

Małgorzata H. Kowalczyk

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu [mh.kowalczyk@op.pl]

Zróznicowane formy oddziaływań terapeutyczno-resocjalizacyjnych stosowane wobec sprawców i sprawczyń przemocy seksualnej wobec dzieci

Abstrakt: Celem niniejszego opracowania było przedstawienie specyficznych czynników ryzyka, które różnią sprawców i sprawczynie dopuszczających się wykorzystywania seksualnego wobec dzieci, a także omówienie oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec kobiet i mężczyzn będących sprawcami tych czynów. W szczególności zwrócono uwagę na warunki zastosowania dwóch modeli terapeutycznych MBT i FBT oraz terapii gender blind i gender bias.

Wskazanie różnic zarówno w zakresie czynników ryzyka jak specyfiki działania sprawców i sprawczyń przemocy seksualnej uzasadnia potrzebę odmiennego traktowania terapeutycznego i resocjalizacyjnego obu kategorii. Tradycyjne i stereotypowe traktowanie kobiet uwikłanych w przemoc seksualną jako ofiar i poddawanie ich terapii dla ofiar nie znajduje w wielu wypadkach uzasadnienia, podobnie jak i stosowanie wobec nich standardowych rozwiązań praktykowanych wobec sprawców płci męskiej. Podejmowane wobec sprawczyń oddziaływania wymagają uwzględnienia nie tylko specyfiki ich sytuacji życiowej, pełnionych ról społecznych ale także złożonych następstw procesu pierwotnej i wtórnej wiktyimizacji. Oddziaływania podejmowane wobec sprawców i sprawczyń tego typu czynów, zarówno w warunkach izolacyjnych jak i ambulatoryjnych nie powinny być sprofilowane pod kątem stereotypowego postrzegania kobiety i mężczyzny uwikłanych w problem przemocy seksualnej. Niezbędne jest zatem wyjście poza ten stereotypowy schemat i zastosowanie niezunifikowanych rozwiązań.

Słowa kluczowe: Wykorzystywanie seksualne dzieci, profil kliniczny, czynniki ryzyka, terapia, resocjalizacja.

Wprowadzenie

Problematyka przemocy a w szczególności przemocy seksualnej rozpatrywana może być w kilku płaszczyznach. Pierwszą z nich jest płaszczyzna diagnostyczna, w obrębie której dokonuje się ustaleń dotyczących specyfiki zachowań związanych z przemocą seksualną czy czynników predestynujących zarówno do roli sprawcy jak ofiary. W obszarze tym wyraźnie zarysowuje się wątek kryminologiczny jak i wiktyimizacyjny kładący nacisk na możliwość powielania doświadczeń przemocowych w kolejnych epizodach życiowych. Druga płaszczyzna badawcza obejmuje poszukiwanie rozwiązań terapeutycznych adresowanych zarówno do sprawców (i w tym przypadku działania terapeutyczne powiązane mogą być z oddziaływaniami resocjalizacyjnymi) oraz do ofiar. Niezależnie od przyjętej perspektywy dotyczącej analizy zjawiska warto odwołać się do kryterium płci jako czynnika różnicującego zarówno aspekty etiologiczne, fenomenologiczne czy wreszcie terapeutyczno-resocjalizacyjne, mimo że zdaniem niektórych autorów (np. Finkelhor i in. 1990) problem płci sprawcy jest drugorzędny, najważniejszy jest bowiem fakt kontaktu seksualnego między sprawcą/sprawczynią a dzieckiem lub różnica wieku między sprawcą a ofiarą (por. Condy i in. 1987).

W wielu opracowaniach naukowych podejmujących problematykę przemocy kobieta uwikłana w tego typu zdarzenia postrzegana była i jest raczej jako ofiara nie zaś ich inicjatorka. W szczególności, gdy rozważania przenoszą się na płaszczyznę przemocy seksualnej kobieta podobnie jak i dziecko traktowane są jako ofiary tych doświadczeń. Konsekwencją takiego podejścia jest powszechne stosowanie wobec kobiet i dzieci terapii dla ofiar.

W sytuacji, gdy mamy do czynienia z kobietą występującą w roli sprawczyni przemocy seksualnej wobec dziecka pojawia się wyraźny dysonans poznawczy. Kobieta naturalnie pełniąc rolę troskliwej opiekunki staje się seksualnym napastnikiem, seksualną agresorką. Zderzenie tych zachowań wydaje się wręcz nieprawdopodobne. Jednak liczne opracowania (m.in. Gannon, Rose 2009; Ford 2010; Denov 2004) wskazują, że zdarzenia takie nie należą do odosobnionych. W odniesieniu do tego typu sprawczyń łatwiej jednak przyjąć opcję ofiarniczą (zmuszona przez partnera, ulegająca presji współdziałania ze sprawcą). W konsekwencji wobec sprawczyń podejmuje się częściej działania lecznicze, poddaje się je terapii w jakiej zwykle uczestniczą ofiary przemocy seksualnej. Nie można jednak wykluczyć, że znaczna część sprawczyń działa nie pod presją, nie jako współsprawczynie, ale jako samodzielne inicjatorki i sprawczynie przemocy seksualnej kierowane specyficznymi preferencjami seksualnymi, szczególnymi, traumatycznymi, doświadczeniami osobistymi, zaburzeniami osobowościowymi. W takiej sytuacji brak dokładnego rozpoznania zjawiska powoduje, że zazwyczaj przyjmuje się jednolitą perspektywę postrzegania zjawiska przemocy seksualnej co prowadzi do

równie zunifikowanego sposobu traktowania mężczyzn i kobiety, którzy dopuścili się nadużyć seksualnych wobec dzieci. Podejście takie nie uwzględnia specyfiki profilu działania sprawców i sprawczyń, zindywidualizowanych czynników ryzyka i osobistych doświadczeń. Nie uwzględnia się odmiennego u obu płci nastawienia wobec terapeutów, potrzeby utrzymania więzi z bliskimi, postrzegania swojej roli w związku. Stosowanie zatem jednej formuły terapeutycznej, bez uwzględniania specyficznych potrzeb charakterystycznych dla danej płci może okazać się mało skutecznym rozwiązaniem.

Niniejsze opracowania dotyka tego właśnie problemu. Celem tego opracowania będzie wskazanie specyficznych i różnicujących sprawców i sprawczyń czynników ryzyka, sposobów ich działania a także omówienie oddziaływań terapeutycznych stosowanych wobec kobiet i mężczyzn dopuszczających się przemocy seksualnej wobec dzieci. W szczególności chciałabym zwrócić uwagę na warunki zastosowania terapii gender blind i gender bias oraz podejścia MBT i FBT w terapii analizowanych kategorii sprawców. Wskazanie różnic zarówno w zakresie czynników ryzyka jak specyfiki działania pozwoli na uzasadnienie potrzeby stosowania zróżnicowanych form oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych w zależności od charakteru zdiagnozowanych problemów występujących w sytuacji życiowej sprawców jak i uwzględniających specyfikę płci.

