

Pregunné Puskás Gyöngyi

A szexuális bűnelkövetők kezelése

Magyarországon a börtönrendszer nem kezeli külön a „sex offender” kategóriát, amely több kérdést is felvet. Nem csupán az ilyen típusú elítéltek gyógyítása marad el, hanem további személyiségártalmakat szenvednek el a börtönben. Ugyanakkor bűnismétlésük a további gyermekáldozatok szempontjából több mint nyugtalanító. „Ez egyfelől rossz fényt vet hazánkra nemzetközi kooperációkban, másfelől a probléma azonosításának és kezelésének az elmaradása a közbiztonság egyik negatív eleme, és nyilvánvalóan elfogadhatatlan egy – a bűnmegelőzés fontosságát deklaráló és az ifjú nemzedékek egészséges fejlődését szorgalmazó – társadalomban.” (Németh, 2001.)

A szexuális bűncselekmény elkövetők kezelésének számos országban sok évre visszamenő gyakorlata van. A következő összeállításban néhány kanadai és francia példát mutatok be.

A visszaesés mutatói

Ahhoz, hogy a kezelés tervezhető, az eredmény mérhető legyen, fontos meghatározni a visszaesés mértékét, kockázatának tényezőit. A szexuális bűncselekmények visszaesésének mutatóit 15% körülire becsülik 5 éven belül, 25%-ra 15 éven belül (Hanson). Összehasonlításképpen: az átlagos visszaesési arány valamennyi erőszakos bűncselekményre vonatkoztatva 25% öt éven belül, illetve 40% 15 éven belül. A visszaesés mérésére irányuló kutatásoknak nyilvánvaló korlátai vannak: legelőször is az a tény, hogy nem minden szexuális bűncselekmény derül ki. A kanadai statisztikák 6 és 50% közöttire becsülik a jelentett szexuális agressziók arányát, ezért valószínűsíthetően a megfigyelt visszaesési mutatók a tényleges arány alatt maradnak. Az alábecslés mértéke folyamatos szakmai vita tárgya.

Mind az erőszakos közöszlést, mind pedig a megrontást elkövetők legmegbízhatóbb visszaesési előrejelzői voltak – kanadai adatok szerint – az elkövetők kriminológiai múlttal rendelkező felmenői, a fiatalokú bűnelkövetés, az antiszociális személyiség, a kor (fiatal), etnikai kisebbséghez való tartozás és a drogfüggőség (Hanson). Az alacsony intelligencia kevésbé befolyásolta a visszaesést valamennyi csoportban.

A visszaesési kockázat legmegbízhatóbb mutatói a szexuális devianciához kapcsolódnak: deviáns szexuális preferencia, korábbi nemi erőszak, illetve fiatalkorban elkövetett szexuális erőszak. A további – szintén jelentős – faktor a kriminológiai életmódhoz köthető: korábban elkövetett erőszak illetve antiszociális személyiségzavar.

Hanson és Bussiere szerint a legtöbb – a visszaesés kockázatát előrejelző – tényező statikus, ezért nem változtatható (Hanson). Ahhoz, hogy a változás mérhető legyen, és olyan beavatkozás legyen tervezhető, amely valóban csökkenti a visszaesés kockázatát, ismerni kell a dinamikus kockázati tényezőket, vagyis azokat, amelyek változtathatók.

Viszonylag friss kutatások (Beech, Friendship, Erikson és Hanson; Dempster és Hart; Hanson és Harris; Thornton 2000, 2001 – idézi Hanson) összeállították a dinamikus kockázati tényezőket. Ezek a következők: a szexuális agresszió elfogadása, a gyermekekéhez közeli érzelmi beállítódás, a szexualitáshoz kapcsolódó szorongás, a kognitív problémamegoldó képesség hiánya, elenségesség és negatív szociális befolyásoltság (Hanson).

A kezelések hatékonysága

A kezelések hatékonyságának mérésére számos kutatás és tanulmány készült. Cortoni és Nunes (2005) a Kanadai Büntetés-végrehajtási Szervezet (SCC) szexuális bűnelkövetők országos kezelési programjában (PNDS) részt vett bűnelkövetők viselkedés-változását, illetve a visszaesés csökkenését mérte.

