizji i, co równie istotne, jest możliwy do realizacji w polskich warunkach. Warto więc przedstawić jego podstawowe założenia.

Oddziaływania w ramach wspomnianego poznawczo-behawioralnego programu terapeutycznego dla przestępców seksualnych nakierowane są na **wykształcenie społecznie akceptowanych sposobów radzenia sobie z popędem seksualnym i towarzyszącymi negatywnymi emocjami.** Wyuczenie kontroli zachowań, zaspokajania seksualnych i niesekualnych potrzeb w niedestrukcyjny oraz bardziej konstruktywny sposób ma na celu zmniejszenie ryzyka powrotu do przestępstwa po opuszczeniu zakładu karnego. Praca terapeutyczna koncentruje się na **demaskowaniu zniekształceń poznawczych, stereotypów i przekonań odnoszących się do sfery życia seksualnego.** Analizie poddaje się etapy procesu decyzyjnego prowadzące do zachowań przestępczych. **Uzyskanie świadomości cyklu dewiacyjnego ma umożliwić sprawcy wczesną interwencję i powstrzymanie się od zabronionych zachowań.** Nie oznacza to, że skorygowane zostaną zaburzenia preferencji seksualnych (parafilii przy dzisiejszym stanie nauki nie da się wyleczyć), ale osoba nie radząca sobie z popędem w sytuacji dostępu do potencjalnej ofiary będzie w stanie kontrolować własne zachowanie.

Uczestnikami programu realizowanego w Zakładzie Karnym w Rzeszowie mogą być jedynie **osoby identyfikujące się z problemem, wykazujące motywację do terapii, bez masywnych zaburzeń psychicznych, upośledzenia umysłowego, nie uzależnione od alkoholu lub narkotyków** (lub po odbyciu terapii odwykowej). Grupa terapeutyczna ma charakter zamknięty, jej liczebność nie przekracza 8 osób. Poznawczo-behawioralne oddziaływania psychoterapeutyczne w przeważającej części mają formę zajęć grupowych [1, 2].

Z relacji realizatorów omawianego programu wynika, iż w pracy z **przestępcami seksualnymi**, na których nałożony jest obowiązek leczenia się, często obserwowalne jest **pozorne zaangażowanie w proces zmiany.** Niejednokrotnie przyswajają oni wprowadzane przez terapeutów pojęcia, zdobywają umiejętność demaskowania zniekształconego myślenia u kolegów z grupy i akcentują potrzebę oraz pozytywne

efekty oddziaływań terapeutycznych, jakim są poddani, jednak, jak sugerują zebrane doświadczenia, często tego typu reakcje mają **charakter wyłącznie deklaracyjny**. Pamiętać należy, że **większość realizowanych zadań opiera się na autorelacji**, stąd też **ryzyko**, że uczestnik grupy będzie **manipulował informacjami w celu osiągnięcia indywidualnych korzyści**. Ten aspekt pracy w szczególności sposób akcentuje wagę, jaką ma motywacja sprawcy czynu przestępczego i poczucie potrzeby poddania się oddziaływaniom terapeutycznym. **W sytuacji, gdy zmuszony on jest do podjęcia leczenia, niezbędne jest zapewnienie mu możliwości jego kontynuacji, zwłaszcza po odbyciu kary i cyklu terapeutycznego w zakładzie karnym**. Wówczas praca, jaką wykonał w zakładzie karnym, stanowi istotny etap w kształtowaniu motywacji do poddania się oddziaływaniom psychoterapeutycznym w warunkach wolnościowych.

W myśl koncepcji, na których oparty jest zaprezentowany program, **wymagana jest kontynuacja oddziaływań terapeutycznych**. Poprzestanie na dziesięciomiesięcznym cyklu bez systematycznego utrwalania osiągniętych zmian oraz brak odpowiedniego systemu nadzoru i kontroli najprawdopodobniej będzie skutkowało stopniowym zmniejszaniem się efektywności i skuteczności wykonanej pracy. Taką kontynuację mogłyby zapewnić placówki świadczące pomoc w systemie zamkniętym i ambulatoryjnym, przewidywane w omawianym już art. 95 a k.k. Szkoda, że w nowych przepisach nie wykorzystano tej możliwości i nie stworzono szerszego, długoterminowego modelu terapii, który mógłby być rozpoczęty w zakładzie karnym, a zakończony w placówce ambulatoryjnej.

