

## **Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych**

### **Prospect of using schema therapy in working with sex offenders**

Justyna Oettingen<sup>1</sup>, Anna Rajtar-Zembaty<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu

<sup>2</sup> Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,  
Zakład Psychologii Lekarskiej

#### **Summary**

The search for effective methods of treating sex offenders is essential in order to reduce the risk of their subsequent sexual offences. This article presents Jeffrey Young's concept of schema therapy with a discussion on the appropriateness of its use in the treatment of those who engage in problematic sexual behavior directed against sexual freedom. Such behaviors are prohibited by law and involve the commission of crimes set out in Chapter XXV of the Penal Code (including rape, exploitation of helplessness, abuse of dependence relation, sexual act with a minor under 15 years of age).

The article presents the main assumptions of schema therapy. Then, with reference to the main assumptions of this therapeutic approach, a theoretical model of schema therapy in the context of violent sexual behavior is proposed and discussed. The authors also attempted to analyze the mechanism of formation and perpetuation of deviant criminal behaviors in the context of key constructs of this approach, such as: early maladaptive schemas and schema modes. As schema therapy has proven to be effective in treating chronic personality aspects of disorders, this approach seems to be a promising trend for such a difficult population of people.

**Słowa kluczowe:** terapia schematów, wczesne schematy dezadaptacyjne, tryby schematów, przemoc seksualna, przestępstwa seksualne

**Key words:** schema therapy, early maladaptive schemas, schema modes, sexual violence, sexual crimes

#### **Wprowadzenie**

Przemoc seksualna, zwłaszcza w dobie postępu technologicznego i rozwoju sieci internetowej, stanowi poważny problem społeczny. Za sprawą nowych technologii

i możliwości, jakie one stwarzają (m.in. łatwiejszy dostęp do ofiary i jej poznanie), popełnienie przestępstwa lub utworzenie sobie drogi do jego popełnienia wydaje się łatwiejsze, wykrywanie przestępczych zachowań zaś stało się znacznie utrudnione. Przeciwdziałanie przemocy seksualnej jest więc dzisiaj sporym wyzwaniem, a zrozumienie natury przestępstwa seksualnego oraz mechanizmów jej powstawania jest niezbędne dla diagnostyki, skutecznej prewencji, a szczególnie postępowania kliniczno-sądowego. Szczególną rolę w zapobieganiu powrotowi do przestępstwa odgrywa skutecznie prowadzona terapia sprawców.

Oddziaływania terapeutyczne względem sprawców powinny być uzależnione od stopnia ryzyka recydywy. Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego leczeniem powinni być objęci nie tylko sprawcy cierpiący na zaburzenia preferencji seksualnych, ale też wszyscy przestępcy seksualni, u których ryzyko recydywy jest wysokie albo umiarkowane<sup>1</sup>. Jednakże obowiązujący w Polsce system prawny nakazuje objęcie terapią osoby, która została skazana za przestępstwo seksualne popełnione w związku z zaburzeniem preferencji seksualnych<sup>2</sup> i osoby skazanej za umyślne przestępstwo seksualne popełnione w związku z zaburzeniem osobowości o takim charakterze lub nasileniu, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia<sup>3</sup>. Interwencje wobec takich sprawców obejmują m.in. terapię farmakologiczną zmierzającą do osłabienia popędu seksualnego, psychoterapię lub psychoedukację mającą na celu poprawę ich funkcjonowania w społeczeństwie<sup>4</sup>.

Obecnie preferowanym na świecie sposobem leczenia przestępców seksualnych jest terapia poznawczo-behawioralna (*Cognitive-Behavioral Therapy* – CBT) oparta na zasadach ryzyka, potrzeb i reaktywności (*Risk-Need-Responsivity* – RNR)<sup>5</sup>, uzupełniona o model zapobiegania nawrotom zachowań przestępczych (*Relapse Prevention* – RP) [2, 3]. Zgodnie z jej założeniami „procesy poznawcze, emocje oraz zachowanie są niezależnymi podsystemami, odgrywającymi równie ważne role, pośrednicząc w powstawaniu zaburzeń psychicznych i wpływając na ich utrzymywanie się” [4, s. IX].

Dewiacyjne zachowania seksualne w myśl tych założeń stanowią manifestację przeżywanych przez jednostkę trudności emocjonalnych i/lub zaburzeń psychicznych i wiążą się ze specyficznym nadawaniem znaczeń bodźcom płynącym z otoczenia.

Popularność CBT w leczeniu sprawców łączy się m.in.:

<sup>1</sup> Uchwała Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego z dnia 3.03.2017 r. w sprawie leczenia przestępców seksualnych.

<sup>2</sup> Art. 93c pkt 3 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

<sup>3</sup> Art. 93c pkt 4 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

<sup>4</sup> Art. 93f § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).

<sup>5</sup> Model oceny recydywy opracowany w 1990 r. przez D.A. Andrewsa, J. Bontę i R.D. Hoge’a opiera się na założeniu, że intensywność leczenia powinna być proporcjonalna do poziomu ryzyka dotyczącego przestępcy (zasada ryzyka), leczenie powinno koncentrować się na cechach związanych z ryzykiem recydywy, tj. potrzebach kryminogennych (zasada potrzeby) oraz być dostosowane do stylu uczenia się i możliwości sprawców (zasada reaktywności) [1].

- z ustrukturyzowanym charakterem terapii, który umożliwia wdrażanie programów w zinstytucjonalizowanych placówkach, jak również ułatwia pomiar jej efektywności,
- z edukacyjnym charakterem interwencji, dzięki któremu pacjent uczony jest, jak samodzielnie radzić sobie z problemami, oraz
- ze szczególnym naciskiem, jaki CBT kładzie na wzmacnianie umiejętności zapobiegania nawrotom, co w wypadku przestępców seksualnych wydaje się szczególnie istotne w obniżaniu ryzyka recydywy, które obok ochrony społeczeństwa przed przemocą i zachowaniami przestępczymi jest głównym celem terapii sprawców przestępstw seksualnych [5].