A PNDS (programme national pour délinquants sexuels) csoportterápiás intervenció férfi szexuális bűnelkövetők számára, alacsony, illetve mérsékelt intenzitású formában létezik. A visszaesés kockázatát mérlegelve dől el, hogy kinek melyik beavatkozási formát írják elő. A mérsékelt változat például heti 10-14 terápiás órát jelent, négy-öt hónapon keresztül, összesen 160-280 órában.

A félig strukturált kognitív viselkedésterápia célja a visszaesés kockázatának csökkentése a dinamikus faktorokra fókuszálva. A kutatás 347 bűnelkövetőt vizsgált, akik 2000 és 2004 között vettek részt a programban. A kontrollcsoportot 137 szexuális bűnelkövető alkotta, ők semmilyen kezelésben nem részesültek.

A visszaesés kockázatának mérésére a Statique-99 elnevezésű statisztikai mérőeszközt használták (Hanson és Thornton, 1999 – idézi Hanson). A kezeléssel összefüggő változás mérésére több skálát is alkalmaztak: így a kognitív diszfunkció skálát (Bumby, 1996 – idézi Hanson), a szociális intimitás skálát (MSIS, Miler és Lefcourts, 1982 – idézi Hanson), a magányosság skálát (UCLA, Russel, Peplau és Cutrona, 1980 – idézi Hanson), a zaklatók iránt érzett empátia skálát (CMEM, Fernandez, Mareshall, Lightbody és O'Sullivan, 1999 – idézi Hanson), az erőszaktevő iránt érzett empátia skálát (REM, Fernandez és Marshall, 2003 – idézi Hanson), az agresszió kérdőívet (AQ, Buus és Perry, 1992 – idézi Hanson), továbbá a szexuális bűn elkövetőjének felelősségét megállapító skálát (SOARS, Peacock, 2000 – idézi Hanson).

A teszt battériát a program kezdetekor és befejezésekor töltötték ki a résztvevők. A kezelés utáni megfigyelési időszak a szabadulást követően az első újabb feljelentésig, annak hiányában pedig 2005. júliusáig terjedt. A kutatás eredményei szignifikáns javulást mutattak szinte minden mutató esetében.

A programban részt vevő szexuális bűnelkövetők visszaesésének mértéke lényegesen alatta maradt a kezelésben nem részesülő csoporténak. (1. sz. táblázat) Az eredmények alátámasztották azt, hogy a PNDS hatékony beavatkozást jelent a szexuális bűncselekményt elkövetett fogvatartottak kezelésében. A kezelés számos – a szexuális devianciához kapcsolódó – dinamikus kockázati tényezőt csökkentett. A Kanadai Büntetés-végrehajtási Szervezet valamennyi elkövetőnek felajánlotta a kezelést.

1. sz. táblázat

A visszaesés kockázata

A visszaesés fajtája	PNDS (%)	Kontroll csoport (%)
Szexuális visszaesés	1,7	6,9
Szexuális visszaesés/erőszakos	3,6	24,7
Bármilyen visszaesés	10,3	46,0

(Cortoni és Nunes, 2005)

A kanadai Wakworth büntetőintézethez tartozó Szexuális Viselkedési Klinikán (Clinique du Comportement sexuel de Wakworth, CCSW) 600 fogvatartott tölti büntetését. Barbaree, Michael, Seto és Maric 250 kezelt fogvatartott adatait dolgozta fel (közülük 123-an erőszakos közöszlést követtek el, 15-en szexualitással összefüggő gyilkosságot, 56-an vérfertőzést, illetve 56-an ismeretlen gyermekek ellen követtek el a bűncselekményt).

A CCSW által alkalmazott kognitív-behavior program a visszaesés valószínűségét hivatott csökkenteni. A csoportterápiában résztvevők hetente öt napot töltöttek a programban öt hónapon keresztül. A változások becslésére a szexuális bűnelkövetők visszaesési kockázatának multifaktoriális skáláját (EMRRDS) alkalmazták. Négy faktort állapítottak meg a szexuális visszaesés előrejelzésére: szexuális bűncselekményt elkövető felmenők, deviáns szexuális készletés, antiszociális viselkedésű felmenők, illetve bármilyen más antiszociális személyiségmutató (a pszichopátia szűrőlistával mérve) és alacsony szociális kompetencia (az intelligencia színvonalával, valamint a szocio-ökonómiai státusszal mérve).