Bogate doświadczenia krajów, w których **system oddziaływań terapeutycznych** jest rozbudowany, wskazują, że jego **skuteczność rzadko przekracza 40%**. Badacze tego zjawiska donoszą, że **trwałość efektów leczenia istotnie wzrasta w sytuacji wprowadzenia do psychoterapii środków farmakologicznych** (leków antyandrogenowych, np. cyproteronu (Androcur), medroksyprogesteronu (Depo–prowera), leków antydepresyjnych zwłaszcza z grupy SSRI np. fluoksetyny, leków przeciwłękowych, przeciwdrgawkowych) **wspomagających jej proces**. Raz jeszcze trzeba podkreślić, że leczenie sprawców przestępstw seksualnych powinno być realizowane kompleksowo. Oznacza to, że w programie terapii należy uwzględnić zarówno leczenie farmakologiczne, jak i oddziaływania psychoterapeutyczne – grupowe i indywidualne. Nie można także zapomnieć o psychoedukacji, która, zwłaszcza w pierwszym okresie terapii, sprzyjać będzie kształtowaniu się pozytywnej, autentycznej motywacji do leczenia. Program musi mieć jasno określone cele i etapy. Te ostatnie uwzględniać muszą stopień uzyskanej poprawy, w zależności od której odchodzić będzie można od warunków skrajnej izolacji i zabezpieczenia do bardziej „wolnościowych” form oddziaływań, opierających się na instytucjach ambulatoryjnych, funkcjonujących poza strukturą zakładów karnych czy też zamkniętych oddziałów szpitali psychiatrycznych [1, 2, 3, 4].

### 3. Zadania biegłego psychologa w opiniowaniu o tzw. przestępstwach seksualnych

Sytuacja opiniowania, zgodnie z artykułami 202 k.p.k. oraz 93–94 k.k., o poczytalności sprawcy czynu zabronionego, ewentualnych zaburzeniach jego preferencji seksualnych i zasadności stosowania środków leczniczo-zabezpieczających jest do-



skonałym przykładem na przeobrażenia, jakim podlega, czy też podlegać powinien, proces wypowiedania się biegłych o stanie psychicznym sprawcy w czasie czynu. Na dobrą sprawę, brak jest alternatywy i uzasadnienia dla innego rozwiązania niż wydawanie wspólnej, kompleksowej, interdyscyplinarnej ekspertyzy przez zespół co najmniej czterech biegłych: dwóch lekarzy psychiatrów, psychologa i lekarza seksuologa. Można się zastanawiać, dlaczego wskazany został w zmodyfikowanym przepisie art. 202 k.p.k. lekarz seksuolog, a nie ogólnie seksuolog (mógłby być nim wtedy np. psycholog-seksuolog). Zapewne o takiej redakcji wspomnianego przepisu zdecydowała konieczność podjęcia ewentualnego leczenia farmakologicznego sprawcy ujawniającego zaburzenia preferencji seksualnych. Uznano, że zalecać takie leczenie może tylko lekarz seksuolog, chociaż trudno też zaprzeczyć, że psychiatra, a więc stały członek zespołu, posiada z zasady wymagane tu kompetencje. Wypracowanie wspólnej opinii przez zespół biegłych reprezentujących trzy różne dyscypliny naukowe to wariant oparty na teoretycznej możliwości wydawania tzw. opinii kompleksowych (kombinowanych, mieszanych). Określane są one jako całokształt czynności dokonanych w sprawie przez biegłych różnych specjalności w celu opracowania powierzonego im do wspólnego rozstrzygnięcia zagadnienia; chodzi więc zarówno o przeprowadzenie przez nich badania, jak i wydanie opinii.

