

Kazimierz Pospiszyl

Przygotowanie przestępców seksualnych do terapii

Preparing sex offenders for treatment

W artykule przedstawione zostały metody przygotowywania przestępców seksualnych do terapii. Artykuł podzielono na dwie części. W pierwszej starano się ukazać trzy główne i najczęściej wymieniane w literaturze przedmiotu przejawy oporu przestępców przed terapią, a mianowicie: ogólną niechęć do jakiegokolwiek zmiany zachowania się (*refuders*), zaprzeczanie tego, że obecne wynaturzone zachowanie ma znamiona przestępstwa (*deniers*) oraz przerywanie i przedwczesne wycofywanie się z zajęć psychokorekcyjnych (*drop out*). W drugiej zaś części artykułu omówione zostały konkretne sposoby przygotowania przestępców seksualnych do czekającej ich terapii, przedstawiono w niej dwa kolejne zagadnienia, a mianowicie: geneza i niebywały rozkwit podstawowej metody tego przygotowywania, jakim jest wywiad motywujący, a następnie omówiono, na konkretnych przykładach, w jaki sposób konstruuje się kwestionariusze wywiadu motywującego, pozwalające na maksymalne uściślenie i operacjonalizację zebranych przy ich zastosowaniu wyników.

Słowa kluczowe: przygotowania przestępców seksualnych do terapii.

The article presents how sex offenders prepare for therapy, was divided into two parts: the first attempts to show the three main, or at least the most frequently mentioned in the literature, symptoms of offenders' resistance to therapy, namely: general reluctance to any changes in behavior, denying that the current twisted behavior is a crime (denial) and interrupting and resigning.

The second part of the article discusses specific methods of preparing sex offenders for the therapy awaiting them, and presents two more issues, namely: the genesis and the unprecedented flourishing of the basic method of this preparation, which is the motivating interview, and

then discusses, on the basis of specific examples, in which In this way, motivating interview questionnaires are constructed, allowing for the maximum refinement and operationalization of the results collected with their application.

Key words: preparing sex offenders for treatment.

Wprowadzenie

Wprawdzie to koniec wieńczy dzieło – jak twierdzi, zrodzone z mądrości potocznej, porzekadło – lecz praktyka życiowa jednoznacznie wskazuje na to, że początek stanowi najlepszy wskaźnik kształtu tego dzieła. Najlepszym tego przykładem jest niezwykle trudna terapia przestępców seksualnych, której zadaniem jest nie tylko gruntowne przeorientowanie najbardziej intymnej sfery przeżyć wewnętrznych podopiecznego, czyli jego fantazji oraz wpływających z nich mocno zazwyczaj wypaczonych sposobów reakcji seksualnych, lecz także terapia, która musi zmienić i przeorientować zdecydowaną większość przyzwyczajeń, a także nawyków życiowych i najczęściej całość kształtu jego struktury mentalnej.

Aby tę trudną terapię uczynić bardziej skuteczną i możliwie najmniej utrudnioną dla pacjenta (podopiecznego), niezbędne jest możliwie dogłębne i wszechstronne przygotowanie tego pacjenta do czekającego go przedsięwzięcia. Temu ważnemu zagadnieniu poświęcony jest niniejszy artykuł, który podzielony został na dwie zasadnicze części: w pierwszej omówiona została natura i postacie oporów pacjenta przed terapią, natomiast druga skupiona jest na omówieniu metod przygotowania do skutecznej terapii.

W części pierwszej przedstawione zostały trzy najczęściej wyróżniane negatywne postacie oporu w stosunku do terapii, a mianowicie: 1) ogólna niechęć do zmiany dotychczasowego zachowania się i wynikająca z niej negatywna postawa do terapii, 2) zaprzeczanie tego, że przejawiane zachowanie się, mimo że narusza prawo i normy społeczne, nie jest i nie powinno być uważane za przestępstwo, i wreszcie 3) przerywanie terapii przed jej skutecznym ukończeniem.

Część druga poświęcona jest metodyce przygotowań do terapii, a w istocie najbardziej skutecznej i tym samym popularnej technice tych przygotowań, jaką jest wywiad motywujący. Omówienie tego zagadnienia

podzielone zostało na dwie części: pierwsza dotyczy genezy i rozwoju tej bardzo obecnie popularnej metody, zarówno zbierania niezbędnych informacji, jak i – przede wszystkim – motywowania do niezbędnej determinacji w poczynaniach terapeutycznych, natomiast druga zawiera próbę ukazania sposobów pogłębiania i uprecyzyniania danych gromadzonych przez wywiad motywujący, podejmowanych w najbardziej sprawdzonych kwestionariuszach.

I. Sposoby przezwycięzania obojętnych i negatywnych postaw wobec terapii

Najlepszym wprowadzeniem do obecnych rozważań będzie przypomnienie podstawowej zasady, że prawdziwa i skuteczna zmiana zachowania się wynikać musi z dobrej i nieprzymuszonej woli człowieka, wymuszone zmiany są zazwyczaj powierzchowne i przez to nietrwałe. Nic przeto dziwnego, że głównym celem przygotowania podopiecznego do skutecznej terapii jest wyzwolenie lub/i wzmocnienie jego pozytywnej postawy w stosunku do czekającej go niełatwej pracy nad zmianą jego zachowania.

Jest to tym bardziej konieczne, że na ogół ludzie (a zatem nie tylko przestępcy) wykazują w tym przedmiocie wiele oporów i niechęci. W przypadku przestępców seksualnych mamy zazwyczaj do czynienia z trzema rodzajami takich negatywnych postaw, tj. z ogólną niechęcią, zaprzeczeniem potrzeby jakichkolwiek zmian, zniechęceniem do trwających już zabiegów terapeutycznych, powodującym ich przerwanie.

