Uniwersytet Jagielloński
Collegium Medicum

Justyna Oettingen

Rola wczesnych schematów dezadaptacyjnych w etiologii przestępstw seksualnych

The role of Early Maladaptive Schemas in the Etiology of Sexual Offenses

Praca doktorska

Promotor: prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski

Promotor pomocniczy: dr hab. Bartosz Grabski

Pracę wykonano w Zakładzie Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik jednostki: dr hab. Barbara Bętkowska-Korpała, prof. UJ

Kraków, 2023

Podziękowania

Dziękuję Panu Profesorowi dr hab. Józefowi Krzysztofowi Gierowskiemu za opiekę w trakcie prowadzonych badań, pomoc udzielaną na różnych etapach przygotowywania pracy oraz za cierpliwe –trwające 23 lata pełnienie roli „ojca naukowego".

Dr hab. Bartoszowi Grabskiemu dziękuję za ogromną pomoc, zaangażowanie, poświęcony czas, cenne uwagi oraz szczerość.

Chciałabym wyrazić szczególną wdzięczność dla mojej rodziny: męża Jakuba, który był moim największym wsparciem i motywacją. Nadii, Klarze i Bonifacemu za cierpliwość i zrozumienie szczególnie w momentach, gdy musiałam poświęcić więcej czasu na badania i pisanie, przez co byłam mniej dostępna. Kocham Was najbardziej na świecie. ♥ Bez Was ta praca nigdy by nie powstała.

Mamie i siostrom za wiarę, nieocenione wsparcie, dobre słowo i stworzenie najlepszych warunków do pisania pracy.

Karolinie Trojanowskiej, Robertowi Putowi - za przyjaźń, zaangażowanie, motywowanie i ogromną pomoc (w zbieraniu i katalogowani danych, w omawianiu wyników), a także za wieloletnią współpracę.

Agnieszce Micek za wielogodzinne konsultacje statystyczne, ale też za doping, optymizm, cierpliwość, dobre serce i uśmiech – za wszystko to, dzięki czemu praca została sfinalizowana.

Chciałbym wyrazić swoją wdzięczność dr n. med. Łukaszowi Müldnerowi-Nieckowskiemu za jego wsparcie i pomoc w trudnych momentach.

Dziękuję Pani prof. Marii Beisert i jej zespołowi z UAM, a to: – Filipowi Szumskiemu, Monice Zielonej – Jenek, Ani Roszyk, Dominice Bartoszak za to, że są dla mnie źródłem inspiracji naukowych w obszarze seksuologii sądowej i nieocenionym wzorem do naśladowania.

Dziękuję Recenzentom, którzy poświęcili swój czas na recenzowanie artykułów oraz Redakcji czasopism, w których wydane zostały moje prace: Psychiatrii Polskiej, Archives of Psychiatry and Psychotherapy i Z Zagadnień Nauk Sądowych.

Szczególne podziękowania składam również Okręgowemu Inspektoratowi Służby Więziennej w Krakowie i Okręgowemu Inspektoratowi Służby Więziennej w Rzeszowie oraz placówkom, w którym przeprowadzono badania (ZK Pińczów, ZK Kielce, ZK Rzeszów, AŚ Kraków).

Dziękuję również osobom badanym za poświęcony czas, bez tego ta praca by nie powstała.

SPIS TREŚCI

Streszczenie 4
Abstrakt 6
1. Wprowadzenie 8
2. Cele badania i hipotezy badawcze 15
3. Metodyka 16
4. Omówienie cyklu prac oryginalnych 21
5. Podsumowanie i implikacje praktyczne 24
6. Piśmiennictwo 28
7. Spis załączników 31
8. Załącznik nr 1 Opinia Komisji Bioetycznej UJ z dnia 23 lutego 2017 32
9. Załącznik nr 2 Artykuł „Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych" w dwóch wersjach językowych oraz oświadczenia współautorów 35
10. Załącznik nr 3 „Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ- S3-PL)" w dwóch wersjach językowych oraz oświadczenia współautorów . 68
11. Załącznik nr 4 Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ- S3-PL) 97
12. Załącznik nr 5 Artykuł "A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland" oraz oświadczenia współautorów 104
13. Załącznik nr 6 Artykuł „Early maladaptive schemas in sex offenders versus the characteristics of offences against sexual freedom" oraz oświadczenia współautorów 123

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Przemoc seksualna jest istotnym problemem społecznym, który wymaga skutecznych metod leczenia sprawców. Efektywna terapia sprawców odgrywa kluczową rolę w zapobieganiu przestępstwom seksualnym. Efektywność interwencji zależy od znajomości i zrozumienia etiologii leżącej u podstaw przestępczych zachowań seksualnych.

Cel badania: Praca naukowa skupiająca się na roli wczesnych schematów dezadaptacyjnych (WSD) w przestępczości seksualnej ma na celu lepsze zrozumienie mechanizmów etiologicznych tego zjawiska oraz poszerzenie możliwości interwencji terapeutycznych. WSD stanowią główny konstrukt teoretyczny stworzonej przez Jeffreya Younga Terapii Schematów (TS). W badaniach analizowano, w jaki sposób cechy przestępstw seksualnych wiążą się z wczesnymi schematami dezadaptacyjnymi sprawców. Ponadto badano zależności pomiędzy nasileniem różnych form przemocy a WSD. Zbadano 152 mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne, z czego do analiz zakwalifikowano dane pochodzące od 102 skazanych. Zidentyfikowano 3 podgrupy sprawców na podstawie wieku ofiar: sprawców wykorzystania seksualnego dzieci w wieku do 14 lat (N=49), sprawców wykorzystania seksualnego osób w wieku 15-17 lat (N=20), oraz sprawców wykorzystania seksualnego osób dorosłych, czyli osób powyżej 18 roku życia (N=33). Przeprowadzono prawną kwalifikacje osób do poszczególnych grup badawczych.

Metoda: Badanie przeprowadzono w czterech oddziałach jednostek penitencjarnych: Zakład Karny w Rzeszowie, Zakład Karny w Kielcach, Areszt Śledczy w Krakowie i Zakład Karny w Pińczowie. Wczesne schematy dezadaptacyjne rozumiane jako powszechne, szkodliwe dla jednostki wzorce życiowe, składające się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych, zostały zmierzone za pomocą zaadaptowanego na potrzeby tego badania kwestionariusza schematów (YSQ-S3-PL). Cechy popełnionych przestępstw, pochodzące z akt penitencjarnych, zostały analizowane za pomocą kwestionariusza własnej konstrukcji, służącego do sporządzenia wyciągu z akt penitencjarnych oraz za pomocą Skal Przemocy (Beisert, 2012).

Wyniki: Przeprowadzone analizy wykazały istnienie związku pomiędzy nasileniem wczesnych schematów dezadaptacyjnych (WSD) a intensywnością przemocy seksualnej popełnionej przez badanych sprawców. Stwierdzono, że cechy przestępstw, takie jak selekcja ofiary

uwzględniająca wiek, płeć, charakter relacji ze sprawcami, krotność czynu, czas trwania oraz strategie działania, takie jak planowanie i użycie podstępu, różnicują badanych sprawców pod względem WSD. Przestępstwa seksualne popełniane przez mężczyzn, którzy przejawiają nasilone schematy w obszarach *ukierunkowanie na innego* i *nadmierna czujność i zahamowanie*, częściej skierowane są przeciwko osobom im znanym. U sprawców wykorzystujących seksualnie dzieci w wieku do 14 lat zaobserwowano wysokie nasilenie schematów *zahamowanie emocjonalne* i *samopoświęcenie*. W przypadku mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne w Polsce, wzrost nasilenia domeny *zachwianie granic* i powiązanych z nią schematów koreluje ze specyficznym stylem przestępstwa, który skupia się na zdobywaniu posłuszeństwa ofiary. Dodatkowo, stwierdzono istnienie związku pomiędzy stopniem nasilenia WSD a intensywnością przemocy seksualnej w popełnionym czynie.

Wnioski: Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, że wczesne schematy dezadaptacyjne odgrywają istotną rolę w etiologii przestępczości seksualnej, wpływając na sposób popełnienia przestępstwa oraz wybór ofiary. Terapia schematów może stanowić skuteczną metodę leczenia przestępców seksualnych, ponieważ umożliwia identyfikację i modyfikację dezadaptacyjnych schematów, które leżą u podstaw problematycznych zachowań seksualnych. Tego rodzaju terapia może również przyczynić się do zapobiegania recydywie poprzez rozwijanie zdrowszych strategii radzenia sobie z emocjami i potrzebami oraz poprawę jakości relacji interpersonalnych. Indywidualizacja oddziaływań terapeutycznych w świetle prezentowanych badań jest niezbędna. Tego rodzaju podejście powinno obejmować terapeutyczne metody skoncentrowane na pracy z konkretnym schematem dezadaptacyjnym. Włączenie tych struktur może być kluczowe i wartościowe przy tworzeniu modeli prewencyjnych oraz planowaniu interwencji terapeutycznych i profilaktycznych.

Słowa kluczowe: przestępstwa seksualne, etiologia przestępstw seksualnych, wczesne schematy dezadaptacyjne, WSD

ABSTRACT

Introduction: Sexual violence is a significant social problem that requires effective methods of offender treatment. Effective therapy for offenders plays a crucial role in the prevention of sexual crimes. The effectiveness of interventions depends on understanding the etiology of underlying causes of criminal sexual behaviour.

Research objective: The scientific work focusing on the role of early maladaptive schemas in sexual criminality aims to better understand the etiological mechanisms of this phenomenon and broaden therapeutic intervention possibilities.
The research analysed how the characteristics of offenses are related to offenders' early maladaptive schemas. Furthermore, the study examined the relationships between the severity of different forms of violence and early maladaptive schemas. The study included 152 males convicted of sexual offences, and data from 102 offenders qualified for analysis. Three subgroups of offenders were identified based on the age of victims: offenders involved in sexual exploitation of children aged up to 14 years (N=49), offenders involved in sexual exploitation of individuals aged 15-17 years (N=20), and offenders involved in sexual exploitation of adults, i.e., above 18 years of age (N=33). A legitimate classification of individuals into specific research groups was conducted.

Method: The study was conducted in four units of correlational facilities: Rzeszów Penitentiary, Kielce Penitentiary, Kraków Detention Center, and Pińczów Penitentiary. Early maladaptive schemas, understood as pervasive and detrimental life patterns consisting of memories, emotions, beliefs, and bodily sensations, were measured using an adapted version of the Young Schema Questionnaire (YSQ-S3-PL). The characteristics of committed offenses, derived from penitentiary records, were analysed using a self-constructed questionnaire designed for extracting information from prisoner files and the Violence Scales (Beisert, 2012).

Results: The analyses revealed a relationship between the severity of early maladaptive schemas (EMS) and the intensity of sexual violence committed by the offenders. It was found that offense characteristics, such as victim selection based on age, gender, nature of the relationship with the perpetrators, recurrence of the offence, duration, and strategies such as planning and deception, differentiated the offenders in terms of EMS. Sexual offences committed by men who exhibit heightened schemas in the areas of *Other-Directedness,*

Overvigilance/Inhibition were more frequently directed against individuals known to them. Offenders who sexually exploited children up to aged up to 14 showed high levels of schemas related to *emotional inhibition* and *self-sacrifice*. In the case of male offenders convicted of sexual crimes in Poland, an increase in the severity of the domain *Impaired Limits* and related schemas correlated with a specific style of offense focused on forced vicim obedience. Furthermore, a correlation was found between the severity of EMS and the intensity of sexual violence involved in the committed offense.

Conclusions: Based on the conducted research, it can be concluded that early maladaptive schemas play a significant role in the etiology of sexual offending, influencing the manner in which the offense was committed and the victim selected. Offender therapy can be an effective method for treating sexual offenders as it enables the identification and modification of maladaptive schemas that underlie problematic sexual behaviours. Such therapy can also contribute to preventing recidivism by developing healthier strategies for managing emotions and needs, as well as improving the quality of interpersonal relationships. Individualization of therapeutic interventions in light of the presented research findings is crucial. This approach should encompass therapeutic methods focused on working with specific maladaptive schemas. The incorporation of these structures can be pivotal and valuable in the development of preventive models and the planning of therapeutic and preventive interventions.

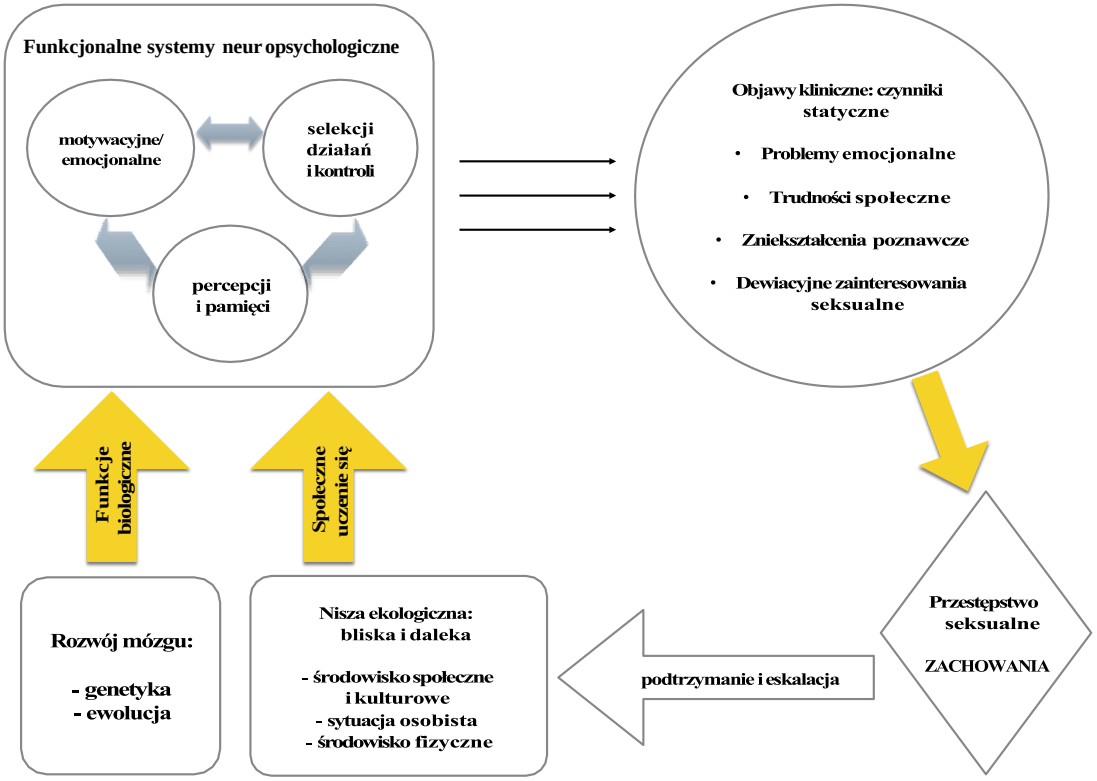
Keywords: sexual offenses, etiology of sexual offenses, early maladaptive schemas, EMS

1. WPROWADZENIE

Przestępstwa seksualne stanowią jedno z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień społecznych, są zjawiskiem wielopłaszczyznowym o złożonej etiologii. W celu zrozumienia ich przyczyn i konsekwencji, konieczne jest przyjrzenie się różnym czynnikom, które wpływają na zachowania seksualne sprawców. Przestępstwa seksualne definiowane są przez klinicystów jako „*oficjalnie zarejestrowane niewłaściwe zachowania seksualne lub inne zachowania przestępcze związane z tzw. intencją seksualną, skutkujące jakąś formą interwencji wymiaru sprawiedliwości w sprawach karnych (np. aresztowaniem lub oskarżeniem) lub oficjalną sankcją (np. skazaniem)* [za: Phenix i wsp. 2017; s: 25]. Obejmują one rozmaite formy napaści seksualnej, wykorzystywania seksualnego, molestowania seksualnego czy też innych zachowań seksualnych podejmowanych wbrew woli ofiary. Kodeks karny określa w rozdziale XXV następujące przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności: zgwałcenie (art. 197), wykorzystanie seksualne osoby bezradnej lub niepoczytalnej (art. 198), seksualne wykorzystanie zależności (art. 199), seksualne wykorzystanie małoletniego (art. 200), uwodzenie małoletniego poniżej lat 15 z wykorzystaniem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej (art. 200a), propagowanie pedofilii (art. 200b), kazirodztwo (art. 201), pornografii (art. 202), zmuszanie do prostytucji (art. 203), czerpanie zysku z cudzego nierządu (art. 204). Te poważne naruszenia prawa są ogromnym problemem z punktu widzenia indywidualnego, społecznego (relacyjnego, prawnego, medycznego) jak i moralnego. Stanowią najbardziej dotkliwą w skutkach formę przemocy, stanowiąc naruszenie norm, reguł i porządku społecznego, wiążąc się z naruszeniem granic intymności oraz granic w relacjach interpersonalnych oraz z poczuciem braku bezpieczeństwa, a także krzywdą, zniewoleniem i cierpieniem.

Poznanie i zrozumienie czynników przyczyniających się do rozwoju seksualnych zachowań przestępczych ma kluczowe znaczenie zarówno w obszarze prewencyjnym, jak i terapeutyczno-korekcyjnym. Przegląd piśmiennictwa skłania do wniosku, że nie ma jednego wyodrębnionego, czynnika, który byłby kluczowy w etiologii seksualnie przemocowych zachowań. Teorie wyjaśniające etiologię przemocy seksualnej ewaluowały od teorii jednoprzyczynowych (m.in. teorie biologiczne, rozwojowe, strukturalne) po modele wieloczynnikowe/zintegrowane zajmujące się identyfikowaniem zbioru czynników istotnych dla powstania i przebiegu przemocy seksualnej. Najbardziej całościową i zaawansowaną

koncepcją wydaje się stworzona przez Ward'a i Beech'a (2006,2008) „Zintegrowana Teoria Przestępczości Seksualnej" (ang. *The Integrated Theory of Sexual Offending* - ITSO) (Rys. 1).



Rys. 1 Zintegrowana Teoria Przestępstw Seksualnych (*The Integrated Theory of Sexual Offending - ITSO*).
Źródło: Ward, Beech, 2006, s. 51

Zgodnie z założeniami tej koncepcji zachowania przestępcze pojawiają się jako rezultat współdziałania czynników biologicznych (wpływających na rozwój mózgu, takich jak ewolucja, genetyka, neurobiologia) i ekologicznych (środowisko społeczne, kulturowe fizyczne oraz osobiste okoliczności). Czynniki biologiczne oraz społeczne uczenie się mają wpływ na ukształtowanie się podstawowych funkcji neuropsychologicznych (związanych z systemami emocjonalno-motywacyjnymi, percepcji i pamięci oraz selekcji działań i kontroli), leżących u podstaw zachowań człowieka. Kombinacja i wzajemna interakcja powyższych czynników generuje powstanie klinicznych symptomów, takich jak: problemy emocjonalne, trudności społeczne, zniekształcenia poznawcze i dewiacyjne zainteresowania seksualne. Symptomy te są obserwowalne w zachowaniu jednostki i stają się czynnikami spustowymi, prowadząc do popełnienia czynu i(lub) jego późniejszego powtarzania (recydywy). Rodzaj tych objawów i sposób ich działania zwrotnie wzmacnia uwarunkowaną biologicznie i ekologicznie podatność sprawcy, powodując utrzymywanie się lub dalszą eskalację zachowań dewiacyjnych zgodnie z

mechanizmem błędnego koła (Ward, Beech, 2006, 2008; za: Szymańska- Pytlińska i Szumski, 2014).

Jednym z konstruktów psychologicznych, który wpisuje się w ww. koncepcję, a zyskał uwagę w ostatnich latach są stworzone przez Jeffreya Younga w ramach Terapii schematów - wczesne schematy dezadaptacyjne (WSD). Te głęboko zakorzenione wzorce składające się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych zostały zidentyfikowane jako potencjalne czynniki przyczyniające się do powstania psychopatologii (Kunst, Lobbestael, Candel, Batink, 2020), a także agresywnych (Tremblay, Dozois, 2009; Dunne, Gilbert, Lee, Daffern, 2018; Shorey, Elmquist, Anderson, Stuart, (2015)) i przestępczych zachowań (Sigre-Leirós, Carvalho, Nobre, 2013; Chakhssi, de Ruiter, Bernstein, 2013). Struktury te powstają w okresie wczesnego dzieciństwa i rozwijają się w ciągu życia jednostki. Na ich powstanie obok niesprzyjających czynników środowiskowych, mają wpływ czynniki biologiczne, zwłaszcza cechy temperamentalne (Young i wsp., 2014). WSD wpływają na zachowanie i funkcjonowanie jednostki przez całe życie, przy czym: im silniejsze i rozleglejsze są schematy, tym wpływ schematów na zachowanie jednostki jest bardziej widoczny (za: Mącik, 2019).

Przegląd badań empirycznych wskazuje, że WSD mogą odgrywać rolę w zachowaniach przestępczych. Carvahlo i Nobre (2014) wykazali, że: skazani za wykorzystywanie seksualne dzieci (N= 33) prezentowali znacznie więcej schematów z następujących domen: *opuszczenie/odrzucenie, ograniczenie autonomii, ukierunkowanie na innego, nadmierna czujność i zahamowanie*, niż osoby niebędące sprawcami (N=30), natomiast sprawcy zgwałcenia (N=32) prezentowali więcej schematów z domeny *ograniczenie autonomii* niż osoby niebędące sprawcami. Różnice między przestępcami seksualnymi wykazały, że osoby molestujące dzieci prezentowały większe nasilenie schematu: *pesymizm* niż gwałciciele. Haghighat Manesh i wsp. (2010) w swych badaniach wykazali natomiast, że odbywający wyrok sprawcy zgwałceń (N=34) znacząco różnią się pod względem nasilenia domen i schematów od tzw. mężczyzn zdrowych (tzw. „normal individuals"; N=34). Średni wynik WSD, a także domen schematów był znacznie wyższy u przestępców seksualnych szczególnie w zakresie takich schematów jak: *kruchość/wrażliwość, podporządkowanie, ułomność/wstyd, zależność/brak w kompetencji, uprzywilejowanie(dominacja) /roszczeniowość,* oraz domen: *opuszczenie/odrzucenie, ograniczenie autonomii.* W badaniach nie było istotnych różnic w zakresie schematu *samopoświęcenie.*

W badaniach prowadzonych w oddziałach psychiatrii sądowej na pacjentach poddawanych obligatoryjnej opiece medycznej, Chakhssi wraz z zespołem (2013) dowiedli, że takie WSD jak: *porzucenie/brak stabilności, izolacja społeczna, ułomność/wstyd,*

podporządkowanie i *samopoświęcenie* są bardziej rozpowszechnione u sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci (N=23) w porównaniu z osobami nie stosującymi przemocy seksualnej (N=24). Natomiast, sprawcy przestępstw seksualnych wobec dzieci w porównaniu ze sprawcami przestępstw seksualnych wobec dorosłych (N=19), wykazywali tendencję do uzyskiwania wyższych wyników w WSD związanych ze schematem: *izolacja społeczna.* Badania Szlachcic i wsp. (2015) podjęte na grupie 31 pacjentów sądowych, zidentyfikowały schematy wiążące się z postawami najbardziej wspierającymi przestępstwo, są to: *niewystarczająca samokontrola/samodyscyplina, oraz uprzywilejowanie(dominacja)/ roszczeniowość*. Natomiast najnowsze badanie porównawcze przeprowadzone przez zespół: Keulen-de Vos M., Giesbers G., Hülsken J. (2023) na pacjentach z wyrokami skazującymi za: wykorzystywanie seksualne dzieci (N = 30), przemoc seksualną wobec dorosłych (N = 34), przemoc nieseksualną (N = 31) jako jedyne nie wykazały różnic pomiędzy ww. grupami w odniesieniu do domen i wczesnych schematów dezadaptacyjnych. Struktury te wydają się nie odgrywać znaczącej roli w populacji holenderskich pacjentów sądowych, którzy są przyjmowani na leczenie w ramach środka zabezpieczającego.

W świetle analizy powyższych badań, WSD wydają się być czynnikami odgrywającymi ważną rolę w przestępstwach seksualnych. Głębsza eksploracja występujących u sprawców WSD może się przyczynić do lepszego rozumienia sposobu myślenia i działania sprawców, co może mieć przełożenie na doskonalenie interwencji względem sprawców zarówno w obszarze diagnozy, terapii, jak i szacowania/oceny ryzyka recydywy. Z literatury i badań wiadomo, że skuteczność terapii, której poddawany jest skazany podczas i po odbyciu terapii, ma istotny wpływ na częstość powrotu do przestępstw. Metaanalizy dotyczące efektywności oddziaływań prowadzonych wobec sprawców przestępstw seksualnych przeprowadzone przez Hanson i in. (2009) oraz Lösel i Schmucker (2005) szacują, że przeciętny odsetek recydywistów seksualnych wynosi od 11% do 20%. Jak zauważa Szumski, Kasparek (2014) odsetek ten dotyczy tylko przestępstw seksualnych i nie obejmuje innych rodzajów przestępstw takich jak: pobicie czy kradzież. Jeśli uwzględnić wszystkie rodzaje przestępstw, odsetek recydywistów wynosi od 39% do 48 %. Zaznaczyć jednak należy, że w cytowanych metaanalizach spośród analizowanych programów psychologicznych, podejście poznawczo-behawioralne (CBT) charakteryzuje się najbardziej trwałym efektem. Dlatego też ten nurt terapeutyczny jest aktualnie najpopularniejszym i najczęściej wykorzystywanym podejściem stosowanym w leczeniu tej grupy sprawców (Dziadosz M, 2013). Najnowsze metaanalizy przeprowadzone przez Rocha i Valença (2023), dotyczące skuteczności interwencji opartych na CBT w leczeniu osób skazanych za przestępstwa seksualne wskazują na ich potencjał w zmniejszaniu recydywy

przestępstw seksualnych, poprawie samokontroli, regulacji emocjonalnej oraz wewnętrznych i interpersonalnych umiejętności społecznych. Analiza programów CBT adresowanych dla sprawców przestępstw seksualnych, skłania do wniosku, że jednym z głównych zadań interwencji w obszarze poznania sprawców jest praca nad zniekształceniami poznawczymi, a konkretnie: praca nad identyfikacją zniekształceń i zaprzeczeń w zakresie zachowań seksualnych. Mann i Shingler (2006) w swej pracy podnoszą, że praca nad zniekształceniami poznawczymi w terapii sprawców przestępstw seksualnych jest niewystarczająca. Zrozumienie roli poznania w przestępstwach seksualnych powinno opierać się w ich ocenie na podejściu opartym na przetwarzaniu informacji, a nie na modelu zniekształceń poznawczych. Kluczowe znaczenie w obszarze diagnozy i leczenia sprawców przestępstw seksualnych ma uwzględnienie głębszych struktur - tj. dysfunkcjonalnych schematów. Terapia sprawców koncentrująca się na wymówkach i usprawiedliwianiu przestępstw w ocenie tych badaczy nie przyczyni się do dokonania fundamentalnych zmian w strukturach poznawczych, które przynajmniej częściowo umożliwiły/wpłynęły na popełnienie przestępstwa seksualnego. Według niech, skoncentrowanie się na schematach ma umożliwić zrozumienie sposobu, w jaki tworzą się poznawcze uwarunkowania sprzyjające popełnianiu przestępstw seksualnych oraz jakie są związane z nimi błędy w przetwarzaniu informacji.

Zdaniem Strusińskiego i Lwa-Starowicza (2014) ze względu na poważne zagrożenia, jakie przestępcy seksualni stanowią dla innych, leczenie powinno być maksymalnie skuteczne, natomiast stosowane programy terapeutyczne powinny integrować ze sobą różne formy interwencji oraz nieustannie weryfikować swoją skuteczność. W Polsce oddziaływania wobec sprawców przestępstw z art. 197-203 KK popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych prowadzone są jedynie w 7 oddziałach terapeutycznych, przeznaczonych dla skazanych z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzonych umysłowo: ZK w Rzeszowie, ZK w Sztumie, ZK w Goleniowie, ZK w Rawiczu, Oddziale Zewnętrznym w Oleśnicy Zakładu Karnego Nr 1 we Wrocławiu, Oddziale Zewnętrznym w Oleśnicy Zakładu Karnego Nr 1 w Łodzi oraz Areszcie Śledczym w Starogardzie Gdańskim (informacja uzyskana w piśmie z dnia 10.01.2023 r z od Dyrektora Generalnego Służby Więziennej). Terapia prowadzona jest w kilku oddziałach zamkniętych Szpitali Psychiatrycznych oraz w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym, zlokalizowanym w Gostyninie, gdzie przebywają „osoby stwarzające bardzo wysokie ryzyko dokonania czynu przeciwko zdrowiu, życiu lub wolności seksualnej innych osób".

Warunkiem skuteczności terapii prowadzonej stacjonarnie w ww. placówkach jest kontynuowanie jej po opuszczeniu zakładu. Jednakże, leczenie ambulatoryjne jest aktualnie

prowadzone jedynie w 3 placówkach zlokalizowanych w Polsce południowej. Jednym z głównych problemów dotyczących prowadzenia świadczeń ambulatoryjnych jest odmowa wykonywania świadczeń w zakresie orzeczonych terapii z powodu braku odpowiedniej kadry i doświadczenia terapeutów (informacja zawarta w piśmie Rzecznika Praw Obywatelskich z dnia 25.06.2020 r. do Ministra Zdrowia; znak sprawy: IX.517.1864.2018.TRo).

Taka sytuacja ogranicza możliwość skutecznego przeciwdziałania przestępczości seksualnej. Wysiłki Państwa mające na celu zapobieganie przestępczości polegają głównie na zaostrzaniu polityki karnej wobec sprawców. Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat wprowadzono surowsze sankcje, wprowadzono ograniczenia dot. zawieszenia kary i zatarcia skazania. Dodatkowo wprowadzono Rejestr Sprawców Przestępstw na tle seksualnym regulowany ustawą o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym, jak również powołano Państwową Komisję do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15. Zgodnie ze stanowiskiem Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego takie działania są nie wystarczające, dlatego niezbędne jest stworzenie lepszych systemowych rozwiązań dotyczących leczenia sprawców przestępstw seksualnych. W uchwale Zarządu Głównego PTS[1] z dnia 03.03.2017 r. przedstawiono propozycję spójnego systemu oddziaływań, obejmującą:

1. Diagnozę potrzeb terapeutycznych u wszystkich przestępców seksualnych. Głównym celem tej diagnozy byłoby określenie poziomu ryzyka recydywy.
2. Terapię w zakładach karnych lub na zamkniętych oddziałach szpitali psychiatrycznych tych wszystkich sprawców, u których poziom ryzyka recydywy seksualnej jest wyższy niż niski.
3. Terapię po odbyciu kary, w warunkach ambulatoryjnych połączoną z monitorowaniem aktualnego ryzyka recydywy i wsparciem (np. doradztwem zawodowym) dla sprawców.

W świetle powyższego, badania ukierunkowane na wyjaśnienie roli WSD w przestępstwach seksualnych - czyli: wciąż mało znanych mechanizmów osobowościowych odnoszących się do wczesnodziecięcych doświadczeń sprawców przestępstw seksualnych- są konieczne, ponieważ mogą się przyczynić do:

- poszerzenia wiedzy na temat poznawczych determinantów przestępczości seksualnej,
- poszerzenia wiedzy na temat psychopatologii sprawców,

[1] Źródło: https://pts-seksuologia.pl/sites/strona/65/stanowisko-pts-w-sprawie-leczenia-przestepcow-seksualnych.

- identyfikacji czynników ochronnych oraz czynników sprzyjających podejmowaniu ryzyka, które są związane z rozwojem WSD,
- rozwoju bardziej efektywnych interwencji terapeutycznych, profilaktycznych i resocjalizacyjnych,
- skutecznego identyfikowania i oceniania ryzyka recydywy u osób skazanych za przestępstwa seksualne, a w konsekwencji:
- do poprawy bezpieczeństwa społecznego.

Motywacją do podjęcia badań nad rolą WSD w etiologii przestępstw seksualnych była istniejąca w tym zakresie luka teoretyczna i metodologiczna. W rodzimej literaturze zagadnienia dot. roli poznawczych czynników w przestępczości seksualnej były relatywnie rzadko podejmowane. Z dostępnych prac naukowych jedynie Szumski (2013) zajmował się badaniem zniekształceń poznawczych u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka. Brak narzędzia do badania głębszych struktur poznawczych (tj. WSD) u sprawców mogła stanowić dodatkową przeszkodę w prowadzeniu takich badań.

W literaturze zagranicznej, odnaleziono zaledwie kilka publikacji koncentrujących się na identyfikacji WSD u przestępców seksualnych. Przeważająca większość badań skupiła się na badaniu przekonań sprzyjających przestępstwom oraz badaniu zniekształceń poznawczych. Istotną luką badawczą zauważono w obszarze badań podejmujących temat relacji między WSD a cechami/ charakterystykami popełnionych przestępstw.

Niniejsza praca i przeprowadzone badania wychodzą naprzeciw potrzebie zbadania poznawczych czynników przyczynowych celem ustalenia strategii postępowania z osobami skazanymi za popełnienie przestępstw seksualnych. Identyfikacja tych czynników i określenie ich relacji z popełnionym czynem jest niezbędne do ustalenia praktycznych implikacji. Wnioski z badań mogą okazać się pomocne dla osób zaangażowanych w leczenie sprawców (m.in. pracowników opieki zdrowotnej, zakładów karnych czy penitencjarnych). Jako że interwencje psychologiczne wobec tej grupy sprawców obejmują głównie psychoterapię i psychoedukację, badanie czynników poznawczych i poznawczych stylów funkcjonowania sprawców wydaje się być szczególnie istotne. Zastosowanie właściwych oddziaływań leczniczych i zindywidualizowanie interwencji uwarunkowane jest bowiem optymalnym zrozumieniem mechanizmów prowadzących do przestępstwa.

2. CELE BADANIA, PROBLEMY I HIPOTEZY BADAWCZE

Głównym celem badania było poszerzenie wiedzy na temat roli wczesnych schematów dezadaptacyjnych (WSD) w kontekście przestępstw seksualnych. Szczegółowym zagadnieniem badawczym było przeprowadzenie eksploracji WSD w populacji osób skazanych za przestępstwa seksualne, w porównaniu do grupy porównawczej, składającej się z niekaranych mężczyzn. Następnie zbadanie związku pomiędzy rodzajem oraz stopniem nasilenia WSD a charakterystykami popełnionego czynu. W kontekście takiego celu, sformułowano szczegółowe pytania badawcze oraz stworzono odpowiadające im hipotezy:

1. Czy nasilenie WSD u sprawców przestępstw seksualnych (SPP) jest istotnie większe niż u mężczyzn z grupy kontrolnej (GK), którzy nie byli karani za przestępstwa seksualne?

Hipoteza: Sprawcy przestępstw seksualnych przejawiają istotnie większe nasilenie wczesnych schematów dezadaptacyjnych w porównaniu do mężczyzn niekaranych.

2. Czy badane grupy (SPP i GK) różnią się istotnie pod względem zakresu WSD?

Hipoteza: WSD u sprawców przestępstw seksualnych manifestują się w szerszym zakresie, obejmując większą liczbę WSD.

3. Czy istnieją różnice w zakresie nasilenia WSD pomiędzy poszczególnymi typami sprawców: sprawcy wykorzystujący seksualnie dzieci w wieku ≤14 lat (*PHSO; pedohebophilic sexual offenders*); sprawcy wykorzystujący seksualnie osoby w wieku 15-17 lat (*ESO; ephebophilic sexual offenders*); sprawcy czynów wykorzystania seksualnego osób dorosłych (*ASO; adult sexual offenders*)?

Hipoteza: Istnieją istotne różnice w zakresie nasilenia WSD pomiędzy poszczególnymi typami sprawców (PHSO, ESO, ASO).

4. Czy cechy sprawcy i ofiary (płeć, wiek) oraz czynu (relacja ze sprawcą, modus operandi, krotność i powtarzalność czynu) różnicują sprawców posiadających określony rodzaj lub nasilenie WSD?

Hipoteza: Cechy sprawcy, ofiary i czynu różnicują nasilenie określonego rodzaju WSD.

5. Czy istnieje związek między nasileniem WSD sprawców przestępstw seksualnych a cechami popełnionych przez nich czynów, w zakresie: natężenia przemocy i jej rodzaju (seksualna, fizyczna, emocjonalna)?

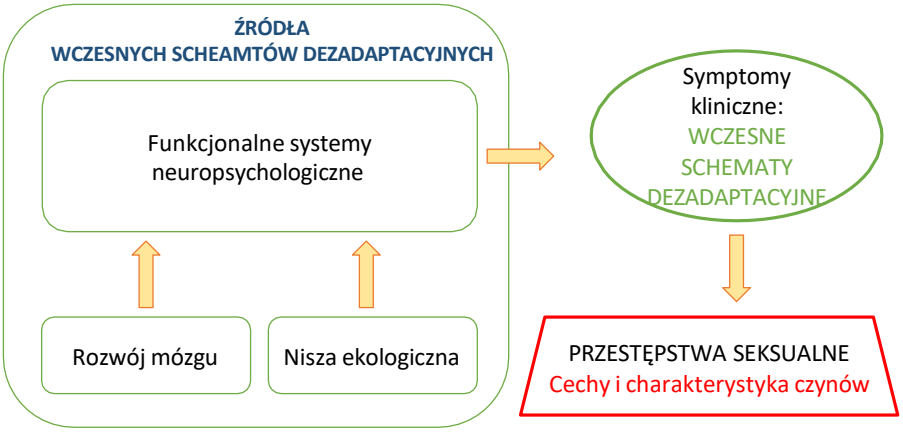
Hipoteza: Istnieje związek pomiędzy stopniem nasilenia WSD a cechami popełnionych czynów w zakresie intensywności przemocy seksualnej w popełnionym czynie.

6. METODYKA

Model badawczy

Poniższy model badawczy stanowił podstawę do weryfikacji zależności między uwzględnianymi czynnikami. Badane zmienne zostały umieszczone w szerszym kontekście etiologicznym, odwołując się do Zintegrowanej Teorii Przestępczości Seksualnej - ITSO (Ward, Beech, 2005; 2008). W skonstruowanym modelu przeprowadzono badanie wczesnych schematów dezadaptacyjnych oraz cech czynów popełnionych przez osadzonych mężczyzn. Uznano, że badanie czynników źródłowych schematów jest niepotrzebne, biorąc pod uwagę ogólne założenia terapii schematów, które pokrywają się z modelem Warda i Beecha. W koncepcji Younga WSD powstają w wyniku niezaspokojenia podstawowych potrzeb emocjonalnych w okresie dzieciństwa i mają tendencję do rozwijania się przez całe życie jednostki. Ich powstawanie jest wynikiem zarówno niekorzystnych czynników środowiskowych, takich jak: toksyczne otoczenie, zaburzenia przywiązania, wczesnodziecięce traumatyczne doświadczenia, jak i czynników biologicznych, w tym uwarunkowań temperamentalnych. W modelu ITSO do powstania schematów (tj. symptomów klinicznych) prowadzą: rozwój mózgu, nisza ekologiczna daleka i bliska i funkcjonalne systemy neuropsychologiczne.

Opierając się na Zintegrowanej Teorii Przestępczości Seksualnej Warda i Beecha, analizowany w niniejszym kontekście model zakłada, że przemoc seksualna nie jest spowodowana jednym izolowanym czynnikiem takim jak określony schemat czy domena. Dewiacyjne zachowania seksualne charakteryzują się zindywidualizowanym, wieloczynnikowym i złożonym charakterem, co prowadzi do zróżnicowanych ścieżek rozwoju u poszczególnych sprawców. Również mechanizmy leżące u podłoża tych czynów są zróżnicowane. W konsekwencji cechy i okoliczności przestępstw, takie jak wiek i płeć ofiary, a także rodzaj i nasilenie zachowań przemocowych, wykazują zróżnicowanie.



Rys. 1 Model badawczy: Rola Wczesnych Schematów Dezadaptacyjnych w Zintegrowanej Teorii Przestępstw Seksualnych. Źródło: opracowanie własne.

Miejsce i czas badania

Badanie było prowadzone w okresie od kwietnia 2017 do kwietnia 2018 roku w oddziałach 4 jednostek penitencjarnych w Polsce południowej: w ZK w Kielcach, ZK w Pińczowie, AŚ w Krakowie i ZK w Rzeszowie.

Grupa badana

Badanymi byli mężczyźni przebywający w wyżej wymienionych placówkach, skazani za przestępstwa seksualne i odbywający karę pozbawienia wolności. Kryterium doboru był prawomocny wyrok skazujący za przestępstwo seksualne stypizowane w rozdz. XXV KK. Łącznie zbadano 152 mężczyzn. 38 dokonanych pomiarów odrzucono, z powodu: braku danych w odpowiedziach, wycofania zgody na badanie, niekompletnych lub niedostępnych akt. Badani zostali podzieleni na 3 podgrupy ze względu na wiek ofiar.

- 49 sprawców czynów pedohebefilnych (*PHSO; pedohebophilic sexual offenders*), czyli wykorzystujących seksualnie dzieci w wieku ≤14 lat.
- 20 sprawców czynów efebofilnych (*ESO; ephebophilic sexual offenders*), czyli wykorzystujących seksualnie osoby w wieku 15-17 lat.
- 33 sprawców czynów wykorzystania seksualnego osób dorosłych, czyli w wieku >18 lat. (*ASO; adult sexual offenders).*

Średni wiek badanych mężczyzn wynosił 33,2 (SD=12,54) lat. Większość (40 %) odebrała wykształcenie zawodowe. 36 % badanych sprawców pochodziło ze wsi, niespełna 16 % w chwili badania było żonatych. Wszyscy badani mężczyźni zostali skazani za minimum jedno przestępstwo seksualne, przy czym niektórzy z nich mieli udokumentowaną historię wielu popełnionych wcześniej przestępstw seksualnych. Najczęściej popełnianymi przez sprawców czynami były przestępstwa z art. 200 (43%) i 197 (41%). Wśród osób skazanych 33% obywało wyrok w systemie terapeutycznym. 40 % badanych mężczyzn oprócz przestępstwa seksualnego w kartotece posiada adnotacje o popełnieniu innych niż seksualne przestępstw. Recydywiści stanowili 23.5% badanych sprawców.

Procedura badawcza:

Protokół badania został zaakceptowany przez kierownictwo Okręgowych Inspektoratów Służby Więziennej w Krakowie i Rzeszowie oraz przez Komisję Bioetyczną. Udział w badaniu był dobrowolny, a uczestnikom zapewniono poufność i anonimowość. Dane wykorzystane do analizy zostały pozyskane z dwóch źródeł. Cześć danych została zebrana od badanych osób za pomocą kwestionariusza YSQ-S3-PL, natomiast pozostała część została pozyskana przez wyszkolonych badaczy poprzez analizę akt penitencjarnych. Głównym celem analizy było wyselekcjonowanie odpowiednich danych do uzupełnienia narzędzia dotyczącego przestępstw o charakterze seksualnym popełnionych przez sprawców, tj. Kwestionariusza własnej konstrukcji do wyciągu z akt penitencjarnych sprawcy czynu o charakterze seksualnym. Badacze dokładnie zapoznawali się z treścią udostępnionych materiałów, a następnie przenosili wybrane informacje na odpowiednie pozycje w kwestionariuszu. W przypadku Skal Przemocy, badacze oceniali przestępstwa, przypisując im wartości odpowiadające danym liczbowym w danej skali.

Charakterystyka zastosowanych metod badawczych i narzędzi pomiarowych

Kwestionariusz Schematów (YSQ-S3) (ang. The Young Schema Questionnaire, short form, version 3) autorstwa Jeffreya Younga w polskiej adaptacji (YSQ-S3-PL) Oettingen i wsp. (2017)[2]. To samoopisowy inwentarz służący do pomiaru nasilenia wczesnych schematów dezadaptacyjnych. Kwestionariusz składa się z 90 pozycji, które odnoszą się do 18 wyodrębnionych przez Younga schematów. Schematy te są podzielone na 5 szerokich kategorii

[2] J. Oettingen, J. Chodkiewicz, D. Mącik, E. Gruszczyńska, *Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ- S3-PL)* [w druku]

rozwojowych, które nazywane są domenami (skrótowy opis tych struktur znajduje się w tabeli 1). Badani używając sześciostopniowej skali Likerta (od 1 -zupełnie nieprawdziwe o mnie do 6 -doskonale mnie opisuje), oceniają, jak dobrze dane stwierdzenie ich opisuje, przykładowo: „*Martwię się, że ludzie, którzy są mi bliscy, odejdą lub opuszczą mnie*".