Czynniki ryzyka powiązane z działaniami sprawców i sprawczyń przemocy seksualnej¹

Popełnienie nadużycia seksualnego wobec dziecka nie pozostawia żadnych wątpliwości co do konieczności podjęcia oddziaływań terapeutycznych i/lub resocjalizacyjnych wobec sprawcy takiego czynu. Zasadniczo wyznacznikiem takich działań staje się jurydyczna kategoria „przestępstwa seksualnego” czasami z klinicznym wskazaniem sugerującym jego szczególny charakter (np. czyn na tle pedofilnym). Tymczasem przyjęcie tak ogólnego wyznacznika dla właściwego zaprojektowania oddziaływań naprawczych budzi szereg wątpliwości. Za każdym bowiem czynem ukrywa się sprawca, którego profil kliniczny może sugerować konieczność zastosowania specyficznych, zindywidualizowanych oddziaływań bowiem standardowe zunifikowane procedury mogą okazać się bezskuteczne. Problem ten najlepiej odzwierciedlają warunki zastosowania podejścia FBT i MBT o których mowa będzie w dalszej części opracowania. Podjęcie właściwych oddziaływań wobec sprawców przestępstw seksualnych wymaga zebrania klinicznie istotnych informacji mających na celu wykrycie ewentualnych obszarów problemów,
.....

¹ Bardziej szczegółową charakterystykę czynników ryzyka odnoszących się do sprawczyń przemocy seksualnej przedstawiono w artykule *Kobiety wykorzystujące seksualnie dzieci. Geneza i możliwości resocjalizacji*, „Resocjalizacja Polska” 4, 2013.

trudności i zaburzeń, które stanowią będą bazę odniesienia dla projektowanych strategii oddziaływań. Równie ważne jest także szacowanie aktualnego poziomu ryzyka zachowań przestępczych co ma znaczenie w podejmowaniu decyzji dotyczących podejmowania środków zapobiegawczych. Diagnoza kliniczna obejmuje zwykle wiele obszarów, których poznanie będzie miało znaczenie dla podjęcia adekwatnych działań. Jak wskazuje T. Ward (2000) zazwyczaj ustalenia dotyczą czynników bezpośrednio powiązanych z dokonywaniem przestępstw seksualnych: zaburzeń preferencji seksualnych, wypaczeń myślenia, deficytu empatii, deficytów w zakresie umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów (Ward i in., s. 251). Nie mniej ważnymi dla wypracowania adekwatnej strategii oddziaływań mogą okazać się różnice zawierające się w profilu psychologicznym sprawców przemocy seksualnej zróżnicowanych ze względu na płeć.

Zdaniem Warda i in. (2000) większość współczesnych programów terapeutycznych opartych na strategii kognitywno-behawioralnej bazuje na związku między zdiagnozowanymi deficytami, potrzebami lub problemami sprawcy a podejmowanym rodzajem terapii. Uznanie, że sprawca spełnia kryteria przestępcy seksualnego powoduje skierowanie go do programu leczenia skoncentrowanego na eliminowaniu zdiagnozowanych u niego problemów związanych bezpośrednio z popełnionym przez niego przestępstwem. Natomiast nie została jednoznacznie rozstrzygnięta kwestia czy podejmując działania wobec sprawców przestępstw seksualnych należy kierować się przede wszystkim ich potrzebami, problemami i hipotetycznymi czynnikami ryzyka czy raczej należy postępować w oparciu o konkretną strategię diagnostyczną, co oznacza kategoryzację sprawcy jako przestępcy seksualnego określonego typu (lub podtypu, np. ze względu na specyficzne preferencje pedofilne), która w istocie opiera się na dokładnym opisie objawów i ujawnianych problemów psychologicznych, a nie klinicznych (Ward i in. 2000, s. 252).

W wielu opracowaniach (por. np. Denov 2004) podkreśla się także znaczące różnice w tym zakresie zachodzące między mężczyznami i kobietami dopuszczającymi się tych samych w sensie jurydycznym czynów jakim jest przemoc seksualna wobec dzieci. Różnice te uzasadniają zastosowanie odmiennych strategii oddziaływań wobec sprawców różnej płci.

Jednymi z najbardziej charakterystycznych cech występujących w profilu sprawczyń przemocy seksualnej są zaburzenia psychiczne i wcześniejsza seksualna wiktymizacja. Występują one znacznie częściej niż sprawców płci męskiej. Jak podają M.M. Rousseau i F. Cortoni (2010) mniej więcej 1 na 10 skazanych kobiet przed osadzeniem w zakładzie karnym była pod opieką psychiatryczną, 1 na 8 kobiet ujawniała zaburzenia emocjonalne podczas pobytu w warunkach więziennych. U kobiet, które dopuściły się przemocy seksualnej stwierdzono nasilone zaburzenia psychiczne a w szczególności choroby psychiczne, zaburzenia osobowości, epizody psychotyczne i psychozy, problemy będące następstwem traumatycznych relacji, w których kobiety te funkcjonowały oraz przemocy sek-

