

MODELI TRETMANA SEKSUALNIH PRESTUPNIKA

Milica LUKOVIĆ¹, Vera PETROVIĆ²

Seksualno nasilje predstavlja složen društveni i kriminološki problem koji privlači pažnju ne samo naučnika već i javnosti i zahteva neodložnu reakciju društva. Programi resocijalizacije seksualnih prestupnika, koji se primenjuju u svetu, zasnivaju se na kognitivno-bihejvioralnoj terapiji, kontroli devijantnih fantazija, izgradnji preventivnih strategija i novih životnih ciljeva. Terapije imaju za cilj razvijanje empatije sa žrtvom, promenu načina razmišljanja i promenu u ponašanju. Među vodeće modele koji se uspešno primenjuju u penološkom tretmanu seksualnih prestupnika ubrajaju se modeli koji se zasnivaju na kognitivno-bihejvioralnoj terapiji, kao što su model prevencije relapsa, RNR model, model samoregulacije i model dobrog života.

Ključne reči: seksualni prestupnici, seksualno nasilje, kognitivno-bihejvioralna terapija, tretman

UVOD

Seksualno nasilje predstavlja ozbiljan problem sa značajnim uticajem na žrtve, njihove porodice i društvo u celini. Tokom istorije dešavale su se promene u pravcu razvoja i implementacije tretmana dizajniranih tako da se smanji rizik recidivizma, te empirijska istraživanja o efikasnosti tretmana i povećanju dostupnosti programa tretmana za seksualne prestupnike. Tretman seksualnih prestupnika predstavlja svaki

1 Email: lukovic.milica88@gmail.com

2 Studenti master akademskih studija, Univerzitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju

oblik intervencije osmišljen radi prevencije ili smanjenja rizika recidivizma (Yates, 2003). Osnovni cilj tretmana jeste postizanje kontrole, kako unutrašnje kontrole seksualnog prestupnika, tako i spoljašnje kontrole društva, koja će sprečiti prestupnika da ponovi delo (Mužinić i Morić, 2010). Vremenom su predlagani i implementirani različiti modeli tretmana seksualnih prestupnika, uključujući opštu psihoterapiju, neurohirurgiju, fizičku kastraciju, farmakološke intervencije, promene ponašanja, kognitivno-bihejvioralnu intervenciju i prevenciju recidivizma (Laws 2003; Yates, 2003). U prvim tretmanima polazilo se od pretpostavke da je seksualno nasilje prouzrokovano samo jednim faktorom, kao što je bes ili devijantno seksualno uzbuđivanje (Marshall, 1996). Vremenom je multidimenzionalna priroda seksualnog nasilja postala očigledna, tretman je uključivao više elemenata i bio usmeren ka višestrukim uticajima na ponašanje i smanjenje rizika od seksualnog nasilja. Mnoge rane intervencije, kao što su psihoterapija i neurohirurgija, pokazale su se neefikasnim (Yates, 2003), dok su se druge, uključujući farmakološke intervencije, pokazale potencijalno obećavajućim u nekim specifičnim slučajevima (Bradford, 1990; Grossman, Martis & Fichtner, 1999). Biološke metode lečenja seksualnih prestupnika, poput hirurške kastracije, danas su deo prošlosti, iako su istraživanja pokazala vrlo nisku stopu recidivizma, 5% (Ortmann, 1980). Od sedamdesetih godina prošlog veka hirurška kastracija je zabranjivana delom zbog dostupnosti hormonskih lekova, kojima se može postići isti, ali reverzibilan efekat, ali i zbog etičkih pitanja primene takve intervencije, koja bi se pre mogla protumačiti kao kažnjavanje počinitelja, a ne kao njegovo lečenje (Herceg i Mužinić, 2010). Ipak, rezultati hirurške kastracije dali su osnovu za razumevanje farmakološkog tretmana kod parafilija. Pitanje farmakološkog tretmana seksualnih prestupnika, poznato kao hemijska kastracija, posebno je delikatno (od davanja pristanka na lečenje, sprovođenja prisilnog lečenja, etičkih dilema, indikacija za primenu, potencijalne koristi, pa sve do mogućih nuspojava) (Herceg i Mužinić, 2010). Primenu lekova treba razmatrati tek kao moguću dodatnu metodu uz sprovođenje

psihoterapijskog i drugih vrsta tretmana, uz sistem praćenja i nadzora. Poslednjih godina razvija se sve više modela koji uzimaju u obzir stepen rizika od ponovnog prestupništva i koji su prilagođeni individualnim potrebama svakog prestupnika. U ovom radu se daje kratak pregled aktuelnih i novijih pristupa tretmanu seksualnih prestupnika. Cilj rada je da se ukaže na osnovne karakteristike modela tretmana koji su se pokazali efikasnim, zatim na karakteristike obećavajućih modela tretmana seksualnih prestupnika koji su još uvek u razvoju, kao i na kritike neuspešnih i neefikasnih modela tretmana.

Pojmovno određenje seksualnog nasilja

Čini se da samo definisanje i razumevanje pojma seksualno nasilje u velikoj meri zavisi od razumevanja i potreba autora i istraživača. Prema Svetskoj zdravstvenoj organizaciji seksualno nasilje je „bilo koji seksualni čin, pokušaj ostvarivanja seksualnog čina, neželjeni seksualni komentar ili predlog koji je usmeren protiv osobe i njene seksualnosti, a koji može počinuti druga osoba, bez obzira na odnos sa žrtvom ili situaciju u kojoj se nalaze” (WHO, 2002: 149). Osnovna karakteristika seksualnog nasilja jeste povređivanje osobe upotrebom sile ili pretnje. Seksualno nasilje se ispoljava u različitim oblicima, od silovanja, seksualnog zlostavljanja, pornografije, do trgovine ženama u cilju prostitucije. Osim navedenih oblika, seksualno nasilje je i „ritualna praksa, kazna za rodnu transgresiju, silovanje u ratu i genitalno sakaćenje žena” (Salter, 2003: 34). Liz Keli, feministička teoretičarka, daje sledeću definiciju: „Seksualno nasilje uključuje svaki fizički, vizuelni, verbalni ili seksualni čin koji je, u vreme kad se dogodio ili naknadno, žena ili devojka doživela kao pretnju ili napad, koji ju je povredio ili degradirao ili u kojem joj je oduzeta kontrola u intimnom kontaktu” (Kelly, 1988: 112). Seksualno nasilje, pored fizičkog napada, obuhvata i psihološki atak, kao i povredu ličnih i intimnih sfera pojedinca. Postoje shvatanja po kojima je seksualno nasilje ispoljeno u „bilo kom seksualnom kontaktu, koji

je neželjen i bez uživanja jednog partnera, a služi seksualnoj gratifikaciji drugog” (Andrews & Bonta, 2010: 45). Bez obzira na raznolikost u definisanju termina, ono što karakteriše seksualne delikte, a sadržano je u gotovo svim definicijama, jeste prisustvo sile, pretnje, ucene, zloupotreba psihičke i/ili fizičke nemoći i podređenosti žrtve.

S druge strane, i kod određenja pojma seksualni prestupnik u stručnoj literaturi postoji izvesna zabuna u pogledu pravljenja razlike između seksualnog prestupnika i seksualno aberantne individue. Ponekad se ovi termini neopravdano upotrebljavaju kao sinonimi. Seksualna devijacija ili perverzija (tzv. „protivprirodna” seksualna praksa) može se definisati kao „bilo koji oblik seksualnog ponašanja koji značajno odstupa od važećih normi i u datoj kulturi se procenjuje kao patološki” (Salter, 2003: 39). Pomaci u zakonskim, psihološkim, kulturnim i socijalnim standardima značajno relativizuju ovaj pojam. Individualno seksualno ponašanje može se smatrati devijantnim zato što je statistički neuobičajeno, zakonom proskribovano, socijalno nepoželjno, biološki neproduktivno, fizički povređujuće ili psihološki neproduktivno (Ward, Polaschek & Beech, 2006). Seksualni prestupnik se može definisati kao individua koja je optužena i osuđena zbog seksualnih aktivnosti koje su zakonom zabranjene (Mužinić i Morić, 2010). Reč je o vrlo heterogenoj populaciji s obzirom na obrasce devijantnog ponašanja, karakteristike ličnosti i potrebe, tj. motive takvog ponašanja.

Poistovećivanje pojmova seksualni prestupnik i seksualno aberantna osoba može se delom objasniti Bekerovom teorijom etiketiranja i Lemertovim shvatanjem procesa razvoja devijantnosti. Prema Bekeru, devijantnost nije inherentna društvenom ponašanju, već predstavlja proizvod procesa etiketiranja u kojem se neke aktivnosti nazivaju neprikladnim, nemoralnim, bolesnim. Ono što je devijantno u jednom društvu, ne mora se smatrati devijantnim u drugom (Becker, 1963). U teoriji etiketiranja, devijantnost je predstavljena kao predmet socijalne interpretacije, a ne kroz sam čin koji se posmatra kao „devijantan”. To znači da devijantnost nije odraz dela koje

pojedinaac počini, već posledica percepcije drugih o ponašanju i sankcijama za počinioca. Brojne seksualne fantazije i seksualne sklonosti (fetišizam, voajerizam, ekshibicionizam) pojedinci koji ih upražnjavaju ne doživljavaju kao devijantne (primarna devijacija), sve dok društvo ovakav izostanak normalizacije ne etiketira takvim. Javna osuda i etiketiranje nekog ponašanja i osobe kao devijantne uključuje opasnost i mogućnost uslovljavanja sekundarne devijantnosti, koju Lemert opisuje kao ponašanje osobe pomirene sa ulogom devijanta, što je prouzrokovano oznakom koju nosi (Lemert, 1997). Osoba prihvata etiketu i sopstveni „prestupnički” samoidentitet. Dodeljivanje etikete seksualnih prestupnika pojedincima koji imaju različite seksualne fantazije, koje u zavisnosti od društva mogu i ne moraju biti zakonom definisane i kažnjive, može dovesti do prihvatanja uloge prestupnika i razvoja devijantnog seksualnog ponašanja. Efekat etiketiranja je, čini se, naročito naglašen kod dela koja se smatraju posebno gnusnim i teškim, kao što je slučaj sa seksualnim prestupima (Mužinić i Morić, 2010).

