

Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości

Dariusz Juszcak¹, Krzysztof Korzeniewski²

¹7 Szpital Marynarki Wojennej w Gdańsku

²Zakład Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej w Gdyni, Wojskowy Instytut Medycyny w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Problematyka czynników wpływających na przestępczość seksualną jest złożona. Ważne miejsce w przestępczości seksualnej zajmują trwałe anomalie osobowości i ich koincydencja z innymi zaburzeniami psychopatologicznymi. Nie wypracowano dotychczas teorii tłumaczących etiopatogenezę zaburzeń osobowości i ich roli w seksualnych zachowaniach przestępczych.

Materiał i metody: Celem pracy była ocena, które czynniki psychospołeczne i psychopatologiczne są charakterystyczne dla sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości (z cechami antysocjalnymi i bliżej nieokreślonymi), a które dla sprawców bez trwałych anomalii osobowości.

Materiał badawczy stanowiły 180 opinie sądowe, psychiatryczno-seksuologiczne, wydane przez biegłych Przychodni Zdrowia Psychicznego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy latach 2004–2012. Opinie te wydawano osobom płci męskiej, które popełniły przestępstwa seksualne (rozdz. XXV polskiego Kodeksu Karnego: „Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności”). Wykorzystano stworzony na potrzeby badania kwestionariusz zatytułowany „Karta Badania Czynników Determinujących Seksualne Zachowania Przestępcze”.

Wyniki: Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Wnioski:

1. Wyraźna koincydencja zaburzeń osobowości i zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych widoczna jest wśród sprawców przestępstw seksualnych z osobowością z cechami antysocjalnymi.
2. Czynniki predykcyjne kształtujące osobowość antysocjalną (dysocjalną) pojawiają się w okresie rozwojowym, wśród których decydującą rolę wiede niski poziom funkcjonowania społecznego rodziny i jej zaburzona struktura.

Słowa kluczowe: seksualne zachowania przestępcze, trwałe anomalie osobowości

Seksuologia Polska 2016; 14 (1): 13–18

Wstęp

Pierwsze opisy osobowości odpowiadające dzisiejszej koncepcji osobowości dyssocjalnej (antysocjalnej, psychopatycznej) zawdzięczamy Prichardowi, który

zwracał uwagę między innymi na cechy, takie jak brak samokontroli, niezwykle temperament, niewłaściwe przywiązanie, normalny intelekt, brak występowania urojeń i halucynacji [1]. Teorię tę rozwinął Cleckley, który uważał, że ci, którzy cierpią z powodu psychopatii, wydają się zdrowi psychicznie, mają jednak głębokie zaburzenia w ich myśleniu. Opisuje on psychopatię jako niewłaściwe symptomy w sferze interpersonalnej, afektywnej i behawioralnej [2]. Hare i wsp. dowodzą, że osoby z psychopatią odróżniają dobro od zła i nie

Adres do korespondencji: dr n. med. Dariusz Juszcak
7 Szpital Marynarki Wojennej
ul. Polanki 117, 80–305 Gdańsk
tel.: +48 605 109 730
e-mail: d.juszcak@7szmw.pl
Nadesłano: 16.05.2015

Przyjęto do druku: 12.12.2015

powinny być traktowane jako chore [3, 4]. Autor uważa, że psychopaci ogólnie cechują się kryminalnością, a rodzaj używanej przez nich przemocy jest raczej manipulacyjny (wykalkulowany) niż impulsywny i jest ona często motywowana chęcią zemsty (odwetu) niż seksualnie [5]. Szacuje się, że wśród ogólnie skazanych zaburzenia osobowości występują u 64% mężczyzn i u 50% kobiet [6]. Natomiast osobowość dyssocjalna (antysocjalna) występuje u prawie połowy wszystkich więźniów płci męskiej i u jednej piątej więźniów płci żeńskiej [7]. Zaburzenia osobowości rozpoznaje się u około połowy sprawców przestępstw seksualnych [8]. Osobowość antisocjalna jest eksponowana w grupie zabójców seksualnych [9].

