

TRZEBA TEŻ PAMIĘTAĆ, BY OSOBY PRACUJĄCE ZE SPRAWCAMI SAME MIAŁY WSPARCIE SUPERWIZORA. CHODZI O TO, ŻEBY NIE DAĆ SIĘ ZMANIPULOWAĆ, ŻEBY ZE ŚCIEŻKI ROZUMIENIA NIE PRZEJŚĆ NA ŚCIEŻKĘ USPRAWIADLIWIENIA SPRAWCY.

for. Piotr Jastozek

Pedofilia: między kontrolą a wyleczeniem

O przyczynach pedofilii i sposobach jej leczenia rozmawiamy z prof. dr hab. Marią Beisert, wiceprezesem Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego

PspD: Według statystyk Komendy Głównej Policji liczba dzieci wykorzystywanych seksualnie w ostatnich latach utrzymuje się na tym samym poziomie – ok. 5 tys. Czy to znaczy, że pedofilów jest mniej, czy że jako społeczeństwo jesteśmy bardziej świadomi i staramy się chronić nasze dzieci?

PROF. MARIA BEISERT: Liczba osób z zaburzeniami preferencji seksualnych, w tym pedofilów, raczej się nie zmienia. Natomiast w ostatnich latach zmieniło się postrzeganie wykorzystywania seksualnego dzieci przez osoby dorosłe. Jako społeczeństwo jesteśmy bardziej świadomi. Także seksuolodzy zaczęli zajmować się

CZTERY KROKI PSYCHOTERAPII OSOBY, KTÓRA PRZYNAJE, ŻE JEST PEDOFIEM

1. Wstęp, czyli diagnoza.
2. Kontrakt, w którym zapisano decyzję o abstynencji i przyznanie się do czynu.
3. Właściwa terapia, czyli czas na przepracowanie życiorysu sprawcy i spowodowanie, by dostrzegł zjawiska oraz czynniki, które mogły mieć wpływ na jego późniejsze czyny. W trakcie terapii dokonuje się także, w ramach tzw. analizy scenariuszy czynu, zmiana schematu myślenia i zachowania seksualnego sprawcy. Jest to między innymi praca nad zniekształceniami poznawczymi, a także praca nad rozwinięciem umiejętności społecznych, psychologicznych, których sprawcy brakuje.
Po zakończeniu terapii trzeba koniecznie zweryfikować, czy dała ona rezultaty. Dopiero wtedy można przejść do wyrównania krzywd. Oznacza to, że sprawca rozumie, co zrobił i dlaczego poniósł karę więzienia. Przyjmuje ją i myśli nad rekompensatą społeczną.
4. Zapobiegania nawrotom. Sprawca uczy się rozpoznać niepokojące sygnały, które mogą prowadzić do kolejnych czynów pedofilnych i uczy się na nie odpowiednio reagować.

PSYCHOTERAPIA OSOBY, KTÓRA W SWYCH CZYNACH NIE WIDZI NIC ZŁEGO I NIE PRZYNAJE SIĘ DO WINY

Prowadzi się terapię opartą na modelu dobrego życia, co oznacza, że terapia pozbawiona jest elementu konfrontacji. W tej sytuacji nie zmuszamy sprawcy do przyznania się do winy. Działamy niejako obok tego. Zadaniem psychoterapeuty jest wypracowanie ze sprawcą umiejętności społecznych, które pozwolą mu wrócić do społeczeństwa i nie być dla niego zagrożeniem. Ten rodzaj terapii jest bardzo trudny i niestety rzadko daje pożądane efekty. Ale zawsze trzeba próbować.

pedofilią jako chorobą. Poza tym ustawodawca wreszcie zmienił przepisy prawne dotyczące ochrony nieletnich i przymusowego leczenia przestępców seksualnych, których czyny dotyczyły dzieci.

PspD: Bardzo często pedofilami nazywa się osoby, które nimi nie są, choć dopuściły się przestępstwa seksualnego wobec dziecka.

M.B.: Tak. Należy rozróżnić pedofilów preferencyjnych od osób, które nie są pedofilami preferencyjnymi, a wykorzystywały dziecko z innych powodów, na przykład z powodu braku dostępu do osoby dorosłej.

PspD: Kiedy mówimy o pedofilii preferencyjnej?

M.B.: Jest to choroba, która znajduje się w spisie chorób ICD-10 i ma kod F65.4. Jest to choroba przewlekła, nie da się jej wyleczyć, można ją jedynie dobrze kontrolować. Pedofil preferencyjny na partnera seksualnego zawsze wybierze dziecko. Osoba dorosła nie jest dla niego seksualnie atrakcyjna. Szacunki zagraniczne wskazują, że pedofile preferencyjni stanowią ok. 30-50 proc. dorosłych, którzy seksualnie wykorzystują dzieci. Ofiar takiej osoby może być nawet kilkaset. Należy jednak zaznaczyć, że ktoś może mieć zaburzenia preferencji seksualnych, być pedofilem, ale nigdy nie popełni przestępstwa.