W kontekście takiego celu leczenia terapia powinna być ukierunkowana na wytworzenie skutecznej kontroli popędu seksualnego sprawcy, po to, by mógł on powstrzymać się od zachowań przestępczych. W programach terapeutycznych kładzie się nacisk na rozwój umiejętności społecznych i interpersonalnych (m.in. rozwój empatii wobec ofiary, zarządzanie złością, trening asertywności), poznanie cyklu dewiacyjnego i zmian dewiacyjnych wzorców pobudzenia seksualnego oraz zapobieganie nawrotom [6, 7].

Jednakże oparcie terapii wyłącznie na zmianie zachowań i przekonań sprawcy nie zapewnia jej skuteczności. Konieczne jest uzupełnienie interwencji poznawczo-behawioralnych mających na celu pogłębienie zmian o elementy wywodzące się z psychoterapii dynamicznej i humanistycznej [8]. Szczególnie istotne jest zrozumienie przez sprawców mechanizmu powstawania i utrzymywania się dewiacyjnych zachowań seksualnych na tle ich indywidualnych historii życia, co rodzi konieczność tzw. matchingu, czyli dopasowywania psychoterapii do problemów konkretnego pacjenta [9]. Uniwersalna dla wszystkich sprawców forma leczenia nie istnieje, lecz pełniejsze zrozumienie mechanizmu prowadzącego do przestępstwa u konkretnego sprawcy może zwiększyć szanse na zastosowanie właściwych oddziaływań leczniczych, a zarazem zmniejszyć ryzyko dla potencjalnych ofiar [10].

Nurtem, który integruje dokonania pochodzące z różnych szkół psychoterapii, jest stworzona przez Jeffrey Younga terapia schematów (TS). To podejście terapeutyczne wydaje się nastawione na głębszą pracę z pacjentem, gdyż w stosunku do klasycznych programów terapeutycznych prowadzonych w nurcie poznawczo-behawioralnym zostało wzbogacone m.in. o przepracowanie traum z dzieciństwa. W TS większy nacisk położony jest na relację terapeutyczną, na emocje, afekt i stany nastroju pacjenta (tzw. tryby) oraz na procesy rozwojowe i poszukiwanie źródeł aktualnych problemów we wczesnych etapach życia. Celem terapii jest pomoc pacjentowi w zaspokojeniu kluczowych potrzeb emocjonalnych w adaptacyjny sposób przez leczenie nieadaptacyjnych schematów, stylów radzenia sobie i trybów.

### **Terapia schematów**

Terapia schematów to integracyjna, unifikująca teoria, a zarazem sposób leczenia. Wywodzi się z modelu poznawczo-behawioralnego i łączy elementy różnych teorii

i paradygmatów (m.in. psychodynamicznego, skoncentrowanego na emocjach, teorii przywiązania), zrećnie wykorzystując techniki poznawcze, psychodynamiczne oraz doświadczalne. Ten nurt terapii został stworzony w celu leczenia pacjentów z chronicznymi problemami osobowościowymi i trudnymi do wyleczenia zaburzeniami emocjonalnymi, którym nie udało się pomóc w sposób wystarczający, stosując tradycyjną terapię poznawczo-behawioralną [11]. Ze względu na potwierdzoną skuteczność w leczeniu wielu zaburzeń oraz problemów zdrowotnych osi I i II<sup>6</sup> terapia schematów cieszy się coraz większym zainteresowaniem badaczy i klinicystów. W ostatnich latach objęła ona też obszar sądowy, gdzie weryfikowano skuteczność leczenia tą metodą pacjentów trudnych do leczenia (tj. pacjentów sądowych, czyli osoby zobowiązane do podjęcia leczenia, cechujące się niską lub zewnętrzną motywacją do podjęcia terapii) [12–14] lub wręcz uznawanych za nieuleczalnych (m.in. psychopaci) [15]. Badano związek wczesnych dezadaptacyjnych schematów z cechami psychopatii [16], rozpowszechnienie schematów w populacji różnych typów sprawców [17–19], jak również związki między schematami a różnymi typami zachowań przestępczych [20] oraz między trybami schematu a wzorcami przestępstw [21].

### **Teoretyczny model terapii schematów w kontekście przemocowych zachowań seksualnych**

Model terapii schematów nie jest kompleksową teorią powstawania psychopatologii, lecz teorią roboczą mającą na celu zintegrowanie i prowadzenie interwencji klinicznych z pacjentami z głębokimi zaburzeniami charakteru [22]. Istotę tego modelu stanowią cztery konstrukty, tj.: (1) wczesne schematy dezadaptacyjne, (2) domeny schematów, (3) tryby schematów oraz (4) style radzenia sobie.

#### **Wczesne schematy dezadaptacyjne i domeny schematów**

Wczesne schematy dezadaptacyjne stanowią centralny konstrukt terapii schematów. Definiowane są jako szkodliwe dla jednostki wzorce emocjonalne i poznawcze złożone ze wspomnień, z emocji, doznań cielesnych i postrzeżeń skoncentrowanych wokół problemów z dzieciństwa [23]. Schematy powstają wskutek niezaspokojenia podstawowych potrzeb emocjonalnych w dzieciństwie i mają tendencję do rozwijania się w ciągu całego życia. Na ich powstanie obok niesprzyjających czynników środowiskowych (toksyczne otoczenie, zaburzenia przywiązania, traumy wczesnodziecięce – porzucenie, maltretowanie, zaniedbywanie, odrzucenie) mają również wpływ czynniki biologiczne, a szczególnie uwarunkowania temperamentalne. Young i wsp. [23] wyodrębnili 18 wczesnych schematów dezadaptacyjnych i pogrupowali je w pięć tzw.

<sup>6</sup> Klasyfikacja zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) grupuje zaburzenia w 5 wymiarów (tzw. klasterów), gdzie na osi I znajdują się zaburzenia kliniczne, na osi II – zaburzenia osobowości, zaburzenia rozwojowe; na osi III – stany ogólnomedyczne; na osi IV – problemy psychospołeczne i środowiskowe; zaś os V stanowi o poziomie przystosowania.

domen (tab.), kierując się sześcioma ogólnymi kategoriami emocjonalnych potrzeb ludzi, które uznali za uniwersalne<sup>7</sup>.