Jak w przypadku zdecydowanej większości zjawisk psychofizycznych pomiędzy wymienionymi powyżej postaciami niechęci do terapii nie ma ani ostrych przedziałów w zakresie ich przejawów, ani nie można znaleźć ich jednorodnej etiologii. Niemniej z tym stopniem ostrości, na jaki pozwala natura omawianych zjawisk, można mówić o dwóch postawach ich podziałów: po pierwsze postaw wobec terapii, a po drugie stosunku do popełnianych czynów. Przy czym pierwszy z tych czynników z większym stopniem występuje zarówno w niechęci do terapii, jak i jej przerywania, natomiast drugi w przypadku zaprzeczania tego, że popełniane czyny mają charakter kryminalny.

Ponieważ wymienione powyżej trzy postacie niechęci wobec terapii mimo wszystko w świetle obserwacji klinicznych i przeprowadzonych badań mają swoje specyfiki, zasługują na osobne omówienie.

1. Niechęć wobec terapii (*refuse*)

Na podstawie licznych badań nad postawami wobec terapii ustalono przede wszystkim, że przestępcy seksualni wykazują relatywnie daleko bardziej negatywne postawy w stosunku do terapii niż przedstawiciele ogółu przestępców (por. J. Ware i N. Blagden 2017). Problem ten dosyć szeroko przedstawił R. Lingevin (2006) na podstawie badań longitudinalnych, z których wynika, że fenomen ten, zamiast zanikać, narasta. I tak w latach 70. ubiegłego wieku niechęć do terapii wykazywało 25% przestępców seksualnych, w latach 80. było ich już 40%, a w latach 90. aż 71%.

Jest kilka przyczyn tego zjawiska, a za najważniejsze autor ten uważa uporczywe przekonanie, że przestępstwa i dewiacje seksualne wykazują odporność na oddziaływania terapeutyczne, co zdaje się potwierdzać znana powszechnie mała skuteczność tych zabiegów, po drugie, występujące nierzadko przekonanie, że oddziaływania terapeutyczne naruszają przyrodzone prawa do intymności, zubażając tym samym życie wewnętrzne, i po trzecie, że personel, czyli w tym przypadku pracujący z przestępcami terapeuci są najmniej sprawdzeni w tak trudnych poczynaniach.

Przedstawiając powyżej przyczyny niechęci podejmowania terapii, jako pierwszą wymieniłem dosyć szeroko zakorzenione w społeczeństwie przekonanie o małej (albo nawet żadnej) skuteczności oddziaływań terapeutycznych, szczególnie w przypadku prób psychokorekcji preferencji i praktyk seksualnych.

Dlatego też niechęć do terapii przezwyciężyć można dwoma sposobami, czy – mówiąc inaczej – dwoma torami: oddziaływaniem na otoczenie potencjalnego uczestnika skutecznej terapii oraz na niego bezpośrednio.

Ponieważ otoczenie społeczne staje się podstawowym czynnikiem kształtowania postaw i przyzwyczajzeń, niezbędne zatem staje się szerokie i skuteczne uświadamianie możliwie najszerszej liczby osób, z którymi przebywa potencjalny uczestnik terapii, że: po pierwsze – terapia może być skuteczna, po drugie – jest ona niezbędna do koniecznego przeorientowania prawem i obyczajem zakazanych praktyk seksualnych, lecz także ogólnego poprawienia jakości życia.

Mówiąc inaczej, niezbędne staje się wytworzenie pozytywnego nastawienia do terapii, zarówno otoczenia rodzinnego potencjalnego pacjenta, jak i możliwie najszerszej grupy osób, z którymi on najczęściej przebywa. Wiele badań wskazuje na to, że pozytywny stosunek do terapii przedstawicieli otoczenia pacjenta ma podstawowe znaczenie (por. dla przykładu: R.E. Mann i inni 2013).

Bez najmniejszej wątpliwości najważniejszym jednak sposobem przygotowania potencjalnego pacjenta do terapii jest możliwie dogłębne przekonanie samego pacjenta, że terapia stanowi dla niego najlepsze i najbardziej potrzebne przedsięwzięcie życiowe, które nie tylko nie zuboży jego życia wewnętrznego, lecz wręcz przeciwnie – nada temu życiu głębszy i bardziej harmonijny wymiar, bez którego właściwe funkcjonowanie w społeczeństwie będzie zawsze utrudnione, a często wręcz niemożliwe.

Ponadto pacjent musi zostać uświadomiony, że terapia może (i powinna) wyzwolić w nim niezbędną i silną determinację do tego, aby podjąć duży wysiłek potrzebny do gruntownego przemodelowania uprzedniego systemu wartości, postaw i preferencji. Przystępując do terapii, pacjent musi mieć głęboko wpojone przekonanie, że dzięki trudnym i zmusnym, chociaż ciekawym, a niekiedy wręcz fascynującym, zajęciom stanie się nie tylko lepszym, lecz także szczęśliwszym człowiekiem.

Główną metodą przysposabiania pacjenta do konieczności poddania się terapii, a także wzbudzenia i utrwalenia wspomnianej już determinacji w tym zakresie, jest wywiad motywujący, który omówiony zostanie nieco później, teraz należy powiedzieć kilka słów o stworzeniu ogólnego klimatu psychicznego pozwalającego na zakiełkowanie w umyśle przyszłego pacjenta niezbędnych determinacji do rozpoczęcia i przetrwania terapii.

Aby stworzyć potrzebny klimat należy odwołać się do najbardziej naturalnej potrzeby każdego człowieka, czyli do ciekawości, w tym przypadku wzmocnionej – nieobcym ludzkiej istocie – narcyzmem, żywą potrzebą zgłębiania własnej psychiki, podobnie jak i równie ważną potrzebą poznania przeżyć i doznań innych ludzi, bez czego nie można sobie wyobrazić wzajemnie satysfakcjonujących kontaktów społecznych.