Tab. 1. Charakterystyka domen i wczesnych schematów dezadaptacyjnych. Opracowanie własne na podstawie Young i wsp. (2014).

DOMENA OPUSZCZENIE I ODRZUCENIE najsilniej związana jest z trudnościami w sferze przywiązania i obejmuje następujące schematy:

- Porzucenie/ brak stabilności – wiążący się z niestabilnym i niespokojnym przezywaniem więzi;
- Nieufność/ nadużycie – związany z nadmierną czujnością i podejrzliwością w relacjach;
- Emocjonalna deprywacja – wiążący się z poczuciem emocjonalnego osamotnienia w relacjach;
- Ułomność wstyd – związany z deprecjonowaniem siebie w stosunku do innych;
- Izolacja społeczna – wiążący się z poczuciem wyobcowania i/ lub odstawania od grupy odniesienia.

DOMENA OGRANICZENIE AUTONOMII związana jest z trudnościami w samodzielnym funkcjonowaniu i osiąganiu celów. W tym obszarze występują takie schematy jak:

- Zależność/ brak kompetencji – wiążący się z przekonaniem o własnej niekompetencji w radzeniu sobie, dbaniu o siebie, podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów;
- Kruchość/ wrażliwość związany z podatnością na zranienie lub zachowanie oraz z przekonaniem, że coś złego może się wydarzyć, czemu nie będzie się w stanie zapobiec;
- Rozmycie granic/ nie pełni rozwinięte Ja charakteryzujące się nadmiernym angażowaniem się i emocjonalnym uwikłaniem w relacje z inną osobą kosztem braku wyraźnego poczucia własnej tożsamości, odrębności czy ukierunkowania;
- Porażka – przekonanie o własnej niższości w dziedzinie osiągnięć lub kompetencji, co prowadzi do porównywanie się z innymi i postrzegania samego siebie jako osoby głupszej, niezdolnej, niedouczonej lub skazanej na porażkę.

DOMENA ZACHWIANIE GRANIC – wiąże się z trudnościami w szanowaniu praw innych, podejmowaniem współpracy, ustalaniem osobistych celów i dążeniem do nich. W tej domenie występują następujące schematy:

- Uprzywilejowanie (dominacja)/ roszczeniowość – przekonanie, że jest się kimś szczególnym, lepszym od innych, posiadającym specjalne prawa i przywileje;
- Niewystarczająca samokontrola/ samodyscyplina – trudność w kontroli siebie i tolerowaniu frustracji czy niepowodzeń, unikanie wszelkiego dyskomfortu kosztem uczciwości, zaspokajania własnych potrzeb lub podejmowania zobowiązań.

DOMENA UKIERUNKOWANIE NA INNEGO – związana jest z nadmiernym skupianiem się na pragnieniach, uczuciach i reakcjach innych osób w celu zdobycia miłości, uwagi, popracia lub uniknięcia zemsty. W tej domenie występują takie schematy jak:

- Podporzadkowanie wiążące się z przekonaniem, że trzeba być nadmiernie uległym, aby uniknąć gniewu lub porzucenia;
- Samopoświęcenie – przekonanie, że należy zaspokajać potrzeby innych kosztem własnych potrzeb;
- Poszukiwanie aprobaty i uznania – nadmierne skupianie się na zdobywaniu akceptacji i uznania od innych oraz dostosowywaniu się do innych kosztem prawdziwego i bezpiecznego poczucia własnej tożsamości.

DOMENA NADMIERNA CZUJNOŚĆ I ZAHAMOWANIE – wiąże się z hamowaniem spontanicznych uczuć, impulsów i wyborów lub przesadną koncentracją na postępowaniu zgodnie z surowymi, uwewnętrznionymi zasadami.

- Negatywizm – nadmierne skupianie się na negatywnych aspektach życia i minimalizowanie/ ignorowanie pozytywnych, co prowadzi do przesadnej ostrożności, czujności, nadmiernego zamartwiania się, narzekania i trudności w podejmowaniu decyzji;
- Zahamowanie emocjonalne – przekonanie, że należy tłumić spontaniczne działania, uczucia i powstrzymywać się od okazywania słabości;
- Bezlitosne normy/ hiperkrytycyzm – przekonanie, że trzeba spełniać bardzo wysokie standardy zachowania;
- „Samokaranie"/ skłonność do wymierzania kar to przekonanie, ze ludzie powinni być surowo ukarani za swoje błędy, co wiąże się z tendencją do wyrażania złości, braku tolerancji/ cierpliwości, trudnością w wybaczaniu czy usprawiedliwianiu popełnionych błędów oraz z deficytami w rozumieniu uczuć innych i akceptacji niedoskonałości.

Kwestionariusz własnej konstrukcji do wyciągu z akt penitencjarnych sprawcy czynu o charakterze seksualnym (2018) opracowano na podstawie ankiety Gierowskiego i Jaśkiewicz – Obydzińskiej (2002). Ankieta zawiera informacje dotyczące sprawcy i ofiar (wiek, płeć, ilość, relacja łącząca ofiarę ze sprawcą); a także informacje na temat charakterystyki popełnionego czynu: modus operandi sprawcy (presja, podstęp, przekupstwo, groźby, grooming, wykorzystanie pozycji autorytetu/zależności, planowanie); sytuacyjne tło motywacyjne: czasowość czynu (parametry czasowe sytuacji) i częstotliwość czynu; powtarzalność czynów i in.

Zmodyfikowane Skale Przemocy (Beisert, 2012) obejmujące: Skalę przemocy seksualnej, Skalę przemocy emocjonalnej i Skalę przemocy fizycznej. Skala przemocy seksualnej składa się z dwóch czynników: 1) poziomu inwazyjności czynu, tj. poziomu angażowania osoby (ciała) ofiary przez sprawcę w trakcie aktywności seksualnej i 2) sposobu doprowadzenia do czynu, tj. sposobu, w jaki sprawca doprowadza swą ofiarę do uczestnictwa w aktywności seksualnej. Czynniki zawarte we wszystkich skalach i podskalach zostały uszeregowane od wartości najmniejszej do największej; im większa jest wartość danej zmiennej, tym większe jest nasilenie przemocy i(lub) ingerencja sprawcy w wolność osobistą ofiary. W ramach modyfikacji skal dostosowano pozycje skal do badanej grupy. Oryginalne skale przeznaczone były do badania sprawców popełniających swe czyny na osobach małoletnich. Modyfikacja treściowa pozycji polegała na zamianie niektórych słów w ankiecie, przykładowo: z: „dziecko" na: „ofiara". Nie zmieniono liczby pozycji skal. Posłużono się tym samym wzorem obliczania wyników co w oryginalnej wersji (zobacz: Beisert, 2012).

7. OMÓWIENIE CYKLU PRAC ORYGINALNYCH

W ramach dysertacji zaplanowano następujący cykl tematycznie powiązanych artykułów ukierunkowanych na eksplorację roli WSD w przestępstwach seksualnych:

1. **Oettingen, J**., Rajtar-Zembaty, A. *Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych*. Psychiatr Pol 2022; 56(6):1253–1267 [DOI: https://doi.org/10.12740/PP/143847].
Impact factor: 1.7; MNiSW: 100.

2. **Oettingen, J**., Chodkiewicz, J., Mącik, D., Gruszczyńska, E. *Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ- S3-PL)*. Psychiatr Pol 2018;52(4):707–718 [DOI: https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541].
Impact factor: 1.311; MNiSW: 15.

3. **Oettingen, J**. Gierowski JK., Grabski B., Micek A. *A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy Online First 2023; Nr 23: 1–14 [DOI:10.12740/APP/166604].
Impact factor: 0.6; MNiSW: 140.

4. **Oettingen, J**. Gierowski JK., Grabski B., Micek A. *Early maladaptive schemas in sex offenders versus the characteristics of offences against sexual freedom*. Z Zagadnień Nauk Sądowych 2023; Nr 1 [DOI: 10.4467/12307483PFS.23.002.17812].
MNiSW: 70.

Prezentowany w pracy cykl publikacji składa się z 3 prac oryginalnych oraz 1 artykułu poglądowego, o łącznej punktacji: **IF = 3,611, MNiSW = 325.000**.

Terapia sprawców odgrywa istotną rolę jako skuteczne narzędzie zapobiegania przestępczości seksualnej. Skuteczność interwencji uwarunkowana jest poznaniem i zrozumieniem czynników etiologicznych - przyczyn, które leżą u podstaw przestępczych zachowań seksualnych. W pierwszym artykule zatytułowanym: „*Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych"* mającym charakter pracy poglądowej, we wstępie

przedstawiono obowiązujące trendy leczenia sprawców. Aktualnie prowadzone programy terapeutyczne, oparte głównie na terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), zostały potwierdzone empirycznie jako skuteczne narzędzia w leczeniu mężczyzn, którzy popełniają przestępstwa seksualne. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę, że korzyści z terapii mogą być większe i bardziej zdecydowane, w artykule zaproponowano wykorzystanie Terapii Schematów (TS) jako potencjalnego podejścia terapeutycznego dla sprawców. TS jest często określana jako trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej. Stanowi rozwinięcie i uzupełnienie tradycyjnej CBT o elementy różnych teorii i paradygmatów poszerzając spektrum technik terapeutycznych o poznawcze, psychodynamiczne oraz doświadczalne. Leczenie sprawców z perspektywy opartej na teorii schematów może doprowadzić do trwałej zmiany u sprawców, skutkującej ograniczeniem ryzyka recydywy, ale także znaczącą zmianą jakości życia sprawców manifestującą się w możliwości budowania i utrzymania zdrowych i bezpiecznych więzi/relacji za pomocą tzw. „powtórnego ograniczonego rodzicielstwa”[3], oferowanego przez TS. Artykuł przedstawia koncepcję TS Jeffreya Younga, w ramach której powstał konstrukt wczesnych schematów dezadaptacyjnych. Zaprezentowano teoretyczny model TS w kontekście agresywnych zachowań seksualnych, jak również opisano mechanizm powstawania i utrwalania zachowań przestępczych. W artykule dokonano również przeglądu badań naukowych opisujących przebieg i skuteczność terapii schematów w populacji osób skazanych. Wyniki tych badań, choć stricto nie odnoszące się do sprawców przestępstw seksualnych (CSO stanowili jedynie podgrupę wśród innych agresywnych przestępców seksualnych leczonych w ramach środka zabezpieczającego) wskazują na jej skuteczność w zakresie m.in.: zmniejszenia nasilenia objawów zaburzeń osobowości, zmniejszenia nasilenia WSD, poprawy mocnych stron i czynników ochronnych, a także, obniżenia ryzyka recydywy.

W kolejnych artykułach skoncentrowano się na realizacji głównego celu badawczego, który polegał na eksplorowaniu roli wczesnych schematów dezadaptacyjnych w przestępstwach seksualnych, opierając się na modelu etiologicznym opisanym w Zintegrowanej Teorii Przestępczości Seksualnej (Ward, Beech, 2005; 2008). W ramach tego celu przeprowadzono polską adaptację i walidację skróconej wersji kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3), który jest podstawowym narzędziem do badania nasilenia WSD. Szczegółowy opis procesu adaptacji został przedstawiony w artykule 2 opublikowanym

[3] Ograniczone powtórne rodzicielstwo (ang. *reparenting*)– zaspokajanie przez terapeutę podstawowych potrzeb pacjenta, których jego opiekunowie nie zaspokoili w dzieciństwie. Reparenting ma na celu naprawienie braków i traum związanych z pierwszymi doświadczeniami rodzinno – dziecięcymi poprzez dostarczenie nowego, zdrowego wzorca opieki.

w czasopiśmie Psychiatria Polska pod tytułem. „*Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ- S3-PL)*". Adaptowany kwestionariusz jest narzędziem przeznaczonym do pomiaru nasilenia wczesnych schematów dezadaptacyjnych, Badania przeprowadzono na próbie 1529 osób w wieku od 18 do 85 lat (M= 32,46, SD =13,49) - 927 kobiet (60,6% ogółu) i 585 mężczyzn (38,2% ogółu). Wyniki walidacji pokazały, że polska wersja metody nie różni się znacząco od innych wersji językowych pod względem ich mocnych i słabych stron. Narzędzie wykazuje odpowiednią trafność teoretyczną oraz akceptowalną rzetelność. Analiza spójności wewnętrznej za pomocą współczynnika alfa Cronbacha wykazała zróżnicowanie wartości, oscylujące w zakresie od 0,80 do 0,62 dla poszczególnych podskal.

Używając przygotowanego narzędzia zbadano rozpowszechnienie WSD u 152 skazanych za przestępstwa seksualne mężczyzn porównując ich wyniki z grupą kontrolną stanowiącą 167 mężczyzn z populacji osób niekaranych. Osoby z grupy kontrolnej zostały dobrane tak, aby każdy sprawca (o ile to było możliwe) miał przynajmniej jednego odpowiednika, który był podobny pod względem wieku (+/- 5 lat) oraz posiadał takie samo wykształcenie. Wyniki tego badania zostały zaprezentowane w trzeciej publikacji zatytułowanej: „*A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland*". Do analiz ostatecznie zakwalifikowano dane pochodzące od 102 mężczyzn osadzonych w zakładach karnych za przestępstwa seksualne. Z analiz wyłączono 5 sprawców, którzy wycofali zgodę na badanie, 7 sprawców, których akta nie były kompletne lub niedostępne oraz 38 których odpowiedzi w YSQ zawierały braki danych. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że w porównaniu do grupy kontrolnej, sprawcy przestępstw seksualnych wykazują wyższe nasilenie WSD, z wyjątkiem domeny zachwiania granic, gdzie osoby niekarane uzyskały wyższe wyniki. Wykazano, że schematy u sprawców przestępstw seksualnych są bardziej rozległe (obejmują większą liczbę domem, tzw. obszarów WSD) i wykazują większe nasilenie niż u niekaranych i nieleczonych mężczyzn. Przeprowadzone analizy dowodzą również istnienia charakterystycznego stylu poznawczego u sprawców. W grupie mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne wyodrębniono 9 obszarów tematycznych dezadaptacyjnych schematów, które koncentrują się głównie na: pozabezpiecznym przeżywaniu i odtwarzaniu relacji, poczuciu osamotnienia, braku pewności siebie, braku poczucia własnej wartości oraz niewiary we własne możliwości.

W kolejnych badaniach przetestowano założony model badawczy, analizując związki pomiędzy WSD a cechami przestępstw popełnionych przez mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne. Pomiaru nasilenia WSD dokonano za pomocą Kwestionariusza

Schematów Younga (YSQ-S3-PL). Cechy popełnionych przestępstw pochodzące z kartotek badanych mężczyzn analizowano przy użyciu kwestionariusza własnej konstrukcji służącego do sporządzenia wyciągu z akt penitencjarnych i przy użyciu Skali Przemocy autorstwa Beisert (2012). Otrzymane wyniki sugerują, że WSD odgrywają istotną rolę w procesie popełniania przestępstwa seksualnego. Poszczególne domeny jak i wchodzące w ich zakres schematy sprawców mają wpływ zarówno na przebieg przestępstwa, jak i jego cechy. Dodatkowo, uzyskane wyniki dowodzą, że z inwazyjnością podejmowanych przez sprawców zachowań seksualnych związana jest pewna specyficzność treściowa schematów: warunkowy charakter schematów wiąże się z mniejszą inwazyjnością czynu, a słabsze nasilenie schematów bezwarunkowych sprzyja większej inwazyjności czynów. Zaprezentowane w artykule wyniki uzupełniają lukę badawczą w obszarze wiedzy na temat etiologii przestępstw seksualnych w aspekcie rozumienia zależności między głęboko leżącymi strukturami poznawczymi a postawami i działaniami przestępców seksualnych.

8. PODSUMOWANIE I IMPLIKACJE PRAKTYCZNE

Badanie WSD w odniesieniu do cech popełnionych przestępstw seksualnych u skazanych sprawców jest zupełnie nowym podejściem, jeśli chodzi o próbę zrozumienia zależności między głęboko leżącymi strukturami poznawczymi a dewiacyjnymi zachowaniami seksualnymi przestępców seksualnych. Kwestia wyjaśnienia, dlaczego niektóre osoby popełniają czyny seksualne w sposób szczególny stanowiła deficyt zarówno w badaniach krajowych, jak i zagranicznych.

Opisane w pracy badania pozwoliły na potwierdzenie przyjętych hipotez badawczych, w tym w szczególności wskazały, że:

1. Sprawcy przestępstw seksualnych w porównaniu do grupy kontrolnej charakteryzują się większym nasileniem WSD.
2. Sprawcy przestępstw seksualnych w porównaniu do grupy kontrolnej prezentowali istotnie wyższe nasilenie WSD w obrębie 4 z 5 domen: *opuszczenie i odrzucenie; ograniczenie autonomii; ukierunkowanie na innego; nadmierna czujność i zahamowanie*. Dodatkowo, zidentyfikowano dziewięć schematów, które charakteryzują specyficzny sposób myślenia mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne. Są to: *porzucenie/brak stabilności; nieufność/nadużycie; porażka, kruchość/wrażliwość*

(podatność na zranienie), rozmycie granic/nierozwinięte Ja; oraz samopoświęcenie i podporządkowanie.

3. U sprawców wykorzystania seksualnego dziecka w wieku ≤14 r.ż zaobserwowano wysokie nasilenie następujących schematów: *zahamowanie emocjonalne i samopoświęcenie*.
4. Badani sprawcy przestępstw seksualnych różnia się pod względem WSD w zależności od cech popełnionego czynu, takich jak: wybór ofiary uwzględniający wiek, płeć i charakter relacji ze sprawcą, krotność czynu, rozpiętość czasowa czynu oraz sposób działania sprawcy, w tym: planowanie i podstęp. Mężczyźni z nasilonymi schematami w domenach: *ukierunkowanie na innego* i *nadmierna czujność i zahamowanie,* częściej dopuszczają się przestępstw wobec osób im znanych. Wzrost nasilenia domeny *zachwianie granic* i związanych z nią schematów u mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne wiąż się ze specyficznym stylem przestępstwa, polegającym na zdobywaniu posłuszeństwa ofiary.
5. Istnieje związek pomiędzy stopniem nasilenia WSD a intensywnością przemocy seksualnej w popełnionym czynie. Słabsze nasilenie schematów bezwarunkowych sprzyja większej inwazyjności czynów, zaś silniejsze nasilenie schematów warunkowych – mniejszej inwazyjności czynu.

   Związki pomiędzy WSD a nasileniem przemocy fizycznej i emocjonalnej nie zostały potwierdzone.

Zaprezentowane wyniki mogą być przydatne w obszarze diagnozy, terapii i profilaktyki. Obserwacje kliniczne oraz liczne badania empiryczne dowodzą, że wpływ na głębokość psychopatologii ma większe nasilenie i trwałość nieadaptacyjnych przekonań, często - obciążonych percepcyjnym błędem wnioskowania/zniekształcaniem faktów. Aktualne programy leczenia przestępców seksualnych obejmują głównie pracę nad zniekształceniami poznawczymi, jednak praca nad nimi nie eliminuje całkowicie recydywy przestępczości seksualnej. Z badań Roszyk (2016) wynika, że sztywność poznawcza sprawców jest jednym z czynników podnoszących ryzyko większej inwazyjności i nasycenia czynów przemocą, ryzyko ich podejmowania wobec młodszych ofiar, ryzyko recydywy oraz wielokrotność czynów. Dlatego uwzględnienie głębszych struktur tj. szkodliwych dla sprawców wzorców poznawczo-emocjonalnych wywodzących się z wczesnego dzieciństwa i powtarzanych przez całe życie, wydaje się konieczne celem zrozumienia ścieżek rozwoju sprawców, po to by optymalizować oddziaływania względem sprawców i maksymalizować skuteczność leczenia. Zaniedbywanie

indywidualnego podejścia do pacjenta zdaniem Strusińskiego i Lwa-Starowicza (2014) jest nie tylko błędem w sztuce, ale także wystawia społeczeństwo na ryzyko. Dlatego też szczególnie istotne wydaje się stosowanie indywidualnego podejścia w terapii SO poprzez włączanie do planu terapii metod ukierunkowanych szczególnie na terapię danego rodzaju schematu. Takie podejście mogłoby przełamać sztywny schemat oddziaływań względem sprawców obserwowalny w większości prowadzonych programach terapeutycznych. Dane dotyczące źródeł powstania psychopatologii sprawców mogą nadto dostarczyć wglądu w ukryte cele i potrzeby przestępców, a także mogą być przydatne w aspekcie planowania interwencji zapobiegających nawrotom.

Ograniczenia zastosowanej procedury badawczej i rekomendacja przyszłych badań.

Prezentowane badanie ma pewne ograniczenia metodologiczne, dlatego uzyskane wyniki oraz przedstawione w oparciu o nie wnioski należy interpretować z ostrożnością. Są to:
1) dobór próby; czyli prawna kwalifikacja badanych mężczyzn do badania (prawomocny wyrok za przestępstwo seksualne) ogranicza reprezentatywność próby. Ponadto do badania zostali zakwalifikowani tylko ci sprawcy, który zostali ujęci i ukarani przez wymiar sprawiedliwości, a zatem wyniki nie odnoszą się do sprawców, którzy uniknęli odpowiedzialności karnej. Jest możliwe, że styl ich funkcjonowania poznawczego w obszarze występowania WSD znacząco różni się od badanej grupy. Z przeglądu literatury wynika, że przestępczość nieujawniona może być kilkukrotnie większa, niż wynika z oficjalnych danych (Stojer – Polańska, 2018), szczególnie dotyczy to przestępstw seksualnych, gdzie ofiary wstydzą się albo boją zawiadomić o fakcie wykorzystania. Kolejnym napotkanym ograniczeniem jest kwalifikacja sprawców do grup badanych w odniesieniu do wieku ofiary. Pomimo apelu płynącego z poprzednich badań (Sigre-Leirós, Carvalho, Nobre, 2015) dot. znaczenia określania podtypów przestępców seksualnych w odniesieniu do perspektywy klinicznej, nie udało się inaczej zaprojektować badań. Z uwagi na brak lub niską jakość zamieszczonych w aktach penitencjarnych opinii seksuologicznych (niekompletne lub niewystarczająco niejasne diagnozy) podział sprawców ze względu na istniejące bądź nie zaburzenia seksualne był niemożliwy. Zważywszy na specyfikę opiniowania sądowo-seksuologicznego, trafność diagnoz zawartych w opiniach seksuologicznych jest często bardzo niska. Zdaniem Zielonej-Jenek (2018), ocena wzorca zainteresowań seksualnych pod kątem zaburzeń parafilnych nastręcza/generuje liczne trudności diagnostyczne.

2) źródło danych i zastosowane narzędzia. Informacje dotyczące popełnionych przez sprawców czynów zostały oparte na analizie danych pochodzących z akt penitencjarnych. Dane dotyczące opisu przestępstwa mogą nie zawsze odzwierciedlać rzeczywisty charakter i przebieg czynu - czego przykładem mogą być choćby niekompletne czy sprzeczne dane zawierające rozbieżności w składanych przez świadków zeznaniach. Zważywszy na seksualny charakter przestępstwa, opisy czynów powstałe w oparciu o zeznania sprawców najprawdopodobniej i tak pozbawione były intrapsychicznego aspektu podejmowanych przez sprawców działań. Pełna realizacja skłonności seksualnych badanych mężczyzn mogła być zakłócana przez czynniki sytuacyjne i relacyjne- „*seksualność jest bowiem doświadczana i wyrażana w myślach, fantazjach przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach"* (Lew-Starowicz, 2015; s: 25). Służący zaś do oceny nasilenia WSD kwestionariusz nie zawiera podskali sprawdzającej stopień skłonności do falsyfikowania odpowiedzi przez badanych mężczyzn.

W kontekście wybranej metody, nierzadkie w populacji osadzonych zjawisko polegające na chęci zaprezentowania siebie w sposób akceptowany społecznie - nie do końca mogło być kontrolowane. Ostrożność w interpretacji wyników nastręcza jeszcze liczebność prób badawczych, a konkretnie nierówny dobór wielu zmiennych, skutkujący koniecznością zastosowania mniej czułych testów nieparametrycznych i generalizacją wniosków.

Pomimo opisanych powyżej ograniczeń jaki niesie prezentowane badanie, można wyznaczyć kilka kierunków dalszych badań. Pierwszy wiązałby się z koniecznością zminimalizowania opisanych powyżej ograniczeń metodologicznych, drugi z uwzględnieniem istotnych z punktu widzenia koncepcji Terapii schematów czynników, które obok WSD mają łączny wpływ na zachowanie człowieka. Ważne byłoby również uwzględnienie innych czynników wpływających na popełnienie przestępstwa oraz na proces zapobiegania nawrotom, choćby czynniki które są wyodrębniane w modelach etiologicznych (np. ITSO) czy w modelach terapeutycznych (np. GLM[4], Ward, Brown, 2004) stosowanych aktualnie w resocjalizacji przestępców. Trzeci kierunek dalszych badań dotyczyłby przeprowadzenia analizy różnicowej wyników na silniejszej liczebnie próbie, z uwzględnieniem diagnozy klinicznej (porównania pomiędzy sprawcami preferencyjnymi a sytuacyjnymi/zastępczymi). Czwarty mógłby zaś dotyczyć ogromnie istotnego zagadnienia jakim jest badanie związku WSD z recydywą seksualną.

[4] GLM - The Good Lives Model (Model Dobrego Życia) opracowany przez Tony Warda jest podejściem do resocjalizacji przestępców opartym na mocnych stronach, a zatem opiera się na założeniu, że musimy budować zdolności i mocne strony u ludzi, aby zmniejszyć ich ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa [Źródło: https://www.goodlivesmodel.com].

7. PIŚMIENNICTWO

1. Beisert M. (2012) *Pedofilia: geneza i mechanizm powstawania zaburzenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
2. Carvalho J, Nobre PJ. (2014). Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: Preliminary findings. *International Journal of Law and Psychiatry, 37(2), 210–216.*doi:10.1016/j.ijlp.2013.11.007
3. Chakhssi F, de Ruiter C, Bernstein DP (2013) Early Maladaptive Cognitive Schemas in Child Sexual Offenders Compared with Sexual Offenders against Adults and Nonsexual Violent Offenders: An Exploratory Study. *The Journal of Sexual Medicine, 10(9*), 2201–2210. doi:10.1111/jsm.12171
4. Dunne AL, Gilbert F, Lee S, Daffern M (2018). The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggressive Behavior, 44(3),* 246– 256. https://doi.org/10.1002/ab.21747
5. Dziadosz M (2013) *Terapia poznawczo-behawioralna w resocjalizacji sprawców przestępstw seksualnych*. Praca magisterska. Kraków, UJ
6. Gierowski JK., Jaśkiewicz-Obydzińska T. (Eds.), (2002) *Zabójcy i ich ofiary. Psychologiczne podstawy profilowania nieznanych sprawców zabójstw*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych.
7. Haghighat Manesh E, Agha Mohammadian Shaer Baf HR, Ghanbari Hashem Abadi BA, Mahram B. (2010) Early Maladaptive Schemas and Schema Domains in Rapists. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16 (2)* :145-153
8. Hanson RK, Bourgon G, Helmus L, Hodgson S. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior 2009; 36(9):* 865-891.
9. Keulen-de Vos M., Giesbers G., Hülsken J. (2023) Relationships Between Early Maladaptive Schemas and Emotional States in Individuals With Sexual Convictions. *Sexual Abuse 2023, Vol. 0(0):* 1–18 [DOI: 10.1177/10790632231153635].
10. Kunst H, Lobbestael J. Candel I, Batink T (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: a correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy.*doi:10.1002/cpp.2467
11. Lew-Starowicz L. (2015) Seksuologia psychospołeczna (w) Z. Lew-Starowcz, V. Skrzypulec (red.). *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL
12. Lösel F, Schmucker M (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*(1), 117–146. https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7.

13. Man RE, Shingler J (2006) Schema-driven cognition in sexual offenders: theory, assessment and treatment. (w) WL Marshall, YM Fernandez, LE Marshall, GA Serran (red.) *Sexual offender treatment. Controversial issues*. Wiley Series in Forensic Clinical Psychology John Wiley & Sons, Ltd; pp: 173-185
14. Mącik D. (2019) *W pułapce schematów? Wczesne nieadaptacyjne schematy Jeffreya Younga a funkcjonowanie psychospołeczne dorosłych*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa.
15. Oettingen J., Chodkiewicz J., Mącik D., Gruszczyńska (2018) Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ- S3-PL). *Psychiatr Pol., 52(4):*707–718.
16. Oettingen J, Gierowski J.K, Grabski B., Micek A. (2023) A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy Online First Nr 23*: 1–14 [doi.org/10.12740/APP/166604].
17. Oettingen, J. Gierowski JK., Grabski B., Micek A. (2023) „Wczesne schematy dezadaptacyjne sprawców, a cechy i właściwości przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej". Z Zagadnień Nauk Sądowych; Nr 1 (0) [DOI:10.4467/12307483PFS.23.002.17812].
18. Oettingen J., Rajtar-Zembaty A. Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych. *Psychiatr Pol 2022;56(6):*1253–1267 [DOI: https://doi.org/10.12740/PP/143847].
19. Phenix A, Fernandez Y, Harris A, Helmus M , Hanson RK, Thornton D (2016, 2017) Static-99R Coding Rules. Revised. [Źródło: https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/sttc-2016/sttc-2016-en.pdf]
20. Rocha ICO, Valença AM (2023) The efficacy of CBT based interventions to sexual offenders: A systematic review of the last decade literature. *Int J Law Psychiatry*. Doi: 10.1016/j.ijlp.2022.101856.
21. Roszyk A (2016) *Neuropsychologiczne uwarunkowania przestępstw seksualnych*. Niepublikowana praca doktorska. Poznań: UAM.
22. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart GL (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. *Personality and Individual Differences, 83,* 6–12. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.040
23. Sigre-Leirós VL, Carvalho J, Nobre P (2013) Early Maladaptive Schemas and Aggressive Sexual Behavior: A Preliminary Study with Male College Students. *The Journal of Sexual Medicine, 10(7),* 1764–1772. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02875.x
24. Sigre-Leirós VL, Carvalho J, Nobre P. (2015) Cognitive schemas and sexual offending: differences between rapists, pedophilic and nonpedophilic child molesters, and nonsexual offenders. *Child Abuse & Neglect 2015; 40:* 81–92.
25. Stojer – Polańska J (2018) *Przypadki kryminalne. Ciemna liczba przestępstw jako problem interdyscyplinarny*, wyd. Silva Rerum.

26. Strusiński J, Lew-Starowicz Z (2014) Leczenie przestępców seksualnych. W poszukiwaniu optymalnego modelu. *Przegląd Więziennictwa Polskiego, Nr 82*.; s: 47-68
27. Szlachcic R., Fox S., Conway C., Lord A., Christie A. (2015) The relationship between schemas and offence supportive attitudes in mentally disordered sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression. 21(3)*: 318-336 doi: https://doi.org/10.1080/13552600.2014.966166
28. Szumski F (2013) *Zniekształcenia poznawcze u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka*. Niepublikowana praca doktorska. Poznań: UAM
29. Szumski F, Kasparek K (2014). Szacowanie ryzyka powrotności do przestępstwa seksualnego – podejścia i metody (w) M. Szpitalak, K. Kasparek (red.) *Psychologia Sądowa*. *Wybrane zagadnienia* (s: 160-180). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
30. Szymańska-Pytlińska M, Szumski, F. (2014) Rola rodziców w etiologii przestępczości seksualnej. *Dziecko Krzywdzone, 13(1),* 121-141.
31. Tremblay PF, Dozois DJA (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences, 46*(5-6), 569–574. [doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.009].
32. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. *Kodeks karny* Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553 z późn. zm.
33. Ward T, Beech A (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior, 11(1),* 44–63.
34. Ward T, Brown M (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law, 10(3), 243–257 [*doi:10.1080/106831604100016627].
35. Ward T, Beech AR (2008) An integrated theory of sexual offending. (w) D. R. Laws, W. T. O'Donohue (red) *Sexual Deviance*, 21-36. New York, London: The Guilford Press.
36. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2014) *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot, Wydawnictwo GWP
37. Zielona-Jenek M (2018) Preferencje seksualne i związane z nimi zaburzenia: w stronę rozszerzonego modelu opisu. *Psychiatr. Pol. 2018; 52(6):* 1063–1073

8. SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik nr 1 Opinia Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego nr 122.6120.97.2017 z dnia 28 kwietnia 2017 roku.

Załącznik nr 2 Artykuł z monotematycznego cyklu składającego się na rozprawę doktorską wraz z oświadczeniami współautorów: Oettingen J., Rajtar-Zembaty A. *Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych*. Psychiatr Pol 2022;56(6):1253–1267 [DOI: https://doi.org/10.12740/PP/143847].

Załącznik nr 3 Artykuł z monotematycznego cyklu składającego się na rozprawę doktorską wraz z oświadczeniami współautorów: Oettingen J., Chodkiewicz J., Mącik D., Gruszczyńska E. *Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ- S3-PL)*. Psychiatr Pol 2018;52(4):707–718 [DOI: https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541].

Załącznik nr 4 Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ- S3-PL)

Załącznik nr 5 Artykuł z monotematycznego cyklu składającego się na rozprawę doktorską wraz z oświadczeniami współautorów: Oettingen, J. Gierowski JK., Grabski B., Micek A. *A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland***.** Archives of Psychiatry and Psychotherapy 2023; [DOI: 10.12740/APP/166604].

Załącznik nr 6 Artykuł z monotematycznego cyklu składającego się na rozprawę doktorską wraz z oświadczeniami współautorów: Oettingen, J. Gierowski JK., Grabski B., Micek A. *Early maladaptive schemas in sex offenders versus the characteristics of offences against sexual freedom*. Z Zagadnień Nauk Sądowych 2023; [DOI: 10.4467/12307483PFS.23.002.17812].

Załącznik nr 1 Opinia Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego nr 122.6120.97.2017 z dnia 28 kwietnia 2017 roku.

UNIWERSYTET
JAGIELLOŃSKI
W KRAKOWIE

OPINIA
nr 122.6120.97.2017 z dnia 28 kwietnia 2017 roku

Na zebraniu w dniu 28 kwietnia 2017 r. Komisja zapoznała się z wnioskiem z dnia 18 kwietnia 2017 r.
złożonym:
przez kierownika tematu: **prof. dr hab. Józef K. Gierowski**
zatrudnionego **Katedra Psychiatrii UJCM**
31 – 501 Kraków, ul. Kopernika 21a

oraz jego merytorycznym uzasadnieniem dotyczącym przeprowadzenia eksperymentu medycznego pt. „Rola Wczesnych Schematów Dezadaptacyjnych i Aktywnych Trybów Schematów w etiologii przestępstw seksualnych".

Do wniosku dołączono:

1. Protokół badania, wersja 1 z dnia 13.04.2017 r.
2. Informacja dla uczestników badania, wersja 1 z dnia 13.04.2017 r.
3. Formularz świadomej zgody uczestnika badania, wersja 1 z dnia 13.04.2017 r.
4. Wzór oświadczenia uczestnika badania – zgoda na przetwarzanie danych osobowych, wersja 1 z dnia 13.04.2017 r.
5. Życiorys naukowy Wnioskodawcy.
6. Lista piśmiennictwa.
7. Kwestionariusz Schematów YSQ-S3-r.
8. Skala Triarchiczna Miara Psychopatii.
9. Skala Psychopatycznych Cech Osobowości.
10. Skala Pobudzenia i Hamowania Seksualnego – wersja dla mężczyzn.
11. Kwestionariusz wyciągu z akt karnych sprawcy czynu o charakterze seksualnym.
12. Skala Oceny Trybów SOT-R (pl).
13. Skala przemocy seksualnej, emocjonalnej i fizycznej.
14. Kopia zgody płk mgr inż. W. Więckowskiego Dyrektora Okręgowej Służby Więziennej w Krakowie.
15. Kopia zgody płk Marka Grabka Dyrektora Okręgowej Służby Więziennej w Rzeszowie.
16. Dane adresowe jednostek, na terenie których będzie prowadzone badania/rekrutacja pacjentów.
17. Oświadczenie badacza dotyczące uzyskania zgody sądów na prowadzenie badań aktowych
18. Oświadczenie o realizacji projektu w ramach prac badawczych UJ/UJCM.

Komisja wyraża pozytywną opinię w sprawie przeprowadzenia wnioskowanego badania - na warunkach określonych we wniosku oraz dodatkowo zastrzegając:
1/ obowiązek uzyskania pisemnej zgody każdej osoby wyrażającej wolę (gotowość) udziału w danym eksperymencie, zgodnie z obowiązującym przepisami
2/ obowiązek przedstawienia Komisji:
- wszystkich zmian w protokole mających wpływ na przebieg oraz ocenę badania,
- zawiadomienia o przyczynach przedwczesnego zakończenia badania,
- sprawozdania w toku przeprowadzanych badań - co sześć miesięcy,
- raportu końcowego.

Badanie może być prowadzone do dnia 28 kwietnia 2018 roku.
Skład i działanie Komisji zgodne z GCP oraz wymogami lokalnymi. Lista członków Komisji biorących udział w posiedzeniu stanowi załącznik do niniejszego dokumentu.

Kraków, dnia 28 kwietnia 2017 r.

Przewodniczący
Komisji Bioetycznej UJ

prof. dr hab. n. med. Piotr Thor

OPINIA KOMISJI BIOETYCZNEJ UJ
DO WYŁĄCZNEGO WYKORZYSTANIA
DLA CELÓW STATUTOWYCH
UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

Komisja Bioetyczna
Uniwersytetu
Jagiellońskiego

ul. Podwale 3/5
PL 31-118 Kraków
tel. +48 (12) 37 04 386
kbet@cm-uj.krakow.pl
www.kbet.cm-uj.krakow.pl

Lista członków KOMISJI BIOETYCZNEJ UJ biorących udział w podjęciu uchwały dotyczącej opinii nr 122.6120.97.2017:

1. Przewodniczący: Prof. dr hab. n. med. Piotr Thor (urolog)
   Katedra Patofizjologii UJ CM
2. Z-ca Przewodniczącego: Mgr Alicja Widera (psycholog kliniczny)
   Szpital Uniwersytecki w Krakowie
3. Dr hab. Jerzy Brusiło OFMConv. (duchowny)
   Instytut Bioetyki, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
4. Prof. dr hab. n. med. Ryszard Lauterbach (neonatolog/pediatra)
   Klinika Neonatologii UJ CM
5. Mgr Leszek Kądziela (radca prawny)
6. Dr n. med. Stefan Bednarz (internista/przedstawiciel Okręgowej Rady Lekarskiej) Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM
7. Dr n. med. Barbara Groszek (internista/toksykolog)
8. Prof. dr hab. n. med. Grażyna Bochenek (internista/alergolog/pulmonolog)
   II Katedra Chorób Wewnętrznych im. Profesora Andrzeja Szczeklika UJ CM
9. Prof. dr hab. med. Roman Pfitzner (chirurg ogólny/kardiochirurg)
   Klinika Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii UJ CM
10. Dr n. med. Teresa Pawlik (internista/lekarz rodzinny)
    Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej
    Szpital Uniwersytecki w Krakowie
11. Dr n. med. Bartosz Grabski (psychiatra/seksuolog)
    Katedra Psychiatrii UJ CM
12. Jolanta Kopeć (położna)
    Specjalistyczne Centrum Diagnostyczno-Zabiegowe
    "MEDICINA 2000 Sp. z o.o. w Krakowie
13. Dr hab. n. med. Ewa Konduracka, prof. UJ (internista/kardiolog)
    Klinika Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca UJ CM
14. Dr hab. n. med. Ewa Cichocka-Jarosz (pediatra/alergolog)
    Klinika Chorób Dzieci, Katedra Pediatrii
    Wydział Lekarski Instytut Pediatrii UJ CM
15. Prof. dr hab. n. med. Andrzej Surdacki (internista)
    II Klinika Kardiologii UJ CM

Załącznik nr 2 Artykuł z monotematycznego cyklu składającego się na rozprawę doktorską wraz z oświadczeniami współautorów: Oettingen J., Rajtar-Zembaty A. *Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych*. Psychiatr Pol 2022;56(6):1253–1267 [DOI: https://doi.org/10.12740/PP/143847].

Psychiatr. Pol. 2022; 56(6): 1253–1267
PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)
www.psychiatriapolska.pl
DOI: https://doi.org/10.12740/PP/143847

Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych

Prospect of using schema therapy in working with sex offenders

Justyna Oettingen[1], Anna Rajtar-Zembaty[2]

[1] Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu
[2] Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii, Zakład Psychologii Lekarskiej

Summary

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

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

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

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

Wprowadzenie

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

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

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

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

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

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

---

[1] Uchwała Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego z dnia 3.03.2017 r. w sprawie leczenia przestępców seksualnych.

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

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

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

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

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

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

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

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

Terapia schematów

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

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

Teoretyczny model terapii schematów w kontekście przemocowych zachowań seksualnych

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

Wczesne schematy dezadaptacyjne i domeny schematów

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

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

domen (tab.), kierując się sześcioma ogólnymi kategoriami emocjonalnych potrzeb ludzi, które uznali za uniwersalne[7].

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

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

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

Tryby schematów

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

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

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

Nieadaptacyjne style radzenia sobie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Terapia schematów w wypadku sprawców przestępstw seksualnych

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

Przebieg terapii

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

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

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

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

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

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

Podsumowanie

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

Wnioski

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

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

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

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

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

Piśmiennictwo

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

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

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

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

Adres: Justyna Oettingen
justyna.oettingen@gmail.com

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

Psychiatr. Pol. 2022; 56(6): 1253–1267
PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)
www.psychiatriapolska.pl
DOI: https://doi.org/10.12740/PP/143847

Prospect of using schema therapy in working with sex offenders

Justyna Oettingen [1], Anna Rajtar-Zembaty [2]

[1] Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College
[2] Department of Medical Psychology, Chair of Psychiatry, Jagiellonian University Medical College,

Summary

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

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

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

Introduction

Sexual violence, especially in the era of technological and Internet development, is a serious social problem. Through new technologies and opportunities that they create (amongst others, easier access to and knowledge of the victim), committing a crime or paving the way for committing a crime seems to be easier, whereas detecting criminal behaviors is much more difficult. Counteracting sexual violence seems to be a major challenge today, and understanding the nature of sexual violence and the mechanisms

of its occurrence is essential in the context of diagnostics, effective prevention and especially clinical and judicial procedures. Effective treatment of offenders plays a special role in preventing recidivism.

The therapeutic treatment of perpetrators should depend on the risk of recidivism. According to the Polish Sexological Society, treatment should be provided not only to perpetrators suffering from sexual preference disorders, but to all sex offenders presenting a high or moderate[1] risk of recidivism. However, the legal system in Poland requires that treatment is provided to persons who have been convicted of a sexual offence committed in connection with a sexual preference disorder[2] and to persons convicted of a deliberate sexual offence committed in connection with a personality disorder of such a nature or severity that there is at least a high probability of a criminal act being committed with the use of violence or threat of violence[3]. Interventions directed at such perpetrators include, among others, pharmacological therapy to weaken sexual drive, psychotherapy or psychoeducation aimed at improving their functioning in society[4].

Currently, the preferred treatment for sex offenders globally is based on the principles of risk-need-responsivity (RNR)[5], cognitive-behavioral therapy (CBT); supplemented with a relapse prevention model (RP) [2, 3]. According to the assumptions of this therapy, "cognitive processes, emotions and behavior are independent subsystems that play equally important roles, mediating the development of mental disorders and influencing their persistence" [4, p. IX].

According to these assumptions, deviant sexual behavior is a manifestation of emotional difficulties and/or mental disorders experienced by the individual, and is associated with giving specific meanings to environmental stimuli.

The popularity of CBT in the treatment of offenders involves, among others:

- a structured nature of the therapy, which enables implementation of programs in institutionalized facilities as well as facilitates measurement of its effectiveness,
- an educational character of the intervention, through which the patient is taught how to deal with problems on their own, and:
- a particular emphasis placed by CBT on strengthening the ability to prevent relapses – which in the case of SO seems to be particularly important in reducing the risk of recidivism, which, in addition to protecting society from violence and criminal behavior, is the main objective of treatment of sex offenders [5].