Fenomenologija seksualnog zlostavljanja dece

Pre nego što napravimo pregled različitih modela tretmana seksualnih prestupnika, neophodno je da ukažemo na nasilje koje izaziva najveću osudu javnosti. Reč je o seksualnom nasilju nad decom. Upravo zbog karakteristika ove vrste nasilja, a pre svega posledica koje seksualno nasilje nad decom prouzrokuje, prevencija i primena modela u tretmanu seksualnih prestupnika je više nego neophodna. Seksualno nasilje nad decom može se definisati u užem i u širem smislu. U užem smislu, ono podrazumeva „svaki vid zadovoljavanja seksualnih potreba i nagona primenom fizičke, psihičke ili neke druge sile ili nadmoći” (Milosavljević, 1998: 44). U širem smislu, seksualno nasilje podrazumeva „svaki vid verbalnog, gestovnog ili fizičkog kontakta sa seksualnim sadržajem najmanje dve osobe bilo kog pola, na skali od seksualnih poruka,

lascivnih reči i priča i seksualnih ponuda, do naglašenog pokazivanja seksualnih simbola, dodirivanja, pokušaja ili ostvarenog seksualnog odnosa i silovanja, ukoliko je rezultat nevoljnog, neželjenog i neprihvaćenog stava bilo kog učesnika u ovim odnosima, kada su u pitanju odrasle osobe i nezavisno od postojanja ili nepostojanja volje, htenja i saznanja kada je objekt ovakvih odnosa maloletna osoba” (Milosavljević, 1998: 44). Pojavna različitost seksualnog nasilja, kao i različiti naučni pristupi, doveli su do pojmovnog proširivanja. Tako se pod ovim pojmom podrazumevaju „kontaktne aktivnosti, kao što su silovanje, prisiljavanje deteta na vaginalni, analni ili oralni odnos, seksualizovano milovanje, pipanje, korišćenje deteta za masturbaciju odraslog, zatim nekontaktno aktivnosti u sklopu voajerizma, opscenog govora ili egzibicionizma pred detetom” (Išpanović-Radojković i Ignjatović, 2011: 31). U svetu se razlikuju dva oblika pedofilije. Prvi, poznat kao seksualni prstenovi, u okviru kojeg se deca podvode preko roditelja ili preko dece koja su već uvedena u takav seks-prsten (Stočanin, 2013). Drugi oblik pedofilije jeste dečja prostitucija ili seks-turizam, koji predstavlja složen međunarodni problem. Sam čin dečje prostitucije podrazumeva „svaki akt primanja, obezbeđivanja ili ponude seksualnih usluga od dece ili podsticanja dece da glume u seksualnim scenama uz naknadu ili nagradu ili bilo koji drugi akt koji je uključen u ovaj zločin, čak i uz pristanak deteta” (Stočanin, 2013: 130).

Na osnovu dosadašnjih istraživanja, ističe se da ne postoji nijedna studija koja je uspela da definiše stvarnu prevalencu pojave i time stvorila uslove da se koristi kao baza informacija o rasprostranjenosti seksualnog nasilja nad decom (Mužinić i Morić, 2010). Mnogi zločini ostaju neotkriveni, velike su tamne brojke, naročito za dela koja se događaju u krugu porodice. Međutim, čak i gruba procena rasprostranjenosti ukazuje da se seksualna viktimizacija dece povećala poslednjih godina. Studija Stoltenborga i saradnika (Stoltenborgh, Ijzendoorn, Euser & Bakermans-Kranenburg) iz 2011, kao i Bartova (Barth) iz 2013. godine, među poslednjima su koje se bave procenom rasprostranjenosti seksualnog nasilja nad decom. Stoltenborg

i saradnici (Stoltenborgh, Ijzendoorn, Euser & Bakermans-Kranenburg, 2011, prema: Pavlović, 2013) su izvršili metaanalizu 217 studija koje su se bavile rasprostranjenošću nasilja nad decom koje su ona sama obelodanila ili prijavljivala. Globalna, svetska prevalenca na osnovu ove studije iznosi 12,7 do 18% za devojčice i 7,6% za dečake. Ukupna prevalenca za Evropu iznosi 10,5%, a u svim regionima (izuzev Južne Amerike) prevalenca je značajno viša kod devojčica (Stoltenberg, prema: Pavlović, 2013). S druge strane, Bartova analiza uključila je 55 studija iz 24 zemlje, publikovanih u periodu od 2002. do 2009. godine. U toj analizi ukupna prevalenca se kreće od 18 do 20% za devojčice i 8% za dečake (Barth, 2013, prema: Pavlović, 2013). Sumirajući rezultate različitih istraživanja, Pavlović (2013) ističe da se u literaturi najčešće pominju procene da jedna od tri devojčice i jedan od sedam dečaka doživi neki vid seksualnog zlostavljanja tokom detinjstva.

O seksualnom nasilju nad decom u Srbiji govore podaci međunarodnog naučnog projekta Balkanske epidemiološke studije o zlostavljanju i zanemarivanju dece (BECAN, 2012). Rezultate ove studije koristio je i dopunio Nikola Petković (2015) za potrebe pisanja doktorske disertacije na temu „Zlostavljanje i zanemarivanje dece u Srbiji – fenomenologija, etiologija i društvena reakcija”. Uzorkom su obuhvaćeni svi prijavljeni slučajevi zlostavljanja i zanemarivanja dece koja su rođena između 1995. i 2000. godine. Kada je u pitanju seksualno nasilje, na nivou celokupnog uzorka istraživanjem su identifikovane 43 žrtve (13 žrtava muškog pola i 30 žrtava ženskog pola). U 44,2% radilo se o ostvarenoj seksualnoj radnji (oralni, analni, vaginalni seksualni kontakt), dok je u 20,9% slučajeva bilo reči o pokušanoj seksualnoj aktivnosti. Dečaci su češće žrtve u mlađim uzrastima, dok je kod devojčica primetna viša učestalost seksualne viktimizacije u starijim uzrastima (Petković, 2015). Na osnovu istraživanja (Pavlović, 2013; Pereda, Guilera, Forns & Gómez-Benito, 2009; Petković, 2015) zaključuje se da se kod seksualnog nasilja kao učinioci najčešće javljaju muškarci (otac, komšija, poznanik, prijatelj), ređe osobe ženskog pola, a devojčice su značajno češće žrtve seksualnog nasilja – čak su

pet puta više zlostavljane od dečaka. U najvećem broju slučajeva seksualni prestupnici i žrtve, njih oko 70–90%, poznaju se od ranije (Pavlović, 2013). Zlostavljači pripadaju različitim slojevima društva i različitih su nivoa inteligencije i bračnog statusa. Pet puta veću šansu da počine seksualno zlostavljanje imaju visokoobrazovani zlostavljači. Odnos broja samaca koji vrše seksualno zlostavljanje proporcionalan je broju onih koji žive u zajednici i koji su razvedeni (Petković, 2015). Pregledom pomenutih istraživanja zapaža se da većina slučajeva seksualnog nasilja nad decom ne predstavlja izolovane incidente, već zlostavljačke odnose trajnijeg karaktera. Do otkrivanja krivičnog dela može proći i nekoliko godina (Stočanin, 2013).

Kada se govori o seksualnom nasilju nad decom, radi se o nasilju koje ostavlja brojne psihofizičke i socijalne posledice po dete i njegov razvoj, koje se mogu ispoljiti na različite načine. Posledice seksualnog zlostavljanja deteta mogu se grupisati u nekoliko kategorija: emocionalne, interpersonane, bihevioralne, kognitivne, telesne i seksualne (Guberina-Korotaj i Vukota, 2010). Kod seksualno zlostavljanog deteta mogu se zapaziti brojna oštećenja psihičkog zdravlja, od fobija, depresije, samooptuživanja, stida, iskrivljenih verovanja o sebi, samopovređivanja, suicidalnih ideja, poremećaja pamćenja, do ozbiljnih psihijatrijskih poremećaja (Radačić, 2014). Takođe, mogu se zapaziti spoljašnje i unutrašnje povrede genitalnih regija, seksualno prenosive bolesti, urogenitalne infekcije i neželjena trudnoća, promene u ponašanju, školski neuspeh, zavisnost od psihoaktivnih supstanci (Išpanović-Radojković i Ignjatović, 2011). Seksualno zlostavljanje u detinjstvu dovodi do brojnih psiholoških i interpersonalnih problema (Guberina-Korotaj i Vukota, 2010). Najbolja potvrda drastičnih posledica seksualnog nasilja nad decom može se dobiti od onih koji rade sa žrtvama. Oni navode: „Vi možda mislite da razgovarate sa osmogodišnjim detetom, iako zapravo razgovarate sa tridesetogodišnjakom u njegovom umu. Upravo u tom procesu se opaža zavedenost deteta” (Wyre, 2008, prema: Guberina-Korotaj i Vukota, 2010: 109).