Schematy mają wpływ na funkcjonowanie każdego człowieka, determinując jego zachowanie, sposób życia, sposób odczuwania czy wchodzenia w relacje z innymi.

Tabela. **Domeny wczesnych schematów dezadaptacyjnych [23]**

OPUSZCZENIE I ODRZUCENIE	Porzucenie/brak stabilności ( <i>abandonment/instability</i> ) Nieufność/nadużycie ( <i>mistrust/abuse</i> ) Emocjonalna deprivacja ( <i>emotional deprivation</i> ) Ułomność/wstyd ( <i>defectiveness/shame</i> ) Izolacja społeczna/wyobcowanie ( <i>social isolation/alienation</i> )
OGRANICZENIE AUTONOMII	Zależność/brak kompetencji ( <i>dependence/incompetence</i> ) Podatność na zranienie lub chorobę/kruchość/wrażliwość ( <i>vulnerability to harm or illness</i> ) Rozmycie granic/nierozwinięte ja ( <i>enmeshment/undeveloped self</i> ) Porażka ( <i>failure</i> )
ZACHWIANIE GRANIC	Uprzywilejowanie (dominacja)/pretensjonalność ( <i>entitlement/grandiosity</i> ) Niewystarczająca samokontrola/samodyscyplina ( <i>insufficient self-control/self-discipline</i> )
UKIERUNKOWANIE NA INNEGO	Podporządkowanie ( <i>subjugation</i> ) Samopoświęcenie ( <i>self-sacrifice</i> ) Poszukiwanie aprobaty/uznania ( <i>approval-seeking/recognition-seeking</i> )
NADMIERNA CZUJNOŚĆ I ZAHAMOWANIE	Negatywizm/pesymizm ( <i>negativity/pessimism</i> ) Zahamowanie emocjonalne ( <i>emotional inhibition</i> ) Bezlitosne normy (nieustępliwość w standardach)/hiperkrytycyzm ( <i>unrelenting standards/hypercriticalness</i> ) Samokaranie/skłonność do wymierzania kar ( <i>punitiveness</i> )

### Tryby schematów

Tryby schematów to specyficzne wzorce zachowania i doświadczania emocjonalnego jednostki, to zmieniające się z chwili na chwilę stany emocjonalne i reakcje jako sposoby radzenia sobie z bolesnymi emocjami, które kontrolują zachowanie jednostki [23]. Young i wsp. [23] zidentyfikowali 10 trybów schematów i pogrupowali je w 4 ogólne kategorie: (1) nieadaptacyjne tryby dziecięce, (2) nieadaptacyjne tryby rodzicielskie, (3) tryb zdrowego dorosłego oraz (4) nieadaptacyjne tryby radzenia sobie. Tryby dziecięce zostały uznane za wrodzone i uniwersalne. Stanowią dziecięcy sposób

<sup>7</sup> Uniwersalne potrzeby emocjonalne ludzi zdaniem Younga to bezpieczne przywiązanie, w tym: bezpieczeństwo, opieka, troska i akceptacja; autonomia, kompetencja i świadomość własnej tożsamości; wolność w wyrażaniu istotnych potrzeb i emocji; spontaniczność i zabawa oraz samokontrola i świadomość istniejących granic [23].

przeżywania trudnych sytuacji i odnoszą się do takich emocji, jak samotność, złość i poczucie porzucenia. Tryby rodzicielskie są wtórne, gdyż stanowią zinternalizowany, moralizatorski głos opiekuna. Przejawami tych trybów są samokrytyka i samokaranie (tryb karzącego rodzica) oraz żądania i wymagania (tryb rodzica wymagającego). Tryby te niosą ze sobą silną presję, nienawiść do samego siebie i samooskarżanie. Wreszcie zdrowe tryby obejmują zdrową autorefleksję (zdrowy dorosły tryb) i doświadczenie radosnych, zabawnych emocji (tryb szczęśliwego dziecka). Wzmacnianie zdrowego dorosłego trybu jest kluczowe w terapii schematów. Tryb ten stanowi racjonalną, odpowiedzialną i zrównoważoną alternatywę dysfunkcyjnych trybów, dzięki której możliwa jest właściwa percepcja otaczającej jednostkę rzeczywistości, zdrowsze funkcjonowanie i radzenie sobie w kryzysach. Stan ten umożliwi właściwe pełnienie ról, rozwijanie i realizowanie ważnych potrzeb oraz zadań rozwojowych (tj. edukacja, praca, wychowywanie dzieci, harmonijne związki z innymi, sport, zainteresowania i zdrowie).

### Nieadaptacyjne style radzenia sobie

Nieadaptacyjne style radzenia sobie obejmują dysfunkcyjne próby radzenia sobie z bolesnymi uczuciami. Young i wsp. [23] w odniesieniu do 3 podstawowych reakcji na zagrożenie (tj. walka, ucieczka lub zneruchomienie) wyodrębnili 3 wiodące strategie polegające na unikaniu, poddaniu się lub nadmiernej kompensacji.

### **Wczesne schematy dezadaptacyjne jako źródło problemów związanych z regulacją emocjonalną i samokontrolą seksualną u przestępców seksualnych**

Opisane powyżej struktury i procesy poznawczo-emocjonalne stanowiące główne założenia TS, a także rdzeń koncepcji Younga wpisują się w problematykę sprawców przestępstw seksualnych. Z badań wynika, że na temperament sprawców mają wpływ zaburzenia w funkcjonowaniu neuroprzebieżników, a konkretnie występująca u nich dysfunkcja układu dopaminergicznego, która jest odpowiedzialna za tendencję do aktywnego reagowania na bodźce [8]. Jak się przypuszcza, nieprawidłowe działanie tego układu w połączeniu z wczesnodziecięcą deprywacją podstawowych potrzeb emocjonalnych<sup>8</sup> prowadzi u nich do rozwoju wczesnych schematów dezadaptacyjnych (WSD). Potwierdzają to doniesienia z przytoczonych wcześniej badań (m.in. [17–20]) wskazujące na to, że sprawcy przestępstw seksualnych różnicują się w zakresie właściwych im „spójnych wzorców poznawczych”. Przykładowo sprawcy seksualnego wykorzystywania dzieci w porównaniu z grupą nieseksualnych brutalnych przestępców wykazują większe nasilenie schematów związanych z domeną opuszczenia (izolacja społeczna i ułomność/wstyd) oraz domeną ukierunkowania na innego (samoposwięcenie, podporządkowanie) [18]. Posiadanie schematów w tych domenach sugeruje pozabezpieczne środowisko wychowawcze. W domenie opuszczenia, odrzucenia bę-