sualnej, której doświadczały. Jak podkreślają Rousseau i Cortoni (2010, s. 74), problem ustalenia zakresu zaburzeń i chorób psychicznych u sprawczyń przemocy seksualnej napotyka na wiele problemów metodologicznych. Kwestia „powszechności” zaburzeń psychicznych u kobiet, które dopuściły się przemocy seksualnej wobec dzieci może być sztucznie wyolbrzymiona bowiem znaczna frakcja sprawczyń rekrutuje się ze środowisk obciążonych licznymi przejawami patologii, które sprzyjać mogą pojawieniu się różnorodnych problemów psychicznych. Innym czynnikiem, również zakłócającym prawdziwy obraz i rozmiary wspomnianych zaburzeń u sprawczyń mogą być nie do końca obiektywne informacje pochodzące od samych badanych. Nie można jednak wykluczyć, że nadmierne ekspozowanie ewentualnych zaburzeń psychicznych przez sprawczynie może być formą obrony i wyjaśnienia tych przestępczych zachowań zaburzeniami psychicznymi i tym samym doprowadzenia do zredukowania odpowiedzialności za popełnioną przemoc. Podobne zachowania dość często obserwuje się także wśród męskich agresorów (Gannon, Rose 2009). Kolejnym ważnym czynnikiem jaki należy wziąć pod uwagę analizując profil psychologiczno-osobowościowy sprawczyń przemocy seksualnej wobec dzieci jest fizyczna, psychiczna i seksualna wiktylizacja, jakiej doświadczyły one w okresie dzieciństwa i adolescencji. J. Saradjian (1996), sugeruje, że problem ten dotyczył od 50 do 80% sprawczyń. Nie uprawnia to do jednoznacznego stwierdzenia, że problem wiktylizacji nie dotyczy sprawców płci męskiej lub dotyczy tylko w niewielkim odsetku. Bardziej znaczący może okazać się charakter tych doświadczeń. W przypadku kobiet wskazuje się, że doświadczały one szczególnie drastycznych, długotrwałych i okrutnych czynów wywołujących ogromne cierpienia. Charakter tych doświadczeń w sposób szczególnie oddziaływał na ich psychikę. Wiele z kobiet, które przeżyły w dzieciństwie przemoc seksualną ujawnia objawy chronicznej traumy a także ujawniające się w dorosłym życiu zaburzenia poznawcze, emocjonalne i behawioralne (por. Eldridge, Saradjian 2000, s. 402–426). Z perspektywy analizowanych czynów bardzo ważne są różnice dotyczące diagnozy preferencji seksualnych a w szczególności pedofilii. Choć u kobiet, które dopuściły się przemocy seksualnej wobec dzieci zasadniczo nie diagnozuje się pedofilii, niektórzy badacze wskazują, że obserwacje kliniczne mogą sugerować występowanie u kobiet pewnych symptomów pedofilii bez fiksjacji na dziecku (por. Nathan, Ward 2001, za Ford 2010). Mimo, że u kobiet w porównaniu z mężczyznami zdecydowanie rzadziej diagnozowana jest pedofilia (w szczególności fiksacyjna), oczywiście nie wyklucza to możliwości pojawiania się u sprawczyń przemocy seksualnej dewiacyjnych fantazji seksualnych o tematyce pedofilnej oraz pobudzenia seksualnego wywołanego tymi treściami. Badania Natana i Warda (2002) wskazują, że niemal połowa badanych przez nich kobiet, które dopuściły się seksualnej przemocy (41,6% badanych) twierdziła, że do podjęcia tych zachowań motywowało je dewiacyjne pobudzenie seksualne związane z dzieckiem (Nathan, Ward cyt za” Ford 2010). Nie można zatem wykluczyć, że także u kobiet pobudzenie seksualne wywołane treściami pedofilnymi jak i dą-

żenie do uzyskania satysfakcji seksualnej pełnić może istotną rolę w profilu ich zachowań seksualnych (choć jak można sądzić znacznie mniejszą niż u mężczyzn z jednoznacznie zdiagnozowaną pedofilią), zatem ważne jest ustalenie czy dewiacyjne preferencje seksualne będą motywowały do zachowań przemocowych wobec dzieci. Na podstawie ustaleń badawczych Gannon wraz ze współpracownikami (2008) stwierdziła, że dewiacyjne pobudzenie seksualne ma znaczenie w przypadku kobiet działających samotnie lub kobiet molestujących adolescentów czyli takich, które wybierają ofiary zgodnie ze swoimi preferencjami seksualnymi i postrzegają je jako substytut dojrzałego partnera. Natomiast u kobiet działających pod presją partnera dewiacyjne pobudzenie seksualne nie występuje (Gannon et al. 2008). Badania prowadzone w zakresie dewiacyjnych preferencji seksualnych u kobiet mogą sugerować, że pojawienie się fantazji seksualnych o treściach pedofilnych, stanowić będzie znaczący czynnik motywujący do dewiacyjnych zachowań seksualnych i, podobnie jak w przypadku sprawców płci męskiej, może być traktowany jako czynnik ryzyka sprzyjający dokonaniu napaści seksualnej wobec dzieci (Rousseau, Cortoni 2010, s. 76). Nie mniej jednak samo potwierdzenie występowania wśród kobiet dewiacyjnych fantazji i zachowań seksualnych nie wyjaśnia czy natura tych parafilnych preferencji wśród kobiet jest taka sama jak u mężczyzn. Stwierdzenie, że niektóre kobiety, które dopuściły się przemoc seksualnej wobec dzieci ujawniają dewiacyjne fantazje seksualne, nie upoważnia do zdiagnozowania u nich pedofilii lub innych zachowań dewiacyjnych, które mogą występować u mężczyzn, popełniających podobne czyny. Pomimo zdecydowanie mniejszych rozmiarów występowania parafilii u kobiet, zdaniem klinicystów nie należy bagatelizować tych zachowań u sprawczyń wykorzystywania seksualnego, bowiem może to pomóc w ustaleniach etiologicznych oraz w zaplanowaniu właściwej strategii oddziaływań terapeutycznych (Rousseau, Cortoni 2010, s. 77). Ponieważ w męskiej populacji sprawców seksualnego wykorzystywania problem dewiacyjnych skłonności seksualny jest znaczny i pozostaje w wyraźnym związku z popełnionymi czynami zatem i strategii oddziaływań terapeutycznych koncentrują się na rozwiązywaniu tych problemów. Zatem stosowanie tych samych form oddziaływań terapeutycznych wobec kobiet i mężczyzn dopuszczających się przemoc seksualnej, nie stanowi dobrego rozwiązania.

Bardzo ważnym punktem odniesienia w oddziaływaniach terapeutycznych wobec sprawców dopuszczających się wykorzystywania seksualnego wobec dzieci jest kształtowanie poziomu empatii wobec ofiar. Niewiele jest jednak badań, które dotyczyłyby poziomu empatii wobec ofiar u kobiet, które dopuściły się tego rodzaju czynu. Wskazuje się, że u kobiet podobnie jak i u mężczyzn może występować niedostatek uczuć empatycznych wobec ofiar. Między innymi Fromuth i Conn stwierdzili, że wśród badanych przez nich sprawczyń seksualnego wykorzystywania dzieci aż 2/3 było przekonanych, że konsekwencje ich czynów dla ofiar nie będą znaczące a jedynie 1/3 uznała, że są dla ofiar negatywne doświadczenia (Fromuth, Conn 1997). Warto zauważyć także, że u kobiet, które pierwotnie po-

strzegały ofiarę jako obiekt seksualny oraz u kobiet, u których napaść seksualna motywowana była chęcią odwetu, pojawiło się niewielkie poczucie wyrządzonej ofierze krzywdy oraz przekonanie o pozytywnych odczuciach, których doświadczyła ofiara. Natomiast kobiety, które zmuszane były przez mężczyzn do podjęcia zachowań tego rodzaju, stwierdzały, że nie zastanawiały się nad tym lub odsuwały negatywne myśli dotyczące zachowań związanych z przemocą. Można sądzić, że u tej kategorii kobiet pojawiły się bardziej zróżnicowane odczucia empatyczne wobec ofiar (Ford 2010, s. 106).