Utarło się powiedzenie, że najwięcej na świecie jest lekarzy, ponieważ każdy na dobrą sprawę człowiek ma jakiś pogląd na temat przezwyciężania odczuwanych dolegliwości, jestem przekonany, że ten potoczny pogląd można łatwo przebić stwierdzeniem, że każdy człowiek musi być psychologiem. Ta oczywista prawda znaleźć może łatwy przystęp

do wyobraźni i na jej podstawie oprzeć można wcale nieprzesadzony argument, że oczekiwana terapia to nic innego jak praktyczna nauka psychologii, dzięki której życie stać się może łatwiejszym, a – nade wszystko – ciekawszym.

2. Zaprzeczenie faktu popełnienia przestępstwa (*denies*)

W ramach przygotowania do terapii nieco innego podejścia wymaga dosyć znaczna liczba przestępców seksualnych nieprzyjmujących do świadomości faktu, że poprzez realizację swego (wypaczonego!) sposobu zaspokajania popędu seksualnego popełnili jakiekolwiek naruszenie prawa. Zazwyczaj pozornie logicznym tłumaczeniem popełniania dwóch najczęściej penalizowanych przestępstw seksualnych o charakterze intruzyjnym, czyli pedofilii i gwałtów, jest w przypadku pedofilii argument, że skoro dorosły musi osobiście angażować się w naukę dziecka wszelkich dojrzałych sposobów zachowania, to jego obowiązkiem jest w podobny sposób postąpić, gdy chodzi o przygotowanie dziecka do życia seksualnego. W sytuacji zaś gwałtów pozorne tłumaczenie zakłada, że skoro kobiety świadomie czy podświadomie zachowują się w sposób kokieteryjny, dają tym samym asumpt do ich „zaspokojenia”, nawet wbrew ich woli.

W przypadku osób zaprzeczających akcent oddziaływań przygotowawczych przesunięty być musi ze sfery emocjonalnej, to jest takiej, jaka powoduje niechęć do terapii, do płaszczyzny poznawczej, kognitywnej, należy bowiem w tym przypadku skorygować wadliwe przesłanki niby logiczne.

Zanim poświęcę uwagę owym sposobom „wprostowywania myślenia”, wspomnieć muszę o dosyć pozytywnym zjawisku odnotowanym w badaniach nad dynamiką częstotliwości występowania tego niepokojącego zjawiska, które – w świetle tych badań – wydaje się zmniejszać. Tak oto w badaniach nad mężczyznami skazanymi za przestępstwa seksualne prowadzonymi w 1992 r. przez H.G. Konnelly’ a i D.H. Grubina stwierdzono, że osób zaprzeczających jakoby ich czyny miały charakter kryminalny było 32%, w badaniach prowadzonych w 2003 r. przez P. Grobinsa, J. de Vandra i P. Cossey’ a było 21%, natomiast w 2010 r. w badaniach prowadzonych przez I. Harkinsa i in. było 7%.

Przedstawione powyżej optymistyczne wyniki badań J. Ware i R.E. Munn (2012) tłumaczą wzrostem „reakcji przystosowawczych” (*adaptative responses*) u ludzi, nabywanych w miarę nieuchronnego

rozwoju ich samoświadomości, wynikać z tego może również burzący nadzieję wniosek, że przestępcy seksualni stają się coraz bardziej świadomi karygodności swych czynów i – można tak przypuszczać – coraz bardziej podatni na zaakceptowanie wysiłków, jakich wymagać będzie czekająca ich terapia. Pomimo tego należy pamiętać, że jednak niemały odsetek przestępców i dewiantów seksualnych przejawia uporczywe przekonanie o nieszkodliwości swego postępowania.

Ogólnie rzecz biorąc, wszystkie zalecenia jeśli chodzi o przygotowywanie do terapii, jakie stosuje się zarówno do omawianych poprzednio niechętnych i sceptycznych wobec terapii, jak i przerywających terapię (którym poświęcę uwagę później), odnoszą się także do omawianych obecnie zaprzeczających, jakoby popełnili jakiekolwiek przestępstwo. Niemniej populacja zaprzeczających ma swoją specyfikę, z tego też względu zasługuje na osobne potraktowanie.

Główna przyczyna takiej odrębności wypływa z faktu, że postawa osób zaprzeczających nie dotyczy terapii jako takiej, tylko popełnianych przez nie czynów (które nie uznają za kryminalne), a zatem – można założyć – że sama terapia nie stanowi faktu centralnego u tego rodzaju osób. Jawi się wtedy istotne pytanie, do jakiego stopnia terapia pozostaje obojętna dla danej osoby, sama bowiem obojętność nie wyklucza możliwości rozpoczęcia i przeprowadzenia skutecznej terapii, o czym ewidentnie świadczą ciekawe wyniki obserwacji i badań przeprowadzonych przez N. Bagdena i in. (2013).

Aby zaplanować i przeprowadzić skuteczną terapię niezbędna jest wiedza na temat świadomego i podświadomego celu, jaki spełnia ocena danego zachowania się. Można założyć, że istnieją dwa niewykluczające się, stosunkowo proste uzasadnienia uporczywego zaprzeczania, że popełniane karygodne czyny nie są przestępstwem, po pierwsze usprawiedliwienie tych czynów, a po drugie wyzbycie się poczucia winy w wyniku ich popełnienia.

