

Kazimierz Pospiszyl

Multimodalna teoria samoregulacji SOS dla przestępców seksualnych

Multi-modal Self-Regulation Theory as a SOS for sexual

Artykuł przedstawia terapię przestępców seksualnych na podstawie teorii wspomnianej w tytule, podkreślając, że jest to jedna z najnowszych strategii rehabilitacji społecznej opartej na podstawie zwiększania poziomu samoregulacji.

Przed przedstawieniem głównego zagadnienia wspomniano o niektórych wcześniejszych próbach oparcia terapii przestępców seksualnych na wzmocnieniu poziomu samoregulacji. W ten sposób omówiono pomysły opracowane przez T. Warda i S.M. Hadsona model samoregulacji (SRM), a model SRM-R został udoskonalony, a także zaprezentowano popularny model Good Live (GLM).

Istota i nowoczesne rozwiązania programu opartego na multimodalnej teorii samoregulacji (Multi-modal Self Regulation Theory) (SOS) zostały przedstawione na tle wcześniej przedstawionych pomysłów dotyczących organizacji interakcji rehabilitacyjnych.

Główną częścią niniejszego artykułu jest prezentacja działań terapeutycznych wykonywanych w ramach realizacji dziesięciu kolejnych modułów programu SOS. Zostało zrobione to w nadziei, że ten program zainspirowałby polskich psychologów i oficerów zakładu penitencjarnego na ich własne doświadczenia podobne do tych przedstawionych w artykule. Na koniec autor starał się ocenić dobre i słabe strony słabych punktów przedstawionego programu terapii.

Słowa kluczowe: terapia przestępców seksualnych.

The article presents the therapy of sex offenders based on the theory mentioned in the title, stressing that it is one of the newest strategies of social rehabilitation based on increasing the level of self-regulation.

Before presenting the main issue, some earlier attempts to base the therapy of sex offenders on strengthening the level of self-regulation were mentioned. Thus, ideas such as those developed by T. Ward and S. M. Hadson Self-regulation Model (SRM) were discussed, and the SRM-R model was further improved, and the popular Good Live Model (GLM) was also presented.

The essence and modern solutions of the program based on the Multi-modal Self-Regulation Theory (SOS) have been presented against the background of previously presented ideas regarding the organization of rehabilitation interactions.

The main part of the present article is the presentation of therapeutic actions performed as part of the implementation of ten subsequent modules of the SOS program. It was done in the hope that this program would inspire Polish psychologists and penitentiary officers to their own experiences similar to those described in the article. At the end, the author tried to assess the good and weaknesses weak points of the presented therapy program.

Key words: sexual offenders therapy.

Wprowadzenie

Powszechnie wiadomo, że terapia przestępców seksualnych, podobnie jak i osób przejawiających nieprzestępcze postacie dewiacji seksualnych, należy do najtrudniejszych. Swego czasu określiłem ją jako „walkę z żywiołami”, mając na uwadze dwa takie „żywioły”: pierwszy psychiczny, czyli trudne do okiełzania spalone fantazje, a drugi fizjologiczny, polegający na tym, że owe zaburzone postacie zaspokojeń seksualnych kończą się zazwyczaj orgazmem, stanowiącym wzmocnienie fizjologiczne, na dobrą sprawę nie do przebicia.

Pomimo tych trudności terapia przestępców i zaburzeń seksualnych należy dzisiaj do najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin nauk społecznych. Wynika to zarówno z faktu konieczności pomocy osobom o zaburzonej seksualności do tego, aby mogły nawiązywać

zdrowe i głębokie więzi z innymi ludźmi (co utrudnia, albo wręcz wyklucza, wypaczony lub/i przestępczy sposób seksualnych zaspokojeń), z drugiej zaś strony konieczności ochrony społeczeństwa przed skutkami przestępstw i wypaczeń seksualnych.

Różne są drogi tworzenia i kształtowania tych niezwykle trudnych oddziaływań terapeutycznych, postaram się więc przedstawić jedną z takich dróg, która sama w sobie, będąc pod różnymi postaciami znana od najdawniejszych czasów, należy dzisiaj do najskuteczniejszych metod terapii przestępców seksualnych. Chodzi mianowicie o różne sposoby wzmacniania samokontroli poddawanego terapii pacjenta. Dokładnie rzecz biorąc, przedstawię poniżej jeden z najciekawszych, a zarazem szczegółowo opisanych programów wzmacniania samokontroli u przestępców seksualnych, określane jako SOS. Zanim to jednak uczynię, wspomnę o nieco wcześniejszych próbach oparcia terapii przestępców seksualnych na wzmacnianiu u nich mechanizmów samoregulacji.

I. Terapia przestępców seksualnych jako droga wzmocnienia samoregulacji

Pierwsze doświadczenia i poglądy

Pomysł skoncentrowania się na mechanizmach samoregulacji, jako skutecznej drogi terapii przestępców seksualnych, wywodzi się z analizy słabych punktów bardzo popularnego w ostatniej dekadzie ubiegłego wieku sposobu poszukiwania skutecznych metod resocjalizacji przestępców seksualnych w eliminacji czynników powodujących powrotność do przestępstwa (*relapse prevention*). Jak to szerzej omówiłem w innym miejscu¹, podstawową ideą tego podejścia było wyłanianie i uszeregowywanie pod względem ich wagi czynników, które powodują powrotność do przestępstwa, a tym samym, pośrednio wskazują na nieskuteczność stosowanych oddziaływań resocjalizacyjnych. Czyniono to po to, aby na tej podstawie

¹ K. Pospiszyl, *Przestępstwa seksualne*, Warszawa 2006.

dążyć w postępowaniu terapeutycznym do kolejnej eliminacji tych czynników.

Podejście takie powodowało niepotrzebną i zgubną w skutkach atomizację problemu wykojenia, podczas gdy podejście oparte na wzmacnianiu mechanizmów samoregulacyjnych jest bardziej spójne (komprehensywne), a tym samym stanowi lepszy sposób prowadzenia oddziaływań terapeutycznych. Z tezą tą wystąpił T. Ward w artykule napisanym wspólnie z S.M. Hudsonem w 1998 r².

Konsekwencją tego toku myślenia było stworzenie sytemu zwanego modelem samoregulacji, jako skutecznej drogi postępowania resocjalizacyjnego z przestępcami seksualnymi. Model ten zawiera przedstawienie dziewięciu kolejnych faz nauki pacjentów skutecznej samoregulacji ich zachowania się³.

Parę lat później model ten poszerzono o wprowadzenie doń elementów innego modelu resocjalizacji przestępców seksualnych, a mianowicie modelu dobrego życia, który – najogólniej mówiąc – w sposób, zdaniem jego autorów, bardziej precyzyjny łączy mechanizmy samoregulacyjne z praktyką codziennego, udanego życia⁴. Ten poszerzony model samoregulacji oznaczony został w celu odróżnienia od pierwszego literą R, czyli (SRM- R) i poszerzony został o jeden etap pracy terapeutycznej, posiada tym samym etapów dziesięć.

Postacie i rodzaje samoregulacji

W celu lepszego poznania istoty i mechanizmów działania samoregulacji dokonano, co jest zrozumiałe, różnych podziałów tego zjawiska. Pierwszy z nich wypływa z często cytowanej definicji samoregulacji. Określenie to brzmi następująco: „Istota samoregulacji tkwi w zdolności człowieka do organizowania, dozorowania i kontrolowania przeżyć wewnętrznych oraz podnieć zewnętrznych w sferze emocji, procesów

² T. Ward, S.M. Hudson, *The construction and development of theory in sexual offending area: A metatheoretical area framework Sexual Abuse*, „A Journal of Research and Treatment”, s. 47-63.

