ROCZNIK LUBUSKI Том 47, cz. 1, 2021 ISSN 0485-3083

DOI: https://doi.org/10.34768/rl.2021.v471.17

Kazimierz Pospiszyl*
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5833-8432
e-mail: k.pospiszyl2@upcpoczta.pl

WYZNACZNIKI SKUTECZNOŚCI TERAPII PRZESTĘPCÓW SEKSUALNYCH WYKAZUJĄCYCH CECHY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ

DETERMINANTS OF EFFECTIVENESS OF THE THERAPY OF SEX OFFENDERS WHO DISPLAY INTELLECTUAL DISABILITY FEATURES

Keywords: diagnosis methods, therapy methods: Old Me / New Me, Good Life Model.

This article presents recommendations for both the diagnosis and therapy of sex offenders with low intellectual capacity. Although this group requires separate diagnostic methods, the same therapeutic methods can be used with them as the ones which are effective for offenders without intellectual difficulties. The sexual life of people with intellectual disabilities is more difficult and complicated than their functioning in other areas of life. In the case of sexual deviant behaviour, their social perception deteriorates, social ostracism increases and, at the same time, their self-esteem decreases. This article presents several methods of diagnosing the risk of illegal and inappropriate behaviours and the likelihood of reoccurrence of prohibited behaviours experienced by the diagnosed persons. The presented therapeutic methods are Old Me / New Me – a group therapy method, popular and effective in teaching people with intellectual disabilities to evaluate appropriate and inappropriate behaviours. The

*Kazimierz Pospiszyl – profesor nauk społecznych; zainteresowania naukowe: psychologia przestępczości i psychopatologia oraz problematyka różnic płciowych.

second method is the Good Life Model. Yet another one is a method used to reveal and reinforce the good qualities present in each individual.

WYZNACZNIKI SKUTECZNOŚCI TERAPII PRZESTĘPCÓW SEKSUALNYCH WYKAZUJĄCYCH CECHY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI INTELEKTUALNEJ

Słowa kluczowe: metody diagnozy, metody terapii: Dawny Ja / Nowy Ja (*Old Me / New Me*), Model Dobrego Życia (*God Life Model*)

Artykuł prezentuje rekomendacje dotyczące zarówno diagnozowania i terapii przestępców seksualnych o niskim poziomie intelektualnym. Grupa ta wymaga odrębnych metod diagnostycznych, natomiast mogą być wobec niej stosowane te same metody terapii, które są skuteczne wobec przestępców bez trudności intelektualnych. Życie seksualne osób z niepełnosprawnością intelektualną jest trudniejsze i bardziej skomplikowane niż ich funkcjonowanie w innych obszarach życia. W przypadku zachowań dewiacyjnych na tle seksualnym pogarsza się ich społeczny odbiór, wzrasta ostracyzm społeczny a jednocześnie spada ich własna samoocena. Artykuł przedstawia kilka metod diagnozy ryzyka zachowań niezgodnych z prawem i obyczajem oraz prawdopodobieństwa ponownego wystąpienia zabronionych zachowań, które były udziałem diagnozowanych osób. Prezentowanymi metodami terapeutycznymi są Dawny Ja / Nowy Ja (*Old Me / New Me*) – metoda terapii grupowej, popularna i skuteczna w uczeniu osób z niepełnosprawnością intelektualną oceniania zachowań właściwych i niewłaściwych. Drugą jest Model Dobrego Życia (*Good Life Model*). Kolejną jest metoda służąca wydobyciu i wzmacnianiu dobrych cech, obecnych w każdej jednostce.

Wprowadzenie

Podobnie, jak całe zachowanie się osób z niesprawnością intelektualną różni się pod wieloma względami od osób niewykazujących podobnych cech, tak samo nieco odmiennie kształtuje się u nich, zarówno wchodzenie w dorosłość, jak i w jeden z definicyjnych obszarów tej dorosłości, jaką jest aktywność seksualna.

Ogólnie rzecz ujmując życie seksualne osób z niesprawnością intelektualną, łączy się z daleko większą dozą utrudnień i zawiłości niż w przypadku innych dziedzin społecznego funkcjonowania. W odniesieniu natomiast do dewiacyjnego lub/i przestępczego funkcjonowania takich osób sprawa się,

na domiar złego, dodatkowo jeszcze komplikuje i to z dwóch zazębiających się powodów, po pierwsze, wpływa na znaczne pogorszenie i tak nie najlepszego, ogólnego wizerunku społecznego osób o obniżonej sprawności, a po drugie na, wypływające z ostracyzmu społecznego, znaczne obniżenia poziomu samooceny u tych osób.

Zasygnalizowane powyżej trudności i komplikacje kładą swe piętno także na niezbędnej terapii i resocjalizacji osób wykazujących niepełnosprawność intelektualną, które popełniają przestępstwa seksualne, omówieniu dwóch takich, bardzo ważnym problemów, poświęcam ni mniejszy artykuł. Najpierw poświęcę uwagę diagnozie stanowiącej, jak wiadomo, podstawę skutecznej terapii, a która przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną zawierać musi wiele specyfik to, zarówno w zakresie w miarę precyzyjnego stopnia oceny zarówno poziomu ryzyka wystąpienia przestępczych postaci zachowania się, jak i niebezpieczeństwa powrotu do tego, prawem i obyczajem, zakazanego postępowania, po uwieńczonej sukcesem terapii.