Wskazuje się na związek psychopatii z przemocą seksualną wobec dzieci i większy jej udział u recydywistów popełniających czyny kazirodcze [10, 11]. W grupie sprawców przestępstw seksualnych podkreśla się koincydencję zaburzeń osobowości i zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych [12, 13]. Chociaż najsilniejszym czynnikiem predykcyjnym w seksualnym recydywizmie jest parafilia to metaanaliza 61 badań, wskazuje również na osobowość antisocjalną, wysoką liczbę popełnionych wcześniej przestępstw, młody wiek wchodzenia w konflikty z prawem [14]. Ocena cech osobowości zawarta została w niektórych skalach badających ryzyko powrotu do popełnienia przestępstwa seksualnego między innymi w skalach SVR-20 (*Sexual Violence Risk-20*) i SORAG (*Sex Offender Risk Appraisal Guide*) [15]. Cechy psychopatyczne mierzy się za pomocą skali PCL-R (*Psychopathy Checklist, Revised*) [16].

W ostatnim okresie wprowadzono w piśmiennictwie nowe określenie dla grupy osób z zaburzeniami osobowości, tak zwane niebezpieczne poważne zaburzenia osobowości (DSPD *dangerous severe personality disorder*) [17, 18]. Termin wprowadzono pod naciskiem instytucji rządowych w Wielkiej Brytanii, które kierowały się względami pragmatycznymi i poza wyodrębnieniem tej grupy sprawców przestępstw kładły nacisk na objęcie jej specjalnymi programami terapeutycznymi (resocjalizacyjnymi) [19, 20]. Część badaczy uważa, że DSPD jest neologizmem — terminem niemającym medycznego statusu — ani DSM-IV, ani ICD-10 nie zawierają kryteriów dla DSPD [21].

Chociaż niektórzy badacze kwestionują skuteczność terapii sprawców przestępstw seksualnych [22, 23], przeprowadzona ostatnio metaanaliza wykazała, że współczesne metody terapeutyczne w istotnym stopniu obniżają ryzyko recydywy przestępstw seksualnych [24, 25]. W leczeniu osób z osobowością nieprawidłową wskazuje się na programy oparte na społecznościach terapeutycznych, w których nacisk kładzie się na jasnej hierarchii grupy i rolach, które promują odpowiedzial-

ność za swoje działania i zrozumienie swoich działań. Zakłada się z góry, że czas terapii jest ograniczony [26, 27].

Wiele wyników badań sugeruje, że predyktorów dla osobowości dyssocjalnej szukać należy już w dzieciństwie. Wymienia się wśród nich między innymi:

- zaburzenia zachowania [28, 29],
- *hyperactivity* (nadaktywność) [30],
- wysoki poziom agresji [31],
- trudności w nawiązywaniu lub brak kontaktów z rówieśnikami [32],
- kontakt z rówieśniczymi grupami przestępczymi [33],
- przedwczesne zakończenie edukacji [34].

W DSM-IV wśród kryteriów dla zaburzeń osobowości wymienia się między innymi: antagonizm, wrogość i impulsywność, natomiast w ICD-10: nieliczenie się z uczuciami innych, lekceważenie norm, niemożność utrzymania związków, niska tolerancja frustracji i próg wyzwiania agresji, niezdolność przeżywania poczucia winy i uczenia się (kary), skłonność do obwiniania innych [35].

Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, które czynniki psychospołeczne i psychopatologiczne są charakterystyczne dla sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości (z cechami antisocjalnymi i bliżej nieokreślonymi), a które dla sprawców bez trwałych anomalii osobowości.

Materiał i metody

Materiał badawczy stanowiły 180 opinie sądowe, psychiatryczno-seksuologiczne, wydane przez biegłych Przychodni Zdrowia Psychicznego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy w latach 2004–2012. Opinie te wydawano osobom płci męskiej, które popełniły przestępstwa seksualne (rozdz. XXV polskiego Kodeksu Karnego: „Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności”). Parafilię (zaburzenia preferencji płciowych) rozpoznano u 5 badanych co stanowiło 2,8% wszystkich poddanych opiniowaniu sprawców.