Jeśli pierwszy z argumentów dominowałby u zaprzeczających, należałoby przypuszczać, że popełniają oni daleko częściej przestępstwa seksualne niż niechętni terapii, a tak na szczęście nie jest, jak wskazują to wyniki badań R.E.Mana, R.K.Hanson i D.Thornstona (2010) osoby te nie wyróżniają się pod tym względem. Prawidłowość ta potwierdzona została przez K.I.Nunesa i F. Cartini'ego (2012) także w przypadku przestępstw kazirodczych. Można przeto uważać, że to poczucie winy sprawcy przestępstw seksualnych stanowi główną sprężynę zaprzeczania

tej winy, co tym samym wyznacza kierunek postępowania z tego typu osobami.

Można także spotkać się z poglądem, że przygotowanie do terapii nie wymaga „spowiedzi” potencjalnego pacjenta dotyczącej jego poglądów na temat tego, co jest, a co nie jest przestępstwem, ułożenie tych poglądów i przekonań stanowi podstawowe zadanie terapii właściwej, a nie wprowadzenia do niej. Natomiast przygotowania do terapii skupić się powinny – według tego poglądu – głównie na wyrabianiu przekonania o niezbędnej odpowiedzialności za własne czyny i przysposabianiu potencjalnego pacjenta do zmiany, zarówno postaw i poglądów, jak i – przede wszystkim – sposobów postępowania (por. J. Ward i R.E.Munn 2012).

3. Przerwanie terapii (*drop-out*)

Ponieważ przerywanie terapii występuje bardzo często w praktyce oddziaływań medycznych i psychologicznych, nie jest zatem zaskoczeniem, że występuje ono często również w przypadku terapii przestępców, a w szczególności przestępców seksualnych. Jednak w tym ostatnim przypadku wydaje się ono przybierać bardzo niepokojące rozmiary. J. Prolux i inni na podstawie badań, obserwacji i szacunków oceniają, że odsetek przerywających terapię wśród dorosłych przestępców seksualnych sięgać może nawet 80%, w przypadku nieletnich odsetek ten jest nieco niższy, a mianowicie 70%. Natomiast badania i obserwacje J.K. Marquesa i innych (2005) wykazują, że w warunkach zakładu zamkniętego odsetek ten jest znacznie niższy, wynosi bowiem 18,9%.

Ponieważ – jak to wynika z przytoczonych badań – przerywanie terapii stanowi najpoważniejszą przeszkodę w skutecznym jej zakończeniu, stosunkowo dużo badań i obserwacji poświęcono wyjaśnieniom przyczyn tego zjawiska. Uwarunkowania te zazwyczaj dzieli się na dwa rodzaje, a zatem na te, które wynikają z czynników niezwiązanych z procesem terapii oraz te, które wpływają bezpośrednio lub pośrednio z samego procesu terapii. Można – skrótowo ujmując – podzielić je na przedterapeutyczne i wadliwie terapeutyczne, czyli wynikające z niedociągnięć w metodyce oddziaływań terapeutycznych.

Jeśli chodzi o pierwszą grupę przyczyn, czyli przedterapeutycznych, to zdecydowana większość czynników społeczno-demograficznych (takich jak: wiek, płeć, pochodzenie społeczne, wykształcenie itp.) nie ma wpływu na skłonność do przerywania oddziaływań terapeutycznych,

tak przynajmniej wynika z badań i obserwacji przeprowadzonych przez S. Laronchoelle i innych (2011). Niemniej badania i obserwacje przedstawione przez M.E. Olivera i E. Wraga (2011) wykazały, że osoby samotne (single), rozwiedzione i żyjące w separacji dużo częściej przerywają terapię niż osoby pozostające w trwałych związkach rodzinnych.

Nie ma natomiast zgodności co do wpływu cech osobowości na skłonność do przerywania terapii, i tak z badań przeprowadzonych przez R. Gully'ego i innych (199) wynika, że żadna z cech osobowości diagnozowanych przez obszerny i szeroko stosowany w badaniach psychologicznych inwentarz osobowości MM;PI, nie stanowi jakiegokolwiek predyktora ukończenia procesu terapii bądź też jego przerwania.

Inne natomiast badania znajdują jednak niektóre osobowościowe korelaty skłonności do przerywania terapii, dla przykładu, cytowany już J. Pralux i inni (2004) stwierdzili, że niska samoocena, brak empatii, niski poziom kompetencji społecznych wysoko korelują ze skłonnością do przerywania terapii. S. Laroche i inni (2010) stwierdzili natomiast, że ze skłonnością do przerywania terapii wysoko korelują cechy antisocjalności i narcyzmu, zaś J. Ware i D.A. Wright (2008) wykryli, że ze skłonnością do przerywania terapii wyraźnie koreluje rodzaj poczucia kontroli (*locus of control*), a mianowicie: im wyższy jest poziom kontroli wewnętrznej, tym mniejsza jest skłonność do przerywania terapii.

Niekwestionowany natomiast związek ze skłonnością do przerywania terapii ma częstotliwość, rodzaj i sposób popełniania czynów kryminalnych. Przede wszystkim, im więcej takich postępów poprzedza terapię, tym gorzej wyglądają prognozy jej ukończenia i taka jest ogólna konkluzja wszystkich badań. Ponadto wszelkie przestępstwa „gwałtowne” (*violent*) stanowią o wiele bardziej niepokojący predyktor przerywania terapii niż inne postacie aktywności kryminalnej. Jako potwierdzenie tego zjawiska przytacza się zazwyczaj wyniki badań i obserwacji M.J. Boyko i S.C. Wraga (2005), że mężczyźni skazywani za czyny kazirodcze rzadziej od innych przestępców seksualnych przerywają terapię, natomiast mężczyźni dokonujący gwałtów o wiele częściej przerywają terapię niż ci, którzy popełniają przestępstwa pedofilii (por. J. Ware i N. Blagden (2017).