PspD: A pozostali sprawcy?

M.B.: Są to głównie mężczyźni (choć zdarzają się także kobiety) preferujący seks z dojrzałą osobą, ale z różnych

powodów podejmujący zachowania seksualne z dzieckiem. Bardzo często do takich sytuacji dochodzi, gdy dorosły jest pod wpływem alkoholu.

PspD: Jaka jest przyczyna pedofilii?

M.B.: Są dwie grupy koncepcji dotyczące genezy tego zaburzenia: biologiczne (medyczne) i środowiskowe. Pierwsze mówią o tym, że za takie zachowania seksualne odpowiedzialne są trwałe zmiany w strukturze i funkcjonowaniu mózgu – największe znaczenie ma uszkodzenie płata skroniowego i czołowego. Z badań, które prowadziłam, wynika, że te uszkodzenia mózgu zaburzają myślenie abstrakcyjne, planowanie działania, adekwatne spostrzeganie sytuacji społecznych. Istnieją też badania, które wskazują, że za pedofilię odpowiedzialne są zaburzenia hormonalne lub zmiany poziomu neuroprzekazników dopaminy i serotoniny. Ich nadmiar lub niedobór powoduje, że pedofil ma trudności z kontrolą impulsów, dąży do zaspokojenia swoich potrzeb bez względu na konsekwencje. Zachowuje się podobnie jak osoba uzależniona.

PspD: Czy muszą zaistnieć zarówno czynniki środowiskowe, jak i biologiczne, by rozwinęła się pedofilia preferencyjna?

M.B.: Uważam, że integracja tych czynników jest kluczowa. Duże znaczenie mają wczesne relacje z rodzicami, zwłaszcza z matką. Kształtują one w sposób specyficzny kompetencje społeczne, np. umiejętność radzenia sobie ze stresem, empatię, zdolność do nawiązywania relacji intymnych. Badania udowodniły, że sprawcy pedofilii niekoniecznie są pozbawieni takich kompetencji jak empatia. Przeciwnie, zdarza się, że dobrze rozwinięli jedną z jej postaci, zwaną

ŚRODKI FARMAKOLOGICZNE STOSOWANE W POLSCE W LECZENIU PEDOFILII

Leki blokujące receptory testosteronu

Leki obniżające poziom testosteronu

Leki przeciwdepresyjne z grupy SSRI obniżające popęd seksualny

osobistą przykrością. Jeśli sprawca widzi, że komuś wyrządzana jest krzywda, albo sam jest jej przyczyną, to nie myśli o ofierze, ale przywołuje własne wspomnienia – sytuacje, kiedy jako dziecko doznał przykrości. W badaniach wyodrębniłam grupę pedofilów, którzy mieli bardzo wysoko rozwiniętą asertywność – byli nastawieni na bezwzględne zaspokajanie własnych potrzeb. U pedofilów bardzo słabo jest też rozwinięta umiejętność przyjmowania cudzej perspektywy.

PspD: Jak powinna przebiegać diagnoza osoby, wobec której istnieje podejrzenie, że jest pedofilem?

M.B.: Powiem o sytuacji, w której to sąd zgłasza się do biegłego, bo to typowe. Biegłym najczęściej jest lekarz seksuolog, rzadziej psychiatra. Ale ja jestem za tym, by diagnozę opracowywał zespół składający się przynajmniej z dwóch specjalistów: lekarza seksuologa i psychologa seksuologa. Bardzo ważna jest dyskusja oraz szersze spojrzenie na osobę badaną. Najpierw trzeba ustalić, czy przejawia ona jakieś zaburzenia zachowań seksualnych. Jeśli tak, to jakie. Następnie, czy mamy do czynienia z pedofilem preferencyjnym, czy nie. Niestety, nie ma jednoznacznie określonych sposobów badania, nie ma testów psychologicznych dotyczących pedofilii. Biegli mogą wykonać badanie kliniczne, testy psychologiczne dobrane do sytuacji konkretnej osoby, badanie fizykalne. Warto też pamiętać, że jeśli sprawca wykorzystuje własne dzieci, trzeba zbadać także system rodzinny, w którym on funkcjonuje. Duże znaczenie w postawieniu diagnozy ma w tym przypadku badanie partnerki sprawcy. Całość diagnozy poprzedza oczywiście dobra analiza akt sądowych, bo tam znajduje się dużo informacji pomagających w diagnozie.

PspD: William Marschall, amerykański psychiatra, ekspert w dziedzinie diagnostyki i terapii pedofilów, mówi także o badaniu fallopletyzmozografem.