A 250 résztvevőből 193 fejezte be a programot. Az erőszakot elkövetők visszaesési mutatója körülbelül kétszer magasabb volt, mint a pedofil bűnelkövetőké, jóllehet, a követés harmadik évében ez a különbség már csökkent. Ezeket az eredményeket azonban óvatosan kell kezelni, mivel a feltételeken szabadlábban lévők közül kevesen kockáztatták a szabadságuk elvesztését. Az antiszociális személyiségű alanyok, akik a terápiát is rosszul viselték, nagyobb arányban voltak hajlamosak a visszaesésre. A CCSW-ben kezelték közül súlyos bűncselekményt elkövetők aránya körülbelül 2 és fél éves időszak alatt a kezelés befejezését követően 8,4%, míg a szexuális visszaesők aránya 6,4 % volt.

Azok a bűnelkövetők, akik visszautasították a programban való részvételt, lényegesen gyakrabban estek vissza a programban részt vett személyekkel összehasonlítva. Az egy éves utánkövetéses időszakban a CCSW-ben kezelték 77,8%-a nem követett el újabb szexuális bűncselekményt, szemben a kezeletlenek 61,1%-os mutatójával, míg két éven belül ez az arány 60,0%, illetve 40,1% volt (Barbaree, Michael, Seto, Maric).

Kognitív-viselkedéses modell

A módszer elsősorban a szexuális bűnelkövetők kezelésében terjedt el börtön-környezetben. A szociális környezetünkhöz való alkalmazkodás egyik alapvető célkitűzésünk. Az egyént olyan szervezetnek tekintjük, amely többé-kevésbé jól alkalmazkodik a környezetéhez. Egy új alkalmazkodás elősegítéséhez a kognitív és viselkedéses képességeinket mozgósítjuk. Ez a lépés olyan technikát kíván, amely a tanuláson keresztül teszi képessé az egyént a jobb alkalmazkodásra.

A klasszikus behaviorista megközelítés a viselkedés környezeti, illetve helyzeti meghatározóinak jelentőségét hangsúlyozza. A kognitív megközelítés arról fogalmaz meg általános empirikus képet, hogy az emberek miként dolgozzák fel az önmagukról és a világról szóló információikat. Ezeknek a – viselkedéshez és érzelmekhez kötődő – gondolati rendszereknek a változtatásán lehet dolgozni. A kezelési módszer a tanulási képességeken alapul.

Az instrumentális kondicionálás mai megközelítései és módszerei elsősorban Skinnernek köszönhetők. Az instrumentális kondicionálás során a viselkedést követő környezeti változások csökkenthetik és növelhetik is a kérdéses viselkedés előfordulásának valószínűségét. A viselkedés befolyásolásának eszközei a megerősítés (pozitív és negatív), illetve a büntetés (amely szintén lehet pozitív vagy negatív).

A szociális tanuláselmélet egyik meghatározó alakja Bandura, aki az ún. szociális-kognitív elméletet dolgozta ki. Rendszerében olyan kölcsönös meghatározottságot hangsúlyoz, amelyben a viselkedés külső meghatározói (jutalom, büntetés) és belső meghatározói (vélekedések, gondolatok, elvárások) egymással összefonódó, mind a viselkedést, mind a rendszer egyéb tényezőit befolyásoló együttest alkotnak. (Bandura, 1986 – idézi Atkinson).

Kognitív tanulás

A séma olyan kognitív struktúra, amely az információk észlelésében, szervezésében, feldolgozásában és hasznosításában segít. A sémák alapján kialakított rendszer segítségével képesek vagyunk a környezetünkben lévő fontos és nem fontos dolgok elkülönítésére, továbbá az információk szervezésére és feldolgozására. A sémák időben viszonylag állandóak, és egyénről egyénre változnak. Talán legfontosabb közülük az énséma, amely „a múlt tapasztalataiból leszűrt azon kognitív általánosításokból áll, amelyek az énnel kapcsolatos információk feldolgozását szervezik és irányítják” (Markus, 1977 – idézi Atkinson).

A terápia célja, hogy feltárja és módosítsa ezeket a sémákat. Eszköze a kondicionáláson keresztüli kognitív strukturálás és restrukturálás. A sémáinkat alapvetőnek tekintjük, nem kérdőjelezzük meg azok tartalmát. A terápia feladata, hogy sémáinkat feltárjuk, tudatosítsuk, továbbá megkérdőjelezzük és módosítsuk.