Najczęstszą jednak przyczyną przerywania terapii są błędy i niedociągnięcia w procesie jej stosowania, a wśród licznych i na dobrą sprawę trudnych niejednokrotnie do ogarnięcia niedociągnięć tak skomplikowanego przedsięwzięcia jak przemodelowywanie ludzkiej, nieskończenie

złożonej i skomplikowanej struktury motywacyjnej, najbardziej brzemienne w skutkach jest brak lub niedostatek wytworzenia w grupie terapeutycznej niezbędnej więzi i wzajemnej gotowości do wspomagania pomiędzy uczestnikami tej grupy. Jest to najważniejszy, a zarazem konieczny warunek skuteczności oddziaływań terapeutycznych.

Czynnik ten staje się szczególnie istotny w przypadku poczynań psychokorekcyjnych wobec przestępców i dewiantów seksualnych, u których prawem i obyczajem zakazane czyny wynikają głównie z braku lub zerwania wzajemnie wspierających związków emocjonalnych z przedstawicielami najbliższego otoczenia.

Warto też wspomnieć, że niebywała popularność w czasach współczesnych różnych postaci terapii grupowej tłumaczona jest faktem coraz dotkliwiej odczuwanej samotności człowieka, wynikającej z zaniku podkreślanej powyżej, najbardziej naturalnej potrzeby psychicznej, tj. bliskości, dlatego też terapia grupowa (we wszystkich jej odmianach) ze swej istoty stanowi remedium na ten brzemienne w skutkach dla zdrowia psychicznego stan ludzi, i dlatego też uważana bywa za znak czasów nam współczesnych. Poglądy na ten temat obszerniej starałem się przedstawić w innym miejscu (por. K. Pospiszyl 2012).

To, że omawiany obecnie niedostatek w zakresie najistotniejszego wyznacznika skuteczności terapii stanowi zarazem najczęstszą przyczynę przerywania terapii, potwierdzają to także badania i obserwacje nestora i organizatora najskuteczniejszych – jak do tej pory – programów oddziaływań terapeutycznych na przestępców seksualnych Williama Mrschalla jego współpracowników (2003). Autorzy ci stwierdzają ewidentnie, że jeśli terapeuci nie potrafią wykorzystać stwarzanych przez sytuacje terapeutyczne dwóch nakładających się naturalnych skłonności pacjentów, a mianowicie skłonności do pomocy oraz potrzeby otwarcia swego, najczęściej „cierpiącego wnętrza”, nie mają większych szans na uzyskanie satysfakcjonującego zakończenia prowadzonej terapii.

II. Wywiad motywujący jako droga wprowadzenia w skuteczną terapię

1. Geneza i właściwości metody

Pomimo niepowtarzalności i niezgłębionej indywidualności każdej jednostki ludzkiej (a także i zwierzęcej) istnieją na szczęście prawidłowości, których poznaniem po to zajmuje się głównie psychologia, aby pomoc w dolegliwościach życia uczynić bardziej skuteczną. Fundamentalną zaś płaszczyzną, na której zasadza się skuteczność wszelkich oddziaływań pomocowych, jest plastyczność układu nerwowego, jak i całej struktury psychicznej człowieka. Z podstawy tej bezpośrednio wynika skłonność do zmian, jak i ich trwałość, czyli wszystko to, co stanowi istotę skuteczności oddziaływań terapeutycznych i resocjalizacyjnych.

Nic dziwnego, że podstawowym zadaniem poprzedzającego terapię wywiadu motywacyjnego jest przede wszystkim określenie stopnia podatności na zmiany kandydatów do tej terapii. Wywiad motywacyjny (w skrócie MI, od angielskiego określenia *motivational interviewing*) zawierać musi ocenę innych, ważnych cech, po to, aby możliwie najwszechstronniej przygotować podopiecznych do skutecznej terapii.

W. Miller i S. Rollnick (2002) określili wywiad motywujący jako „zestaw kluczowych zasad (*key principles*) niezbędnych dla uzyskania pozytywnych rezultatów terapii. Przede wszystkim niezbędne w nim jest przezwyciężenie, a przynajmniej znaczne zmniejszenie, oporu przed konieczną zmianą zachowania się, ponadto niezbędne jest znaczne zwiększenie poziomu empatii i samodzielności działania podopiecznego, czyli klienta” (s. 57). D.S. Prescott wywiad motywacyjny zaś nazwał „sposobem otworzenia lub poszerzenia drogi do wzmocnienia motywacji do tego, aby stać się innym” (2009, s. 112).

Pierwsze doświadczenia z zastosowaniem MI pochodzą z lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Stosowano go wtedy, z dużą skutecznością, do przygotowania terapii osób uzależnionych od środków psychoaktywnych (J.D. Samson i M.D. Clark 2017). Ponieważ metoda ta okazała się bardzo skuteczna, zastosowano ją także do pracy z przestępcami, a niebawem w innych dziedzinach oddziaływań psychologicznych, jak np. w motywowaniu do pracy, w aktywności fizycznej, czy jako jedną z metod walki z otyłością. Warto także podkreślić, że na jednym

z odbywających się co 5 lat kongresów ONZ poświęconych zapobieganiu i zwalczaniu przestępczości, który odbywał się w San Salvador, w roku 2010, zastosowanie MI w systemach resocjalizacji (*correctional systems*) uznano za podstawowe!