M.B.: Dzięki temu urządzeniu można sprawdzić, na jakie treści erotyczne pobudza się badana osoba – czy są to np. treści przedstawiające dzieci, czy dorosłych. William Marschall uważa, że to badanie powinno być standardowe w przypadku podejrzenia pedofilii. W Polsce dostęp do badań fallopletyzmozografem jest ograniczony. Poza tym sprawcy mogą to urządzenie dość skutecznie oszukiwać.

PspD: Co powinien zrobić lekarz, do którego zgłasza się osoba prywatna z prośbą o diagnozę, czy jest pedofilem, czy nie – bo ma obawy, że jednak jest?

M.B.: W pierwszej kolejności zapytać o cel wydania takiej opinii. Za etyczną uważam odmowę wykonania tzw. opinii pozasądowej. Takie samo stanowisko prezentują moi współpracownicy i uczniowie. Pomijając ukryty lub jawny nacisk na diagnozę w kierunku wydania opinii zgodnej z oczekiwaniami zleceniodawcy, najbardziej istotnym czynnikiem decydującym o odmowie jest brak dostępu diagnosty do wszystkich materiałów. Także i tych, które zawierają treści przeciwne niż oferuje badany, a takimi są na przykład zeznania ofiary czy świadków. Kolejnym argumentem jest sposób wykorzystania opinii uzależniony wyłącznie od woli badanego. Opinię niekorzystną można ukryć, nie uprzedzając o jej istnieniu kolejnych badających. Narazamy ich wtedy, jako autorzy opinii pozasądowych, na to, że stosują narzędzia badawcze, których stosować nie powinni, bo nie upłynął czas pozwalający na ich powtórne użycie. A więc niejako własnoręcznie zwiększamy ryzyko powstania opinii opartych na nierzetelnych danych. Zdecydowanie nie należy tego robić.

PspD: Jak w Polsce leczy się pedofilii?

M.B.: Na przymusowe leczenie kieruje sąd. Można je zasądzić po odbyciu kary przez sprawcę. Sąd może skierować pedofila na przymusowe leczenie ambulatoryjne lub w zakładzie zamkniętym. Można również w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności skierować sprawcę na specjalny oddział w zakładzie karnym. Wreszcie pedofil sam, po odbyciu kary lub prewencyjnie, nawet jeśli nie popełnił przestępstwa, może zgłosić się do poradni zdrowia seksualnego i rozpocząć terapię grupową lub indywidualną.

PspD: Czy sama tzw. chemiczna kastracja jest mało efektywna?

Z danych Komendy Głównej Policji wynika, że do przestępstw seksualnych wobec dzieci i dorosłych (ogółem) najczęściej dochodzi w domach i mieszkaniach. Dotyczy to 44 proc. gwałtów i 36 proc. innych przestępstw seksualnych. Ponad 1/4 wszystkich przestępstw przeciwko obyczajności odbywa się przy wykorzystaniu internetu. Z doświadczeń policji wynika, że bardzo często sprawca jest znany ofierze.

Źródło: Komenda Główna Policji



foto. Freshidea/Fotolia.com

M.B.: Zdecydowanie tak. Farmakoterapia, prowadzona przez lekarza seksuologa, będzie dawała efekt, jeśli zaakceptuje ją chory. Musi on chcieć przyjmować leki, które nie są obojętne dla zdrowia, dają kilka działań niepożądanych, m.in. obniżenie nastroju, powikłania zakrzepowe, ginekomastię, brak zainteresowania seksem. W dodatku leki działają tylko wtedy, gdy są przyjmowane – nie mają długotrwałego efektu terapeutycznego. Daje go czasem żmudna, kilkuletnia nawet psychoterapia.

William Marshall uważa, że do psychoterapii trzeba przyjmować także tych sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci, którzy nie przyznają się do popełnienia czynu i z tego powodu nie chcą uczestniczyć w leczeniu. Najpierw więc należy zastosować wstępną formę motywacji do terapii. Bo tylko dobrowolny udział w leczeniu będzie efektywny. W stu procentach się z tym zgadzam. Najlepszy efekt osiąga się wtedy, gdy w sposób rozsądny uda się połączyć farmakoterapię i psychoterapię, choć czasami stosowanie dwóch typów terapii łącznie nie jest konieczne. Czasami wystarczy psychoterapia.

PspD: Jak odbywa się psychoterapia?