W tym kontekście warto wspomnieć także o kwestii wyboru ofiary. Zarówno mężczyźni jak i kobiety molestujący seksualnie dzieci wybierają zasadniczo ofiary do których z różnych względów mają ułatwiony dostęp. Często ofiarami wykorzystywania seksualnego przez kobiety padają dzieci, które pozostawały pod ich opieką. Zatem sprawczyniami stają się zazwyczaj matki, opiekunki, nianie, kobiety spokrewnione z dzieckiem, których bliskie relacje z ofiarą nie budzą zdziwienia ani nie są traktowane jako coś niezwykłego. Z tego też powodu trudniej jest również zdiagnozować fakt zaistnienia nadużycia seksualnego.

Wielozakresowość i złożoność czynników ryzyka jakie wiązać się mogą z popełnianiem przestępstw seksualnych wobec dzieci potwierdza konieczność poszukiwania skutecznych rozwiązań terapeutycznych i resocjalizacyjnych adresowanych do różnych kategorii sprawców – zarówno zróżnicowanych ze względu na płeć jak i sytuujących się w różnych kategoriach klinicznych a nawet psychologicznych.

Podejście MBT i FBT w terapii sprawców przestępstw seksualnych

Wybór właściwej formy terapii winien być uzależniony od wielu czynników, wśród których obraz kliniczny i płeć powinny odgrywać zasadniczą rolę. Wiele jednak programów bazuje na podobnym schemacie oddziaływań i nastawionych jest na poznawczą restrukturyzację, modyfikowanie zachowań seksualnych, rozwijanie empatii, interwencje, kształtowanie sprawności społecznych, rozwijanie umiejętności nawiązywania i podtrzymywania wartościowych społecznie kontaktów, kontrolę emocji oraz szkolenia, których celem jest zapobieganie nawrotom przestępczych zachowań. Oczywiście mogą pojawiać się pewne modyfikacje w postaci dodatkowych elementów oddziaływań jednak schemat zasadniczo pozostaje niezmienny (Ward i in. 2000, s. 252). Pewnym problemem w zindywidualizowaniu oddziaływań (poza wysokimi kosztami) mogą być także błędy diagnostyczne. Konstruowanie diagnozy przypadku wymaga szeregu ocen klinicznych obejmujących identyfikację problemów sprawcy (klienta), określenie znaczenia każdego z nich, zdiagnozowanie problemów, zależności między tymi problemami i wreszcie ustalenie ich przyczyn i możliwości modyfikowania (Ward i in. 2000, s. 252). Trudności te jednak nie mogą przesłonić zasadniczego celu jakim jest komplek-

sowe zrozumienie funkcjonowania sprawców poprzez dokładną diagnozę potrzeb i problemów sprawców. Będzie ona wymagana szczególnie wówczas gdy sprawca lub sprawczyni doświadcza wielu problemów głównie powiązanych z wiktyimizacją albo odnoszących się do szczególnych preferencji seksualnych czy profilu osobowościowego, gdy ma miejsce dysonans w relacjach terapeutycznych lub gdy standardowe interwencje nie skutkują (Ward i in. 2000, s. 252). W takich przypadkach wspomniane specyficzne cechy i problemy podopiecznych (np. związane z pedofilią uzależnieniem od środków psychoaktywnych i problemami z kontrolą agresji) stać się powinny centralnym punktem oddziaływania terapeutycznego.

W praktyce terapeutycznej i resocjalizacyjnej stosowane mogą być jak wspomniano dwa podejścia: FBT (oparte na zindywidualizowanym podejściu do pacjenta) oraz MBT (bazujące na standardowych procedurach). FBT, jako że jest bardziej elastyczne daje w związku z tym większą możliwość zindywidualizowania oddziaływań i zawiera więcej możliwości odniesień klinicznych uwzględniających indywidualne predyspozycje, preferencje pacjenta czy jego niespecyficzne potrzeby. Natomiast MBT jest modelem oddziaływań bardziej zunifikowanym, w mniejszym stopniu polega na ocenach klinicznych.

Zdaniem T. Warda zastosowanie podejścia standardowego czyli MBT ma szereg walorów i jest powszechniejsze jednakże w kilku przypadkach zastosowanie zindywidualizowanego podejścia (FBT) jest nieodzowne – wówczas gdy mamy do czynienia z układem niespecyficznych cech sprawcy, które wymagają szczególnego a nie standardowego traktowania, kiedy inne stosowane formy oddziaływań nie sprawdziły się i wówczas gdy istnieją szczególne przesłanki wskazujące na konieczność stworzenia szczególnej, bliskiej relacji terapeutycznej (Ward i in. 2000). Można więc przyjąć, że w przypadku kobiet to podejście może mieć większe zastosowanie. W podejściu FBT podkreśla się, że skuteczność oddziaływań wobec sprawców przestępstw seksualnych uzależniona jest od rozpoznania i zrozumienia źródeł ich problemów i deficytów. Można zatem wyodrębnić trzy etapy postępowania obejmujące diagnozę kliniczną, ustalenie genezy stwierdzonych problemów i deficytów oraz wskazanie interakcji zachodzących między mechanizmami psychicznymi a przejawami dysfunkcjonalnego zachowania i wypaczeń myślenia. Ustalony w pierwszej fazie obraz kliniczny pacjenta obejmujący indywidualne problemy seksualne, deficyty i profil osobowościowy stają się w kolejnym etapie przedmiotem dociekań etiologicznych. Ustala się prawdopodobną genezę stwierdzonych zaburzeń i deficytów poprzez wskazanie mechanizmów psychologicznych leżących u podłoża tych problemów (np. obraz siebie i świata i wynikające z tego zachowania). Pomocne w tym zakresie może być odwołanie się do wiedzy z zakresu psychopatologii, bowiem pomaga zawęzić zakres poszukiwań czynników przyczynowych do najbardziej wiarygodnych. Końcowym etapem jest powiązanie mechanizmów przyczynowych i następstw w postaci zachowania sprawcy oraz stworzenie spójnej koncepcji wyjaśniającej złożoność sytuacji danego pacjenta. Wykazanie indywidualnych zależności przyczynowo-skutkowych pozwala nie tylko

na zrozumienie istoty problemów pacjenta, ale i na opracowanie formuły oddziaływań pozwalających na uporanie się z jego dysfunkcjami. Zatem w odniesieniu do różnych osób stosowane będą zindywidualizowane strategie oddziaływań terapeutycznych. Nawet jeśli diagnoza wskazuje na podobne problemy lub nawet podobny klaster trudności występujący u dwóch różnych sprawców, nie musi to oznaczać, że wywołały je podobne mechanizmy. Zatem nie byłoby również uzasadnione stosowanie takich samych form oddziaływań. Wobec sprawców stosuje się wyłącznie taki plan terapii, dzięki któremu usunąć można konkretne zdiagnozowane u niego problemy. Jeśli więc u sprawcy nie występują niebezpieczne dewiacyjne preferencje seksualne, które mogą być bezpośrednio powiązane z dokonywaniem przestępstw seksualnych wówczas plan terapeutyczny nie obejmuje ingerencji w tę sferę zachowań. Podobnie, jeśli sprawca ma pełną świadomość krzywd jakie wyrządził ofierze, nie ma potrzeby uwzględniania w planie terapeutycznym oddziaływań skierowanych na podnoszenie poziomu empatii (Ward i in. 2000, s. 253–254). Omawiana strategia pozwala także zindywidualizować relacje pomiędzy terapeutą a sprawcą. W przypadku, gdy uczestniczący w terapii sprawca jest wyjątkowo nieufny terapeuta może poświęcić więcej czasu na zbudowanie prawidłowej relacji i przełamanie oporu lub nieufności.