Terápiás technikák

Az alany panaszán alapuló módszer első lépésben a tüneteket, a problémát elemzi. Kérdőíveken és becslőskálákon keresztül fel kell tárnai a kognitív torzulásokat, az információ- hiányokat.

Az együttműködésen alapuló terapeuta-páciens kapcsolat széleskörű kooperációt kíván. A terápiás találkozásokon kívül az alany konkrét és praktikus házi feladatokat kap. A terapeuta szerepe direkter, mint más terápiákban. Az egyéni és csoportos ülések kombinálhatók.

Az alkalmazott terápiás technikák az ellenkondicionálás, a habituáció, az operáns kondicionálás, az utánzásos tanulás, az önmegfigyelés és az önkontroll.

A kognitív módosítások eléréséhez szükséges terápia elemei

Az inadekvát elemek és sémák módosítása a cél. Ez viselkedésváltozással érhető el. A McMullin által kifejlesztett technika lépései a következők:

- arra kell kérni az alanyt, hogy keressen alternatív értelmezéseket, és rávezetni őt arra, hogy a magyarázata lehet nem adekvát is;
- utilitarista szembesítés: annak vizsgálata, hogy a gondolkodási mód hogyan teszi lehetővé egyes célok elérését;
- objektív szembesítés: annak beazonosítása, hogy milyen logika található bizonyos gondolatípusok mögött;
- megbeszélés: az irracionális attitűdök, hiedelmek azonosítása azzal a céllal, hogy azok helyettesíthetők legyenek más mechanizmusokkal (Cambron és Kinable).

Kezelési stratégiák

Roland Coutanceau a szexuális bűncselekményt elkövetők kezelési stratégiájának tervezésekor három nagy profilba sorolja a bűnelkövetőket pszichokriminológiai szempontból: neurotikus-éretlen, egocentrikus-éretlen és perverz-éretlen profil.

A neurotikus csoportnak klasszikus pszichoterápiát javasol (ezt gyakran maguk az elkövetők kérik). Az egocentrikus profilú elkövetők számára elképzelhetetlen a spontán kérés, számukra tehát kötelezővé kell tenni a terápiát, amit általában jól fogadnak. Pszichoterápiás csoportban pedig kifejezetten jól működnek. Végül a perverz profilba tartozókat a legnehezebb kezelni, még

akkor is, ha kötelezzük őket erre. Ha feltételként szabjuk az önkéntességet a kezelés igénybevételéhez, akkor elképzelhető, hogy csak a neurotikusokat részesítjük segítségben. Ugyanakkor van olyan álláspont is, amely szerint lehetetlen a kezelést nem kérő személy pszichoterápiás gondozása. Véleményünk szerint a kezdeti ellenállás kimondható, vállalható, kezelhető, elemezhető, amely gyakran csökkenti is az intenzitását.

A terápiás stratégiával kapcsolatosan a szerző azt írja, hogy az egyéni pszichoterápia legalább átlagos intelligenciát kíván, a befelé figyelés és introspekció képességét, illetve szimbolikus gondolkodást. Ugyanakkor a csoportos pszichoterápia indikációi közé tartozik az ambivalencia, az éleslátás elégtelensége – akármilyen legyen is az értelmi színvonal –, az egocentrizmus és a szociális gátlás. A terápia célja tehát az egocentrizmus csökkentése, a szociális készségek fejlesztése az önkifejezés tanulásával; kialakítani a másik meghallgatásának képességét. Kétfajta csoportot különíthetünk el: az ún. pszichodinamikus csoportot, ahol az affektusra, az értelemre, az önmegfigyelésre és az emocionalitásra koncentrálnak; míg az ún. visszaesés-megelőző csoportban inkább a mindennapokra, a fantáziák kordában tartására, a kockázatos helyzetek felismerésére összpontosítanak. Ha a partner beleegyezik, akkor párterápiát is javasolnak. A párral való munka lehetővé teszi a pszicho-szexuális valóság konkretizálását.

A terápia kreativitást kíván, amelynek kereteit a pszichopatológia és a pszicho-kriminológia adja. Minden terápiás munka dolgozik a jelenben és a múltban, az alannal és annak környezetével való kapcsolatán. A terápiás munka egyszerre jelenti az illető intrapszichés és pszicho-educatív, pszicho-szexuális és pszicho-affektív kísérését. A személyiség érését segíti elő, a szexualitáshoz és a szexuális fantáziákhoz kötődő mentális sémákat tárja fel, azonosítja a kockázatos helyzeteket, javítja a szociális kompetenciát, valamint megtanítja az alanyoknak irányítani és kontrollálni saját szexualitásukat (Coutanceau).