Posledice koje prouzrokuje seksualno nasilje, naročito seksualno nasilje nad najbepomoćnijim delom populacije – decom, kod kojih se ovaj vid nasilja neretko završi smrtnim ishodom, ukazuju na potrebu preventivnog delovanja. Takođe, neophodan je multidisciplinarni pristup, modifikacija postojećih, razvijanje i uvođenje novih mera i modela tretmana seksualnih prestupnika. Neki istraživači smatraju da tretman seksualnih prestupnika smanjuje rizik recidivizma, dok drugi smatraju da nema dovoljno kvalitetnih istraživanja za donošenje konačnog zaključka (Jovanić i Žunić-Pavlović, 2017).

Tretman seksualnih prestupnika kroz istoriju

Istorija suzbijanja seksualnog prestupništva beleži niz različitih modela ostvarivanja tog cilja, od kastracije, preko različitih dehumanizovanih metoda uticaja na integritet ljudske ličnosti, sve do pokušaja resocijalizacije i vraćanja pojedinaca u društvo. Počevši od prvobitnih zajednica, sve do savremenih oblika državnog uređenja, pitanje seksualnih sloboda integrisalo je svu složenost poimanja žene, žrtve i odgovornosti nasilnika. Različiti oblici reagovanja bili su u rasponu od dodatne viktimizacije žene, telesnog kažnjavanja, pa i do smrtne kazne, koja se još uvek primenjuje u pojedinim zemljama (Bourke, 2015). Reakcije društva na seksualno nasilje postoje već u najranijim pisanim zakonskim tekstovima, pa se tako već u Hamurabijevom zakoniku, koji datira iz 17. veka pre n. e., nalazi krivično delo silovanja za koje je propisana smrtna kazna. Srednjovekovno zakonodavstvo takođe prepoznaje silovanje, ali i pokušaj silovanja, kao teško delo za koje su propisane stroge kazne. Francuski i austrijski zakoni iz 18. i 19. veka za delo silovanja propisuju tešku tamnicu ili kaznu nošenja okova (Grozđanić i Sršen, 2012). Zakoni o seksualnim psihopatama doneti su u SAD 1930. godine i odnosili su se na učinioce seksualnog zlostavljanja dece i odraslih. Oni su hospitalizovani u psihijatrijske ustanove na neodređeno vreme,

pod pretpostavkom da osobe koje čine seksualne delikte nemaju kontrolu nad svojim seksualnim nagonima, pa će gotovo sigurno recidivirati, nezavisno od kazni ili nekog drugog iskustva (Radačić, 2014). Kazne i intervencije u oblasti seksualnog prestupništva ne predstavljaju novinu, iako su lečenje i tretman ove populacije značajno promenjeni devedesetih godina prošlog veka (Brown, 2005). Promene u tretmanu praćene su promenama u shvatanju učinkovitosti tretmana seksualnih prestupnika. U osnovi, razlikuju se tri shvatanja: jedno, po kojem „ništa ne deluje”; drugo, po kojem „nešto deluje” i treće, koja postavlja pitanje „šta zapravo deluje u tretmanu seksualnih prestupnika” (Wood, Grossman & Fichtner, 2000).

U prvoj polovini 20. veka tretman se uglavnom zasnivao na psihoanalitičkom pristupu, koji je bio usmeren na prestupnike koji su ispoljavali seksualno devijantno ponašanje u komorbiditetu sa psihopatijom (Brown, 2005). Efikasnost primenjivanih intervencija dovedena je u pitanje sedamdesetih godina, nakon evaluacije 231 studije, koje su pokazale da zapravo tretman ne daje željene rezultate. Stopa recidivizma nije opadala, što je ukazivalo na to da primenjeni tretman ne deluje (Martinson, 1974). Filozofija da „ništa ne funkcioniše” uticala je na istraživače da nastave sa razvijanjem programa za seksualne prestupnike, ističući njihovu neophodnost, kako bi se sprečio recidivizam i prestupnik vratio u zajednicu. Kritike upućene na račun psihoanalitičkog pristupa i sve veći uticaj kognitivnih pristupa sedamdesetih godina, uticali su na pomak ka biheviorizmu i skretanje pažnje na misaone procese seksualnih prestupnika i ulogu kognitivnih distorzija, tj. stavove i uverenja koja koriste seksualni prestupnici kako bi opravdali vlastito ponašanje i minimizirali bilo kakav osećaj krivice (Beech & Fisher, 2004). Razvoj tretmana i intervencija u oblasti seksualnog prestupništva usledio je 1980. godine. Uvođenjem pojmova kao što su seksualne disfunkcije, rodno zasnovano nasilje i povećanje empatije, primat u tretmanu seksualnih prestupnika zauzimaju rani kognitivno-bihevioralni programi.

Promeni stava da „nešto ipak deluje” najviše su doprineli Gender i Ros, evaluirajući 95 eksperimentalnih studija, objavljenih između 1973. i 1978. godine, od kojih je 86 imalo pozitivan ishod lečenja (Gendreau & Ross, 1979). Najubedljivija studija o proceni efikasnosti tretmana jeste Lipsonova meta-analiza 400 studija sprovedenih od 1950. godine, u kojoj je učestvovalo 40.000 učesnika u tretmanu. Rezultati ove studije pokazali su povoljan ishod lečenja u 64% studija i smanjenje stope recidivizma za 10% (Lipsey, 1995). Lipson je potvrdio nalaze Gendera i Rosa i dao neoborivi dokaz o neophodnosti primene intervencija kod seksualnih prestupnika. Sve to je uticalo da se filozofija po kojoj „nešto deluje” pomeri na pitanje i filozofiju „šta deluje u tretmanu seksualnih prestupnika?” U protekloj deceniji istraživači su pokušali da nađu najefikasnije intervencije u radu sa seksualnim prestupnicima. Kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT) dosledno se pokazala kao najefikasniji pristup za smanjenje recidivizma. Zajedno sa KBT razvilo se i shvatanje po kojem su efikasniji oni programi tretmana koji se biraju i primenjuju na osnovu procena individualnih rizika prestupnika, u odnosu na one programe koji se primenjuju bez procene rizika i selekcije prestupnika (Hanson & Yates, 2013).

Modeli tretmana seksualnih prestupnika

Primat u tretmanu seksualnih prestupnika zauzima kognitivno-bihejvioralna terapija (KBT). Glavne komponente kognitivno-bihejvioralnih tretmana su: tretiranje kognitivnih distorzija i poricanja, razvoj i povećanje empatije prema žrtvi, smanjenje deficita intimnosti i bliskosti, koje omogućava vezivanje, razvoj veština upravljanja emocijama, uklanjanje ili smanjenje devijantnih seksualnih preferencija, jačanje sposobnosti samoregulacije (emocija, ponašanja, kognitivna i interpersonalna regulacija) seksualno delinkventnog ponašanja (Yates, 2003). Akcenat kognitivno-bihejvioralnog pristupa jeste i na identifikovanju individualnih faktora koji dovode do

činjenja seksualnog delikta (Laws, 2003). Neki od programa tretmana seksualnih prestupnika koji polaze od kognitivno-bihejvioralnog pristupa jesu: Program tretmana seksualnih prestupnika kroz društveno koristan rad u zajednici (Community Sex Offenders Group work programme, raniji West Midlands Programme), Klirvoter program tretmana (Clearwater Treatment Programme, SAD), Tems Veli program grupnog rada za seksualne prestupnike (Thames Valey Sex Offenders Group work Programme) i Nortambrija program za seksualne prestupnike (Northumbria Sex Offender Programme). Ovi programi se uglavnom primenjuju u penitensijarnim ustanovama, u kombinaciji sa zatvorskom kaznom. Ako se pođe od premise na kojoj se zasniva kognitivno-bihejvioralni pristup, a to je da „ono što mislimo utiče na ono što radimo” (Robson, 2000: 148), tj. da promena načina razmišljanja utiče na promenu ponašanja, u slučaju seksualnih prestupnika primena ovog pristupa i njegova efikasnost se dovodi u pitanje. Razlog za to jeste što seksualni prestupnici imaju iskrivljena verovanja o tome šta su uradili, pa se dovodi u pitanje i njihova sposobnost da shvate šta je pogrešno, a šta ne. Ipak, penološka literatura i rezultati istraživanja efikasnosti modela tretmana čiju osnovu čini KBT idu u prilog primeni ovih modela. Uspešnost tretmana meri se na osnovu jednostavnog kriterijuma, a to je stopa recidivizma (Zessen, 1990). Istraživanje (Hanson & Yates, 2013) pokazuje da se stopa recidivizma prilikom primene modela zasnovanih na KBT smanjuje za 85 do 95%.

Studija Gordona i Nikolauka (Gordon & Nicholaichuk, 1996) pokazala je da se bolji rezultati postižu kod seksualnih prestupnika koji su, pored kazne zatvora, prošli i neki od modela tretmana, u odnosu na one prestupnike koji nisu prošli kroz program tretmana. Pokazalo se da su seksualni prestupnici koji su bili uključeni u tretman ređe pravili ponovne seksualne (4,7%) i neseksualne prestupe (7,8%) nego oni u okviru nacionalnog uzorka netretiranih seksualnih prestupnika, koji su činili seksualne prestupe (6,2%) i neseksualne prestupe (13,6%). S druge strane, visokorizični seksualni prestupnici koji su učestvovali u programu lečenja imali su manje seksualnih (6%)

i neseksualnih recidiva (8,6%) nego visokorizični seksualni prestupnici koji nisu bili podvrgnuti tretmanu, a koji su imali 14,6% seksualnih i 16,6% neseksualnih recidiva. Rezultati metaanaliza (Hanson & Yates, 2013; Lösel & Schmucker, 2005) pokazuju značajne efekte, koji ukazuju da je tretmanima seksualnih prestupnika postignuto ukupno smanjenje recidivizma od 22%.