<sup>8</sup> Z badań wynika, że sprawcy przestępstw seksualnych w większości doświadczyli złych stosunków z rodzicami lub byli przez nich molestowani [24, 25].

dzie to klimat emocjonalnej oziębłości, obojętności, odrzucenia, skrytości, samotności, pojawiający się w warunkach nieprzewidywalnych, przemocowych, prowadzący do przeświadczenia, że potrzeby nie zostaną spełnione w oczekiwany sposób. W domenie ukierunkowania na innego – klimat warunkowej akceptacji, w której dzieci tłumią ważne elementy swej osobowości w celu zyskania miłości, uwagi lub poparcia ze strony opiekuna. Prowadzi on do nadmiernej koncentracji na pragnieniach, uczuciach i reakcjach innych ludzi kosztem własnych potrzeb w celu zyskania miłości, poparcia, utrzymania poczucia bliskości z innymi lub uniknięcia zemsty, co skutkuje tłumieniem i brakiem świadomości własnego gniewu oraz własnych skłonności.

Powstanie wczesnych schematów dezadaptacyjnych zazwyczaj wiąże się z rozwojem autodestrukcyjnych wzorców życiowych (m.in. zaburzenia więzi). Marshall i Barbaree [24] stwierdzili, że „pozabezpieczny” styl przywiązania to istotny czynnik w etiologii przestępstw seksualnych. Skutkiem braku rozwoju bezpiecznego przywiązania u sprawców przestępstw seksualnych w dzieciństwie może być niezdolność do zdobycia umiejętności interpersonalnych i pewności siebie – czynników, które są kluczowe w nawiązywaniu intymnych relacji z innymi dorosłymi [25].

Autodestrukcyjne wzorce życiowe są wtórnie wzmacniane przez nieefektywne strategie radzenia sobie<sup>9</sup> i prowadzą do pogłębiania się u sprawców wielu deficytów, które w literaturze przedmiotu opisywane są w kategoriach statycznych i dynamicznych czynników ryzyka<sup>10</sup>.

### **Mechanizm powstawania i utrwalania się dewiacyjnych zachowań przestępczych według modelu terapii schematów**

W myśl modelu terapii schematów kluczową rolę w mechanizmie utrwalania się dewiacyjnych zachowań mają uwarunkowane neurofizjologicznie procesy poznawcze (pamięć, uwaga, myślenie), uczucia, doświadczenia życiowe jednostki, jak również uwarunkowania środowiskowe. Czynniki te mogą wzmacniać lub osłabiać dominujące dezadaptacyjne schematy, które są przyczyną zaburzeń oraz stanowią podłoże patologii osobowości. Young i wsp. [23] wyodrębniają trzy mechanizmy, które odgrywają w tym procesie szczególną rolę: (1) zniekształcenia poznawcze, (2) autodestrukcyjne wzorce życiowe oraz (3) style radzenia sobie ze schematem. Pośród nich najlepiej zbadanym w populacji sprawców przestępstw seksualnych i obszernie opisywanym w literaturze przedmiotu mechanizmem wzmacniania schematu są znie-

<sup>9</sup> Badania naukowe pokazały, że przestępcy seksualni nie mają wystarczających umiejętności skutecznego radzenia sobie z problemami, przyjmują niewłaściwą postawę lub wybierają nieodpowiedni sposób (styl) rozwiązywania problemu, a także reagują na życiowe problemy, popadając w skrajne nastroje (np. złość, depresję lub rozpacz) [26]. Brakuje im też umiejętności niezbędnych do radzenia sobie z konkretnymi problemami [27, 28].

<sup>10</sup> Statyczne czynniki ryzyka to: deficyty w sferze intymnej, wadliwa seksualna samoregulacja, postawy/przekonania wspierające napaści seksualne, ogólna samoregulacja, jakość współpracy interpersonalnej np. z zespołem terapeutycznym; dynamiczne czynniki ryzyka zaś to deficyty pośrednie, przykładowo: zależny od umiejętności społecznych poziom izolacji społecznej, poziom funkcjonowania psychologicznego sprawcy (psychopatologia, nadużywanie substancji psychoaktywnych), jak również poziom gniewu czy zaabsorbowanie sprawcy seksem [29].



kształcenia poznawcze, polegające na błędnym postrzeganiu przez sprawcę sytuacji. Wzmacnianie schematu za pośrednictwem zniekształceń poznawczych następuje przez akcentowanie informacji potwierdzających schemat i pomniejszanie lub całkowite odrzucanie przez sprawcę informacji, które temu schematowi przeczą. Przykładowo pedofil może wierzyć, że angażując się w kontakt seksualny z dzieckiem, faktycznie edukuje je i działa w najlepszym interesie dziecka, lub może on winić ofiarę i wierzyć, że dziecko było uwodzicielskie [30], przez co reguluje schemat własnej wadliwości. Zniekształcenia mogą się pojawiać na różnych etapach sprawstwa: przed powstaniem motywacji do czynu – stając się jej źródłem, lub po jego popełnieniu – na skutek reakcji własnej sprawcy i jego otoczenia, w celu usprawiedliwienia własnych pobudek [31]. Zniekształcenia mają wpływ zarówno na sposób popełnienia czynu, jak i stopień jego brutalizacji [32], przez co oddziałują m.in. na utrwalanie się autodestrukcyjnych wzorców zachowań określanych w piśmiennictwie mianem cyklu dewiacyjnego. Cykl ten stanowi szczególną sekwencję działań sprawcy oraz towarzyszących im świadomych i nieświadomych reakcji [33], obejmuje zachowania poprzedzające napaść, jak i zachowania następujące po jej dokonaniu [34].