Do programu badawczego posłużył specjalnie w tym celu opracowany kwestionariusz zatytułowany „Karta Badania Czynniki Determinujących Seksualne Zachowania Przestępcze”. Kwestionariusz ten został skonstruowany na bazie wywiadów klinicznych oraz wiedzy teoretycznej. Zawierał on dane dotyczące: charakterystyki rodzaju popełnionego przestępstwa (wyszczególniono tylko te przestępstwa, które popełniali badani sprawcy, rodzaj czynów określono zgodnie z kategoriami polskiego Kodeksu Karnego z 1997 roku), wcześniejszej karalności sądowej i przez kolegia, cech socjologicznych (społeczno-demograficznych), rozwoju psychomotorycznego w okresie dzieciństwa i młodości, pożycia małżeńskiego,

wychowania w rodzinie, nauki szkolnej, służby wojskowej, stosunku do alkoholu i innych uzależnień, chorób somatycznych, leczenia psychiatrycznego i seksuologicznego; rozpoznania klinicznego, które podano zgodnie z klasyfikacją ICD-10. W ocenie psychologicznej posługiwano się testami diagnostycznymi: 1. Wzrokowo-Motorycznym Testem Gestalta (*A Visual Motor Gestalt Test*) Lauretta Bender; 2. Testem Pamięci Wzrokowej Bentona (*Benton Visual Retention Test*) Abigail Benton Sivan; 3. MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).

Kwestionariusz był wypisywany przez badaczy na podstawie opinii wydawanych przez biegłych. Dane z kwestionariusza wpisane zostały do arkusza kalkulacyjnego — EXCEL i za jego pomocą dokonano obliczeń statystycznych.

W odpowiedzi na postawione w pracy problemy miał pomóc test niezależności kryteriów podziału

zbiorowości statystycznej χ^2 Pearsona, zastosowany do odpowiednich punktów kwestionariusza. Badano związek pomiędzy trwałymi anomaliami osobowości (z cechami antysocjalnymi i bliżej nieokreślonymi) i bez trwałych anomalii osobowości a innymi zmiennymi. Do interpretacji opisowej uzyskanych wyników włączono zależności (związki) dla których wartość poziomu p dla statystyki χ^2 Pearsona była mniejsza od 0,05.

Wyniki

Na podstawie uzyskanych wyników można wyodrębnić cechy charakterystyczne dla sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości (z cechami antysocjalnymi i bliżej nieokreślonymi) i bez trwałych anomalii osobowości, które przedstawiono w poniższych tabelach 1–3.

Tabela 1. Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości (z cechami antysocjalnymi i bliżej nieokreślonymi) i bez trwałych anomalii osobowości, odnośnie do czynników psychospołecznych

Badana cecha	Trwałe anomalie osobowości z cechami antysocjalnymi (n = 62)	Trwałe anomalie osobowości bliżej nieokreślone (n = 50)	Trwałe anomalie osobowości nie występują (n = 68)
Popętnienie przestępstwa pod wpływem alkoholu	59,7%	56,0%	33,8%
Wcześniejsza karalność sądowa	67,7%	20%	13,3%
Wiek sprawcy:			
< 18 lat	1,6%	2,0%	1,5%
19–35 lat	40,3%	42,0%	33,8%
36–50 lat	51,6%	46,0%	33,8%
51–65 lat	6,5%	4,0%	25,0%
> 60 lat	0,0%	6,0%	5,9%
Pochodzenie społeczne:			
robotnicze	85,5%	62,0%	54,4%
chłopskie	9,7%	16,0%	30,9%
inteligentne	4,8%	22,0%	14,7%
Stan cywilny:			
kawaler	45,2%	28,0%	30,9%
żonaty	32,3%	50,0%	39,7%
rozwódziany	11,3%	8,0%	8,8%
wdowiec	0,0%	0,0%	8,8%
separacja	0,0%	6,0%	4,4%
konkubinaty	11,3%	8,0%	7,4%
Wykształcenie:			
podstawowe	43,5%	34,0%	17,6%
podstawowe specjalne	6,5%	0,0%	11,8%
zasadnicze	30,6%	18,0%	29,4%
średnie	3,2%	26,0%	29,4%
wyższe	0,0%	18,0%	10,3%
Praca zawodowa:			
pracuje	17,8%	48,0%	51,5%
pracuje dorywczo	33,9%	22,0%	4,4%
nie pracuje	27,7%	22,0%	13,2%
renta	17,7%	4,0%	25,0%
Opóźniony rozwój psychomotoryczny w okresie dzieciństwa	16,1%	0,0%	10,3%

p < 0,05 dla statystyki χ^2 Pearsona

Tabela 2. Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości (z cechami antysocjalnymi i bliżej nieokreślonymi) i bez trwałych anomalii osobowości, odnośnie rozwoju seksualnego