Metaanalitički pregledi programa tretmana seksualnih prestupnika podržavaju efikasnost tretmana u smanjenju seksualnih recidiva i drugih nasilnih prestupa (Hanson, 1999; Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Lösel & Schmucker, 2005). Najopširniji od njih (Lösel & Schmucker, 2005) ispitivao je 69 studija (N=22,181) i otkrio smanjenje od 6% (relativno smanjenje od 37%) u seksualnom recidivizmu, sa najvećim smanjenjem kod primene kognitivno-bihejvioralnog, bihejvioralnog i biomedicinskog pristupa. Na osnovu analize 22 studije, koje ispunjavaju minimalne standarde metodološkog kvaliteta, pronađena je razlika od 8% (10,9 i 19,2%, respektivno ili relativno smanjenje od 43%) između tretiranih prestupnika i netretirane kontrolne grupe (Hanson et al., 2009). Tokom 2000. godine realizovan je Nacionalni program za seksualne prestupnike (NaSOP; Yates, Goguen, Nicholaichuk, Williams & Long, 2000), koji je podrazumevao reviziju programa tretmana seksualnih prestupnika kako bi se prikazao napredak u istraživanju i praksi. Korton i Nuns (Cortoni i Nunes, 2007) izvršili su evaluaciju programa NaSOP na 347 seksualnih prestupnika, koji su učestvovali u programu u zatvorima širom Kanade između 2000. i 2004. godine i bili praćeni dve godine nakon izvršene kazne. Dostupni nalazi za 222 tretirana prestupnika upoređeni su sa kontrolnom grupom od 137 netretiranih seksualnih prestupnika. Veoma niska stopa recidivizma primećena je kod učesnika NaSOP u poređenju sa netretiranim prestupnicima, i to za seksualne prestupnike (1,1 prema 4,6%), ostale nasilnike (2 prema 17,8%), kao i prestupnike uopšte (6,8 prema 36,5%).

Kognitivno-bihejvioralna terapija je najčešće primenjena u tretmanu seksualnih prestupnika. Naročito uspešnom

pokazala se terapija koja sadrži komponentu prevencije relapsa (Mužinić i Morić, 2010). Na osnovu istraživanja 1.379 programa tretmana u SAD i Kanadi, MekGrat (McGrath) i saradnici došli su do zaključka da je KBT model bio u prva tri izbora za primenu modela tretmana kod odraslih (86%), dok je model prevencije relapsa bio u prva dva izbora za 50% programa (McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli & Ellerby, 2010).

Model prevencije relapsa

Kao poseban model u okviru kognitivno-bihejvioralnog tretmana seksualnih prestupnika poslednjih godina izdvaja se Model prevencije relapsa – RP model (Relapse prevention model). Prvobitno je, osamdesetih godina 20. veka, ovaj model osmišljen u sklopu tretmana zavisnika od psihoaktivnih supstanci (Laws, Hardson & Ward, 2000). Njegov cilj je bio da se održi apstinencija tako da pojedinac nauči da prepozna rizične situacije (laps) za relaps i načine i strategije kako da se sa njima izbori. Adaptaciju modela za rad sa seksualnim prestupnicima uradili su Piters i saradnici (Pithers, Marques, Gibat & Marlatt, 1983, prema Laws, 2003). Od tada se ovaj model koristi kao jedna od bazičnih komponentata KBT u tretmanu seksualnih prestupnika. Naglasak modela prevencije relapsa nije na zaustavljanju problematičnog ponašanja, već prevencija njegove pojave primenom različitih tehnika, poput identifikacije i izbegavanja visoko rizičnih situacija. Određeni životni disbalansi mogu prouzrokovati želju za nekom vrstom neodložne gratifikacije (u ovom slučaju zadovoljenje seksualnog nagona). Uz takve nagone dolazi do niza odluka koje osobu vode sve bliže do lapsa, koji je još više olakšan postojanjem racionalizacije i negacije, naročito kod seksualnih prestupnika (Laws, 2003). Iz tog razloga je važna primena ovakvog modela tretmana. Nikolauk i saradnici (Nicholaichuk, Gordon, Gu & Wong, 2000) uporedili su 293 tretirana prestupnika sa 283 iz kontrolne grupe i otkrili da je 14,5% tretiranih prestupnika (u poređenju sa 33,2% iz kontrolne grupe) osuđeno za nove seksualne prestepe tokom

perioda praćenja, koji je u proseku iznosio šest godina. Takođe, veći deo tretiranih prestupnika (48%), u poređenju sa netretiranim (28,3%), nije ponovo osuđivan na kaznu zatvora tokom perioda praćenja, što pokazuje pozitivan efekat tretmana.

Model prevencije relapsa kod seksualnih prestupnika pretrpeo je brojne kritike (Palijan, Kovačević, Sarilar i Radeljak, 2010). Kao nedostatak modela navodi se to što se mnogo vremena troši na identifikaciju rizika i strategija suočavanja, a malo na razvoj veština suočavanja sa rizičnim situacijama (Longo, 2004). Takođe, primena ovog modela podrazumeva visoku motivisanost za učešće, što kod seksualnih prestupnika često nije slučaj. Model prevencije relapsa oslanja se na startegije suočavanja koje nisu pozitivno orijentisane, kao što su izbegavanje, beg (Yates, 2003).

Kako bi se tretman prilagodio potrebama i karakteristikama pojedinaca i izbeglo preslikavanje postupaka i metoda koji se prema počiniocima seksualnih prestupa primenjuju u zatvorskim uslovima i široj zajednici, poslednjih godina razvijaju se novi modeli i programi tretmana. Nastoji se da se seksualnim prestupnicima ponude različiti tretmani, različitog intenziteta, uzimajući u obzir stepen rizika, karakteristike, sposobnosti i potrebe učinioca. U radu će dalje biti prikazana tri takva modela, koja su još uvek u nastanku. To su: Model rizika, potreba i odgovornosti (Risk, Need, Responsivity Model – RNR model); Model samoregulacije (Self Regulation Model – SRM model) i Model dobrog života (Good Lives Model – GLM model).

Principi efektivne korektivne intervencije – RNR model

U okviru korektivnih intervencija koje se primenjuju prema prestupnicima otkriveni su specifični principi koji su od suštinskog značaja za smanjenje recidivizma, a posebno principi *rizika, potreba i odgovornosti*, koji čine poznati Risk, Need, Responsivity Model – RNR model (Andrews & Bonta,

2010). Prema principu rizika, intenzitet korektivne intervencije mora da odgovara stepenu rizika koji je procenjen kod nasilnika. Tretman, kao i nadzor, trebalo bi da traju duže, da se primenjuju češće i da uključuju duže kontakte kako procenjeni rizik od ponovnog nasilja raste (Andrews & Bonta, 2010). Zbog toga se intenzivnije treba baviti prestupnicima sa višim stepenom rizika, dok niži nivo intervencije treba primeniti kod prestupnika sa nižim nivoom rizika (ili ne primenjivati intervenciju uopšte). Manje rizični prestupnici verovatno uopšte ne zahtevaju specijalan tretman, već će imati koristi i od rutinskog nadzora (Andrews & Bonta, 2010; Hanson & Yates, 2013). Korišćenje principa rizika, pored toga što je najbolja opcija u slučaju ograničenih resursa, pokazuje i da je tretman najefikasniji kada nivo intenziteta prati nivo rizika (Andrews & Bonta, 2010). Kada se prema prestupnicima sa višim nivoom rizika primenjuje intenzivniji tretman, a prema prestupnicima sa umerenim nivoom rizika tretman umerenog intenziteta, uticaj na smanjenje recidivizma je najveći. Osim toga, pokazalo se da kada nivo rizika ne odgovara u potpunosti intenzitetu tretmana, može doći do povećanja recidivizma, npr. u slučaju manje rizičnih prestupnika koji dobijaju intenzivniji tretman nego što bi trebalo (Lowenkamp & Latessa, 2002; Lowenkamp, Latessa & Holsinger, 2006).

Među seksualnim prestupnicima specifični statički i dinamički faktori rizika su povezani sa recidivizmom. Statički faktori rizika su oni koji se ne mogu menjati kroz intervencije i uključuju prethodno seksualno nasilje, prisustvo seksualnih delikata bez fizičkog kontakta i neseksualnih nasilnih dela, kao i nasilnih dela protiv muških žrtava, slučajnih žrtava i stranaca (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). U zavisnosti od ovih faktora, varira i intenzitet tretmana. Kada je u pitanju intenzitet terapije, sprovedeno je istraživanje u vezi sa odgovarajućom dužinom intervencije i praksa značajno varira u zavisnosti od jurisdikcije (McGrath et al., 2010). Neki programi preporučuju između 80 (Beech & Mann, 2002) i 120 časova kontakta (W.L. Marshall, L.E. Marshall, Serran & Fernandez, 2006), drugi preporučuju između 160 i 195 časova za seksualne prestupnike

sa umerenim rizikom i oko 300 sati tretmana za visoko rizične prestupnike (Correctional Service Canada, 2000). Na osnovu istraživanja koje se odnosi na prestupnike uopšte, kao i rezultata akreditovanih programa za seksualne prestupnike, Hanson i Jejt (Hanson & Yates, 2013) su preporučili da se ne koristi nikakav specijalni tretman za nisko rizične seksualne prestupnike (sa procenjenim nivoom rizika od 10–20%). Oni predlažu da se primeni 100 do 200 sati kontakta za prestupnike sa umerenim rizikom, odnosno minimalno 300 sati za visoko rizične prestupnike sa procenjenim nivoom rizika od 80–90% (Hanson & Yates, 2013).