W drugiej części artykułu postaram się ukazać jedną z najbardziej popularnych, a zarazem skutecznych, postaci terapii, szczególnie w odniesieniu do przestępców seksualnych wykazujących niepełnosprawność intelektualną, jaką jest popularny Model Dawny Ja/Nowy Ja (O*ld Me ? New Me).*

Na wstępie obecnych rozważań muszę jeszcze wspomnieć o ważnej prawidłowości ogólnej natury: Otóż będący przedmiotem obecnych rozważań problem terapii przestępców seksualnych wykazujących cechy niepełnosprawności intelektualnej stanowi trzeci etap rozwoju poglądów i praktyk. Pierwszym, podstawowym, a w każdym razie historycznie najstarszym etapem pomysłów i praktyk resocjalizacyjnych były oddziaływania na przestępców, bez ich specyfikacji Etapem drugim, wynikającym z bardziej skutecznego, zróżnicowanego traktowania *(differential treatmentt)* poddawanych zabiegom psychokorekcyjnym podopiecznych, stanowiło uzależnienie strategii i technik terapeutycznych od rodzaju i sposobu popełnianego przez niech przestępstwa i na tym etapie powstała, bardzo już dzisiaj rozbudowana i wyspecjalizowana, terapia przestępców seksualnych, która jednak – o czym należy na każdym kroku pamiętać – wcale nie wzięła rozbratu z prawami psychologicznymi leżącymi u podłoża wcześniejszych poczynań w tym przedmiocie.

Trzecim natomiast etapem rozwoju oddziaływań terapeutycznych jest opracowanie sposobów i metod terapeutycznych dostosowanych do specyficznych potrzeb przedstawicieli „specjalnych populacji", do których zaliczane są także osoby o różnych postaciach niepełnosprawności. Wspominam o tych sprawach z dwóch, ważnych, powodów: po pierwsze, referując poniżej oddziaływania na przestępców seksualnych wykazujących cechy niepeł-

nosprawności intelektualnej, zmuszony będę odwoływać się do metod stosowanych zarówno do ogółu przestępców, jak i do przestępców seksualnych niewykazujących cech niepełnosprawności intelektualnej. Po drugie – o czym warto pamiętać – opisywane poniżej metody diagnostyczne i terapeutyczne opracowane na użytek skutecznej terapii osób niepełnosprawnych, w wielu przypadkach stosowane być mogą zarówno do terapii przestępców seksualnych niewykazujących cech niepełnosprawności, jak i do wszystkich poddawanych terapii osób łamiących prawo.

Ocena ryzyka i operatywności osób z rozwojowymi i intelektualnymi ograniczeniami popełniających przestępstwa seksualne

Jako podtytuł tej części artykułu przytoczyłem nazwę najbardziej – jak do tej pory – diagnostycznej skali oceniającej u osób z niepełnosprawnością intelektualną podatność na przestępstwa seksualne, stopień niebezpieczeństwa powrotności do tej aktywności oraz – co jest szczególnie ważne – wyznaczającej kierunek i sposób poczynań terapeutycznych. Angielska nazwa tej metody brzmi: *Assessment of Risk and Manageability for Individuals with Developmental and Intellectual Limitatios who Sexual Offend.*, Metoda ta znana jest najczęściej pod skrótem: ARMIDILO-S.

Impulsem powstania wspomnianej powyżej metody, jak i wielu innych, była wydana pod koniec ubiegłego stulecia, a dokładnie w 1996 roku, książka: *The Psychology of Criminal Conduct*, napisana przez Davida Adamsa (profesora Cornel University w Ottawie) oraz Jamesa Bonty'ego (pracownika Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego Kanady). W książce tej przedstawiono m.in. trójczłonowy model diagnostyczno-resocjalizacyjny dla przestępców, który okazał się bardzo popularny na całym niemal świecie.

Model ten nazwano: Ryzyko – Potrzeby – Odpowiedzialność *(Risk – Reed – Responsivity*, znany pod skrótem RNR., omówiłem go obszerniej w innym miejscu (por. Pospiszyl 2020), dlatego obecnie nadmienię tylko o tym, że wspomniana już popularność tego pomysłu wynika głównie z położenia nacisku, na precyzyjnej diagnozie, zarówno genezy, czyli ryzyka przestępczości, niebezpieczeństwa ewentualnego powrotu do niej (po zakończeniu skutecznej terapii), jak i oceny „potrzeb kryminalnych", czyli tych składników przestępczego behawioru, które stanowią dla danego osobnika szczególną atrakcję, ponieważ stanowią zaspokojenie jego, niespełnionych (w praworządny sposób) potrzeb.

Popularność modelu RNR stała się przyczyną powstawania, coraz to nowych i bardziej precyzyjnych skal i to nie tylko dotyczących ogółu przestępców, ale także i tych podopiecznych, którzy wymagali specjalnego potraktowania, zaczęły się więc także pojawiać metody przeznaczone do oce-

ny przestępców seksualnych. Spośród wielu takich technik diagnostycznych najbardziej diagnostyczną okazała się skala *Static 99*, jej trafność waha się w granicach 0,76-0,77 (przy 100 – w przypadku całkowitej trafności). Pierwszą wersję tej skali jej autorzy, czyli: Karl Hanson i David Thornton opublikowali w 1999 roku, stad jej nazwa.

Metoda stanowiła ulepszenie nieco wcześniejszej skali, opracowanej przez Karla Hansona w 1997 roku, a mianowicie: *Rapid Risk Assesment for Sexual Offender Recidivism (RASOR),* czyli Skala Szybkiej Oceny Recydywy u Przestępców Seksualnych, która to metoda osiągała trafność na poziomie 0,68.