M.B.: Można zastosować terapię indywidualną lub grupową. W zakładach karnych w Polsce najbardziej rozpowszechniona jest terapia grupowa, np. w zakładach karnych w Rawiczu czy w Rzeszowie. Program terapeutyczny trwa 9-12 miesięcy, a powinien nawet dłużej – kilka lat. Grupa spotyka się raz w tygodniu, czasem częściej – zależy to od możliwości finansowych placówki i kompetencji terapeutów. Praca przebiega w konwencji poznawczo-behawioralnej. Uważam, że w Polsce stosujemy najnowsze metody leczenia pedofilii, jednak kadry mamy wciąż młodą, a możliwości finansowe ośrodków terapeutycznych są ograniczone.

PspD: A jak terapię pedofilów prowadzi się na Zachodzie?

M.B.: W Holandii np. pierwszy rok terapii jest refundowany ze środków publicznych. Grupa spotyka się raz w tygodniu na 1,5 godziny. Potem terapia jest kontynuowana i trwa od 2 do 5 lat. W każdym roku działania terapeutyczne mają inny

POTRZEBNI SPECJALIŚCI

Od 10 lat Polskie Towarzystwo Seksuologiczne prowadzi dla psychologów podyplomowe studia z dziedziny seksuologii. Psycholog seksuolog to świetny specjalista, zwłaszcza jeśli chodzi o pracę ze sprawcami przestępstw seksualnych. Bycie seksuologiem czy psychiatrą klinicznym często nie wystarcza. Warto skończyć jeszcze kursy dotyczące terapii sprawców.

cel. Są też sprawcy, którzy do końca życia potrzebują pomocy terapeuty i taką dostają. W holenderskim szpitalu, gdzie uczyłam się pracy ze sprawcami, spotkania terapeutyczne sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci odbywają się codziennie. Ponadto prowadzone są zajęcia z socjoterapii, relaksacji, muzykoterapii.

PspD: Jak wygląda ramowy schemat psychoterapii sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci?

M.B.: Najpierw trzeba ustalić, czy sprawca przyznaje się do popełnionych czynów, czy nie. Bo od tego zależy sposób prowadzenia psychoterapii. Inne będą też jej cele.

PspD: Jak wygląda psychoterapia osoby, która przyznaje się do tego, że jest pedofilem?

M.B.: Proces psychoterapii składa się z czterech zasadniczych etapów. Faza pierwsza to diagnoza. Faza druga to faza kontraktu, zawierająca decyzję o abstynencji i przyznanie się do czynu. Faza trzecia, czyli faza terapii właściwej, to czas na przepracowanie życiorysu sprawcy i sprawienie, by dostrzegł zjawiska i czynniki, które mogły mieć wpływ na jego późniejsze czyny. W niej dokonuje się także, w ramach tzw. analizy scenariuszy czynu, zmiana schematu myślenia i zachowania seksualnego sprawcy. To między innymi praca nad zniekształceniami poznawczymi. A także praca nad rozwinięciem umiejętności społecznych, psychologicznych, których sprawcy brakuje. Jeśli to się uda, można przejść do kolejnego stopnia tej fazy, czyli wyrównania krzywd. Sprawca rozumie, co zrobił i dlaczego poniósł karę więzienia.

Przyjmuje to i myśli nad rekompensatą społeczną. Całość terapii kończy faza czwarta, czyli faza zapobiegania nawrotom. Sprawca uczy się, jak rozpoznać niepokojące sygnały, które mogą prowadzić do kolejnych czynów pedofilnych i uczy się na nie odpowiednio reagować.

PspD: Jak wygląda praca z pedofilem, który w swych czynach nie widzi nic złego, nie przyznaje się do winy?

M.B.: Aktualnie prowadzi się terapię opartą na modelu dobrego życia. Ten typ terapii pozbawiony jest elementu konfrontacji. Nie zmuszamy sprawcy do przyznania się do winy. Działamy jakby obok tego. Naszym zadaniem jest wypracowanie ze sprawcą umiejętności społecznych, które pozwolą mu wrócić do społeczeństwa i nie być dla niego zagrożeniem. Przyznam, że ten rodzaj terapii jest bardzo trudny i niestety rzadko daje pożądane efekty. Ale zawsze trzeba próbować.

PspD: Statystyki wciąż są nieubłagane. Mówią, że w Polsce recydywa wśród pedofilów wynosi ok. 80 proc.

M.B.: Niestety to prawda. I dlatego warto dyskutować nad tym, jak powinien wyglądać skuteczny model prowadzenia terapii. Bo przecież chodzi o to, by efektem działań terapeutycznych było przywrócenie pedofila społeczeństwu, żeby mógł w nim funkcjonować w sposób bezpieczny i samodzielny. Ale też trzeba dać mu możliwość i wiedzę, jak ma sobie – w sposób zgodny z prawem i normami społecznymi – radzić ze swoimi popędami oraz gdzie, nawet już po zakończeniu terapii, może zgłosić się po pomoc.

Rozmawiała Agnieszka Wrzesień