Istnieje kilka zalet MI, które czynią tę metodę nieodzownym wręcz wprowadzeniem do skutecznej terapii. Najważniejszą bodaj jest to, że wywiad ze swej natury opierać się musi na zaistniałych w życiu przyszłego pacjenta faktach, o faktach zaś nie tylko z przestępcami, a szczególnie seksualnymi, dyskutuje się o wiele łatwiej niż o ideach. MI zawiera ponadto zawsze pytania dotyczące oceny popełnianych czynów i to stwarza z kolei duże możliwości do wyzwolenia w podopiecznym przekonania o niezbędności zmian jego dotychczasowego zachowania się, a decyzja samodzielnie podjęta ma zawsze o wiele większą szansę wprowadzenia w życie niż zasugerowana lub narzucona.

Fakt, że każdy MI zawierać powinien pytania dotyczące początków wypaczeń zachowania się, w naturalny sposób wyzwala zarówno potrzebę oceny tego zachowania się, jak i szukania alternatywnej wersji tego postępowania, czyli – mówiąc inaczej – w jaki sposób podczas zaistniałej wtedy sytuacji nie dałoby się postąpić w inny, bardziej racjonalny sposób. Sytuacja taka stwarza prowadzącemu wywiad niepowtarzalną okazję do zainicjowania u podopiecznego samorzutnej decyzji o konieczności zmiany tego postępowania. Taka droga wyzwolenia u podopiecznego samodzielnej, spontanicznej decyzji o potrzebie zmiany swego zachowania, w świetle wszystkich badań i obserwacji daje o wiele lepsze rezultaty niż najczęściej spotykana perswazja (por. J. Ware i N. Bognan 2017).

Bardzo poważnym zadaniem MI jest przygotowanie podejmującego terapię do trudnej pracy nad gruntowną zmianą swego uprzedniego postępowania. Dobrym sposobem na takie przygotowanie jest zapoznanie go z etapami, jakimi przebiegać będzie ów trudny proces przemiany zachowania się. Można w tym celu posłużyć się opisem należących już dzisiaj do klasyki pracy psychokorekcyjnej z osobami uzależnionymi etapów walki z nałogiem palenia papierosów opisanych przez J.O. Prochaskę i C.C.DiClemente'a (1992), a mianowicie: 1) poczucie, że „coś jest nie tak” i „dobrze byłoby coś z tym zrobić” (*precontemplation*), 2) uświadomienie sobie powagi sytuacji i konieczności podjęcia środków zaradczych (*contemplation*), 3) zastosowanie odpowiednich czynności zaradczych (*preparation*) i 4) utrwalenie poczynionych zmian (*maintenance*).

Bardzo też skuteczna bywa rozmowa motywująca według nieco innego porządku, a mianowicie:

1. Jak i dlaczego dotychczasowe sposoby twego zachowania się wymagają zmian;
2. Co przez te zmiany można osiągnąć;
3. Jakimi metodami i sposobami w najlepszy sposób można zmienić dotychczasowe złe sposoby zachowania się;
4. Jakie trudności, przeszkody i opory napotkać możesz w czasie niełatwego procesu terapii oraz jak i w jaki sposób owe przeszkody i utrudnienia unikać i pokonywać;
5. Jak i w jaki sposób nabyte nowe, właściwe sposoby zachowania się podtrzymywać i utrzymywać.

Popularność MI wynika z tego, że metoda ta stwarza niepowtarzalne, a zarazem niezwykle ważne okazje do przekierowania deprymującego podopiecznego do poczucia odpowiedzialności za popełnione czyny na rzecz pochwały godnych wysiłków zmierzających do poprawy swego zachowania się. Dotkliwie odczuwane poczucie odpowiedzialności można zaś złagodzić poprzez określenie czynników zewnętrznych ułatwiających czy nawet prowokujących złe zachowanie, natomiast dążenie do poprawy zawiera zawsze cechy pozytywnie ocenianego indywidualnego dążenia do sukcesu.

Należy także przy tej okazji wspomnieć, że to niekiedy boleśnie odczuwane brzemie odpowiedzialności za złe czyny wywołuje wstyd, który nie sprzyja procesowi terapii, usposabia bowiem człowieka bardziej do wycofywania się niż do niezbędnego dążenia do stwarzania zdrowych relacji z otoczeniem społecznym.

O dużym znaczeniu wywiadu motywacyjnego świadczy także i to, że – jak okazuje się z kilku badań i obserwacji – samo rzetelne przeprowadzenie tego wywiadu powoduje najczęściej zaprzestanie aktywności przestępczej, a w każdym razie jej wyraźne osłabienie. Fenomen ten tłumaczy się wystąpieniem zjawiska określanego „manipulowanym oporem” (*handling resistance*). Ten manipulowany opór przed dalszym popełnianiem przestępstw wynika z wprowadzenia pewnego szumu informacyjnego do bardzo często zwartej i utrwalonej struktury mentalno-motywacyjnej przestępcy seksualnego (por. J. Ware i N. Blagden 2017).

Można i należy to czynić poprzez stawianie podopiecznemu szeregu budzących jego refleksję pytań w rodzaju „Do czego doprowadzi cię twoje obecne postępowanie?”, „Jakie są inne sposoby zachowania wchodzące

w grę zamiast popełnianych przez ciebie czynów?”. Takie mniej więcej problemy stawiane podopiecznemu nie tylko pobudzają niezbędną, pogłębioną refleksję nad własnym zachowaniem się, lecz także – jak to wspominałem – powodują zazwyczaj zaniechanie karygodnych czynów.

2. Kwestionariusze wywiadu motywującego

Ponieważ, jak to starałem się wykazać powyżej, wywiad motywujący stanowi ważny, a w zasadzie niezbędny element wprowadzenia nie tylko do terapii, lecz także do wszelkich innych postaci oddziaływań psychokorekcyjnych, nic dziwnego, że powstało wiele kwestionariuszy służących zarówno systematyzacji, jak i uściślenia wyników uzyskanych z udziałem tej metody.