Skala *Static 99* została poszerzona i zmodyfikowana w roku 2003 przez powiększony o połowę zespół autorów, do którego należeli: Andrew Harris, Amy Phoenix, Karl Hanson i David Thornton. Jej wartość dla naszych psychologów jest tym większa, że została ona przetłumaczona, a także dostosowana do warunków polskich, przez Filipa Szumskiego z Zakładu Seksuologii Klinicznej i Społecznej Uniwersytetu A. Mickiewicza w Poznaniu.

Skala ta jest stale modyfikowana uzupełniana i doskonalona, ostatnia, znana mi wersja pochodzi z roku 2016, została ona dokonana w nieco zmienionym składzie autorów, a mianowicie: Amy Phoenix, Yolanda Fernandez, Andrew J. R. Harris, Leslie Maaike Helmus, Karl Hanson i David Thornton.

Niedługo potem skala ta doczekała się specjalnej wersji, przeznaczonej do badań przestępców seksualnych, wersja ta nosi nazwę *Sex Violence Risk 20(SVR-20)*, jej autorami są Douglas R. Boer, Stephen D. Hart, P. Randall Kropp, Christopher D. Webster (2005) Ustalony na podstawie metaanaliz z 44 badań tą skalą wskaźnik jej trafności osiągnął poziom 0,75. Pierwsza wersja stanowiącej przedmiot obecnych rozważań skali oszacowań ARMIDILO-S, jako wyspecjalizowanej metody przeznaczonej do badania mężczyzn z niepełnosprawnością intelektualną, którzy popełniają przestępstwa seksualne, powstała w 2004 roku, jej autorami byli: Douglas P. Boer, Susan Tough i James Haaven. Autorzy ci podkreślają, że zadanie ich nie polegało na modyfikacji i adaptacji skal stworzonych dla mainstreamu (ogółu) przestępców seksualnych, lecz na stworzeniu techniki diagnostycznej służącej do wykrycia specyficznych cech i właściwości osób niepełnosprawnych.

Głównym przeto zadaniem tej skali była konieczność uwzględnienia w ocenie, zarówno wielu specyfik dotyczących samych osób z niepełnosprawnością intelektualną, jak i cech otoczenia społecznego i fizycznego, w jakim przebywają, a które to cechy mogą mieć (bezpośredni lub pośredni) wpływ na powstawanie u tych ludzi podatności na przestępstwa seksualne oraz ryzyka powrotności do tego procederu (po ukończeniu skutecznej terapii). Bardzo także ważnym celem omawianej metody stanowi poznanie specyficz-

nych „upodobań kryminalnych" badanych, które stanowić mogą niezbędny drogowskaz, stosowanych wobec nich, koniecznych poczynań terapeutycznych.

Od wspomnianego powyżej czasu powstania pierwszej postaci ARMIDILO-S następowały po sobie liczne modyfikacje tego narzędzia diagnostycznego, co ewidentnie świadczy o jego potrzebie i popularności. Obecny kształt omawianej metody ustalony został w roku 2013, w stosunku do postaci pierwotnej zawiera on nie tylko znaczne poszerzenie i doprecyzowanie poszczególnych itemów, lecz także znaczne poszerzenie liczby jego autorów, a mianowicie: Douglas P. Boer, James L. Haaven, Frank Landbrick, William R. Lindsay, Keith R. McVilly, Joseph Sakadalan i Matt Frize.

Do najważniejszych innowacji wprowadzonych w poszerzonej wersji ARMIDILO-S należy: doprecyzowanie nazw poszczególnych objawów zachowania się badanego, poprzez dostosowanie ich do określeń przyjętych w DSM V, znaczne poszerzenie ilości cech opisujących ofiarę, a także dokonano znacznie precyzyjniejszego wyskalowania obrazu emocjonalnego stosunku badanego do osób z jego bliższego i dalszego otoczenia.

Warto wspomnieć, że zachętą do prac nad doskonaleniem ARMIDILO-S, były wyniki badań Janine Blacker i innych (2011) nad 88 mężczyznami, których iloraz inteligencji mieścił się w granicach 70-80 IQ, popełniającymi przestępstwa seksualne, z których to badań wynikało, że skala ta posiada całkowicie dobry wskaźnik rzetelności, wahający się w przedziale 60 do 73. (na 100 punktów możliwych).

Ponieważ metoda ta pozostaje w stałym, intensywnym, użyciu, naturalnymi niejako tego konsekwencjami są jej dalsze korekty i uściślenia, ostatnia wersja, jaką znalazłem w Internecie, pochodzi z 2019 roku. W aktualnej postaci technika diagnostyczna ARMIDILO-S przeznaczona jest (z założenia) do badania dorosłych mężczyzn, powyżej 18 roku życia, popełniających przestępstwa seksualne, których IQ mieści się w przedziale od 70, do 80. Ponieważ jednak – jak do tej pory jest to najbardziej precyzyjna metoda określania ryzyka przestępczości u osób z niepełnosprawnością intelektualną, stosuje się ją jednakowo do osób poniżej 70 IQ, a także poniżej 18 roku życia. Zapowiadane są natomiast nowe wersje owej metody, przeznaczone dla kobiet i młodzieży.

Dla zrozumienia istoty omawianej obecnie metody ARMIDILO-S ważne jest to, że należy ona do typu skal diagnostycznych, określanych jako „akwituarialne", co – najogólniej ujmując, polega na „na indeksacji zdarzeń i faktów mających wpływ na dane zjawisko" (Boer 2017, s. 1291). Dokładniej rzecz tę omówiłem w cytowanej już pracy (Pospiszyl 2020) obecnie wspomnę natomiast tylko, że tak, jak w typowych kwestionariuszach psy-

chologicznych nacisk położony jest na (ulotnych dosyć) kategoryzacjach wypowiedzi i reakcji, tak w skalach, czy indeksach, akwitarialnych punkt ciężkości koncentruje się na „precyzji i dokładności opisu danego zjawiska, czy też ewidentnie obserwowalnych faktów i wydarzeń" (Boer 2017, s. 1293).