[1] Resolution of the Board of the Polish Sexological Society of 03.03.2017 on the treatment of sex offenders.

[2] Art. 93c item 3 of the Criminal Code Act of 6 June 1997 (Journal of Laws 1997 No. 88 item 553 as amended)

[3] Art. 93c item 4 of the Criminal Code Act of 6 June 1997 (Journal of Laws 1997 No. 88 item 553 as amended)

[4] Art. 93f § 1 of the Criminal Code Act of 6 June 1997 (Journal of Laws 1997 No. 88 item 553 as amended)

[5] The recidivism assessment model developed in 1990 by D.A. Andrews, J. Bont and R. D. Hoge is based on the assumption that the intensity of treatment should be proportional to the level of risk posed by the offender (risk principle), treatment should focus on features related to the risk of recidivism, i.e., criminogenic needs (need principle) and be adapted to the learning style and capabilities of the offenders (responsivity principle) [1].

In the context of such a treatment goal, the therapy should be aimed at creating an effective means of controlling the sexual drive of the offender, so that they can refrain from criminal behavior. Therapeutic programs place particular emphasis on the development of social and interpersonal skills (including the development of empathy towards the victim, anger management, assertiveness training), as well as learning about the deviant cycle, changing deviant patterns of sexual stimulation and prevention of relapses [6, 7].

However, basing therapy solely on change of behavior and views does not ensure its effectiveness. It is necessary to supplement cognitive-behavioral interventions aimed at deepening such changes with elements derived from dynamic and humanistic psychotherapy [8]. It is particularly important for the offenders to understand the mechanism of the formation and persistence of deviant sexual behaviors against the background of individual life stories, which results in the need for so-called matching, i.e., adjusting psychotherapy to the problems of the specific patient [9]. There is no universal form of treatment for all offenders. A fuller understanding of the mechanism leading to a crime in a specific offender increases the chances for applying the right therapeutic tools and reduces the risk for potential victims [10].

A trend that integrates the findings from different schools of psychotherapy is Jeffery Young's schema therapy (ST). This therapeutic approach seems to be aimed at working with the patient on a deeper level, as it has been enriched, in comparison to traditional therapeutic cognitive-behavioral programs, with working on childhood trauma. In ST, greater emphasis is placed on the therapeutic relationship: on the patient's emotions, affect and moods (so-called modes), as well as on developmental processes and a search for the sources of current problems in the early stages of life. The aim of the therapy is to help the patient meet key emotional needs in an adaptive way by treating non-adaptive patterns, coping styles and modes.

Schema therapy

Schema therapy is an integrative, unifying theory and a treatment method. It derives from the cognitive-behavioral model and combines elements of various paradigms and theories (e.g., psychodynamic, emotion-focused, attachment theory), skillfully using cognitive, psychodynamic and experimental techniques. This type of therapy was created to treat patients with chronic personality problems and difficult-to-treat emotional disorders, who could not be sufficiently helped with the use of traditional cognitive-behavioral therapy [11]. Due to the confirmed effectiveness of ST in the treatment of many disorders and health problems of axes I and II[6], schema therapy is

[6] The American Psychiatric Association's Classification of Mental Disorders (DSM-IV) groups disorders into 5 dimensions (known as clusters), where axis I includes clinical disorders, axis II includes personality disorders and developmental disorders; axis III includes general medical conditions; axis IV includes psychosocial and environmental problems; and axis V represents the level of adjustment.

gaining increasing interest from researchers and clinicians. In recent years, this interest has been expanding into the judicial area, exploring the effectiveness of treatment in difficult-to-treat patients (i.e., forensic patients, persons obliged to undertake treatment with low or external motivation to engage in therapy) [12–14] or even ones considered incurable (including psychopaths) [15]. The association of early maladaptive schemas with features of psychopathy was investigated [16] and the prevalence of schemas in populations of different types of offenders was studied [17–19], associations between schemas and different types of criminal behavior [20] as well as between schema modes and crime patterns [21] were also investigated.

Theoretical model of schema therapy in the context of violent sexual behavior

The model of schema therapy is not a comprehensive theory of the formation of psychopathologies, but a working theory aimed at integrating and conducting clinical interventions with patients with severe character disorders [22]. The essence of this model consists of four concepts: (1) early maladaptive schemas, (2) schema domains, (3) schema modes, and (4) coping styles.

Early maladaptive schemas and schema domains

Early maladaptive schemas are the central concept of schema therapy. They are defined as emotional and cognitive patterns, harmful to the individual, consisting of memories, emotions, bodily sensations, and perceptions concentrated around childhood problems [23]. The patterns arise as a result of the failure to meet basic emotional needs in childhood and tend to develop throughout life. In addition to unfavorable environmental factors (toxic environment, attachment disorders, early childhood trauma – abandonment, maltreatment, neglect, rejection), they are also influenced by biological factors, especially temperamental conditions. Young et al. [23] singled out 18 early maladaptive schemas and grouped them into 5 so-called domains (Table) based on 6 general categories of emotional needs of people, which they considered universal[7].

These schemas influence the functioning of every human being, determining his or her behavior, way of life, the way they feel, and the way they enter into relationships with others.

[7] According to Young, people's universal emotional needs are secure attachment, including: safety, care, attention, and acceptance; autonomy, competence and awareness of one's own identity; freedom to express important needs and emotions; spontaneity and fun, and self-control and awareness of existing boundaries [23].

Table. **Domains of early maladaptive schemas [23]**

DISCONNECTION AND REJECTION	Abandonment/instability Mistrust/abuse Emotional deprivation Defectiveness/shame Social isolation/alienation
IMPAIRED AUTONOMY	Dependence/incompetence Vulnerability to harm or illness Enmeshment/undeveloped self Failure
IMPAIRED LIMITS	Entitlement/grandiosity Insufficient self-control/self-discipline
OTHER-DIRECTEDNESS	Subjugation Self-sacrifice Approval-seeking/recognition-seeking
OVERVIGILANCE AND INHIBITION	Negativity/pessimism Emotional inhibition Unrelenting standards/hypercriticalness Punitiveness

Schema modes

Schema Modes are specific patterns of behavior and emotional experience of an individual; they are emotional states changing from one moment to the next and reactions of coping with painful emotions that control the individual's behavior [23]. Young et al. [23] identified 10 schema modes and grouped them into four general categories: (1) maladaptive child modes, (2) maladaptive parent modes, (3) healthy adult mode, and (4) maladaptive coping modes. Child modes have been recognized as innate and universal. They are the child's way of experiencing difficult situations and relate to such emotions as loneliness, anger and a sense of abandonment. Parent modes are secondary because they are the internalized, moralizing voice of the guardian. The manifestations of these modes are self-criticism and self-punishment (punitive parent mode) as well as demands and requirements (demanding parent mode). These modes carry strong pressures, self-hatred and self-blame. Finally, healthy modes include healthy self-reflection (healthy adult mode) and experiencing joyful, fun emotions (happy child mode). Strengthening the healthy adult mode is crucial in schema therapy. This mode is a rational, responsible and sustainable alternative to dysfunctional modes and enables the proper perception of the surrounding reality, healthier functioning and coping

with crises. This state enables the individual to properly perform roles, develop and fulfill important needs and developmental tasks (i.e., education, work, raising children, harmonious relationships with others, sport, intrests, and health).

Maladaptive coping modes

Maladaptive coping modes include dysfunctional attempts to deal with painful feelings. In relation to the three basic responses to a threat (i.e., Fight, Flight, Freeze), Young et al. [23] identified three leading strategies: avoidance, surrender or overcompensation.

Early maladaptive schemas as a source of problems with emotional regulation and sexual self-control

The cognitive-emotional structures and processes described above, which are the main assumptions of ST, as well as the core of Young's concept, can be applied to the issue of sex offenders. Research shows that the temperament of offenders is affected by disorders in the operation of neurotransmitters, specifically a dysfunction of the dopamine system, which is responsible for the tendency to actively respond to stimuli [8]. Most likely the malfunctioning of this system, combined with early childhood deprivation of basic emotional[8] needs, leads to the development of early maladaptive schemas (EMS). This is supported by previously cited studies (e.g., [17–20]) indicating that sex offenders differ in terms of "consistent cognitive patterns". For example, the perpetrators of sexual abuse of children compared to a group of non-sexual violent criminals show a greater intensity of schemas related to the domain of abandonment (social isolation and defectiveness/shame) and the domain of other-directedness (self-sacrifice, subjugation) [18]. Having schemes in these domains suggests an unsafe environment while growing up. In the domain of disconnection and rejection, it is a climate of emotional coldness, indifference, rejection, secrecy, and loneliness, occurring in unpredictable, violent conditions leading to the conviction that needs will not be fulfilled in the expected way. In the domain of the other-directedness, it is a climate of conditional acceptance, in which children suppress important elements of their personality in order to gain love, attention or support from their guardian, leading to excessive concentration on other people's desires, feelings and reactions at the expense of their own needs, in order to gain love, support, maintain a sense of closeness to others or to avoid revenge. This results in suppression and lack of awareness of one's own anger and tendencies.

[8] Research shows that sex offenders have mostly experienced bad relationships with their parents or have been abused by them [24, 25].

The formation of early maladaptive schemas is usually associated with the development of self-defeating life patterns (e.g. relationship disorders). Marshall and Barbaree [24] emphasized that an "insecure" style of attachment is an influential factor in the etiology of sexual crimes. Non-development of safe attachment in childhood for sex offenders may result in an inability to acquire interpersonal skills and self-confidence, factors which are crucial for achieving intimacy with other adults [25].

Self-defeating life patterns are again reinforced by ineffective coping strategies[9] and lead to intensifying of many deficits in offenders which are described in literature as static and dynamic risk[10] factors.

Mechanism of formation and reinforcement of deviant criminal behaviors based on the schema therapy model

According to the schema therapy model, neurophysiologically-conditioned cognitive processes (memory, attention, thinking), feelings, life experiences of an individual, as well as environmental conditions play a key role in the mechanism of perpetuation of deviant behaviors. These factors may amplify or weaken the dominant maladaptive schemas that are the cause of the disorder as well as the basis of personality pathologies. Young et.al [23] identify three mechanisms that play a special role in this process: (1) cognitive distortions, (2) self-defeating life patterns and (3) schema coping styles. Among them, cognitive distortions are the mechanism best studied in the population of sex offenders and described extensively in literature; they are based on the perpetrator's misperception of the situation. The reinforcement of the schema through cognitive distortions takes place by accentuating information that confirms the schema and by diminishing or completely rejecting information that contradicts it. For example, a pedophile may believe that by engaging in sexual contact with a child they actually educate the child and act in the best interests of the child, or they may blame the victim and believe that the child was being seductive [30], therefore they regulate the schema of their defect. Distortions may appear at various stages of the perpetration: before the motivation for the act arises – becoming its source, or after it is committed – as a result of the reaction of the perpetrator and their environment – in order to justify their own motives [31]. Distortions affect both the manner of committing an act and the degree of its brutalization [32], and thus have an impact, among

[9] Research has shown that sex offenders do not have sufficient skills to deal effectively with problems, adopt the wrong attitude or choose the wrong way (style) to solve problems and respond to life's problems by falling into extreme moods (e.g., anger, depression or despair) [26]. Moreover, they also lack the skills necessary to deal with specific problems [27, 28].

[10] Static risk factors include: intimacy deficits, faulty sexual self-regulation, attitudes/convictions which support sexual assault, general self-regulation, quality of interpersonal cooperation, e.g., with the therapeutic team; dynamic risk factors are indirect deficits, e.g., level of social isolation dependent on social skills, level of psychological functioning of the offender (psychopathology, abuse of psychoactive substances), as well as the level of anger and the offender's preoccupation with sex [29].

others, on the perpetuation of self-defeating behavior patterns described in literature as the deviant cycle. This cycle is a special sequence of actions of the perpetrator and of the accompanying conscious and unconscious reactions [33], and includes behaviors preceding and following an assault [34].

Another mechanism that reinforces the schema and thus influences the perpetuation of deviant criminal behavior are coping styles . Research cited by Beisert [35] shows that sex offenders tend either to use ineffective remedial styles (i.e., avoiding or focusing on emotions) or to replace an appropriate strategy with sexual behaviors [27]. Out of the 3 maladaptive coping strategies identified by Young, avoiding the schema involves making efforts to protect oneself from its activation, because it is a source of painful experiences for the individual. In such a case, the perpetrator may remove themselves from social situations and/or emotions through dissociation, fantasy, denial; withdraw from contact with people through social isolation; engage in lonely, reassuring activities through alcohol abuse or excessive masturbation; or, on the contrary, to divert attention away from the active schema, they may compulsively seek stimulation by engaging in risky behavior. In the causal mechanism, overcompensation is an alternative to the pain accompanying the schema as it allows the perpetrator to escape the sense of helplessness and excessive sensitivity [36]. In this strategy, the perpetrator is capable of doing the opposite of what the schema imposes on them, treating the truth about themselves as the opposite of the schema. When they feel defective, weak, unimportant, worthless, they seem confident, strong; when they feel hurt, they start attacking and harming others.

Whereas subjugation to the schema means that the perpetrator accepts the schema as the truth about themselves ("I am defective so no adult woman takes me seriously") and submits the patterns of their own behavior to the schema (choosing critical, demanding, rejecting or abandoning partners). These patterns may confirm the perpetrator in the belief that they are not capable of creating and maintaining close emotional relations with adult partners and lead to criminal behavior (seeking understanding and closeness in safer relationships, e.g., with a child).

The key role of the modes in the mechanism of criminal behavior was highlighted by Bernstein's team [37]. In their therapeutic work with forensic patients, they observed similar patterns of behavior and described them in the categories of "criminal modes". Thus, they supplemented the list of basic modes of schemas created by Young with modes involving breaking the law, aggressive behavior or cunning actions aimed at deceiving or intimidating others [37]. For example, in the abuse and attack mode – the perpetrator uses threats, intimidation, aggression or extortion to get what they want, retaliates against others or confirms their own dominant position; they feel a specific sadistic pleasure resulting from attacking others. In the control and manipulation mode, the perpetrator deceives, lies or manipulates in such a way as to achieve the intended purpose, to achieve what they want, sacrificing others or avoiding punishment.

Whereas in the predator mode they focus on eliminating a threat, rival, obstacle or enemy in a cold, ruthless and calculated way.

Delinquent modes increase the likelihood of delinquent and aggressive behaviors because they often represent maladaptive attempts to cope with painful or unpleasant feelings [37].

Schema therapy for sex offenders

As offenders generally exhibit severe personality disorders (mainly cluster B), their behavioral patterns are often associated with violations of boundaries and even of the law and (or) the freedom of others, while their critical evaluation of their own actions is compromised. This makes it necessary to modify classical schema therapy, from a schema-oriented therapy to a therapy oriented towards criminal schema modes [36, 38].

Course of therapy

At the initial stage, we analyze the patient's life (with emphasis on information about the main symptoms and the dynamics of their occurrence over their lifetime) as well as information about the patient's various problem areas and functioning in important aspects of life (including relational, intimate and occupational aspects). We assess the patient's temperamental traits and the degree to which they have completed various developmental tasks (especially in the population of offenders with a diagnosis of psychosexual immaturity).

Information gained at this stage will be necessary to create an initial conceptualization with the patient, during which we educate the patient about schema therapy and mode concepts. The aim of this conceptualization is to create an effective model of the offender's psychological functioning, with particular emphasis on the problematic sexual behaviors he or she manifests. The conceptualization includes, in addition to early maladaptive schemes and modes, self-destructive patterns of functioning, early developmental processes and coping styles of the offender [23]. The conceptualization created is the culmination of the process of diagnosis, which, as Young et al. [23] note, is not an easy process for both the therapist and the patient who, while identifying their patterns on a rational level, simultaneously experiences them on an emotional level.

The next stage is the process of introducing new, healthier coping styles and changing behaviors that cause the patient to confirm, avoid or overcompensate for their patterns [23]. Research suggests that schema modes are responsible for maladaptive behavior, as they keep offenders in a deviant life pattern. Moreover, events leading up to and culminating in criminal and violent acts can often be explained by the unfolding sequence of schema modes [37]. It is useful to create with the patient a list of specific criminal behaviors and/or patterns of functioning that could become subjected to such

change. Working with modes is also crucial for other reasons. First, because "most forensic patients are unable or unwilling to expose their emotional vulnerability, it is often difficult, particularly early in the therapy, to discuss early maladaptive schemas with the patients" [38, p. 660]. Second, because the patient's naming of modes (e.g.: distrustful John; angry part of John) is emotionally and morally neutral for the patient and therapist. Personalizing the modes helps the patient place the mode outside the Self and make it more egodystonic. As a result, the patient does not feel that their maladaptive behaviors are the result of moral flaws critically evaluated by the therapist, but are the consequence of ineffective patterns that can be modified in the course of therapy.

Empowering the patient and showing them the possibilities of influencing their own reality is necessary for the patient to make subsequent changes, although for the therapist it involves placing special emphasis on the therapeutic relationship. Given the sources of early maladaptive patterns in offenders resulting in bonding disorders discussed in this article, the process of building a relationship based on a sense of security and trust, especially in forensic psychotherapy contexts, is not an easy task. Insecure attachment patterns in offenders can hinder the therapeutic cooperation or result in premature breaking of the therapeutic bond [38]. Building a good, soothing relationship means showing the patient warmth and care [36], and it also means accepting the patient as a person (but not the behaviors they engage in) and their emotional needs. Such therapeutic relationship in schema therapy consists in limited re-parenting, in which the therapist, as the caring parental figure, gives the patient what the patient needed as a child but did not receive from his or her parents – nurturing and developing aspects of life that have been neglected in the past. The therapist gives advice when the patient is unable to cope, and when necessary, maintaining an attitude of empathic confrontation, sets limits to reduce dysfunctional behavior. As a consequence, the patient learns and internalizes the therapist's roles, producing healthier patterns and modes of functioning [11] reinforcing the healthy adult mode crucial in schema therapy characterized by mental health, maturity and balanced judgment [39].

When working on changing behavior patterns, teaching strategies of stopping/controlling violent behaviors and making the offender take responsibility for the harm done, the techniques used in schema therapy, widely described in the literature, are useful. Among them are cognitive techniques (cognitive restructuring), behavioral techniques (breaking the vicious circle/deviant cycle), techniques based on experience and emotions (e.g., role playing, imagination work), and experimental techniques (e.g., hot chair technique, dialogues between the pattern mode and healthy adult mode).

Recapitulation

Analysis of the structures described in the article indicates that the pathology of the personality of sex offenders may involve certain combinations of early maladaptive schemas and maladaptive patterns. In the context of the mechanism of perpetuation of

deviant criminal behaviors presented in the article, sexual behavior of the perpetrators should be understood as a response to the activation of early schemes, formed already in childhood and perpetuated during the offender's life. An accurate analysis of these structures seems to be necessary to understand the mechanism of the formation and persistence of deviant sexual behavior against the background of the individual life stories of these offenders. Reliable measurement of schemas is a prerequisite for a proper understanding of chronic and dominant problems faced by such perpetrators. It also helps organize the problems experienced by offenders in an understandable manner. A tool that can be helpful in estimating the dominant schemes in offenders is *the Young Schema Questionnaire – YSQ-S3*, created by J. Young and adapted to Polish conditions by Oettingen et al. [40]. There is also a questionnaire for the measurement of schema modes (SMI – *Schema Mode Inventory*) and its Polish version has been created (translated by: J. Oettingen) but has not yet been validated.

Conclusions

Schema therapy is a trend that focuses on pathological features of an individual's personality. An understanding of the formation of symptoms displayed by a patient is associated with the development of maladaptive schemas which were influenced by various environmental factors such as early childhood environment (i.e., abuse, trauma, neglect) and biological factors that affect the emotional temperament of the individual.

The concept of schema therapy with its key elements: early maladaptive schemas and schema modes seems to be a rich source of clinical information about offenders and the motives of their actions. As the schemas directly relate to the early experiences of the offender, their reconstruction by reinforcing maladaptive schemas may be crucial in understanding the nature of perpetration and thus important in the course of therapy and prevention of recidivism.

However, although the prospect of using schema therapy in working with sex offenders as described in this article seems promising, reports on its application in the sex offender population are still scarce. The fact that Young's concept is used to understand deviant beliefs and attitudes of sex offenders and for their treatment in various institutions around the world is known mainly from conference reports [41–47].

There has also been little literature describing the course and effectiveness of this type of intervention with the group of individuals in question. In these studies, sex offenders were not the target group, they were merely a subgroup among other violent non-sexual offenders [14]. Importantly, preferential sex offenders were excluded from the sex offender group. Results of a randomized controlled clinical trial presented at a conference in Austria [48] showed that ST patients had significantly superior outcomes compared to those receiving TAU on a broad range of variables, including lowering risks for recidivism and improving strengths and protective factors, improving PD symptoms, reducing early maladaptive schemas, and facilitating the

process of reintegrating patients into the community. The effectiveness of long-term schema psychotherapy in the rehabilitation of forensic patients is supported by recent reports [14]. Patients undergoing ST underwent faster rehabilitation and showed faster improvement on personality disorder symptom scales.

The authors' analysis of subject literature shows that in Poland, the subject of empirical verification of J. Young's concept has not been taken up in studies published so far. The need for such studies in order to verify the knowledge on the possibility of its application in the group of sex offenders and to verify the knowledge on the outcomes is unquestionable.

References

1. Bonta J, Andrews DA. *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Corrections Research User Report Nr. 2007-06. Ottawa: Public Safety Canada; 2007.
2. Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA) Professional Issues Committee. *Practice standards and guidelines for members of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*. Beaverton, OR: ATSA; 2001.
3. Yates PM. *Treatment of sexual offenders: Research, best practices, and emerging models*. Int. J. Behav. Consult. Ther. 2013; 8(3–4): 89–95.
4. Popiel A, Pragłowska W. *Psychoterapia poznawczo-behawioralna – teoria i praktyka*. Warsaw: Paradygmat; 2008.
5. Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA). *Practice guidelines for the assessment, treatment, and management of male adult sexual abusers*. 2014.
6. Center for Sex Offender Management. *Community Supervision of the Sex Offender: An overview of current and promising practices*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice; 2000.
7. Lew-Starowicz Z. *Program leczenia w warunkach ambulatoryjnych sprawców przestępstw przeciw wolności seksualnej z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych. Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie seksuologii*. Seksuologia Polska 2015; 13(2): 43–44.
8. Beisert M. *Komunikacja ze sprawcami przemocy seksualnej w przebiegu psychoterapii*. In: Cierpiałkowska L, Wolska A, editors. *Komunikowanie się w psychoterapii: wybrane zagadnienia*. Szczecin: AMP Studio Paweł Majewski, 2003.
9. Czabała JC. *Czynniki leczące w psychoterapii*. Warsaw: Polish Scientific Publishers PWN; 1997.
10. Stusiński J, Lew-Starowicz Z. *Leczenie przestępców seksualnych. W poszukiwaniu optymalnego modelu*. Przegląd Więziennictwa Polskiego 2014: 82: 47–68.
11. Arntz A, Genderen van H. *Terapia schematów w zaburzeniu osobowości typu borderline*. Gdansk: Gdansk Psychological Publishing House; 2015.
12. Keulen-de Vos ME, Bernstein DP, Arntz A. *Schema therapy for offenders with aggressive personality disorders*. In: Tafrate RC, Mitchell D, editors. *Forensic CBT: A practioner's guide*. Chichester, UK: Wiley Blackwell; 2014. P. 66–83.
13. Bernstein DP, Nijman HLI, Karos K, Keulen-de Vos M, Vogel de V, Lucker TP. *Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands*. Int. J. Forensic Ment. Health 2012; 11(4): 312–324.

14. Bernstein DP, Keulen-de Vos M, Clercx M, Vogel de V, Kersten G, Lancel M et al. *Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial*. Psychol. Med. 2021: 1–15.
15. Ruiter de C, Chakhssi F, Bernstein D. *Treating the untreatable psychopath*. In: Gacono C, editor. *The clinical and forensic assessment of psychopathy: A practitioner's guide*, 2nd ed. New York: Routledge/Taylor, Francis Group; 2016. P. 388–402.
16. Chakhssi F, Bernstein D, Ruiter C. *Early maladaptive schemas in relation to facets of psychopathy and institutional violence in offenders with personality disorders*. Leg. Criminol. Psychol. 2012; 19(2): 356–372.
17. Haghighat Manesh E, Agha Mohammadian Shaer Baf HR, Ghanbari Hashem Abadi BA, Mahram B. *Early maladaptive schemas and schema domains in rapists*. Iran. J. Psychiatry Clin. Psychol. 2010; 16(2): 145–153.
18. Chakhssi F, Ruiter de C, Bernstein DP. *Early maladaptive cognitive schemas in child sexual offenders compared with sexual offenders against adults and nonsexual violent offenders: An exploratory study*. J. Sex. Med. 2013; 10(9): 2201–2210.
19. Carvalho J, Nobre PJ. *Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: Preliminary findings*. Int. J. Law Psychiatry 2014; 37(2): 210–216.
20. Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre PJ. *Rape-related cognitive distortions: Preliminary findings on the role of early maladaptive schemas*. Int. J. Law Psychiatry 2015; 41: 26–30.
21. Keulen-de Vos ME, Bernstein DP, Vanstipelen S, Vogel de V, Lucker TPC, Slaats M et al. *Schema modes in criminal and violent behaviour of forensic cluster B PD patients: A retrospective and prospective study*. Leg. Criminol. Psychol. 2016; 21(1): 56–76.
22. McGinn LK, Young J. *Schema-focused therapy*. In: Salkovskis PM, editor. *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; 1996.
23. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003 [Young J, Klosko J, Weishaar M. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Gdansk: Gdansk Psychological Publishing House; 2014].
24. Marshall WL, Barbaree HE. *An integrated theory of the etiology of sexual offending*. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, editors. *Applied clinical psychology. Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press; 1990. P. 257–275.
25. Marshall WL, Hudson SM, Hodkinson S. *The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending*. In: Barbaree HE, Marshall WL, Hudson SM, editors. *The juvenile sex offender*. New York: Guilford Press; 1993. P. 164–181.
26. Marshall WL. *Treatment of sexual offenders and its effects*. National Institute of Corrections; 2006. https://nicic.gov/treatment-sexual-offenders-and-its-effects-2006 (retrieved: 1.10.2022).
27. Cortoni F, Marshall WL. *Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders*. Sex. Abuse: J. Res. Treat. 2001; 13(1): 27–43.
28. Miner MH, Day DM, Nafpaktitis MK. *Assessment of coping skills: Development of a situational competency test*. In: Laws DR, editor. *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press; 1989. P. 127–136.
29. Marcinek P, Peda A. *Leczenie sprawców przestępstw seksualnych – kompleksowy program terapii*. Psychoterapia 2010; 3: 154.
30. Moster A, Wnuk DW, Jeglic EL. *Cognitive behavioral therapy interventions with sex offenders*. J. Correct. Health Care 2008; 14(2): 109–121.

31. Szumski F. *Zniekształcenia poznawcze u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka*. Doctoral thesis written under the supervision of prof. dr hab. Maria Beisert, Department of Social and Clinical Sexology, Institute of Psychology, Adam Mickiewicz University. Poznann; 2013.
32. Oettingen J, Brataniec J. *Forms of sexual abuse and the degree of their brutalization, and the perpetrators' attitude to committed acts*. 15th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders (IATSO): "Successfully Implementing Sexual Offender Treatment and Management: What is Helping and what is Hindering?". August 28–31, 2018; Vilnius, Lithuania.
33. Rutkowski R, Sroka W. *Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych na tle seksualnym*. Seksuologia Polska 2007; 5(1): 1–8.
34. Gierowski JK, Paprzycki L. *Niepoczytalność i psychiatryczne środki zabezpieczające. Zagadnienia prawno-materialne, procesowe, psychiatryczne i psychologiczne*. Warsaw: C.H. Beck; 2013
35. Beisert M. *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Gdansk: Gdansk Psychological Publishing House; 2011.
36. Arntz A, Jacob G. *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*. Gdansk: Gdańsk Psychological Publishing House; 2019.
37. Bernstein DP, Arntz A, Vos de M. *Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice*. Int. J. Forensic Ment. Health 2007; 6(2): 169–183.
38. Bernstein DP, Clercx M, Keulen-De Vos M. *Schema therapy in forensic settings*. In: Polaschek D, Hollin CR, Day A, editors. *The Wiley international handbook of correctional psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2019. P. 654–668.
39. Roediger E, Stevens BA, Brockman R. *Kontekstualna terapia schematów. Integracyjne podejście do zaburzeń osobowości, dysregulacji emocjonalnej i funkcjonowania w relacjach*. Gdansk: Gdańsk Psychological Publishing House; 2021.
40. Oettingen J, Chodkiewicz J, Mącik G, Gruszczyńska E. *Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3-PL)*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(4): 707–718.
41. Oettingen J. *Zastosowanie Terapii Schematu w leczeniu preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych*. Polish Sexological Society scientific and training conference entitled "Preferential sex offenders. Clinic. Issuing opinions" [Preferencyjni sprawcy przestępstw seksualnych. Klinika. Opiniowanie]. Ustka, 10–12 May 2013.
42. Oettingen J. *Schema therapy and its application in the sex offenders treatment*. 13th Conference of the International Association for the Treatment and Sexual Offenders (IATSO). September 3–6, 2014, Porto, Portugal.
43. Oettingen J. *Terapia schematu w leczeniu sprawców przestępstw seksualnych – rozważania teoretyczne i praktyczne implikacje*. International Conference of the Polish Sexological Society entitled "Challenges and reality of contemporary sexology" [Wyzwania i codzienność współczesnej seksuologii". Poznan, 21–23 November 2014.
44. Wright L. *Using schema therapy formulation in group sex offender treatment*. International Society for Schema Therapy annual conference. Vienna, 2 July 2016.
45. Oettingen J. *Zastosowanie terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych*. Clinical sexology conference "Sexuality in psychotherapy" [Seksualność w psychoterapii]. Krakow, 3–4 October 2020.

46. Chakhssi F, Kersten T, Ruiter de C, Bernstein DP. *Treating the untreatable: A single case study of a psychopathic inpatient treated with schema therapy*. Psychotherapy (Chic) 2014; 51(3): 447–461.

47. Oettingen J, Łasak-Ponikło P. *Przemoc seksualna względem kobiet w oparciu o typologie gwałcicieli – stadium przypadków*. In: Stojer-Polańska J, editor. *Przypadki kryminalne. Ciemna liczba przestępstw przeciwko kobietom*. Silva Rerum; 2019.

48. Bernstein DP. *The effectiveness of schema therapy in forensic practice*. International Society for Schema Therapy annual conference. Vienna, 1 July 2016.

Address: Justyna Oettingen
justyna.oettingen@gmail.com

mgr Justyna Oettingen

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. *„Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych”* oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy,
b) opracowanie metodologii,
c) udział w gromadzeniu danych
i realizacji badania,
d) analiza i interpretacja danych,
e) opracowanie manuskryptu,
f) dobór piśmiennictwa i korekta opracowania,
g) zdobycie funduszy na wykonanie pracy. *

Procentowy udział w jego powstanie określam na .....95%.....

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje mój indywidualny wkład przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....Oettingen.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

Miejscowość, dnia 12.06.2023 r.

dr n. med. Anna Rajtar- Zembaty
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Perspektywa zastosowania terapii schematów w pracy ze sprawcami przestępstw seksualnych* „oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie
i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to: *korekta opracowania,*

Procentowy udział w jego powstanie określam na 5%

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

Anna Rajtar-Zembaty
(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

Załącznik nr 3 Artykuł z monotematycznego cyklu składającego się na rozprawę doktorską wraz z oświadczeniami współautorów: Oettingen J., Chodkiewicz J., Mącik D., Gruszczyńska E. *Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ- S3-PL)*. Psychiatr Pol 2018;52(4):707–718 [DOI: https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541].

Psychiatr. Pol. 2018; 52(4): 707–718
PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)
www.psychiatriapolska.pl
DOI: https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541

Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL)

Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3-PL)

Justyna Oettingen [1], Jan Chodkiewicz [2], Dorota Mącik [3], Ewa Gruszczyńska [4]

[1] Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

[2] Zakład Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

[3] Katedra Psychologii Klinicznej, Instytut Psychologii, Katolicki Uniwersytet Lubelski

[4] Katedra Psychologii Zdrowia, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Warszawa

Summary

Aim. The aim of the study was to prepare the Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire S3-PL. The scale is a self-assessment tool designed to measure 18 early maladaptive schemas.

Method. The sample consists of 1,529 adults (927 women and 585 men), aged 18–85 years (mean age was 32 years), from non-clinical groups.

Results. After language validation the internal consistency was assessed. The Cronbach's alpha ranged from 0.62 (Entitlement/grandiosity) to 0.81 (Failure), and it was 0.96 for total score. The best solution obtained in exploratory factor analysis was an eight-factor model, instead of the assumed 18-factor structure. Confirmatory factor analysis also did not fully supported Young's theoretical model. From all the tested models, bi-factor model (i.e., one generic factor and correlated specific factors – schemas) fitted the data best. In accordance with this model schema variance is explained concurrently by generic and specific factors; generic factor explains most of the Defectiveness variance, while only slightly – Self-sacrifice variance. Convergent validity analysis confirmes positive medium correlations with scales measuring psychopathology. Similarly, negative correlations with self-efficacy and optimism indicate good divergent validity.

Conclusions. The psychometric characteristics of the Polish adaptation of the YSQ-S3-PL is similar to those reported for other language versions. The results allow to recommend the method for scientific research. However, using it in therapeutic practice needs caution – especially in the case of clinical diagnosis. Further analyses are necessary to assess criterion validity and discriminative power in clinical settings.

Słowa klucze: wczesne nieadaptacyjne schematy, Kwestionariusz Schematów Younga YSQ-S3-PL, polska adaptacja

Key words: Early Maladaptive Schemas, Young Schema Questionnaire YSQ-S3-PL, Polish adaptation

Wprowadzenie

Nieprzystosowawcze (dysfunkcjonalne) schematy poznawcze (*Early Maladaptive Schema* – EMS), zgodnie z ujęciem Jeffreya Younga i wsp. [1], określane są jako wykształcone najczęściej w dzieciństwie i rozwijane przez całe życie wzorce składające się ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych. Wzorce te, dotyczące jednostki oraz relacji z innymi, determinują sposób, w jaki człowiek odbiera i interpretuje własne zachowania oraz otaczający świat. Schematy mogą być skutkiem traumatycznych doświadczeń i niezaspokojenia na wczesnych etapach rozwoju podstawowych potrzeb. Są samowzmacniające się oraz odporne na zmianę. Autorzy wymieniają pięć potrzeb, których deprywacja może prowadzić do wytworzenia dysfunkcjonalnych schematów, i są to: bezpieczne przywiązanie, autonomia, swoboda w wyrażaniu swoich potrzeb i emocji, spontaniczność i możliwość zabawy, racjonalne granice i samokontrola. To, który ze schematów wykształci się u konkretnej osoby, zależy także od jej cech temperamentalnych i właściwości środowiska, w którym dorasta, a także interakcji między nimi.

Young i wsp. [1] wyróżnili najczęściej spotykane dysfunkcjonalne schematy, a do ich badania stworzyli Kwestionariusz Schematów. Kwestionariusz formułowany na bazie praktyki terapeutycznej rozwijał się stopniowo (wersje 1, 2, 3; formy L – Long i S – Short). Wersja 1 diagnozowała 15 schematów pogrupowanych w trzy obszary, w wersji drugiej 16 schematów pogrupowano w 5 obszarów (domen). Aktualna wersja jest wersją 3, która zarówno w formie L, jak i S diagnozuje 18 schematów i 5 obszarów [2, 3]. W wersji YSQ-S3 twierdzenia dotyczące każdego schematu są rozrzucone po całym kwestionariuszu, a nie pogrupowane razem jak w poprzednich wersjach, co powinno zwiększać rzetelność pomiaru.

Liczne badania zagraniczne w różnym stopniu potwierdzają zakładaną teoretycznie strukturę kwestionariusza [np. 2, 4, 5], ponadto trafność czynnikowa narzędzia bywa też dyskusyjna, szczególnie w odniesieniu do liczby domen [5–8]. Zwłaszcza w nowszych opracowaniach psychometrycznych kwestia ta zajmuje coraz więcej miejsca [7, 8]. Za zadowalającą uznaje się natomiast adekwatność w zakresie diagnozy i rozumienia różnych zaburzeń, przede wszystkim zaburzeń osobowości [9, 10] czy zaburzeń z osi I [11–13].

Kwestionariusz, a szczególnie jego skróconą wersję YSQ-S3, tłumaczono na wiele języków i zaadaptowano w wielu krajach, m.in. w Kanadzie (wersja francuskojęzyczna), Niemczech, Hiszpanii, Danii, Finlandii, Grecji, Korei Południowej, Turcji, Iranie i Tajlandii [2, 4, 5, 8, 14–19]. W Polsce kwestionariusz nie został dotąd opracowany psychometrycznie, co może budzić zdziwienie, biorąc pod uwagę dużą popularność terapii schematów według Younga. Nieliczne wstępne badania potwierdzają jego trafność diagnostyczną, okazuje się bowiem, że dominujące schematy są zgodne z rozumieniem określonego zaburzenia, zarówno z osi I, jak i II. W badaniach

tych współczynniki rzetelności alfa-Cronbacha metody okazywały się zadowalające [20, 21]. Tym samym adaptacja narzędzia mogłaby być pomocna nie tylko w pracy terapeutycznej, ale również jako narzędzie wspomagające diagnozę kliniczną, a także służące do badań naukowych.

Podsumowując, celem artykułu jest prezentacja właściwości psychometrycznych polskiej adaptacji kwestionariusza na podstawie badań własnych.

Materiał i metoda

Walidowanym narzędziem była skrócona wersja Kwestionariusza Schematów Younga YSQ-S3-PL. Metoda bada nasilenie każdego z 18 schematów w oparciu o samoopis badanego, który proszony jest o ustosunkowanie się do wyróżnionych twierdzeń. Pozwala to na określenie układu schematów charakterystycznych dla konkretnej osoby. Kwestionariusz składa się z 90 pozycji testowych, po 5 dla każdego ze schematów. Odpowiedzi udziela się na sześciopunktowej skali Likerta od 1 – „zupełnie nieprawdziwe o mnie" do 6 – „doskonale mnie opisuje". Uzyskane wyniki dla każdego schematu mieszczą się w przedziale 5–30. Oblicza się również średnią arytmetyczną dla każdego schematu oraz wynik sumaryczny dla wszystkich [3].

W badaniach walidacyjnych zastosowano również:

- *The Symptom Checklist-27-plus* (SCL-27-plus) Hardta w polskiej adaptacji Kuncewicza i wsp. [22]. Metoda bada natężenie objawów depresyjnych (aktualne i w ciągu życia), objawów wegetatywnych, objawów agorafobii, fobii społecznej i objawów bólowych;
- Inwentarz Depresji Becka (*Beck Depression Inventory* – BDI) w polskiej adaptacji Parnowskiego i Jernajczyka [23];
- Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (*State-Trait Anxiety Inventory* – STAI) Spielbergera i wsp. w polskiej adaptacji Wrześniewskiego i wsp. [24]. W badaniu wykorzystano jedynie skalę badającą lęk jako cechę;
- Skalę Optymizmu (*Life Orientation Test* – LOT) Carvera i Scheiera w polskiej adaptacji Poprawy i Juczyńskiego [25];
- Skalę Poczucia Własnej Skuteczności (*Generalized Self-Eficacy Scale* – GSES) Schwarzera i wsp. w polskiej adaptacji Juczyńskiego [25].

Wskaźniki rzetelności i trafności polskich adaptacji zastosowanych metod upoważniały do ich zastosowania w badaniach [22–25].

Uczestnicy badania

W badaniu wzięło udział 1529 osób w wieku od 18 do 85 lat (M = 32,46; SD = 13,49) – 927 kobiet (60,6% ogółu) i 585 mężczyzn (38,2% ogółu), przy czym 17 osób nie zaznaczyło płci w wypełnianej ankiecie. W grupie tej znalazło się 263 (17% ogółu) studentów łódzkich szkół wyższych (przy czym nie badano studentów psychologii) – 133 kobiety i 130 mężczyzn.

Wyniki

Translacja i walidacja językowa

Procedurę walidacji językowej przeprowadzono zgodnie z opisanymi w literaturze wytycznymi [26, 27], uzyskując najpierw oficjalną, pisemną zgodę autora oryginału. Kwestionariusz został następnie przetłumaczony na język polski przez trzech niezależnych tłumaczy. Powstałe w ten sposób wersje językowe zostały sprawdzone i skorygowane przez eksperta – osobę, która biegle włada językiem angielskim oraz posiada fachową wiedzę dotyczącą koncepcji schematów Younga. Efektem jej pracy było opracowanie wstępnej wersji językowej kwestionariusza, która została poddana procedurze retranslacji. Do oceny tożsamości znaczeniowej uzyskanych w ten sposób wersji powołano komisję, złożoną z tłumacza przysięgłego języka angielskiego, certyfikowanego terapeuty schematu oraz osoby odpowiedzialnej za proces translacji. Zgłoszone poprawki dotyczyły 10 pozycji kwestionariusza (9, 10, 24, 31, 40, 55, 68, 76, 81, 89) oraz sformułowania skali odpowiedzi. Większość poprawek wynikała z trudności w zachowaniu wierności tłumaczenia przy jednoczesnym utrzymaniu równoważności semantycznej twierdzeń. Po uwzględnieniu uwag ekspertów uzgodniono eksperymentalną wersję kwestionariusza, której użyto w badaniu pilotażowym typu „think aloud" [28] przeprowadzonym wśród 30 pacjentów pozostających w psychiatrycznym leczeniu ambulatoryjnym. Osoby te informowały, czy i jak rozumieją poszczególne pozycje testowe. Te informacje pozwoliły na oficjalne zatwierdzenie polskiej wersji językowej kwestionariusza i poddanie jej procesowi oceny psychometrycznej.

Analiza spójności wewnętrznej

Analiza rzetelności metodą alfa Cronbacha wykazała zróżnicowaną spójność wewnętrzną podskal, począwszy od 0,62 do 0,81. Dla poszczególnych schematów wartości te prezentują się następująco: 0,71 Deprywacja Emocjonalna, 0,79 Porzucenie, 0,73 Nieufność, 0,74 Izolacja, 0,75 Ułomność, 0,81 Porażka, 0,74 Brak kompetencji/zależność, 0,76 Podatność na zranienie, 0,73 Uwikłanie, 0,74 Podporządkowanie, 0,71 Samopoświęcenie, 0,79 Zahamowanie Emocjonalne, 0,66 Bezlitosne Normy, 0,62 Roszczenia/wyższość, 0,71 Niewystarczająca Samokontrola, 0,77 Poszukiwanie Podziwu, 0,79 Pesymizm oraz 0,72 Samokaranie. Wartości te można uznać za akceptowalne, zbliżone do występujących w piśmiennictwie światowym [5, 15, 19]. Warto zauważyć, że w adaptacjach metody przeprowadzonych w różnych krajach najniższy wskaźnik najczęściej odnotowywano w skali dotyczącej schematu Roszczenie/wyższość, która w prezentowanym badaniu również ma najniższą spójność (wartości alfa dla tego schematu wynosiły np. w kanadyjskich badaniach nad francuską wersją metody 0,57, w wersji niemieckiej 0,67, w wersji koreańskiej 0,59) [2, 13, 15]. Wyjątek stanowi wersja grecka, w której dla wszystkich schematów uzyskano wskaźniki alfa powyżej 0,80 [18]. Rzetelność jest natomiast wysoka dla wskaźnika ogólnego, tj. sumarycznego i wynosi 0,96, a analogiczny wynik uzyskano w przytaczanych badaniach kanadyjskich [2].

Eksploracyjna analiza czynnikowa

W celu zweryfikowania struktury wewnętrznej narzędzia wykorzystana została zarówno eksploracyjna analiza czynnikowa, jak i analiza konfirmacyjna. Aby przeprowadzić obliczenia, dane pochodzące z całej próby (n = 1529) zostały losowo podzielone na dwa podzbiory (n = 764 i n = 765). Na pierwszym przeprowadzono analizę eksploracyjną, na drugim – konfirmacyjną.