Badana cecha	Trwałe anomalie osobowości z cechami antysocjalnymi (n = 62)	Trwałe anomalie osobowości bliżej nieokreślone (n = 50)	Trwałe anomalie osobowości nie występują (n = 68)
Aktualnie konfliktowe życie (małżeńskie, partnerskie)	46,8%	34,0%	16,2%
Pożycie seksualne niesatysfakcjonujące	27,4%	16,0%	4,4%
Słaby i obojętny związek uczuciowy z rodzicami	58,0%	32,0%	22,1%
Wiek inicjacji seksualnej:			
10–15 lat	19,4%	8,0%	2,9%
16–18 lat	41,9%	40,0%	27,9%
> 18 lat	33,9%	52,0%	57,4%
Liczba partnerów seksualnych:			
< 5	45,2%	64,0%	48,6%
6–15	27,4%	18,0%	33,8%
> 15	22,6%	4,0%	10,3%
Masturbacja	79,0%	60,0%	60,3%
Liczba związków partnerskich:			
liczne (> 5)	21,0%	4,0%	22,1%
nieliczne (< 5)	74,2%	96,0%	66,2%
Motywy zawarcia małżeństwa:			
z uczucia	21,0%	26,0%	44,1%
z rozsądku	8,1%	14,0%	11,8%
ciąża	14,5%	10,0%	1,5%
Częstotliwość kontaktów seksualnych (w związkach małżeńskich, partnerskich):			
codziennie	3,2%	0,0%	0,0%
w tygodniu	24,2%	16,0%	36,8%
w miesiącu	30,6%	50,0%	14,7%
nie dotyczy	41,9%	34,0%	48,5%
Alkoholizm rodziców	45,2%	22,0%	13,2%
Wychowanie w rodzinie (struktura rodziny):			
pełna	69,4%	76,0%	79,4%
niepełna	17,7%	16,0%	20,6%
instytucje wychowawcze	11,3%	8,0%	0,0%
Kłopoty z zachowaniem w okresie szkolnym	51,6%	50,0%	22,1%

$p < 0,05$ dla statystyki χ^2 Pearsona

Omówienie

W całej badanej grupie sprawców przestępstw seksualnych (n = 180), zaburzenia osobowości rozpoznano u 112 badanych (62,2%) co potwierdza wcześniejsze przypuszczenia o powszechnym występowaniu zaburzeń osobowości w tej grupie sprawców [8]. W zakresie osobowości antysocjalnej w porównaniu z podobnie metodologicznie przeprowadzonymi badaniami [36, 37] uzyskano odmienne wyniki. Mc Elroy i wsp. podają występowanie osobowości antysocjalnej u 72% badanych sprawców przestępstw seksualnych; Dunsieith i wsp. u 56% badanych, natomiast w niniejszym badaniu stwierdzono występowanie osobowości antysocjalnej u 34,4% sprawców. Uzyskane wyniki potwierdzają koincydencję zaburzeń osobowości i zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych

[12, 13], z tym że wyraźniej ta zależność jest widoczna wśród sprawców z osobowością z cechami antysocjalnymi — 35,5% spośród nich nadużywało alkoholu a 24,2% przyjmowało środki odurzające. Także zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych rozwija się typowo w tej grupie sprawców — u 25,8%. Potwierdza się również, że osobowość antysocjalna jest silnym czynnikiem predykcyjnym dla recydywy przestępczej [38] — w analizowanej grupie 67,7% badanych była wcześniej karana sędziwnie, choć nie badano tej zależności dla recydywizmu seksualnego. Na uwagę zasługuje fakt, że niektóre czynniki predykcyjne kształtujące osobowość antysocjalną (dysocjalną) pojawiają się już w okresie rozwojowym i zgodne są z wcześniejszymi doniesieniami. Można do nich zaliczyć między innymi: zaburzenia zachowania

Tabela 3. Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców przestępstw seksualnych z trwałymi anomaliami osobowości (z cechami antysocjalnymi i bliżej nieokreślonymi) i bez trwałych anomalii osobowości, odnośnie czynników psychobiologicznych