³ T. Ward, S.M. Hudson, *Self-regulation model of relapse prevention* [w:] D.Laws, S.M. Hudson, T.Ward (red.) *Remarkings relapse prevention with sexual offenders, A source book*, Thousand Oaks 2008, s. 79-101.

⁴ P.M. Yates, T. Ward, *Good lives, self-regulation and risk management: An integrated model of sex offender assessment and treatment*, „Sexual Abuse in Australian and New Zeland”, 1 (1), 2008, s. 3-20.

poznawczych i zachowania się, po to, aby skutecznie dążyć do osiągnięcia pożądaných celów”⁵.

Z powyższej definicji wynika, że możemy mówić przynajmniej o trzech typach, czy raczej poziomach, samoregulacji, a mianowicie: samoregulacji emocjonalnej, poznawczej (myślowej?) i behawioralnej⁶.

Można też wyróżnić niedostateczną regulację *underregulation* i złą samoregulację *misregulation*. Pierwsza polega na niedostatecznym wyrobieniu odpowiedniego poziomu mechanizmów samoregulacyjnych, co wypływać może zarówno z przyczyn wewnętrznych, jak i zewnętrznych, natomiast istota drugiej tkwi w nieodpowiednim i nieprzystosowanym do zamierzonych celów „zaprogramowaniu” tej regulacji. Może ono być zbyt rozległe, a tym samym mało spójne, albo też nadmiernie zawężone i restrykcyjne, co z kolei wyklucza niezbędną elastyczność postępowania.

J.A. Keeling, J.L. Rose i A.R. Beech⁷ wprowadzili w literaturze poświęconej terapii przestępców seksualnych popularne rozróżnienie dwóch przeciwstawnych postaw wobec popełnianych przestępstw, a więc postawy unikającej v/s aprobującej. Od razu może pojawić się pytanie dlaczego, jeśli dany osobnik przejmuje unikającą postawę wobec popełnianego przestępstwa, to dlaczego owo przestępstwo popełnia? Odpowiedź jest prosta, niesprawnie działające mechanizmy samoregulacji nie pozwalają mu skończyć z tym karygodnym postępowaniem. Zanim omówię to dokładniej, powiedzieć muszę, że obie wymienione powyżej postawy dzielą się na postać aktywną i pasywną, czyli w sumie mamy ich cztery typy.

Samoregulacja unikająca aktywna ma miejsce wtedy, kiedy przestępca pomimo nawet szczerzej chęci nie potrafi wyzwolić się z pęt psychicznego zniewolenia ze względu na źle zorientowaną, wadliwą samoregulację, np. aby wzmocnić siłę woli niepozwalającą na skonsumowanie zakazanego owocu, zażywa alkohol lub narkotyki, które – jak wiadomo – w konsekwencji osłabiają, a nie wzmacniają ową siłę.

Samoregulacja unikająca pasywna występuje natomiast w takich przypadkach, kiedy przestępca chce, co prawda, zaprzestać karygodnego procederu, jednocześnie nie ma dostatecznie rozwiniętego systemu regulacji swojego zachowania.

⁵ T. Ward, S.M. Hudson, T. Keenan, *A Self Regulation Model of the sexual offense proces*, „Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment”, vol. 10, 1998, s. 47.

⁶ P. M. Yates, D. Prescott, T. Ward, *Applying the Good Lives and Self Regulation Model to sex offender treatment. A practice guide for clinicians*, Brandon 2010.

⁷ J.A. Keeling, J. L. Rose, A. R. Beech, *Sexual offending theories and offenders with intellectual disabilities*, „Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities”, vol. 22 (5), 2009, s. 468-476.

Postawy aprobujące przestępstwo też dzielą się na dwie postacie: samoregulację aprobującą automatyczną, wyrażającą się w bezrefleksyjnym, impulsywnym podążaniu za obranym, wypaczonym celem oraz samoregulację aktywną wzmacniającą (*explicit*), polegającą na tym, że przejmujący ją osobnik z premedytacją i bezwzględną konsekwencją dąży do zrealizowania swoich wypaczonych popędów.

Najogólniej ujmując, z powyższego przeglądu wyróżnianych rodzajów samoregulacji funkcjonujących u przestępców seksualnych wynikać muszą kierunki i cele oddziaływań terapeutycznych, którymi są wyrobienie, wzmocnienie lub przeorientowanie samoregulacji ich zachowania się.

II. Multimodalna teoria samoregulacji i jej praktyczne zastosowanie

Multimodalna, a mówiąc nieco prościej, wielopostaciowa teoria samoregulacji (angielska nazwa: *Multi-modal Self Regulation Theory*) stanowi przełożenie przedstawionych powyżej prawidłowości dotyczących mechanizmów powstawania, wypaczania i poprawiania samoregulacji na praktyczny użytek oddziaływań terapeutycznych. Empirycznie kontrolowaną bazę tej teorii stanowi indeksacja objawów zaburzeń autokontroli zachowania się osoby przejawiającej dewiacje i przestępstwa seksualne w celu ich systematycznej eliminacji bądź przynajmniej znacznego zmniejszenia szkodliwości objawów tego typu zachowania.

Można mówić o dwóch podstawowych przesłankach tej teorii, pierwsza to wspomniana powyżej bardzo dokładna analiza każdego indywidualnego przypadku, pozwalająca na wyodrębnienie możliwych do określenia metodami psychologicznymi wskaźników zaburzeń samoregulacji, natomiast druga podstawowa przesłanka to nauka i dokładne utrwalające ćwiczenie mechanizmów skutecznej autokontroli zachowania się.

Omawiana tu teoria jest nieco nowsza od omawianych poprzednio teorii i samoregulacji (tj. SRM i SRM-R), pierwsze wzmianki o niej pojawiły się w 2008 r.⁸. Od tego czasu ukazywały się kolejne prace doskonalące niektóre

⁸ J. D. Simons, B.D. Sales, J.V.Becker, Sex offending, *Casual theories to inform research, prevention and treatment*, Washington 2008.

elementy teorii, jak i przede wszystkim uściślające stosowane rozwiązania praktyczne. W roku 2017 o multimodalnej teorii samoregulacji ukazał się obszerny artykuł w monumentalnej trzutomowej publikacji gromadzącej najcenniejsze pomysły dotyczące istoty i terapii przestępstw seksualnych⁹, rok później ukazał się zaś obszerny „oparty na dowodach” podręcznik przedstawiający stosowanie tej metody w praktyce działań terapeutycznych¹⁰. W dalszych częściach obecnego artykułu przedstawię informacje zawarte w tym właśnie podręczniku. Obie jego autorki są profesorkami psychologii: Jill D. Stinson na Stanowym Uniwersytecie we Wschodnim Tennessee, zaś Judith V. Becker na Uniwersytecie w Arizonie.

Opisywany w podręczniku program zreczenie określiły autorki jako *Safe Offender Strategies*, co po polsku oznacza „bezpieczna strategia (czyli w tym przypadku resocjalizacja) przestępców”. Akronim tego określenia, czyli: SOS nie przypadkowo wiąże się z sygnałem wzywającym do natychmiastowej, skutecznej pomocy.

Głównym wyznacznikiem skuteczności programu SOS jest – zdaniem autorek – zrozumiałe przedstawianie osobie poddawanej oddziaływaniom terapeutycznym konieczności zmiany (korekcji) każdego, najbardziej nawet drobnego szczegółu zachowania się, jako niezbędnego elementu systemu koniecznej samokontroli.