Natomiast model MBT traktować można jako standardowy schemat terapii. Leczenie jest czasochłonne, ustrukturyzowane i zawierające ujednolicone formy interwencji. Poszczególne pakiety interwencji są zasadniczo spójne. W modelu MBT wszyscy uczestniczący w terapii poddani są tym samym procedurom. Grupy terapeutyczne tworzą osoby, u których zdiagnozowano podobne problemy lub klastry zaburzeń (Ward i in. 2000, s. 255). Ponieważ wobec wszystkich osób stosuje się podobne schematy oddziaływań powiązane z ich głównym problemem (np. skłonności pedofilne) nie ma uzasadnienia dla sporządzania dokładnej diagnozy klinicznej określającej genezę tych problemów (por. Wilson 1996 za: Ward i in. 2000). MBT nie wyklucza jednak możliwości stosowania zróżnicowanych form oddziaływań interwencyjnych dostosowanych do specyficznych problemów pacjenta, jednak głównym celem jest ustalenie w jakiej kategorii diagnostycznej „mieści się” dana osoba. Dokonuje się tego poprzez opisanie głównych problemów i zaburzeń występujących u klienta co stanowi podstawę decyzji diagnostycznej (klasyfikacyjnej) (Ward i in. 2000, s. 256). Zasadniczą zatem różnicą pomiędzy strategią MBT i opisywaną wcześniej FBT jest to, że w przypadku zastosowania strategii MBT wobec każdego klienta zakwalifikowanego do określonej kategorii diagnostycznej stosuje się identyczne procedury oddziaływania lub programy terapeutyczne, natomiast zastosowanie modelu FBT sugeruje konieczność zastosowania rozwiązań dostosowanych do indywidualnych potrzeb każdego klienta. W podejściu FBT w programach terapeutycznych uwzględnia się nie tylko zdiagnozowane deficyty, ale przede wszystkim zależności między mechanizmami psychologicznymi a problemami ujawnianymi przez klienta. Oba modele terapeutyczne mogą być stosowane wobec klientów z różnymi problemami, natomiast

z punktu widzenia podjętej problematyki najistotniejsze są możliwości wykorzystania tychże oddziaływań wobec sprawców przestępstw seksualnych. Jest to bowiem specyficzna kategoria osób wobec których podejmowane działania terapeutyczne często nie odnoszą pożądanego skutku. Najczęściej stosowane są formy terapii kognitywno-behawioralnej (CBT), które budzą wiele kontrowersji w kontekście osiągniętych efektów. Nie można jednak zaprzeczyć, że w porównaniu z wieloma różnymi sposobami leczenia stosowanymi wobec tej kategorii sprawców, efekty terapii CBT są dość obiecujące, choć trudno jednoznacznie określić czy wszystkie działania stosowane w typowej terapii kognitywno-behawioralnej są niezbędne do osiągnięcia pożądanego efektów. Podstawowy „pakiet” oddziaływań stosowany we współczesnych strategiach terapeutycznych, nie wyłączając CBT, terapii psychodynamicznej czy rodzinnej obejmuje rozwijanie empatii, restrukturyzację kognitywną, modyfikację dewiacyjnych preferencji i zachowań seksualnych, rozwijanie umiejętności społecznych, kontrolę emocji, kształtowanie umiejętności zapobiegania nawrotom (Marshall i in. 1998 cyt za: Ward 2000). Ponieważ wiele przemawia za tym, że stosowanie łącznie wskazanych komponentów przybliży do osiągnięcia pożądanego zmian u sprawców przestępstw seksualnych należy zatem traktować wspomniany „pakiet” całościowo jako skorelowaną strategię oddziaływań a nie wdrażać jedynie wybrane składniki tych oddziaływań, które zdaniem terapeutów mogą być przydatne dla danego sprawcy. Jak słusznie zauważają Ward i in. (2000), choć nie wiadomo czy wszyscy sprawcy seksualni potrzebują pełnego „pakietu” oddziaływań to nie ma jednak przekonujących wyników badań, które dotyczyłyby skuteczności poszczególnych elementów oddziaływań. Dlatego nieuzasadnione wydaje się praktykowanie wobec tej kategorii sprawców wybiórczych elementów terapii. Ich zdaniem przemawia to za zastosowaniem wobec kategorii sprawców przestępstw seksualnych modelu MBT z tej racji, że obejmuje on opisane standardowe, ustrukturalizowane elementy oddziaływań terapeutycznych. Jeśli nie istnieją przesłanki kliniczne wskazujące na szczególne mechanizmy przyczynowe leżące u podłoża problemów i dewiacyjnych zachowań sprawcy, które należałoby potraktować w sposób zindywidualizowany, najbardziej uzasadnione i skuteczne może być zastosowanie standardowych, kognitywno-behawioralnych strategii oddziaływań terapeutycznych (por. Ward i in. 2000).

Reasumując przedstawiona powyżej charakterystyka modelu MBT i FBT sugerować może większą skuteczność rozwiązań zawartych w modelu MBT wobec sprawców przestępstw seksualnych w przeciwieństwie do sprawczyń tych czynów. U kobiet dopuszczających się wykorzystywania seksualnego dzieci diagnozuje się, jak wykazano w poprzedniej części artykułu, większe skumulowanie i zróżnicowanie czynników przyczynowych powiązanych z dokonywanymi czynami. W szczególności bardziej dramatyczna i złożona jest ich historia wiktymizacji oraz z większym nasileniem mogą występować zaburzenia psychiczne i emocjonalne, które mogą być także odległym skutkiem doświadczeń wiktymizacyjnych. Zatem w przypadku wielu kobiet sprawczyń przemocy seksualnej wobec dzieci

zastosowanie standardowych procedur zawartych w modelu MBT może okazać się nieskuteczne. W tej sytuacji korzystne jest odwołanie się do oddziaływań zindywidualizowanych, zaprojektowanych pod kątem neutralizowania stwierdzonych czynników przyczynowych, czyli zastosowanie modelu FBT.