Opiniowanie sądowe w sprawach o przestępstwa na tle seksualnym stawia przed biegłym psychologiem nowe zadania, wykraczające poza ramy tradycyjnej współpracy psychiatryczno-psychologicznej w sytuacji, gdy głównym przedmiotem ekspertyzy jest stan psychiczny sprawcy w czasie popełnienia czynu zabronionego, określający stopień jego poczytalności. Doświadczenia ostatnich lat, znajdujące coraz szersze odbicie w opracowaniach naukowych, pozwalają przyjąć, że przedmiotem opinii psychologicznej jest nie tylko **osobowość sprawcy** oraz sprawność jego sfery poznawczo-orientacyjnej, lecz również **wybrane właściwości procesów motywacyjnych**, określające i determinujące zachowanie przestępcze. Opinia sądowo-psychologiczna powinna więc uwzględniać, z jednej strony, osobowościowe i sytuacyjne tło motywacyjne, wskazując te zmienne, które usposabiają czy predysponują do określonego przestępstwa lub też odegrały znaczącą rolę w etiologii inkryminowanego zachowania. Z drugiej strony, badanie sądowo-psychologiczne i sporządzona ekspertyza powinny dotyczyć **wybranych właściwości i mechanizmów procesu motywacyjnego** przez wskazanie **motywu głównego, określenie kierunku, nasilenia, poziomu regulacji czynności przestępnych**, uruchamianych przez sprawcę mechanizmów obronnych i, w końcu, **stopnia samokontroli**. Szczególnie ważna wydaje się przy tym diagnoza samokontroli zachowania, rozumiana najczęściej jako umiejętność działania racjonalnego, opanowywania stanów emocjonalnych wywołanych frustracją, unikania lub omijania przeszkód oraz zmniejszania prawdopodobieństwa wystąpienia stanów frustracji przez stawianie sobie wyraźnych celów i stosowanie optymalnych środków ich realizacji. Zadania i **cele opiniowania psychologicznego w przestępstwach seksualnych** zmierzają, najogólniej biorąc, do **opisu struktury czynników ryzyka przemocy** stanowiących tło klinicznego rozpoznania oraz, zgodnie z tym, o czym wspomniano powyżej, do **diagnozy procesów motywacyjnych**, leżących u podstaw zarzucanych badanemu czynów. Psychologiczna diagnoza sądowa powinna też uwzględniać konieczność **współpracy** z innymi biegłymi

w zakresie **kompleksowego opiniowania o poczytalności i zasadności stosowania środków zabezpieczających**. Nie może w związku z tym nie dotyczyć **zasadności** podjęcia ewentualnych **oddziaływań terapeutycznych** [6].