Drugi princip efikasne korektivne intervencije, princip potreba, navodi da bi tretman i intervencije, kao što je nadzor, trebalo da eksplicitno ciljaju kriminogene potrebe prestupnika, tj. specifične faktore rizika koji se mogu menjati tokom intervencije (dinamičke faktore rizika) i koji su empirijski povezani sa rizikom recidivizma (Andrews & Bonta, 2010). Smanjenje uticaja ovih faktora rizika dovodi do smanjenja ponovnog nasilja. Među seksualnim prestupnicima, kriminogene potrebe uključuju faktore rizika kao što su seksualne devijacije i asocijalan način života, dva najčešća prediktora recidivizma kod seksualnih prestupnika (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Važno je napomenuti da su veće šanse da seksualni prestupnici ponove neseksualno nasilno delo, nego novi seksualni delikt (Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Nicholaichuk et al., 2000). Osim toga, pokazalo se da su prediktori recidivizma različiti za različite tipove nasilja. Tako, dok su za seksualne prestupnike najjači prediktori recidivizma devijantna seksualna interesovanja i antisocijalna orijentacija (antisocijalna ličnost, antisocijalne odlike, istorija pravljenja prekršaja i neseksualnih krivičnih dela, problemi samokontrole, kao što su impulsivnost i labilnost), kod neseksualnih prestupnika seksualna devijantnost nije povezana sa nasilnim ponašanjem (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Stoga, prilikom određivanja kriminogenih potreba koje će biti predmet tretmana, važno je odrediti vrstu recidivizma do koga može doći i tome prilagoditi tretman. Istraživanje Hansona i saradnika (2007) dodatno je

pokazalo specifične dinamičke faktore rizika koje su povezani sa recidivizmom kod seksualnih prestupnika. To uključuje devijantne seksualne preferencije, nedostatak pozitivnih društvenih uticaja, nedostatak bliskosti sa drugom osobom, probleme sa opštom i seksualnom samokontrolom, stavove podrške prema seksualnim prestupima i probleme sa saradnjom tokom nadzora (Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007). U okviru određivanja individualnog plana tretmana, ove faktore bi trebalo uzeti u obzir zajedno sa statičkim faktorima rizika radi utvrđivanja intenziteta tretmana (Hanson et al., 2007; Yates et al., 2010). Kako bi tretmanom bili obuhvaćeni faktori koji su empirijski povezani sa rizikom recidivizma, princip potrebe takođe sugeriše da tretman ne bi trebalo da se fokusira na nekriminogene potrebe, tj. na faktore koji nisu povezani sa recidivizmom. Na ovaj način resursi se ne bi trošili na bavljenje faktorima koji ne mogu dovesti do smanjenja recidivizma (Andrews & Bonta, 2010). Nekriminogeni faktori uključuju oblasti kao što su samopouzdanje, lična patnja, empatija prema žrtvi i poricanje, za koje u istraživanju nije pouzdano utvrđeno da su povezani sa recidivizmom (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Iako je uobičajena praksa da se tretmani bave ovim faktorima, to nije empirijski podržano i ne predstavlja najbolje moguće korišćenje ograničenih resursa sa ciljem smanjenja ponavljanja prestupa.

Treći princip efikasne korektivne intervencije, princip odgovornosti, odnosi se na interakciju između pojedinca i tretmana. Ovaj princip ukazuje na to da bi tretman, pored toga što je kognitivno-bihevioralne orijentacije (Andrews & Bonta, 2010), trebalo da bude primenjen tako da odgovara različitim karakteristikama pojedinaca, kao što su jezik, kultura, ličnost, inteligencija, nivo anksioznosti, stil učenja i kognitivne sposobnosti, kako bi se povećalo njegovo angažovanje i učešće u tretmanu i postigla maksimalna efikasnost (Andrews & Bonta, 2010). Ovi faktori utiču na motivaciju klijenata i njihovu sposobnost da razumeju i primene informacije dobijene na tretmanu u ličnim okolnostima. Zbog toga bi primena tretmana trebalo da se menja i prilagodi individualnim osobinama

i sposobnostima klijenta, kako bi se povećala efikasnost, što zahteva veliku veštinu onih koji sprovode tretman. Uzimajući u obzir ove principe, možemo zaključiti da je seksualnim prestupnicima potrebno ponuditi različite tretmane, prilagođene potrebama svakog pojedinca, tretmane različitog intenziteta u korelaciji sa stepenom rizika.

Rezultati istraživanja (Andrews et al., 1990) ukazuju da su tretmani koji su u skladu sa ovim principima superiorni u odnosu na tretmane koji ih se ne pridržavaju, kao i u odnosu na krivične sankcije. Efikasnost tretmana raste u zavisnosti od broja korišćenih principa i najveća efikasnost je postignuta kod programa tretmana koji su se držali sva tri principa (Hanson et al., 2009). Tretmani koji se pridržavaju principa RNR modela povezani su sa smanjenjem ponavljanja seksualnih prestupa (Andrews & Dowden, 2005).

Model samoregulacije

Model samoregulacije (Self Regulation Model – SRM) je tek u razvoju, a nastao je kao rezultat uočenih nedostataka prethodnih modela, poput Prevencije relapsa (Ward, et al., 2004). Razvijen je posebno za seksualne prestupnike i zasnovan na principima samoregulacije ponašanja. SRM model opisuje razvoj nasilnog ponašanja kroz devet faza, počevši od životnih događaja koji izazivaju želju za takvim ponašanjem, sve do dve završne faze, tokom kojih pojedinci procenjuju svoje ponašanje i formulišu svoje stavove i očekivanja u vezi sa budućim ponašanjem. Te faze uključuju: životne događaje, želju za nasilnim ponašanjem kao posledicom životnih događaja, postavljanje ciljeva koji su povezani sa ispoljavanjem nasilničkog ponašanja, izbor strategije za postizanje ciljeva, priliku za postizanje ciljeva, ponašanje koje prethodi nasilničkom prestupu, prestup, evaluaciju nakon prestupa i stavove vezane za buduće ponašanje.

SRM eksplicitno uzima u obzir varijabilnost u ciljevima prestupa i načinima na koji pojedinci kontrolišu svoje

ponašanje kako bi postigli ove ciljeve. Ciljevi prestupa uključuju istovremeno inhibirajuće, tj. ciljeve izbegavanja (usmerene ka izbegavanju neželjenih stanja ili ishoda) i instinktivne, odnosno ciljeve postizanja (usmerene ka postizanju željenih stanja i ishoda). Prestupnici sa ciljevima izbegavanja žele ili pokušavaju da se uzdrže od prestupa, dok prestupnici sa ciljevima postizanja aktivnije traže mogućnosti da ispolje devijantna ponašanja. Postizanje ciljeva zasniva se na sposobnosti samoregulacije pojedinca – neki prestupnici ne uspevaju da kontrolišu ponašanje (slaba kontrola/dezinhibicija), drugi pokušavaju aktivno da kontrolišu svoje ponašanje koristeći strategije koje su sasvim kontraproduktivne i neefikasne (pogrešna kontrola), a neki imaju očuvane sposobnosti samoregulacije (Ward et al., 2004; Yates & Kingston, 2006).

Prema SRM, prestupnici mogu da slede jedan od četiri puta koji vode ka prestupu (Ward, 2004). Prvi je *put pozitivnog izbegavanja*, kada postoji želja da se uzdrže od seksualnih prestupa (cilj izbegavanja), ali i nedostatak potrebnog znanja i veština da se efikasno kontrolišu ponašanje radi postizanja ovog cilja. Tako, iako pojedinci sledeći ovaj put žele da izbegnu prestup, oni ne sprovode odgovarajuće strategije za to, što dovodi do neuspešnog izbegavanja i, na kraju, prestupa. Samoregulacija je slaba i kada su suočeni sa mogućnošću prestupa javljaju se dezinhibicija ponašanja, gubitak kontrole, impulsivnost i anksioznost, koji dovode do zločina. Drugi je *put aktivnog izbegavanja* (slučaj pogrešne kontrole), kada pojedinci aktivno pokušavaju da se nose sa željom i mogućnošću za prestup i da postignu cilj izbegavanja (Ward, 2004). Međutim, odabrane strategije su neefikasne i, u nekim slučajevima, mogu dovesti do kontraefekta i povećanja verovatnoće prestupa (Kingston, Yates & Firestone, 2012). U ovom slučaju pojedinac je svestan da postoji problem i da je potrebna akcija i aktivno sprovodi strategiju za sprečavanje prestupa. Put automatskog pristupa je povezan sa motivima i ciljevima koji mogu uključiti prestupe i odlikuju se slabom samoregulacijom (Ward, 2010). Pojedinci koji prate ovaj put ne žele da spreče prestupe, niti pokušavaju da se uzdrže od ostvarivanja ciljeva koji su povezani

sa nasiljem. Prestupi se javljaju kao odgovor na događaje u neposrednom okruženju, a kognitivna šema koja podržava prestupe aktivira se ovim događajima. Pored toga, prestupi mogu da se pojave i impulsivno. Na kraju, *put eksplicitnog pristupa* je povezan sa očuvanom sposobnošću samoregulacije i pristupom koji podrazumeva prestupe za postizanje određenih ciljeva (Bickley & Beech, 2003). Seksualni prestupi su eksplicitno i otvoreno planirani u cilju postizanja željenog cilja, kao što je seksualno zadovoljavanje, te povezani su sa stavovima i dubokim uverenjima koja podržavaju seksualnu agresiju kao opravdano sredstvo za postizanje ciljeva (Kingston, 2010).