Terapia gender blind i gender bias w terapii sprawców i sprawczyń

Uwzględnienie kryterium indywidualizacji lub standaryzacji procedur terapeutycznych pozwalających na wyodrębnienie modelu terapii MBT i FBT nie jest jedynym rozwiązaniem pozwalającym na uwzględnienie w trakcie terapii różnicowań zachodzących pomiędzy sprawcami a sprawczyniami przestępstw seksualnych. Biorąc pod uwagę kryterium płci osoby poddawanej terapii wyróżnić można 2 zasadnicze kierunki oddziaływań. Pierwszy to kierunek zwany gender biased – wskazuje się tu na zasadnicze różnice zachodzące między sprawcami seksualnego wykorzystywania obojga płci, co sugeruje konieczność podjęcia odmiennych oddziaływań zarówno wobec kobiet jak i mężczyzn. W tym zakresie, w oddziaływaniach terapeutycznych wobec kobiet nacisk kładzie się na proces wcześniejszej wiktymizacji, wypracowane mechanizmy obronne, które mogą mieć związek z późniejszym dokonywaniem aktów przemocy wobec dziecka. Kierunek drugi nazywany gender-blind zakłada, że wszyscy sprawcy seksualnego wykorzystywania, bez względu na płeć, wymagają podobnego podejścia terapeutycznego. Kierunek gender biased uwzględniający złożony układ czynników przyczynowych różnicujących sprawców obojga płci bliski jest modelowi FBT zakłada bowiem zindywidualizowanie oddziaływań terapeutycznych. W tym wypadku czynnikiem zasadniczym jest specyfika płci². Doświadczenia związane z pracą resocjalizacyjną i terapeutyczną adresowaną do kobiet dopuszczających się wykorzystywania seksualnego dzieci są jak do tej pory niewielkie. Należy jednak sądzić, że działania tego rodzaju powinny być zogniskowane na specyfice sytuacji życiowej sprawczyń. Z tych też względów nie można jednoznacznie określić, która z form terapii – indywidualna czy grupowa będzie najbardziej pożądana w przypadku kobiet. Jednak zakres problemów jakie diagnozuje się u kobiet sprawczyń sugeruje, że w odróżnieniu od preferowanej w stosunku do mężczyzn terapii grupowej, w przypadku kobiet dopuszczających się przemocy seksualnej zalecane jest podejście indywidualne. Organizując grupy terapeutyczne należy uwzględnić fakt, że wiele kobiet

.....

² Dokładną charakterystykę programu realizowanego przez LFE, który wpisuje się w nurt gender bias przedstawiono w artykule *Inspiracje dla oddziaływań resocjalizacyjno-terapeutycznych adresowanych do kobiet wykorzystujących seksualnie dzieci*, [w:] *Współczesne uwarunkowania i wzory procesów resocjalizacji, reintegracji, inkluzji*, (red.) K. Marzec-Holka, K. Mirosław-Nawrocka, J. Mołęda, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2014.

dopuszczających się wykorzystywania seksualnego, trafia na terapię z bagażem własnych traumatycznych doświadczeń przemocy seksualnej, których sprawcami byli mężczyźni, inne natomiast są współsprawczyniami, które do wykorzystywania seksualnego zostały nakłonione przez aktualnych partnerów. Okoliczności te przemawiają za odstąpieniem od tworzeniem mieszanych grup terapeutycznych bowiem prowadzić one mogą do niebezpieczeństwa związanego z utrwalaniem się skłonności do powielania relacji przemocowych (Ashfeld i in. 2010, s. 164). Te same okoliczności należy mieć na uwadze dokonując wyboru osoby terapeuty. Doświadczenia przemocowe, które pojawiają się w historii wiktylizacji sprawczyń sugerują, że bardziej pożądanym w przypadku sprawczyń będzie prowadzenie terapii przez kobiety. Jak twierdzi Briere (1996), u niektórych kobiet, które były wykorzystywane seksualnie przez mężczyzn (np. ojców, partnerów) emocjonalne obniżenie się poprzez ujawnienie tych faktów przed mężczyzną – terapeutą przytłacza je i zawstydzia powodując nasilenie procesu rewiktylizacji. Podobna ostrożność jest także pożądana w doborze terapeuty w przypadku tych kobiet, które zostały wykorzystane przez kobiety. Należy zwrócić uwagę na zachowanie przy próbach tworzenia właściwej relacji z terapeutą/terapeutką. Z doświadczeń terapeutycznych opisywanych przez Ashfield i in. (2010) wynika, że sprawczynie są szczególnie uwrażliwione na dostrzeganie pozornie mało znaczących rzeczy jak spóźnienie się na sesję terapeutyczną czy pojawiające się na ostatnią chwilę zmiany dotyczące umówionego spotkania, które odczytują jako wskaźniki odrzucenia lub lekceważenia. Zachowania takie stanowią dla sprawczyń również potwierdzenie ich osobistych doświadczeń pełnych odrzucenia, lekceważenia i przemocy i utrwalają zaniżoną samoocenę. Istotną zatem wskazówką dla terapeutów pragnących stworzyć właściwe relacje, jest zwracanie baczonej uwagi na sposób przekazywania określonych informacji, nawet jeśli dotyczą one najbardziej rutynowych zachowań.

Terapia zogniskowana na płci sprawcy/sprawczyni nie określa jednoznacznie jej rodzaju. Jak wskazano wcześniej zastosowanie terapii kognitywno-behawioralnej uzasadnione może być jej potwierdzoną skutecznością w szczególności w zakresie wygaszania niepożądanych zachowań, kontrolowania postępów oraz stosowania wzmocnień, które pozwalają utrwalić właściwe zachowania i stanowią zachętę do dalszych wysiłków. Natomiast biorąc pod uwagę fakt, że wiele sprawczyń jest matkami niewykluczone są także i inne formy terapii jak na przykład terapia rodzinna, lub psychodynamiczna istotna wówczas, gdy silnie blokowane emocje mają związek z procesem wiktylizacji, który zaczął się już w okresie dzieciństwa.