Niemal wszystkie współczesne koncepcje seksuologiczne uwzględniają w genezie składających się na przestępczość seksualną czynów, czy zaburzeń, nie tylko ich biologiczny charakter, lecz również szerokie społeczne i kulturowe uwarunkowania oraz rolę zaburzonego rozwoju osobowości [7, 8, 9]. Rozważenie genezy i mechanizmów powstawania zaburzeń psychoseksualnych pozwala ustalić ich wieloczynnikowy charakter. W związku z tym wchodzący w skład zespołu biegłych **psycholog powinien uwzględnić także potrzeby i oczekiwania, jakie mieć będzie w stosunku do niego opiniujący seksuolog**. Szczególnej wagi nabiera przy tym precyzyjnie przeprowadzona **diagnoza osobowości**, uwzględniająca zarówno jej funkcjonujące mechanizmy, zaburzenia w realizowaniu integracyjnych, adaptacyjnych zadań, jak i szczegółową, rozwojową analizę kształtowania się aktualnych zmiennych psychologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem historii procesów socjalizacji, różnego rodzaju traumatycznych doświadczeń oraz wzorca przywiązania w historycznie ujętych relacjach z osobami bliskimi. Obraz świata i własnej osoby, system postaw i potrzeb opiniowanego, stopień jego pobudliwości emocjonalnej, wrogości i nieufności wobec otoczenia społecznego, czy też brak poczucia własnej tożsamości uruchamiający potrzebę samopotwierdzenia, stanowią tylko przykłady tych zmiennych osobowościowych, o których wiedza może być przydatna dla opiniującego seksuologa. Nie ulega bowiem wątpliwości, że stwierdzona u sprawcy w okresie poprzedzającym czyn **frustracja bądź deprywacja potrzeby akceptacji, dominacji, znaczenia czy wyróżnienia może mieć istotny wpływ na ostateczną opinię seksuologiczną** o braku lub też występowaniu u badanego zaburzeń psychoseksualnych, potwierdzać czy też podawać w wątpliwość występowanie u niego parafilii i stanowić istotną przesłankę prognostyczną i terapeutyczną [10, 11]. W opiniowaniu psychologicznym w sprawach o przestępstwa seksualne należy również uwzględnić te zmienne bądź cechy charakterologiczno-osobowościowe, które sprzyjać mogą przestępczym zachowaniom sprawcy. Wymienić tu można nie tylko **psychopatyczne zaburzenia osobowości**, lecz także **wysoki poziom introwersji**, który utrudnia, czy nawet uniemożliwia, prawidłowe nawiązywanie kontaktów interpersonalnych, w tym zwłaszcza seksualnych, **wysoki poziom agresywności**, a zwłaszcza głębiej ukrytej i tłumionej **wrogości**, chroniczną **frustrację, potrzebę znaczenia czy dominacji** lub też skłonności do uruchamiania kompensacyjnych albo hiperkompensacyjnych mechanizmów obronnych. Szczególnej wagi nabiera w sprawach tego typu odpowiedź na pytanie o przypadkowy, czy też ściśle związany ze strukturą i bardziej stałymi mechanizmami osobowościowymi, charakter zarzucanego sprawcy czynu. Stanowi to zawsze bardzo istotną przesłankę prognostyczną, zwłaszcza w sprawach o przestępstwa na tle seksualnym [6]. Zagadnienie to wymaga szczególnie dokładnego rozważenia. Opinia sądowo-psychologiczna w sprawach o przestępstwa na tle seksualnym ma z jednej strony charakter badania pomocniczego, dostarczającego psychiatrze istotnych przesłanek do wnioskowania o stopniu poczytalności sprawcy, a biegłemu seksuologowi – takich informacji o strukturze osobowości badanego i manifestowanych przez niego zaburzeniach adaptacyjnych, które ułatwiają mu postawienie

rozpoznania seksuologicznego. Z drugiej strony, adresatem ekspertyzy psychologicznej jest właściwy organ wymiaru sprawiedliwości, poszukujący wszelkich informacji mogących ułatwić mu rozstrzygnięcie tych kwestii, które bezpośrednio określają stopień winy oskarżonego i pomagają w wymierzeniu adekwatnej kary. W takiej sytuacji badanie psychologiczne i sporządzona opinia przekraczają niewątpliwie ramy badania dodatkowego, stając się odrębnym dowodem. Podkreślić przy tym należy, że badanie sędowo-psychologiczne w sprawach o przestępstwa na tle seksualnym jest postępowaniem diagnostycznym, wymagającym od biegłego współpracy z pozostałymi członkami zespołu, znajomości reprezentowanych przez nich gałęzi wiedzy, ich kompetencji i możliwości, a zwłaszcza znajomości aktualnej literatury naukowej. Ten ostatni postulat dotyczy w szczególności wiedzy seksuologicznej, której znajomość wśród psychologów często wydaje się niewystarczająca.