A szexuális bűnelkövetők kezelése Franciaországban

Az alábbiakban a szexuális bűnelkövetők kezelésének kiterjedt franciaországi gyakorlatát két terápiás csoport munkájának, tapasztalatainak ismertetésével mutatjuk be.

Az epinali terápiás csoport tapasztalatai

A Lotaringiában található Epinal város fogházában működő terápiás csoport tapasztalatairól Ghislaine Renard, Annie Bazin és Florence Donnaint-Santune számolt be 2007-ben.

Szexuális bűnelkövetők számára 1997-ben indítottak először csoportot, a kezdeteket nem minősítették könnyűnek. Az epinali fogház 317 férőhelyes, ahol a pszichiátriai osztály egy pszichiáterből, három pszichiátriai asszisztensből és 2 pszichológusból áll, valamennyien rész munkaidőben látják el feladatukat.

A csoport működésének tervezésekor a metzi kollégák tapasztalatait használták fel. Levetítették többek között „A testem az enyém” című kanadai – prevenciós oktatási célra készült – filmet a csoportban. A csoport olyan tagokból állt össze, akik már korábban egyéni terápiában részesültek. Könnyebb volt őket motiválni, mivel önkéntes jelentkezőkben nem bővelkedtek. A kezdeti szakmai nehézségek és dilemmák után egy félig nyitott csoportot hoztak létre, amely kilenc hónapon át működött. Valamennyi résztvevőnek vállalnia kellett egy minimális részvételt. Az önként jelentkezők először egy egyéni konzultáción vettek részt, mielőtt elköteleződtek a terápiás csoportban. A csoportvezetést három fő végezte: két pszichológus és egy pszichiátriai asszisztens. Verbális csoportot hoztak létre, amelyet alkalmanként tematizáltak (pl. filmmel). Ez a csoport 2003 januárjától 2004 júniusáig működött, ekkor a munka az egyik terapeuta távozása miatt maradt abba. A jelenleg is működő, félig nyitott csoport 2007-ben indult.

Pierre-Yves Emeraud szerint „A kívül-belül központi probléma a szexuális bűnelkövetők körében. A belső ént összekeverik az interszubjektivitással* anélkül, hogy lehetőségük lenne megnyugtató és biztos határokat felállítani. A csoport lehetővé teszi a belső és a külső közötti megkülönböztetést.” (Emeraud, 2000 – idézi Renard).

A csoporton belüli interakciók lehetővé teszik az egyén megnyilvánulását, aki ezáltal saját történetének szerzőjévé válhat. (Fontos megjegyezni, hogy a csoport tagjai részben vagy egészben beismerték tettüket.) A tapasztalataik alapján a csoportvezetők úgy döntöttek, hogy az előrehaladott és instabil állapotban lévő pszichiátriai betegeket nem veszik be a csoportba. Hasonlóan döntöttek a mentális deficittel rendelkezőkről is.

A csoportba érkezést megelőző beszélgetést nem az a terapeuta vezette, akivel a fogvatartottnak korábban is kapcsolata volt. A csoport működésének szabályait

- a terapeuták szakmai titoktartási kötelezettsége;
- bizalom és titoktartás;
- egymás kölcsönös tiszteletben tartása (nem ütjük meg, és nem sértjük meg a másikat);
- az időkeretek tiszteletben tartása;
- elköteleződés öt egymást követő alkalomra (heti egy alkalom)

az első ülésen megbeszélték.

A résztvevők száma 4 és 8 fő között változott. A három csoportvezető egymás közötti szerepe rugalmasan alakult, mindannyian voltak vezetői, segédterapeutai és jegyzőkönyvvezetői helyzetben. A csoportfoglalkozásokra hetente egyszer egy órában került sor, előtte és utána egy-egy félóra elő-, illetve utóüléssel.

* Az interszubjektivitás a szociálpszichológiában a személyek vagy szubjektumok között fennálló szituáció; társadalmilag meghatározott természetes beállítódások rendszere, amely lehetővé teszi, hogy az ember a környezetében lévő többi embert is magához hasonlónak lássa.