Kolejnym mechanizmem wzmacniającym schemat, a przez to wpływającym na utrwalanie się dewiacyjnych zachowań przestępczych, są style radzenia sobie. Z badań przytoczonych przez Beisert [35] wynika, że sprawcy przestępstw seksualnych mają tendencję albo do posługiwania się nieefektywnymi stylami zaradczymi (tj. unikanie lub koncentracja na emocjach), albo do zastępowania właściwej strategii zachowaniami seksualnymi [27]. Z wyodrębnionych przez Younga trzech dezadaptacyjnych strategii radzenia sobie unikanie schematu oznacza podejmowanie wysiłków w celu chronienia siebie przed jego uruchomieniem, jest on bowiem źródłem bolesnych przeżyć. W takim wypadku sprawca może odsuwać od siebie sytuacje społeczne i/lub emocje przez dysocjację, fantazjowanie, zaprzeczanie; może wycofywać się z kontaktów z ludźmi przez izolację społeczną; może podejmować samotne, uspokajające aktywności, takie jak nadużywanie alkoholu czy nadmierna masturbacja; lub przeciwnie – by odwrócić uwagę od aktywnego schematu może w sposób kompulsywny poszukiwać stymulacji, podejmując ryzykowne zachowania. W mechanizmie sprawstwa nadmierna kompensacja stanowi alternatywę dla bólu towarzyszącego funkcjonowaniu schematu, gdyż pozwala sprawcy uciec od poczucia bezradności i nadmiernej wrażliwości [36]. W strategii tej sprawca zdolny jest robić rzeczy odwrotne do tego, co narzuca mu treść schematu, traktując prawdę o sobie jako przeciwieństwo schematu. Gdy czuje się wadliwy, słaby, nieważny, bezwartościowy – sprawia wrażenie pewnego siebie, silnego; gdy czuje się skrzywdzony – zaczyna atakować i krzywdzić innych.

Z kolei podporządkowanie się schematowi oznacza zaakceptowanie przez sprawcę schematu jako prawdy o sobie („jestem wadliwy, więc żadna dorosła kobieta nie traktuje mnie poważnie”) i podporządkowanie mu wzorców własnych zachowań (wybieranie partnerek krytycznych, wymagających, odrzucających lub porzucających). Wzorce te mogą utwierdzać sprawcę w przekonaniu, że nie jest on zdolny do stworzenia i utrzymania bliskiej emocjonalnej więzi z dorosłymi partnerkami, i prowadzić do przestępczych zachowań (poszukiwanie zrozumienia i bliskości w bezpieczniejszych relacjach np. z dzieckiem).



Na kluczową rolę trybów w mechanizmie przestępczych zachowań zwrócił uwagę zespół Bernsteina [37]. W pracy terapeutycznej z pacjentami sądowymi badacze zaobserwowali podobne wzorce zachowań i opisali je w kategoriach „trybów przestępczych”. W ten sposób uzupełnili listę podstawowych trybów schematów stworzonych przez Younga o tryby wiążące się z łamaniem prawa, z zachowaniami agresywnymi lub z przebiegłym działaniem mającym na celu oszukanie innych lub ich zastraszenie [37]. Przykładowo w trybie znęcania się i ataku sprawca wykorzystuje groźby, zastraszanie, agresję lub wymuszanie, aby zdobyć to, czego chce, stosuje odwet względem innych lub potwierdza swoją dominującą pozycję, odczuwa sadystyczną przyjemność wynikającą z atakowania innych. W trybie sterowania i manipulacji sprawca oszukuje, kłamie lub manipuluje innymi w taki sposób, żeby osiągnąć zamierzony cel, a chodzi tu o robienie ofiary z innych lub unikanie kary. Natomiast w trybie drapieżcy koncentruje się na wyeliminowaniu zagrożenia, rywala, przeszkody lub wroga w zimny, bezwzględny i wykalkulowany sposób.

Przestępcze tryby zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań przestępczych i agresywnych, ponieważ często stanowią one nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie z bolesnymi lub nieprzyjemnymi uczuciami [37].

### **Terapia schematów w wypadku sprawców przestępstw seksualnych**

Jako że sprawcy przestępstw na ogół wykazują poważne zaburzenia osobowości (głównie klaster B), wzorce ich zachowań często związane są z naruszaniem granic, a nawet prawa i/lub wolności innych osób, natomiast ich własna ocena swojego postępowania wiąże się z obniżonym krytycyzmem. Oznacza to konieczność modyfikacji klasycznej terapii schematu i przejścia od terapii zorientowanej na schematy do terapii zorientowanej na przestępcze tryby schematów [36, 38].

#### **Przebieg terapii**

Na wstępnym etapie analizujemy życiorys pacjenta (zwłaszcza dane o głównych objawach i dynamice ich występowania w ciągu życia), a także informacje o rozmaitych obszarach problemowych oraz stylu jego funkcjonowania w ważnych sferach życia (m.in. relacyjnej, intymnej oraz zawodowej). Poddajemy ocenie cechy temperamentalne pacjenta oraz stopień realizowania przez niego zadań rozwojowych (szczególnie w populacji sprawców z rozpoznaniem niedojrzałości psychoseksualnej).

Informacje pozyskane na tym etapie będą niezbędne do stworzenia wraz z pacjentem wstępnej konceptualizacji, podczas której edukujemy go w zakresie terapii schematów i koncepcji trybów. Celem takiej konceptualizacji jest opracowanie skutecznego modelu funkcjonowania psychicznego sprawcy, ze szczególnym uwzględnieniem przejawianych przez niego problematycznych zachowań seksualnych. Konceptualizacja obejmuje oprócz wczesnych schematów dezadaptacyjnych (WSD) i trybów również autodestrukcyjne wzorce funkcjonowania, wczesne procesy rozwojowe i style radzenia sobie sprawcy [23]. Stworzona konceptualizacja jest zwięźczeniem procesu diagnozy. Jak zauważają Young i wsp. [23], nie jest to proces łatwy ani dla terapeuty, ani dla

pacjenta, który identyfikując swoje schematy na poziomie racjonalnym, jednocześnie odczuwa je na poziomie emocjonalnym.