Aby owo przekazywanie uczynić maksymalnie transparentnym, niezbędne jest zachowanie dwóch podstawowych elementów: Po pierwsze musi być zindywidualizowane, po drugie ujmowane w sposób holistyczny, czyli w powiązaniu z pozostałymi cechami zachowania się, tak aby wprowadzane lub wzmacniane drogą oddziaływań psychokorekcyjnych cechy zachowania podopiecznego łączyły się integralnie z pozostałymi cechami jego postępowania, czyniąc w efekcie niezbędny, całościowy system wzmacniania procesu samoregulacji.

Podkreślić należy, że wszystkie metody oddziaływań programu SOS są (w teorii przynajmniej) indywidualne i owo zindywidualizowanie stosowane jest w praktyce do granic możliwości, na jakie pozwalają środki i warunki otoczenia, w jakich oddziaływania terapeutyczne mają miejsce.

Obok wspomnianego uprecyzjnienia całość systemu strategii oddziaływań terapeutycznych poddano daleko posuniętemu uszczegółowieniu.

⁹ J.D. Simson, V.J. Becker, L.A. McVay, *Multimodal self-regulation therapy of sex offender* [w:] Douglas P. Boer (red.), *The Willey handbook on the theories, assessment and treatment of sexual offending*, New York 2017, s.103-122.

¹⁰ J.D. Simson, J.V. Becker, *Treating sex offenders. An evidence-based manual*, New York 2018.

Podzielono go bowiem na dziesięć podstawowych modułów rozpisanych z kolei na szereg głównych punktów, którym to punktom przypisana jest następnie odpowiednia liczba sesji terapeutycznych. Przy czym podawana w podręczniku liczba sesji w poszczególnym głównym punkcie kolejnego modułu ma charakter orientacyjny, w przypadku bowiem podopiecznych (pacjentów) bardziej opornych na oddziaływania terapeutyczne proponowana liczba sesji może być nieco, a nawet znacznie zwiększona.

Przed prezentacją kolejnych modułów wspomnieć należy jeszcze o ogólnej filozofii programu SOS, której jednym z głównych założeń jest ściśle połączenie aspektu terapeutycznego z edukacyjnym. Nie jest to co prawda nowa idea w leczeniu, a szczególnie w psychoterapii, trudno bowiem wyobrazić sobie skuteczność jakichkolwiek oddziaływań terapeutycznych, jeśli pacjent nie będzie posiadał wiedzy potrzebnej do zrozumienia procesów leczniczych, w których dobrowolnie uczestniczy.

Moduły postępowania terapeutycznego

Zanim przedstawię kolejne dziesięć modułów, według których przebiega proces terapeutyczny w ramach programu, podkreślić muszę, że zamieszczony w podręczniku rząd dziesięciu kolejnych rozdziałów przedstawiających te moduły, obok bardzo precyzyjnego opisu różnych oddziaływań, zawiera również podobną, jasno uporządkowaną strukturę ukazywania poszczególnych składników każdego modułu.

Najpierw przedstawione są ogólne osiągnięcia terapeutyczne, jakie mają być uzyskane dzięki zastosowaniu przewidzianych w ramach każdego modułu działań, po czym przedstawiane są bardziej konkretne cele wynikające z aplikacji każdego z głównych punktów realizacji tego modułu wraz z podaniem ilości sesji, umożliwiających osiągnięcie tych rezultatów, następnie wyszczególnione są konkretne tematy, którym poświęcone być powinny konkretne sesje terapeutyczne, na końcu zaś omawiania każdego modułu przedstawiona jest sesja podsumowująca, która ma za zadanie nie tylko usystematyzowanie, ale także utrwalenie zdobytych zręczności społecznych.

Pierwszy wprowadzający moduł nastawiony jest na wdrożenie pacjenta (podopiecznego) w cały rozległy system powiązanych ze sobą oddziaływań psychokorekcyjnych, opis jego został sugestywnie a zarazem w sposób lapidarny zatytułowany: „dlaczego poddaję się terapii” (*why am I in*

treatment). Aby realizacja tego modułu mogła stanowić solidną podstawę dalszego skutecznego procesu terapii, spełnić musi dwa podstawowe wymagania. Po pierwsze wzmocnić determinację pacjenta (podopiecznego) do zaangażowanego uczestnictwa w żmudnej niekiedy procedurze oddziaływań psychokorekcyjnych, a po drugie, zapewnić musi wzajemne, możliwie dokładne poznanie się uczestników grupy terapeutycznej, a także nawiązanie niezbędnego „związku terapeutycznego” z osobą prowadzącą grupę.

Moduł ten składa się z trzech głównych punktów. Pierwszy z nich „wprowadzenie i orientacja” realizowany bywa przez pięć kolejnych sesji. Obok pierwszych porządkowych czynności organizacyjnych najważniejszymi tematami realizowanymi w czasie sesji jest analiza przyczyn i postaci negatywnych ocen przez otoczenie społeczne przestępców seksualnych i wpływająca z tego oczywistość, jaką jest konieczna potrzeba leczenia tej przypadłości.

Podsumowując, fundamentalnym zadaniem wstępnego punktu pierwszego modułu są dwa ząbające się cele przysposobienia mentalnego pacjenta do aktywnego udziału w terapii: po pierwsze wpojenie przekonania, że nie ma innej drogi do normalnego i satysfakcjonującego życia jak wyzbycie się wypaczonych i przestępczych postaci seksualnego zachowania się, po drugie zaś, że oferującą pomoc w tym nieodzownym przedsięwzięciu terapię należy nie tylko zrozumieć i w pełni zaakceptować, ale także „pokochać” jako jedyną deskę ratunku.

Najważniejsze w drugim punkcie węzłowym pierwszego modułu jest ukazanie i „wtłoczenie w wyobraźnię” uczestników (w czasie trzech, kolejnych sesji) pięciu powszechnie wyróżnianych stadiów rozwoju uzależnienia i jego terapii, czyli: 1) prekontemplacja, kiedy nie odczuwa się żadnych nieprawidłowości w nieco „burzliwym” zachowaniu się, 2) konceptualizacja występujących problemów, 3) poszukiwanie sposobów rozwiązania problemów, tj. wybór terapeuty i sposobu terapii, 4) aktywny udział terapii, 5) równie intensywna praca nad utrwaleniem i utrzymaniem rezultatów terapii.

Autorki omawianego programu twierdzą, że należy najpierw omawiać przytoczone powyżej etapy rozwoju i terapii uzależnień na przykładach, dla których zostały opracowane, czyli dla rozwoju uzależnień od alkoholu i innych środków psychoaktywnych, wtedy uczestnicy spotkań terapeutycznych mogą mieć mniej emocjonalny stosunek do tej periodyzacji, dopiero po tym należy przenieść ją na grunt wypaczeń i przestępstw

seksualnych, a na zakończenie każdy z uczestników powinien umieć prześledzić pierwsze dwa etapy swoich własnych przeżyć i decyzji. Jest to konieczne, aby pacjent mógł oszacować dalsze etapy terapii i wpoić sobie głęboko do świadomości przekonanie o konieczności uczestnictwa w terapii i niezbędności autokontroli zachowania się do końca swej ziemskiej wędrówki.