Badana cecha	Trwałe anomalie osobowości z cechami antysocjalnymi (n = 62)	Trwałe anomalie osobowości bliżej nieokreślone (n = 50)	Trwałe anomalie osobowości nie występują (n = 68)
Stosunek do alkoholu:			
nadużywa	35,5%	18,0%	5,9%
nie nadużywa	64,5%	82,0%	86,8%
abstynent (abstynencja)	0,0%	0,0%	7,3%
Leczenie alkoholizmu	17,7%	10,0%	4,4%
Przyjmowanie środków odurzających	24,2%	6,0%	2,9%
Leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego:			
sporadycznie	24,2%	12,0%	8,8%
systematycznie	12,9%	2,0%	13,2%
Stan kliniczny używania alkoholu:			
używanie szkodliwe	11,3%	6,0%	0,0%
zespół uzależnienia	25,8%	8,0%	8,8%
Upośledzenie umysłowe	9,6%	0,0%	11,8%

p < 0,05 dla statystyki χ^2 Pearsona

[28, 29] — kłopoty z zachowaniem w okresie szkolnym występowały u 51,6% badanych z osobowością z cechami antysocjalnymi (ale także u 50% badanych z zaburzeniami osobowości bliżej nieokreślonymi); przedwczesne zakończenie edukacji [34] — wykształcenie podstawowe miało 43,5% sprawców z osobowością z cechami antysocjalnymi. Należy zwrócić uwagę na niski poziom funkcjonowania społecznego rodziny i jej zaburzoną strukturę, między innymi: niski status pochodzenia społecznego sprawców, słaby i obojętny związek uczuciowy z rodzicami, alkoholizm rodziców. Powyższe czynniki mogą stanowić decydujący wpływ na kształtowanie się osobowości w okresie rozwojowym w kierunku antysocjalnym, co w efekcie przekłada się na ubogi poziom funkcjonowania społecznego w tej grupie sprawców: kłopoty z zachowaniem w okresie szkolnym, niski poziom wykształcenia, wczesny wiek inicjacji seksualnej, aktualnie konfliktowe pożycie małżeńskie (partnerskie), trudności w uzyskaniu i utrzymaniu zatrudnienia, karalność sądowa.

Podstawowym ograniczeniem niniejszego badania jest brak porównania występowania zaburzeń osobowości dla sprawców z parafilii i bez współwystępowania parafilii. Ponieważ występowanie parafilii stwierdzono tylko u 5 sprawców (2,8% badanej grupy), należy przyjąć, że uzyskane tu dane są typowe dla sprawców przestępstw seksualnych bez współwystępowania parafilii.

Sugestie dotyczące przyszłych badań kierują się ku rozstrzygnięciu kwestii czy próba wprowadzenia nowego terminu (DSPD) [17, 18], nie jest faktycznie odzwierciedleniem cech typowych dla sprawców prze-

stępstw (również seksualnych) przejawiających cechy osobowości antysocjalnej.

Wnioski

1. Wyraźna koincydencja zaburzeń osobowości i zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych widoczna jest wśród sprawców przestępstw seksualnych z osobowością z cechami antysocjalnymi.
2. Czynniki predykcyjne kształtujące osobowość antysocjalną (dysocjalną) pojawiają się w okresie rozwojowym wśród których decydującą rolę wiede niski poziom funkcjonowania społecznego rodziny i jej zaburzona struktura.

Piśmiennictwo:

1. Prichard J. A treatise on insanity and other disorders affecting the mind. Gilbert and Piper, London 1835.
2. Cleckley H. The mask of sanity. CV Mosby, St Louis 1941.
3. Hare R.D. Psychopathy affect and behaviour. W: Cooke D., Forth A., Hare R. (red.). Psychopathy: theory, research and implications for society. Kluwer, Dordrecht 1998; 105–139.
4. Hare R., Cooke D., Hart S. Psychopathy and sadistic personality disorder. W: Milton T., Blaney P., Davis R. (red.). Oxford textbook of psychopathology. Oxford University Press, Oxford 1999.
5. Hare R.D. Psychopaths: new trends in research. Harvard Mental Health Letter 1995; 12: 4–5.
6. Singleton N., Meltzer H., Gartward R. Psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales. Office for National Statistics, London 1988.
7. Fazel S., Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002; 359: 545–550
8. Packard W.S., Rosner R. Psychiatric evaluations of sexual offenders. J. Forensic. Sci. 1985; 30: 715–720.