W celu sprawdzenia, czy analizowana macierz nie jest macierzą jednostkową, wykorzystano test sferyczności Bartletta (chi kwadrat = 40 336,585; df = 4500; p < 0,001) i test Kaisera–Meyera–Olkina (KMO = 0,95). Oba wyniki wskazują na adekwatność analizowania macierzy pod kątem istnienia czynników wspólnych. Najpierw zatem wykonano analizę metodą głównych składowych z uwolnioną ilością czynników i rotacją ortogonalną (varimax). Ładunki czynnikowe powyżej 0,4 zostały uznane za warunek konieczny do uznania przynależności stwierdzenia do danego czynnika, przy wartościach niższych niż 0,4 na każdym z pozostałych czynników. Tym sposobem wyodrębnionych zostało 18 czynników, co mogłoby sugerować strukturę identyczną z oryginałem. Jednak tylko takie czynniki, jak Deprywacja Emocjonalna, Porażka, Poszukiwanie Podziwu, Samopoświęcanie, Izolacja, Zahamowanie Emocjonalne, Samokaranie i Niewystarczająca Samokontrola, zostały odtworzone zgodnie ze strukturą pierwotną. Nadal jednak ponad 50% stwierdzeń bądź nie osiągało wartości kryterialnej, bądź też ich przynależność czynnikowa odbiegała od oczekiwanej.

Przetestowano więc także rozwiązania z inną liczbą czynników, kierując się wskazaniami testu osypiska Cattella oraz HPA (*Horn's parallel analysis*) [29] i MAP (*Minimum Average Partials* – MAP) [30], używając w tym celu syntaksu do programu SPSS autorstwa O'Connora [31]. Zasada wyodrębniania ilości czynników na podstawie kryterium Kaisera (wartości własne większe niż 1) prowadzi bowiem na ogół do decyzji skutkujących wyborem nadmiernej liczby czynników. Analiza wykresu osypiska sugeruje co najwyżej 5 czynników. Z kolei MAP sugeruje 10 czynników, a HPA w zależności od kryterium 9 lub 10 czynników. Testowano zatem kolejno te rozwiązania. Analiza z ograniczeniem do 5 czynników daje przemieszaną strukturę itemów, nieodpowiadającą w najmniejszym stopniu postulowanym przez Younga 5 domenom. Przy 10 czynnikach ładunki na ostatnim nie uzyskują odpowiedniej wartości, analogicznie przy 9. W tej sytuacji struktura 8-czynnikowa przedstawia się jako najtrafniejsza. Analiza treści itemów ładujących na każdym z 8 czynników pozostaje koherentna, nie ładują one też powyżej 0,4 na innych czynnikach. W wypadku tego rozwiązania 24 itemy pozostają niezwiązane wystarczająco silnie z żadnym czynnikiem. Reasumując zatem, dla polskiej wersji językowej prawdopodobnie to rozwiązanie jest optymalne.

Analiza trafności czynnikowej: konfirmacyjna analiza czynnikowa

W celu weryfikacji założonej struktury czynnikowej narzędzia wykonano także konfirmacyjną analizę czynnikową (opis metody wraz z powszechnie stosowanymi indeksami dobroci dopasowania w [32]). Jak widać w tabeli 1, także tutaj model pierwotnie przyjęty przez Younga nie uzyskał wystarczająco dobrego odwzorowania

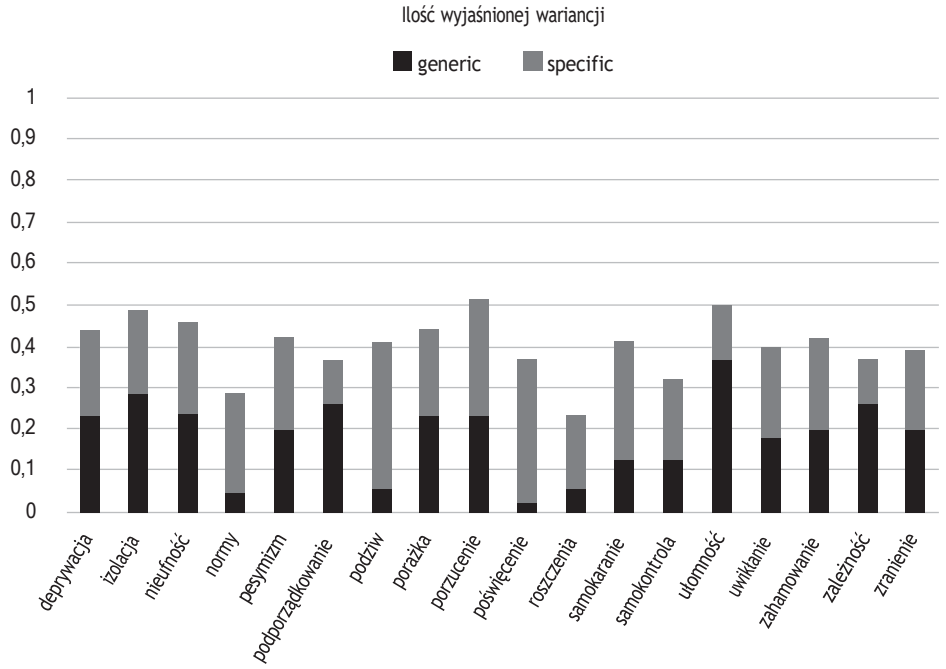
w danych własnych, zarówno w wersji 18 schematów nieskorelowanych, skorelowanych, jak i pogrupowanych w 5 domen, czyli czynników wyższego rzędu. Na podstawie doniesień dotyczących innych adaptacji tego narzędzia testowano także model zakładający istnienie jednego czynnika wyższego rzędu dla wszystkich schematów (model 4) oraz ciekawy teoretycznie model z czynnikiem wspólnym i czynnikami specyficznymi ortogonalnymi (model 5) lub skorelowanymi (model 6).

Tabela 1. **Porównanie dobroci dopasowania modeli o różnej strukturze czynnikowej**

Model		χ^2(df)	χ2/df	TLI	CFI	AIC	RMSEA (90% CI)
1.	18 nieskorelowanych czynników pierwszego rzędu	29 703,74 (3916)	7,59	0,50	0,52	30 241,74	0,066 (0,065; 0,066)
2.	18 skorelowanych czynników pierwszego rzędu	14 645,36 (3763)	3,89	0,78	0,80	15 489,36	0,044 (0,043; 0,044)
3.	5 skorelowanych czynników drugiego rzędu	19 031,65 (3893)	4,89	0,70	0,72	19 615,65	0,050 (0,050; 0,051)
4.	1 czynnik drugiego rzędu	17 654,63 (3897)	4,50	0,73	0,74	18 230,63	0,048 (0,047; 0,049)
5.	Model podwójnego czynnika nieskorelowany	15 620,64 (3826)	4,08	0,77	0,78	16 338,64	0,045 (0,044; 0,046)
6.	Model podwójnego czynnika skorelowany	12 129,80 (3673)	3,30	0,82	0,84	12 153,18	0,039 (0,038; 0,040)

χ2 = wskaźnik rozbieżności chi kwadrat; *df* = stopnie swobody; *χ2/df* = unormowany wskaźnik chi kwadrat; TLI = indeks Tuckera–Lewisa; CFI = względny indeks dopasowania; AIC = kryterium informacyjne Akaikego; RMSEA = pierwiastek średniokwadratowego błędu przybliżenia; 90% CI = 90-procentowy przedział ufności dla RMSEA

Porównanie parametrów wskazuje, że jako jedyny akceptowalnie dopasowany do danych, a zarazem najlepiej dopasowany ze wszystkich testowanych modeli, jest model podwójnego czynnika (*bi-factor*), z jednym czynnikiem wspólnym i skorelowanymi czynnikami specyficznymi. Analogiczne wyniki uzyskali w badaniach prowadzonych w Niemczech Kriston i wsp. [7]. Notuje się zatem wariancję wspólną dla wszystkich itemów kwestionariusza oraz wariancje specyficzne, co przedstawia rycina 1. W największym stopniu wariancję wspólną reprezentuje schemat Ułomność. W jego skład wchodzi także stwierdzenie najmocniej wysycone (0,68) tym, co wspólne dla wszystkich schematów. Jest to mianowicie pozycja YSQ_59-PL „Czuję, że nie da się mnie kochać”.



Rycina 1. **Ilość wyjaśnionej wariancji przez czynnik wspólny i czynniki specyficzne w modelu bi-czynnikowym**

Analiza trafności teoretycznej

Trafność konwergencyjną metody szacowano na podstawie analizy związków między jej wynikami a wynikami narzędzi mierzących poziom objawów psychopatologicznych, depresji oraz lęku jako cechy. Trafność dyskryminacyjną obliczono, porównując wyniki YSQ-S3-PL z wynikami w skali optymizmu i poczucia własnej skuteczności. Wybór metod podyktowany był sugerowanymi w literaturze przedmiotu ich wzajemnymi związkami. Young i wsp. [1] powołują się bowiem na badania wskazujące na związki wyników uzyskanych w kwestionariuszu zarówno ze skalami do pomiaru depresji, jak i dobrostanu. Wykazywano również związki między natężeniem schematów a poziomem lęku [m.in. 33]. Otrzymane wyniki (korelacja *r*-Pearsona) przedstawia tabela 2. Badania przeprowadzono dla części z grupy osób badanych – odpowiednio 120 oraz 270 osób.

Tabela 2. **Ocena trafności konwergencyjnej i dyskryminacyjnej dla YSQ-S3-PL: współczynniki korelacji**

D	S	SCL 27						BDI	STAI-C	LOT-R	GSES
		1	2	3	4	5	6				
I.	1	**0,23***	0,03	-0,01	0,05	**0,42****	**0,32****	**0,54****	**0,21****	**-0,15***	**-0,40****
	2	**0,44****	-0,05	**0,23***	**0,25****	**0,39****	0,12	**0,51****	**0,51****	-0,06	**-0,29****
	3	**0,39****	-0,01	0,14	0,16	**0,30****	0,05	**0,54****	**0,41****	-0,08	**-0,37****
	4	**0,35****	-0,04	0,04	-0,03	**0,44****	0,17	**0,62****	**0,35****	**-0,21****	**-0,35****
	5	**0,35****	-0,02	-0,07	0,09	**0,41****	**0,24****	**0,66****	**0,39****	**-0,23****	**-0,45****
II.	6	**0,47****	-0,07	-0,01	**0,19***	**0,32****	**0,27****	**0,61****	**0,59****	-0,09	**-0,28****
	7	**0,36****	-0,04	0,08	**0,21***	**0,31****	**0,19***	**0,56****	**0,42****	**-0,24****	**-0,22****
	8	**0,32****	0,05	**0,24****	**0,34****	**0,27****	0,13	**0,54****	**0,55****	-0,11	**-0,16***
	9	**0,38****	-0,08	0,05	0,14	**0,31****	0,14	**0,37****	**0,47****	-0,03	**-0,29****
III.	10	**0,46****	-0,02	0,11	**0,20***	**0,40****	**0,32****	**0,47****	**0,48****	0,03	**-0,30****
	11	**0,24****	0,04	**0,19***	**0,22***	**0,21***	0,06	**0,35****	**0,28****	0,05	-0,02
	12	**0,33****	-0,03	0,10	**0,18***	**0,26****	0,09	**0,17****	**0,45****	0,14	**-0,35****
IV.	13	0,06	-0,03	0,09	0,03	0,18	0,15	**0,18****	**0,23****	-0,01	-0,01
	14	**0,26****	-0,05	0,03	0,04	**0,25****	**0,23****	**0,50****	**0,36****	0,05	**-0,16***
V.	15	0,14	0,00	0,06	0,01	**0,21***	0,09	**0,19****	**0,23****	0,08	-0,05
	16	**0,54****	-0,07	0,02	0,18	**0,28****	**0,20***	**0,41****	**0,45****	**-0,18***	**-0,35****
	17	**0,36****	-0,02	**0,29****	**0,22***	**0,38****	0,12	**0,61****	**0,52****	**-0,21****	**-0,44****
	18	**0,26****	-0,01	0,17	0,18	**0,23***	**0,19***	**0,36****	**0,35****	0,07	**-0,22****
Wskaźnik ogólny		**0,50****	-0,04	0,16	**0,22***	**0,45****	**0,25****	**0,66****	**0,60****	-0,07	**-0,35****

Korelacja istotna *$p < 0,05$, **$p < 0,01$

Legenda:

D – Domeny: I – Rozłączenie i odrzucenie, II – Osłabiona autonomia, III – Nakierowanie na innych, IV – Uszkodzone granice, V – Nadmierna czujność

S – Schematy: 1 – Deprywacja Emocjonalna, 2 – Porzucenie, 3 – Nieufność, 4 – Izolacja, 5 – Ułomność, 6 – Porażka, 7 – Zależność, 8 – Podatność na zranienie, 9 – Uwikłanie, 10 – Podporządkowanie, 11 – Samopoświęcenie,12 – Poszukiwanie Podziwu,13 – Roszczenia, 14 – Niewystarczająca Samokontrola, 15 – Bezlitosne Normy, 16 – Zahamowanie Emocjonalne, 17 – Pesymizm, 18 – Samokaranie

SCL 27: 1 – fobia społeczna, 2 – symptomy wegetatywne, 3 – ból, 4 – agorafobia, 5 – depresja aktualnie, 6 – depresja w ciągu życia

Jak wskazują wyniki zamieszczone w tabeli 2, współczynniki korelacji adaptowanej skali uzyskują relacje zgodne z oczekiwanymi teoretycznie. Przy czym, co ważne, korelacje te są najwyżej umiarkowane, więc nie można mówić o redundantności po-

miaru w stosunku do znanych już skal oceniających nasilenie psychopatologii. Nieco bardziej złożona pozostaje ewentualna kwestia trafności dyskryminacyjnej między schematami czy domenami. Przykładowo – wyniki w podskali fobii społecznej najsilniej dodatnio korelują z wynikami w schematach Zahamowanie Emocjonalne, Porzucenie, Porażka i Podporządkowanie, co pasuje do obrazu tego zaburzenia. Schematy te są jednak rozrzucone po różnych domenach, a ich korelacje z kryterium wysoce zbliżone. Z kolei wszystkie schematy korelują istotnie z depresją mierzoną BDI i lękiem–cechą, co wskazuje na istnienie wspólnej wariancji schematów i tych konstruktów (do ok. 44%). Dla BDI związki o wartości najwyższej (minimum 0,60) uzyskano z Izolacją, Ułomnością, Porażką i Pesymizmem, co można uznać za teoretycznie i klinicznie zrozumiałe. Podobne rezultaty w odniesieniu do depresji (a także lęku – mierzonych SCL-90 oraz BDI) uzyskano w badaniach tureckich, koreańskich i kanadyjskich [2, 5, 16]. Gdy jednak popatrzymy na relacje najsłabsze (poniżej 0,2), to dotyczą one schematów Poszukiwanie Podziwu, Roszczenia/wyższość i Bezlitosne Normy. Zestawiając te wyniki, widać zatem, że trafna predykcja nasilenia objawów depresji na podstawie wybranych schematów może sprawiać trudności.

Zauważyć też należy, że nie we wszystkich badaniach dotyczących adaptacji narzędzia analizowano jego trafność, a trafność dyskryminacyjna była analizowana wyjątkowo rzadko [por. 1, 2, 4, 5, 8, 14–19]. W prezentowanym badaniu wykazano istotne ujemne związki wielu schematów z poczuciem własnej skuteczności i optymizmem, a siła tych związków również wyklucza redundantność.

Podsumowanie

Celem prezentowanych badań była polska adaptacja Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL). Potrzeba adaptacji narzędzia wynikała zarówno z jego popularności i prowadzenia z jego użyciem licznych badań zagranicznych, jak i praktyki terapeutycznej i klinicznej, w których zastosowanie metody może być pomocne. Na podstawie całości przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że polska wersja metody nie odbiega w zakresie zarówno mocnych, jak i słabych stron od innych wersji językowych. Mierzy czynnik ogólny i wysycone nim w różnym stopniu czynniki specyficzne, oraz czyni to z różną, ale akceptowalną rzetelnością. Narzędzie wykazuje zadowalającą trafność teoretyczną – uzyskanych z jego użyciem wyników nie można zredukować do pomiaru depresji, lęku lub innych zaburzeń psychopatologicznych. Wyniki dotyczące schematów nie są również odwrotnością optymizmu, poczucia własnej skuteczności lub orientacji pozytywnej, a kierunek i siła wielu związków są zgodne z oczekiwaniami teoretycznymi. Natomiast kwestia rzeczywistego potencjału dyskryminacyjnego schematów w stosunku do różnych objawów psychopatologicznych wymaga dalszych badań. Tym samym wskazane są dalsze badania, również z użyciem zróżnicowanych grup klinicznych, dotyczące trafności kryterialnej metody. Badania na grupach klinicznych potrzebne są również w celu dalszej weryfikacji struktury czynnikowej narzędzia – istnieją bowiem sugestie, że struktura ta może być odmienna w populacji klinicznej i nieklinicznej [1, 34].

Podsumowując, można zarekomendować używanie skali ze świadomością jej ograniczeń. Jednocześnie na obecnym etapie analiz stwierdzić należy, że w przypadku

diagnozy klinicznej uzyskane wyniki powinno się traktować jako wspierające, a nie rozstrzygające.

Piśmiennictwo

1. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2014.
2. Hawke LD, Provencher MD. *The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples*. *Can. J.* Behav. Sci. 2012; 44(1): 40–49. https://doi.org/10.1037/a0026197
3. Young J. *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center; 2005.
4. Calvete E, Orue I, González-Diez Z. *An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3*. Eur. J. Psychol. Assess. 2013; 29(4): 283–290. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a00015.
5. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakir Z. *Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3*. Türk. J. Psych. 2009; 20(1): 1–10.
6. Hoffart A, Sexton H, Hedley LM, Wang CE, Holthe H, Haugum JA i wsp. *The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor--derived scales*. Cognitive Ther. Res. 2005; 29(6): 627–644. Doi: 10.1007/s10608-005-9630-0.
7. Kriston L, Schäfer J, Wolff von A, Härter M, Hölzel LP. *The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: Are schemas organized into domains?* J. Clin. Psychol. 2012; 68(6): 684–698. Doi: 10.1002/jclp.21846.
8. Sakulsriprasert C, Phukao D, Kanjanawong S, Meemon N. *The reliability and factor structure of Thai Young Schema Questionnaire-Short Form 3*. Asian Journal of Psychiatry 2016; 24: 85–90. Doi: 10.1016/j.ajp.2016.09.011.
9. Carr SN, Francis AJ. *Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample*. Psychol. Psychother.-T. 2010; 83: 333–349. http://dx.doi.org/ 10.1348/147608309X481351.
10. Corral C, Calvete E. *Early maladaptive schemas and personality disorder traits in perpetrators of intimate partner violence*. Span. J. Psychol. 2014; 17: E1. Doi: 10.1017/sjp.2014.1.
11. Aaron DJ. *Early maladaptive schemas and substance use: Implications for assessment and treatment*. J. Addict. Dis. 2013; 12(4): 193–200. Doi: org/10.1097/ ADT. 0b013 e31827d8763.
12. Damiano SR, Reece J, Reid S, Atkins L, Patton G. *Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment*. Eat. Behav. 2015; 16: 64–71. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.016.
13. Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz A, Nissen C, Hertenstein E i wsp. *The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder*. BMC Psychiatry 2014; 14: 362. Doi: 10.1186/s12888-014-0362-0.
14. Kriston L, Schäfer J, Jacob GA, Härter M, Hölzel LP. *Reliability and validity of the German Version of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3)*. Eur. J. Psychol. Assess. 2013; 29(3): 205–212. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000143.
15. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfehanian N. *Factor analysis of the Young Schema Questionnaire – Short Form in a nonclinical Iranian sample*. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2008; 14(2): 214–219.

16. Lee SJ, Choi Y, Rim H, Won SH, Lee DW. *Reliability and validity of the Korean Young Schema Questionnaire-Short Form-3 in medical students*. Psychiat. Invest. 2015; 12(3): 295–304. Doi: 10.4306/pi.2015.12.3.295.
17. Bach B, Simonsen E, Christoffersen P, Kriston L. *The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3): Psychometric properties and association with personality disorders in a Danish mixed sample*. Eur. J. Psychol. Assess. 2015. http://dx.doi.org/ 10.1027/ 1015-5759/a000272 (dostęp: 20.05.2017).
18. Lyrakos DG. *The validity of Young Schema Questionnaire 3rd Version and the Schema Mode Inventory 2nd Version on the Greek population*. Psychology 2014; 5: 461–477. doi: 10.4236/ psych.2014.5505
19. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. *The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample*. J. Behav. Ther. Exp. Psych. 2009; 40: 158–168.
20. Mącik D, Shchehelska K. *Związki wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga z samopoczuciem i sensem życia w zaburzeniu lękowym i depresyjnym*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2015; 24: 208–216.
21. Mącik D, Sas E. *Therapy of anorexia and Young's early maladaptive schemas. Longitudinal study*. Current Issues in Personality Psychology 2015; 3(4): 203–213. https://doi.org/10.5114/ cipp.2015.54713.
22. Kuncewicz D, Dragan M, Hardt J. *Validation of the Polish Version of the Symptom Checklist-27--plus Questionnaire 3*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 345–358.
23. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne.* Psychiatr. Pol. 1977; 11(4): 417–421.
24. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI C.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R. Lushene'a*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2002.
25. Juczyński Z. *Narzędzia stosowane w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
26. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. Spine 2000; 25: 3186–3191.
27. Drwal RŁ. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1995.
28. Van Someren MW, Barnard YF, Sandberg JA. *The think aloud method: A practical guide to modelling cognitive processes*. London: Academic Press; 1994.
29. Horn JL. *A rationale and test for the number of factors in factoranalysis*. Psychometrika 1965; 30: 179–185. http://dx.doi.org/10.1007/ BF02289447.
30. Velicer WF. *Determining the number of components from the matrix of partial correlations*. Psychometrika 1976; 41: 321–327.
31. O'Connor BP. *SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test*. Behavior Research Methods, Instruments & Computers 2000; 32: 396–402.
32. Sun J. *Assessing goodness of fit in confirmatory factor analysis*. Meas. Eval. Couns. Dev. 2005; 37(4): 240–256.
33. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart G. *The relationship between Early Maladaptive Schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders*. J. Psychoactive Drugs 2015; 47(3): 230–238.

34. Lee Ch, Taylor G, Dunn J. *Factor structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample*. Cognitive Ther. Res. 1999; 23(4): 441–451.

Adres: Jan Chodkiewicz
Zakład Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień,
Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

Otrzymano: 21.06.2017
Zrecenzowano: 1.08.2017
Otrzymano po poprawie: 17.08.2017
Przyjęto do druku: 21.08.2017

Psychiatr. Pol. 2018; 52(4): 707–718
PL ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)
www.psychiatriapolska.pl
DOI: https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541

Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3-PL)

Justyna Oettingen [1], Jan Chodkiewicz [2], Dorota Mącik [3], Ewa Gruszczyńska [4]

[1] Department of Medical Psychology, Chair of Psychiatry, Jagiellonian University Medical College

[2] Department of Addiction Prevention and Psychology, Institute of Psychology, University of Lodz

[3] Chair of Clinical Psychology, Institute of Psychology, John Paul II Catholic University of Lublin

[4] Chair of Health Psychology, University of Social Sciences and Humanities, Warsaw

Summary

Aim. The aim of the study was to prepare the Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire S3-PL. The scale is a self-assessment tool designed to measure 18 early maladaptive schemas.

Method. The sample consists of 1,529 adults (927 women and 585 men), aged 18–85 years (mean age was 32 years), from non-clinical groups.

Results. After language validation the internal consistency was assessed. The Cronbach's alpha ranged from 0.62 (Entitlement/grandiosity) to 0.81 (Failure), and it was 0.96 for total score. The best solution obtained in exploratory factor analysis was an eight-factor model, instead of the assumed 18-factor structure. Confirmatory factor analysis also did not fully supported Young's theoretical model. From all the tested models, bi-factor model (i.e., one generic factor and correlated specific factors – schemas) fitted the data best. In accordance with this model schema variance is explained concurrently by generic and specific factors; generic factor explains most of the Defectiveness variance, while only slightly – Self-sacrifice variance. Convergent validity analysis confirmes positive medium correlations with scales measuring psychopathology. Similarly, negative correlations with self-efficacy and optimism indicate good divergent validity.

Conclusions. The psychometric characteristics of the Polish adaptation of the YSQ-S3-PL is similar to those reported for other language versions. The results allow to recommend the method for scientific research. However, using it in therapeutic practice needs caution – especially in the case of clinical diagnosis. Further analyses are necessary to assess criterion validity and discriminative power in clinical settings.

Key words: Early maladaptive schemas, Young Schema Questionnaire YSQ-S3-PL, Polish adaptation

Introduction

Early Maladaptive Schemas (EMS), according to Jeffrey Young et al. [1] are described as the patterns formed most frequently during childhood and developed throughout a person's whole life, and consisting of memories, emotions, beliefs and bodily sensations. These patterns, relating to individuals and their relationships with others, determine the way in which a person perceives and interprets their own behavior and the world around them. They may be the result of traumatic experiences and unsatisfied basic needs in the early stages of development. They are self-reinforcing and resistant to change. The authors list five emotional needs, deprivation of which can lead to forming dysfunctional schemas: secure attachment, autonomy, freedom of expressing needs and emotions, spontaneity and play, rational boundaries and self-control. Which of the schemas will form in a particular person depends also on their temperamental features and the characteristics of the environment in which they grow up, as well as the interactions between them.

Young et al. [1] distinguished the most common dysfunctional schemas, and for their study the Young Schema Questionnaire was created. The questionnaire, formulated on the basis of therapeutic practice, was being developed gradually (versions 1, 2, 3; L – Long and S – Short forms). Version 1 diagnosed 15 schemas grouped into three domains, in the second version – 16 schemas were grouped into 5 domains. The current version is version 3, which in both L and S form diagnose 18 schemas and five domains [2, 3]. In the YSQ-S3 version, the statements for each schema are scattered throughout the questionnaire rather than grouped together as in previous versions. This should increase the reliability of the measurement.

Numerous studies confirm to a varying degree the theoretical structure of the questionnaire [e.g., 2, 4, 5], moreover the factor structure of the tool has been debatable, particularly with respect to the number of domains [5–8]. Especially in newer psychometric studies this issue is taking up more and more space [7, 8]. The adequacy in terms of the diagnosis and understanding of various disorders, especially personality disorders [9, 10] or axis I disorders [11–13] is considered as acceptable.

The questionnaire, and in particular its shortened version, YSQ-S3, has been translated into many languages and has been adapted in many countries, such as Canada (French-language version), Germany, Spain, Denmark, Finland, Greece, South Korea, Turkey, Iran and Thailand [2, 4, 5, 8, 14–19]. In Poland, the questionnaire has not been developed psychometrically, which may be surprising given the great popularity of Young's schemas. A few preliminary studies confirm its diagnostic accuracy, as it appears that the dominant schemas are consistent with the understanding of a particular disorder, from both axes I and II. In these studies the reliability coefficients of the Alpha Cronbach method proved to be satisfactory [20, 21]. Thus, the evaluation of the schemas could be useful not only in therapeutic work, but also as a tool to support clinical diagnosis, as well as for research.

In conclusion, the purpose of the article is to present the psychometric properties of the Polish adaptation of the questionnaire, based on own research.

Material and method

The validated version was the short version of the Young Schema Questionnaire YSQ-S3-PL. The method examines the intensity of each of the 18 schemas based on the self-description of a patient, who is asked to assess the distinguished statements. This allows to define a pattern of schemas that are specific to a particular person. The method consists of 90 items, 5 for each of the schemas. Answers are given on a Likert six-point scale from 1 – completely untrue of me, to 6 – describes me perfectly. The results for each schema are in the range of 5–30 points. There is also an arithmetic mean calculated for each schema, as well as the total for all the schemas [3].

In the validation studies the following questionnaires were also applied:

- The Symptom Checklist-27-plus (SCL-27-plus) by Hardt in Polish adaptation by Kuncewicz et al. [22]. The method examines the intensity of depressive symptoms (current and during a person's lifetime), vegetative, agoraphobic, and sociophobic symptoms and pain;
- Beck Depression Inventory (BDI) in Polish adaptation by Parnowski and Jernajczyk [23];
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI) by Spielberger et al. in Polish adaptation by Wrześniewski et al. [24]; only the scale measuring trait anxiety was used in the study;
- Life Orientation Test (LOT) by Carver and Scheier in Polish adaptation by Poprawa and Juczyński [25];
- Generalized Self-Efficacy Scale (GSES) by Schwarzer et al. in Polish adaptation by Juczyński [25].

The reliability and validity of Polish adaptations of the applied methods entitled them to be used in the research [22–25].

Study partcipants

The study involved 1,529 people aged 18 to 85 years (M = 32.46; SD = 13.49) – 927 women (60.6% of the total) and 585 men (38.2% of the total); 17 people did not select their gender in the survey. The group included 263 (17% of the total) university students (but not psychology students) – 133 women and 130 men.

Results

Translation and language validation

The language validation procedure was performed in accordance with the guidelines described in the literature [26, 27], after obtaining the official written consent of the author of the original version. The questionnaire was then translated into Polish by three independent translators. The resulting language versions have been reviewed and corrected by an expert who is fluent in English and has knowledge of Young's concepts of schemas. The result of this work was the basis for the initial language version of the questionnaire, which was subjected to the back-translation procedure, i.e., a reverse translation in to English. In order to evaluate the semantic identity of the versions obtained in this way, a committee was appointed, consisting of a sworn translator of English, a certified schema therapist and a person responsible for the translation process. The proposed amendments concerned 10 items of the questionnaire (9, 10, 24, 31, 40, 55, 68, 76, 81, 89) and the phrasing of the response scales. Most of the amendments resulted from the difficulty of preserving the faithfulness of the translation while maintaining the semantic equivalence of items. After taking into account the experts' comments, an experimental version of the questionnaire was agreed, which was used in a "think aloud" pilot study [28] among 30 psychiatric outpatients. The patients reported how they understood each test item. After this procedure, the Polish version of the questionnaire was approved ready for the psychometric evaluation process.

Analysis of internal consistency

Cronbach's alpha reliability analysis showed a varied internal consistency of the subscales, ranging from 0.62 to 0.81. For each schema, these values are as follows: 0.71 Emotional Deprivation, 0.79 Abandonment, 0.73 Mistrust, 0.74 Isolation, 0.75 Defectiveness, 0.81 Failure, 0.74 Dependence, 0.76 Vulnerability to harm or illness, 0.73 Enmeshment, 0.74 Subjugation, 0.71 Self-Sacrifice, 0.79 Emotional Inhibition, 0.66 Unrelenting Standards, 0.62 Entitlement, 0.71 Insufficient Self-Control, 0.77 Recognition-Seeking, 0.79 Negativity, and 0.72 Punitiveness. These values may be considered acceptable, similar to those found in the international literature [5, 15, 19]. It is noteworthy that in our study, just like in the adaptations into different languages, the lowest alpha was noted for the Entitlement schema (alpha values for this schema were, e.g., 0.57 in the Canadian studies using the French version, 0.67 in the German version and 0.59 in the Korean version) [2, 13, 15]. The exception is the Greek version, where the alphas were above 0.80 for all schemas [18]. For the overall index the internal consistency in our study was very high, 0.96, and similar to the one obtained in the cited Canadian studies [2].

Exploratory factor analysis

In order to verify the internal structure of the tool, there were used both exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis. To make indispensable calculations, the data from the entire sample (n = 1,529) were divided randomly to two subsets (n = 764 and n = 765). In the first subset there was made the exploratory analysis, in the second one – the confirmatory analysis.

To check whether the analyzed matrix is unitary, Bartlett's test (χ^2 = 40336.585; df = 4500; $p < 0.001$) and the Kaiser–Meyer–Olkin test were used (KMO = 0.95). Both results indicate the adequacy of analyzing the matrix for the existence of common factors. First, the principal component analysis was performed with unrestricted number of factors and orthogonal rotation (varimax). The factor loadings above 0.4 were considered a necessary condition for recognizing affinity of a statement for a factor, with values below 0.4 for each of the other factors at the same time. In this way, 18 factors were identified, which could suggest a structure identical to the original. However, only such factors as Emotional Deprivation, Failure, Recognition-Seeking, Self-Sacrifice, Isolation, Emotional Inhibition, Punitiveness and Insufficient Self-Control have been reconstructed. Still, more than 50% of the items either did not reach the criterion value or their factorial location was different from the expected.

Solutions with a different number of factors were also tested, based on Cattell's scree test, HPA (Horn's parallel analysis) [29] and MAP (minimum average partials) [30], with the use of the syntax for the SPSS software by O'Connor [31]. The principle of isolating the number of factors on the basis of the Kaiser criterion (eigenvalues greater than 1), generally leads to a decisions resulting in selecting an excessive number of factors. Scree plot analysis suggests at most 5 factors. On the other hand, MAP suggests 10 factors, and HPA, depending on criteria, 9 or 10 factors. These solutions were tested successively. Analysis with a restriction to 5 factors results in a mixed structure of items, which absolutely does not correspond to Young's five domains. At 10 factors, the last one do not have appropriate loading values, similarly at 9 factors. In this situation, the 8-factor structure is presented as the most accurate. The analysis of content of the items loading on each of the 8 factors remains coherent, they do not cross-load more than 0.4 on other factors. For this solution, however, 24 items are not connected strongly enough with any of the obtained factors. In sum, for the Polish version, this solution is probably optimal.

The analysis of factorial validity: confirmatory factor analysis

A confirmatory factor analysis was performed in order to verify the assumed factorial structure of the tool (the description of the method together with the common indexes of goodness of fit in [32]). As seen in Table 1, also here, the model originally developed by Young did not present a sufficient goodness of fit to Polish data for each

verified structure, including 18 schemas, both uncorrelated and correlated, as well as schemas grouped into 5 domains, i.e., higher order factors. On the basis of other adaptations of this tool, a model with one higher-order factor for all schemas (model 4) was also tested. Finally, a theoretically interesting bi-factor model with one common factor and 18 specific orthogonal (model 5) or correlated (model 6) factors was taken into account.

Table 1. **The comparison of goodness of fit of models with different factor structure**

Model		x^2(df)	x^2/df	TLI	CFI	AIC	RMSEA (90% CI)
1.	18 uncorrelated first-order factors	29 703.74 (3916)	7.59	0.50	0.52	30 241.74	0.066 (0.065; 0.066)
2.	18 correlated first-order factors	14 645.36 (3763)	3.89	0.78	0.80	15 489.36	0.044 (0.043; 0.044)
3.	5 correlated second-order factors	19 031.65 (3893)	4.89	0.70	0.72	19 615.65	0.050 (0.050; 0.051)
4.	1 second-order factor	17 654.63 (3897)	4.50	0.73	0.74	18 230.63	0.048 (0.047; 0.049)
5.	bi-factor uncorrelated	15 620.64 (3826)	4.08	0.77	0.78	16 338.64	0.045 (0.044; 0.046)
6.	bi-factor correlated	12 129.80 (3673)	3.30	0.82	0.84	12 153.18	0.039 (0.038; 0.040)

χ^2 – χ^2 discrepancy index; *df* – degrees of freedom; χ^2/df – normalized χ^2 index; TLI – Tucker-Lewis index; CFI – comparative fit index; AIC – Akaike information criterion; RMSEA – root mean squared error of approximation; 90% CI – 90% confidence interval for RMSEA

The comparison of parameters indicates that the only acceptable fit for the data was obtained for bi-factor model, i.e., model with one common (generic) factor and correlated specific factors. Similar results were obtained in studies conducted in Germany by Kriston et al. [7]. Therefore, it can be said that there have been schema-specific variances as well as a variance shared by all the items in the questionnaire, which is shown in Figure 1. The highest value of common variance is represented by the Defectiveness schema. It also includes an item which is the mostly saturated (0.68) of what is shared by all the items in the questionnaire, namely YSQ_59-PL "I feel that I am not lovable".

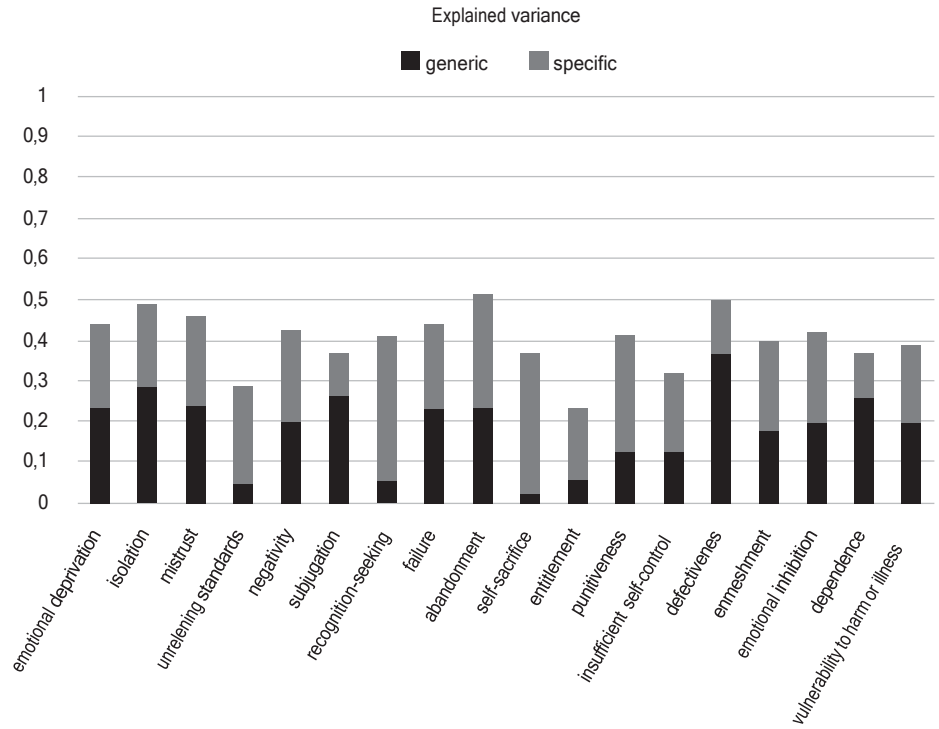


Figure 1. **The amount of variance explained by the generic factor and specific factors in the bi-factor model**

Analysis of construct validity

Convergence validity of the method was estimated on the basis of the analysis of the relationships between its scores and those of the tools used to measure psychopathological symptoms, depression and trait anxiety. Discriminant validity was estimated by examining correlations of the YSQ-S3-PLwith optimism and self-efficacy. The choice of methods was dictated by their mutual relationships suggested in the literature. Young et al. [1] refer to studies indicating the associations of the results obtained in the Questionnaire both with depression and well-being measurement scales. Relationships between schemas intensity and anxiety level were also observed [i.a., 33]. The obtained results (Pearson's *r* correlation) are shown in Table 2. The analysis was conducted for some of the participants only – respectively 120 and 270 people from the studied sample.

Table 2. **Convergent and discriminant validity for YSQ-S3-PL: correlation coefficients**

D	S	SCL 27						BDI	STAI-C	LOT-R	GSES
		1	2	3	4	5	6				
I.	1	**0.23***	0.03	-0.01	0.05	**0.42****	**0.32****	**0.54****	**0.21****	**-0.15***	**-0.40****
	2	**0.44****	-0.05	**0.23***	**0.25****	**0.39****	0.12	**0.51****	**0.51****	-0.06	**-0.29****
	3	**0.39****	-0.01	0.14	0.16	**0.30****	0.05	**0.54****	**0.41****	-0.08	**-0.37****
	4	**0.35****	-0.04	0.04	-0.03	**0.44****	0.17	**0.62****	**0.35****	**-0.21****	**-0.35****
	5	**0.35****	-0.02	-0.07	0.09	**0.41****	**0.24****	**0.66****	**0.39****	**-0.23****	**-0.45****
II.	6	**0.47****	-0.07	-0.01	**0.19***	**0.32****	**0.27****	**0.61****	**0.59****	-0.09	**-0.28****
	7	**0.36****	-0.04	0.08	**0.21***	**0.31****	**0.19***	**0.56****	**0.42****	**-0.24****	**-0.22****
	8	**0.32****	0.05	**0.24****	**0.34****	**0.27****	0.13	**0.54****	**0.55****	-0.11	**-0.16***
	9	**0.38****	-0.08	0.05	0.14	**0.31****	0.14	**0.37****	**0.47****	-0.03	**-0.29****
III.	10	**0.46****	-0.02	0.11	**0.20***	**0.40****	**0.32****	**0.47****	**0.48****	0.03	**-0.30****
	11	**0.24****	0.04	**0.19***	**0.22***	**0.21***	0.06	**0.35****	**0.28****	0.05	-0.02
	12	**0.33****	-0.03	0.10	**0.18***	**0.26****	0.09	**0.17****	**0.45****	0.14	**-0.35****
IV.	13	0.06	-0.03	0.09	0.03	0.18	0.15	**0.18****	**0.23****	-0.01	-0.01
	14	**0.26****	-0.05	0.03	0.04	**0.25****	**0.23****	**0.50****	**0.36****	0.05	**-0.16***
V.	15	0.14	0.00	0.06	0.01	**0.21***	0.09	**0.19****	**0.23****	0.08	-0.05
	16	**0.54****	-0.07	0.02	0.18	**0.28****	**0.20***	**0.41****	**0.45****	**-0.18***	**-0.35****
	17	**0.36****	-0.02	**0.29****	**0.22***	**0.38****	0.12	**0.61****	**0.52****	**-0.21****	**-0.44****
	18	**0.26****	-0.01	0.17	0.18	**0.23***	**0.19***	**0.36****	**0.35****	0.07	**-0.22****
General indicator		**0.50****	-0.04	0.16	**0.22***	**0.45****	**0.25****	**0.66****	**0.60****	-0.07	**-0.35****

Significant correlation *$p < 0.05$; ***$p < 0.01$

Legend:

D – Domains: I – Disconnection/Rejection, II – Impaired Autonomy, III – Other-Directedness, IV – Impaired limits, V – Overvigilance/Inhibition.

S – Schema: 1 – Emotional Deprivation, 2 – Abandonment, 3 – Mistrust, 4 – Isolation, 5 – Defectiveness, 6 – Failure, 7 – Dependence, 8 – Vulnerability to harm or illness, 9 – Enmeshment, 10 – Subjugation, 11 – Self–Sacrifice, 12– Recognition-Seeking, 13 – Entitlement, 14 – Insufficient Self–Control, 15 – Unrelenting Standards, 16 – Emotional Inhibition, 17 – Negativity, 18 – Punitiveness

SCL 27: 1 – social phobia, 2 – vegetative symptoms, 3 – pain, 4 – agoraphobia, 5 – current depression, 6 – depression during life

As seen in Table 2, the correlation coefficients of the adapted scale are consistent with the theoretical expectations. What is important, these correlations are at most moderate, so the YSQ-S3-PL is not redundant to well-known scales measuring positive psychological characteristics or psychopathology. The issue of the discriminant

validity between schemas or domains is somewhat more complex. For example – the results in the social phobia subscale are most positively correlated with the following schemas: Emotional Inhibition, Abandonment, Failure and Subjugation, which fits the disorder description. These schemas, however, are scattered across different domains, and their correlations with the criterion are highly similar. In turn, all schemas correlate significantly with depression measured by BDI and trait anxiety, indicating a common variance of schemas and constructs (up to about 44%). For BDI, the strongest correlations (minimum 0.60) were obtained for Isolation, Defectiveness, Failure and Negativity, which can be considered theoretically and clinically understandable. Similar results for depression (as well as for anxiety measured using SCL-90 and BDI) were obtained in Turkish, Korean and Canadian studies [2, 5, 16]. However, the weakest relationships (below 0.20) were obtained for Recognition-Seeking, Entitlement and Unrelenting Standards. By comparing these results, it can be seen that correct prediction of depressive symptoms on the basis of selected schemas may be difficult.

It should also be noted that not all studies on adaptation of the tool analyzed its validity, and in those in which it was analyzed, a discriminant validity was considered extremely rarely [see 1, 2, 4, 5, 8, 14–19]. The present study demonstrated significant negative relationships of many schemas with a sense of self-efficacy and optimism, and the strength of these relationships also excludes redundancy.