Trzecim głównym punktem pierwszego modułu jest identyfikacja pacjenta z celami terapii oraz oczekiwaniami wobec jej rezultatów. Realizacja tego ważnego punktu powinna odbyć się w ramach przeprowadzenia czterech ostatnich sesji tego modułu, czyli od 9 do 12. Autorki podkreślają, że w odróżnieniu do innych strategii oddziaływań resocjalizacyjnych, program SOS nie narzuca pacjentowi drogi oddziaływań, lecz stara się wyzwolić w nim siłę woli niezbędną w dążeniu do zmiany swojego zachowania.

Cele i zadania powinien postawić przed sobą sam pacjent. Aby ułatwić mu trudną drogę przezwyciężenia jego wadliwych i karygodnych sposobów zachowania, co stanowi długoetapowy cel, należy przedtem skoncentrować się na celach krótkoetapowych. Mówiąc inaczej, zanim pacjent zmierzy się z przezwyciężaniem swych wypaczonych i prawem zakazanych skłonności seksualnych, powinien skoncentrować się na takich celach, jak: panowanie nad emocjami (w szczególności agresją), nauczenie się empatycznego kontaktu z innymi osobami, punktualności, czy wreszcie aktywności w zajęciach w ramach prowadzonej terapii. Ćwiczeniom tych doraźnych, czyli krótkoetapowych celów poświęcone są właśnie trzy wymienione powyżej sesje.

Zanim przejdę do przedstawienia drugiego modułu, przypomnieć muszę, co powiedziałem przy wstępnej prezentacji programu SOS, a mianowicie, że oparty on jest w dużej mierze na edukacji. Uwaga ta jest szczególnie istotna przed ukazaniem modułu drugiego, który jest niejako wstępem do dalszych modułów o bardziej „edukacyjnym” charakterze oddziaływań terapeutycznych. Omawiany poprzednio moduł pierwszy był bowiem bardziej „konceptyjny” czy „operacyjny”.

Ów drugi moduł programu SOS, który autorki nazwały jako „podstawowe koncepcje terapeutyczne”, można wręcz określić jako wstęp do wiedzy o ludzkim seksualnym zachowaniu. Modułowi temu przypisano pięć wiodących punktów, pierwszy z nich *sexuallit,y in brief* (czyli dosłownie, seksualność w skrócie) obejmuje sesje od 1 do 8, w czasie których poruszane są takie kwestie, jak: seks a edukacja seksualna, płeć i kultura

jako moderatory zachowania seksualnego, publiczne i intymne czynności, czy wreszcie, seks a zdrowe i patologiczne związki międzyludzkie.

Drugi punkt węzłowy dotyczy natury przestępstw seksualnych i krzywdzenia, obejmuje sesje od 9 do 14, zaś jego główne tematy to: kiedy i w jakich sytuacjach realizacja popędu seksualnego przybiera patologiczne i karygodne postacie, w związku z czym analizowane są takie problemy jak tabu seksualne i jego naruszanie, przyzwolenie oraz sposoby jego wyrażania, różne postacie zniewalania i krzywdzenia, zarówno dzieci, jak i dorosłych.

Trzeci rozległy problem dotyczy związków przestępstw seksualnych z zaburzeniami psychicznymi, a także nauki samoopanowania, obejmuje sesje od 15 do 19. Najważniejszym zagadnieniem omawianym podczas tych sesji jest analiza wpływu różnych postaci zaburzeń psychicznych na osłabienie mechanizmów samoregulacji zachowania się w ogóle, a dewiacji i przestępstw seksualnych w szczególności. Ponieważ konkluzją tych analiz jest wskazanie najistotniejszych postaci wypaczeń i niedostatków samoregulacji, kolejnym ważnym zadaniem realizowanym w czasie prowadzonych sesji są ćwiczenia różnych sposobów opanowywania emocji, niezbędnych do autokontroli reakcji na podniety seksualne.

Czwartym, ważnym punktem jest „łańcuchowa analiza zachowania” *behavioral chain analysis*, chodzi tu o analizowanie zespolonych ze sobą (niczym ogniwa łańcucha) różnych postaci zachowania się, realizacja tego zadania obejmuje od 20 do 25 sesji. Podstawowym zadaniem tej części modułu są ćwiczenia w odróżnianiu poszczególnych stanów psychicznych, takich jak: przemyśleń, marzeń i emocji, a także ćwiczeń nad sposobami opanowywania emocji stanowiących zarzewie „łańcucha behawioralnego” prowadzącego do wypaczeń. Analiza tego problemu wsparta jest dwoma przykładami zaczerpniętymi z praktyki klinicznej autorek.

W ramach ćwiczeń praktycznych nad opanowywaniem stanów psychicznych i emocji, które wiodą często do wadliwych postaci zachowania, uczestnicy wypełniają każdego dnia dwa kwestionariusze, w pierwszym skalują (od 1 do 10) nasilenie takich stanów emocjonalnych, jak: smutek, tęsknota, złość, potępienie (mają wpisać przez kogo), napięcie seksualne. W ostatniej rubryce kwestionariusza mają wpisać, jakie sposoby przewycięzania tych stanów zastosowali każdego dnia tygodnia, w drugim zaś kwestionariuszu skalują nieco inne przeżycia doznawane każdego dnia, a mianowicie: nuda, rozczarowanie, oczekiwania (czego i od kogo), krytyka (przez kogo), napięcie seksualne, i podobnie jak

w przypadku kwestionariusza pierwszego na zakończenie przedstawiają, jaki typ „zręczności” zastosowali w przewyciężaniu owych stanów i sytuacji.

Moduł drugi kończy sesja 26 poświęcona sposobom nabywania i utrwalania umiejętności rozpoznawania siły i kierunku przeżywanych emocji, a przede wszystkim umiejętności określania i oceny tych emocji, które autorki określają jako „samomonitoring”, który jest niezbędnym elementem autokontroli przeżywanych emocji.

Trzeci moduł poświęcony jest pracy skoncentrowanej na rozpoznawaniu emocji oraz żmudnej pracy nad ich regulacją i sposobami panowania nad nimi, stanowi on tym samym przygotowanie uczestników do właściwego wypełniania polecanych w poprzednim module kwestionariuszy. Moduł ten obejmuje pięć głównych punktów.

Pierwszy z nich dotyczy rozpoznawania przeżywanych stanów psychicznych oraz ich zrozumienia, obejmuje on sesje od 1 do 8. Najważniejszymi tematami dyskusji jest praktyczne rozpoznawanie emocji podstawowych i pochodnych, pozytywnych (w sensie stosunku do ludzi) i negatywnych, a także skutków jednych i drugich.

Kolejny punkt poświęcony jest źródłom emocji, obejmuje on sesje od 9 do 12, wiodącym tematem są doświadczenia życiowe osób przejawiających różne postacie emocji. Trzecim punktem jest wzięcie pod lupę genezy złych i destruktywnych emocji analizowanych w czasie sesji od 13 do 17, podstawowy problem dyskutowany w czasie tych sesji koncentruje się wokół dynamiki przekształcania się owych negatywnych emocji, np. agresji w niechęć, wrogość w niezadowolenie itp.

Punkt czwarty dotyczy, jeśli tak można powiedzieć, sedna sprawy, czyli deregulacyjnej roli emocji w powstawaniu dewiacji i przestępstw seksualnych, problematyce tej poświęcone są sesje od 18 do 22, w czasie których analizowane są sytuacje życiowe, które powodują deregulację emocji, a stąd prosta droga do zaburzeń i przestępstw.

Moduł trzeci zamykają prowadzone w ramach trzech sesji (tj. 23-25) dyskusje na temat najbardziej skutecznych sposobów „obłaskawiania” i przemiany złych emocji w pozytywne, a przynajmniej mniej groźne, czyli mniej krzywdzące i nieprzestępcze.