Wspomniałem także wcześniej, że pierwotnie metoda wywiadu motywującego stosowana była do badania podatności na oddziaływania terapeutyczne, a także – szerzej – na zmiany zachowania się osób uzależnionych od środków psychoaktywnych, dlatego też modelowym niejako wzorem dla późniejszych postaci kwestionariuszy wywiadów motywujących był przedstawiony w 1996 r. przez W.R. Millera i J.S. Taingana kwestionariusz pod wiele mówiącą nazwą Sokrates, stanowiącą akronim, długawej nieco angielskiej nazwy tego instrumentu badawczego, a mianowicie: *Stages of Change Readiness and Teratment Eageness Scal*, czyli: Skala gotowości do zmian i terapii.

Kwestionariusz ten zdołał już przejść kilka faz doskonalenia. Pierwotnie zawierał 32 itemy starające się wysondować stopień zaawansowania różnych przejawów alkoholizmu badanego, jak i jego nastawienia do konieczności pozbycia się tego nałogu. Cechy przedstawiane przez każdy z itemów oceniane były według 5-stopnioej skali. W nowszej wersji ilość itemów zlikwidowano do 19, uczyniono to na podstawie metaanaliz dotyczących stopnia diagnostyczności poszczególnych pytań.

Zawarte w kwestionariuszu Sokrates itemy podzielone zostały na trzy grupy:

1. Ocena stanu uzależnienia;
2. Ocena stopnia ambiwalencji dotyczącej konieczności przezwycięzenia nałogu,
3. Ocena przekonania dotyczącego konieczności podjęcia terapii oraz zaakceptowania jej przebiegu.

W roku 2003 M.C. Cullen i R.J. Wilson przedstawili nie tylko ciekawy kwestionariusz, lecz także cały program przygotowawczy do terapii przestępców seksualnych, pod nazwą *Trea temnt Readiness for You, TRY* (czyli: Twego przygotowania do terapii), który niebawem stał się wzorcem dla kolejnych podobnych poczynąń. Wywiad motywujący oparty na programie TRY przeznaczony został na ośmiotygodniowy rozkład zajęć przygotowawczych, najczęściej grupowych, chociaż można go także prowadzić indywidualnie.

Tematyka tych zajęć podzielona została na dwie zasadnicze części, w pierwszym miesiącu w obszernym kwestionariuszu (stanowiącym w zasadzie podręcznik) zawarte są zadania (itemy) dotyczące zrozumienia i wyjaśnienia przyczyn dotychczasowego wadliwego zachowania się, a w dalszej kolejności wyjaśnienia mechanizmów powstawania barier komunikacyjnych w stosunku do osób wprowadzanych w orbitę swej kryminalnej aktywności, a także ukrytej zazwyczaj niechęci do pracy nad przewyciężeniem dotychczasowego postępowania.

Zadania przewidziane na drugi miesiąc oddziaływań koncentrują się na szukaniu i analizowaniu alternatywnych, w stosunku do poprzednich, sposobów zachowania się, ze szczególnym położeniem nacisku na to, że zapewniają one nie tylko brak kolizji z wymiarem sprawiedliwości, czyli bardzo potrzebny każdemu człowiekowi święty spokój, lecz – przede wszystkim – zapewniają pełniejsze, a tym samym bardziej satysfakcjonujące doznania seksualne.

Zarówno problematyka pierwszego, jak i drugiego miesiąca oddziaływań podzielona została na trzy grupy tematyczne, wyróżnione według zasad przyjętych w omawianym wcześniej, modelowym kwestionariuszu Sokrates, tj. – jak pamiętamy – 1) rozpoznanie problemu, 2) analizy argumentów za i przeciw jego przewyciężenia, 3) sposobów dokonywania tych zmian. Ogólnie podczas ośmiotygodniowego programu TRY praca przygotowawcza do terapii podzielona jest na sześć kolejnych etapów oddziaływań, po trzy w każdym miesiącu.

Obecnie w pracach przygotowawczych do terapii stosuje się najczęściej dwa rodzaje kwestionariuszy koncentrujących się na nieco odmiennych cechach wyznaczających skuteczność terapii, pierwszy rodzaj tych kwestionariuszy skupia się na diagnozie podatności na zmiany, tzn. plastyczności psychiki badanego, drugi zaś na określeniu zjawiska nazywanego w języku angielskim *resilience*, tj. drzemiącej w każdym z nas (oczywiście w większym lub mniejszym stopniu) umiejętności otrząśnięcia się

z traumatycznych doznań, czyli – metaforycznie ujmując – umiejętności odbicia się od dna – chodzi tu zatem o sprężystość tej psychiki.

Zarówno diagnoza plastyczności, jak i sprężystości zachowania ma ogromne znaczenie w dostosowaniu profilu oddziaływań terapeutycznych oraz ich treści. Z teoretycznego punktu widzenia plastyczność stanowić powinna wskaźnik stopnia łatwości v/s trudności prowadzenia terapii, sprężystość zaś ich trwałości, w praktyce natomiast to rozróżnienie może być mało uchwytnie, co wcale nie znaczy, że mało istotne.

Wspomniane powyżej skale dokonujące pomiarów plastyczności i elastyczności są bardzo popularne i dzięki temu łatwo dostępne zarówno w licznych publikacjach, jak i w Internecie. Dotyczą one bowiem nie tylko przygotowań do skutecznej terapii, lecz także wielu dziedzin aktywności wymagających stałego doskonalenia.