Na zakończenie warto dodać, że pomimo szerokiego zakresu form, jakie przybiera przestępczość na tle seksualnym, badacze zdołali wyodrębnić **specyficzny – wspólny dla większości sprawców – wzorzec zachowań poprzedzających napaść na ofiarę oraz występujących po dokonaniu ataku**. Tę szczególną sekwencję działań napastnika oraz towarzyszących im zarówno świadomych, jak i nieświadomych reakcji określa się mianem *cyklu dewiacyjnego* [1, 2, 12]. **Cykl dewiacyjny** to proces rozpoczynający się zazwyczaj **negatywnym stanem emocjonalnym** (nuda, frustracja, poczucie osamotnienia, krzywdy, złość, wrogość itp.), współwystępującym z dewiacyjnym wzorcem podniecania się. **Redukcja napięcia** osiągnięta jest poprzez zachowania masturbacyjne o charakterze kompulsywnym, którym towarzyszą rozbudowane – mające tendencję do eskalacji – fantazje erotyczne. Sprawca, kierując się rozmyślnym zamiarem lub podejmując pozornie nieważne decyzje, uzyskuje dostęp do ofiary, czemu towarzyszy stopniowy wzrost podniecenia seksualnego. Ryzyko uruchomienia zachowań dewiacyjnych wzrasta w przypadku stosowania **środków psychoaktywnych** lub wystąpienia **czynników stresogennych** w innych sferach jego życia (rozpad związku, brak pracy, śmierć bliskiej osoby, choroba). Badania wskazują, że sprawcy często prowadzą pewnego rodzaju **wewnętrzny dialog**, który podtrzymuje negatywne stany emocjonalne. Osoba taka nierzadko jest nieświadoma znaczenia myśli automatycznych, przeceniając wpływ czynników sytuacyjnych prowadzących do nadużycia. Rozluźnienie zapór moralnych może doprowadzić do erotycznych fantazji o konkretnej ofierze oraz planowania scenariusza ich realizacji. Stosując zróżnicowane metody (od manipulacji po przemoc fizyczną) napastnik wprowadza w życie powzięty zamiar. W zależności od rodzaju popełnionego przestępstwa sprawca podejmuje rozmaite działania mające na celu **zapewnienie mu anonimowości** (wyrażanie skruchy, przekupstwo, groźby, szantaż, zabójstwo). Aktywność ta nierzadko motywowana jest subiektywnym poczuciem dyskomfortu (strachem przed konsekwencjami, lękiem, poczuciem winy, wstydu itp.). Negatywny stan emocjonalny może uruchamiać strategię radzenia sobie ze stresem poprzez kreowanie nowych fantazji erotycznych będących początkiem kolejnego cyklu dewiacyjnego. **Cykl dewiacyjny to szczegółowy opis procesu motywacyjnego sprawy przestępstwa seksualnego** i w związku z tym winien być uwzględniony w opinii sędowo-psychologicznej [1, 2, 12, 13].

### Podsumowanie i wnioski

Komentując zmiany, które w ostatnim czasie wprowadzono do ustaw karnych, mające na celu kompleksowe rozwiązywanie problemu przemyśle seksualnej poprzez stworzenie spójnego, systemowego modelu zabezpieczeń i oddziaływań profilaktyczno-terapeutycznych, trudno abstrahować od szerszego, społeczno-politycznego kontekstu całego legislacyjnego przedsięwzięcia. I tak, należy uznać, iż dotychczasowe rozwiązania prawnokarne, zwłaszcza w zakresie tzw. środków zabezpieczających, były mało skuteczne w przeciwdziałaniu przestępczości seksualnej. Nie można też abstrahować od dominujących postaw społecznych wobec przestępców seksualnych – nikłej wiedzy o takiej przestępczości, skrajnych emocjach, jakie wywołują drastyczne przypadki, oraz ich roli w inicjowaniu szerokich aktywności polityków i podejmowaniu przez nich pospiesznych inicjatyw ustawodawczych, a także, na koniec, powszechnej potrzeby odwetu („kastacja” jako kara). Wszystkie powyższe okoliczności nie sprzyjały, niestety, rzetelnej i fachowej dyskusji na temat przeciwdziałania tzw. przestępczości seksualnej. Nie sprzyjał jej też emocjonalny, manipulacyjny charakter przedstawiania swoich racji i pomysłów przez polityków, brak motywacji do autentycznej dyskusji nad zmianą prawa czy też lekceważenie potrzeby korzystania z szerszej pomocy ekspertów oraz wykorzystywania doświadczeń innych krajów w systemowym rozwiązywaniu problemów przemocy seksualnej.