Moduł czwarty określić można najogólniej jako „seksuologiczny”, poświęcony jest bowiem poszerzeniu wiedzy o prawidłowościach życia seksualnego i próbom – jeśli tak można powiedzieć – wtłoczenia

prawidłowych, nieinwazyjnych form zachowania się, najgłębiej jak to możliwe, do świadomości (lub nawet podświadomości?) pacjentów.

Moduł ten zawiera cztery podstawowe punkty, pierwszy z nich dotyczy związków seksu z intymnością, problemowi temu poświęcone są sesje od 1 do 4, w czasie których dyskusje toczą się wokół tematów, takich jak: wpływ wiedzy o życiu seksualnym na jakość życia oraz na możliwości jego sterowania. Drugi ważny problem realizowany na sesjach od 5 do 10, to zróżnicowanie życia seksualnego. Dyskutowane są w ramach tych sesji zarówno cykle dojrzewania seksualnego, jak i różnice indywidualne i płciowe w sposobie przeżywania aktu płciowego.

Trzeci ważny punkt to fantazje seksualne i masturbacja, obejmuje on sesje od 11 do 15. Głównymi tematami dyskusji są rodzaje fantazji seksualnych i ich rola w bogaceniu życia seksualnego, a także w czasie masturbacji. Czwarty krąg zagadnień realizowany w czasie sesji od 16 do 20 dotyczy związków seksu z pornografią. Dyskusje w ramach tych sesji opierają się na przykładach wziętych z życia, w czasie których oceniane są zarówno pozytywne aspekty pornografii jako drogi do poszerzenia wyobraźni i fantazji seksualnych oraz negatywne, jako pułapki prowadzącej na bezdroża, czyli do wypaczeń i dewiacji. Dyskusje nad pornografią kończą czwarty moduł.

W toku prowadzonej w ramach programu SOS systematycznej terapii szczególnie miejsce zajmuje moduł piąty, dotyczy on bowiem analizy stosunku pacjenta (podopiecznego) do przebytych do tej pory faz terapii. Jak pamiętamy, ogólne nastawienie do terapii badano w czasie trwania zajęć w zakresie modułu pierwszego, była to jednak ocena inna, oparta na wyobrażeniach pacjenta w odniesieniu do czekających go oddziaływań, teraz jednak, czyli w czasie realizacji modułu piątego, zamykającego pierwszą połowę zaplanowanych oddziaływań terapeutycznych, pacjent posiada głębszą, bardziej ugruntowaną w szczegółach wynikającą z praktycznych oddziaływań wiedzę, powinien więc mieć bez porównania większą możliwość oceny czy prowadzona terapia mu odpowiada, a przede wszystkim, czy napawa go niezbędną determinacją do dalszych jeszcze większych wysiłków na drodze do uzyskania pełnej kontroli nad swoim zachowaniem.

Owo niezbędne przejmowanie odpowiedzialności pacjenta za dalsze etapy jego terapii przebiega w ramach realizacji czterech głównych punktów. Pierwszy z nich dotyczy analizy potrzeby uczestnictwa w terapii, co odbywa się na sesjach od 1 do 5. Podstawowymi tematami dyskusji

na tych sesjach są odczuwane przez uczestników korzyści i osiągnięcia zdobyte w czasie aktywnego uczestnictwa w dotychczasowych etapach terapii, a zarazem oczekiwań, co do dalszych jej cykli.

Kolejnym punktem jest konkretyzacja etapów osiągnięć uzyskanych w dotychczasowym uczestnictwie, co omawiane jest w czasie sesji od 6 do 8. Ten etap pracy nad pacjentem jest bardzo ważny, ponieważ dzięki analizie i konkretyzacji każdego kroku podwyższenia samoświadomości pacjent zyskuje nie tylko większą umiejętność, ale i wyższą motywację do dalszych etapów żmudnej pracy nad poprawą swojego zachowania.

Trzecim, ważnym punktem dyskusji i wymiany opinii jest analiza konieczności dalszego uczestnictwa w terapii, a także rezultatów, jakie to uczestnictwo powinno zapewnić, przeznaczono na to sesje od 8 do 12. Tematami omawianymi w czasie tych spotkań są kierunki i etapy prac w dalszych, oczekujących pacjenta etapach terapii. Czwarty, ostatni w tym module punkt (realizowany na sesjach od 13 do 15) dotyczy analizy oczekiwań, jakich spodziewają się pacjenci, zarówno w zakresie poszerzenia samooceny, jak i oceny oczekiwań ze strony innych ludzi ich własnego postępowania.

Szósty moduł dotyczy wyraźnego poszerzenia, a zarazem – jeśli tak można powiedzieć – „kognitywnego pogłębienia” oddziaływań terapeutycznych. Pacjent, po przepracowaniu omawianego poprzednio rozruchowego niejako modułu, z nowo zdobytym zasobem samoświadomości i – co daj Boże – ze zwiększoną siłą determinacji, wkracza na szersze wody pracy nad sobą. Działania psychokorekcyjne prowadzone w ramach modułu szóstego koncentrują się głównie na przewartościowaniu i poszerzeniu relacji „ja i świat”. Moduł ten składa się z pięciu zasadniczych punktów.

Pierwszy skoncentrowany jest na poszerzeniu samooceny oraz rozumienia swojego miejsca w bliższym i dalszym otoczeniu społecznym, poświęca się na to dziesięć pierwszych sesji, których tematy dotyczą sposobów oceny własnej pozycji w otaczającym świecie społecznym oraz analizy czynników wpływających na te oceny. Drugi ważny punkt dotyczy oczekiwań i aspiracji, obejmuje od sesje od 11 do 15. Dyskutowane są takie kwestie, jak dynamika oczekiwań wobec siebie, a także wizje swojej roli w bliższym i dalszym otoczeniu.

Trzeci punkt dyskusji skoncentrowany jest na omawianiu różnych postaci „wypaczeń kognitywnych”, zarówno wobec własnej osoby, jak i ocen innych ludzi, które to wypaczenia prowadzą do nieuchronnych pułapek,

zagadnieniu temu poświęca się sesje od 16 do 20. W ramach tych spotkań najpierw omawiane są typy i rodzaje wypaczeń myślenia, potem następuje analiza najczęściej spotykanych treści tych wypaczeń, służących zazwyczaj do usprawiedliwienia czynów przestępczych.

Czwarty punkt dotyczy analizy procesów myślowych skrzywionych pod wpływem emocji, czyli – mówiąc inaczej – w jaki sposób procesy myślowe człowieka zaczynają sterować całkowicie wadliwymi, szkodliwymi, a nie-rzadko i wynaturzonymi postaciami zachowania. Na dwóch kolejnych sesjach, tj. 21 i 22, omawiane są niekiedy kuriozalne przykłady wypaczeń myślenia, starające się stworzyć pozory racjonalności całkowicie nieracjonalnym argumentom legitymizujących zachowania dewiacyjne i przestępcze.

Piąty punkt skoncentrowany jest na zmianie wadliwego toku argumentacji na rzecz logicznego i tym samym bardziej wskazanego sposobu oceny wadliwego zachowania. W czasie sesji od 22 do 25 omawiane są ważne zagadnienia, takie jak: przemiana ocen typu co jest normalne a co wadliwe, na rzecz tego, co jest bardziej i co jest mniej szkodliwe, i co jest bardziej lub mniej dobre zarówno dla pacjenta, jak i jego bliższego i dalszego otoczenia.