Recapitulation

The aim of the presented research was to prepare the Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire (YSQ-S3-PL). The need to adapt the tool stemmed from both its popularity revealed in numerous foreign studies, as well as therapeutic and clinical practice in which it could be helpful. On the basis of all the analyses carried out, it can be stated that the Polish version of the method does not differ in terms of both strengths and weaknesses from other language versions. It measures the general factor and specific factors saturated with it to varying degree, and does so with varying but acceptable reliability. The tool has satisfactory construct validity – its results cannot be reduced to measurement of depression, anxiety or other psychopathological symptoms. Also, they are not the reverse of optimism and self-efficacy or positive orientation, and the direction and strength of many relationships are consistent with the theoretical expectations. On the other hand, discriminative power of schemas in relation to various psychopathological symptoms requires further research. Thus, further studies, including diverse clinical groups, are recommended to establish the criterion validity of the method. Clinical trials are also needed to further verification of the factorial structure of the tool – there are suggestions that the structure may be different in the clinical and non-clinical population [1, 34].

In conclusion, the YSQ-S3-PL can be recommended for use but with the awareness of its psychometric limitations. Particularly, at the present stage of analysis in the

case of clinical diagnosis the results obtained with this tool should only be regarded as supportive, not conclusive.

References

1. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: Gdansk Psychological Publishing House; 2014.
2. Hawke LD, Provencher MD. *The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory factor analysis and validation in clinical and nonclinical samples*. *Can. J.* Behav. Sci. 2012; 44(1): 40–49. https://doi.org/10.1037/a0026197
3. Young J. *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3)*. New York: Cognitive Therapy Center; 2005.
4. Calvete E, Orue I, González-Diez Z. *An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3*. Eur. J. Psychol. Assess. 2013; 29(4): 283–290. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a00015.
5. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakir Z. *Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire-Short Form-3*. Türk J Psych. 2009; 20(1): 1–10.
6. Hoffart A, Sexton H, Hedley LM, Wang CE, Holthe H, Haugum JA et al. *The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales*. Cognitive Ther. Res. 2005; 29(6): 627–644. Doi: 10.1007/s10608-005-9630-0.
7. Kriston L, Schäfer J, Wolff von A, Härter M, Hölzel LP. *The latent factor structure of Young's early maladaptive schemas: Are schemas organized into domains?* J. Clin. Psychol. 2012; 68(6): 684–698. Doi: 10.1002/jclp.21846.
8. Sakulsriprasert C, Phukao D, Kanjanawong S, Meemon N. *The reliability and factor structure of Thai Young Schema Questionnaire-Short Form 3*. Asian Journal of Psychiatry. 2016; 24: 85–90. Doi: 10.1016/j.ajp.2016.09.011.
9. Carr SN, Francis AJ. *Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample*. Psychol. Psychother.-T. 2010; 83: 333–349. http://dx.doi.org/ 10.1348/147608309X481351.
10. Corral C, Calvete E. *Early maladaptive schemas and personality disorder traits in perpetrators of intimate partner violence*. Span. J. Psychol. 2014; 17: E1. Doi: 10.1017/sjp.2014.1.
11. Aaron DJ. *Early maladaptive schemas and substance use: Implications for assessment and treatment*. J. Addict. Dis. 2013; 12(4): 193–200. Doi: org/10.1097/ ADT. 0b013 e31827d8763.
12. Damiano SR, Reece J, Reid S, Atkins L, Patton G. *Maladaptive schemas in adolescent females with anorexia nervosa and implications for treatment*. Eat. Behav. 2015; 16: 64–71. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.10.016.
13. Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz A, Nissen C, Hertenstein E et al. *The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder*. BMC Psychiatry. 2014; 14: 362. Doi: 10.1186/s12888-014-0362-0.
14. Kriston L, Schäfer J, Jacob GA, Härter M, Hölzel LP. *Reliability and validity of the German Version of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3)*. Eur. J. Psychol. Assess. 2013; 29(3): 205–212. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000143.

15. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfehanian N. *Factor analysis of the Young Schema Questionnaire – Short Form in a nonclinical Iranian sample*. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008; 14(2): 214–219.
16. Lee SJ, Choi Y, Rim H, Won SH, Lee DW. *Reliability and validity of the Korean Young Schema Questionnaire-Short Form-3 in medical students*. Psychiat. Invest. 2015; 12(3): 295–304. Doi: 10.4306/pi.2015.12.3.295.
17. Bach B, Simonsen E, Christoffersen P, Kriston L. *The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3): Psychometric properties and association with personality disorders in a Danish mixed sample*. Eur. J. Psychol. Assess. 2015. http://dx.doi.org/ 10.1027/ 1015-5759/a000272 (retrieved: 20.05.2017).
18. Lyrakos DG. *The validity of Young Schema Questionnaire 3rd Version and the Schema Mode Inventory 2nd Version on the Greek population*. Psychology. 2014; 5: 461–477. doi: 10.4236/ psych.2014.5505
19. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. *The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample*. J. Behav. Ther. Exp. Psy. 2009; 40: 158–168.
20. Mącik D, Shchehelska K. *Związki wczesnych nieadaptacyjnych schematów Younga z samopoczuciem i sensem życia w zaburzeniu lękowym i depresyjnym*. Postępy Psychiatrii i Neurologii. 2015; 24: 208–216.
21. Mącik D, Sas E. *Therapy of anorexia and Young's early maladaptive schemas. Longitudinal study*. Current Issues in Personality Psychology. 2015; 3(4): 203–213. https://doi.org/10.5114/ cipp.2015.54713.
22. Kuncewicz D, Dragan M, Hardt J. *Validation of the Polish Version of the Symptom Checklist-27-plus Questionnaire 3*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(2): 345–358.
23. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11(4): 417–421.
24. Wrześniewski K, Sosnowski T, Matusik D. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI C.D. Spielbergera, R.L. Gorsucha i R. Lushene'a*. Warsaw: Psychological Test Laboratory of the Polish Psychiartric Association; 2002.
25. Juczyński Z. *Narzędzia stosowane w promocji i psychologii zdrowia*. Warsaw: Psychological Test Laboratory of the Polish Psychiartric Association; 2001.
26. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. Spine. 2000; 25: 3186–3191.
27. Drwal RŁ. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warsaw: Polish Scientific Publishers PWN; 1995.
28. Van Someren MW, Barnard YF, Sandberg JA. *The think aloud method: A practical guide to modelling cognitive processes*. London: Academic Press; 1994.
29. Horn JL. *A rationale and test for the number of factors in factoranalysis*. Psychometrika. 1965; 30: 179–185. http://dx.doi.org/10.1007/ BF02289447.
30. Velicer WF. *Determining the number of components from the matrix of partial correlations*. Psychometrika. 1976; 41: 321–327.
31. O'Connor BP. *SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and Velicer's MAP test*. Behavior Research Methods, Instruments, & Computers. 2000; 32: 396–402.
32. Sun J. *Assessing goodness of fit in confirmatory factor analysis*. Meas. Eval. Couns. Dev. 2005; 37(4): 240–256.

33. Shorey RC, Elmquist J, Anderson S, Stuart G. *The relationship between Early Maladaptive Schemas, depression, and generalized anxiety among adults seeking residential treatment for substance use disorders*. J. Psychoactive Drugs. 2015; 47(3): 230–238.

34. Lee Ch, Taylor G, Dunn J. *Factor structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample*. Cognitive Ther. Res. 1999; 23(4): 441–451.

Address: Jan Chodkiewicz
Department of Addiction Prevention and Psychology
Institute of Psychology, University of Lodz
91-433 Łódź, Smugowa Street 10/12

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

mgr Justyna Oettingen

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL)*" oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) *koncepcja i projekt pracy,*

b) *opracowanie metodologii,*

c) *udział w gromadzeniu danych i realizacji badania,*

d) *analiza i interpretacja danych,*

e) *opracowanie manuskryptu,*

f) *dobór piśmiennictwa i korekta opracowania,*

g) *zdobycie funduszy na wykonanie pracy.* *

Procentowy udział w jego powstanie określam na ..... 25% .....

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje mój indywidualny wkład przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

dr hab. Jan Chodkiewicz prof. UŁ

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL)*" oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) opracowanie metodologii,

b) udział w gromadzeniu danych i realizacji badania,

c) udział w opracowaniu manuskryptu,

Procentowy udział w jego powstanie określam na .....20%.....

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

Jan Chodkiewicz

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

dr hab. Dorota Mącik, prof. KUL

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. „*Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL)*" oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy,

b) opracowanie metodologii,

c) udział w gromadzeniu danych

i realizacji badania,

d) analiza i interpretacja danych,

e) opracowanie manuskryptu,

f) dobór piśmiennictwa i korekta opracowania,

g) zdobycie funduszy na wykonanie pracy. *

Procentowy udział w jego powstanie określam na ....25 %.....

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

Dorota Mącik

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

Warszawa, dnia 06.06.2023 r.

dr hab. Ewa Gruszczyńska

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. *„Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL)"* oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy (w części analitycznej)
b) opracowanie metodologii (w zakresie analizy czynnikowej, szczególnie bifactor)
d) analiza i interpretacja danych
e) opracowanie manuskryptu
f) dobór piśmiennictwa i korekta opracowania
Procentowy udział w jego powstanie określam na 30%.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

Ewa Gruszczyńska

.....

(podpis współautora)

Załącznik nr 4 Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ- S3-PL).

SKALA

1 - zupełnie nieprawdziwe o mnie
2 - przeważnie nieprawdziwe o mnie
3 - trochę bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe
4 - umiarkowanie prawdziwe o mnie
5 - przeważnie prawdziwe o mnie
6 - doskonale mnie opisuje

YSQ-S3-PL

dr Jeffrey Young* (*2005)

tłumaczenie: Justyna Oettingen (2013)

adaptacja i walidacja: Oettingen J., Chodkiewicz J., Mącik D., Ewa Gruszczyńska E. (2017)

Instrukcja: Poniżej znajduje się lista stwierdzeń, których ludzie mogą użyć do opisu siebie. Przeczytaj poniższe stwierdzenia, a następnie oceń, jak dokładnie każde z nich oddaje Twoją sytuację **w ciągu ostatniego roku**. Jeśli nie jesteś pewien/pewna, jakiej odpowiedzi udzielić, kieruj się tym, co **czujesz,** a nie tym, którą odpowiedź uznajesz za poprawną.

Kilka z poniższych stwierdzeń dotyczy Twoich relacji z rodzicami lub życiowym partnerem. Jeśli którakolwiek z tych osób już nie żyje, udziel odpowiedzi zgodnie z tym, jakie były Wasze relacje za ich życia. Jeśli obecnie nie posiadasz partnera, jednak miałeś/miałaś w przeszłości, udziel odpowiedzi na podstawie swojego ostatniego znaczącego związku.

Wybierz odpowiedź zaznaczając **najwyższą cyfrę w skali od 1 do 6**, która najlepiej opisuje Ciebie (jest najbardziej prawdziwa, jeśli chodzi o Ciebie), następnie wpisz wynik w linii przed każdym stwierdzeniem.

SKALA

1 - zupełnie nieprawdziwe o mnie
2 - przeważnie nieprawdziwe o mnie
3 - trochę bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe
4 - umiarkowanie prawdziwe o mnie
5 - przeważnie prawdziwe o mnie
6 - doskonale mnie opisuje

SKALA

1 - zupełnie nieprawdziwe o mnie
2 - przeważnie nieprawdziwe o mnie
3 - trochę bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe
4 - umiarkowanie prawdziwe o mnie
5 - przeważnie prawdziwe o mnie
6 - doskonale mnie opisuje

1. _____	Dotychczas nie było przy mnie nikogo, kto opiekowałby się mną, dzieliłby się sobą czy głęboko troszczyłby się o to, co się ze mną dzieje.
2. _____	Kurczowo trzymam się ludzi, którzy są mi bliscy, ponieważ boję się, że mogę ich stracić.
3. _____	Czuję, że zostanę wykorzystany(a) przez ludzi.
4. _____	Nie pasuję do otoczenia.
5. _____	Żaden mężczyzna/żadna kobieta, którego/której pragnę nie będzie w stanie mnie pokochać, jak tylko odkryje moje wady lub defekty.
6. _____	Prawie nic, co robię w pracy (szkole), nie jest tak dobre jak to, co robią inni.
7. _____	Czuję, że sam(a) nie dałbym(abym) sobie rady w codziennym życiu.
8. _____	Nie mogę pozbyć się uczucia, że wydarzy się coś złego.
9. _____	Nie mogę odseparować się od moich rodziców w sposób, w jaki zrobili to moi rówieśnicy.
10. _____	Wydaje mi się, że jeśli robię to, co chcę, jedynie proszę się o kłopoty.
11. _____	To ja zazwyczaj zajmuję się osobami, które są mi bliskie.
12. _____	Jestem zbyt nieśmiały, żeby okazywać innym pozytywne uczucia (np. sympatię, troskę).
13. _____	Muszę zawsze być najlepszy(a) prawie we wszystkim co robię; nie umiem zaakceptować drugiego miejsca.
14. _____	Dużym problemem dla mnie jest akceptacja odmowy ze strony innych ludzi, kiedy ich o coś proszę.
15. _____	Trudno mi zdyscyplinować siebie do wykonywania rutynowych lub nudnych zadań.
16. _____	Posiadanie pieniędzy oraz znajomości z ważnymi osobistościami sprawia, że czuję się wartościowy(a).
17. _____	Nawet, jeśli sprawy układają się pomyślnie, mam wrażenie, że jest to tylko tymczasowe.
18. _____	Jeżeli popełnię błąd, zasługuję na karę.
19. _____	Nie ma wokół mnie ludzi, którzy okazaliby mi ciepło, wsparcie i czułość.
20. _____	Tak bardzo potrzebuję innych ludzi, że martwię się, że ich stracę.
21. _____	Czuję, że muszę mieć się na baczności w obecności innych ludzi, bo inaczej oni naumyślnie wyrządzą mi krzywdę.

SKALA

1 - zupełnie nieprawdziwe o mnie
2 - przeważnie nieprawdziwe o mnie
3 - trochę bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe
4 - umiarkowanie prawdziwe o mnie
5 - przeważnie prawdziwe o mnie
6 - doskonale mnie opisuje

22. _____	Bardzo różnię się od innych ludzi.
23. _____	Żadna osoba, której pragnę nie chciałaby być blisko mnie, gdyby wiedziała, jaki(a) jestem naprawdę.
24. _____	Jestem nieudolny(a), jeśli chodzi o życiowe osiągnięcia.
25. _____	Uważam siebie za osobę zależną od innych w codziennym funkcjonowaniu.
26. _____	Czuję, że coś strasznego (klęska żywiołowa, finansowa, napaść lub choroba) może się zdarzyć w każdej chwili.
27. _____	Moi rodzice są zbytnio zaangażowani w moje życie oraz problemy - i vice versa.
28. _____	Czuję, że nie mam wyboru i muszę spełniać oczekiwania innych, w przeciwnym razie będą się na mnie mścić, będą na mnie źli lub zostanę przez nich w jakiś sposób odrzucony(a).
29. _____	Jestem dobrym człowiekiem, ponieważ więcej myślę o innych niż o sobie.
30. _____	Krępuje mnie okazywanie uczuć innym ludziom.
31. _____	Staram się dawać z siebie wszystko; „wystarczająco dobrze” mnie nie zadowala.
32. _____	Jestem wyjątkowy(a) i nie powinienem/powinnam być zmuszany(a) do akceptacji wielu restrykcji i ograniczeń nakładanych na innych ludzi.
33. _____	Jeżeli nie mogę osiągnąć zamierzonego celu, szybko się zniechęcam (frustruję) i poddaję.
34. _____	Osiągnięcia znaczą dla mnie najwięcej wtedy, kiedy inni ludzie je zauważają.
35. _____	Kiedy dzieje się coś dobrego, martwię się, że następnie wydarzy się coś złego.
36. _____	Jeżeli nie daję z siebie wszystkiego, powinienem/powinnam się spodziewać, że odniosę porażkę.
37. _____	Dotychczas nie czułem(am), że jestem dla kogoś wyjątkowy(a).
38. _____	Martwię się, że ludzie, którzy są mi bliscy, odejdą lub opuszczą mnie.
39. _____	To tylko kwestia czasu zanim ktoś mnie zdradzi.
40. _____	Nie należę do żadnej grupy; jestem samotnikiem/samotniczką.
41. _____	Nie jestem wart(a) miłości, uwagi ani szacunku ze strony innych ludzi.
42. _____	Większość ludzi jest ode mnie zdolniejsza jeśli chodzi o pracę i inne osiągnięcia.
43. _____	Brak mi zdrowego rozsądku.
44. _____	Martwię się, że ktoś mnie zaatakuje fizycznie.
45. _____	Zarówno dla mnie, jak i dla moich rodziców bardzo trudne jest utrzymanie w tajemnicy

SKALA

1 - zupełnie nieprawdziwe o mnie
2 - przeważnie nieprawdziwe o mnie
3 - trochę bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe
4 - umiarkowanie prawdziwe o mnie
5 - przeważnie prawdziwe o mnie
6 - doskonale mnie opisuje

	przed sobą intymnych szczegółów z naszego życia bez poczucia winy lub zdrady.
46. _____	W związkach zazwyczaj zgadzam się na to, by druga osoba miała pozycję dominującą.
47. _____	Robienie różnych rzeczy dla ludzi, na których mi zależy, zajmuje mi tyle czasu, że prawie nie mam go już dla siebie.
48. _____	Sprawia mi trudność bycie swobodnym(ą) i spontanicznym(ą) wśród ludzi.
49. _____	Muszę wypełniać wszystkie swoje obowiązki.
50. _____	Nie znoszę być ograniczany(a) ani powstrzymywany(a) przed robieniem tego, co chcę.
51. _____	Rezygnowanie z natychmiastowej nagrody lub przyjemności po to, żeby osiągnąć długoterminowe cele, sprawia mi trudność.
52. _____	Jeżeli nie poświęca mi się dużo uwagi, czuję się mało ważny(a).
53. _____	Nigdy nie dość ostrożności; zawsze coś może się nie udać.
54. _____	Jeżeli nie wykonuję dobrze swojej pracy, powinienem/powinnam ponieść konsekwencje.
55. _____	Nie mam nikogo, kto by mnie naprawdę słuchał, rozumiał lub wsłuchałby się w moje prawdziwe potrzeby i uczucia.
56. _____	Kiedy wydaje mi się, że ktoś, na kim mi zależy, oddala się ode mnie lub chce mnie opuścić, czuję się zdesperowany(a).
57. _____	Jestem podejrzliwy(a) co do motywów innych ludzi.
58. _____	Czuję się wyobcowany(a) lub odcięty(a) od innych ludzi.
59. _____	Czuję, że nie da się mnie kochać.
60. _____	W tym, co robię nie jestem tak utalentowany(a) jak większość ludzi.
61. _____	W codziennych sytuacjach nie można polegać na mojej opinii.
62. _____	Martwię się, że stracę wszystkie pieniądze, zostanę biedny(a) i bez środków do życia.
63. _____	Czuję się tak, jakby moi rodzice żyli moim życiem – jakbym nie miał(a) własnego życia.
64. _____	Zawsze pozwalam innym wybierać za mnie, więc nie wiem tak naprawdę, czego sam(a) chcę.
65. _____	To zawsze ja wysłuchuję problemów innych ludzi.
66. _____	Kontroluję siebie tak bardzo, że wiele osób uważa, że jestem pozbawiony(a) uczuć i emocji.

SKALA

1 - zupełnie nieprawdziwe o mnie
2 - przeważnie nieprawdziwe o mnie
3 - trochę bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe
4 - umiarkowanie prawdziwe o mnie
5 - przeważnie prawdziwe o mnie
6 - doskonale mnie opisuje

67. _____	Czuję na sobie ciągłą presję zdobywania osiągnięć i wykonywania zadań.
68. _____	Czuję, że nie muszę przestrzegać zwykłych zasad lub norm, które obowiązują innych ludzi.
69. _____	Nie umiem zmusić się do robienia rzeczy, które nie sprawiają mi przyjemności, nawet jeśli wiem, że to dla mojego własnego dobra.
70. _____	Jeśli prezentuję swoje uwagi podczas spotkania lub jestem przedstawiany(a) w nowym towarzystwie, ważne jest dla mnie zdobycie uznania i podziwu.
71. _____	Nieważne, jak ciężko pracuję i tak martwię się, że zostanę bez grosza i stracę prawie wszystko, co posiadam.
72. _____	Nieważne, dlaczego popełniam błąd. Jeżeli robię coś źle, powinienem (powinnam) ponieść konsekwencje.
73. _____	Dotychczas nie było przy mnie silnej lub mądrej osoby, która udzieliłaby mi dobrej rady lub wskazałaby kierunek, kiedy nie byłem pewien (nie byłam pewna), jak postąpić.
74. _____	Czasami tak bardzo martwię się o to, że ludzie mnie opuszczą, że sam(a) ich odpycham.
75. _____	Zazwyczaj doszukuję się ukrytych motywów w postępowaniu innych ludzi.
76. _____	Zawsze czuję, że jestem poza grupą.
77. _____	Na najbardziej podstawowym poziomie jestem nie do zaakceptowania, więc nie mogę odkryć siebie przed innymi ani pozwolić im, żeby mnie dobrze poznali.
78. _____	W pracy (w szkole) nie jestem tak zdolny(a)/bystry(a) jak większość ludzi.
79. _____	Brak mi pewności w rozwiązywaniu codziennych problemów.
80. _____	Martwię się, że zapadnę na groźną chorobę, mimo że lekarz nie zdiagnozował u mnie żadnych poważnych problemów.
81. _____	Często czuję, że nie posiadam tożsamości odrębnej od tożsamości moich rodziców/rodzica czy partnera/-ki.
82. _____	Sprawia mi dużo kłopotu domaganie się, by moje prawa były respektowane oraz żeby moje uczucia były brane pod uwagę.
83. _____	Wielu ludzi uważa, że zbyt dużo robię dla innych i zbyt mało dla siebie.
84. _____	Ludzie postrzegają mnie jako osobę skrytą, zamkniętą w sobie.
85. _____	Nie umiem z łatwością sobie odpuścić lub znaleźć usprawiedliwienia dla popełnianych

SKALA

1 - zupełnie nieprawdziwe o mnie
2 - przeważnie nieprawdziwe o mnie
3 - trochę bardziej prawdziwe niż nieprawdziwe
4 - umiarkowanie prawdziwe o mnie
5 - przeważnie prawdziwe o mnie
6 - doskonale mnie opisuje

	przez siebie błędów.
86. _____	Czuję, że to, co mam do zaoferowania, jest bardziej wartościowe niż wkład innych ludzi.
87. _____	Rzadko udaje mi się postępować zgodnie z własnymi postanowieniami.
88. _____	Liczne pochwały i komplementy sprawiają, że czuję się wartościowy(a).
89. _____	Martwię się, że błędna decyzja może doprowadzić do katastrofy.
90. _____	Jestem złą osobą, która zasługuje na karę.

© 2005 Dr Jeffrey Young. Informacje pod adresem: Schema Therapy Institute, 130 West 42nd St., Ste. 501, New York, NY 10036. E-mail: institute@schematherapy.com.
Tłumaczenie na język polski za zgodą Dr Jeffrey'a Young'a - Justyna Oettingen, e-mail: justyna.oettingen@gmail.com. Bezprawne powielanie, tłumaczenie lub modyfikowanie bez pisemnej zgody autora jest zabronione.
Polska adaptacja i walidacja: Oettingen J., Chodkiewicz J., Mącik D., Ewa Gruszczyńska E. (2017) *Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL)* Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 82: 1–12
http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/onlinefirst/Oettingen_PsychiatrPolOnlineFirstNr82.pdf

Załącznik nr 5 Artykuł z monotematycznego cyklu składającego się na rozprawę doktorską wraz z oświadczeniami współautorów: Oettingen, J. Gierowski JK., Grabski B., Micek A. *A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland***.** Archives of Psychiatry and Psychotherapy Online First 2023; Nr 23: 1–14. [DOI: 10.12740/APP/166604].

Archives of Psychiatry and Psychotherapy Online First Nr 23: 1–14

Published ahead of print 15 June 2023
10.12740/APP/166604

A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland

Justyna Oettingen, Józef K. Gierowski, Bartosz Grabski, Agnieszka Micek

Abstract

Introduction: This study aims to explore differences in the prevalence of early maladaptive schemas (EMS) in convicted sexual offenders (CSO's) as compared to the general male population (control group).

Methods: The study included 102 men incarcerated for sexual offences and 167 men from a non-criminal population. The study used the Polish version of Young's schema questionnaire - YSQ-S3-PL.

Results: The results demonstrated a higher degree of EMS severity in CSO except in the 'impaired limits' domain where non-criminal individuals scored higher. The individuals who have committed sexual offenses displayed more extensive and severe schemas than non-criminal / non-treated males (including more EMS domains).

Discussion: The study revealed nine early maladaptive schemas characterising the specific mind-set of male sex offender convicts. The results seem to illustrate well the genesis of the formation of a disordered personality as described by J. Young within the schema therapy concept. In the context of the cited studies, these structures - in addition to their important role in the development of psychopathology - appear to contribute to sexual offending.

Conclusions: The conclusion emerging from the findings is that EMS are an important problem for Individuals involved in sexual offending. A consideration of these schemas in the psychotherapy of CSO's would help develop new and effective therapeutic protocols designed to treat that particular population and reduce the rate of repeat offending.

early maladaptive schemas – EMS; convicted sexual offenders –CSO; sexual offending

INTRODUCTION

A determination of the importance and role of cognitive factors in the process of becoming an offender has become an interesting field of research over the past years. Initially, research on the cognitive style of offenders focused mainly on cognitive distortions [1-3], seeing in them a number of factors contributing to the commission of a crime. The late 1990s marked the emergence of models based on cognitive sche-

Justyna Oettingen[1,2], Józef K. Gierowski[3], Bartosz Grabski[4], Agnieszka Micek[5]: [1] Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland; 2 Forensic Sexology Lab, Institute of Sexology and Psychotherapy, Kraków, Poland ; 3 University of the Social Sciences and Humanities, SWPS Faculty in Katowice, Poland; 4 Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Sexology Lab, Jagiellonian University Medical College ; 5 Faculty of Health Science, Institute of Nursing and Midwifery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland
Correspondence address: justyna.oettingen@gmail.com

mas. Ward et al. (2000) presented the first schema-based model to explain the process of commission of a sex offence [4]. This was followed by Mann and Beech (2003) who proposed their own model, which was also based on schema concepts [5]. Recidivism prevention models and cycle of crime theories all take account of these structures [6]. These reports provided the stimulus for research aimed at the identification of CSO' deeper cognitive structures – i.e. Early Maladaptive Schemas (EMS, schemas). Conceptualised by Jeffrey Young, these schemas represent harmful cognitive/emotional patterns that originate in early childhood and develop, become entrenched and repeat later in life [7, 8]. They are a ubiquitous filter triggered in the continuous process of collecting and processing information about self, others, and the environment. They cover several important areas (domains) relating to fundamental biologically and evolutionarily conditioned human needs connected with their relationship with their primary caregiver[1].

SCHEMA DOMAINS and interpersonal behaviour

In Young's view, the rise of psychopathological symptoms is related to frustration of fundamental needs at an early stage of childhood development. The child's core needs (i.e. security, bonding, autonomy, acceptance, expression and boundaries) are laid open to unfavourable external factors[2] of a chronic (e.g. toxic parenting environment, caregiver illness) or episodic nature (e.g. experience of trauma, loss). Life experiences that generate need frustration is locked in a cycle of constant re-interpretation which congeals with time into a rigid life pattern (early maladaptive schema) composed of memories, physical sensations, emotions and cognitive constructs. This particular schema, while maladaptive, is perpetuated over the course of a person's life, as it provides a sense of predictability and constancy, and therefore – according to Young – accurately captures the nature of psychopathology and underlying personal, interpersonal and social difficulties. The literature points out that schemas considerably modify an individual's quality of functioning in various areas of life, while also being strongly associated with abnormal behavioural traits [9]. They significantly impair an individual's quality of life, relationships, connectedness, and affect self-esteem, behaviour and well-being [10]. Driven by frustrated needs, a person's maladaptive behaviours can vary according to the domain of neglect [Table 1]. For example: in the context of **disconnection & rejection**, deprivation of the need for security, stability, care, understanding, respect and sharing of feelings can lead to attachment-building in adulthood (i.e. establishing and maintaining deep emotional bonds with another person) or result in the repetition of a pathological pattern of (violent) relationships. Within the area of **impaired autonomy & performance** there appears a lack of confidence in one's own ability to separate, survive, function independently or act effectively, resulting in an inability to manage one's own behaviour responsibly, difficulty in making choices giving consideration to one's own and others' needs, and in forming reciprocal social relationships [11]. The deprivation of the need to have reasonable boundaries, associated with the domain of **impaired limits,** can create problems with self-control and achievement of long-term goals, as well as impaired ability to respect the rights of others, cooperate and offer commitment.

In light of the above, it seems pertinent to determine whether identifying and delimiting the area of frustrated needs of offenders will help to understand offending sexual behaviour.

The study of schemas in various disorders or health problems (i.e. addictions, personality disorders, affective disorders, *post-traumatic stress disorder* [PTSD], ACA Syndrome [Adult Children of Alcoholics], alexithymia and others) has recently attracted considerable interest in Poland. However, to the best of our knowledge,

[1] Young's concept of EMS formation takes into consideration the role of biological and neuronal features.

[2] The Schema therapy concept distinguishes 4 types of early developmental experiences that can lead to EMS: when a child has too few good experiences (toxic need frustration); when a child experiences harm or becomes a victim of violence (traumatisation or victimisation); when a child experiences too much of a good thing (over-caring), and when a child selectively internalises or selectively identifies with important people (identification with significant others) [8, p: 30].

these structures have not yet been investigated in the context of human sexual functioning and its disruption involving sexual pathology, i.e. in the population of convicted male sex offenders. Other countries have investigated the occurrence of EMS in rapists [11]; differences in their prevalence between CSO and non-offenders have been studied [12]; the prevalence of these structures in rapists, child molesters and non-offenders have been compared [13]; rapists, child molesters (paedophilic and non-paedophilic), and non-sex offenders have also been compared in that respect [14]. Comparative studies have also been conducted between child sexual offenders, adult sexual offenders and non-sexual offenders [15]. The results of foreign studies cited suggest that EMS may influence offenders' self-perceptions [13, 15-16], that they are associated with aggressive sexual behaviour [14], and that they play a role in criminal behaviour [17].

The object of the present study was to investigate the presence of EMS in the population of convicted male sex offenders in Poland and to examine differences in the type and severity of EMS between convicted sex offenders and the non-criminal male population. In light of the above, the following research questions were posed:

1. Do the study groups differ with respect to the type and severity of EMS?
2. Is there a characteristic EMS constellation that may translate to the specific schema profile found in convicted male sex offenders?

Table 1. Early maladaptive schemas and schema domains

Domain: DISCONNECTION AND REJECTION Schemes include deprivation of the need for security, stability, care, understanding, respect and sharing of feelings.
Abandonment/instability - the belief that loved ones will not be able to provide emotional support, a sense of strength or protection and cannot be relied upon. **Mistrust/abuse** - the feeling that others are dishonest, hurtful, harmful, humiliating, manipulative and exploitative nd therefore untrustworthy. **Emotional deprivation** - the belief that one's need for emotional support and care from others will not be met. **Defectiveness/shame** – experiencing oneself as inferior, defective and not good enough/perfect enough, unworthy of love. **Social isolation/alienation** - the feeling that one is isolated from the rest of the world, different from all other people, or that one is not part of a group or community.
Domain: IMPAIRED AUTONOMY AND PERFORMANCE Schemes involving a lack of confidence in the ability for separation, survival, independent functioning and effective action
Dependence/incompetence - the belief in one's own incompetence to cope, take care of oneself/one's own needs, make decisions and solve everyday problems/tasks. **Vulnerability to harm or illness** – the belief that something bad will happen that cannot be prevented. **Enmeshment/undeveloped self** – excessive involvement and emotional enmeshment in a relationship with another person at the expense of a clear sense of self-identity, distinctiveness or direction. **Failure –** belief in one's own inferiority in the area of achievement (or) competence resulting in comparison with others, experiencing oneself as more stupid, untalented, under-educated or doomed to failure.
Domain: IMPAIRED LIMITS Schemes involving difficulties in respecting the rights of others, undertaking cooperation, commitment or setting personal goals and pursuing them.
Entitlement/grandiosity the belief that one is special, better than others and that one has special rights and privileges and that one is not bound to the rules of reciprocity on which interpersonal relationships are based. **Insufficient self-control/self-discipline** Difficulty with self-control and tolerating frustration or failure. Avoidance of any discomfort at the expense of honesty, unfulfilled needs, abandoned commitments.
Domain: OTHER-DIRECTEDNESS The schemas originate from the suppression of important elements of one's own personality, in order to gain love, attention, support or to avoid revenge, and the focus on other people's desires, feelings and reactions, at the expense of one's own needs.

Subjugation – submission to the will of others for fear of unpleasant consequences, resulting in an attitude of exaggerated submissiveness generating anger shown through maladaptive symptoms (i.e. passive-aggressive behaviour, uncontrolled outbursts of anger, psychosomatic symptoms, hiding feelings, 'role-playing' or abuse of psychoactive substances). **Self-sacrifice** - excessive focus on meeting the needs of others in everyday situations, at the expense of one's own needs or personal gratification. **Approval-seeking/recognition-seeking** – an excessive focus on gaining support and recognition from others, and on attracting attention and fitting in with others, at the expense of developing a true and secure sense of self.
Domain: OVERVIGILANCE & INHIBITION Schemas are associated with the inhibition of spontaneous feelings, impulses and choices or an exaggerated focus on acting according to strict, internalised rules and expectations regarding fulfilled tasks and ethical behaviour.
Negativity/pessimism – an excessive focus on the negative aspects of life while minimising or ignoring the positive or optimistic aspects of life, resulting in exaggerated caution, vigilance, excessive worry, complaining and inability to make decisions. **Emotional inhibition** - a tendency to suppress spontaneous actions, to refrain from showing feelings (whether anger, aggression or positive impulses) and from showing weakness, resulting from a desire to avoid criticism, shame or loss of control over one's own behaviour. **Unrelenting standards/hypercriticality** - the belief that one must meet and adhere to excessive standards of behaviour in order to avoid criticism, resulting in a sense of pressure and reduced self-esteem. **Punitiveness** - the belief that people should be severely punished for their mistakes, involving a tendency to express anger, intolerance/patience, difficulty in forgiving or justifying mistakes, and deficits in understanding the feelings of others and accepting human imperfections.

(compiled from: Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M. E. 2014; pp: 33-37) [8].

METHOD

Study subjects: The study included 152 men serving sentences of imprisonment in several prisons in Poland for sexual offences, of which 102 were qualified for analysis. The main criterion for selection into the group was a final conviction for a sexual offence specified in Chapter 25 of the Polish Criminal Code [18]. The men studied have been convicted of at least one sexual offence, some of them having an extensive record of sexual offences.

Research tools: The questionnaire study was conducted with the consent of the study subjects and supervised by the author of the paper. The study was voluntary. The male inmates were informed about the rules of the study and their rights, including the right to refuse to participate in the study, to stop the study at any time, to take a break, to refuse to answer any question.

File research was conducted without the participation of the respondents. The extracted data included data on the offender, the act committed by the offender and information on the victim and the victim-offender relationship. That data was plotted onto the "Sexual Offender Penitentiary File Extract Questionnaire" compiled specifically for the study.

Excluded from the analyses were 5 offenders who withdrew their consent to the survey, 7 offenders whose files were incomplete or unavailable and 38 whose responses on the YSQ-S3-PL contained missing data. Finally, analyses were conducted on a sample of 102 male convicted offenders.

The study also included a control group consisting of 167 men with no treatment and no criminal record, selected from a larger group of individuals recruited for other studies[3] (see Oettingen et al. 2018) [19] In the current study, control subjects were matched at least one to each

[3] The control group consisted of men selected from research on the Polish adaptation of the YSQ-S3-PL questionnaire. This research included a sample of 1,529 adults with no criminal record (927 females and 585 males) aged 18-85 years (mean age was 32 years), from non-clinical groups.

[4] No. 122.6120.97.2017.

offender (where possible) and similar in age (+/ – 5 years) and with the same education. The study was approved by the Jagiellonian University's Bioethics Committee[4].

The study used a Polish abbreviated version of Young's Schema Questionnaire [YSQ-S3-PL] to assess the severity of early maladaptive schemas – one of the central theoretical constructs of Schema Therapy. This method examines self-reported schemas. The questionnaire consists of 90 test items assigned to 18 scales corresponding to each schema. The responses comprise a 6-point Likert scale (response model ranging from 1 – 'completely untrue about me' to 6 – 'describes me perfectly'). The tool allows identifying the pattern of schemas characteristic of particular individuals. Scores for each schema range from 5 to 30. The higher the score, the higher the severity of the schema. The questionnaire achieved satisfactory psychometric properties (reliability measured by Cronbach's α coefficient showed varying internal consistency of the subscales, ranging from 0.80 to 0.62) [19].

Statistical analysis

Early maladaptive schemas (EMS), characterised by right-skewed distributions, were logarithmised to obtain distributions not significantly different from normal distributions. Descriptive statistics for the log-transformed EMS variables as well as for respondent age were presented, using mean and standard deviations (SD). T-student tests or one-way ANOVA with Bonferroni's correction for multiple comparisons were used to compare logarithmic EMS values across different respondent groups (control group vs convicted sexual offenders). The effect magnitude was expressed using the Cohen's statistic and the strength of the effect was visualised with the eta-square statistic. A difference was considered statistically significant if the p-value was less than 0.05, all tests being two-sided. Analyses were carried out, using SPSS software version 26.0 (Chicago, USA).

RESULTS

The study involved 102 convicted sexual offenders with an average age of 33.2 (SD=12.54) years and 167 control subjects with an average age of 36.2 (SD=14.34) years. Among those convicted of sexual offences, the majority (40 %) had received a vocational education. As many as 36% of the CSO's surveyed came from rural areas, less than 16 % were married at the time of the survey. The most common offences committed by the CSO's were offences under Article 200 (43%) and 197 (41%). Of those convicted, 33% were serving their sentence in the therapeutic regime. As many as 40% of the male offenders surveyed had annotations on their criminal record for committing non-sexual offences in addition to a sexual offence. Repeat offenders accounted for 23.5% of the offenders surveyed. Table 2 shows the detailed characteristics of the studied offenders.

Table 2. Characteristics of men convicted of sexual offences

Variable	Category	n (%)
Education	Basic	18 (17.7)
	Lower secondary school	13 (12.8)
	Vocational	40 (39.2)
	Higher secondary school	13 (12.8)
	University	9 (8.8)
	Missing	9 (8.8)
Place of residence	Countryside	37 (36.3)
	City	26 (25.5)
	Town	26 (25.5)
	No permanent residence	1 (1.0)

	Missing	12 (11.8)
Marital status	Single	51 (50.0)
	Married	16 (15.7)
	Separated	12 (11.8)
	Divorced	3 (2.9)
	Cohabitation/informal relationship	7 (6.9)
	Widowed	2 (2.0)
	Missing	11 (10.8)
Category of offender	Paedophile (Article 200)	44 (43.1)
	Rapist (Article 197)	42 (41.2)
	Other (Article 198, Article 199, Article 201)	10 (9,8)
	Missing	6 (5.9)
Ward	Regular	14 (13.7)
	Therapeutic/special	34 (33.3)
	Missing	54 (52.9)
Criminal versatility	Only sex offences	46 (45.1)
	Miscellaneous offences, including sexual	41 (40.2)
	Missing	15 (14.7)
Previous criminal record	None	44 (43.1)
	Repeat offender	24 (23.5)
	Missing	24 (23.5)

The results of a comparative analysis of the incidence and severity of early maladaptive schemas in the study groups (SO vs. CG) are presented in Table 3.

Table 3. EMS comparison between convicted sexual offenders (CSO) and control group (CG)

	CSO (n = 102)	**CG (n = 167)**	**Effect magnitude**			
	mean (sd)	**mean (sd)**	**t Statistic**	**df**	**p**	**Cohen's d**
Disconnection/Rejection	0.95 (0.41)	0.82 (0.32)	3.094	267	0.002	0.39
Emotional deprivation	0.77 (0.55)	0.68 (0.43)	1.446	267	0.149	0.18
Abandonment/Instability	1.18 (0.43)	0.91 (0.4)	5.285	267	<0.001	0.66
Mistrust/Abuse	1.02 (0.5)	0.91 (0.38)	2.074	267	0.039	0.26
Social isolation/Alienation	0.83 (0.52)	0.79 (0.42)	0.598	267	0.55	0.08
Defectiveness/Shame	0.71 (0.53)	0.6 (0.42)	1.834	267	0.068	0.23
Impaired Autonomy and/or Performance	0.83 (0.4)	0.69 (0.36)	2.980	267	0.003	0.37
Failure	0.83 (0.46)	0.64 (0.45)	3.433	267	<0.001	0.43
Dependence/Incompetence	0.71 (0.46)	0.69 (0.42)	0.467	267	0.641	0.06
Vulnerability to harm or illness	0.92 (0.52)	0.72 (0.43)	3.374	267	<0.001	0.42
Enmeshment/Undeveloped self	0.72 (0.44)	0.61 (0.42)	2.022	267	0.044	0.25
Impaired Limits	0.91 (0.4)	1.09 (0.3)	-4.307	267	<0.001	0.54
Entitlement/Grandiosity	0.92 (0.42)	1.09 (0.33)	-3.680	267	<0.001	0.46

Insufficient self-control/Self-discipline	0.85 (0.47)	1.06 (0.38)	-4.002	267	<0.001	0.5
Other-Directedness	1.11 (0.32)	1.02 (0.26)	2.649	267	0.009	0.33
Subjugation	0.87 (0.41)	0.73 (0.4)	2.787	267	0.006	0.35
Self-sacrifice	1.25 (0.39)	1.06 (0.33)	4.273	267	<0.001	0.54
Approval-seeking /Recognition-seeking	1.08 (0.48)	1.13 (0.38)	-0.941	267	0.348	0.12
Overvigilance/Inhibition	1.13 (0.32)	1.03 (0.26)	2.701	267	0.007	0.34
Emotional inhibition	0.97 (0.42)	0.89 (0.41)	1.513	267	0.132	0.19
Unrelenting standards/Hypercriticalness	1.12 (0.38)	1.15 (0.31)	-0.766	267	0.445	0.1
Negativity/Pessimism	1.14 (0.45)	0.98 (0.38)	3.197	267	0.002	0.4
Punitiveness	1.14 (0.44)	0.96 (0.37)	3.523	267	<0.001	0.44

Compared to the control group, convicted sexual offenders presented a statistically significantly higher EMS severity within the following domains: *disconnection/rejection, impaired autonomy, other-directedness, overvigilance and inhibition.* In contrast, those in the control group scored higher in the *impaired limits* domain.

Within the domain of *disconnection/rejection,* the effect of the following schemas was strongest in offenders: abandonment/instability and mistrust/abuse.

Within the domain of *impaired autonomy,* the effect of the following schemas was strongest in offenders: failure, vulnerability to harm or illness and enmeshment/undeveloped self.

Within the domain of *other-directedness,* the effect of the following schemas was strongest in offenders: self-sacrifice and subjugation.

Within the domain of *overvigilance and inhibition,* the effect of the following schemas was strongest in offenders: punitiveness and pessimism.

In contrast, within the domain of *impaired limits*, the relationship was reversed, indicating higher scores for the schemas of insufficient self-control/self-discipline and entitlement/grandiosity in the control group.

DISCUSSION

The main aim of the study was to investigate differences between convicted sexual offenders and general population males (control group) as to the type and severity of early maladaptive schemas.

The results obtained in the study showed that Individuals who have committed sexual offenses, compared to the control group, present significantly higher EMS severity within the following domains: *disconnection/rejection, impaired autonomy, other-directedness, overvigilance and inhibition.*

This result is supported by the study of Carvalho, Nobre (2014) indicating that convicted sex offenders compared to non-offenders presented significantly more schemas in the mentioned domains (excluding the domain of other-directedness) [13], and by the study of Manesh et al, (2010), in which rapists compared to healthy non-convict males were characterised by significantly higher schema intensity in the domain of *disconnection/rejection* and in the domain of *impaired autonomy* [11].