Wspominam o tym, ponieważ – z jednej strony skale, czy raczej indeksy, akwitarialne, są dosyć obiektywne (o czym już kilkakrotnie wspominałem), a z drugiej (co jest podkreślane jako ich zaleta) nie wymagają „stopni akademickich" do posługiwania się nimi, „mogą je stosować (czyli wypełniać i interpretować) wszyscy ci, którzy potrafią obserwować i wyciągać wnioski" (ibidem). Aby jednak nie przesadzać z optymizmem, nadmienić muszę, że skale te, obok wielu zalet, kryją w sobie niebezpieczeństwo, którego jednak omówienie oddaliłoby znacznie od tematu obecnych rozważań, pisałem o tym w innym miejscu (Pospiszyl 2017).

ARMIDILO-S składa się z czterech podskal, wyróżnionych na podstawie dwóch kryteriów: pierwszym jest stopień dynamiczności danej cechy lub zjawiska, na tej podstawie wyróżnia się fakty stabilne *(static)* i gwałtownie zmienne *(acute)*. Z kolei fakty te dzielone są na te, które dotyczą właściwości indywidualnych badanego (klienta), czy też otoczenia, w jakim przebywa. Tym sposobem mamy do czynienia z następującymi, czterema podskalami: 1. stabilne cechy indywidualne, 2. zmienne cechy indywidualne, 3. stabilne cechy otoczenia i 4. zmienne cechy otoczenia.

Każda z tych podskal posiada osobny protokół zapisu uzyskanych informacji oraz instrukcji dotyczących ich uzyskiwania przedstawionych według następującego porządku: 1. Określenie (definicja) danej cechy lub zjawiska, 2. Przykładowe pytania, jakie mogą służyć do uzyskania owych informacji, 3. Lista cech, faktów lub wydarzeń wchodzących w zakres danego itemu, których nasilenie oceniane jest na trzystopniowej skali. Poniżej przedstawiam wykaz itemów wchodzących w skład poszczególnych podskal:

I. Stabilne cechy indywidualne podopiecznego:
1. akceptacja opiekunów oraz postawy wobec terapii, 2. stopień nasilenia dewiacji seksualnych, 3. nasilenie popędu seksualnego, 4. stopień opanowania 5. towarzyskość, 6. impulsywność, 7. skłonność do zażywania substancji psychoaktywnych, 8. ocena zdrowia psychicznego, 9. cechy wyjątkowe i styl życia.

II. Zmienne cechy indywidualne podopiecznego:
1. częstotliwość zmian nastrojów w stosunku do osób nadzorujących i prowadzących terapię, 2. stopień nasilenia zmian w zakresie rodzaju i nasilenia zainteresowań seksualnych, 3. zmiany w zakresie stosunku do ofiary, 4. częstotliwość zmian nastrojów, 5. przemiany w umiejętnościach radzenia sobie z trudnościami, 6. zmiany w upodobaniach i stylu życia.

III. Stabilne właściwości otoczenia:
1. postawy wobec niepełnosprawności intelektualnej badanego, 2. stopień intensywności komunikacji z otoczeniem, 3. rodzaje i poziom opieki nad badanym, 4. adekwatność i skuteczność nadzoru nad podopiecznym, 5. szczególne względy wobec podopiecznego.

IV. Zmienne cechy otoczenia:
1. częstotliwość zmian w kontaktach z innymi ludźmi, 2. stopień stabilności w nadzorowaniu i kontrolowaniu zachowania się badanego, 3. zmiany w zakresie sytuacji życiowych podopiecznego, 4. zmienność nastawień wobec ofiary, 5, przemiany w szczególnych złagodzeniach i obostrzeniach kontroli nad zachowaniem się podopiecznego.

Każdy przedstawiony powyżej item oceniany bywa, na podstawie trzystopniowej skali szacunkowej w dwóch podstawowych wymiarach: 1. stopnia ryzyka powrotności do przestępstwa oraz: 2. kierunku i nasilenia oddziaływań resocjalizacyjnych. Ten drugi, ważny punkt oszacowań wsparty bywa konkluzją końcową, zamykającą protokół opisujący ocenę każdego itemu, która dotyczy spraw „najbardziej godnych uwagi" *cautionary note*, czyli tego, od czego należy zacząć oddziaływania resocjalizacyjne i jak oraz jakimi metodami prowadzić terapię.

Opis sugerowanych poczynań resocjalizacyjnych (nie tylko terapeutycznych) przedstawiony bywa w „protokole końcowym", stanowiącym nieodzowny element postępowania diagnostycznego; w którym to protokole psycholog oceniający dane wynikające z szacunkowej oceny każdego punktu wchodzącego w skład danego itemu, przedstawia najbardziej odpowiednie, jej, czy jego zdaniem, metody oddziaływań psychokorekcyjnych.

Terapia jako droga odzyskania godności osób wykazujących cechy niepełnosprawności

Zanim przejdę do zapowiedzianego we wstępie omówienia najbardziej skutecznego modelu terapii przestępców seksualnych wykazujących cechy niepełnosprawności intelektualnej, wspomnieć muszę o kilku sprawach natury ogólnej.