Istraživanja podržavaju valjanost modela samoregulacije i njegovu primenu u proceni i tretmanu seksualnih prestupnika (Bickley & Beech, 2003; Kingston, Yates & Firestone, 2012). Takođe, podržano je postojanje više puteva koji vode do seksualnog prestupa, karakteristika prestupa (planiranje prestupa i tip žrtve), varijabilnost puteva za različite tipove prestupnika, zatim postojanja, usklađenosti, motiva, napretka i ishoda tretmana (Kingston, Yates & Firestone, 2012). Pored toga, pronađeno je da su četiri puta različito povezana sa izmerenim nivoom statičkog i dinamičkog rizika (Kingston, Yates & Oliver, 2013), specifičnošću prestupa (Lowenkamp, Latessa, 2002) i psihopatijom (Kingston, 2010). Zajedno uzevši, podrška istraživanja je značajna za primenu SRM u tretmanu seksualnih prestupnika.

Model dobrog života

Model dobrog života (Good Lives Model – GLM) Tonija Varda (Tonia Warda) je još jedan od novijih modela tretmana seksualnih prestupnika, nastao kao rezultat nedostataka RNR modela (Ward & Brown, 2004; Ward & Gannon, 2006). RNR model je kritikovan zbog fokusa na rizik i kriminogene potrebe prestupnika, deficite i izbegavanja ciljeva, kao i zbog nedovoljne motivisanosti klijenata da se promene (Ward & Gannon, 2006). Zaključeno je da postoji potreba za motivacionim

pristupima tretmanu seksualnih prestupnika (Prescott, 2009). GLM sugeriše da su i seksualni prestupnici, poput drugih ljudi, usmereni ka određenim ciljevima i nastoje da steknu osnovna, primarna ljudska dobra, kao što su akcije, iskustva i aktivnosti suštinski korisne za dobrobit pojedinca i njegovu potragu za sobom (Ward & Gannon, 2006; Ward & Stewart, 2003). Primeri osnovnih ljudskih dobara, koja se nazivaju i opšti životni ciljevi (Yates, Prescott & Ward 2010), obuhvataju veze i prijateljstva, sreću i seksualno zadovoljstvo, nezavisnost i blagostanje, tj. emocionalnu ravnotežu. GLM tvrdi da su seksualni prestupi rezultat neprilagođenih strategija (tzv. sekundarnih ili instrumentalnih dobara) koje pojedinci koriste za postizanje ovih životnih ciljeva. Na primer, prestupnik može da želi intimnost, ali kao rezultat faktora kao što je emocionalna identifikacija sa decom, okreće se deci da bi zadovoljio ove potrebe. Slično tome, pojedinac može koristiti supstance za popravljavanje raspoloženja i smirenje ili nasilje kako bi postigao cilj nezavisnosti i samostalnosti. Prema GLM, problem nije u životnim ciljevima svakog pojedinca, već u načinima na koje pokušavaju da ostvare ove ciljeve, što dovodi do životnih problema i seksualnih i drugih prestupa (Yates, Kingston & Ward, 2009).

U tretmanu korišćenjem pristupa GLM fokus je na pomoći pojedincima da ostvare značajne i vredne životne ciljeve na prosocijalne načine (Ward et al., 2004; Yates et al., 2010; Yates, Prescott & Ward 2010). Ovaj model, za razliku od RNR i RP, tokom tretmana eksplicitno koristi pristup, a ne izbegavanje ciljeva. Na taj način tretman uključuje aktivan rad na postizanju važnih životnih ciljeva, pre nego fokusiranje na aktivnosti i modele ponašanja u kojima klijenti ne mogu da se pronađu. Na primer, tretman aktivno pomaže klijentima da ostvare nezavisnost i samostalnost bez zloupotrebljavanja drugih, da postignu intimnost bez ulaska u seksualne aktivnosti sa decom, da dožive seksualno zadovoljstvo na adekvatan, zdrav način. Ovo je važan element, jer omogućava da ciljevi budu lakše dostupni i održivi na duži rok nego izbegavajući ciljevi (Mann et al., 2004). U okviru pristupa GLM ne samo

da pomaže prestupnicima u postizanju blagostanja već i dinamički faktori rizika postaju ublaženi, čime se smanjuje rizik recidivizma (Ward & Stewart, 2003). Tokom tretmana više se cilja na odgovornost i prestupnici su motivisaniji da se promene i učestvuju u tretmanu. Ono što je važno, GLM se ne može realizovati bez analize i upravljanja rizicima i jasnog ciljanja kriminogenih potreba u tretmanu. Kako bi se osiguralo uključivanje faktora rizika i upravljanje rizicima, GLM je integrisan sa modelom samoregulacije u sveobuhvatnom pristupu proceduri i tretmanu (Yates, Kingston & Ward, 2009; Yates, Prescott & Ward, 2010), koji je u skladu sa principima efektivne korektivne intervencije i koristi praksu i tehnike iz intervencija koje su se pokazale efikasnim.

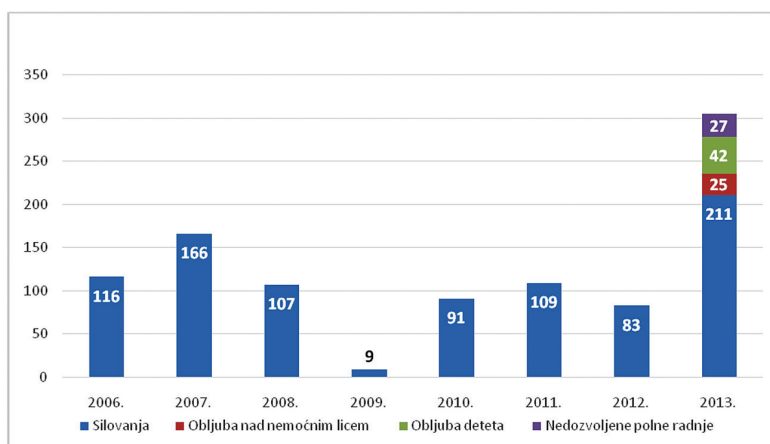
Istraživanja GLM pristupa su još uvek u povoju, ali daju preliminarnu podršku ovom modelu. Na primer, otkriveno je da je model dobrog života, u odnosu na prethodne modele, drugačije povezan sa karakteristikama prestupa (Yates, Prescott & Ward, 2010), kao i sa rizikom od ponovnog prestupa, dinamičkim faktorima rizika i putevima koji vode do seksualnog prestupa (Kingston et al., 2012). U jednom od prvih empirijskih istraživanja modela Simons, MekKular i Tajler (Simons, McCullar & Tyler, 2008) utvrdili su da su, u poređenju sa RP pristupom, prestupnici koji su učestvovali u tretmanu baziranom na GLM češće završavali tretman, duže ostajali i bili više motivisani da učestvuju u tretmanu, kao i da su pokazali značajno bolje veštine savladavanja problema nakon tretmana. Istraživanje iz 2009. godine je pokazalo da su se prestupnici koji su učestvovali u programu GLM ređe povlačili iz tretmana (Yates et al., 2010). S druge strane, nije otkrivena razlika u stopi odustajanja između RP i GLM programa, iako su kvalitativni podaci sugerisali da i terapeuti i klijenti vide GLM program kao pozitivniji i više okrenut ka budućnosti nego RP model (Harkins, Flak, Beech & Woodhams, 2012).

Društvena reakcija na seksualno nasilje u Srbiji

Poslednjih godina seksualno nasilje u našoj zemlji je tema koja izaziva veliko interesovanje javnosti. Svakodnevno smo svedoci brojnih novinskih natpisa o seksualnom nasilju, kako prema odraslima, tako i prema deci. U krivična dela protiv polne slobode, koja su u Krivičnom zakoniku Republike Srbije inkriminisana od člana 178. do člana 185, spadaju krivična dela silovanja i drugih oblika seksualnog nasilja (*Službeni glasnik RS*, br. 108/2014). Kaznena politika prema učiniocima seksualnog nasilja je zadnjih godina pooštrena, međutim o njenim rezultatima i efektima nema mnogo javno iznesenih podataka. U našoj zemlji još uvek ne postoji sistemsko sprovođenje penalnog tretmana seksualnih prestupnika (Jovanić i Žunić-Pavlović, 2017). Ne postoje modeli i programi tretmana koji bi se primenjivali, kako tokom boravka u zatvoru, tako i nakon puštanja na slobodu.