Bardzo ciekawe i pomysłowe jest zakończenie w ramach prac modułu szóstego. Otóż każdy z uczestników otrzymuje kwestionariusz, którego pytania dotyczą oceny tego, jak uczestniczący w sesjach pacjent ocenia różne argumenty dotyczące przejmowania odpowiedzialności za różne niepowodzenia i niedociągnięcia. Kwestionariusz ten nosi prowokujący tytuł: „To nie jest moja, lecz twoja wina”. Zawiera on zarówno gotowe odpowiedzi, które wypełniający zakreśla, albo też może wpisać własną odpowiedź.

„Jeśli nie wykonałeś jakiegoś zobowiązania wobec grupy, jak to wytłumaczysz?”

Zadanie było za trudne.

Nie miałem dostatecznie dużo czasu, aby to wykonać.

A jak ustosunkujesz się do tego, że inny uczestnik tego nie wykonał?

Jest leniwy i nie chciało mu się.

Jest za głupi, aby to wykonać.

Jeśli masz bardzo zły humor i burkniesz niegrzecznie na kogoś, kto o coś cię zapyta, jak to wyjaśnisz?

Za mało spałem ubiegłej nocy i byłem rozdrażniony.

Powinien wiedzieć, że jestem nie w humorze i dać mi spokój.

A jak ocenisz zachowanie kogoś innego w podobnej sytuacji?

To jest jego problem.

On z natury jest gburem.

Jak usprawiedliwisz swoje spóźnienie na umówione spotkanie?

Miałem trudności z dojechaniem.

Zbyt dużo spraw musiałem załatwić po drodze.

A jak ocenisz kogoś, kto spóźnił się na spotkanie z tobą?

Jest z natury spóźnialski.

Jest nieczuły, pozwalając mi na siebie czekać.

Koleżanka prosi cię, abys pomógł jej wstać, a ty odmawiasz, jak to skomentujesz?

Miałem zbyt mało czasu, aby to uczynić.

Mam chore ramię i nie mogę dźwigać.

A jak ocenisz postępek kolegi, który odmówi ci pomocy przy przesuwaniu mebli?

On mnie po prostu nie lubi.

Zawsze szuka u mnie pomocy, ale nie potrafi się odwdzięczyć”.

Nie trzeba długo uzasadniać, że kwestionariusz ten stara się w miarę skutecznie badać wyrobienie społeczne, im ono jest większe, tym bardziej podobne są oceny siebie i innych, no i przede wszystkim daje pogląd na efekty pracy terapeutycznej.

Kolejny siódmy moduł poświęcony jest przepracowaniu wadliwych związków interpersonalnych. Zdaniem autorek programu SOS, pacjent po przejściu większej części dotychczasowej terapii jest już w pełni przygotowany do bardziej dojrzałego spojrzenia na jego rolę w społeczeństwie i potrzebę ostrożnego, wywarzonego postępowania z innymi ludźmi. To ważne przedsięwzięcie wprowadzane jest poprzez realizację pięciu podstawowych punktów.

Pierwszy z nich dotyczy oczekiwań, zarówno pacjenta wobec otaczającego go otoczenia, jak i odwrotnie, innych ludzi wobec niego. Na te zagadnienia przeznaczonych jest pięć początkowych sesji, których tematyka koncentruje się wokół takich tematów: dlaczego kontakty z ludźmi są nieodzowne, jakie typy i rodzaje kontaktów są najważniejsze, a jakie mniej ważne i dlaczego.

Punkt drugi obejmuje pięć kolejnych sesji, czyli od 6 do 10, w czasie których głównym tematem jest komunikacja w stosunkach z innymi ludźmi,

a tematami bardziej szczegółowymi takie zagadnienia, jak np. czego nie możemy się dowiedzieć inną drogą jak tylko z rozmów i obserwacji innych ludzi, co i komu należy komunikować itp.

Trzeci punkt, obejmujący sesje od 11 do 15, skoncentrowany jest na analizie zaburzeń w kontaktach interpersonalnych. Zadaniem pacjentów uczestniczących w tej fazie terapii są próby oceny różnych postaci niezdobności kontaktów międzyludzkich.

Naturalną niejako kontynuacją poprzedniego punktu jest kolejny, czwarty etap realizacji siódmego modułu, którego idea przewodnią, realizowaną w czasie sesji od 16 do 22, jest nauka sposobów przewycięzania wadliwych form relacji i przekształcania je w takie, które przynoszą korzyść obu stronom.

Dalszym ciągiem tego etapu pracy terapeutycznej jest następny, piąty punkt, obejmujący dwie ostatnie sesje, czyli 23 i 24, których zadaniem jest nauka podejmowania alternatywnych (w stosunku do złych), czyli pozytywnych relacji z innymi ludźmi. Czynione to jest na przykładzie analizy konkretnych przykładów relacji opisywanych i analizowanych przez pacjentów.

Po zakończeniu pracy w ramach 7 modułu pacjent dostaje „pracę domową” polegającą na wypełnieniu kwestionariusza zatytułowanego: „Postępy mojej dotychczasowej pracy”, który z jednej strony diagnozuje stopień i rodzaj wypaczeń jego dotychczasowych kontaktów z innymi ludźmi, a z drugiej strony bada dojrzałość planów na przyszłość tego pacjenta. A oto pytania zawarte w tym ważnym kwestionariuszu:

„Głównymi celami podjęcia terapii były następujące wadliwe objawy mojego zachowania ... Elementy, cechy mojego zachowania, których zmiany starałem się oceniać codziennie i co tydzień ... Jak zmiany te oceniam ogólnie ... Jak oceniają moje zachowanie inni ludzie (na podstawie moich spostrzeżeń) ... Które cechy zachowania udało mi się poprawić ... Jakie mam dalej problemy ... Czy, a jeśli tak, to jakie niepowodzenia spotkałem w czasie terapii ... Nad czym muszę jeszcze pracować”.

Dokładna analiza odpowiedzi na pytania kwestionariusza nie tylko służy wspomnianej uprzednio ocenie dotychczasowych skutków terapii, ukazują one także punkty, na jakie należy zwrócić uwagę w toku realizacji ostatnich trzech modułów.

Moduł ósmy dotyczy sposobów radzenia sobie z przeszłością, która u dewiantów i przestępców seksualnych z reguły bywa mroczna i burzliwa. Praca w ramach tego modułu przebiega w ramach realizacji trzech

podstawowych punktów. Pierwszy z nich dotyczy traumy własnego dzieciństwa, zawiera on dziesięć początkowych sesji, w czasie których uczestnicy spotkań opisują i analizują najbardziej stresujące i traumatyzujące wydarzenia ze swego burzliwego życia.

Punkt drugi koncentruje się na próbie wyjaśnienia i zrozumienia mechanizmów popełnianych wypaczeń zachowania się, obejmuje on sesje od 11 do 17. Tematy spotkań dotyczą analizy przyczyn i dynamiki wypaczonego i przestępczego zachowania się każdego z pacjentów. Trzeci punkt ósmego modułu dotyczy sposobów wyboru i wdrożenia najlepszych dróg poprawy złych relacji pacjenta z otoczeniem.