Przede wszystkim, w przypadku terapii osób z niepełnosprawnościami najważniejszym zadaniem jest podwyższenie ich, zazwyczaj zaniżonej samooceny. Każde odstępstwo od normy (faktyczne, czy wyimaginowane!) skutkuje mniejszym lub większym, poczuciem mniejszej wartości. Nie zawsze, co prawda, staje się to widoczne, w najczęściej spotykanej postaci zahamowania i wycofywania się, nierzadko bowiem występują, jako objawy niskiej samooceny, kompensacyjne postacie zachowania się, jako jeden

z głównych mechanizmów obronnych, ale to nie zaprzecza wspomnianej powyżej, ogólnej prawidłowości.

Dlatego też wszelkie skuteczne metody terapii osób wykazujących cechy niepełnosprawności zawierają takie elementy, które służą podniesieniu poziomu samooceny, nie inaczej jest w przypadku oddziaływań psychokorekcyjnych na przestępców seksualnych o obniżonej sprawności intelektualnej. Dobrym przykładem tego, jak ważny jest podkreślany obecnie problem w skuteczności oddziaływań resocjalizacyjnych, a szczególnie w przypadku oddziaływań na osoby z niepełnosprawnością, stanowi wielka popularność opracowanego przez Thomasa P. Keaninga (2000) programu resocjalizacyjnego dla przestępców seksualnych wykazujących cechy niepełnosprawności intelektualnej, któremu autor ten nadał nazwę „Respekt", aby podkreślić główne jego przesłanie, jakim jest budzenie upragnionego respektu, przede wszystkim do osoby poddawanej zabiegom psychokorekcyjnym. Ponieważ program ten został przedstawiony w innym miejscu (por. Pospiszyl 2008) dlatego też obecnie poświęcę uwagę tym modelom oddziaływań, które oparte są na bazie bardzo dokładnych i precyzyjnych skal akwitarialnych, czyli takich, jak omawiana w pierwszej części artykułu ARMIDILO-S.

W poprzedniej części artykułu wspominałem, że inicjatorami wprowadzenia skal akwitariańskich do programów terapii przestępców byli twórcy modelu Risk – Need – Responsivity (RNR), czyli Ryzyko – Potrzeby – Odpowiedzialność, oni też zaproponowali najbardziej odpowiedni, ich zdaniem, sposób oddziaływań psychokorekcyjnych, czyli terapię kognitywno-behawioralną, która następnie, w miarę coraz to większej popularności tego modelu, przybierała nowe, doskonalsze postacie (por. Pospiszyl 2020).

Na bazie tego modelu powstał, równie atrakcyjny model, o wdzięcznej nazwie: Model Dobrego Życia" *(God Life Model),* czyli GLM, który to model zdaniem wspominanego w poprzedniej części artykułu współtwórcy skali ARMIDILO-S, Duglasa P. Boera, „zrewolucjonizował terapię przestępców seksualnych poprzez konsekwentne wprowadzenie teoretycznie uzasadnionej zasady pozytywnego myślenia do praktyki życiowej" (Boer 2017, s. 12288). Uznanie tego autora dla GLM wynika głównie z tego, że cała filozofia oddziaływań w ramach tego modelu skupia się nie tylko na uczynieniu z poddawanego zabiegom terapeutycznym przestępcy praworządnego, lecz także (a nawet przede wszystkim!), szczęśliwego człowieka! Ten bardzo optymistyczny akcent jest szczególnie istotny w terapii osób z niepełnosprawnościami, którym należy przywrócić także wiarę we własne możliwości i nadzieję na ciekawe i szczęśliwe życie.

Zanim jednak poświęcę uwagę opartemu na podobnych przesłankach modelowi oddziaływań terapeutycznych, szczególnie odpowiadającemu te-

rapii przestępców seksualnych wykazujących cechy niepełnosprawności intelektualnej, podkreślić muszę bardzo istotny fakt natury ogólnej. Otóż tak jak istnieje, podkreślana w poprzedniej części artykułu, konieczność stworzenia dla tych osób specjalnych narzędzi diagnostycznych, tak w przypadku oddziaływań terapeutycznych warunek ten nie jest konieczny.

Oznacza to, że – na przykład – wspominaną terapię kognitywno-behawioralną, we wszystkich jej nowoczesnych wcieleniach, czy metody nauki spełniania podstawowych potrzeb, realizowane w Modelu Dobrego Życia mogą być stosowane zarówno wobec *mainstreamu* przestępców, jak i do przestępców z niepełnosprawnością intelektualną. Oczywiście, w przypadku oddziaływań grupowych, a te są dzisiaj najczęstsze, musi być zachowana zasada względnej homogeniczności owych grup.

Wcale to jednak nie wyklucza, że niektóre modele terapii szczególnie dobrze sprawdzają się w odniesieniu do podopiecznych o cechach specjalnych, tak jest w przypadku modelu Dawny Ja/Nowy Ja *(Old Me/New Me),* którego zastosowanie daje najlepsze rezultaty w przypadku oddziaływań psychokorekcyjnych na przestępców seksualnych o obniżonej sprawności intelektualnej. Wynika to najprawdopodobniej z uplastycznienia koniecznej przemiany „dawnego, a zarazem «złego ja»" w „dobrego i «szczęśliwego ja»".

Jednym z najważniejszych i najbardziej sugestywnych, argumentów uzasadniających konieczność takiej przemiany jest immanentne łączenie „dawnego ja" nie tylko z całą gamą utrudnień, a nawet dolegliwości, lecz także, a nawet przede wszystkim, z potępieniem, oraz odtrąceniem i pogardą ze strony otoczenia, na co – jak to już podkreślałem – osoby z niepełnosprawnością są szczególnie wyczulone; przy równoczesnym przekonującym eksponowaniu przekonania o dobrostanie związanym z „nowym ja", którego cechą najważniejszą jest wzrost czynnika aprobaty społecznej.