Najogólniej biorąc, omówione w niniejszym opracowaniu rozwiązania prawne idą jednak w dobrym kierunku, stwarzają warunki do systemowych i kompleksowych rozwiązań w kwestii przestępczości seksualnej, a w każdym razie nie blokują takich możliwości. Jak starano się wykazać, są one mało spójne, niepełne i nie zawsze konsekwentne. Ich realizacja jest trudna z uwagi na bardzo wąskie kryteria decydujące o podjęciu terapii, przyjęcie kryteriów prawnych kwalifikujących do niej, wąskie ujęcie celów psychoterapii, niejasne problemy z przymusowym charakterem terapii („przymus, ale nie na siłę”). Brak też w naszym kraju kompleksowych modeli leczenia i doświadczeń terapeutycznych (np. mało precyzyjne rozgraniczenie pomiędzy terapią w zakładzie karnym, „zakładzie zamkniętym” a leczeniem ambulatoryjnym). Nie ma też kwalifikowanych kadr do pracy terapeutycznej, jest za to konieczność poniesienia znacznych nakładów finansowych.

Trzeba jednak przyznać, że stworzono podstawowe warunki do rozwiązań kompleksowych, tj. do kontynuowania leczenia po opuszczeniu zakładu karnego, stosowania nie tylko psychoterapii, lecz także leczenia farmakologicznego czy też rozbudowania systemu profilaktyki i prewencji (np. poprzez wyróżnienie nowych typów przestępstw). Mimo prób eksponowania szczególnej roli leczenia farmakologicznego (nieszczęsna „chemiczna kastacja”), nowe rozwiązania sprzyjają podejściu systemowemu i interdyscyplinarnemu, co zwiększa skuteczność leczenia i minimalizuje ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa. Nie ma więc prostej i jednoznacznej odpowiedzi na problem zasygnalizowany w pierwszej części opracowania – nowelizacja ustaw karnych stwarza bowiem, z jednej strony, nowe możliwości terapeutyczne, z drugiej jest także niewykorzystaną szansą na wprowadzenie w Polsce nowoczesnego, kompleksowego modelu postępowania ze sprawcami tzw. przestępstw seksualnych.

Sposób, w jaki doszło do zmiany prawa, jest także dobrą ilustracją pewnych sprzeczności pomiędzy perspektywą polityków, oczekujących natychmiastowych efektów swoich inicjatyw ustawodawczych, a realnymi możliwościami rozwiązania problemu. Nie ma jednak powodu, aby środowisko sądowych psychiatrów, seksuologów czy psychologów obrażało się na polityków i styl, w jakim realizują swoje zadania. Korzystniej byłoby podjąć próbę sformułowania strategii oraz zasad komunikowania się i wykorzystania polityków oraz mediów w celu dalszego rozwijania metod i środków służących skutecznemu rozwiązywaniu problemów związanych z przemocą seksualną.

#### **Замечания судебного психолога на тему новых юридических регуляций о т.н. сексуальных преступлениях**

##### **Содержание**

В статье представлены комментарии с позиции судебного эксперта – психолога о изменениях, которые произошли в последнее время в правовых законах. К таким изменениям относятся комплексное решение проблемы т.н. сексуальной преступности, а прежде всего лечения преступников. Новые юридические взгляды, обобщая, идут в правильном направлении, поскольку дают возможность создания условий для систематичных и комплексных решений в вопросах сексуальной преступности, а во всяком случае не блокируют такие возможности. Однако, они не особенно слитные, неполные и не всегда консеквентны. Их практическая реализация трудная ввиду на очень узкие критерии, квалифицирующие для начала лечения. Принятие правовых критерий квалификации для предпятия лечения с недостаточностью понимания цели психотерапии, а также неясные основы применения принудительного лечения. В нашей стране отсутствуют комплексные модели лечения и терапевтических опытов. Недостаточно четко определены также взаимоотношения между терапией в тюремном заключении и терапией в „закрытом учреждении”, или же при амбулаторном лечении. Отсутствуют также квалифицированные кадры для такой работы с терапевтической точки зрения. С другой стороны, организованы основные условия для комплексных решений, т.е. для продолжения лечения после освобождения их заключения, применения не только фармакологического лечения, а также и психотерапии, или же организации системы профилактики и превенции. Несмотря на пробы указания особенной роли фармакологического лечения („химическая кастрация”) новые взгляды способствуют комплексному и интердисциплинарному подходу. В статье обсуждены также актуальные польские опыты в терапии правонарушителей сексуальных преступлений, а также основы судебно-психологической экспертизы в обсуждаемой группе вопросов с аназом обеих проблем на фоне новых правовых регуляций.