Odnosząc się do doświadczeń związanych z terapią dla mężczyzn, którzy dopuścili się przemocy seksualnej wobec dzieci Ashfeld, Brotherstone, Eldridge (2010) sformułowali najważniejsze wskazania, które mają szczególne zastosowanie w terapii kobiet popełniających podobne czyny. Jednym z podstawowych wskazań związanych w przebiegu oddziaływań terapeutycznych jest nabywanie

umiejętności tworzenia i utrzymywania prawidłowych relacji. Zrozumienie istoty relacji ułatwia koncepcja Millera wg której mężczyźni zorientowani są przede wszystkim na zachowanie autonomii i niezależności, stanowiące podstawowe mechanizmy ich rozwoju, podczas gdy u kobiet czynniki te odgrywają zdecydowanie mniej znaczącą rolę, ponieważ priorytetowe, zdaniem autora staje się tworzenie relacji z innymi. Miller sugeruje, że dla kobiet wzajemne, empatyczne związki są szczególnie potrzebne dla osiągnięcia psychicznej równowagi i rozwoju (Miller 1996 cyt za: Ashfeld i in. 2010). Zaburzone relacje w jakich funkcjonowały sprawczynie (w szczególności jest to dostrzegalne u współsprawczyń przemocy) bardzo często są skutkiem procesu wiktyimizacji, który rozpoczął się niejednokrotnie już w dzieciństwie. Natomiast w dorosłym życiu zwykle sprawczynie funkcjonowały w niesatysfakcjonujących związkach, często z mężczyzną –współsprawcą przemocy. Ten układ niekorzystnych czynników dość wyraźnie różnicuje sytuację sprawczyń i ich męskich odpowiedników. Sugeruje to także, że terapia i resocjalizacja kobiet, które dopuściły się seksualnego wykorzystywania dzieci jest trudniejsza niż terapia mężczyzn. W oddziaływaniach terapeutycznych znaczącą rolę odgrywać będzie wykształcenie umiejętności interpersonalnych. W trakcie terapii należy położyć nacisk na tworzenie przez sprawczynie prawidłowych związków, które nie będą powieleniem ich doświadczeń związanych z zaniedbywaniem, porzuceniem i przemocą. Pierwszym krokiem w terapii będzie zatem nauka budowania poprawnych relacji z terapeutami, osobami bliskimi oraz dziećmi (Ashfeld i in. 2010). Właśnie relacje z własnymi dziećmi są kolejnym czynnikiem, który w istotny sposób odróżnia sprawczynie wykorzystywania seksualnego od sprawców płci męskiej. Posiadanie dzieci oraz sprawowanie opieki nad innymi dziećmi może odgrywać znaczącą rolę w wyborze określonej terapii – zróznicowanej lub nie ze względu na płeć. Niektóre bowiem kobiety postrzegane są wyłącznie jako ofiary i mimo doświadczeń związanych z wykorzystywaniem seksualnym niewłaściwie postrzega się je jako osoby nie stanowiące żadnego ryzyka związanego z możliwością skrzywdzenia dziecka. W tym wypadku poddawane są one tej samej terapii jaką przewiduje się dla ofiar przemocy seksualnej. Z kolei w innych przypadkach zachowania stanowiące przekroczenie tolerowanej granicy związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem interpretowane jest jako znaczące zagrożenie, które całkowicie wyklucza możliwość utrzymywania przez te kobiety kontaktu z własnymi dziećmi. Dla wielu kobiet sprawczyń seksualnego wykorzystywania, identyfikacja z rolą matki nawet jeśli dopuściły się nadużycia w tej roli, stanowi moment przełomowy w ich życiu oraz nowe spojrzenie na dotychczasowe życie (Ashfeld i in. 2010). W związku z tym uwzględnienie w trakcie terapii umiejętności budowania prawidłowych relacji z partnerem jak i dziećmi może okazać się bardzo ważnym krokiem w budowaniu nowego życia bez przemocy. Traumatyczne doświadczenia, które zapoczątkowały proces wiktyimizacji powodują, że kobiety te tracą poczucie kontroli, co utrudnia im wyznaczanie jasnych granic. Skutkiem tego jest nie tylko utrwalanie się roli ofiary w kolejnych epizodach życiowych (np.

w związku) ale także nieudane próby interwencji terapeutycznej na skutek zaburzonego poczucia wewnętrznego i zewnętrznego bezpieczeństwa. Z tych względów ważnym elementem terapii jest ustalenie na jej początku wyraźnych granic. Niektóre z ustalanych granic będą w sposób szczególnie odzwierciedlać sytuację prawną sprawcy przemocy seksualnej i odnosić się do prawnej kontroli ich poczynań. Inne ograniczenia dotyczą np. poufności, mogą też mieć specyficzny charakter adekwatny dla sytuacji danej kobiety (np. powstrzymanie się od agresji słownej i fizycznej).

Inną konsekwencją przeżywanej traumy związanej z wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie może być poczucie niskiej samooceny, małowartościowości i powodują utrwalenie nieadekwatnych mechanizmów obronnych. Niekiedy w zachowaniu sprawczyń można dostrzec symptomy wskazujące na wypracowaną przez nie strategię zaprzeczenia lub wypierania. Stosowany mechanizm zaprzeczania lub wypierania pozwala kobietom, które dopuściły się przemocy seksualnej wobec dzieci uniknąć w ich przekonaniu porównań do ich prześladowców (Eldridge, Saradjian 2000). W związku z tym mechanizmy te bardzo trudno wyeliminować. Wypracowanie konstruktywnych strategii obronnych, które pozwalają radzić sobie z emocjami opierać się może na rozwijaniu słownika pojęć określających różne stany emocjonalne przeżywane przez kobiety sprawczynie. Dla wielu kobiet proste techniki takie jak rozpoznawanie fizycznych zwiastunów różnych emocji (np. złości) powiązane z ćwiczeniami w jaki sposób zachowania te kontrolować, pomagają im w nabraniu przekonania, że są w stanie zapanować nad emocjami, które pierwotnie były postrzegane jako wymykające się spod kontroli (Ashfeld i in. 2010). Działania takie mogą być pomocne również w terapii adresowanej do sprawców płci męskiej.

W terapii kognitywno-behawioralnej bardzo ważne jest rozpoznanie i podtrzymanie postępu jaki dokonuje się w zachowaniu sprawcy, stanowi to bowiem istotną zachętę do dalszych wysiłków. Doświadczenia w pracy z kobietami sprawczyniami wykorzystywania seksualnego wskazują, że postępy zwykle dostrzegane są później niż u mężczyzn. Ponieważ w przypadku mężczyzn preferowana jest terapia grupowa, natomiast w przypadku kobiet częściej stosowane są oddziaływania indywidualne, zatem trudno ocenić czy i w jakim stopniu płeć może wpływać na postępy dotyczące zmian funkcjonowania sprawców i sprawczyń. Stosowana strategia małych kroków może prowadzić do zniechęcenia zwłaszcza w sytuacji długotrwałej terapii jaka ma miejsce w przypadku kobiet. Ważnym elementem są tak zwane zadania domowe zlecane kobietom, których celem jest utrwalenie zdobytych w trakcie terapii umiejętności. Kiedy kobiety zaakceptują stawiane przed nimi cele, motywacja by je osiągnąć zdecydowanie wzrasta (Ashfeld i in. 2010). Szczególnie wymagania stawiane są także terapeutom podejmującym pracę z kobietami sprawczyniami przemocy seksualnej. W szczególności doceniana powinna być umiejętność łatwego przystosowania się, która może mieć duże znaczenie dla podniesienia jakości relacji terapeutycznych. Chodzi tu przede wszystkim

o umiejętność dostosowania stylu pracy terapeuty nie tylko do oczekiwań różnych klientów ale także do zróżnicowanych i zindywidualizowanych problemów jakie prezentują oraz zmian jakie zachodzą u nich w poszczególnych fazach terapii (Ashfeld i in. 2010, s. 176).