Twórcą tego modelu był James Haaven, który jego pierwszą wersję opublikował w 2006 roku. Model ten opiera się na podstawowym założeniu pozytywnej psychologii, które m.in. zakłada, że w każdym człowieku istnieje siła wewnętrzna, która podtrzymywana i wzmacniana skutecznymi metodami, potrafi zdominować, a nawet wyeliminować, nieobce także złe skłonności. W anglojęzycznej literaturze poświęconej resocjalizacji podejście takie nazywa się *strenght base approach.*

Omawiany model posiada cztery podstawowe cechy: 1. głównym sposobem oddziaływania jest psychodydaktyka, 2. nastawiony jest nie tylko na zmianę zachowania się podopiecznego, lecz także – a nawet przede wszystkim – na przemianę jego całej struktury mentalnej, 3. podstawowym celem oddziaływań jest podwyższenie samokontroli i 4. działania naprawcze wobec podopiecznego muszą być jasne i przekonujące.

Ponieważ głównym przeznaczeniem modelu jest zapobieganie powrotności do przestępstwa, podstawowym zadaniem operacyjnym jest nauka rozpoznawania przez podopiecznego okoliczności i sytuacji mających wpływ na powstawanie zachowania przestępczego. Konieczna jest także niezbędna umiejętność odróżniania sytuacji i okoliczności mających wpływ bezpośredni i pośredni oraz odroczony. Oddziaływania nie mogą ograniczyć się jedynie do ostrych zakazów unikania takich, kryminogennych sytuacji, polegać zaś muszą na wytwarzaniu u poddawanych terapii osób, wewnątrzsterownych mechanizmów unikania tych sytuacji.

System natychmiastowych nagród, np., w postaci ocen punktowych lub innych bezpośrednich wzmocnień „może być jedynie początkiem, a nie celem samym w sobie oddziaływań terapeutycznych, którego prawdziwym zadaniem jest budzenie i utrwalanie wewnętrznej struktury motywacyjnej, stanowiącej najlepszą zaporę przed zgubnymi impulsami" (Haaven 2006, s. 73).

Jak już wspominałem, skuteczność modelu Dawny Ja/Nowy Ja wypływa z faktu w miarę dokładnego sprecyzowania, co i jak należy zmienić w czasie uczestnictwa w jego stosowaniu oraz jakimi sposobami i przy czyjej pomocy można to uczynić. Z tej to racji fundamentalnego znaczenia nabiera konieczność ustalenia klarownego planu oddziaływań oraz konsekwentnego przestrzegania ustalonego porządku tych poczynań. Oddziaływania w modelu Dawny Ja/Nowy Ja przebiegają w czterech, kolejnych fazach.

Pierwszą z nich jest faza wstępna, „bądź gotów" *(get ready)*, która zaczyna się od ustalenia ogólnego planu poczynań: *get ready plan,* którego podstawą jest właściwy dobór i przygotowanie podopiecznych do trudnej pracy nad gruntownym przekształceniem swego dotychczasowego zachowania się. W tym celu należy, po pierwsze zakwalifikować do uczestnictwa w terapii podopiecznych wykazujących nieprzymuszoną wolę uczestnictwa w programie oddziaływań, zaś personel wspomagający, poinstruować należy, w jaki sposób wzmacniać motywację podopiecznych do kontynuowania podjętych zadań i jak wspomagać w tym niełatwym przedsięwzięciu.

Na początku tego planu należy wspólnie ustalić trzy, podstawowe cele: 1. dokonać, w miarę dokładnego, ustalenia negatywnych postaci zachowania się (uczynków) składających się na wizerunek „dawnego ja", 2. sporządzić równie dokładny i precyzyjnie ukazany wykaz pozytywnych postaci zachowania się, znamionujących pożądany obraz „nowego ja" i 3. najważniejszy, ukazać podopiecznym, jakimi sposobami i przy czyjej pomocy, dokonać można tej ważnej i niezbędnej przemiany.

Po wprowadzeniu podopiecznych w problematykę podejmowanych oddziaływań terapeuta musi ustalić kilka, niezbędnych warunków dotyczących i przebiegu tych oddziaływań, a przede wszystkim: konieczność obecności

na każdym spotkaniu, w czasie sesji mówić może tylko jedna osoba i w żaden sposób nie należy jej przeszkadzać, wszyscy członkowie grupy muszą wzajemnie się wspierać, każda wypowiedź musi być szczera i niekłamana, każdy członek grupy musi starać się być obiektywny w przypadku zarówno oceny siebie i swego zachowania się, jak i w przypadku osądzania innych osób i wreszcie, każdy uczestnik terapii, dla własnego dobra i „dobrego imienia" pozostałych członków grupy, musi zachowywać tajemnicę, odnośnie do podawanych w wypowiedziach faktów i zdarzeń.

Po odpowiednim przygotowaniu i wprowadzeniu podopiecznych następuje druga, i, można tak powiedzieć, zasadnicza, faza oddziaływań, zwana: „przygotuj się" (*get set*), a – mówiąc dokładniej – „przygotuj się do właściwego życia!" Kanwą, na jakiej tkane są przeplatane wątki oddziaływań terapeutycznych, są analizy losów życia i najważniejszych w nich wydarzeń poszczególnych członków grupy, przedstawianych podczas kolejnych sesji. Zadaniem terapeuty prowadzącego te spotkania jest takie ukierunkowanie pytań (zarówno z jego strony, jak i umiejętne nakierowywanie pytań i komentarzy ze strony członków spotkania), aby uzyskać jak najwięcej informacji odnośnie do przebiegu karygodnych sekwencji wydarzeń, oraz ich oceny, ze strony sprawcy, osób biorących udział w spotkaniu terapeutycznym.