#### **Anmerkungen eines forensischen Psychologen über neue Rechtsregulierungen in der Sache der Sexualdelikten**

##### **Zusammenfassung**

Der Artikel ist ein Kommentar des forensischen Psychologen zu Veränderungen, die in der letzten Zeit in die Gesetze eingeführt wurden, und die zum Ziel eine komplexe Problemlösung der sog. Sexualdelinquenz haben, darunter auch die Behandlung der Straftäter. Neue rechtliche Lösungen, allgemein gesagt, gehen in eine gute Richtung, sie entwickeln nämlich die Bedingungen für Systemlösungen und komplexe Lösungen in Fragen der Sexualdelinquenz. Jedenfalls sperren sie eine solche Möglichkeit nicht. Sie sind aber wenig kohärent, nicht voll und nicht immer konsequent. Ihre praktische Abwicklung ist schwer, denn die Kriterien zur Qualifizierung für eine Therapie sind sehr eng. Die Annahme der rechtlichen Kriterien, die für sie qualifizieren, enger Gesichtspunkt der Ziele

der Psychotherapie, nicht klare Grundsätze für Zwangstherapie. Es mangelt auch bei uns im Inland an komplexe Modelle der Behandlung und therapeutischer Erfahrungen. Wenig präzise wurden auch die Beziehungen zwischen der Therapie in einer Strafanstalt und Therapie in einer „geschlossenen Anstalt“ oder in ambulanter Behandlung bestimmt. Es gibt auch wenige Fachärzte für diese therapeutische Arbeit. Andererseits wurden die Grundbedingungen für komplexe Lösungen entwickelt, dh. zur Fortsetzung der Behandlung nach der Entlassung aus einer Strafanstalt, Anwendung nicht nur einer pharmakologischen Behandlung, sondern auch der Psychotherapie oder Bildung eines Prophylaxe und Vorbeugung – Systems. Trotz den Versuchen, eine besondere Rolle der pharmakologischen Behandlung hervorzuheben („chemische Kastration“), neigen die neuen Lösungen zu einer komplexen und interdisziplinären Einstellung. In der Arbeit wurden auch die aktuellen polnischen Lösungen bei der Therapie der Sexualstraftäter und die Grundsätze der forensisch – psychologischen Begutachtung in der besprochenen Gruppe der Sachen besprochen und die beiden Probleme im Hinblick auf die neuen Rechtsregulierungen analysiert.