The results seem to illustrate well the genesis of the formation of a disordered personality as described by J. Young et al. (1999, 2014) within the schema therapy concept [8, 20, 21]. According to this concept, EMS shape the personality in an unusual (abnormal) way. At the same time, the stronger and more extensive they are, the more visible their influence is in the individual's behaviour [9]. In the context of the cited studies, these structures – in addition to their important role in the development of psychopathology – appear to contribute to sexual offending.

An interesting and counterintuitive result obtained in the discussed studies by non-convict males is the higher scores within the domain of *impaired limits* characterised by difficulty in achieving distant goals, low frustration tolerance and lack of responsibility. Having schemas in this domain leads to difficulties in respecting the rights of others, cooperating with others, and formulating commitments. The result is surprising given the research conducted by

Szlachcic et al (2015), in which schemas falling within this domain were found to be associated with attitudes most conducive to offending [22]. However, the cited research was conducted on a small sample (n=31) of sex offenders with mental disorders stationed in low – and maximum-security detention units.

The result we obtained can be interpreted in several ways. Firstly, this result may be related to the context of the study (incarceration vs. freedom). The study of offenders was conducted in prison isolation, which is a space characterised by order and discipline. Male inmates are subject to penitentiary interventions designed to encourage co-operation in the formation of socially desirable attitudes; they are educated and motivated to comply with legal and social norms. The boundaries set by these norms are clearly defined in the penitentiary and their observance provides offenders with privileges. On the other hand, violations of the rules, non-compliance with the instructions of guards or with penal regulations (i.e. under Article 117 of the Penitentiary Code) carry a punishment [23]. In contrast; the control group males were usually not subject to such strict rules of behaviour in their environment, especially when they may feel anonymous (as was the case in our study). A good case in point is our research on social media and the growing hate culture. The term does not have a legal or psychological definition, but the Polish language dictionary 'hate' as unfavourable, depreciating, discrediting, hateful content [24]. It is usually referred to in relation to content posted on the Internet, although in recent years the problem has also started to be present offline, e.g. in face-to-face conversation, but there it usually occurs in more subtle and less vulgarised forms (e.g. sarcasm). Sarcastic language is considered to be a common type of verbal aggression delivered under the cloak of politeness; however, it is – like any form of aggression – a violation of interpersonal boundaries, as its purpose is to hurt the other person. The domain of *impaired limits*, with its constituent schemas, occurs at a heightened rate in the non-clinical population, possibly signalling the emergence of difficulties related to the formation of internal boundaries concerning reciprocity and self-discipline. In a study by Huang et. al. (2023) conducted on internet-recruited men and women impaired limits were found to be broadly associated with aggression, including overt psysical and verbal aggression, the expression of anger, and indirect aggression [25]. Within a clinical context, such difficulties are typically associated with the presence of narcissistic traits characterised by a dominant pattern of feelings of *entitlement and grandiosity*, as well as a deficit in empathy. As Morrison (2016) notes, a lack of empathy makes these individuals feel justified in using others for their own ends (e.g.: devaluing others to make themselves feel better) as a result of their sense of entitlement [26; p: 608]. The instrumental treatment of relationships, entitlement and exploitation of others in order to maintain an unrealistic self-image is quite popular nowadays in contrast to the phenomenon described by Karen Horney in the 1930s in her book: "*The Neurotic Personality of Our Time*". The current trend in literature and research is to consider narcissism as the predominant personality type of the present day and to consider it as a type of evolutionary strategy well suited to the challenges of modern-day life. The sources of the schemas that form part of this domain include either permissive families, in which the child has no boundaries set for them, and permissiveness dominates over realistic demands, or – alternatively – grandiose families that inculcate the child with a belief in their own uniqueness and superiority to others. The results reported by the control group may indicate transformations in our society towards declining morals, while also supporting the findings of researchers pointing to a spread of "an epidemic of narcissism in modern Western societies" [27]. According to Pilch (2018), the epidemic of narcissism is fostered by individualism and consumerism, educational methods – excessively permissive and designed to inculcate and reinforce in children their sense of uniqueness, while also telling them they have the 'right' to succeed – as well as social media and the celebrity cult that increases people's appetite for fame [28, p: 7].

A second interpretative possibility regarding the disparity in limits domain scores between the study groups is the schema assessment tool used in the study (the YSQ-S3-PL – self-report questionnaire), and in particular the fact that it was used for the first time on a population of prison inmates. Men surveyed under

confined conditions may tend to portray themselves in a socially favourable light. In the context of the acts they have committed (violation of sexual freedom) and in the context of their place of stay – prison – it might be a survival strategy for them to conceal their difficulties, since the deeds, for which they have been convicted, result in disapproval and even acts of repression from fellow inmates serving sentences for non-sexual offences [29]. However, with regard to the overall personality profile and having analysed the results in the field of the 'approval' and 'recognition-seeking', no cognitive-emotional pattern involving the need to impress or even to present oneself in a more favourable social light was revealed in either of the study groups. A third emerging explanation for this result may be related to the male inmates' interpretation of the questionnaire items through the lens of cognitive distortion. These men, like the respondents in the Mihailides et al. (2004) study, may tend to differentiate between a 'general entitlement schema' (as referred to in the questionnaire questions) and a 'sexual entitlement schema', so that their scores against the reference group may be significantly understated [30]. Finally, the result in question may also be interpreted as a sign of aggressive men's tendency to reinterpret unacceptable behaviour as acceptable', and/or as a recognition of their deviant behaviour as properly normative. That is the reason why their scores may naturally have been significantly skewed [31]. This phenomenon has been described more extensively in the neutralisation theory of Gresham Sykes and David Matza (1957) [32; p: 699] and, in our view, may justify the direction of the disparity in the domain of *impaired limits* between the groups studied. Finally, the result obtained may also be influenced by the relatively low coherence coefficient of the *entitlement/pretentiousness* schema compared to other schemas. This schema, alongside the *insufficient control/self-discipline* schema, falls within the domain of *impaired limits*, and the alpha value for this schema is 0.62.

The exploration of the EMS in a population of convicted male sexual offenders exhibits a distinctive cognitive profile. This profile differs significantly from the profile of the male control group. The study identified nine early maladaptive schemas in CSO.

Within the domain of *disconnection/rejection,* the effect of the following schemas was most pronounced in CSO's: *abandonment* and *mistrust/abuse.* These schemas were also identified in convicted sex offenders in foreign studies [12, 15]. It is known from Mącik's (2019) research that EMS resulting from relational disorders are associated with difficulties such as low relationship quality and greater feelings of disappointment in romantic relationships, a tendency to avoid intimacy, greater intensity of negative emotions and focus on negative aspects of events, low self-esteem and even anxiety and depressive traits [9]. Our result fits into the model of sexual abuse perpetration inspired by attachment theory [33-35] according to which relationships experienced in a insecure manner increase the likelihood of committing a sexual offence [37]. This relationship is related to a deficit in the skills necessary to achieve intimacy through a close relationship with another person. The lack of secure attachment during childhood between parent and child ill-equips the child for relationships in adulthood, and this leads to loneliness [33]. Consequently, individuals, out of emotional insecurity and largely through a sense of emotional loneliness, withdraw from relationships, resulting in a tendency towards hostile attitudes and aggressive interpersonal behaviour [35, 38]. Empirical studies have confirmed that CSO's characterised by an insecure attachment style are unable to develop intimate relationships and the resulting emotional loneliness makes them prone to aggression and (aggressive) sexual behaviour [39, 40]. Interestingly, despite the numerous differences between adolescent and adult delinquency reported in the literature, attachment anxiety and the lack of signs of social engagement seem to be universal, as they also plays a key role in juvenile sexual offenders [41, 42]. When investigating juvenile sex offenders for the impact of attachment style and interpersonal engagement, Miner et al (2010) found that attachment anxiety with a lack of misanthropic attitudes towards others seems to lead to isolation from peers and feelings of interpersonal inadequacy. According to the researchers, individuals with this particular combination of features may turn to children to satisfy their intimate and sexual needs [39, p:58].

Regarding the *mistrust/abuse* schema, which imply the expectation that people will abuse, mistreat or cheat, it has been found to be a cognitive consequence of physical, sexual and emotional maltreatment in early childhood [8, 21]. Developmental trauma resulting in an insecure attachment style is often treated as an important risk factor for sexual violence. The severity of this schema in the offenders in our study may support Marshall's (1989) observations that the failure of CSO's to develop secure attachment bonds in childhood results in their failure to learn the interpersonal skills and confidence necessary to achieve intimacy with other adults [35]. Interestingly, in the study of Chakhssi, Bernstein and Corine de Ruiter (2012), this schema (alongside the schemas of *insufficient self-control* and *entitlement/grandiosity*) contribute to the impulsive lifestyle of offenders with personality disorders and their antisocial behaviour associated with psychopathy [36].

In contrast, within the domain of *impaired autonomy*, the effect of the following schemas was strongest in offenders: *failure, vulnerability to harm or illness and enmeshment/undeveloped self*. These findings suggest that CSO feel dependent on others and vulnerable, which may make it difficult for them to enjoy interpersonal closeness. They find relationships troublesome because they have an inadequately developed self. They have a sense of 'emotional fusion with others,' which negatively affects the individuation process as well as the harmony of social development. In relationships, they feel a lack of opportunities and permanent inferiority to others, so they avoid challenging situations or do not apply themselves to a task, condemning themselves to failure from the outset. In foreign research, the failure schema has not yet been identified in the studied CSO. In contrast, the *enmeshment/undeveloped self* schema has been found to be characteristic of the population of non-preferential child sex offenders; while the *vulnerability to harm* schema has been found typical of rapists. In studies by Manesh et al[11], Noferesti et al [12] and Sigre-Leiros et al [14], this schema most strongly differentiates rapists from healthy, non-preferential offenders.

Within the domain of *other-directedness,* the schema of *self-sacrifice and subjugation* dominates in the interviewed criminal offenders. These structures are associated with submission, surrender and meeting others' needs at the expense of one's own needs. The result scored by the CSO's corresponds to data presented in the literature, according to which submissiveness is a source of aggression transferred to others in intimate relationships [43]. Clinical observations show that the above-mentioned schemas correlate with high levels of repressed anger and with aggression that can only be passively expressed for long periods of time [44]. Both the *self-sacrifice* schema – due to the fact that the people around them do not reciprocate their feelings – and the *subjugation* schema, which kills self-esteem and also prevents the establishment of truly satisfying relationships – lead to behavioural and functional disorders. In reference to Alexander Lowen's masochistic character structure theory, the self-sacrificing and subordinate person manifests his or her submissiveness only in external behaviour; intra-psychically he or she experiences extreme negative feelings, i.e. anger, resentment, hatred, hostility and superiority [45]. Over time, these feelings become the source of many forms of hostile (reactive) aggression directed at a specific person or representatives of a social group [41]. Our research demonstrates that sexual aggression can indeed be a form of reactive psychological pain, feelings of hurt and injustice felt by the individuals involved in sexual offending. As the source of these schemas lies in early victimisation experiences, it would also be important to check whether this pattern is not particularly characteristic of so-called '*abused abusers*', i.e. offenders who have themselves been victims of sexual abuse in the past. For these individuals, the reproduction of their own (negative, traumatic, inadequate) experiences has important functions [46]. Dutch research shows that these schemas are particularly prevalent in offenders who commit crimes against minors [15]. In contrast, the isolated *subjugation* schema characterised preferential paedophiles in Portuguese studies [14], and rapists in Iranian studies [11].

Within the domain of *overvigilance/inhibition,* the following schemas were strongest in offenders: *punitiveness and pessimism*.

These results indicate that offenders have rigid internalised norms and deep beliefs in their own righteousness. They hold a deep conviction that

they should be severely punished for their mistakes, poor performance and failure to comply with norms and standards. They often become angry and irritated because they lack patience, tolerance and are unable to accept the differences and weaknesses of human nature. They focus on the negative aspects of life. They do not allow themselves or others to make mistakes, as they are unable to forgive them.

Given the context, in which they internalise norms and standards, cognitive rigidity in the area of assimilated norms and standards may cause them increasing difficulties in everyday functioning. Particularly dangerous seem to be those norms and values that have been shaped and consolidated by their dysfunctional upbringing and the prison subculture, because, according to Szaszkiewicz (1997), they are often different, incompatible with or even contradictory to the principles of community life [47; p. 13]. Sexual aggression associated with cognitive inflexibility was particularly evident in rapists in the study by Sigre-Leiros et al. (2015). The severity of the self-punishment pattern was found to be significantly higher in them than in non-sex offenders and child molesters [14]. As is well known, the acts of rapists are more aggressive by definition. The legal determinant of the crime of rape is a higher intensity of aggression than in other crimes, as it is always associated with the transgression of the victim's body.

The *pessimism* (as well as *failure*) schema has not yet been identified in the population of convicted sex offender in foreign studies. These schemas are only characteristic in the Polish population of CSO's and indicate a dominant negative attitude of the male respondents with an accompanying sense of awkwardness. This result may be due to the methodology of the study itself (voluntary nature of the sample) or to cultural differences within early developmental pathology in offenders [48]. The formation of such schemas takes place in a climate of excessive fearfulness of the attachment figure (parent, carer), catastrophic thinking and a dichotomous view of the world, and as a result of parenting interventions that are not conducive to normal development (i.e. inappropriate support, inappropriate encouragement to cope with developmental tasks, devaluing the child's skills, presenting mistakes as stupidity [21; p: 28-29].

The above-described schemas characterising men incarcerated for sexual offences in Polish prisons illustrate the specific way in which they perceive themselves, others and the surrounding reality, and indicate the numerous difficulties faced by men convicted of sexual offences in Poland.

CONCLUSIONS

The results provide empirical evidence that Polish convicted sex offenders manifest intensified EMS. Individuals who have committed sexual offenses, compared to the control group, are characterised by a greater variety and intensity of early maladaptive schemas. These structures could be taken as a marker of forensic psychopathology. This confirms Jeffrey Young's general assumption that EMS are of great importance for the quality of an individual's functioning: the stronger and more entrenched the schemas are, the greater the difficulties they generate in a person's mature life.

The analyses conducted in the study further indicate the existence of a characteristic cognitive style of the offenders. In the group of convicted male sex offenders, 9 thematic areas of maladaptive schemas were identified, mainly focused on: insecure reliving and re-creating relationships, feelings of loneliness, lack of self-confidence and lack of self-esteem, and disbelief in one's abilities. The picture of cognitive-emotional schemas emerging from our study characteristic of the group of offenders studied may be useful for building therapeutic and preventive programmes. The clinical application of the results presented in this article delineates the following areas of therapeutic intervention [8]: helping to develop realistic expectations of relationship stability (*disconnection/rejection*); helping to manage distrust by focusing on building secure relationships with others and avoiding hurtful relationships (*mistrust/abuse*); helping to build skills and confidence (*failure*); working on increasing confidence in one's own coping skills (*vulnerability to harm*); working on strengthening one's ability to express one's spontaneous natural self, expressing opinions, decisions, preferences (*impaired limits*); working on being aware of one's own needs and feelings and also on the abili-

ty to express them (*subjugation and self-sacrifice*); helping to take a distance from one's views on life (*pessimism*); and working on modifying exaggerated standards as well as excessive criticism (*punitiveness*).

Strengths and weaknesses of the study

The results presented and discussed in the article were the first to address the prevalence of EMS in the convicted sex offenders population in Poland. The research was conducted on a large number of people. The analyses conducted were exploratory in nature, their aim being to discern cognitive psychopathological factors in the population of male inmates in Poland against a reference group.

The study presented here has a number of limitations, among which are: the cross-sectional nature of the survey, the voluntary nature of the sample, the use of self-report methods to measure variables (YSQ-S3-PL), which, in the context of the study site and the sample group, may be a space for simulation and insincere answers. Notably, the questionnaire does not include a subscale to measure the tendency of male respondents to falsify their answers. Another limitation of the study is the lack of detailed information on the demographics of the male respondents in the control group. The inclusion of data other than age, gender and education would have allowed for a deeper analysis of the differences between the study groups and a better understanding of the results obtained. In addition, the analyses did not take into account the links between schemas and did not explore their possible influence on offenders' sex offending behaviour; nor did they take into account the contribution of schemas to the genesis of offending behaviour, thus depriving the research result of an aetiological context.

In light of the above, the direction of future research is to conduct deeper analyses that will allow a multidimensional assessment of thę impact of schemas (independent variables) on the sexual behaviour of the offenders studied (dependent variable). It also seems necessary to investigate the so-called mediating factors in the relationship between schemas and the act (schema modes, coping strategies used by CSO's, etc.) and the relationship of schemas to sexual recidivism. It is known from the concept of *Criminal Thinking Style*' (CRS) by G. Walters that cognitive style can be a predictor of committing a first offence and/or a predictor of recidivism [49]. This theory is referenced in numerous foreign empirical studies. Another interesting line of research could be the study of EMS in a population of female sex offender inmates or in a group of juvenile sex offenders. Such research would capture individual differences in the factors studied by gender and age. Given the prevalence of psychopathy in the offender population [50, 51], it would also make sense to include the severity of psychopathic traits in the offenders studied in the analyses.

Continuation of the research carried out would be important in terms of gaining a deeper understanding of the nature of sexual violence, as well as a better understanding of the motives of the man's involved in sexual offending, and could serve to develop new, effective therapeutic and/or preventive programmes for dealing with CSO, which could have a significant impact on reducing the risk of recidivism.

Acknowledgements
The authors would like to thank the subjects for their commitment and time, and the Directorate, Management, Staff and Therapists working at the Penitentiaries in Kraków, Rzeszów, Kielce and Pińczów for their kindness and assistance in conducting this research.
We also would like to thank Krzysztof Kasparek for statistical support, and the Reviewers for valuable comments.

REFERENCES

1. Abel GG, Becker JV. Cunningham-Rathner J. Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. International Journal of Law and Psychiatry. 1984; 7(1), 89-103.
2. Abel GG, Gore DK., Holland CL, Camp N, Becker JV, Rathner BA. The measurement of the cognitive distortions of child molesters. Annalsof Sex Research. 1989; 2, 135-153.
3. Bumby KM. Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists. Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. 1996; 8(1): 37-54.
4. Ward T. Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. Aggression and Violent Behavior. 2000; 5(5): 491-507.
5. Mann RE, Beech A. Cognitive distortions, schemas and implicit theories. Sexual Deviance: Issues and Controversies. 2003; 135-153.

6. Ward T, Polaschek DL, Beech AR. Theories of Sexual Offending, John Wilev & Sons Ltd. 2006.
7. Young JE, Klosko JS. Program zmiany sposobu życia. Uwalnianie się z pułapek psychologicznych. Warszawa: Wydawnictwo Zielone Drzewo. Instytut Psychologii Zdrowia; 2012.
8. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia schematów. Przewodnik praktyka. Sopot: GWP; 2014.
9. Mącik D. W pułapce schematów? Wczesne nieadaptacyjne schematy Jeffreya Younga a funkcjonowanie psychospołeczne dorosłych. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR; 2019.
10. Pilecka W, Pilecki J. Warunki i wyznaczniki rozwoju autonomii dziecka upośledzonego umysłowo. In: Dykcik W, editor. Społeczeństwo wobec autonomii osób niepełnosprawnych. Poznań: Eruditus; 1996.
11. Manesh EH, Baf HRAMS, Abadi BAGH, Mahram B. Early maladaptive schemas and schema domains in rapists. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2010; 16(2): 145-153.
12. Noferesti A, Akbari ZS. Comparison Of Early Maladaptive Schemas In: Sex Offenders And Non-Offender. Knowledge & research in applied psychology. 2013; Vol. 14, Nr 2 (52): 120-129.
13. Carvalho J. Nobre PJ Early maladaptive schemas in convicted sexual offenders: preliminary findings. International Journal of Law and Psychiatry. 2014; 37(2): 210-216.
14. Sigre-Leirós V, Carvalho J, Nobre P. Cognitive schemas and sexual offending: differences between rapists, pedophilic and nonpedophilic child molesters, and nonsexual offenders. Child Abuse & Neglect. 2015; 40: 81-92.
15. Chakhssi F, De Ruiter C, Bernstein D. Early Maladaptive Cognitive Schemas in Child Sexual Offenders Compared with Sexual Offenders against Adults and Nonsexual Violent Offenders: An Exploratory Study. J Sex Med. 2013;10(9):2201-10
16. Richardson G. Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers: implications for therapy. Journal of Sexual Aggression, 2005; 11(3): 259-276 .
17. Dunne AL, Gilbert F, Lee S, Daffern M. The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. Aggressive Behavior. 2018, 44(3): 246-256.
18. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. 1997 nr 88 poz. 553).
19. Oettingen J, Chodkiewicz J, Mącik D, Gruszczyńska E. Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL). Psychiatria Polska. 2018; 52(4): 707-718.
20. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.). Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
21. Loose C, Graaf P, Zarbock G. Terapia schematów dzieci i młodzieży. Sopot: GWP, 2017.
22. Szlachcic R, Fox S, Conway C, Lord A, Christie A. The relationship between schemas and offence supportive attitudes in mentally disordered sexual offenders, Journal of Sexual Aggression. 2015; 21(3): 318-336.
23. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. 1997 nr 90 poz. 557 z późn. zm.).
24. Kłosińska K. Hejt. „Poradnia Językowa PWN" [data on the Internet]. Updated 2018 Nov 26; cited 2023 Apr 15. Available from: https://sjp.pwn.pl/poradnia/haslo/i-Hejt-i;19025.html.
25. Huang LS, Molenberghs P, Mussap AJ. Cognitive distortions mediate relationships between early maladaptive schemas and aggression in women and men. Aggressive Behavior. 2023; 1- 13.
26. Morrison J. DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2016.
27. Twenge JM., Campbell WK. The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement. Free Press; 2009.
28. Pilch I. Narcystyczna osobowość naszych czasów. Psychologia w praktyce. 2018: 4-7
29. Szumski F. Zniekształcenia poznawcze u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka. Niepublikowana praca doktorska. Poznań: UAM, 2013.
30. Mihailides S., Devilly GJ, Ward T. Implicit Cognitive Distortions and Sexual Offending. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. 2004; 16(4): 333-350.
31. Fonagy P. Male Perpetrators of Violence Against Women: An Attachment Theory Perspective. Journal of Applied Psychoanalytic Studies. 1999; 1(1): 7-27.
32. Sykes G, Matza D, Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency. American Sociological Review. 1957; 22(6).
33. Marshall WL, Marshall L. The origins of sexual offending. Trauma, Violence, and Abuse. 2000; 1, 250-263.
34. Ward T, Hudson SM, Marshall WL. Attachment style in sex offenders: A preliminary study. Journal of Sex Research. 1996; 33: 17-26
35. Marshall WL. Intimacy, loneliness and sexual offenders. Behav Res Ther. 1989; 27(5):491-503.
36. Chakhssi F, Bernstein D, de Ruiter C. Early maladaptive schemas in relation to facets of psychopathy and institutional violence in offenders with personality disorders. Legal and Criminological Psychology. 2012; 19(2): 356-372.
37. Ward T, Hudson S, Marshall W, Siegert R. Attachment Style and Intimacy Deficits in Sexual Offenders: A Theoretical Framework. Sexual Abuse. 1995; 7: 317-335.
38. Diamant L, Windholz G. Loneliness in college students: Some theoretical, empirical and therapeutic considerations. Journal of College Students Personality. 1981; 22: 515-522.

39. Baker E, Beech A, Tyson M. Attachment disorganization and its relevance to sexual offending. Journal of Family Violence, 2006; 21: 221-231.
40. Rich P. Attachment and sexual offending. West Sussex, UK: Wiley, 2006.
41. Miner MH, Robinson BE, Knight RA, Berg D, Swinburne Romine R, Netland J. Understanding sexual perpetration against children: Effects of attachment style, interpersonal involvement, and hypersexuality. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. 2010; 22: 58-77.
42. Miner MH, Swinburne Romine R, Robinson B. "Bean" E, Berg D, Knight RA. Anxious Attachment, Social Isolation, and Indicators of Sex Drive and Compulsivity. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment. 2014; 28(2): 132-153.
43. Gula B. Gniew, agresja i przemoc w wybranych zaburzeniach psychopatologicznych. Repozytorium Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2020.
44. Gilmour A. Self-Sacrifice Schema [homepage on the Internet]. Vitality Unleashed Psychology, Australia [updated 2023 Mar 17; cited 2023 May 15]. Available from: https://www.vitalityunleashed.com.au/self-sacrifice-schema/.
45. Lowen A. Język ciała. Fizyczna dynamika struktury charakteru. Wydawnictwo Czarna owca; 2023.
46. Beisert M. The importance of the "abused abuser" hypothesis in explaining the aetiology of paedophilia. Z Zagadnień Nauk Sądowych. 2010; 81:57-73.
47. Szaszkiewicz M. Tajemnice grypserki. Kraków, Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych; 1997.
48. Kwiatkowska A. Uniwersalność i specyfika kulturowa relacji przywiązania. Psychologia Wychowawcza. 2012; (1-2): 26-42.
49. Walters GD. Criminal thinking. In: McMurran M, Howard R, editors. Personality, personality disorder and violence: An evidence-based approach. Wiley-Blackwell; 2009. p. 281-295.
50. Barwiński Ł. Psychopathy and identification of facial emotional expressions among criminals. Problems of Forensic Sciences. 2014; 99: 202-217.
51. Porter S, Fairweather D, Drugge J, Herve H, Birt AR, Boer DP. Profiles of psychopathy in Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. Criminal Justice and Behavior. 2000; 27(2): 216-233.

mgr Justyna Oettingen

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. "*A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland*" oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy,

b) opracowanie metodologii,

c) udział w gromadzeniu danych i realizacji badania,

d) analiza i interpretacja danych,

e) opracowanie manuskryptu,

f) dobór piśmiennictwa i korekta opracowania,

g) zdobycie funduszy na wykonanie pracy. *

Procentowy udział w jego powstanie określam na .....85%.....

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje mój indywidualny wkład przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. "*A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland*" oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy,

b) opracowanie metodologii,

Procentowy udział w jego powstanie określam na .. 5%.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

Signature Not Verified

Dokument podpisany przez Józef Gierowski
Data: 2023.06.01 10:36:07 CEST

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

dr hab. Bartosz Grabski

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 14.06.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. "*A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland*" oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy,

b) opracowanie metodologii,

c) opracowanie manuskryptu,

Procentowy udział w jego powstanie określam na: 5%

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

dr hab. Agnieszka Micek

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. "*A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland*" oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

udział w analizie i interpretacji danych,

Procentowy udział w jego powstanie określam na .5%.....

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy oraz opracowanie manuskryptu.

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

Załącznik nr 6 Artykuł z monotematycznego cyklu składającego się na rozprawę doktorską wraz z oświadczeniami współautorów: Oettingen, J. Gierowski JK., Grabski B., Micek A. *Early maladaptive schemas in sex offenders versus the characteristics of offences against sexual freedom*. Z Zagadnień Nauk Sądowych 2023; Nr 1 [DOI: 10.4467/12307483PFS.23.002.17812].

© by the Institute
of Forensic Research
ISSN 1230-7483
e-ISSN 2720-5983

Problems of Forensic Sciences 2023, vol. 133, 5–28

DOI: 10.4467/12307483PFS.23.002.17812

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS IN SEX OFFENDERS VERSUS THE CHARACTERISTICS OF OFFENCES AGAINST SEXUAL FREEDOM

Justyna OETTINGEN[1,2], Józef K. GIEROWSKI[3], Bartosz GRABSKI[4], Agnieszka MICEK[5]

[1] *Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland*
[2] *Forensic Sexology Lab, Institute of Sexology and Psychotherapy, Kraków, Poland*
[3] *University of the Social Sciences and Humanities, SWPS Faculty in Katowice, Katowice, Poland*
[4] *Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Sexology Lab, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland*
[5] *Department of Nursing Management and Epidemiology Nursing, Institute of Nursing and Midwifery, Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland*

Abstract

This study examines the relationship between early maladaptive schemas (EMS) and the characteristics of offences committed by sex crime convicts.

The research uses data collected from 102 convicts. The Polish version of Young's Schema Questionnaire (YSQ-S3-PL) was used to gauge the severity of EMS. The author's self-made questionnaire used for making extracts from prison records, coupled with Beisert's Violence Scale (2012), was employed to study the characteristics of the offences committed by the criminals under study.

A correlation was found between the characteristics of the committed criminal acts (choice of victim, the CSO's *modus operandi*, sexual violence involved) and the type and severity of each EMS. Relevant for CSOs in the context of their criminal acts are 4 domains out of 5 and 11 EMSs out of 18.

The findings suggest that EMS contribute to criminal sexual behaviour. It may be important and useful to consider these structures when constructing models of preventive measures and planning therapeutic or proactive interventions. As a result, it would seem that convicted sexual offenders (CSO's) require a customised approach including therapeutic models designed to address the specific maladaptive schema.

Keywords

Early maladaptive schemas – EMS; Sexual offence; Aggressive sexual behaviour; Offence characteristics.

Received 23 May 2023; accepted 7 June 2023

Introduction

EMS and aggressive behaviour

Cognitive structures are a central component of personality and a behavioural regulator. They determine the individual's perception and understanding of the world, while also having a significant impact on the person's life. An EMS is a construct developed by Jeffrey Young as part of schema therapy. It is defined as a harmful emotional and cognitive pattern affecting how a person sees themselves, what they feel and how they interact with others (Young, Klosko, Weishaar, 2014). Schemas emerge during childhood and continue to develop throughout the person's life. The earliest and most essential schemas are unconditional,

including beliefs about self and other people, while schemas formed at a later stage are known as conditional (Young et al., 2014). Both conditional and unconditional EMSs are highly dysfunctional in that they are associated with a higher prevalence of psychopathology. The literature identifies 18 schemas, some of them relating to early childhood experiences of disconnection/rejection, others to impaired autonomy, still others to impaired limits, overvigilance/inhibition and other-directedness. According to Young, these schemas have a significant impact on a person's behaviour, while also affecting their relationship with the world. The interpretation of an event through the lens of a schema precludes a realistic assessment, leading to a negative emotional state and a maladaptive behavioural response (Kachadourian et al., 2013).

The maladaptive behavioural response triggered by an active schema can include a wide range of behaviours directed at others. Research has shown that belief systems can impact an individual's predisposition to anger and aggression (Huesmann, 1998; Anderson, Bushman, 2002; Dozois, Martin, Faulkner, 2013; Askari, 2019). A study conducted on first-year students by Tremblay, Dozois (2009) demonstrated that certain schemas (i.e. *mistrust, entitlement*, and *insuficient self-control*) are strongly and uniquely related to trait aggressiveness understood as a relatively constant tendency to react with aggression in difficult situations.

Of particular relevance are the domains in which schemas cluster. Empirical research shows that EMS domains are conducive to the development of aggressive response 'scripts' (Dunne, Gilbert, Lee, Daffern, 2018), influencing the expression of aggressive and problematic behaviours, their frequency, as well as the risk of their recurrence (Espelage, Merrin, Hong, Resko, 2018, as quoted in: Huang, Molenberghs, Mussap, 2023). It has been demonstrated that specific areas of EMS may be associated with different forms of aggression. In a study of patients in an addiction treatment centre, Shorey, Elmquist, Anderson, Stuart (2015) indicated that the domain *impaired limits* is positively related to verbal aggression and overall aggression (verbal aggression, aggressive attitude and overall aggression), while the domain *disconnection/ rejection* is positively related to physical aggression. The cited studies relate to a male population. However, another study by Huang et al. (2023) found the domain *impaired limits* (in addition to the domain *impaired autonomy*) to be a significant contributing factor to aggression, regardless of gender.

EMSs are also associated with intimate partner violence and with various forms of domestic violence during adolescence. In a 3-year longitudinal study of 673 secondary school students, Fernández-González, Orue, Adrián, Calvete (2022) proved the predictive role of EMS in adolescent violence. The results of this study show that the schema *mistrust* contributes significantly to adolescent date violence (DV), while the schemas *entitlement/grandiosity* and *insuficient self-control/self-discipline* play a significant role in child-to-parent violence (CPV).

EMS *versus* sexuality and aggressive sexual behaviour

Schemas also play an important role in a broad spectrum of human sexual functioning. An analysis of research conducted worldwide indicates that these structures influence male self-image as a sexual partner (Andersen, Cyranowski, Espindle, 1999), sexual functioning (Nobre, Pinto-Gouveia, 2009), sexual expression and behaviour (Villanueva, 2012). EMSs may also play a role as risk factors for sexual problems (Wiegel, Scepkowski, Barlow, 2007) and sexual dysfunctions (Quinta Gomes, Nobre, 2011) as well as for compulsive sexual behaviour (Efrati, Shukron, Epstein, 2020), while also being related to aggressive and criminal sexual behaviour (Sigre-Leirós, Carvalho, Nobre, 2013; Chakhssi, de Ruiter, Bernstein, 2013).

The identification of cognitive structures associated with sexual violence has been the subject of numerous studies. It has been noted that the CSO's aggressive behaviour is influenced by how they perceive themselves (Mann, Hollin, 2010), the sexual partner/ victim (Malamuth, Brown, 1994), the crime (Milner, Webster, 2005) and the surrounding world. Ward and Keenan (1999) noted that a CSO may focus on the victim, on themselves, or on the world they find threatening. The CSO may also exhibit all of these by focusing on their mutual interrelationship ('children as sexual objects', 'entitlement', 'dangerous world', 'uncontrollability' and 'nature of harm'). CSOs may differ in terms of their beliefs. Milner and Webster (2005) comparatively analysed the beliefs of rapists, child molesters and persons found guilty of non-sexual violence. The results showed that rapists present with beliefs relating to the schemas 'suspicion/hostility to women' and 'sexual entitlement', while child molesters hold beliefs relating to a sense of worthlessness.

Other studies have noted that people with a history of sexual offending tend to be characterised by excessive vigilance towards women or a childlike self-concept, which is associated with an insecure attachment style (Keulen-de Vos, Giesbers, Hülsken, 2023). Beliefs stemming from perceiving and experiencing

bonds with others (attachment style) have been found to be particularly important in aetiological theories. It has been shown that sexually offending behaviour can vary according to the type of the CSO's insecure attachment style (Marshall, Marshall, 2000; Smallbone, Dadds, 1998; Ward, Hudson, Marshall, Siegert, 1995). The cognitive factor is also included in more recent theories explaining the phenomenon of sexual violence, including Ward and Beech's "An integrated theory of sexual offending" (2006, 2008). In this theory, cognitive distortions (in addition to the others mentioned, i.e. emotional difficulties, social difficulties and deviant sexual interests) are the triggers, leading to the commission of the act and/or its subsequent recurrence (repeat offending/recidivism). The role of cognitive distortion in the mechanism of child abuse has been investigated in Poland with reference to Ward and Beech's model (Szumski, 2013). However, the underlying cognitive structures of EMSs have not yet been examined in relation to the characteristic of committed crimes. The latest research by Oettingen, Gierowski, Grabski, and Micek (2023) indicates that EMS differentiate offenders from non-offenders. The schemas displayed by male CSOs compared to male controls (non-convicted and untreated) are more severe and extensive (in other words, they include more EMS domains/areas).

The aim of this study is to investigate the relationship between the characteristics of the criminal act committed by convicted male CSOs and their EMSs. In light of this, the following research questions have been posed:

1. Is there a relationship between the characteristics of the crime and the type and severity of EMSs in the CSOs studied?
2. What criminal characteristics differentiate CSOs possessing particular types or severity levels of EMS?

Method

Research procedure

The survey was conducted in wards of several penitentiaries in southern Poland[1]. Participation in the study was voluntary. Respondents were assured of confidentiality and anonymity. The patient data came from two sources: self-report (questionnaire) and documentary analysis carried out by specialised researchers based on prison records.

The purpose of reviewing the records was to extract the data needed to complete the CSO questionnaire. The researchers' task was to carefully read the materials provided and then to transfer the relevant information onto the questionnaire items. In the case of the Violence Scales, the researchers were tasked with assessing the crimes committed in terms of the values corresponding to the numerical items of the scale. The study protocol was approved by the Jagiellonian University's Bioethics Board (No. 122.6120.97.2017), as well as by the management of the Regional Inspectorates of the Prison Service in Kraków and Rzeszów.

Study subjects

The study examined 152 men convicted of sexual offences. Excluded from the analyses were 38 CSOs whose responses on the YSQ contained missing data, 5 CSOs who withdrew their consent during the course of the survey, and 7 CSOs whose prison records were incomplete or unavailable. Finally, analyses were conducted on a sample of 102 CSOs divided into 3 subgroups according to the victim's age[2]:

- 49 PHSOs; *paedohebephilic* CSOs, targeting children aged ≤14 years.
- 20 ESOs; *ephebo*philic CSOs, targeting victims 15–17 years olds
- 33 ASOs; adult CSOs, targeting victims older than 18 years.

Given that data on the studied offences were mainly supplied by the prison files of the studied subjects, it was decided to use the legal criterion as qualifying for this study. In other words, the CSOs were qualified based their sexual behaviour regardless of their preference for sexual objects or the method of obtaining sexual satisfaction.

The average age of the male respondents was 33.2 (SD = 12.54). In terms of education, the

[1] Kielce, Pińczów, Kraków and Rzeszów.

[2] According to the Polish Criminal Code (PCC), a minor is a person between 15 and 18 years of age (PCC Article 199), with the age of consent being set at 15. For the avoidance of doubt, the limits of criminalisation in this paper have been selected to reflect the distinction of CSOs in terms of victim age, as specified in the literature:
– victim age ≤14 years – sexual interest in pre-pubertal children, designated in the literature as paedophilia, as well as interest in children who have reached puberty (usually between 11 and 14 years of age), known in the literature as hebephilia. Since paedophiles are often attracted to sexually maturing children and hebephiles prefer children who have not yet entered puberty, the term 'paedohebephilia' is used in the literature to describe attraction to both pre-pubertal and pubertal children,
– victim age between 15 and 17 – sexual interest in adolescents in late puberty (usually between 15 and 19 years of age), known in the scholarship as 'ephebophilia' (Prusak, 2020).

majority of CSOs (39.2%) had vocational education, while a smaller percentage had primary (17.7%), lower secondary (12.8%), secondary (12.8%) and tertiary education (8.8%). In 8.8% of cases, data on the level of education were missing. With regard to marital status, the majority of CSOs were single (50.0%), a small percentage were married (15.7%), while separated and divorced status was recorded in 11.8% and 2.9% of those surveyed, respectively. 6.9% of the CSOs were in a live-in/informal relationship and 2.0% were widowed. For 10.8% of the subjects, the file contained no marital status data. A significant proportion of the CSOs were from outside the city (36.3%), those residing in the city accounted for (25.5%). Residents of small towns accounted for 25.5% of respondents. There was also a small number of people without permanent residence (1.0%), and residence data were not available for some subjects (11.8%). In terms of categories of sexual offences, the largest group was represented by paedophilic CSOs (43.1%) convicted under PCC Article 200, and rapists (41.2%) convicted under PCC Article 197. There was also a group of CSOs linked to other categories of crimes (9.8%), such as PCC Article 198, Article 199 and Article 201. In some cases (5.9%) the data on the category of the committed act were missing. As regards the place of incarceration, 33.3% of the subjects were serving their sentence in a therapeutic ward. All CSOs were convicted of at least one sexual offence, some characterised by a previous history of multiple sex offending. In terms of prior criminal record, some CSOs had no criminal record (43.1%), while others were repeat CSOs (23.5%). Prior criminal record data were missing for a number of study subjects (23.5%).

Tools

The Schema Questionnaire [YSQ-S3-PL] is a self-report inventory used to measure the severity of early maladaptive schemas. The questionnaire contains 90 items that correspond to Young's identification of 18 schemas. The EMS are grouped into five broad developmental categories called domains. Each represents an important component of a basic human emotional needs. The questionnaire has been described in detail in other publications (Young et al., 2014; Oettingen, Chodkiewicz, Mącik, Gruszczyńska, 2018).

The Polish version of the YSQ-S3 confirmed the original factor structure and showed satisfactory psychometric properties. Cronbach's alpha values ranged from 0.62 to 0.81 for the individual subscales and 0.96 for the summative index (Oettingen et al., 2018).

The author's self-made questionnaire used for making extracts from prison records on CSOs (2018) was developed based on the questionnaire originally created by Gierowski and Jaśkiewicz-Obydzińska (2002). The questionnaire contains CSO and victim information (age, sex, number of victims, and the victim-CSO relationship), identifies the distinguishing features of the offence, such as modus operandi (duress, deception, bribery, threats, grooming, exploitation of a position of authority/power, planning), as well as describes the background of the crime, i.e. its occurrence over time (time-based parameters), frequency and recurrence.

The Modified Violence Scales (Beisert, 2012) include the Sexual Violence Scale, Emotional Violence Scale and Physical Violence Scale. The Sexual Violence Scale consists of two factors: (1) the level of invasiveness of the act, i.e. how severely the victim's body was affected by the CSO during sexual activity, and (2) the manner in which the act was brought about, i.e. how the CSO led his/her victim to participate in the sexual activity. The factors included in all scales and subscales were ranked from the lowest to highest value; the higher the value of a variable, the greater the severity of the violence and/or the CSO's interference with the victim's personal freedom. The scales were modified, adapting the scale items to suit the studied group. The original scales were designed to study abusers of minors. The contents of the items was adjusted to replace some words in the questionnaire, for example: the word 'child' was changed to 'victim'. The number of scale items was not changed. The same formula was used to calculate the results as in the original version (Beisert, 2012).

Statistical analysis

Early maladaptive schemas (EMS) were log-transformed for skewness and deviation from normal distribution. Descriptive statistics for log-transformed EMS, respondent age and severity of violence were presented as means and standard deviations (SDs). Characteristics of qualitative variables describing CSOs and sexual acts were depicted by counts and percentages.

Student's t-test or one-way ANOVA with Bonferroni correction was used for logarithmically transformed EMS to compare different independent groups defining the act, CSO and victim.

Effect size was expressed as Cohen's statistic or eta-square statistic. The strength of the monotonic relation between the severity of violence types and EMS

was tested by Spearman rank correlations. The difference was considered statistically significant if two-tailed *p* value was less than 0.05.

The analyses were performed using SPSS software version 26.0 (Chicago, USA).

Results

Table 1 shows selected characteristics of the acts committed by the male respondents. The largest group were paedohebophilic sex offenders (PHSO) representing 48% of cases; 20% were ephebophilic sex offenders (ESO), while the group of adult sex offenders (ASO) accounted for 32% of respondents. The majority of victims were women (83%); 5% of the CSOs committed acts against persons of both sexes. Of the CSOs surveyed, 53% committed acts against people familiar to them. About half of the CSOs planned the acts (56%) and in 47% of the cases alcohol was consumed. Most of the acts were sudden and unexpected (62%), while 48% were multiple acts (48%).

An assessment of the relationship between the EMS and the characteristics of the crime committed is shown in Table 2.