Prowadzący terapeuta powinien także sprawować pieczę, zarówno nad strukturą, jak i klarownością wypowiedzi podopiecznych ukazujących dzieje swego, najczęściej wyboistego, życia, a także nad jasnością tych wypowiedzi. Przede wszystkim opowiadający powinien konsekwentnie trzymać się chronologii przedstawianych wydarzeń, nie może mieszać wydarzeń z dzieciństwa z wydarzeniami z późniejszych okresów życia. Najuważniejsze jednak jest to, aby narrator w miarę dokładnie przedstawił przebieg popełnianych przezeń czynów przestępczych, oraz ich ocenę! Analiza tego osądu wydarzeń stanowi zasadniczo esencję oddziaływań terapeutycznych, ona bowiem powinna przesądzić o kierunku „przeciągnięcia struny mentalnej" w kierunku dobra lub zła, a tym przypadku: „dawnego ja, w nowe ja".

W takim, najważniejszym dla skuteczniej terapii punkcie, wystąpić może poważny problem, szczególnie częsty w przypadku osób z niepełnosprawnością intelektualną, polegający na ich nierzadko ograniczonych możliwościach w zakresie werbalizacji, zarówno przebiegu określonych wydarzeń, jak i przeżyć, które po nich następują. W takich przypadkach terapeuta powinien, na różne sposoby, starać się pomóc opowiadającemu; może mu zaproponować jakąś wersję opisu tych zjawisk, odwołać się do pomocy pozostałych członków grupy, lub/i zaproponować porównanie opisywanego zdarzenia i jego oceny z wydarzeniami przedstawianymi w popularnych filmach, czy serialach. Jak wiadomo, sprawa ta jest niezwykle ważna, po-

nieważ precyzja oceny danego faktu, czy zjawiska, wiąże się bezpośrednio z jego głębszym zrozumieniem.

Wspomniana powyżej praca nad uprecyzyjnieniem i wycieniowaniem opisu niepożądanych zdarzeń i ich osądu, naturalnym biegiem rzeczy, zmierza do lepszego ich zrozumienia, głębszego przeżycia, a w konsekwencji, do otwarcia się (*disclosure)*, które przebija niejako wytworzoną poprzednio skorupę ochronną, którą otorbia się przestępca, próbując na różne sposoby, racjonalizować swoje karygodne zachowanie się, złudnym przekonaniem, że jego postępowanie zostało ono sprowokowane przez ofiarę lub też przez sytuację. Takie otwarcie na podzielenie się z innymi ludźmi swymi przemyśleniami i wątpliwościami „stanowi przełomowy moment terapii, wyzwalający potrzebę przemiany «dawnego w nowego ja»" twierdzi Andrew Jahoda (2016, s. 96).

Otwarcie się stanowi symboliczną bramę do trzeciej fazy oddziaływań, zwanej: „wejdź na scenę" (*go stage*), tu, oczywiście też musi być rozwinięcie tego określenia, chodzi bowiem o „wejście na scenę życia" i to wkroczenie na tę scenę w możliwie jak najlepszym stylu. Główny punkt ciężkości oddziaływań czynionych w tej fazie skupia się na poznawaniu i ćwiczeniu „zręczności społecznych" (*social skills*), które oznaczają mniej więcej to, co nasze „dobre maniery", a także, przede wszystkim, na wpojeniu podopiecznym, że tymi „zręcznościami" osiągnąć można wiele, bez naruszenia prawem i zwyczajem nakazanych norm społecznych.

Owe ćwiczenia mogą odbywać się niejako w dwóch wymiarach, po pierwsze poprzez analizę różnych zdarzeń z życia opowiadających, a szczególnie tych, które stały się przyczynami ich kłopotów i ostracyzmu ze strony otoczenia. Przy pomocy terapeuty i pozostałych członków grupy opowiadający swe dzieje znajdować powinien inne, lepsze sposoby „rozegrania" tych sytuacji. Drugi sposób nauki dobrych manier jest ich, w miarę plastyczny opis na kanwie zachowania się innych, znanych podopiecznemu osób, albo też poprzez ukazanie ich w sugestywnych scenach z obrazów filmowych i teatralnych.

W trakcie tych ważnych oddziaływań, należy podopiecznym głęboko wpoić przekonanie, że owe „zręczności są sposobem, a nie celem życia, prawdziwym bowiem ich przeznaczeniem jest zdobycie możliwie dużej liczby szczerych przyjaciół", co podkreśla twórca omawianego modelu J. Haaven (2006, s. 103), autor ten mówi także o idealnym „kwadracie zabezpieczeń" społecznych, w którego skład wchodzą cztery rodzaje podtrzymujących związków z innymi ludźmi: 1. z przyjaciółmi z dzieciństwa, 2. członkami rodziny, 3. romantycznymi kochankami i wreszcie 4. z koleżankami (lub kolegami) z pracy, wojska lub ze szkoły.

Ponieważ, najczęściej poddawani oddziaływaniom terapeutycznym podopieczni nie potrafią sobie stworzyć takiego, idealnego społecznego zabezpieczenia ze strony innych osób, należy koniecznie pomóc im w zjednywaniu sobie przyjaciół, a w każdym razie ludzi życzliwych, bez takiej umiejętności nie staną się „nowym, dobrym ja"!

Zakończeniem przedstawianych obecnie oddziaływań jest ich czwarta faza, zwana: „tak trzymaj" (*keep going*), w której czasie realizowane są ćwiczenia utrwalające zdobyte wcześniej „zręczności społeczne", a także bardzo potrzebne umiejętności rozpoznawania sytuacji mogących wywoływać zgubne skutki powrotu z trudem przezwyciężonych rodzajów przestępczego zachowania się.