Kolejny etap spotkań to proces wprowadzania nowych, zdrowszych stylów radzenia sobie oraz proces zmiany zachowań, które powodują, że pacjent potwierdza swoje schematy, unika ich lub nadmiernie je kompensuje [23]. Z badań wynika, że za niewłaściwe zachowania odpowiedzialne są tryby schematów, utrzymują one bowiem sprawców w dewiacyjnym wzorcu życia. Co więcej, wydarzenia prowadzące do czynów przestępczych i brutalnych i kończące się popełnianiem takich czynów często mogą być wyjaśnione przez rozwijającą się sekwencję trybów schematu [37]. Użytecznym działaniem jest stworzenie wraz z pacjentem listy konkretnych przestępczych zachowań i/lub wzorców funkcjonowania, które mogłyby stać się celem takiej zmiany. Praca z trybami jest też kluczowa jeszcze z innych powodów. Po pierwsze dlatego, że: „większość pacjentów sądowych nie jest w stanie lub nie chce ujawnić swojej emocjonalnej wrażliwości, często trudno jest, szczególnie na wczesnym etapie terapii, omawiać z nimi wczesne nieprawidłowe schematy” [38, s. 660]. Po drugie dlatego, że nazywanie przez pacjenta trybów (np.: „nieufny Jan”, „rozłuszczona część Jana”) jest pod względem emocjonalnym i moralnym dla pacjenta oraz terapeuty neutralne. Personalizowanie trybów pomaga pacjentowi umieścić tryb na zewnątrz „ja” i uczynić go bardziej egodystonicznym, przez co pacjent nie ma poczucia, że jego nieadaptacyjne zachowania są efektem skaz moralnych poddawanych krytycznej ocenie terapeuty, lecz stanowią konsekwencję nieskutecznych wzorców, które mogą być w toku terapii zmodyfikowane.

Oddawanie pacjentowi sprawczości i wskazywanie mu możliwości wpływania na własną rzeczywistość jest niezbędne do wprowadzania przez pacjenta późniejszych zmian, aczkolwiek dla terapeuty wiąże się z położeniem w terapii szczególnego nacisku na relację terapeutyczną. Zważywszy na omówione w artykule źródła wczesnych schematów dezadaptacyjnych u sprawców skutkujące zaburzeniami więzi – proces budowania relacji opartej na poczuciu bezpieczeństwa i zaufaniu, zwłaszcza w kontekście psychoterapii sądowej, nie jest zadaniem łatwym. Pozabezpieczone wzorce przywiązania u sprawców mogą utrudniać przymierze terapeutyczne lub powodować przedwczesne zerwanie więzi terapeutycznej [38]. Zbudowanie dobrej, kojącej relacji oznacza odnoszenie się do pacjenta z serdecznością i troską [36], a także akceptację osoby pacjenta (lecz nie zachowań, które przejawia) oraz jego potrzeb emocjonalnych. Tak rozumiana relacja terapeutyczna w terapii schematu sprowadza się do ograniczonego powtórnego rodzicielstwa, gdzie terapeuta jako figura troskliwej postaci rodzicielskiej daje pacjentowi to, czego ten potrzebował jako dziecko, lecz czego nie otrzymał od swoich rodziców – pielęgnując i rozwijając te aspekty życia, które w przeszłości zostały zaniedbane. Terapeuta daje wskazówki, gdy pacjent nie jest w stanie poradzić sobie z problemem, a kiedy trzeba – zachowując postawę empatycznej konfrontacji – stawia granice, by zminimalizować dysfunkcyjne zachowania. W konsekwencji pacjent uczy się i internalizuje odgrywaną przez terapeutę rolę, wytwarzając u siebie zdrowsze schematy i tryby funkcjonowania [11], wzmacniając kluczowy w terapii schematów tryb zdrowego dorosłego, charakteryzujący się zdrowiem psychicznym, dojrzałością i wyważonym osądem [39].

W pracy nad zmianą wzorca zachowań, uczenia strategii zatrzymywania/kontrolowania zachowań przemocowych oraz brania przez sprawcę odpowiedzialności za wyrządzoną krzywdę przydatne są szeroko opisywane w literaturze przedmiotu techniki stosowane w terapii schematów. Wśród nich są techniki poznawcze (restrukturyzacja poznawcza), behawioralne (przełamywanie błędnego koła/cykladewiacyjnego), techniki oparte na doświadczaniu i emocjach (np. odgrywanie ról, praca wyobrażeniowa) oraz techniki eksperymentalne (np. technika gorącego krzesła, dialogi między trybem schematu a trybem zdrowego dorosłego).

### Podsumowanie

Analiza opisanych w artykule struktur wskazuje, że patologia osobowości sprawców przestępstw seksualnych może się składać z określonych kombinacji wczesnych dezadaptacyjnych schematów oraz nieprzystosowawczych trybów schematów. W kontekście prezentowanego mechanizmu utrwalania się dewiacyjnych zachowań przestępczych zachowania seksualne sprawców należy rozumieć jako reakcję na aktywację wczesnych – bo powstałych już w okresie dzieciństwa i utrwalanych w ciągu życia sprawcy – schematów. Trafna analiza tych struktur wydaje się niezbędna dla rozumienia mechanizmu powstawania i utrzymywania się dewiacyjnych zachowań seksualnych na tle indywidualnych historii życia pacjentów. Rzetelny pomiar schematów i trybów warunkuje właściwe rozumienie chronicznych i dominujących problemów, z jakimi borykają się sprawcy. Pozwala również uporządkować ich problemy w zrozumiały sposób. Narzędziem, które może być pomocne w określaniu dominujących u sprawców schematów, jest stworzony przez J. Younga *Kwestionariusz schematów* (*The Young Schema Questionnaire – YSQ-S3*), zaadaptowany do warunków polskich przez Oettingen i wsp. [40]. Istnieje też kwestionariusz służący do pomiaru trybów schematów (*Schema Mode Inventory – SMI*) i powstała jego polska wersja językowa (tłumaczenie: J. Oettingen), lecz nie została jeszcze poddana walidacji.