The results show variation within 6 EMSs and 2 domains between the various characteristics of the criminal acts. The full results including complete

Table 1
Characteristics of CSO's and committed crimes

		Statistics
Type of CSO, n (%)	PHSO (age of victim ≤14)	49 (48%)
	ESO (age of victim 15–17)	20 (20%)
	ASO (age of victim 18+)	33 (32%)
Gender of victim, n (%)	female	76 (83%)
	male	11 (12%)
	both genders	5 (5%)
Modus operandi, n (%)	insidious act	23 (23%)
	surprise attack	19 (19%)
	other	60 (59%)
Relationship with the victim, n (%)	unknown	41 (47%)
	familiar	47 (53%)
The occurrence (of the act) over time, n (%)	continuous act	33 (38%)
	sudden act	53 (62%)
The frequency of the act, n (%)	single	36 (40%)
	double	10 (11%)
	multiple	43 (48%)
Planning the act, n (%)	yes	49 (56%)
	no	39 (44%)
Use of alcohol during the act, n (%)	yes	41 (47%)
	no	47 (53%)
Type of violence, mean (sd)*	physical (n = 87)	2.83 (2.42)
	emotional (n = 86)	4.55 (2.06)
	sexual (n = 87)	7.01 (1.89)
	a) invasiveness (n = 87)	13.61 (3.02)
	b) the manner in which the act was brought about (n = 87)	4.13 (1.85)
Type of sexual act, mean (sd)*	no contact (n = 88)	0.88 (1.43)
	with physical contact (n = 88)	1.33 (1.14)
	violating bodily boundaries (n = 88)	1.28 (1.08)

* The figures in brackets indicate the number of CSOs whose severity of violence was measured whom violence has been measured

Table 2
Factor characteristics differentiating domains and selected ESMs in SO

Domain/schema	Group comparison	n	mean (sd)	*p**	eta2
Enmeshment/Undeveloped self	**Multiplicity of crime**				
	single act	36	0.71 (0.46)		
	double act	10	0.99 (0.39)a	0.035	0.075
	multiple act	43	0.6 (0.39)a		
	Gender of victim				
	female	76	0.75 (0.45)		
	male	11	0.52 (0.36)	0.037	0.072
	both gender	5	0.31 (0.35)		
Other-directedness	**Acquaintance with the victim**				
	unknown	41	1 (0.38)	0.018	0.517
	familiar	47	1.16 (0.24)		
Self-sacrifice	**Acquaintance with the victim**				
	unknown	41	1.09 (0.43)	<0.001	0.822
	familiar	47	1.37 (0.26)		
	Type of acting				
	insidious attack	23	1.37 (0.29)	0.025	0.720
	suprise attack	19	1.09 (0.46)		
	Type of CSO				
	PHSO	45	1.34 (0.27)a		
	ESO	16	1.02 (0.46)a	0.017	0.09
	ASO	30	1.24 (0.46)		
Approval-seeking/Recognition-seeking	**Gender of victims**				
	female	76	1.1 (0.44)a		
	male	11	1.08 (0.54)b	0.002	0.131
	both gender	5	0.33 (0.46)ab		
Overvigilance/Inhibition	**Acquaintance with the victim**				
	unknown	41	1.03 (0.35)	0.044	0.438
	familiar	47	1.17 (0.27)		
Emotional inhibition	**Type of CSO**				
	PHSO	45	1.07 (0.35)		
	ESO	16	0.86 (0.46)	0.041	0.070
	ASO	30	0.84 (0.46)		
	Planning of crime				
	without planning	39	0.81 (0.41)	0.009	0.572
	with planning	49	1.04 (0.39)		
	Multiplicity of crime				
	single act	36	0.8 (0.44)a		
	double act	10	0.97 (0.36)	0.039	0.073
	multiple act	43	1.03 (0.39)a		
	Type of acting				
	continuous act	33	1.07 (0.38)	0.009	0.594
	sudden act	53	0.83 (0.42)		

	Type of acting				
	insidious attack	23	1.1 (0.32)	0.03	0.697
	surprise attack	19	0.83 (0.43)		
Unrelenting standards/Hypercriticalness	**Type of acting**				
	continuous act	33	1.19 (0.36)	0.043	0.456
	sudden act	53	1.02 (0.37)		
	Gender of victims				
	female	76	1.13 (0.34)a		
	male	11	1.09 (0.4)b	0.01	0.098
	both gender	5	0.62 (0.57)ab		
Punitiveness	**Gender of victims**				
	female	76	1.15 (0.41)a		
	male	11	1.12 (0.44)	0.031	0.075
	both gender	5	0.63 (0.62)a		
	Acquaintance with the victim				
	unknown	41	1.02 (0.5)	0.048	0.429
	familiar	47	1.21 (0.38)		

* *p* was calculated based on ANOVA (for three groups) or Student's t-test (for two groups); the same letters were used to indicate statistically significant differences between the corresponding pairs of groups – calculated on the basis of a *post hoc* test with Bonferroni correction.

domains and schemes can be found in the supplementary materials.

Persons found guilty of two counts of sexual crimes and CSO who committed violence against women showed greater intensity in the scheme *enmeshment* than the other groups. Persons offending against familiar victims displayed a higher intensity in the other-directness domain. In the schema *self-sacrifice*, higher intensities were observed in PHSO in relation to ESO (in the absence of differences between the other pairs of groups); criminals offending against familiar victims and in CSOs who attacked insidiously (insidious attack), for example, by giving the victim mind-altering substances. Significantly lower intensity of the schema *approval-seeking/recognition-seeking* was evident in CSO's offending against both sexes (victims both male and female) than in CSO's who chose same-sex victims (female or male). In the domain *overvigilance/inhibition*, higher levels were observed in CSOs offending against familiar victims.

PHSOs, CSOs planning a crime, CSOs acting insidiously and persons found guilty of continuous acts displayed higher intensities of the schema *emotional inhibition*; while lower intensities of this schema were observed in persons found guilty of single acts.

Lower intensities of the schema *unrelenting standards* were observed for CSOs engaging in sudden acts and for CSOs targeting victims of both sexes (i.e. not differentiating victims by sex). Lower intensities of the schema *punitiveness* were observed for CSOs targeting victims of both sexes (i.e. not differentiating victims by sex) and CSOs targeting unfamiliar victims.

The assessment of the relationship between EMS and the type and severity of violence is presented in Table 3.

When analysing the relationship between EMS and the type and severity of violence, no significant correlations were observed in terms of emotional and physical violence or sexual behaviour with physical contact. In contrast, no-contact sexual violence was positively correlated with the schemas *self-sacrifice* and *punitiveness*, as well as with the domain *overvigilance/inhibiton*. Sexual violence in terms of violation of bodily boundaries was negatively correlated with the schemas *mistrust/abuse* and *vulnerability to harm and illness* and the domain *impaired autonomy and performance*.

On the other hand, in terms of the manner in which the act was brought about, where the will of the victim is important, the negative correlation was in the domain impaired limits and the two schemas falling within it: *entitlement* and *insufficient self-control*, as well as in *approval-seeking/recognition-seeking*, while there was a positive correlation in *abandonment*, *self-sacrifice* and *punitiveness*.

Table 3
Type of violence used differentiating domains and selected EMS in CSOs

Early maladaptive schemas and domains	Spearman correlation					
	Sexual violence				Physical violence	Emotional violence
	Intrusiveness of the act			Methods used to commit the act		
	No contact	Physical contact	Violating bodily boundaries			
Disconnection/Rejection	0.072	0.059	-0.203	0.034	-0.057	-0.115
Emotional deprivation	0.079	0.047	-0.119	-0.014	0.000	-0.143
Abandonment/Instability	0.077	0.098	-0.179	0.173	-0.117	-0.099
Mistrust/Abuse	-0.015	-0.004	-0.217	0.053	-0.033	-0.070
Social isolation/Alienation	0.012	-0.007	-0.146	-0.081	0.002	-0.030
Defectiveness/Shame	0.179	0.053	-0.090	-0.037	-0.033	-0.108
Impaired autonomy and/or performance	-0.002	-0.019	-0.253	0.034	-0.063	-0.139
Failure	-0.079	-0.063	-0.164	0.057	-0.088	-0.112
Dependence/Incompetence	-0.002	-0.058	-0.154	-0.059	-0.031	-0.109
Vulnerability to harm or illness	0.064	0.050	-0.294	0.056	-0.119	-0.154
Enmeshment/Undeveloped self	-0.031	0.043	-0.199	0.030	0.066	-0.026
Impaired limits	-0.138	-0.121	-0.106	-0.273	0.102	0.080
Entitlement/Grandiosity	-0.124	-0.111	-0.059	-0.254	0.143	0.056
Insufficient self-control/Self-discipline	-0.095	-0.123	-0.123	-0.241	0.047	0.057
Other-directedness	0.049	0.068	-0.145	0.045	-0.006	-0.093
Subjugation	0.044	0.043	-0.146	0.037	-0.035	-0.078
Self-sacrifice	0.222	0.185	-0.113	0.215	-0.139	-0.156
Approval-seeking/Recognition-seeking	-0.139	-0.115	-0.082	-0.107	0.104	-0.047
Overvigilance/Inhibition	0.226	0.177	-0.128	0.082	-0.089	-0.122
Emotional inhibition	0.164	0.081	-0.019	-0.010	-0.143	-0.067
Unrelenting standards/ Hypercriticality	0.140	0.144	-0.061	-0.044	0.053	-0.059
Negativity/Pessimism	0.070	0.067	-0.195	0.103	-0.091	-0.136
Punitiveness (self-punishment)	0.241	0.145	-0.103	0.168	-0.032	-0.097

Discussion

The main aim of the study was to answer the following questions:

1. Is there a relationship between the characteristics of the offence and the type and severity of EMSs in the studied CSOs?
2. What distinguishing features of the criminal act characterise CSOs with a particular type and severity of EMSs?

EMS and characteristics of the criminal act

The results show that criminal acts have distinguishing features that characterise the studied CSOs in terms of their EMSs. One of these factors is the victim's sex. CSOs who target both female and male victims score low on the schemas *approval-seeking/ recognition-seeking*, *unrelenting standards* and *punitiveness*. In relation to Bancroft's (2011) concept of sexual variants, which treats sexuality as a flexible category encompassing a wide spectrum of possibilities, cognitive subjective factors (i.e. EMS) forming a specific pattern arousal appear to be instrumental in the choice of victim gender alongside biologically

determined sexual identity. In the context of victim sex selection, the range of sexual variants may, for example, include: limiting one's own sexual interests to one's preferred sex, an interest in alternative sex victims despite having a sexually specific arousal pattern/object, or seeking out opportunities for casual sexual contact (e.g. opportunistic behaviour).

The so-called 'criminal opportunity' is a phenomenon described in more detail by Stephens, Reale, Goodwill and Beauregard (2017) in relation to victim age polymorphism. Criminal opportunity in the context of the victim's sex can be observed, for example, in CSOs who commit crimes while serving a prison sentence. This type of act is often associated with the so-called 'surrogate homosexuality' serving purposes important to the CSOs in the prison context, such as satisfaction of needs and group hierarchy building. A detailed analysis of our results for EMS in CSOs who choose both males and females for their victims suggests that the schemas may make it easier for the CSO to take advantage of 'criminal opportunity'. These CSOs do not seem to seek approval/recognition, nor do they need to meet excessive internalised behavioural norms, and other people do not seem to be a particular point of reference for them. The discovery is interesting, given the fact that CSOs whose victims vary in age, sex and victim-CSO relationship tend to have more victims, leading to higher rates of repeat offending (as quoted in: Saramago, Cardoso, Leal, 2018). Kleban, Chesin, Jeglic and Mercado (2012) demonstrated that victim sex/gender crossover polymorphism is associated with higher rates of repeat offending, as measured by the Static-99 tool, than is the case for more selective CSOs. Their study, which involved the analysis of the archival records of 789 incarcerated CSOs, identified 279 CSOs who had had multiple victims at the time of their capture. They found that 13% of them had victims of both sexes. In contrast, in an identified group of 208 men convicted of sex offences in the past, 20% had previously had a victim of a different sex. Proving the existence of cognitive determinants of the sexuality variant relating to CSOs' varying choices of victim sex, our result needs to be verified in further in-depth research on a separate group of male repeat CSOs (who have an extensive history of sexual offending) or a separate group of CSOs who had multiple victims by the time of their capture.

According to the cited research, another important feature of the criminal act is the CSO's choice of victim age. PHSOs (*pedohebephilic* sexual offenders) scored high on the following schemas: *self-sacrifice* and *emotional inhibition*. This result is partially confirmed by foreign studies. For example, in a Dutch study (Chakhssi et al., 2013), compared to non-sexual violent offenders, these criminals were characterised by the following schemas: *self-sacrifice abandonment/instability, social isolation, defectiveness/shame* and *subjugation.* In contrast, compared to ASO, this group tended to have higher EMS scores related to the schema *social isolation*. In a Portuguese study by Sigre-Leirós et al. (2013), in which CSOs were classified into two groups based on their sexual preferences (i.e. preferential and situational CSOs), the results proved to be different: preferential child CSOs scored higher on the schema *defectiveness/shame* and *subjugation*, compared to situational/surrogate child CSOs or rapists. In contrast, non-preferential (situational) child CSOs were more likely than rapists to score high on the schemas *social isolation, enmeshment* and *unrelenting standards*. The result we obtained in relation to the scheme emotional inhibition indicates that PHSOs in Poland are emotionally inhibited males, unable to freely express or talk about their emotions, who find it difficult to respond candidly to situations. Their offence seems to fulfil their unmet emotional needs by targeting a child as someone spontaneous, care-free and fun-loving. Farrell and Shaw (2016) indicate that individuals with the schema *emotional inhibition* seek in their personal relationships a significant other who can be playful and spontaneous, and who will encourage and initiate the expression of and conversations about feelings. This need may explain these CSOs' focus on children as objects for the release of sexual desire. In turn, higher intensities in the schema *self-sacrifice* in PHSOs indicate that these CSOs over-satisfy others' needs at the expense of their own. They care about others but find it difficult to do things for themselves because they do not feel their own needs or do not realise them (Young et al., 2014). They usually choose weak, needy, fragile people as partners. The spectrum of relational behaviour of an individual with the schema *self-sacrifice* is dominated by other-oriented care and attention. Such individuals often exaggerate their partner's fragility and helplessness in order to be able to justify/validate the self-sacrificing tendency from which they derive secondary benefits. This scheme attracts other people, allowing the CSO to feel good by acting altruistically. However, a prolonged period of self-sacrifice generates a sense of non-appreciation, resulting in the build-up of intense anger and a tendency towards aggressive, retaliatory behaviour. Fitting into the mechanism of perpetration with self-sacrifice as the underlying schema is 'online child grooming' (Fenik, 2008). This form of child abuse involves a process of gradual bonding with the

child by satisfying the child's emotional needs, inducing a sense of importance and uniqueness. The victims of grooming are most often children who do not have strong bonds in real life, are emotionally neglected, trusting and vulnerable to manipulation.

Modus operandi is another differentiating factor between CSOs with a high score on the schema *emotional inhibition*. CSOs planning their crime, CSOs acting deceitfully and persons found guilty of continuous acts were characterised by a higher intensity of this schema, as opposed to CSOs found guilty of single acts in whom that schema had a lower intensity. This finding indicates that acts of higher complexity requiring more commitment (such as a greater number of steps to complete) are carried out by emotionally inhibited CSOs. The analysis of issues related to *modus operandi* in forensic science described by Sąsiada (2008) confirms our reports and indicates that the CSOs' *modus operandi* is shaped by his predispositions, habitual situations, difficulties, and successes. Of key importance for forensic science are those elements of the *modus operandi* which are determined by subjective factors (e.g.: personality traits) and those which result from 'difficult situations' (i.e. deprivation, overload, threat or obstruction). In light of the above, the schema *emotional inhibition* involving deprivation of important emotional needs and the suppression of anger and aggression and/or positive impulses (i.e. joy, tenderness, sexual excitement, fun) seems to play a particular role in the manner in which the CSO deals with the victim.

Another variable analysed is the nature of the relationship between the CSO and the victim. It is known from the literature that contrary to popular belief the majority of sexual assaults are committed by people known to the victims rather than strangers (Borkowska, Płatek 2011; RAINN statistics[3]). In our study, the percentage ratio is 53% and 47% respectively. CSOs targeting a familiar person or a friend score high in the domain *other-directedness*, *overvigilance/inhibition* and the schema *self-sacrifice*. The domain *other-directedness* manifests itself in the tendency to focus excessively on other people's desires, feelings and reactions, at the expense of one's own needs, in order to win love. This area (along with the domain *disconnection/rejection*) is identified as the most strongly associated with the insecure (mainly anxious) attachment style (Bintas-Zörer, Gulay, 2017; Karantzas, Younan, Pilkington, 2023). Literature data indicate that this type of attachment characterises male CSOs (Marshall, 1989). Attachment deficits resulting from an insecure attachment style are contributing factors to the emergence and persistence of sexual offending behaviour (Miner et al., 2009; Staufenberg, 2010). As is well known, childhood attachment style influences relationship building in adulthood, determining attitudes towards intimacy and how a person responds in romantic relationships. As conceptualised by Marshall (1989, 2001), a CSO's insecure attachment in childhood results in interpersonal deficits, low self-confidence and empathy in adulthood, which then lead to difficulties in engaging in appropriate relational behaviours and achieving intimacy. Our findings are consistent with Marshall's concept and help to better understand the sources of relational difficulties in CSOs who target familiar victims. The characteristic constellation of domains points to the profile of a CSO who cannot satisfy his need for unconditional love, attention and recognition, or the need for spontaneity and expression. Taking action to satisfy these needs generates guilt and the way to avoid pain is to suppress these needs, emotions, desires, impulses and choices. The emotional climate of these domains is reminiscent of the 'state of emotional loneliness' described by Marshall, caused by the inability to create intimacy in personal relationships. It is known from the literature that emotional loneliness leads to superficial engagement with others (Ward et al., 1995), generates egocentric and aggressive attitudes, leads to hostile attitudes towards women and children, and leads to the acceptance of violence and aggressive behaviour in interpersonal relationships (Hudson, Ward, 1997). Marshall (2001) believed that emotional loneliness is associated with an inability to adequately meet relationship needs. However, our research shows that these deficits are associated with an inability to meet them. The observation by Woods and Porter (2008) that sexual assault is not only based on sexual motivation seems correct here.

EMS and the type and severity of violence

No relationship was found between EMS and the severity of physical and emotional violence. This finding is consistent with the results reported by Szumski (2013) who investigated cognitive distortions in child CSOs. Neither cognitive distortions nor their underlying structures (EMS) appear to have any effect on the non-sexual side of the act. In an alternative interpretation, the non-sexual side of the act may be influenced by other variables not considered in this study, such as various situational factors, for instance, the CSO's/

[3] RAINN (Rape, Abuse & Incest National Network) is the largest anti-sexual violence organisation in the US.

victim's mental state during the act, the context of the crime (time, place, witnesses) and others.

In contrast, as regards the severity of sexual abuse, the result obtained in our study does not coincide with that reported by Szumski (2013). Some correlations were observed between EMS and low/high invasiveness of the criminal act, with no correlations between EMS and moderate invasiveness (i.e. engaging in sexual contact such as kissing, touching, masturbating). This means that EMS, the underlying structures of cognitive distortions, do influence the intensity of sexual violence, especially in its extreme forms.

CSOs whose acts feature low invasiveness, i.e. non-contact violence, score higher in the domain *over-vigilance/inhibition* and schemas: *self-sacrifice* and *punitiveness*. In contrast, CSOs who committed highly invasive acts that violate the victim's bodily boundaries, scored lower in the domain *impaired autonomy* and the schemas *mistrust/abuse* and *vulnerability to harm and illness*. These results indicate that the schemas associated with the invasiveness of CSO behaviour are to some extent content-specific. This specificity seems to be conditioned by the division of schemas into unconditioned and conditioned ones[4]. A weaker intensity of unconditioned schemas promotes more severe invasiveness, whereas a stronger intensity of conditioned schemas promotes less invasiveness. Unconditioned schemas develop the earliest and are the most crucial, while conditioned schemas develop later. According to Young, unconditioned schemas leave the individual with no hope; no matter what they do, the outcome will always be the same. In the case of conditioned schemas, there is hope, as the individual can change the outcome, for example through self-sacrifice, submission or striving to meet high standards (Young et al., 2014). The result we obtained suggests that the conditional nature of the schemas is associated with lower invasiveness of the act. CSOs focused on satisfying other people's needs and complying with rigid internalised rules, suppressing their spontaneous feelings, choices and impulses aim to avoid or minimise the victim's pain and/or their own feeling of guilt, and therefore their acts are characterised by no contact and less invasiveness.

Another variable is the manner in which the act is brought about. This factor relates to the way in which the CSO leads his victim to participate in the sexual activity. The victim's willingness to engage in sexual activity plays an important role here. The variable takes on the lowest values when the CSO carries out the victim's wish (i.e. when the victim wants sexual contact) and the highest ones when the CSO completely disregards the victim's will (Szumski, 2013). Our results show that as the intensity of the schemes *abandonment/instability, self-sacrifice,* and *punitiveness* increases, so does also the degree to which the victim is violated. Invasiveness in the way the CSO breaks the victim's will is associated in our study with a lower intensity of the domain *impaired limits* and the schemas *entitlement, insuficient self-control/self-discipline* and *approval-seeking/recognition-seeking*. CSOs with low frustration tolerance, who find it difficult to respect other people's rights, who are convinced of their own superiority to other people and of their special rights or privileges demonstrate a more personal style of offending concentrated on compliance-gaining. This result is surprising, given the substance of that domain, as well as the results reported in foreign studies (Calvete, 2007; Tremblay, Dozois 2009, Dozois et al., 2013; Szlachcic, Fox, Conway, Lord, Christie, 2015). In these studies, the domain *impaired limits* has consistently been found to have the best correlation with various forms of aggression. Our result may be related to what Mann, Hanson and Thornton (2010) referred to as the difficulty of identifying and measuring convict beliefs/attitudes in an adversarial environment. According to these scholars, the adversarial context significantly reduces the predictive value of the research tool. The CSOs we studied were examined in a closed setting, and a self-report method was used to assess the schemas. No scale was provided to measure the tendency of the subjects to present themselves in a favourable light. Sexual offences are a special type of crime – they contradict the values and moral beliefs of society and are highly negatively perceived by fellow inmates and even prison staff. The potential manipulation of the CSOs reporting *impaired limits* can be explained with their desire to neutralise/minimise/mitigate the consequences and gravity of the committed acts in order to defend themselves against hostility from others and/or to defend the self against guilt and shame.

[4] Unconditioned schemas – *abandonment/instability, mistrust/abuse, emotional deprivation, defectiveness/shame, social isolation/alienation, dependence/incompetence, vulnerability to harm and illness, impaired limits, failure, negativity/pessimism, punitiveness, entitlement, insuficient self-control/self-discipline*. Conditioned schemas – *subjugation, self-sacrifice, approval-seeking/recognition seeking, emotional inhibition, unrelenting standards.*

Conclusions

The results of the presented study give rise to the following conclusions:

1. There is a relationship between the characteristics of the crime and the type and severity of EMS.
2. Characteristics such as choice of victim (gender, age), degree of familiarity with the victim, repetitive nature of the act, time span of the act, *modus operandi* (planning, deception) are distinguishing features of EMS.
3. CSOs who score high in the schemas falling within the domains *other-directedness* and *overvigilance and inhibition* are more likely to target a familiar victim.
4. PHSOs exhibited a high intensity of the following schemas: *emotional inhibition* and *self-sacrifice*.
5. No relationship has been found between EMS and the severity of physical or emotional violence.
6. A relationship has been shown to exist between EMS and the severity of sexual violence, especially at its extremes (low-high). The severity of conditioned and unconditioned schemas is inversely proportional to the invasive nature of the act.
7. Our study did not confirm the findings of foreign research indicating that the domain *impaired limits* is the most associated with aggression. In sex offence convicts in Poland, an increase in the intensity of this domain and its schemas are associated with a specific style of offending, which is oriented towards forcing the victim into obedience.

Limitations of the research

The presented research results fill a gap in the knowledge of the aetiology of sexual offending and help to better understand the relationship between the attitudes/actions of CSOs and their cognitive structures. However, considering the existence of the 'dark figure' of crime, this paper only takes into account male convicts serving prison sentences and necessarily leaves out those who have evaded the justice system. Considering also certain methodological limitations, i.e. the cross-sectional nature of the study, the source of data (prison records), the place and context of the study (prison), the research tools used (self-report questionnaire), the results and the conclusions should be interpreted with caution.

Directions for further research

Despite the limitations of the study, several directions for further research can be identified. The first would involve the need to minimise methodological limitations, the second would involve adjustment for factors relevant to schema therapy which combined with EMS have a cumulative effect on human behaviour. The third would involve taking account of other factors influencing offending identified in current aetiological theories, e.g. "An integrated theory of sexual offending" (ITSO) developed by Ward and Beech (2006, 2008), and the fourth would be to explore the relationship of EMS to repeat sex offending.

An interesting direction for further research would be to extend the scope of investigation of the studied variables by using more precise categories of characteristics (e.g. categories of CSO polymorphism; type of CSO-victim relationship) or to focus in more depth on CSO-related variables that were left out of this study (e.g. clinical data).

Further research might consider other contributing factors to sexual offending as identified in current aetiological theories, e.g. "An integrated theory of sexual offending" (ITSO) developed by Ward and Beech (2006, 2008), while also exploring the relationship of EMS with repeat sexual offending.

Practical importance of the results

EMSs play an important role in sexual offending. The results presented have applications in the areas of diagnosis, therapy and prevention. The identification of EMSs can help to identify the origins of CSO psychopathology and emotional deficiencies which are crucial in the therapy process and in the process of planning preventive interventions. It seems important to apply an individualised approach in the treatment of CSOs by incorporating in the therapy plan methods specifically designed to address the relevant schema.

Acknowledgements

The authors would like to thank the subjects for their commitment and time, and the Directorate, Management, Staff and Therapists working at the penitentiaries in Kraków, Rzeszów, Kielce and Pińczów for their kindness and assistance in conducting this research.
We also would like to thank the Reviewers for valuable feedback. Their comments, and suggestions have significantly improved the quality of our article.

References

1. Andersen, B. L., Cyranowski, J. M., Espindle, D. (1999). Men's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*(4), 645–661.
2. Askari, I. (2019). Early maladaptive schemas and cognitive-behavioral aspect of anger: schema model perspective. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 37*(3), 262–283. https://doi.org/10.1007/s10942-018-0311-9
3. Bancroft, J. (2011). *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.
4. Beisert, M. (2012). *Pedofilia: geneza i mechanizm powstawania zaburzenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
5. Bintas-Zörer, P., Gulay, D. (2017). *Are there links between attachment styles and early maladaptive schema domains?* 15th European Congress of Psychology, Amsterdam Conference materials (poster). Amsterdam, The Netherlands.
6. Borkowska, O., Płatek, M. (2011). Skala przestępstwa zgwałcenia w Polsce. (In) J. Piotrowska, A. Synakiewicz (Eds.), *Dość milczenia. Przemoc seksualna wobec kobiet i problem gwałtu w Polsce* (pp. 10–22). Warszawa: Feminoteka.
7. Calvete, E. (2007). Justification of violence beliefs and social problem-solving as mediators between maltreatment and behavior problems in adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 10*(1), 131–140. doi:10.1017/s1138741600006399
8. Chakhssi, F., de Ruiter, C., Bernstein, D. P. (2013). Early maladaptive cognitive schemas in child sexual offenders compared with sexual offenders against adults and non-sexual violent offenders: an exploratory study. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(9), 2201–2210. doi:10.1111/jsm.12171
9. Dozois, D. J. A., Martin, R. A., Faulkner, B. (2013). Early maladaptive schemas, styles of humor and aggression. *Humor, 26*(1), 97–116.
10. Dunne, A. L., Gilbert, F., Lee, S., Daffern, M. (2018). The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggressive Behavior, 44*(3), 246–256. doi.org/10.1002/ab.21747
11. Efrati, Y., Shukron, O., Epstein, R. (2020). Early maladaptive schemas are highly indicative of compulsive sexual behavior. *Evaluation & the Health Professions, 44*(2), 142–151.
12. Espelage, D. L., Merrin, G. J., Hong, J. S., Resko, S. M. (2018). Applying social cognitive theory to explore relational aggression across early adolescence: a within- and between-person analysis. *Journal of Youth & Adolescence, 47*(11), 2401–2413. doi.org/10.1007/s10964-018-0910-x
13. Farrell, J. M., Shaw, I. A. (2015). *Grupowa terapia schematów w leczeniu borderline*. Gdańsk: GWP.
14. Fenik, K. (2008). Grooming – uwodzenie dzieci w Internecie. (In) A. Jodko (Ed.), *Tabu seksuologii. Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej* (pp.135–144). Warszawa: Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej "Academica".
15. Fernández-González, L., Orue, I., Adrián, L., Calvete, E. (2022). Child-to-parent aggression and dating violence: longitudinal associations and the predictive role of early maladaptive schemas. *Journal of Family Violence, 37*(1), 181–189. https://doi.org/10.1007/s10896-021-00269-2
16. Gierowski, J. K., Jaśkiewicz-Obydzińska, T. (Eds.) (2002). *Zabójcy i ich ofiary. Psychologiczne podstawy profilowania nieznanych sprawców zabójstw*. Kraków: Wydawnictwo Instytutu Ekspertyz Sądowych.
17. Huang, L. S., Molenberghs, P., Mussap, A. J. (2023). Cognitive distortions mediate relationships between early maladaptive schemas and aggression in women and men. *Aggressive Behavior, 49*, 418–430. https://doi.org/10.1002/ab.22083
18. Hudson, S. M., Ward, T. (1997). Intimacy, loneliness, and attachment style in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(3), 323–339. doi:10.1177/08862609701200300
19. Huesmann, L. R. (1998). The role of social information processing and cognitive schema in the acquisition and maintenance of habitual aggressive behavior. (In) R. G. Geen, E. Donnerstein (Eds.), *Human aggression: theories, research, and implications for social policy* (pp. 73–109). Academic Press. https://doi.org/10.1016/B978-012278805-5/50005-5
20. Kachadourian, L. K., Taft, C. T., Holowka, D. W., Woodward, H., Marx, B. P., Burns, A. (2013). Maladaptive dependency schemas, posttraumatic stress hyperarousal symptoms, and intimate partner aggression perpetration. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 580–587. https://doi.org/10.1002/jts.21850
21. Karantzas, G. C., Younan, R., Pilkington, P. D. (2023). The associations between early maladaptive schemas and adult attachment styles: a meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 30*(1), 1–20. https://doi.org/10.1037/cps0000108
22. Keulen-de Vos, M. E., Giesbers, G., Hülsken, J. (2023). Relationships between early maladaptive schemas and emotional states in individuals with sexual convictions. *Sexual Abuse*. doi:10.1177/10790632231153635
23. Kleban, H., Chesin, M. S., Jeglic, E. L., Mercado, C. C. (2012). An exploration of crossover sexual offending. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment, 25*(5), 427–443. doi:10.1177/1079063212464397
24. Malamuth, N. M., Brown, L. M. (1994). Sexually aggressive men's perceptions of women's communications: testing three explanations. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(4), 699–712. doi:10.1037/0022-3514.67.4.699

25. Mann, R. E., Hanson, R. K., Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment, 22*(2), 191–217. doi:10.1177/1079063210366039
26. Mann, R., Hollin, C. (2010). Self-reported schemas in sexual offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 21*(6), 834–851. doi:10.1080/14789949.2010.511240
27. Marshall, W. L. (2001). Attachment problems in the etiology and treatment of sexual offenders. (In) W. Everaerd, E. Laan, S. Both (Eds.), *Sexual appetite, desire, and motivation: energetics of the sexual system* (pp. 135–143). Amsterdam: Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen.
28. Marshall, W. L. (1989). Intimacy, loneliness, and sex offenders. *Behavior Research & Therapy, 27*(5), 491–503.
29. Marshall, W. L., Marshall, L. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, Violence, and Abuse, 1*, 250–263.
30. Milner, R. J., Webster, S. D. (2005). Identifying schemas in child molesters, rapists, and violent offenders. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment, 17*(4), 425–439. doi:10.1177/107906320501700406
31. Miner, M. H., Robinson, B. E., Knight, R. A., Berg, D., Swinburne Romine, R., Netland, J. (2009). Understanding sexual perpetration against children: effects of attachment style, interpersonal involvement, and hypersexuality. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment, 22*(1), 58–77. doi:10.1177/1079063209353183
32. Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J. (2009). Cognitive schemas associated with negative sexual events: a comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 38*(5), 842–851.
33. Oettingen, J., Chodkiewicz, J., Mącik, D., Gruszczyńska, E. (2018). Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ-S3-PL). *Psychiatria Polska, 52*(4), 707–718.
34. Oettingen, J., Gierowski, J. K., Grabski, B., Micek, A. (2023). A discussion of early maladaptive schemas in men convicted sexual offenders in Poland. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 23*, 1–14. doi.org/10.12740/APP/166604
35. Prusak, J. (2020) Parafilie wśród księży Kościoła rzymskokatolickiego: co wiemy, czego i nie wiemy, o duchownych wykorzystujących seksualnie małoletnich. *Psychiatria Polska, 54*(3), 571–590.
36. Quinta Gomes, A. L., Nobre, P. (2011). Early maladaptive schemas and sexual dysfunction in men. *Archives of Sexual Behavior, 41*(1), 311–320. doi:10.1007/s10508-011-9853-y
37. RAINN Organization. Perpetrators of Sexual Violence: Statistics. Retrieved May 11, 2023 from: https://www.rainn.org/statistics/perpetrators-sexual-violence
38. Saramago, M. A., Cardoso, J., Leal, I. (2020). Victim crossover index offending patterns and predictors in a Portuguese sample. *Sexual Abuse, 32*(1), 101–124. doi:10.1177/1079063218800472
39. Sąsiada, M. (2008) Modus operandi jako środek identyfikacji sprawcy przestępstwa. *Wrocławskie Studia Erazmiańskie. Zeszyty studenckie, 1*, 204–222.
40. Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., Stuart, G. L. (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. *Personality and Individual Differences, 83*, 6–12. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.03.040
41. Sigre-Leirós, V. L., Carvalho, J., Nobre, P. (2013). Early maladaptive schemas and aggressive sexual behavior: a preliminary study with male college students. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(7), 1764–1772. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02875.x
42. Smallbone, S. W., Dadds, M. R. (1998). Childhood attachment and adult attachment in incarcerated adult male sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 13*(5), 555–573. https://doi.org/10.1177/088626098013005001
43. Staufenberg, H. (2010). Attachment theory and its relation to adult men who sexually offend. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention, 2*(3), 144–160. doi.org/10.1037/h0101571
44. Stephens, S., Reale, K. S., Goodwill, A. M., Beauregard, E. (2017). Examining the role of opportunity in the offense behavior of victim age polymorphic sex offenders. *Journal of Criminal Justice, 52*, 41–48. https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2017.07.010
45. Szlachcic, R., Fox, S., Conway, C., Lord, A., Christie, A. (2015) The relationship between schemas and offence supportive attitudes in mentally disordered sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression, 21*(3), 318–336.
46. Szumski, F. (2013). *Zniekształcenia poznawcze u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka*. Unpublished master's thesis. Poznań: UAM.
47. Tremblay, P. F., Dozois, D. J. A. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences, 46*(5–6), 569–574. https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.12.009
48. Villanueva, C. (2012). *How attachment, personality, and sexual self-schema influence sexual behavior*. Unpublished master's thesis. Sacramento: California State University.
49. Ward, T., Beech, A. R. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior, 11*(1), 44–63.
50. Ward, T., Beech, A. R. (2008). An integrated theory of sexual offending. (In) D. R. Laws, W. T. O'Donohue, *Sexual deviance* (pp. 21–36). New York, London: The Guilford Press.

51. Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L., Siegert, R. (1995). Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: a theoretical framework. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment, 7,* 317–335.
52. Ward, T., Keenan, T. (1999). Child molesters' implicit theories. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(8), 821–838. https://doi.org/10.1177/088626099014008003
53. Wiegel, M., Scepkowski, L. A., Barlow, D. H. (2007). Cognitive-affective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. (In) E. Janssen (Ed.), *The psychophysiology of sex* (pp. 143–165). Indiana University Press.
54. Woods, L., Porter, L. (2008). Examining the relationship between sexual offenders and their victims: interpersonal differences between stranger and non-stranger sexual offences. *Journal of Sexual Aggression, 14*(1), 61–75. doi:10.1080/13552600802056640
55. Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka*. Sopot: Wydawnictwo GWP.

ORCID
Justyna Oettingen 0000-0002-0343-8572

Corresponding author
Justyna Oettingen
Forensic Sexology Lab, Institute of Sexology and Psychotherapy
ul. Radziwiłłowska 9/5
PL 31-026 Kraków
e-mail: justyna.oettingen@gmail.com

WCZESNE SCHEMATY DEZADAPTACYJNE SPRAWCÓW A CECHY I WŁAŚCIWOŚCI PRZESTĘPSTW SKIEROWANYCH PRZECIWKO WOLNOŚCI SEKSUALNEJ

Wprowadzenie

WSD a zachowania agresywne

Struktury poznawcze są centralnym składnikiem osobowości człowieka i regulują jego zachowanie. Obejmują one określony sposób widzenia oraz rozumienia świata i wywierają istotny wpływ na życie jednostki. WSD (wczesne schematy dezadaptacyjne, *early maladaptive schemas, EMS*) to konstrukt stworzony przez Jeffreya Younga w ramach terapii schematów. Definiowany jest jako szkodliwy dla jednostki wzorzec emocjonalny i poznawczy wpływający na to, w jaki sposób człowiek myśli o sobie, co czuje, jak działa oraz w jaki sposób wchodzi w relacje z innymi (Young, Klosko, Weishaar, 2014). Schematy powstają w okresie dzieciństwa, lecz są rozwijane przez jednostkę na dalszych etapach życia. Schematy wykształcone najwcześniej i najbardziej kluczowe dla jednostki stanowią bezwarunkowe przekonania na temat jej samej i innych ludzi, a schematy wykształcone później są warunkowe (Young i in., 2014). Zarówno warunkowe, jak i bezwarunkowe WSD są w znacznym stopniu dysfunkcjonalne, bowiem wiążą się z występowaniem psychopatologii. W literaturze wyodrębnionych zostało 18 schematów – część z nich dotyczy doświadczeń związanych z wczesnodziecięcym opuszczeniem/odrzuceniem, niektóre z ograniczeniem autonomii, inne wiążą się z zachwianiem granic, nadmierną czujnością i zahamowaniem, zaś pozostałe z ukierunkowaniem na innego. Wg Younga wiodące tematy tych obszarów w sposób znaczący determinują zachowanie człowieka i negatywnie wpływają na jego funkcjonowanie w relacji ze światem. Interpretacja zdarzenia przez pryzmat wiodącego motywu schematu uniemożliwia jednostce dokonanie realistycznej oceny sytuacji, co skutkuje negatywnym stanem emocjonalnym i dezadaptacyjną odpowiedzią behawioralną (Kachadourian i in., 2013).

Zdeterminowana przez aktywny schemat dezadaptacyjna odpowiedź behawioralna może obejmować szerokie spektrum zachowań ukierunkowanych na innych. Z badań wynika, że system przekonań może wpływać na predyspozycję do gniewu i agresji (Huesmann, 1998; Anderson, Bushman, 2002; Dozois, Martin, Faulkner, 2013; Askari, 2019). Badania przeprowadzone na grupie studentów I roku przez Tremblaya i Dozoisa (2009) wykazały, że pewne schematy (tj. *nieufność/nadużycie, uprzywilejowanie/dominacja* i *niewystarczająca samokontrola/samodyscyplina*) są silnie i w sposób unikalny związane z agresywnością (cechą), rozumianą jako względnie stała tendencja do reagowania agresją w trudnych sytuacjach.

Szczególnie istotne są domeny, w których grupują się schematy. Badania empiryczne dowodzą, że domeny WSD sprzyjają rozwojowi „skryptów" agresywnego reagowania (Dunne, Gilbert, Lee, Daffern, 2018), wpływając na ekspresję agresywnych i problematycznych zachowań, na ich częstotliwość, jak również na ryzyko ich powtarzania (Espelage, Merrin, Hong, Resko, 2018). Wykazano, że poszczególne obszary WSD mogą różnicować postacie agresji. W badaniu przeprowadzonym na pacjentach przebywających w ośrodku leczenia uzależnień Shorey, Elmquist, Anderson i Stuart (2015) wskazali, że domena *zachwianie granic* jest pozytywnie związana z agresją słowną i ogólną oraz agresywną postawą, zaś domena *opuszczenie/odrzucenie* – pozytywnie z agresją fizyczną. Przytaczane badania dotyczą populacji mężczyzn, jednakże w innych badaniach przeprowadzonych przez Huanga, Molenberghsa i Mussapa (2023) domena *zachwianie granic* (obok domeny *ograniczenie autonomii*) okazała się istotna dla agresji w sposób niezależny od płci.

WSD wiążą się również z przemocą intymną oraz z różnymi formami przemocy w rodzinie pojawiającymi się w okresie dojrzewania. Fernández-González, Orue, Adrián i Calvete (2022) w 3-letnim badaniu podłużnym na grupie 673 uczniów szkół średnich dowiodły predykcyjnej roli WSD w przemocy stosowanej przez nastolatków. Wyniki tego badania pokazują, że schemat *nieufność/nadużycie* odgrywa istotną rolę w przemocy podejmowanej przez nastolatków na randkach, zaś schematy *uprzywilejowanie (dominacja)/roszczeniowość* i *niewystarczająca samokontrola/samodyscyplina* w przemocy występującej między dziećmi i rodzicami.

WSD a seksualność i agresywne zachowania seksualne

Schematy odgrywają również istotną rolę w szerokim spektrum funkcjonowania seksualnego człowieka. Analiza prowadzonych na świecie badań wskazuje, że struktury te mają wpływ na obraz siebie w roli partnera seksualnego u mężczyzn (Andersen, Cyranowski, Espindle, 1999), na funkcjonowanie seksualne (Nobre, Pinto-Gouveia, 2009), ekspresję seksualną, a także na zachowania seksualne (Villanueva, 2012). WSD mogą także odgrywać rolę jako czynniki podatności na problemy seksualne

(Wiegel, Scepkowski, Barlow, 2007) i dysfunkcje seksualne (Quinta Gomes, Nobre, 2011), na kompulsywne zachowania seksualne (Efrati, Shukron, Epstein, 2020), jak również mogą mieć związek z agresywnymi i przestępczymi zachowaniami seksualnymi (Sigre-Leirós, Carvalho, Nobre, 2013; Chakhssi, de Ruiter, Bernstein, 2013).

Identyfikacja struktur poznawczych związanych z przemocą seksualną była przedmiotem licznych badań. Zauważono, że na agresywne zachowania sprawców wpływa sposób postrzegania siebie (Mann, Hollin, 2010), partnera seksualnego/ofiary (Malamuth, Brown, 1994), przestępstwa (Milner, Webster, 2005) i otaczającego świata. Ward i Keenan (1999) zauważyli, że sprawca może przejawiać jedno z tych przekonań – np. koncentrując uwagę na ofierze, na sobie lub też na świecie, który uznaje za zagrażający. Sprawca może również przejawiać wszystkie te elementy, koncentrując uwagę na relacji zachodzącej między nimi („dzieci jako obiekty seksualne", „uprzywilejowanie", „niebezpieczny świat", „niekontrolowanie" i „natura krzywdy"). Poszczególne typy sprawców mogą różnić się w zakresie częstości występowania i rodzaju przekonań. Milner i Webster (2005) poddali analizie porównawczej przekonania gwałcicieli, osób molestujących dzieci i sprawców przemocy nieseksualnej. Wyniki pokazały, że sprawcy zgwałceń prezentują przekonania odnoszące się do „podejrzliwości/wrogiego nastawienia do kobiet" i „uprawnienia seksualnego", podczas gdy sprawcy wykorzystujący seksualnie dzieci – przekonania wiążące się z poczuciem „bezwartościowości".

W innych badaniach zauważono, że osoby z historią przestępstw seksualnych charakteryzują się zazwyczaj nadmierną czujnością wobec kobiet lub dziecięcą koncepcją siebie, co jest związane z pozabezpiecznym stylem przywiązania (Keulen-de Vos, Giesbers, Hülsken, 2023). Przekonania wynikające z postrzegania i przeżywania więzi z innymi (tzw. styl wiązania) zostały uznane w teoriach etiologicznych za szczególnie istotne. Wykazano, że zachowania związane z przestępczością seksualną mogą się różnić w zależności od typu pozabezpiecznego stylu przywiązania sprawcy (Marshall, Marshall, 2000; Smallbone, Dadds, 1998). Czynnik poznawczy jest również uwzględniany w nowszych teoriach wyjaśniających zjawisko przemocy seksualnej, m.in. w „Zintegrowanej teorii przestępczości seksualnej" (*The Integrated Theory of Sexual Offending – ITSO*) Warda i Beecha (2006, 2008). W tej koncepcji struktury poznawcze (obok innych wymienionych, tj. trudności emocjonalnych, trudności społecznych i dewiacyjnych zainteresowań seksualnych) składają się na formowanie się klinicznego obrazu symptomów prowadzącego do popełnienia czynu i/lub jego późniejszego powtarzania (recydywy). W odniesieniu do modelu Warda i Beecha na gruncie polskim zbadano rolę zniekształceń poznawczych w mechanizmie sprawstwa wykorzystywania seksualnego dzieci (Szumski, 2013). Jednak leżące głębiej struktury poznawcze, tj. WSD, nie zostały dotychczas zbadane w odniesieniu do charakterystyk popełnionego przestępstwa. Najnowsze badania Oettingen, Gierowskiego, Grabskiego i Micek (2023) wskazują, że WSD różnicują sprawców od niesprawców. Schematy skazanych za przestępstwa seksualne mężczyzn w porównaniu do mężczyzn z grupy kontrolnej (niekarani i nieleczeni) są bardziej nasilone i rozległe (tzn. obejmują większą liczbę domen/obszarów WSD.