Refleksje końcowe

Najważniejszym zadaniem podsumowania zaprezentowanych powyżej informacji wydaje się uzasadnienie potrzeby specjalnego potraktowania przestępców seksualnych wykazujących cechy niepełnosprawności intelektualnej. Rzecz ta jest tym bardziej istotna, że – jak to podkreślałem poprzednio – ta ekskluzywność dotyczy przede wszystkim postępowania diagnostycznego, a w nieco mniejszym stopniu oddziaływań terapeutycznych.

Otóż zasadnicza przyczyna tych prawidłowości zdaje się tkwić w tym, że osoby wykazujące cechy niepełnosprawności intelektualnej mają nieco inną percepcję otaczającej rzeczywistości, co powoduje mniej precyzyjne dostosowanie się do jej złożoności. Dotyczy to przede wszystkim tak subtelnych i złożonych mechanizmów, jak te, które decydują o wyborach moralnych. Inaczej mówiąc osoby wykazujące cechy niepełnosprawności intelektualnej, nierzadko postępują niewłaściwie nie dlatego, że są zdemoralizowane, tylko z tej racji, że nie do końca rozumieją złożoności wielu praw wyznaczających poprawność postępowania, szczególnie w tak złożonej materii, jak odczucia i spełnienia miłosne. W takich to przypadkach mówi się nawet o „pozornej dewiacji", (por. D. Griffiths, D. Hingsburger, J. Hoath i S. Ioannou (2013)). dlatego też bardzo dokładne skale diagnostyczne (takie, jak omawiana w pierwszej części obecnego artykułu skala ARMIDILO-S) stanowią tak ważne narzędzie diagnostyczne, pozwalające na ocenę, w jakim stopniu i zakresie mamy do czynienia z faktyczną, a w jakim z pozorną dewiacją.

Nieco inaczej jest w przypadku oddziaływań terapeutycznych, których zadaniem jest m.in. wyczulenie na właściwy i czuły odbiór sygnałów w różnych kontekstach i układach sytuacyjnych. W takim przedsięwzięciu najlepsze jest bardzo zróżnicowane podejście, co – jak się okazuje – najlepiej spełnia terapia grupowa, która w naturalny sposób zapewnia różnorakość oddziaływań, przy równoczesnym zogniskowaniu się na ćwiczeniach w za-

kresie właściwego funkcjonowania człowieka wśród ludzi.

Takie cele oddziaływań nie różnicują osób wykazujących cechy niepełnosprawności intelektualnej od takich, które nie przejawiają podobnych przypadłości, umiejętność zjednywania sobie towarzyszy i przyjaciół stanowi bowiem drogę do właściwego funkcjonowania społecznego u wszystkich, bez wyjątku, dobrze społecznie przystosowanych osób.

Literatura | References

Andrews D. A, Bonta J. (1996), The psychology of criminal conduct, Harper, London.

Blacker J., Beech A. R., Wilcox D. T., Boer D. P. (2011), The assessment of dynamic risk and recidivism in sample of special needs offenders, „Psychology, Crime & Law", 11, s. 75-92.

Boer D. P. (2017), Treatment of person with intellectual disabilities and problematic sex behavior, [w:] The Willey handbook on the theories, assessment and treatment of sexual offending, red. D. P. Boer, J. Willey, New York.

Boer D. P., Haaven J., Lambrick M., Lindsay W. R., McVilly K. R., Sakdalan J., Frize M. (2013), ARMIDILO-S Manual, Solicitor General of Canada, Ottawa.

Boer D. P., Hart S. D., Kropp P. R., Webster C. D. (2005), Manual for Sex Violence Risk – 20. Professional guidelines, Simon Fraser University, Vancouver.

Boer D. P., Tough S., Haaven J. (2004), Assessment of risk manageability developmentally disabled sex offenders, „Journals of Applied Research Intellectual Disabled", 17, s. 275-284.

Griffiths D., Hingsburger D., Hoath J., Ioannou S. (2013), Counterfeit deviance revisit, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities", 20, s. 471-80.

Haaven J. (2006), The evolution of the Old Me / New Me Model, [w:] Protected and treatment strategies for person with intellectual disabilities, red. G. D. Blasingame, Safer Society Press, Brandon.

Hanson R. K. (1997), The development of a brief actuarial risk measurement for sexual offenders, Solicitor General of Canada, Ottawa.

Hanson R. K., Thornton L. (1999), Static 99. Actuarial risk assessment for offenders Solicitor General of Canada, Ottawa.

HARRIS A. J. R., PHENIX A., HANSON R. K., THORNTON L. (2003), Static 99. Coding rules, Solicitor General of Canada, Ottawa.

JAHODA A. (2016), Cognitive-behavioral intervention for people with intellectual disability and anxiety disorders, „Journal of Applied Research on Intellectual Disabilities", 19, s. 91-97.

KENING T. (2000), Respect, 7 steps system to treat pedophiles who a mentally retarded, [w:] Sex offender treatment, red. E. Goleman, Haworth Press New York.

POSPISZYL K. (2020), Ryzyko – Potrzeby – Samoregulacja. Wielopłaszczyznowy model diagnostyczno–resocjalizacyjny, „The Prisons System Review", nr 109.

POSPISZYL K. (2017), Penalizacyjna pułapka wadliwej polityki społecznej „Praca Socjalna", nr 1, s. 199-206.

POSPISZYL K. (2008), Przestępstwa seksualne, PWN, Warszawa.