Refleksje końcowe

Z przedstawionych powyżej informacji wynikają dwie podstawowe konkluzje. Po pierwsze, trudna i żmudna terapia przestępców seksualnych poprzedzona być musi solennym przygotowaniem, od tego bowiem zależy jej sukces. Po drugie, najbardziej skutecznym sposobem tego przygotowania jest nie tyle najczęściej stosowana perswazja, która z natury swej działa na krótką metę, lecz solenna analiza faktów, czyli – w tym przypadku – konkretnych czynów i ich negatywnych skutków, a także równie plastyczna wizja zastąpienia niepożądanych czynów takimi, które – nie przynosząc nikomu krzywdy, w pełni zastąpić mogą popełniane poprzednio.

Dotychczasowe wieloletnie doświadczenia w przygotowaniu przestępców seksualnych do czekającej ich terapii wskazują, że najlepszą, ponieważ najskuteczniejszą metodą tego przygotowania jest wywiad motywujący. Jego skuteczność zdaje się tkwić przede wszystkim w tym, że oparty jest na analizie konkretnych faktów, zarówno z dotychczasowego życia podopiecznego, jak i plastycznie zarysowanej możliwości koniecznej zmiany złych na dobre czyny.

Wywiad motywujący sprawdził się najlepiej w terapii uzależnień, do których – trzeba pamiętać – należą także przestępstwa i dewiacje seksualne, skuteczność tej metody w tak trudnych poczynaniach psychokorekcyjnych zadecydowała o jego wielkiej popularności we wszystkich

dziedzinach pomocy psychologicznej. Ważną zaletą wywiadu motywującego jest także możliwość konkretyzacji i operacjonalizacji wyników uzyskanych tą metodą poprzez stosowanie licznych i stale doskonalonych kwestionariuszy.

Bibliografia

- Bagden N, Wander B., Grekson M. i Thorne K., *Working with denial convicted sexual offenders*, "International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology" 2013, vol. 57(3).
- Boyko M.J. i Wong S.C., *Prediction of treatment attrition as indicators for program improvement*, "Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment" 2005. vol 17(4).
- Cullen M.C. i Wilson R.J., *TRY – Treatment Readiness for You. A handbook for sex offenders*, Lanham 2003. America Correction Association.
- Gibbons P., de Volder J. i Cassey P, *Patterns of denial in sex offenders*, "Journal of American Academy of Psychiatry and Law" 2003. vol. 31.
- Gully R., Mitchell C., Butter C. i Harwood R., *Sex offenders: identifying who can complete a residential treatment program*, "Behavioral Service and Law" 1990, VI. 8.
- Hopkins I., Beach A.R. i A.M. Goodwill, *Examining the influence of denial motivation and risk on sexual recidivism Sexual abuse*, "A Journal of Research and Treatment" 2010, vol. 22.
- Kennedy H.G. i Grubin D.H., *Patterns of denial in sex offenders*, "Psychological Medicine 1992", vol. 22.
- Langevin R., *Acceptance and completion of treatment among sex offenders*, "International Journal of Offender Treatment Comparative Criminology" 2006.
- Larochelle S., Diguier L., Laverdiere O. i Greemann P.S., *Predictor of psychological treatment non completion among sex offenders. Clinical Psychology Review* 2011, vol. 3194.
- Marques J.K., Weiderandes M., May D., Nelson C i Van Ommeren A., *Effects of relapse prevention program on sexual recidivism*, "Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment" 2005, vol. 17.
- Miller W.R., Tainigan J.S., *Assessing drinkers motivation to change: Stages of Change Readiness and Treatment Readiness Scale*, "Psychology of Medicine Behaviors" 1996, vol. 10.
- Munn R.E., Hanson R.K. i Thompson D., *Assessing risk for sexual recidivism. Some proposals on the nature psychologically meaningful risk factors*, "Sexual Abuse Journal of Research and Treatment" 2010, vol. 22.
- Nunes K.I. i Cartoni T., *Drop out from sex offender treatment and dimensions of risk sexual recidivism*, "Criminal Justice and Behaviour" 2012, vol, 35(1).
- Olver M.E. i Wang E., *A comparison of static and dynamic assessment of sex offender risk and need in a treatment context*, "Criminal Justice and Behavior" 2011, vol. 38(2).
- Marschall W., Serran G., Fernadez Y.M., Mulloy E., Mann R. i Thornton D., *Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders*, "Journal of Sexual Aggression" 2003, vol. 9.

- Miller W.R. i Rolnick S., *Motivational interviewing. Preparing people to change*. New York. Guilford Press.
- Pospizyl K., *Terapia grupowa jako znak czasów*, [w:] A. Ambrozik, A. Kieszkowska (red.), *Tożsamość grupowa dewiantów a ich reintegracja społeczna*, Kraków 2012, Wydawnictwo Impuls.
- Prescot D.S., *Motivational interviewing in the treatment sexual offenders*, [w:] D.S. Prescott (red), *Building motivation to change in offenders*, Brandon 2009, Safer Society Press.
- Prochaska J.O. i DiClemente C.C., *Strategies if change in the modigicztion of problem behaviors*, *Progress in Behavior Modification*” 1992, vol. 28.
- Proulx J., Brich T., Ciarpi A., *Treatment sexual attrition in sexual offenders*, New York 2004, *Association for Treatment Sexual Abusers*.
- Samson J.D., Clark M.D., *Motivational intervention with offenders*, New York 2017, Guilford.
- Ware J. i Blagden N., *Responding to categorical denial, refusal and treatment drop out*, [w:] D.P. Boer (red), *The Willey handbook on the theories, assessment and treatment of sexual offenders*, New York 2017, J. Willey and Sons.
- Ware J. i Bright D.A, *Evolution of a treatment program for sex offenders*, “*Psychiatry Psychology and Law*” 2008, vol. 15.
- Ware J. i Munn R.E., *How should “acceptance of responsibility” be addressed in sexual offenders treatment program*, “*Aggression and Violent Behavior*” 2012, vol. 17.