Celem prezentowanego badania było zbadanie zależności pomiędzy cechami popełnionego przez skazanych za przestępstwa seksualne mężczyzn czynu a posiadanymi przez nich WSD. W świetle powyższego postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy istnieje związek pomiędzy cechami popełnionego przestępstwa a rodzajem i nasileniem WSD u badanych przestępców seksualnych?
2. Jakie cechy czynu różnicują sprawców posiadających określony rodzaj lub nasilenie WSD?

Metoda

Procedura badawcza

Badanie zostało przeprowadzone w oddziałach kilku jednostek penitencjarnych na południu Polski[1]. Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne. Badanym zapewniono poufność i anonimowość. Dane poddawane analizom pochodziły z dwóch źródeł: część została pozyskana od osoby badanej (badanie kwestionariuszowe), a reszta – przez specjalnie przeszkolonych badaczy na podstawie przeprowadzonej analizy akt penitencjarnych.

Celem analizy akt było wyselekcjonowanie danych potrzebnych do uzupełnienia kwestionariusza do wyciągu z akt penitencjarnych sprawcy czynu o charakterze seksualnym. Zadaniem badaczy było uważne zapoznanie się z treścią udostępnionych materiałów, a następnie naniesienie wyłonionych informacji na pozycje zawarte w kwestionariuszu. W przypadku tzw. skal przemocy zadaniem badaczy była ocena popełnionych przestępstw pod kątem wartości odpowiadających pozycjom liczbowym zawartym w danej skali.

Protokół badania został zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną Uniwersytetu Jagiellońskiego (Nr 122.6120.97.2017), jak również przez kierownictwo okręgowych inspektoratów służby więziennej w Krakowie i w Rzeszowie.

Osoby badane

Przebadano 152 mężczyzn skazanych za przestępstwa seksualne. Z analiz wyłączono 38 sprawców, których

[1] Kielce, Pińczów, Kraków i Rzeszów.

odpowiedzi w YSQ zawierały braki danych; 5 sprawców, którzy wycofali zgodę na badanie w trakcie jego trwania oraz 7 sprawców, których akta nie były kompletne lub były niedostępne. Ostatecznie analizy przeprowadzono na grupie 102 skazanych i wyróżniono 3 podgrupy sprawców ze względu na wiek ofiar[2]:

– 49 sprawców czynów pedohebefilnych *(PHSO; pedohebophilic sexual offenders)*, tj. sprawców wykorzystania seksualnego dziecka w wieku ≤14 lat,
– 20 sprawców czynów efebofilnych *(ESO; ephebophilic sexual offenders)*, *tj*. sprawców wykorzystania seksualnego osób w wieku 15–17 lat,
– 33 sprawców wykorzystania seksualnego osoby dorosłej *(ASO; adult sexual offenders)*, tj. w wieku ≥18 lat.

Zważywszy, że głównym źródłem danych o popełnionym czynie były akta penitencjarne badanych sprawców, zdecydowano się na ich prawną kwalifikację do grup podlegających badaniu, tj. kwalifikację na podstawie zachowania seksualnego sprawcy bez względu na preferowany przez niego zarówno obiekt, jak i sposób uzyskiwania satysfakcji seksualnej.

Średni wiek badanych mężczyzn wynosił 33,2 (SD = 12,54) lat. W zakresie wykształcenia większość skazanych (39,2%) posiadało wykształcenie zawodowe, natomiast mniejszy odsetek – podstawowe (17,7%), gimnazjalne (12,8%), średnie (12,8%) i wyższe (8,8%). W 8,8% przypadków brakowało danych dotyczących poziomu wykształcenia. Jeśli chodzi o stan cywilny, to większość skazanych była kawalerami (50,0%), niewielki odsetek stanowili mężczyźni żonaci (15,7%), status „w separacji" odnotowano u 11,8% badanych, zaś rozwiedzionych było 2,9% mężczyzn. 6,9% mężczyzn utrzymywało konkubinat/związek nieformalny lub status wdowca (2,0%), a w przypadku 10,8% uczestników akta nie zawierały na ten temat żadnych danych. Znaczna część badanych mężczyzn pochodziła spoza miasta (36,3%), osoby mieszkające w większych miastach stanowiły (25,5%). Mieszkańcami małych miast było 25,5% respondentów. Istniała również niewielka liczba osób bez stałego miejsca zamieszkania (1,0%), a dane dotyczące miejsca zamieszkania nie były dostępne w przypadku niektórych uczestników (11,8%). Pod względem kategorii przestępstw seksualnych największą grupę stanowili sprawcy pedofilni (43,1%) związani z artykułem 200 k.k., a także sprawcy zgwałceń (41,2%) związani z artykułem 197 k.k. Ponadto 9,8% sprawców popełniło przestępstwa z innych kategorii, takie jak określone w artykule 198, artykule 199 i artykule 201 kodeksu karnego. W niektórych przypadkach brakowało danych dotyczących kategorii przestępstw (5,9%). W zakresie oddziału, w którym osadzeni byli respondenci – 33,3% odbywało swój wyrok w oddziale terapeutycznym. Wszyscy przestępcy seksualni byli skazani za co najmniej jedno przestępstwo seksualne, niektórzy charakteryzowali się historią wielu popełnionych wcześniej takich przestępstw. Jeśli chodzi o uprzednią karalność, to niektórzy skazani byli niekarani (43,1%), podczas gdy inni byli recydywistami (23,5%). Dla pewnej liczby uczestników badania (23,5%) brakowało danych dotyczących uprzedniej karalności.

Narzędzia

Kwestionariusz Schematów (YSQ-S3-PL) to samoopisowy inwentarz służący do pomiaru nasilenia wczesnych schematów dezadaptacyjnych. Kwestionariusz zawiera 90 pozycji, które odpowiadają wyodrębnionym przez Younga 18 schematom. WSD są zgrupowane w pięciu szerokich kategoriach rozwojowych zwanych domenami. Każda z nich reprezentuje ważny składnik podstawowych potrzeb emocjonalnych człowieka. Kwestionariusz został szczegółowo opisany w innych publikacjach (Young i in., 2014; Oettingen, Chodkiewicz, Mącik, Gruszczyńska, 2018).

Polska wersja YSQ-S3 potwierdziła oryginalną strukturę czynnikową i wykazała zadowalające właściwości psychometryczne. Wartości alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal wahają się od 0,62 do 0,81, a dla wskaźnika sumarycznego wartość ta wynosi 0,96 (Oettingen, i in., 2018).

Kwestionariusz własnej konstrukcji do wyciągu z akt penitencjarnych sprawcy czynu o charakterze seksualnym (2018) opracowano na podstawie ankiety Gierowskiego i Jaśkiewicz-Obydzińskiej (2002). Ankieta zawiera informacje dotyczące sprawcy i ofiar (wiek, płeć, liczba, relacja łącząca ofiarę ze sprawcą), a także informacje na temat charakterystyki popełnionego czynu: *modus operandi* sprawcy (presja, podstęp, przekupstwo, groźby, *grooming*, wykorzystanie pozycji autorytetu/zależności, planowanie), sytuacyjne tło motywacyjne: czasowość czynu (parametry czasowe sytuacji) i jego częstotliwość, powtarzalność czynów i in.

[2] Według kodeksu karnego małoletnim jest osoba znajdująca się między 15 a 18 rokiem życia (art. 199 k.k.), przy czym granica wieku zgody na relacje seksualne to 15 r.ż. W trosce o przejrzystość artykułu granice penalizacji odniesiono do funkcjonującego w piśmiennictwie rozróżnienia sprawców ze względu na orientacyjny przedział wiekowy ofiar:
– wiek ofiar ≤14 r.ż. – obejmuje seksualne zainteresowanie dziećmi w okresie przed pokwitaniem – nazywane w literaturze pedofilią, jak również zainteresowanie dziećmi, które osiągnęły pokwitanie (zazwyczaj między 11 a 14 r.ż.) – nazywane w literaturze „hebefilią". Zważywszy na fakt, iż często pedofile mają skłonność do dzieci dojrzewających płciowo, a hebefile – do dzieci, które jeszcze nie zaczęły dojrzewać, w literaturze używa się terminu „pedohebefilia" oznaczającego pociąg do dzieci w wieku przedpokwitaniowym i dojrzewania.
– grupa wiekowa ofiar 15–17 r.ż. – obejmuje seksualne zainteresowanie adolescentami w późnym wieku dojrzewania (zazwyczaj między 15 a 19 r.ż.) i w literaturze nazywane jest efebofilią (Prusak, 2020).

Zmodyfikowane Skale Przemocy (Beisert, 2012) obejmujące: Skalę przemocy seksualnej, Skalę przemocy emocjonalnej i Skalę przemocy fizycznej. Skala przemocy seksualnej składa się z dwóch czynników: 1) poziomu inwazyjności czynu, tj. poziomu angażowania osoby (ciała) ofiary przez sprawcę w trakcie aktywności seksualnej; 2) sposobu doprowadzenia do czynu, tj. sposobu, w jaki sprawca doprowadza swą ofiarę do uczestnictwa w aktywności seksualnej. Czynniki zawarte we wszystkich skalach i podskalach zostały uszeregowane od wartości najmniejszej do największej – im większa jest wartość danej zmiennej, tym większe jest nasilenie przemocy i/lub ingerencja sprawcy w wolność osobistą ofiary. W ramach modyfikacji skal dostosowano ich pozycje do badanej grupy. Oryginalne skale przeznaczone były do badania sprawców popełniających swe czyny na osobach małoletnich. Modyfikacja treściowa pozycji polegała na zamianie niektórych słów w ankiecie; przykładowo: ze słowa „dziecko" na „ofiara". Nie zmieniono liczby pozycji skal. Posłużono się tym samym wzorem obliczania wyników co w oryginalnej wersji (Beisert, 2012).

Analiza statystyczna

Wartości uzyskane dla WSD zostały przekształcone logarytmicznie ze względu na ich skośność i odstępstwo od rozkładu normalnego. Statystyki opisowe dla przekształconych logarytmicznie WSD, wieku respondentów i intensywności przemocy zostały przedstawione jako średnie i odchylenia standardowe (SD). Charakterystyka zmiennych jakościowych opisujących sprawców i akty seksualne została zaprezentowana w postaci liczebności bezwzględnych i wartości procentowych.

Zastosowano test t-Studenta lub ANOVA z poprawką Bonferroniego, aby porównać różnice w wartościach WSD przekształconych logarytmicznie pomiędzy różnymi grupami niezależnymi definiującymi czyn, sprawcę i ofiarę. Wielkość efektu została wyrażona jako statystyka Cohena lub statystyka eta-kwadrat. Siłę monotonicznego związku między intensywnością różnych rodzajów przemocy a WSD testowano za pomocą korelacji rang Spearmana. Różnicę uznawano za istotną statystycznie, jeśli dwustronna wartość p była mniejsza niż 0,05. Analizy przeprowadzono przy użyciu oprogramowania SPSS w wersji 26.0 (Chicago, USA).

Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono wybrane charakterystyki czynów popełnionych przez badanych mężczyzn. Największą grupę stanowili sprawcy przestępstw wobec dzieci (PHSO) – 48% przypadków; 20% stanowili efebofile (ESO), zaś grupa sprawców przestępstw wobec dorosłych (ASO) obejmowała 32% badanych. Ofiarami były w większości kobiety (83%); 5% sprawców dopuszczało się czynów na osobach obu płci. Spośród przebadanych sprawców 53% popełniało czyny na osobach im znanych. Około połowa sprawców planowała przestępstwo (56%), a alkohol był obecny podczas czynu w 47% przypadków. Większość czynów było nagłych i niespodziewanych (62%), natomiast 48% popełniono w sposób wielokrotny.

Ocenę zależności między WSD a cechami popełnionego przestępstwa przestawia tabela 2.

Uzyskane wyniki wskazują na zróżnicowanie 6 WSD i 2 domen pomiędzy rozmaitymi charakterystykami czynów. Pełne wyniki z uwzględnieniem kompletnych domen i schematów zostały zamieszczone w materiałach uzupełniających.

Sprawcy przestępstw seksualnych popełnionych dwukrotnie oraz sprawcy przemocy seksualnej na kobietach wykazali się większym nasileniem schematu *rozmycie granic/nierozwinięte JA* aniżeli pozostałe grupy. Sprawcy przestępstw na ofiarach im znanych mieli większe nasilenie domeny *ukierunkowanie na innego*. W schemacie *samopoświęcenie* wyższe nasilenie obserwowano u PHSO w stosunku do ESO (przy braku różnic pomiędzy pozostałymi parami grup); sprawców na ofiarach znajomych oraz u sprawców, którzy atakowali podstępnie, przykładowo podając nieświadomej ofierze środki wpływające na stan jej świadomości. Istotnie niższe nasilenie schematu *poszukiwanie akceptacji i uznania* uwidoczniło się u sprawców popełniających przestępstwo na obu płciach (ofiary zarówno M, jak i K) niż u sprawców wybierających na swe ofiary osoby tej samej płci (albo wyłącznie K, albo wyłącznie M). W domenie *nadmierna czujność i zahamowanie* wyższe nasilenie obserwowano u sprawców na ofiarach znajomych.

W schemacie *zahamowanie emocjonalne* wyższe nasilenie mieli: PHSO, sprawcy planujący przestępstwo, sprawcy działający podstępnie oraz sprawcy czynów ciągłych, zaś niższe natężenie tego schematu zaobserwowano u sprawców czynów pojedynczych.

Niższe nasilenie schematu *bezlitosne normy* zaobserwowano u sprawców czynów nagłych oraz tych popełnionych na obu płciach. Niższe nasilenie schematu *samokaranie* uwidoczniło się u sprawców przestępstw popełnionych na obu płciach oraz u sprawców ofiar nieznanych.

Ocenę zależności między WSD a rodzajem użytej przez sprawców przemocy i jej natężeniem przestawia tabela 3.

Analizując zależność pomiędzy WSD a rodzajem użytej przez sprawców przemocy i jej natężeniem, nie zaobserwowano istotnych korelacji w odniesieniu do przemocy emocjonalnej i fizycznej ani do zachowań seksualnych z kontaktem fizycznym. Przemoc seksualna w formie bezdotykowej była dodatnio skorelowana ze

schematami *samopoświęcenie* i *samokaranie*, jak również z domeną *nadmierna czujność i zahamowanie*. Przemoc seksualna w zakresie zachowań przekraczających granicę ciała była ujemnie skorelowana ze schematem *nieufność/nadużycie*, domeną *ograniczenie autonomii* oraz schematem *kruchość/wrażliwość*.

Z kolei w sposobie doprowadzenia do czynu, gdzie istotna jest wola ofiary, ujemną korelację zaobserwowano w domenie *zachwianie granic* i obu wchodzących w jej obręb schematach: *uprzywilejowanie (dominacja)/ roszczeniowość* i *niewystarczająca samokontrola/samodyscyplina*, a także w schemacie *poszukiwanie aprobaty i uznania*. Dodatnią korelację odnotowano natomiast w schematach: *porzucenie/brak stabilności, samopoświęcenie* i *samokaranie*.

Dyskusja

Głównym celem badania była odpowiedź na pytania:

1. Czy istnieje związek pomiędzy cechami popełnionego przestępstwa a rodzajem i nasileniem WSD u badanych przestępców seksualnych?
2. Jakie cechy i właściwości czynu różnicują sprawców posiadających określony rodzaj lub nasilenie WSD?

WSD a cechy czynów

Uzyskane wyniki dowodzą, że niektóre cechy popełnionych przestępstw różnicują badanych sprawców w zakresie posiadanych przez nich WSD. Płeć ofiar jest jednym z takich czynników. Sprawcy dokonujący przestępstw zarówno na osobach płci żeńskiej, jak i męskiej, charakteryzują się niskim nasileniem takich schematów, jak: *poszukiwanie aprobaty/ uznania, bezlitosne normy* i *samokaranie*. W odniesieniu do koncepcji wariantów seksualnych Bancrofta (2011), która traktuje seksualność jako elastyczną kategorię obejmującą szerokie spektrum możliwości, na wybór płci ofiary jako określonego wzorca pobudzania oprócz uwarunkowanej biologicznie tożsamości seksualnej istotny wpływ zdają się odgrywać poznawcze czynniki podmiotowe (tj. WSD). W kontekście wyboru płci ofiary zakres wariantów seksualnych może przykładowo obejmować: ograniczanie własnych zainteresowań seksualnych do preferowanej przez siebie płci, zainteresowanie ofiarami płci alternatywnej pomimo posiadania określonego płciowo wzorca/obiektu pobudzania czy skłonność do ukierunkowania popędu względem osób stanowiących przypadkowy kontakt seksualny (m.in. korzystanie z nadarzającej się okazji). Zjawisko „okazji przestępczych" zostało opisane przez Stephens, Reale, Goodwilla i Beauregarda (2017) w odniesieniu do polimorfizmu wieku ofiary.

Okazje przestępcze w kontekście płci ofiary zaobserwować można na przykład u sprawców popełniających przestępstwa w trakcie odbywania kary pozbawienia wolności. Takie czyny często wiążą się z tzw. „homoseksualnością zastępczą", która pełni ważne funkcje dla sprawcy podczas odbywania kary pozbawienia wolności, np. zaspokajanie potrzeb czy określanie hierarchii w grupie. Szczegółowa analiza uzyskanych przez autorów niniejszej pracy wyników w obszarze WSD u sprawców wybierających na swe ofiary osoby zarówno płci męskiej, jak i żeńskiej, może sugerować, że struktury te mogą pełnić rolę czynnika ułatwiającego korzystanie z „okazji przestępczej". Wydaje się, że sprawcy ci nie poszukują w relacjach uznania i aprobaty, nie mają też potrzeby spełniania wygórowanych, zinternalizowanych norm zachowania, a inni ludzie, jak się wydaje, nie są dla nich szczególnym punktem odniesienia. Odkrycie to jest interesujące, zważywszy na fakt, iż przestępcy seksualni, których ofiary różnią się wiekiem, płcią i relacją ze sprawcą, zazwyczaj mają większą liczbę ofiar, co wiąże się z recydywą seksualną (Saramago, Cardoso, Leal, 2020). Kleban, Chesin, Jeglic i Mercado (2012) wykazały, że polimorfizm płci ofiary związany jest z wyższym wskaźnikiem recydywy mierzonej narzędziem Static-99 aniżeli stabilność sprawcy pod względem wyboru tej cechy. W ich badaniach polegających na analizie archiwalnych zapisów 789 osadzonych przestępców seksualnych wyodrębniono 279 sprawców, których popełnione przestępstwo dotyczyło więcej niż jednej ofiary. Okazało się, że 13% z nich wybierało ofiary obu płci. Natomiast z wyłonionej grupy 208 mężczyzn skazanych w przeszłości za przestępstwa seksualne 20% sprawców wykorzystało wcześniej ofiarę innej płci.

Otrzymany przez autorów niniejszej pracy wynik dowodzący istnienia poznawczych uwarunkowań wariantu seksualności odnoszącego się do zmienności w wyborze płci ofiary u sprawców wymaga weryfikacji w dalszych pogłębionych badaniach na wyodrębnionej grupie mężczyzn ze statusem recydywy seksualnej (posiadających bogatą historię przestępstw seksualnych) lub na grupie sprawców, których popełnione przestępstwo ukierunkowane było na więcej niż jedną ofiarę.

Kolejną istotną cechą popełnionego czynu w prezentowanych badaniach jest wybór ofiary przez sprawcę ze względu na jej wiek. U PHSO odnotowano wysokie nasilenie schematów *samopoświęcenie* i *zahamowanie emocjonalne*. Wynik ten znajduje częściowe potwierdzenie w badaniach zagranicznych. Przykładowo w badaniach holenderskich (Chakhssi i in., 2013) sprawcy wykorzystania seksualnego dziecka (*child sexual offenders*) w porównaniu z nieseksualnymi sprawcami przemocy charakteryzowali się nasilonym schematem: *samopoświęcenie, porzucenie/brak stabilności, izolacja społeczna, ułomność/wstyd, podporządkowanie*. Zaś w porównaniu z przestępcami seksualnymi wobec dorosłych grupa ta wykazywała tendencję do osiągania wyższych wyników w WSD związanych ze schematem *izolacja*

społeczna. W badaniach portugalskich przeprowadzonych przez Sigre-Leirós i in. (2013) po zróżnicowaniu CSO na dwie grupy pod względem posiadanych preferencji seksualnych (tj. preferencyjni i sytuacyjni sprawcy) wyniki okazały się odmienne: preferencyjni sprawcy nadużyć względem dzieci w porównaniu do sytuacyjnych/zastępczych sprawców tychże czynów, jak również sprawców zgwałceń, posiadali nasilone schematy *ułomność/wstyd* i *podporzadkowanie.* Zaś niepreferencyjni (sytuacyjni) sprawcy molestowania seksualnego dzieci częściej niż gwałciciele posiadali nasilone schematy *izolacja społeczna*, *rozmycie granic* i *bezlitosne normy*. Otrzymany przez autorów prezentowanej tu pracy wynik w odniesieniu do schematu *zahamowanie emocjonalne* wskazuje, że PHSO w Polsce to zablokowani mężczyźni pozbawieni zdolności swobodnego wyrażania emocji i rozmawiania o nich, mający trudności w reagowaniu bez zahamowań stosownie do sytuacji. W przestępstwie zdają się oni realizować niezaspokojone potrzeby emocjonalne poprzez wybór dziecka jako obiektu kojarzącego się ze spontanicznością, beztroską i zabawą. Farrell i Shaw (2016) wskazują, że główną pożywką interpersonalną osób ze schematem *zahamowanie emocjonalne* jest potrzeba posiadania znaczącej osoby, która potrafi być wesoła i spontaniczna, zachęca i mobilizuje do wyrażania emocji i mówienia o uczuciach. Potrzeba ta może wyjaśniać ukierunkowanie tych sprawców na wybór dziecka jako obiektu realizacji popędu seksualnego. Zaś nasilony schemat *samopoświęcenie* u PHSO wskazuje, że sprawcy ci w sposób nadmierny zaspokajają cudze potrzeby kosztem własnych. Troszczą się o innych, lecz trudno im robić rzeczy dla siebie, gdyż nie odczuwają własnych potrzeb lub ich sobie nie uświadamiają (Young i in., 2014). Zazwyczaj na partnerów wybierają osoby słabe, potrzebujące, kruche. W spektrum zachowań relacyjnych jednostki posiadającej schemat *samopoświęcenie* dominuje ukierunkowana na innych troska i uwaga. Osoby takie często wyolbrzymiają kruchość i bezradność partnera po to, by móc uzasadnić/uprawomocnić tendencję do samopoświęcania, z której czerpią wtórne korzyści. Schemat ten przyciąga innych ludzi, a ponadto pozwala sprawcy czuć się dobrze poprzez altruistyczne postępowanie. Jednak przedłużający się okres samopoświęcania generuje poczucie niedocenienia, co skutkuje narastaniem intensywnego gniewu i tendencji do agresywnych, odwetowych zachowań. Koncepcją wpisującą się w mechanizm sprawstwa regulowanego schematem *samopoświęcenia* może być tzw. *child grooming*, odnoszący się do zjawiska uwodzenia dzieci przez Internet (Fenik, 2008). Ta forma wykorzystywania seksualnego dzieci polega na procesie stopniowego nawiązywania więzi z dzieckiem poprzez zaspokajanie jego potrzeb emocjonalnych, wzbudzanie poczucia ważności i wyjątkowości. Ofiarami *groomingu* stają się najczęściej dzieci nieposiadające silnych więzi w realnym życiu, zaniedbane emocjonalnie, ufne i podatne na manipulacje.

Modus operandi jest kolejnym czynnikiem różnicującym sprawców posiadających wysokie nasilenie schematu *zahamowanie emocjonalne*. Planujący swe przestępstwo sprawcy, sprawcy działający podstępnie oraz sprawcy czynów ciągłych charakteryzowali się wyższym nasileniem tego schematu w przeciwieństwie do sprawców czynów pojedynczych, u których odnotowano niższe natężenie tego schematu. Odkrycie to wskazuje, że czyny bardziej skomplikowane, wymagające od sprawcy większego zaangażowania (gdyż większa jest liczba elementów składających się na jego wykonanie i przygotowanie) popełniana jest przez zahamowanych emocjonalnie sprawców. Analiza zagadnień związanych z *modus operandi* w kryminalistyce opisanych przez Sąsiadę (2008) potwierdza doniesienia autorów niniejszego artykułu i wskazuje, że sposób działania sprawcy kształtuje się u przestępcy na tle posiadanych predyspozycji, powtarzanych sytuacji, trudności, sukcesów. Kluczowe znaczenie według koncepcji z zakresu kryminalistyki mają te elementy *modus operandi*, które są determinowane przez czynniki subiektywne (m.in. cechy osobowości) i te, które wynikają z tzw. trudnych sytuacji (tj. deprywacji, przeciążenia, zagrożenia czy utrudnienia). W świetle powyższego wydaje się, że schemat *zahamowanie emocjonalne* wiążący się z deprywacją ważnych potrzeb emocjonalnych oraz z tłumieniem gniewu i agresji i(lub) pozytywnych impulsów (tj. radości, czułości, podniecenia seksualnego, zabawy) odgrywa szczególną rolę w sposobie postępowania sprawcy z ofiarą.

Kolejną analizowaną zmienną jest charakter relacji łączącej sprawcę z ofiarą. Z literatury wiadomo, że większość napaści seksualnych popełniana jest przez osoby znane ofiarom, a nie – jak zwykło się potocznie uważać – przez osoby obce (Borkowska, Płatek 2011; statystyki organizacji RAINN[3]). W badaniach autorów niniejszej pracy stosunek procentowy wynosi odpowiednio 53% i 47%. Sprawcy dokonujący przestępstwa na osobie znanej lub znajomej charakteryzują się nasiloną domeną *ukierunkowanie na innego*, domeną *nadmierna czujność i zahamowanie* oraz schematem *samopoświęcenie.* Domena *ukierunkowanie na innego* przejawia się w skłonności do nadmiernego koncentrowania się, kosztem własnych potrzeb, na pragnieniach, uczuciach i reakcjach innych ludzi celem zyskania miłości. Obszar ten (obok obszaru *porzucenie/odrzucenie*) identyfikowany jest jako obszar najsilniej związany z pozabezpiecznym (głównie lękowym) wzorcem przywiązania (Bintas-Zörer, Gulay, 2017; Karantzas, Younan, Pilkington, 2023). Marshall (1989) wskazuje, że ten typ przywiązania charakteryzuje mężczyzn dopuszczających się przestępstw seksualnych.

[3] RAINN (*Rape, Abuse & Incest National Network*) to największa w USA organizacja przeciwdziałająca przemocy seksualnej.

Wynikające z pozabezpieczanego stylu przywiązania deficyty przywiązaniowe są czynnikami wpływającymi zarówno na etiologię, jak i utrzymanie zachowań przestępczych na tle seksualnym (Miner i in., 2009; Staufenberg, 2010). Jak wiadomo, styl przywiązania w dzieciństwie wpływa na budowanie relacji w dorosłości, określając stosunek do bliskości i sposób reagowania w relacjach romantycznych. W koncepcji Marshalla (1989, 2001) pozabezpieczne przywiązanie sprawców w dzieciństwie skutkuje w dorosłym życiu deficytami w zakresie umiejętności interpersonalnych, pewności siebie i empatii, co następnie prowadzi do trudności w angażowaniu się w odpowiednie zachowania relacyjne i w osiąganie intymności w dorosłym życiu. Uzyskane przez autorów niniejszej pracy wyniki wpisują się w koncepcję Marshalla i poszerzają rozumienie źródeł przeżywanych trudności relacyjnych u sprawców wybierających na swe ofiary osoby im znane. Charakterystyczna konstelacja tych domen wskazuje na profil sprawcy, którego potrzeba bezwarunkowej miłości, uwagi i uznania, a także potrzeba spontaniczności i ekspresji nie mogą być zaspokojone. Podejmowanie działań zmierzających do zaspokojenia własnych potrzeb generuje poczucie winy, zaś sposobem na uniknięcie bólu jest tłumienie swoich potrzeb, emocji, pragnień, impulsów lub wyborów. Klimat emocjonalny tych domen przypomina opisywany w koncepcji Marshalla „stan osamotnienia emocjonalnego" spowodowany brakiem możliwości stworzenia intymności w relacjach osobistych. Z piśmiennictwa wiadomo, że osamotnienie emocjonalne prowadzi do powierzchownego zaangażowania w relacje z innymi (Ward, Hudson, Marshall, Siegert, 1995), generuje egocentryczne i agresywne nastawienie, prowadzi do wrogich postaw wobec kobiet i dzieci, a także do akceptacji przemocy i interpersonalnych zachowań agresywnych (Hudson, Ward, 1997). Marshall (2001) uważał, że osamotnienie emocjonalne wiąże się z nieumiejętnością zaspokajania w odpowiedni sposób potrzeb związanych ze związkiem. Jednakże opisywane w niniejszej pracy badania pokazują, że deficyty te wiążą się z niemożnością ich zaspokojenia. Trafne wydaje się tu spostrzeżenie Woods i Porter (2008), że napaść seksualna jest oparta nie tylko na motywacji seksualnej.

WSD a rodzaj użytej przez sprawców przemocy i jej natężenie

Nie odnaleziono żadnych związków pomiędzy WSD a nasileniem przemocy fizycznej i emocjonalnej. Wynik ten koresponduje z wynikami otrzymanymi przez Szumskiego (2013), badającego zniekształcenia poznawcze u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka. Wydaje się, że zarówno zniekształcenia poznawcze, jak i głębiej leżące struktury (WSD), nie wpływają na pozaseksualny przebieg czynu. W alternatywnej interpretacji na pozaseksualny przebieg czynu mogą wpływać inne, nieuwzględnione w niniejszym badaniu zmienne, np. rozmaite czynniki sytuacyjne, tj. stan sprawcy/ofiary w czasie czynu, kontekst przestępstwa (czas, miejsce, ewentualni świadkowie) i in.

Natomiast w odniesieniu do nasilenia przemocy seksualnej wynik uzyskany w opisywanych tu badaniach nie pokrywa się z wynikiem uzyskanym przez Szumskiego (2013). Zaobserwowano pewne zależności pomiędzy WSD a niską i wysoką inwazyjnością czynu przy braku związków pomiędzy WSD a umiarkowaną inwazyjnością czynu (czyli podejmowaniem seksualnych zachowań kontaktowych, takich jak całowanie, dotykanie, masturbowanie). Oznacza to, że leżące pod zniekształceniami poznawczymi struktury, tj. WSD, wpływają na intensywność przemocy seksualnej, szczególnie w jej skrajnych natężeniach.

Sprawcy cechujący się niską inwazyjnością czynu, czyli stosujący przemoc w formie bezdotykowej, przejawiają większe nasilenie domeny *nadmierna czujność i zahamowanie*, jak również schematów *samopoświęcenie* i *samokaranie*. Natomiast sprawcy cechujący się wysoką inwazyjnością w popełnionym czynie, czyli dopuszczający się czynów z przekroczeniem granic ciała ofiary, mają słabsze nasilenie w obszarze domeny *ograniczenie autonomii* oraz schematów *nieufność/nadużycie* i *kruchość/wrażliwość*. Wyniki te wskazują na pewną specyficzność treściową schematów wiążących się z inwazyjnością podejmowanych przez sprawców zachowań. Wydaje się, że specyficzność ta jest uwarunkowana podziałem schematów na bezwarunkowe i warunkowe[4]. Słabsze nasilenie schematów bezwarunkowych sprzyja większej inwazyjności czynów, zaś silniejsze nasilenie schematów warunkowych – mniejszej ich inwazyjności. Schematy bezwarunkowe zostały wykształcone najwcześniej i są najbardziej kluczowe, zaś warunkowe schematy zostały wykształcone później. Zdaniem Younga: „bezwarunkowe schematy nie pozostawiają jednostce żadnej nadziei, niezależnie od tego, co zrobi, efekt będzie zawsze taki sam. W przypadku schematów warunkowych istnieje nadzieja, jednostka może zmienić wynik, np. poświęcając się, podporządkowując lub dążąc do spełnienia wysokich standardów" (Young i in. 2014). Otrzymany przez autorów prezentowanej pracy wynik sugeruje, że warunkowy charakter schematów wiąże się z mniejszą inwazyjnością czynu. Sprawcy skoncentrowani na zaspokajaniu

[4] Schematy bezwarunkowe – *porzucenie/brak stabilności, nieufność/nadużycie, deprywacja emocjonalna, ułomność/wstyd, izolacja społeczna/wyobcowanie, zależność/brak kompetencji, kruchość/wrażliwość, rozmycie granic, porażka, negatywizm/pesymizm, samokaranie, uprzywilejowanie (dominacja)/roszczeniowość, niewystarczająca samokontrola/samodyscyplina*. Schematy warunkowe – *podporządkowanie, samopoświęcenie, poszukiwanie aprobaty i uznania, zahamowanie emocjonalne, bezlitosne normy.*

cudzych potrzeb i przestrzeganiu sztywnych, zinternalizowanych zasad, tłumiący swe spontaniczne uczucia, wybory i impulsy dążą do uniknięcia lub zminimalizowania bólu ofiar i/lub poczucia winy, dlatego ich czyny charakteryzują się bezdotykową, mniej inwazyjną formą.

Kolejną analizowaną zmienną jest sposób doprowadzenia do czynu. Jest to czynnik odnoszący się do sposobu, w jaki sprawca doprowadza swą ofiarę do uczestnictwa w aktywności seksualnej. Istotną rolę odgrywa tutaj wola ofiary w odniesieniu do aktywności seksualnej. Najniższe wartości zmienna przyjmuje, gdy sprawca wolę tę spełnia (czyli gdy ofiara chce kontaktu seksualnego z nim), a najwyższe, gdy sprawca całkowicie jej wolę przełamał (Szumski, 2013). Omawiane tutaj wyniki pokazują, że wraz ze wzrostem nasilenia u sprawców schematów: *porzucenie/brak stabilności, samopoświęcenie* oraz *samokaranie* wzrasta stopień przełamywania przez nich woli ofiary. Inwazyjność w sposobie przełamywania woli ofiary w niniejszych badaniach wiąże się jednocześnie ze spadkiem nasilenia domeny *zachwianie granic* oraz schematów *uprzywilejowanie/dominacja, niewystarczająca samokontrola/samodyscyplina* oraz schematu *poszukiwanie aprobaty i uznania*. Sprawcy, którzy mają problemy z tolerowaniem frustracji, nie szanują praw innych ludzi, uważają się za lepszych od nich i domagają się specjalnych praw lub przywilejów, przejawiają bardziej osobisty styl przestępstwa, który nastawiony jest na zdobywanie posłuszeństwa ofiary. Wynik ten jest zaskakujący, zważywszy na zawartość treściową domeny, jak również na wyniki prezentowane w badaniach zagranicznych (Calvete, 2007; Tremblay, Dozois, 2009; Dozois, Martin, Faulkner, 2013; Szlachcic, Fox, Conway, Lord, Christie, 2015). W badaniach tych domena *zachwianie granic* konsekwentnie jest utożsamiana z różnymi formami agresji.

Uzyskany w niniejszych badaniach wynik może być powiązany z przedstawionym przez Mann, Hansona i Thorntona (2010) wątkiem trudności dotyczących identyfikacji i pomiaru przekonań/postaw w warunkach kontradyktoryjności. Zdaniem badaczy taki kontekst badania znacząco zmniejsza wartość predykcyjną używanego narzędzia. Sprawcy opisani w niniejszej pracy zostali zbadani w warunkach zamkniętych, zaś do oceny schematów użyto metody samoopisowej, która pozbawiona jest skali mierzącej tendencję do przedstawiania się w korzystnym świetle. Przestępstwa seksualne stanowią szczególny rodzaj przestępstw – stoją one w sprzeczności z wartościami i przekonaniami moralnymi obowiązującymi w społeczeństwie i są wysoce negatywnie odbierane przez współwięźniów, a nawet personel więzienny. Potencjalną manipulację badanych sprawców w obszarze domeny *zachwianie granic* można tłumaczyć chęcią zneutralizowania, zminimalizowania lub złagodzenia konsekwencji i znaczenia popełnionych czynów celem obrony przed wrogością ze strony innych i/lub zachowania pozytywnego obrazu siebie w obliczu poczucia winy i wstydu.

Wnioski

Wyniki prezentowanego badania dają podstawy do następujących wniosków:

1. Istnieje związek pomiędzy cechami popełnionego przestępstwa a rodzajem i nasileniem WSD.
2. Takie cechy czynu, jak: wybór ofiary (ze względu na jej wiek, płeć, charakter jej relacji ze sprawcą), krotność czynu, rozpiętość czasowa czynu, sposób działania sprawcy (planowanie, użycie podstępu) różnicują badanych sprawców w zakresie WSD.
3. Przestępstwa seksualne mężczyzn posiadających nasilone schematy w domenach *ukierunkowanie na innego* oraz *nadmierna czujność i zahamowanie* dokonywane są częściej wobec osób im znanych.
4. U PHSO odnotowano wysokie nasilenie schematów *zahamowanie emocjonalne* i *samopoświęcenie*.
5. Nie odnaleziono związków pomiędzy WSD a nasileniem przemocy fizycznej i emocjonalnej.
6. Wykazano zależności pomiędzy WSD a intensywnością przemocy seksualnej, szczególnie w jej skrajnych natężeniach (niskie-wysokie). Słabsze nasilenie schematów bezwarunkowych sprzyja większej inwazyjności czynów, zaś silniejsze nasilenie schematów warunkowych – mniejszej inwazyjności czynu.
7. Doniesienia zagraniczne wskazujące na to, że domena *zachwianie granic* jest najbardziej związana z agresją, nie znalazły potwierdzenia w prezentowanym tu badaniu. U skazanych za przestępstwa seksualne w Polsce mężczyzn wzrost nasilenia tej domeny oraz schematów wchodzących w jej skład wiąże się ze swoistym stylem przestępstwa, który nastawiony jest na zdobywanie posłuszeństwa ofiary.

Ograniczenia zastosowanej procedury badawczej

Zaprezentowane wyniki uzupełniają lukę badawczą w obszarze wiedzy na temat etiologii przestępstw seksualnych w aspekcie rozumienia zależności między głęboko leżącymi strukturami poznawczymi a postawami i działaniami przestępców seksualnych. Jednakże uwzględniając istnienie tzw. ciemnej liczby przestępstw[5], można stwierdzić, że omówione w pracy wyniki odnoszą się jedynie do mężczyzn skazanych odbywających karę pozbawienia wolności, nie zaś tych, którzy uniknęli odpowiedzialności karnej. Zważywszy również na pewne ograniczenia metodologiczne, tj. przekrojowy charakter badania, zaleca się, by pozyskane źródło danych (akta

[5] Ciemna liczba przestępstw – liczba przestępstw, które zostały faktycznie popełnione, lecz nie są objęte przez statystykę kryminalną (wskutek ich nieujawnienia).

Problems of Forensic Sciences 2023, vol. 133, 5–28

penitencjarne), miejsce i kontekst badania (zakład karny), zastosowane narzędzia badawcze (kwestionariusz samoopisowy), uzyskane wyniki i przedstawione w oparciu o nie wnioski interpretować z ostrożnością.

Kierunki dalszych badań

Pomimo ograniczeń, jakie niesie prezentowane badanie, można wyznaczyć kilka kierunków dalszych badań. Pierwszy wiązałby się z koniecznością zminimalizowania ograniczeń metodologicznych, drugi z uwzględnieniem istotnych z punktu widzenia koncepcji terapii schematów czynników, które obok WSD mają łączny wpływ na zachowanie człowieka. Trzeci wiązałby się z uwzględnieniem innych czynników wpływających na popełnienie przestępstwa, wyodrębnionych w aktualnych teoriach etiologicznych, np. w zintegrowanej teorii przestępczości seksualnej (ITSO) opracowanej przez Warda i Beecha (2006, 2008), zaś czwarty – ze zbadaniem związku WSD z recydywą seksualną.

Ciekawym kierunkiem dalszych badań byłoby rozszerzenie eksploracji badanych zmiennych poprzez zastosowanie dokładniejszych kategorii cech czynu (np. kategorie polimorfizmu sprawcy[6], rodzaj relacji między sprawcą a osobą pokrzywdzoną) czy pogłębienie badań o zmienne odnoszące się do sprawcy, które nie zostały uwzględnione w niniejszym badaniu (np. dane kliniczne).

Aplikacyjne znaczenie uzyskanych wyników

WSD odgrywają istotną rolę w procesie popełniania przestępstwa seksualnego. Zaprezentowane wyniki mają zastosowanie w obszarze diagnozy, terapii i profilaktyki. Identyfikacja WSD może być pomocna w zrozumieniu przyczyn psychopatologii sprawców oraz ich emocjonalnych potrzeb, które są kluczowe w procesie terapii oraz w procesie planowania interwencji zapobiegających nawrotom. Istotne wydaje się stosowanie indywidualnego podejścia w terapii sprawców poprzez włączanie do planu terapii metod ukierunkowanych szczególnie na terapię danego rodzaju schematu.

Podziękowania

Autorzy pragną podziękować osobom badanym za zaangażowanie i poświęcony czas, a Dyrekcji, Kierownictwu, Personelowi i Terapeutom pracującym w Zakładach Karnych w Krakowie, Rzeszowie, Kielcach i Pińczowie za życzliwość i pomoc w przeprowadzeniu niniejszych badań.

Chcielibyśmy również podziękować Recenzentom za cenne uwagi. Ich komentarze i sugestie znacząco poprawiły jakość naszego artykułu.

[6] Polimorficzni przestępcy seksualni mają ofiary w różnych kategoriach (np. ofiary dorosłe i dzieci; ofiary płci męskiej i żeńskiej; ofiary spokrewnione i niespokrewnione).

mgr Justyna Oettingen

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. *„Wczesne schematy dezadaptacyjne sprawców a cechy i właściwości przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej”* oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy,
b) opracowanie metodologii,
c) udział w gromadzeniu danych
i realizacji badania,
d) analiza i interpretacja danych,
e) opracowanie manuskryptu,
f) dobór piśmiennictwa i korekta opracowania,
g) zdobycie funduszy na wykonanie pracy. *

Procentowy udział w jego powstanie określam na ..... 85% .....

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje mój indywidualny wkład przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

Oettingen

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski
.....
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. *„ Wczesne schematy dezadaptacyjne sprawców a cechy i właściwości przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej"* oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy,

b) opracowanie metodologii,

Procentowy udział w jego powstanie określam na .5%.

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

Signature Not Verified
Dokument podpisany przez Józef Gierowski
Data: 2023.06.01 10:37:28 CEST

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

dr hab. Bartosz Grabski

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 14.06.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. *„Wczesne schematy dezadaptacyjne sprawców a cechy i właściwości przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej"* oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

a) koncepcja i projekt pracy,

b) opracowanie metodologii,

c) opracowanie manuskryptu,

Procentowy udział w jego powstanie określam na: 5%

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy.

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć

dr hab. Agnieszka Micek

.....

(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)

Kraków, dnia 30.05.2023 r.

OŚWIADCZENIE

Jako współautor pracy pt. *„ Wczesne schematy dezadaptacyjne sprawców a cechy i właściwości przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej"* oświadczam, iż mój własny wkład merytoryczny w przygotowanie, przeprowadzenie i opracowanie badań oraz przedstawienie pracy w formie publikacji to:

udział w analizie i interpretacji danych,

Procentowy udział w jego powstanie określam na .5%.....

Oświadczam, iż samodzielna i możliwa do wyodrębnienia część ww. pracy wykazuje indywidualny wkład Justyny Oettingen przy opracowywaniu koncepcji, wykonywaniu części eksperymentalnej, opracowaniu i interpretacji wyników tej pracy oraz opracowanie manuskryptu.

.....

(podpis współautora)

* należy wybrać odpowiednie sformułowanie (a) najlepiej oddające udział współautora, pozostałe usunąć