A kezdetekkor a csoporttagok elsősorban információt vártak egymástól (mi történik a bíróságon, mit kell tenniük ahhoz, hogy ne essenek vissza stb.). Később többen nagyot fejlődtek az introspekciós munkában. A vezetők próbálták tudatosítani a csoporttagokban az áldozatuk – mint személy – létezését. Nagyon gyorsan kiderült azonban, hogy a csoporttagok magukat is áldozatnak tekintik.

Az ülések három lényeges témát érintettek:

- a visszaeséstől való félelem

A bűnisméltés lehetőségét ellenállás nélkül elfogadta a csoport. „Az újraindítás kockázatának tudatosítása nem akadályozza meg az újraindítást” – fogalmazta meg az egyik csoporttag. A terapeuták úgy érezték, kész recepteket vártak tőlük az elítéltek.

- az áldozati pozíció

A csoporttagok rendszeresen áldozatnak állították be magukat. Valamennyien panaszkodtak a börtönben a többi elítélttől elszenvedett agresszióra. Egyikőjük dupla büntetésről beszélt. Nem jártak se sétára, se sportolni, hogy elkerüljék a problémákat. Azt mondták, hogy a gyilkosok is jobb helyzetben vannak, mint ők. Érdeemes hosszabban idézni a Renard, Bazin, Donnaint-Santune szerzőhármass cikkének szövegét, amely érzékletesen adja vissza: a csoporttagokban lezajló folyamatokat:

„A harmadik ülésen felolvassuk nekik egy vérfertőzés áldozatának vallomását. A non-verbális megnyilvánulások azt jelzik, hogy mindannyian sokkhatás alá kerülnek a szöveg hatására. Hosszú szünet következik. Kerülik a tekintetünket. Szeretnének tudni, hogy áldozatként vagy elkövetőként azonosítják magukat.

A megbeszélés során folyamatosan oda-vissza váltják a pozíciót az agresszor és az áldozat között. Azt vesszük észre, hogy a legfrusztráltabb személyek fogadják el a legkönnyebben az agresszor szerepét: „Mondhatjuk, hogy szörnyetegek vagyunk.”.

Míg az elemzőbb típusú személyek megfordítják a helyzetet, és áldozati szerepet vesznek fel: felelevenítik azokat a múltbeli szituációkat, amikor ők maguk is szexuális zaklatás tárgyai voltak...

Valaki közülük összegzi: lehet, hogy amit én csináltam, az pusztán csak ismétlése annak, amit velem csináltak..”

- a tárgykapcsolat

1932-ben Ferenczi beszélt a nyelvzavarról felnőtt és gyermek között. A gyermekkel való szexuális visszaélés okát Ferenczi abban látja, hogy a gyermeki vonzódás – ahogyan ő kifejezi, a gyermeki erotika – gyengédség-jellegű, szemben a felnőtt érett nemiségével. Ezt a kóros hajlamú felnőtt, különösen akkor, ha valamilyen egyéb szerencsétlenség vagy részegítő anyagok élvezete miatt egyensúlyában és önfegyelmében zavar áll be, összetéveszti, és felnőtt nemi vágyaknak tekintve reagál rá (Ferenczi, 1971).

Két csoporttag is „cinkoságról”, „beleegyezésről”, sőt a „gyermek kérésére adott válasz”-ról beszélt. Mintha egyáltalán nem vennék tudomásul a gyermek félelmét, amely a felnőttnek való engedelmességre kényszeríti őt.

Hogyan látják ők saját magukat?

Az látható volt, hogy az áldozatukat tárgyként kezelik, de az is észrevehető, hogy saját magukat sem tartják teljes értékű személynek. Mintha nem tekintenék magukat a sorsuk alakítójának. Nincsenek gondolkodó, felelős pozícióban. Nem cselekszenek, hanem őket mozgatják, akár a bábukat...

A csoportterápia és az egyéni pszichoterápia kapcsolata

Fontos, hogy a csoportterápián kívül egyéni terápiában is részt vegyen a páciens. Hogy a terapeuta ismeretlen legyen vagy egyike a csoportvezetőknek, erről megoszlanak a vélemények. Jelen csoportban minden résztvevő saját terapeuta is benne volt a csoportban. Az epinali tapasztalatok azt erősítették meg, hogy a kettős funkciójú terapeuta lehetővé teszi a páciens számára a csoportmunka későbbi feldolgozását, megkönnyíti az egyéni és a csoportos munka közötti átmenetet (Renard, Bazin és Donnaint-Santune).