Po zakończeniu zajęć w ramach ósmego modułu każdy pacjent wypełnić ma trzy kwestionariusze. Pierwszy zawiera pytania o traumy i stesy przeżywane dawniej i aktualnie, a oto treść tego istotnego dla diagnozy przeszłości pacjenta kwestionariusza: „Poniżej jest lista doświadczeń życiowych, które wywołują u większości ludzi stres. Niektóre z tych doświadczeń są negatywne, inne zaś wywołują pozytywne zmiany. Ale nawet te pozytywne zmiany powodować mogą u niektórych ludzi stres. Wspomnij o różnych wydarzeniach ze swego życia i zaznacz, czy kiedyś przeżywałeś zdarzenia przedstawione poniżej. Jeśli dane zdarzenie miało miejsce w twoim życiu, określ przybliżony czas tego zdarzenia „aktualnie” (czyli w tym lub ubiegłym roku) i „dawniej” (ponad dwa lata temu). Jeśli zaś nie przypominasz sobie takiego zdarzenia w twoim życiu, pozostaw rubrykę przeznaczoną na odpowiedź wolną.

1. Śmierć członka rodziny;
2. Rozwód lub separacja;
3. Osadzenie w więzieniu lub innej instytucji odosobnienia;
4. Poważne uszkodzenie ciała, przewlekłe choroby albo wyraźne zmiany w stanie zdrowia psychicznego;
5. Małżeństwo;
6. Wydalenie z pracy;
7. Gwałtowne zmiany w stanie zdrowia lub sposobie zachowania kogoś z członków twojej rodziny;
8. Problemy seksualne;
9. Gwałtowne zmiany w sytuacji finansowej;
10. Śmierć bliskiego przyjaciela;
11. Zbyt szybko zmieniające się warunki życia;
12. Problemy i kłótnie z członkami rodziny;
13. Gwałtowne zmiany w dostępie do wypoczynku i zmiany w jego sposobach;
14. Duże zmiany w życiu religijnym, kryzysy i wątplenia natury egzystencjalnej.
15. Gwałtowne zmiany w aktywności społecznej;
16. Zmiany w sposobie zażywania leków i rytmu życia;
17. Daleko posunięte zmiany w diecie i sposobach odżywiania;
18. Duże zmiany czasu udawania się do snu;
19. Doświadczenie aktów przemocy;
20. Bycie świadkiem aktów przemocy.

Jeden z pozostałych kwestionariuszy zawiera kilka obiegowych określeń istoty wybaczenia, a drugi określenia akceptacji innych osób, a szczególnie takich, które swoim zachowaniem sprawiają przykrość. Pacjenci mają podkreślić najbardziej, ich zdaniem, odpowiednie sformułowanie.

Dziewiąty moduł poświęcony jest „metodom dobrego wyboru”, praca w ramach jego realizacji skierowana jest już na przyszłość pacjenta bardziej niż na stan aktualny (który powinien ulec znacznej poprawie skutkiem ukończenia prac w ramach poprzednich etapów pracy). Realizacja prac w ramach tego modułu podzielona jest na cztery podstawowe punkty.

Pierwszy z nich lapidarnie określony „nasze decyzje, nasze zachowanie się”, realizowany w czasie 10 początkowych sesji, uczy analizowania mechanizmów podejmowania decyzji oraz licznych, niekiedy pokrętnych, dróg przekuwania tych decyzji w działanie. Punkt drugi dotyczy mechanizmów tworzenia zręczności społecznych, na ten cel przeznaczono sesje od 11 do 13. Przedmiotem owych spotkań jest optymalizacja dążeń prozdrowotnych i prospołecznych pacjentów, nauka sposobów rozróżniania mechanizmów, które służą rozwojowi i takich mechanizmów, które rozwój ten blokują lub wypaczają. Trzeci punkt nastawiony jest na naukę tworzenia mechanizmów pozytywnych zręczności społecznych (sesje od 14 do 18), w czasie tych zajęć dyskutowane są m.in. takie sprawy, jak strategie regulowania emocji, akceptacja przeciwstawnych argumentów. Czwarty punkt jest chyba najważniejszy dla przyszłego życia pacjenta, dotyczy on nauki niezbędnych mechanizmów samoopanowania w podejmowaniu korzystnych rozwiązań, na ten cel poświęca się dwie ostatnie sesje, czyli 19 i 20. Głównym tematem dyskusji jest analiza takich zachowań społecznych, które najbardziej zapobiegają konfliktom i wszelkim wypaczeniom, bo nie tylko szkodzą, ale także blokują dalsze kontakty.

Ostatni, dziesiąty moduł przeznaczony jest zarówno podsumowaniu prac w dobiegającej zakończenia terapii, a także, podobnie jak i moduł poprzedni, zawiera zabiegi przygotowujące pacjenta do jego dalszego samodzielnego i udanego życia. Moduł ten realizowany jest poprzez sześć głównych punktów. Pierwszy, obejmujący osiem początkowych sesji, przeznaczony jest ocenie uzyskanych postępów w czasie kończącej się terapii. Uczestnicy starają się wykazać zmiany w ich dotychczasowym sposobie myślenia i zachowania się oraz w podejmowanych planach na przyszłość. Punkt drugi, (obejmujący sesje od 9 do 10) uszczegółowia prowadzone poprzednio rozważania nad zmianami poprzez wprowadzenie

usystematyzowania etapów ich osiągnięcia. Realizacja punktu trzeciego (sesje od 11 do 15) polega na utrwaleniu wcześniej wyrobionych u pacjentów zręczności adaptacyjnych i zaangażowania w dalsze, niezbędne etapy pracy nad samodoskonaleniem. Naturalną kontynuacją tej problematyki są problemy podejmowane w ramach realizacji punktu czwartego (obejmującego sesje od 16 do 20), poświęconego nie tylko niezbędnej pracy nad samodoskonaleniem się pacjenta, lecz także nad sposobami jego dalszego korzystania z pomocy różnego rodzaju specjalistów i supervisorów. Piąty punkt (obejmujący sesje 21-22) poświęcony jest kontynuacji poprzednich dyskusji, dotyczy on mianowicie omawiania różnych możliwości korzystania przez pacjenta z pomocy i wspomagania własnych prac nad doskonaleniem autokontroli zachowania się, jak i jego stosunków, zarówno z osobami z bliższego, jak i dalszego otoczenia społecznego. Ostatni szósty punkt to pożegnania i oczywiście zapewnienia o utrzymywaniu, w miarę możliwości, dalszych kontaktów wzajemnie wspierających, zarówno pomiędzy uczestnikami spotkań terapeutycznych, jak i z prowadzącymi te zajęcia specjalistami.

Po zakończeniu terapii pacjent wypełnia obszerny kwestionariusz, zawierający pytania dotyczące jego oceny terapii, a także oceny różnego rodzaju korzyści, jakie dało mu uczestnictwo w terapii. Pytania te są bardzo zbliżone do tych, jakie zawierał kwestionariusz wypełniany na zakończenie modułu siódmego. Ponadto każdy uczestnik terapii w ramach programu SOS, niezależnie od tego, jak długo w programie tym uczestniczył, otrzymuje po jej ukończeniu albo opuszczeniu z różnych przyczyn „pakiet wskazówek po opiekuńczych *aftercare*”, informujących go o tym, jak ma się zachować i gdzie się udać w przypadku potrzeby pomocy. Każdy z uczestników programu SOS wypełnia kwestionariusz zwany „Dodatkowe materiały informacyjne uczestnika”, w którym w odpowiednich rubrykach wpisuje swoje oceny i sugestie w odniesieniu do prowadzonych zajęć. Istnieje jeszcze inny, ciekawy dokument, jaki wypełnia uczestnik zakończonej lub przerwanej terapii. Jest to spis 22 emocji, dobrych i złych, z których uczestnik zakreśla jedną, najbardziej – jego zdaniem – odpowiednią do oceny jego stosunku do zajęć, w jakich uczestniczył. Z pewnym wahaniem wymieniam nazwy tych kolejnych stanów emocjonalnych, jako że ich rozumienie przez ludzi wychowanych w kulturze anglojęzycznej jest nieco inne niż nasze rozumienie ich słownikowych odpowiedników: złość, niezadowolenie, strach, uraza, wrogość,

desperacja, ciekawość, ulga, nuda, nadzieja, smutek, zawstydzenie, entuzjazm, podejrzenie, beznadziejność, nerwowość, bezpieczeństwo.