Do sada su se javljale razne ideje kako bi se sprečio, skoro stopostotni, recidiv seksualnih prestupa, od ideje o narukvicama za praćenje oslobođenih pedofila, preko uvođenja hemijske kastracije u domaće zakonodavstvo i uvođenja registara učinilaca krivičnih dela protiv polne slobode (Pavlović, 2013). Novina u društvenoj reakciji prema seksualnim prestupnicima načinjena je donošenjem Zakona o posebnim merama za sprečavanje vršenja krivičnih dela protiv polne slobode prema maloletnim licima (*Službeni glasnik RS*, br. 32/2013). Ovaj zakon, poznat pod kolokvijalnim nazivom „Marijin zakon”, donesen je u Srbiji 2013. godine i njime su propisane strože mere kontrole nad osuđenim učiniocima krivičnih dela protiv polne slobode. On predviđa da će svi seksualni prestupnici nakon izvršenja kazne zatvora biti pod kontrolom i nadzorom policije. To podrazumeva uvođenje posebnih registara za evidenciju seksualnih prestupnika. Jedan od osnovnih razloga za uvođenje registara seksualnih prestupnika jeste to što učinioци krivičnih dela protiv polne slobode češće recidiviraju u odnosu na

druge prestupnike. Uloga registara je pre svega preventivna, u smislu sprečavanja ponovnog vršenja istog ili sličnog dela, kao i povećanja bezbednosti društva (Pavlović, 2013). Međutim, kada se ima na umu da naše institucije još uvek loše funkcionišu, nameće se pitanje nadzora i kontrole nad sprovođenjem ovako zamišljenih mera. Takođe, zamisao da registar bude dostupan samo policiji, sudu i javnom tužiocu, donekle obesmišljava njegovo postojanje. Čini se, ipak, da bi se najbolji rezultati postigli uvođenjem posebnih programa postupanja, penalnog tretmana i tretmana na slobodi, kako u okviru alternativnih sankcija, tako i u vidu obaveza nametnutih uslovnom osudom, uslovnim otpustom ili uz meru bezbednosti. Na broj krivičnih dela protiv polne slobode ukazuju podaci Uprave za izvršenje krivičnih sankcija (Godišnji izveštaj o radu Uprave za izvršenje krivičnih sankcija, 2013) (Grafikon 1).



Grafikon 1 – Krivična dela protiv polne slobode

Za period od 2006. do 2012. godine dostupni su samo podaci o krivičnom delu silovanja, dok za 2013. godinu postoje podaci i o drugim krivičnim delima protiv polne slobode, kao što su: obljava nad nemoćnim licem, obljava sa detetom i nedozvoljene polne radnje. Od 2006. do 2013. godine broj krivičnih dela silovanja je povećan za 82%. Ovi podaci dodatno potvrđuju potrebu uvođenja tretmana prema počiniocima seksualnih delikata.

ZAKLJUČAK

Seksualni prestupi izazivaju moralnu osudu i zgražavanje društva više nego druga krivična dela. Zbog same prirode dela i posledica koje seksualni prestupi nose sa sobom, motivacija za rad sa ovom kategorijom prestupnika je niska u odnosu na počinioce drugih krivičnih dela. Još uvek preovladava represivna filozofija usmerena na kažnjavanje, a ne na tretman. Međutim, ako se uzme u obzir da seksualni prestupi imaju izrazito repetitivan karakter, koji se ne može promeniti samo kaznom bez dobro osmišljenog tretmana, razvoj i primena modela tretmana kod seksualnih prestupnika su i više nego potrebni. O potrebi primene tretmana govori i podatak da prestupnici koji su prošli terapijski tretman ponove delo u 5 do 7% slučajeva, dok prestupnici koji nisu prošli tretman delo ponove u najmanje 80% slučajeva (Yates, Prescott & Ward, 2010). Seksualno nasilje izaziva različite reakcije u društvu i zahteva promene u zakonodavnim okvirima, u smislu pooštavanja kazni za seksualne prestupnike i uvođenja modela tretmana, kako u zatvoru, tako i nakon izlaska. Istraživanja jasno podržavaju primenu modela u kojima intenzitet tretmana varira u zavisnosti od rizika recidivizma kod prestupnika, tako što je tretman efikasniji kada se primenjuje u slučajevima visokog rizika, kada se ciljaju poznati dinamički faktori rizika i kada tretman odgovora karakteristikama pojedinaca. Istraživanja dalje pokazuju da je uzimanje u obzir specifičnih, poznatih faktora rizika, koristeći kognitivno-bihejvioralne metode, najefikasnije u smanjenju recidivizma među seksualnim prestupnicima, budući da se tradicionalni pristup prevenciji recidivizma nije pokazao efikasnim previše pojednostavljen u konceptualizaciji puteva do prestupa. Pristup samoregulacije, sa širom konceptualizacijom procesa prestupa, dinamike i motivacije, stekao je značajnu podršku za primenu u tretmanu seksualnih prestupnika. Ustanovljeno je da model dobrog života ima određenu vrednost i, što je najvažnije, da je povezan sa povećanom motivacijom i manjim odustajanjem od tretmana, iako je potrebno dodatno istraživanje ovog modela. Smatra se da tretman

seksualnih prestupnika može biti najefikasniji kada se zasniva na empirijski dokazanim modelima i metodama, na način da integriše različite pristupe (Yates, 2003). Takav pristup pokazuje najveću mogućnost za smanjenje recidivizma, poboljšanje života prestupnika i doprinosi bezbednosti i razvoju zajednice. Primena i započinjanje ovih tretmana u penalnim ustanovama zapravo bi trebalo da bude samo početak sistemskog tretmana počinitelaca seksualnih delikata, koji bi se, uz saradnju i superviziju nadležnih institucija, nastavio u zajednici.

LITERATURA

1. Andrews, D., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
2. Andrews, D., & Dowden, C. (2005). Managing correctional treatment for reduced recidivism: A meta-analytic review of programme integrity. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 173-187. doi:10.1348/135532505X36723.
3. Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. (1990). Does correctional treatment work?. A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404. doi:10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x.
4. Balkan Epidemiological Study on Child Abuse & Neglect (BECAN). Preuzeto sa <http://www.becan.eu/>.
5. Barth, J. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *A Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1.
6. Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
7. Beech, A., & Fisher, D. (2004). Treatment in Prison and Probation Settings. In H. Kemshall (Ed.), *Research highlights in social work: Managing Sex Offender Risk*. (pp. 137-164). London: Jessica Kingsley Publishers.
8. Beech, A., & Mann, R. (2002). Recent developments in the assessment and treatment of sexual offenders. In J. McGuire (Ed.), *Offender Rehabilitation and Treatment: Effective Programmes and*

Policies to Reduce Re-offending (pp. 259-288). Chichester: Wiley-Blackwell.

9. Bickley, J., & Beech, R. (2003). Implications for treatment of sexual offenders of the Ward and Hudson model of relapse. *Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment*, 15(2), 121-134. doi:10.1023/A:1022342032083.
10. Bourke, J. (2015). *Rape: A History from 1860 to the Present*. Hachette UK.
11. Bradford, J. (1990). The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In W.L. Marshall & H.E. Barbaree (Ed.), *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offenders* (pp. 297-310). New York: Plenum.
12. Brown, S. (2005). *Treating Sex Offenders: An introduction to sex offender treatment programmes*. Cullumpton: Willan Publishing.
13. Cortoni, F., & Nunes, K. (2007). *Assesing the effectiveness of the National Sexual Offenders Program. Research Report R-183*. Ottawa, ON: Correctional Service Canada.
14. Correctional Service Canada. (2000). Correctional Programs: Correctional Program Descriptions. Preuzeto sa <http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/cor-pro-2009-eng.shtml>
15. Gendreau, P., & Ross, R. (1979). Effective correctional treatment: A bibliography for cynics. *Crime and Delinquency*, 25(4), 463-489.
16. Godišnji izveštaj o radu Uprave za izvršenje krivičnih sankcija (2013). Preuzeto sa <http://www.uiks.mpravde.gov.rs/cr/articles/izvestaji-i-statistika/>.
17. Gordon, A., & Nicholaichuk, T. (1996). Applying the risk principle to sex offender treatment. *Forum on Corrections Research*, 8, 36-38.
18. Grossman, L., Martis, B., & Fichtner, C. (1999). Are sex offenders treatable?. A research Overview. *Psychiatric Services*, 50(3), 349-361. doi:10.1176/ps.50.3.349.
19. Grozdanić, V., & Sršen, Z. (2012). Criminal law response to sexual violence. *Riječki teološki časopis*, 38(2), 313-334.
20. Guberina-Korotaj, B., & Vukota, Lj. (2010). Seksualno zlostavljanje u djetinjstvu i seksualna delinkvencija. U: L. Mužinić & Lj. Vukota (Ur.), *Tretman seksualnih delinkvenata i zaštita zajednice* (str. 107-116). Zagreb: Medicinska naklada.

21. Hanson, R. (1999). Working with sex offenders: A personal view. *Journal of Sexual Aggression*, 4, 81-93.
22. Hanson, R., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *A Meta-analysis of the Effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: Risk, Need, and Responsivity*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
23. Hanson, R., Harris, A., Scott, T., & Helmus, L. (2007). *Assessing the Risk of Sexual Offenders on Community Supervision: The Dynamic Supervision Project*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
24. Hanson, R., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis*. Ottawa, Canada: Public Safety and Emergency Preparedness Canada.
25. Hanson, R., & Yates, P. (2013). Psychological treatment of sex offenders. *Current Psychiatry Reports*, 15, 1-8. doi:10.1007/s11920-012-0348-x.
26. Harkins, L., Flak, V., Beech, A., & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a good lives model approach. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 24(6), 519-543. doi: 10.1177/1079063211429469.
27. Herceg, M., & Mužinić, L. (2010). Farmakološki tretman seksualnih delinkvenata. U: L. Mužinić i Lj. Vukota (Ur.), *Tretman seksualnih delinkvenata i zaštita zajednice* (str. 195-205). Zagreb: Medicinska naklada.
28. Išpanović-Radojković, V., & Ignjatović, T. (2011). Oblici i pokazatelji zlostavljanja i zanemarivanja. U: V. Išpanović-Radojković (Ur.), *Zaštita deteta od zlostavljanja i zanemarivanja primena opšteg protokola* (str. 22-50). Beograd: Centar za prava deteta.
29. Jovanić, G., & Žunić-Pavlović, V. (2017). Tretman seksualnih delinkvenata u zatvoru. U: *Zbornik rezimeaa*, Stručno-naučna konferencija sa međunarodnim učešćem „Dani defektologa Srbije”, 2017-02-09, Novi Sad. 37.
30. Kelly, L. (1988). *Surviving Sexual Violence*. Polity Press.
31. Kingston, D. (2010). *The Offence Progression in Sexual Offenders: An Examination of the Self-Regulation Model of the Offence Process*. Ottawa, Canada: University of Ottawa.