A besanconi terápiás csoport

Yana Mugnier klinikai szakpszichológus egy másik franciaországi börtönben, a besanconi fogházban indított csoportok tapasztalatairól számolt be.

Ha a fogvatartott beismeri tettét, és segítséget kér, akkor egyéni terápiát, majd a bizalom létrejötte után csoportterápiát javasolnak neki. Ha a fogvatartott többé-kevésbé tagadja, illetve csak részlegesen ismeri be tettét, akkor későbbi találkozást javasolnak neki, vagy megvárják, hogy ő jelentkezzen. Ha a fogvatartott egyértelműen tagadja tettét, akkor három hónap múlva újra találkozhatnak vele. *„Nem tudunk dolgozni minimális beismerés nélkül.”* (Mugnier)

Az egyéni terápiában az elítélt választhat, hogy női vagy férfi szakemberrel szeretne együtt dolgozni. A találkozásokra hetenként vagy kéthetenként kerül sor. A börtönben négy – különböző szakképzettséggel rendelkező és különböző karakterű – pszichológus dolgozik.

Az egyéni terápiában az először feltett kérdés a „miért”: *„Miért jutottam ide?”, „Meg szeretném érteni, miért követtem el...”*. A következő kérdés: *„Miért kell nekem pszichológushoz jönnöm?”, „Lehet, hogy jó lesz valamire...”, „Egy kis változatosság, kijöhetek a zárkából, jót tesz beszélni valakivel, mert itt senkivel sem tudok beszélni....”*.

Miért csoportterápia?

„Amikor drogosokkal dolgoztam, sokszor hallottam a következőt: Hogyan tud róla beszélni? Soha nem volt benne, nem tudhatja! Azon kívül, amit a könyvekből megtanult, mit tud róla? Drogoznom kellett volna ahhoz, hogy jobban tudjam, miről beszéllek? És ha a szexuális bűnelkövetőkkel ugyanez a helyzet?

Akkor, ha én és a kollégám nem tudjuk, a többiek tudják... Arra gondoltunk, hogy ültessük egymás mellé őket, őket, akik tudják, akiknek ugyanaz a problémájuk, akik megérthetik egymást, ha elmondják egymásnak” (Mugnier).

Yana Mugnier 2001. júliusi intertetes cikke szerint az első csoport 1997 februárjában indult kilenc fővel, ezt követte a második csoport tíz fővel 1999-ben, amely a beszámoló idején is működött 5 fővel (három homoszexuális pedófillel, illetve két vérfertőző apával), és valamennyien folytatni akarják a közös munkát szabadulásuk után is. 2000-ben újabb csoport indult, és elkészültek a negyedik csoport tervei is.

A terápiás közösség előnyei

A csoport mint terápiás keret korlátozza a páciens terapeutához való kötődésének mértékét, és a másik létezésének figyelembevételére kényszeríti a bűnelkövetőt.

A deviáns magatartás csökkenti a bűnösség érzését, ugyanakkor a szexuális bűnöző inkább hajlamos szabadon beszélni a saját szexualitásáról a hasonló helyzetben lévő emberek között. Az alany védekező magatartása lényegesen gyengébb, ha hasonló problémájú elkövetőkkel van együtt. A sorstársakkal való konfrontáció direktebb és jobban elfogadható, mint a hatóságot képviselő terapeutával.

A csoport kimozdítja a szexuális bűnelkövetőt saját elszigetelt világából, és lehetővé teszi a tanulást a közösségbe való beilleszkedésen keresztül.

Az elkövető abból meríti a legtöbb erkölcsi belátást, ha a terapeutákhoz és a csoporthoz való viszonya során minél több korrektív élményhez jut, és minél tudatosabban szemléli a társadalmi valóságot.

A csoportos pszichoterápia céljai

A csoportos pszichoterápia céljait a következőkben foglalhatjuk össze:

- a bűnelkövető viselkedés kontrollálása
- a diszfunkcionális séma megértése
- képessé válni a másik helyébe képzelni magát
- felelősségteljesebb magatartás kifejtése
- az ellenséges érzések feldolgozása
- az énkép javítása
- a kritika könnyebb elviselése
- segíteni az agresszív érzelmek nyílt és elfogadható kifejeződését
- érett felnőtté válni, aki elismeri, hogy a szexuális viselkedés egyszerre jelent felelősséget és örömforrást.