### Wnioski

Terapia schematów jest nurtem koncentrującym się na patologicznych cechach osobowości jednostki. Rozumienie powstawania manifestowanych przez pacjenta objawów wiąże się tu z rozwojem dezadaptacyjnych schematów i trybów, na który wpływ miały rozmaite czynniki środowiskowe, m.in. środowisko we wczesnym dzieciństwie (tj. nadużycia, traumy, zaniedbanie), oraz czynniki biologiczne, oddziałujące na emocjonalny temperament jednostki.

Koncepcja terapii schematów wraz z jej kluczowymi konstruktami: wczesnymi schematami dezadaptacyjnymi i trybami schematów wydaje się bogatym źródłem informacji klinicznych na temat sprawcy i motywów jego działań. Jako że schematy bezpośrednio nawiązują do wczesnych doświadczeń sprawcy, ich odtwarzanie przez wzmacnianie dezadaptacyjnych schematów może być kluczowe w rozumieniu natury sprawstwa, a przez to kluczowe w przebiegu terapii i zapobieganiu recydywie.

Choć opisana w artykule perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych wydaje się obiecująca, doniesienia na temat jej wdrażania w populacji sprawców przestępstw seksualnych wciąż są nieliczne. O wykorzystywaniu koncepcji Younga do rozumienia dewiacyjnych przekonań i postaw przestępców seksualnych oraz ich leczenia w różnych placówkach na świecie wiadomo głównie z doniesień konferencyjnych [41–47].

Powstało również niewiele publikacji opisujących przebieg i skuteczność tego typu interwencji w przedmiotowej grupie osób. W badaniach tych przestępcy seksualni nie byli docelową grupą, stanowili jedynie podgrupę wśród innych agresywnych przestępców nieseksualnych [14]. Co istotne, z grupy przestępców seksualnych zostali wyłączeni preferencyjni sprawcy takich przestępstw. Wyniki randomizowanego kontrolowanego badania klinicznego przedstawione na konferencji w Austrii [48] wykazały, że pacjenci poddani terapii schematów uzyskali znacząco lepsze wyniki w porównaniu z pacjentami otrzymującymi TAU w odniesieniu do szerokiego zakresu zmiennych, w tym obniżenia ryzyka recydywy i poprawy mocnych stron i czynników ochronnych, poprawy objawów zaburzeń osobowości, zmniejszenia nasilenia wczesnych schematów dezadaptacyjnych i ułatwienia procesu przywrócenia pacjentów do społeczności. Skuteczność długoterminowej psychoterapii schematów w rehabilitacji pacjentów sądowych potwierdzają też najnowsze doniesienia [14]. Pacjenci poddani TS szybciej przechodzili rehabilitację i wykazywali szybszą poprawę w skalach objawowych zaburzeń osobowości.

Z przeprowadzonej przez autorki analizy piśmiennictwa wynika, że w Polsce temat empirycznej weryfikacji koncepcji J. Younga nie został dotąd podjęty. Potrzeba stworzenia tego typu opracowań w celu ustalenia możliwości jej zastosowania w grupie przestępców seksualnych oraz uzyskiwanych efektów jest niewątpliwa.

### Piśmiennictwo

1. Bonta J, Andrews DA. *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Corrections Research User Report Nr. 2007-06. Ottawa: Public Safety Canada; 2007.
2. Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) Professional Issues Committee. *Practice standards and guidelines for members of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*. Beaverton, OR: ATSA; 2001.
3. Yates PM. *Treatment of sexual offenders: Research, best practices, and emerging models*. Int. J. Behav. Consult. Ther. 2013; 8(3–4): 89–95.
4. Popiel A, Pragłowska W. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna – teoria i praktyka*. Warszawa: Paradygmat; 2008.
5. Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA). *Practice guidelines for the assessment, treatment, and management of male adult sexual abusers*. 2014.
6. Center for Sex Offender Management. *Community Supervision of the Sex Offender: An overview of current and promising practices*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice; 2000.
7. Lew-Starowicz Z. *Program leczenia w warunkach ambulatoryjnych sprawców przestępstw przeciw wolności seksualnej z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych. Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie seksuologii*. Seksuologia Polska 2015; 13(2): 43–44.

8. Beisert M. *Komunikacja ze sprawcami przemocy seksualnej w przebiegu psychoterapii*. W: Cierpiałkowska L, Wolska A red. *Komunikowanie się w psychoterapii: wybrane zagadnienia*. Szczecin: AMP Studio Paweł Majewski, 2003.
9. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1997.
10. Stusiński J, Lew-Starowicz Z. *Leczenie przestępców seksualnych. W poszukiwaniu optymalnego modelu*. Przegląd Więziennictwa Polskiego 2014; 82: 47–68.
11. Arntz A, Genderen van H. *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2015.
12. Keulen-de Vos ME, Bernstein DP, Arntz A. *Schema therapy for offenders with aggressive personality disorders*. W: Tafrate RC, Mitchell D red. *Forensic CBT: A practitioner's guide*. Chichester, UK: Wiley Blackwell; 2014. S. 66–83.
13. Bernstein DP, Nijman HLI, Karos K, Keulen-de Vos M, Vogel de V, Lucker TP. *Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands*. Int. J. Forensic Ment. Health 2012; 11(4): 312–324.
14. Bernstein DP, Keulen-de Vos M, Clercx M, Vogel de V, Kersten G, Lancel M i wsp. *Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial*. Psychol. Med. 2021: 1–15.
15. Ruiter de C, Chakhssi F, Bernstein D. *Treating the untreatable psychopath*. W: Gacono C red. *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Routledge/Taylor, Francis Group; 2016. S. 388–402.
16. Chakhssi F, Bernstein D, Ruiter C. *Early maladaptive schemas in relation to facets of psychopathy and institutional violence in offenders with personality disorders*. Leg. Criminol. Psychol. 2012; 19(2): 356–372.
17. Haghghat Manesh E, Agha Mohammadian Shaer Baf HR, Ghanbari Hashem Abadi BA, Mahram B. *Early maladaptive schemas and schema domains in rapists*. Iran. J. Psychiatry Clin. Psychol. 2010; 16(2): 145–153.
18. Chakhssi F, Ruiter de C, Bernstein DP. *Early maladaptive cognitive schemas in child sexual offenders compared with sexual offenders against adults and nonsexual violent offenders: An exploratory study*. J. Sex. Med. 2013; 10(9): 2201–2210.
19. Carvalho J, Nobre PJ. *Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: Preliminary findings*. Int. J. Law Psychiatry 2014; 37(2): 210–216.
20. Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. *Rape-related cognitive distortions: Preliminary findings on the role of early maladaptive schemas*. Int. J. Law Psychiatry 2015; 41: 26–30.
21. Keulen-de Vos ME, Bernstein DP, Vanstipelen S, Vogel de V, Lucker TPC, Slaats M i wsp. *Schema modes in criminal and violent behaviour of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study*. Leg. Criminol. Psychol. 2016; 21(1): 56–76.
22. McGinn LK, Young J. *Schema-focused therapy*. W: Salkovskis PM red. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1996.
23. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003 [Young J, Klosko J, Weishaar M. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014].
24. Marshall WL, Barbaree HE. *An integrated theory of the etiology of sexual offending*. W: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE red. *Applied clinical psychology. Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press; 1990. S. 257–275.
25. Marshall WL, Hudson SM, Hodgkinson S. *The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending*. W: Barbaree HE, Marshall WL, Hudson SM red. *The juvenile sex offender*. New York: Guilford Press; 1993. S. 164–181.