9. Hill A., Habermann N., Berner W., Briken P. Psychiatric disorders in single and multiple sexual murderers. *Psychopathology* 2007; 40: 22–28.
10. Firestone P., Bradford J.M., McCoy M., Greenberg D.M., Larose M.R., Curry, S. Prediction of recidivism in incest offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 1999; 14: 511–531.
11. Rice M.E., Harris G.T. Cross-validation and extension of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law and Human Behavior* 1997; 21: 231–241.
12. Leue A., Borchard B., Hoyer J. Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 123–130.
13. Harsch S., Bergk J.E., Steinet T. i wsp. Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *Int J Law Psychiatry* 2006; 29: 443–449. =
14. Hanson R.K., Bussiere M.T. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 348–362.
15. Beech A.R., Ward T. The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior* 2004; 10: 31–63.
16. Hare R.D. Manual for the revised psychopathy checklist. Toronto: Multi-Health Systems 1991.
17. Feeney A. Dangerous severe personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* 2003; 9: 349–358.
18. Department of Health: Reforming the Mental Health Act: a White Paper. Part II: High risk patients. The Stationery Office, London 2002.
19. Straw J. Severe personality disorders. Hansard (UK Parliamentary Reports, House of Commons, London). 1999, 15 February, 601–613.
20. Farnham F., James D. Dangerousness and dangerous law. *Lancet* 2001; 358: 1926.
21. Tyrer P., Merson S., Onyett S. i wsp. The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment: a controlled trial of psychiatric emergencies. *Psychological Medicine* 1994; 24: 731–740.
22. Furby L., Weinrott M.R., Blackshaw L. Sex offender recidivism: a review. *Psychological Bulletin* 1989, 103, 3–30.
23. Quinsey V.L., Harris G.T., Rice M.E., Lalumiere M. assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 1993; 8: 512–532.
24. Craig L.A., Browne K.D., Stringer I. Comparing Sex Offender Risk Assessment Measures on a UK Sample. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2004; 48: 7–27.
25. Hanson R.K., Gordon A., Harris A.J.R. i wsp. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2002; 14: 169–194.
26. Dolan B., Coid J. Psychopathic and antisocial people with severe personality disorders. Treatment and research issues. Gaskell, London 1993.
27. Norton K. Personality disordered individuals: the Henderson Hospital model of treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health* 1992; 2: 180–191.
28. Simonoff E., Elander J., Holshaw J. i wsp. Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184: 118–127.
29. Robins LN. Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: replications for longitudinal studies. *Psychological Medicine* 1978; 8: 611–622.
30. Farrington D.P., Loeber R., Van Kammen W.B. Long term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood. W: Robins L.N., Rutter M. (red.). Straight and devious pathways from childhood to adulthood. Cambridge University Press, Cambridge 1990; 62–81.
31. Olweus D. Stability in aggressive reaction patterns in males: a review. *Psychological Bulletin* 1979; 86: 852–875.
32. Kerr M., Tremblay R.E., Pagani L. i wsp. Boys: behavioural inhibition and the risk of later delinquency. *Archives of General Psychiatry* 1997; 54: 809–816.
33. Fergusson D.M. The role of adolescent peer affiliations in the continuity between childhood behavioural adjustment and juvenile offending. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1996; 24: 205–221.
34. Caspi A., Elder J.M.H., Herbener E.S. Childhood personality and the prediction of life-course patterns. W: Robins L.N., Putter M. (red.). Straight and devious pathways from childhood to adulthood. Cambridge University Press, Cambridge 1990; 13–55.
35. Prentky R.A., Knight R.A., Lee A.F., Cerce D.D. Predictive validity of lifestyle impulsivity for rapists. *Criminal Justice and Behavior* 1995; 22: 106–128.
36. Mc Elroy S.L., Soutullo C.A., Taylor P. Jr. i wsp. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J. Clin. Psychiatry* 1999; 60: 414–420.
37. Dunsieath N.W. Jr, Nelson E.B., Brusman-Lovins L.A. i wsp. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *J. Clin. Psychiatry* 2004; 65: 293–300.
38. Hanson R.K., Morton-Bourgon K. Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis. Public Safety and Emergency Preparedness, Canada 2004.