### **Quelques remarques du psychologue légal concernant les nouvelles régulations parlant des crimes sexuels**

#### **Résumé**

Cet article commente, de la perspective d'un psychologue légal, les changements récents concernant les régulations parlant des crimes sexuels et surtout du traitement des auteurs des crimes sexuels. En général ces régulations vont dans la bonne direction car elles facilitent les solutions complexes des problèmes liés avec les crimes sexuels. Pourtant parfois elles sont incomplètes et inconsistantes. Leur implémentation pratique est difficile à cause des critères très restreints de qualifier à la thérapie, critères psychologiques et aussi légaux très exigeant, objectifs thérapeutiques restreints, principes de la thérapie obligatoire peu clairs. De plus en Pologne il manque des modèles thérapeutiques complexes et on a peu d'expérience thérapeutique en question. Les relations entre la thérapie en prison et la thérapie ambulatoire sont aussi peu définies. Les cadres des spécialistes en question sont aussi peu nombreux. D'autre part on a créé des conditions à continuer la thérapie après la prison, non seulement la pharmacothérapie mais aussi la psychothérapie, on a facilité la création du système de la prophylaxie et de la prévention. Bien que l'on insiste sur le rôle spécial de la pharmacothérapie (« la castration chimique ») les nouvelles régulations favorisent l'approche complexe et interdisciplinaire. Ce travail décrit aussi les expériences polonaises actuelles concernant la thérapie des auteurs des crimes sexuels ainsi qu'il présente les principes des expertises des psychologues légaux en analysant ces deux problèmes dans la perspective de ces nouvelles régulations.

#### **Piśmiennictwo**

1. Rutkowski R, Sroka W. *Sprawcy przestępstw seksualnych – oddziaływania terapeutyczne w okresie odbywania kary pozbawienia wolności*. Dziecko Krzywdz. 2007; 1 (18): 27–34.
2. Rutkowski R, Sroka W. *Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie kary pozbawienia wolności*. Seksuol. Pol. 2007; 5, 1: 1–8.
3. Morawska A. *Strategie postępowania ze sprawcami przestępstw seksualnych wobec dzieci na przykładzie wybranych krajów*. Dziecko Krzywdz. 2004; 7: 7–20.
4. Mlicka E. *Holenderska polityka społeczno-zdrowotna i prawna wobec sprawców seksualnego wykorzystania*. Dziecko Krzywdz. 2004; 7: 26–39.
5. Douglas JE, Burgess AW, Burgess AG, Ressler RK. *Crime classification manual: a standard system for investigating and classifying violent crimes*. 1997, s. 193.
6. Gierowski JK. *Psychologiczna ocena sprawcy czynu zabronionego. Opiniowanie sądowo-psychologiczne w sprawach o przestępstwa na tle seksualnym*. W: Gierowski JK, Jaśkiewicz-Obydzińska T, Najda M, red. *Psychologia w postępowaniu karnym*. Warszawa: Lewis Nexis 2010; 429–464.

7. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
8. Pospiszył K. *Przestępstwa seksualne*. Warszawa: PWN; 2005.
9. Beisert M. *W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka*. W: Beisert M, red. *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Warszawa: PWN; 2006.
10. Rabe-Jabłońska J. *Zaburzenia seksualne i zaburzenia identyfikacji płciowej*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Robakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*, tom. 2. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002, s. 555–570.
11. Kafka M. *Zaburzenia o charakterze parafilijnym. Nieparafilijna nadaktywność seksualna oraz seksualna kompulsja (nalóg)*. W: Leiblum S, Rosen R, red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: GWP; 2005.
12. Salter A. *Pokonywanie traumy*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina; 2003.
13. Salter A. *Drapieżcy. Pedofile, gwałciciele i inni przestępcy seksualni*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina; 2005.

*Praca zamówiona przez redakcję*

Adres: Katedra Psychiatrii UJ CM  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21 A

*Już wkrótce*

# Psychiatria Polska

NR 2–2012

W następnym zeszycie *Psychiatrii Polskiej* znajdą Państwo między innymi następujące artykuły:

- *Aktualny poziom objawów stresu potraumatycznego w próbie osób, które w dzieciństwie przeżyły II wojnę światową*  
Autorzy: Maja Lis-Turlejska i wsp.
- *Niepokojące zachowania dzieci w ocenie krakowskich nauczycieli przedszkolnych*  
Autorzy: Maciej Pilecki i wsp.
- *Zastosowanie antagonisty receptorów NMDA (N-metylo-D-asparagianu) – ketaminy w leczeniu depresji lekoopornej*  
Autorzy: Paweł Gosek i wsp.
- *Bateria testów MATRICS – standard oceny funkcji poznawczych w badaniach klinicznych schizofrenii*  
Autorzy: Małgorzata Jędrasik-Styla i wsp.

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

## Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14  
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67