A kezelés az életminőséget is javíthatja, és elősegítheti a szociális, foglalkoztatási, kapcsolati és szexuális adaptációt.

Zárszó

Zárszóként egy magyar büntetés-végrehajtási szakember és egy kanadai pszichiáter szavait – azokkal mélyen egyetértve – idézem: *„Egy mindenesetre bizonyos: hazánkban az elmúlt száz évben a fogvatartottak 6-8%-a szexuális bűncselekményért volt elítélve, és ez óriási szám. Különösen akkor, ha tudjuk, hogy sem speciális*

elhelyezésben, bánás-módban, illetve kezelésben nem volt részük... A jövőben, azt gondolom, feltétlenül nagyobb gondot és energiát kell fordítanunk erre a fogvatartotti csoportra, hiszen konkrét ajánlások fogalmazódtak meg az európai szervezetek részéről e vonatkozásban.” (Bereczki, 2007.) „Erkölcsei kötelességünk annyi pácienszt kezelni, amennyit csak tudunk, tekintettel az ártatlan nőkre és gyermekekre irányuló bűncselekmények drámai következményeire. Mivel a visszaeső szexuális bűnelkövetőknek a legtöbbször egynél több áldozatuk van, így egyetlen hatékony kezeléssel is jelentős szenvedést kerültünk el.” (Bill Marshall – idézi Rioux)

Felhasznált irodalom

- Atkinson (szerk.)(2005): *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Barbaree, H. E., Michael, C., Seto, M. A., & Maric, A.: *Caracteristiques des delinquants sexuels, réaction au traitement et décisions de mise en liberté á la Clinique du comportement sexuel de Wakworth*.
http://ww2.ps-sp.gc.ca/publications/corrections/pdf/199673_f.pdf
 [2008. 12. 22.]
- Bereczki Zs. (2007): *Marginalizálódott csoportok kezelésének lehetőségei a büntetés-végrehajtásban*. Börtönügyi Szemle, 2007. 1. 29-33. p.
- Cambron, C. & Kinable J.: *Methodes de traitement des delinquants 2003-2004*.
<http://www.brechet.ch/Documents/CoursNath/M%E9thodes%20de%20traitement%20des%20d%E9linquants%201.doc>
 [2008. 12. 22.]
- Cortoni, F. & Nunes, K.: *Recherches sur l'efficacité des traitements chez les delinquants sexuels*.
http://www.cifas.ca/PDF_livreCifas/20-RechercheEfficaciteTtraitementsPP_309-323.pdf [2008. 12. 22.]
- Coutanceau, R.: *Delinquants sexuels: stratégies de prise en charge et association de techniques therapeutiques*.
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/RapportsExperts/Coutanceau.html> [2008. 12. 22.]
- Ferenczi S. (1971): *Nyelvoavar a felnőttek és a gyermekek között*. In: Buda Béla (szerk.): *A pszichoanalízis és modern irányzatai*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest.
- Hanson R., K.: *Facteurs de risque de récidive sexuelle: caractéristiques des délinquants et réponse au traitement*.
<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/Conf/confagrsex/RapportsExperts/Hanson.html> [2008. 12. 20.]

- Mugnier, Y.: *Les delinquants sexuels: bilan de la prise en charge individuelle et groupale UCSA de la maison d'arret de Besancon.*
<http://www.psy-desir.com/textes/spip.php?article855>
[2008. 12. 20.]
- Németh Zs. (2001): *A pedofilia értelmezése és kezelése a büntetőjogi reakciók tükrében.* Család, Gyermek, Ifjúság, 2001. 5.
- Renard, G., Bazin, A. & Donnaint-Santune F.: *Experience d'un groupe therapeutique pour auteurs de violences sexuelles en maison d'arret.* Communication de C.I.F.A.S: PARIS 13/09/2007.
http://www.artaas.org/RECHERCHES/CIFAS2007/GRABFDS_ExpGrouThe_CIFAS07.pdf [2008. 12. 20.]
- Rioux, J.: *Le traitement des agresseurs sexuels Comment, pourquoi et par qui?*
http://www.rrsss16.gouv.qc.ca/Menu_Gauche/4-Publications/6-D%E9pliants_Guides_Outils_Information/evenements/forums_ag_sex_vio_conj/presentations_pp/1er_oct_atelier_o_josee_rioux.pdf [2008. 12. 20.]