Opisywany powyżej program SOS dla przestępców seksualnych zawiera nie tylko opis metod i metodyki oddziaływań psychokorekcyjnych, zawiera on także opracowany pakiet oddziaływań inkluzyjnych, czyli dotyczący zarówno przygotowania pacjenta do powrotu do jego środowiska (o czym była mowa przy analizie dwóch ostatnich modułów omawianej terapii), jak i przede wszystkim przygotowania środowiska społecznego (do jakiego powrócić ma pacjent) na jego przyjęcie.

Autorki programu SOS zdają sobie sprawę z tego, że nawet najlepsze wyniki doraźnej terapii spełzną na panewce, jeśli pacjent wróci do wrogo doń nastawionego otoczenia. Stąd też jeszcze przed zakończeniem terapii musi nastąpić w miarę dokładne i wszechstronne poznanie środowiska, do którego powróci.

Należy przede wszystkim wziąć pod lupę najważniejszy i z reguły najbliższy krąg osób, z jakimi będzie współżył podopieczny, czyli członków jego rodziny. W tym zakresie zbadać należy, w jakim stopniu wadliwe zachowanie się pacjenta pogorszyło relacje, a nawet spowodowało zerwanie kontaktów z jednymi członkami rodziny, a z innymi nie. Konieczna jest ponadto eksploracja dalszego, ale bardzo ważnego środowiska, a mianowicie środowiska nauki, pracy, społeczności lokalnych innych grup społecznych, w których były pacjent powinien partycypować.

Kolejnym niezwykle ważnym krokiem do wprowadzenia pacjenta w jego harmonijne funkcjonowanie w społeczeństwie jest doprowadzenie do ewentualnego spotkania z ofiarą. Ostatnim, ale dosyć ważnym kierunkiem przygotowania środowiska społecznego do przyjęcia pacjenta kończącego lub przerywającego terapię jest rozpoznanie, jakie w jego przyszłym otoczeniu istnieją możliwości kontynuowania terapii, tak aby pacjenta przygotować do korzystania z pomocy ośrodków terapeutycznych kierujących się nieco inną filozofią, a także nieco innymi metodami pracy terapeutycznej.

Podsumowanie

Przechodząc do ogólnego podsumowania przedstawionych powyżej informacji, stwierdzić muszę, że ze znanych mi programów właśnie SOS jest najbardziej szczegółowym, a zarazem rozległym programem terapii

przestępców seksualnych. Jego wielką i rzadko niestety spotykaną zaletą jest to, że poszczególne elementy tego bardzo rozbudowanego systemu oddziaływań nie tylko się wzajemnie wspomagają, ale także zastępują, jeśli któryś z tych elementów nie do końca spełni swoje zadanie.

Wyrażając uznanie dla przedstawionej precyzji w skonstruowaniu misternie utkanych sieci oddziaływań terapeutycznych programu SOS, mam równocześnie obawy, czy znajdzie się wśród przestępców seksualnych wielu chętnych do dobrowolnego poddania się tak skomplikowanym i wymagającym bardzo silnej determinacji zabiegom.

Mam jeszcze inne wątpliwości co do opisywanego powyżej, ambitnego programu. Zacznę od kwestii bardzo przyziemnej, o której autorki nie wspominają. Otóż opisywany program, przewidziany przeciętnie na okres dwóch lat, zawierający tak rozległe pole oddziaływań, prowadzony przez licencjonowanych psychologów czy psychiatrów, byłby bardzo kosztowny i myślę, starając się przyjmować amerykańskie pragmatyczne rozumowanie, że to było ważną przyczyną, że autorki podkreślają, z czym mogę się w pełni zgodzić, iż „sukces terapeutyczny nie wynika z tytułu (naukowego, czy zawodowego – dopisek K.P.) prowadzącego terapię, lecz ze stopnia jego zaangażowania w słuszność i skuteczność świadczonych oddziaływań” (s. 48), dlatego też dopuszczają, aby terapię mogły przeprowadzać osoby nieposiadające formalnych certyfikatów.

Wychodząc z tego punktu widzenia, w całym swoim obszernym podręczniku o prowadzących terapię posługiwały się trudnym do przetłumaczenia na nasz język określeniem *treatment provider*, czyli chyba „po naszymu – resocjalizator”. Autorki podkreślają, że właśnie ów resocjalizator powinien być nie tylko terapeutą, lecz także nauczycielem i sędzią. W niczym tych argumentów – jak już mówiłem – nie kwestionuję, pod warunkiem, że ów resocjalizator będzie miał wystarczająco rozległą wiedzę, a co jeszcze ważniejsze, nabytą praktykę w umiejętności jej wcielania w nie zawsze otwarte i chłonne umysły.

Nie chcę jednak, aby te moje wątpliwości zniechęciły do zapoznania się z przedstawianym powyżej programem, który powinien zainteresować nie tylko tych, którzy zajmują się resocjalizacją, lecz także każdego z nas. Nie znam bowiem – co jeszcze raz podkreślam – programu przedstawiającego tak dokładnie sposoby i metody poprawy systemu samoregulacji, który szwankuje nie tylko u tych, którzy skazywani są za przestępstwa seksualne.

Bibliografia

- Keeling J.A., Rose J.L., Beech A.R., *Sexual offending theories and offenders with intellectual disabilities*, "Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities" 2009, Vol. 22(5).
- Pospizyl K., *Przestępstwa seksualne*, PWN, Warszawa 2006.
- Simson J.D., Becker J.V., *Treating sex offenders. An evidence-based manual*, New York 2018, Guilford Press.
- Simson J.D., Becker V.J., McVay L.A., *Multimodal self-regulation therapy of sex offender*, [w:] Douglas P. Boer (red.), *The Willey handbook on the theories, assessment and treatment of sexual offending*, New York 2017.
- Simson J.D., Sales B.D., Becker J.V., *Sex offending. Causal theories to inform research, prevention and treatment*, "American Psychological Association" 2008.
- Ward T., Hudson S.M., Keenan T., *A Self Regulation Model of the sexual offense process Sexual Abuse*, "A Journal of Research and Treatment" 1998, Vol. 10.
- Ward T., Hudson S.M., *The construction and development of theory In sexual offending area: A metatheoretical area framework Sexual Abuse*, "A Journal of Research and treatment" 1998, Vol. 10.
- Ward T., Hudson S.M., *Self-regulation model of relapse prevention*, [w:] D. Laws, S.M Hudson. T. Ward (red), *Remarking relapse prevention with sexual offenders, A source book*, Thousand Oaks 2008.
- Yates P. M., Prescott D., Ward T., *Applying the Good Lives and Self Regulation Model to sex offender treatment. A practice guide for clinicians*, Salter Society Press, Brandon 2010.
- Yates P.M., Ward T., *Good Lives, self-regulation, and risk management: An integrated model of sex offender assessment and treatment*, "Sexual Abuse in Australian and New Zealand" 2008, 1(1): 3-20.