26. Marshall WL. *Treatment of sexual offenders and its effects*. National Institute of Corrections; 2006. <https://nicic.gov/treatment-sexual-offenders-and-its-effects-2006> (dostęp: 1.10.2022).
27. Cortoni F, Marshall WL. *Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders*. Sex. Abuse: J. Res. Treat. 2001; 13(1): 27–43.
28. Miner MH, Day DM, Nafpaktitis MK. *Assessment of coping skills: Development of a situational competency test*. W: Laws DR red. *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press; 1989. S. 127–136.
29. Marcinek P, Peda A. *Leczenie sprawców przestępstw seksualnych – kompleksowy program terapii*. Psychoterapia 2010; 3: 154.
30. Moster A, Wnuk DW, Jeglic EL. *Cognitive behavioral therapy interventions with sex offenders*. J. Correct. Health Care 2008; 14(2): 109–121.
31. Szumski F. *Zniekształcenia poznawcze u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka*. Praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Marii Beisert, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytut Psychologii, Pracownia Seksuologii Społecznej i Klinicznej. Poznań; 2013.
32. Oettingen J, Brataniec J. *Forms of sexual abuse and the degree of their brutalization, and the perpetrators' attitude to committed acts*. 15th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO): “Successfully Implementing Sexual Offender Treatment and Management: What is Helping and what is Hindering?”. August 28–31, 2018; Vilnius, Lithuania.
33. Rutkowski R, Sroka W. *Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych na tle seksualnym*. Seksuologia Polska 2007; 5(1): 1–8.
34. Gierowski JK, Paprzycki L. *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*. Warszawa: C.H. Beck; 2013.
35. Beisert M. *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2011.
36. Arntz A, Jacob G. *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2019.
37. Bernstein DP, Arntz A, Vos de M. *Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice*. Int. J. Forensic Ment. Health 2007; 6(2): 169–183.
38. Bernstein DP, Clercx M, Keulen-De Vos M. *Schema therapy in forensic settings*. W: Polaschek D, Hollin CR, Day A red. *The Wiley international handbook of correctional psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2019. S. 654–668.
39. Roediger E, Stevens BA, Brockman R. *Kontekstualna terapia schematów. Integracyjne podejście do zaburzeń osobowości, dysregulacji emocjonalnej i funkcjonowania w relacjach*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2021.
40. Oettingen J, Chodkiewicz J, Mącik G, Gruszczyńska E. *Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL)*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(4): 707–718.
41. Oettingen J. *Zastosowanie Terapii Schematu w leczeniu preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych*. Konferencja naukowo-szkoleniowa PTS pt. „Preferencyjni sprawcy przestępstw seksualnych. Klinika. Opiniowanie”. Ustka, 10–12 maja 2013.
42. Oettingen J. *Schema therapy and its application in the sex offenders treatment*. 13<sup>th</sup> Conference of the International Association for the Treatment and Sexual Offenders (IATSO). September 3–6, 2014, Porto, Portugal.



43. Oettingen J. *Terapia schematu w leczeniu sprawców przestępstw seksualnych – rozważania teoretyczne i praktyczne implikacje*. Międzynarodowa Konferencja Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego pt. „Wyzwania i codzienność współczesnej seksuologii”. Poznań, 21–23 listopada 2014.
44. Wright L. *Using schema therapy formulation in group sex offender treatment*. International Society for Schema Therapy annual conference. Wiedeń, 2 lipca 2016.
45. Oettingen J. *Zastosowanie terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych*. Konferencja seksuologii klinicznej pt. „Seksualność w psychoterapii”. Kraków, 3–4 października 2020.
46. Chakhssi F, Kersten T, Ruiter de C, Bernstein DP. *Treating the untreatable: A single case study of a psychopathic inpatient treated with schema therapy*. *Psychotherapy (Chic)* 2014; 51(3): 447–461.
47. Oettingen J, Łasak-Ponikło P. *Przemoc seksualna względem kobiet w oparciu o typologie gwałcicieli – stadium przypadków*. W: Stojer-Polańska J red. *Przypadki kryminalne. Ciemna liczba przestępstw przeciwko kobietom*. *Silva Rerum*; 2019.
48. Bernstein DP. *The effectiveness of schema therapy in forensic practice*. International Society for Schema Therapy annual conference. Wiedeń, 1 lipca 2016.

Adres: Justyna Oettingen  
justyna.oettingen@gmail.com

Otrzymano: 1.09.2020  
Zrecenzowano: 9.12.2020  
Otrzymano po poprawie: 30.08.2021  
Przyjęto do druku: 10.11.2021