Biorąc pod uwagę fakt, że wiele sprawczyń, uczestniczących w terapii wnosi złożone problemy życiowe i dotyczące przemocy, zatem ważne jest, by terapeuta posiadał wiedzę i zdolność zidentyfikowania i ustalenia właściwych rozwiązań dla poszczególnych sprawczyń (Ashfeld i in. 2010). W tym wypadku wymagania są wyższe aniżeli w przypadku sprawców z uwagi na to, że często aktualne potrzeby sprawczyń kształtują się w dużym stopniu pod wpływem zewnętrznych oddziaływań rodziny, związków partnerskich, które nadmiernie wpływają na zachowania kobiety.

Zakończenie

Celem niniejszego opracowania było wykazanie niektórych cech różnicujących sprawców i sprawczynie wykorzystywania seksualnego dzieci. Różnice te sytuują się nie tylko w obszarze profilu klinicznego i osobowościowego, ale również w zakresie podejmowanych oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych.

Oddziaływania podejmowane wobec sprawców i sprawczyń tego typu czynów, zarówno w warunkach izolacyjnych jak i ambulatoryjnych sprofilowane są raczej pod kątem stereotypowego postrzegania kobiety i mężczyzny uwikłanych w problem przemocy seksualnej. Wyjście poza ten stereotypowy schemat (np. agresywna sprawczyni wykorzystująca seksualnie kilkuletnie dziecko lub sprawczyni zdominowana przez mężczyznę) powoduje zwykle (lub wyłącznie) zastosowanie zunifikowanych rozwiązań, czyli skierowanie do oddziaływań terapeutycznych, w którym realizowany jest identyczny dla kobiet i mężczyzn program terapeutyczny. Prawdopodobnie większej skuteczności można byłoby oczekiwać dzięki wdrożeniu strategii oddziaływań o większej elastyczności, dostosowanej zarówno do specyfiki płci sprawcy, jak i jego profilu klinicznego. W projektowanych oddziaływaniach warto uwzględnić także role jakie zwykle pełnią sprawczynie, w szczególności role partnerskie i macierzyńskie, by zapobiec procesowi dalszej wiktymizacji.

Abstract: Diversified forms of therapeutic and social rehabilitation actions applied to male and female perpetrators of sexual abuse against children

The aim of this study was to present the specific risk factors that differentiate the male and female perpetrators of child sexual abuse, and to discuss the therapeutic effects applied to women and men who perform such acts. In particular, the conditions of application of the two therapeutic models MBT and FBT as well as the gender blind and gender bias therapy are highlighted.

The differences in both the risk factors and the specifics of acting of male and female perpetrators of sexual abuse justify the need for different therapeutic and social rehabilitation treatment of both categories. Traditional and stereotypical treatment of women involved in sexual violence as victims and subjecting them to therapies for victims is in many cases not justified, nor is the application of standard solutions typically used against male perpetrators. The actions taken towards female perpetrators require taking into account not only the specificity of their life situation, their social roles but also the complex consequences of the process of primary and secondary victimization. The actions taken against male and female perpetrators of such acts, both in isolation and outpatient settings, should not be profiled in terms of the stereotypical perception of a woman and a man entangled in sexual violence. It is therefore necessary to go beyond this stereotypical pattern and to use non-standard solutions.

Keywords: Child sexual abuse, clinical profile, risk factors, therapy, social rehabilitation.

Bibliografia

- [1] Ashfeld S., Brotherstone S., Eldridge H., 2010, *Working with female sexual offenders: Therapeutic Process Issues*, [w:] *Female Sexual Offenders; Theory, Assessment and Treatment*, (red.) T.A. Gannon, F. Cortoni, John Wiley & Sons Ltd, London.
- [2] Briere I., 1996, *Therapy for adults molested as children*, Springer, New York.
- [3] Condy S.R., Templer D.I., Brown R., Veaco L., 1987, *Parameters of sexual contact of boys with women*, "Archives of Sexual Behavior", 16.
- [4] Denov M.S., 2004, *Perspectives on female sex offending: A culture of denial*, Hampshire, England: Ashgate Publishing.
- [5] Eldridge H.J., Saradjian J., 2000, *Replacing the function of abusive behaviors for the offender: Remaking relapse prevention in working with women who sexually abuse children*, [w:] *Remaking relapse prevention with sex offenders. A sourcebook*, (red) D.R. Laws, S.M. Hudson, T. Wards, Thousands Oaks.
- [6] Finkelhor D., Hotaling G., Lewis I., A., Smiths C., 1990, *Sexual abuse In a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics and risk factors*, "Child Abuse and Neglect", 14.
- [7] Ford H., 2010, *The Treatment Needs of Female Sexual offenders*, [w:] *Female Sexual offenders: Theory, Assessment and Treatment*, (red.) T.A. Gannon, F. Cortoni, John Wiley and Sons Ltd, London.
- [8] Fromuth M.E., Conn V.E., 1997, *Hidden perpetrators: Sexual molestation in a non-clinical sample of college women*, "Journal of Interpersonal Violence", 12.
- [9] Gannon T.A., Rose M.R., 2009, *Offence-related interpretative bias in female child molesters: A preliminary study*, "Sexual abuse: A Journal of Research and Treatment", 21.
- [10] Gannon T.A., Rose M.R., Ward T., 2008, *A descriptive model of the offence process for female sexual offenders*, "Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment", 20.
- [11] Marshall W.L., Fernandez Y.M., Hudson S.M., Ward T., 1998, *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*, Plenum, New York.
- [12] Nathan P., Ward T., 2001, *Females, who sexually abused children: Assessment and Treatment issues*, "Psychology and Law", 8.

- [13] Rousseau M.M., Cortoni F., 2010, *The Mental Health Needs of female sexual offenders*, [w]: *Female Sexual Offenders: Theory, Assessment, and Treatment*, (red) T.A. Gannon, F Cortoni, John Wiley & Sons, London.
- [14] Ward T., Nathan P., Drake C.R, Lee J.K.P, Pathé M., 2000, *The Role of Formulation-based Treatment for Sexual Offenders*, "Behavior Change", 4.