32. Kingston, D., Yates, P., & Olver, M. (2013). The self-regulation model of sexual offender treatment: Relationship to treatment change and post-treatment recidivism. *Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment*, 12, 56-71. doi: 10.1177/1079063213495896.
33. Kingston, D., Yates, P., & Firestone, P. (2012). The self-regulation model of sexual offending: Relationship to risk and need. *Law and Human Behavior*, 36(3), 215-224. doi: 10.1007/s10979-011-9287-z.
34. Krivični zakonik Republike Srbije. Službeni glasnik RS, (2014). 108/2014.
35. Laws, D. (2003). The rise and fall of relapse prevention. *Australian Psychologist*, 38(1), 22-30. doi: 10.1080/00050060310001706987.
36. Laws, D., Hudson, S., & Ward, T. (2000). The original model of relapse prevention with sex offenders: Promises unfulfilled. In D. Laws, S. Hudson, & T. Ward (Ed.), *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders: A Sourcebook* (pp. 3-24). Newbury Park, CA: Sage.
37. Lemert, E. (1997). Primarna i sekundarna devijacija. U: Đ. Ignjatović (Ur.), *Kiminološko nasleđe* (str. 121-137). Beograd: Policijska akademija.
38. Lipsey, M. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What Works: Reduce reoffending - Guidelines from Research and Practice* (pp. 63-78). Chichester: Wiley.
39. Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117-146. doi: 10.1007/s11292-004-6466-7.
40. Longo, R. (2004). An integrated experiential approach to treating young people who sexually abuse. U: T. Žarković-Palijan, & D. Kovačević (Ur.), *Iz forenzičke psihijatrije* (str. 193-213). Zagreb: Ceres - Matica hrvatska ogranak Kutina.
41. Lowenkamp, C., & Latessa, E. (2002). *Evaluation of Ohio's Community Based Correctional Facilities and Halfway House Programs*. OH: University of Cincinnati.
42. Lowenkamp, C.T., Latessa, E., & Holsinger, A. (2006). The risk principle in action: What have we learned from 13,676 offenders

- and 97 correctional programs? *Crime & Delinquency*, 51, 77-93. doi:10.1177/001112870528174.
43. Marshall, W. (1996). Assessment, treatment and theorizing about sex offenders: Developments during the past twenty years and future directions. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 162-199. doi: 10.1177/0093854896023001011.
 44. Marshall, W., Marshall, L., Serran, G., & Fernandez, Y.M. (2006). *Treating Sexual Offenders: An Integrated Approach*. New York, NY: Routledge.
 45. Martinson, R. (1974). *What Works: Questions and Answers about prison reform*. The Public Interest.
 46. McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management*. Brandon, VT: Safer Society Press.
 47. Milosavljević, M. (1998). *Nasilje nad decom*. Beograd: Fakultet političkih nauka.
 48. Mužinić L., & Morić S. (2010). Primena kognitivno-bihejvioralne terapije u tretmanu seksualnih delinkvenata. U: L. Mužinić & Lj. Vukota (Ur.), *Tretman seksualnih delinkvenata i zaštita zajednice* (str. 169-180). Zagreb: Medicinska naklada.
 49. Nicholaichuk, T., Gordon, A., Gu, D., & Wong, S. (2000). Outcome of an institutional sex offender treatment program: A comparison between treated and matched untreated offenders. *Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment*, 12, 139-153. doi: 10.1023/A:1009542208305.
 50. Ortmann, J. (1980). The treatment of sexual offenders: Castration and antihormone therapy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 3(4), 443-451.
 51. Palijan, Ž., Kovačević, D., Sarilar, M., & Radeljak, S. (2010). Tretman seksualnih delinkvenata. U: L. Mužinić & Lj. Vukota (Ur.), *Tretman seksualnih delinkvenata i zaštita zajednice* (str. 137-156). Zagreb: Medicinska naklada.
 52. Pavlović, Z. (2013). *Seksualna zloupotreba dece – kriminološke i krivičnopravne perspektive*. Novi Sad: Pravni fakultet za privredu i prvosude.

53. Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 328-338. doi: 10.1016/j.cpr.2009.02.007.
54. Petković, N. (2015). *Zanemarivanje i zlostavljanje dece u Srbiji – fenomenologija, etiologija i društvena reakcija*. Beograd: Univezitet u Beogradu – Fakultet za specijalnu edukaciju i rehabilitaciju. Doktorska disertacija.
55. Prescott, D. (2009). Motivational interviewing in the treatment of sexual abusers. In D. Prescott (Ed.), *Building Motivation for Change in Sexual Offenders* (pp. 64-81). Brandon, VT: Safer Society Press.
56. Radačić, I. (2014). *Seksualno nasilje – mitovi, stereotipi i pravni sustav*. Zagreb: TIM press.
57. Robson, M. (2000). Psychodrama with adolescent sexual offender. In P. Kellermann & M. Huclgins (Ed.), *Psychodrama with Trauma Survivors* (pp. 148). London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
58. Salter, A. (2003). *Predators, peadophiles, raist and other sex offenders: Who they are, how they operate and how we can protect ourselves and our children*. New York: Basic Books.
59. Simons, D., McCullar, B., & Tyler, C. (2008). *The Utility of the Self-regulation Model to Re-integration Planning*. Atlanta, GA.
60. Stoltenborgh, M., Ijzendoorn, M., Euser, E., & Bakermans-Kranenburg, M. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreat*, 16(2), 79-101. doi: 10.1177/1077559511403920.
61. Stočanin, S. (2013). Pedofilija, jedan od oblika seksualne perverzije. *Kriminalističke teme*, 2013(3-4), 125-142.
62. Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257. doi: 10.1080/10683160410001662744.
63. Ward, T., Bickley, J., Webster, S., Fisher, D., Beech, A., & Eldridge, H. (2004). *The Self-regulation Model of the Offence and Relapse Process*. Victoria, Canada: Pacific Psychological Assessment Corporation.

64. Ward, T., & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 77-94. doi:10.1016/j.avb.2005.06.001.
65. Ward, T., & Stewart, C. (2003). Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime & Law, 9*(2), 125-143. doi: 10.1080/1068316031000116247.
66. Ward, T., Polaschek, D., & Beech, A. (2006). *Theories of sexual offending*. New York: John Wiley & Sons.
67. World Health Organization (WHO). (2002). *World Report on violence and health*. Geneva.
68. Wood, R., Grossman, L., & Fichtner, C. (2000). Psychological assessment, treatment, and outcome with sex offenders. *Behavioural Sciences and the Law, 18*(1), 23-41. doi: 10.1002/(SICI)1099-0798(200001/02)18:1<23: AID-BSL375>3.O.CO; 2-D.
69. Yates, P. (2003). Treatment of adult sexual offenders: A therapeutic cognitive-behavioral model of intervention. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*(3-4), 195-232. doi: 10.1300/J070v12n03_08.
70. Yates, P., Goguen, B., Nicholaichuk, T, Williams, S., & Long, C. (2000). *National Sex Offender Programs (Moderate, Low, and Maintenance Intensity Levels)*. Ottawa, Canada: Correctional Service of Canada.
71. Yates, P., & Kingston, D. (2006). Pathways to sexual offending: Relationship to static and dynamic risk among treated sexual offenders. *Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment, 18*(3), 259-270.
72. Yates, P., Prescott, D., & Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and Self-regulation Models to Sex Offender Treatment: A Practical Guide for Clinicians*. Brandon, VT: Safer Society Press.
73. *Zakon o posebnim merama za sprečavanje vršenja krivičnih dela protiv polne slobode prema maloletnim licima. Sl. glasnik RS, (2013). 32/13.*
74. Zessen, G. (1990). A model for group counseling with male pedophiles. *Journal of Homosexuality, 20*(1-2), 189-198. doi: 10.1300/J082v20n01_12.

SEXUAL OFFENDERS TREATMENT MODELS

Milica Luković, Vera Petrović

Summary

Sexual violence is a complex social and criminological problem that attracts a lot of attention not only of scientists, but also of the general public and requires immediate reaction of the society. The worldwide applied programs of re-socialization of sexual offenders are based on cognitive-behavioral therapy, deviant fantasies control and preventive strategies and new life goals construction. The therapies aim to develop empathy with the victim, change the way of thinking and change behavior. Among the leading models successfully applied in penological treatment of sexual offenders, there are models based on cognitive-behavioral therapy, such as Relapse Prevention Model, RNR model, Self-Regulation Model and Good Lives Model.

Key words: sexual offenders, sexual violence, cognitive-behavioral therapy, treatment

Primljeno: 20.04.2017.

Prihvaćeno: 03.08.2017.