

Pedofilia w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym

Pedophilia in judicial and sexological opinion

Przemysław Marcinek¹, Alicja Kapała²

¹Poradnia Psychologiczno-Seksuologiczna, Leszczyńskie Centrum Medyczne Ventriculus

²Dział Terapeutyczny Zakładu Karnego w Rawiczu

Streszczenie

W artykule przedstawiono kategorię diagnostyczną „pedofilia” w kontekście opiniowania sądowo-seksuologicznego. Autorzy podjęli rozważania dotyczące problemów definicyjnych, typologii oraz kryteriów diagnostycznych i różnicowania pedofilii. Omówili także możliwe skutki rozpoznania pedofilii przez biegłych w przebiegu postępowania karnego. Próba systematyzacji dostępnej wiedzy oraz własnych doświadczeń diagnostycznych autorów ma na celu zaakcentowanie klinicznego rozumienia pedofilii — traktowanej jako specyficzne zaburzenie seksualne. Znajomość kryteriów diagnostycznych pedofilii oraz świadomość skutków rzetelnie ustalonego rozpoznania powinny ukierunkowywać pracę biegłych seksuologów, opiniujących sprawców przestępstw seksualnych, w których ofiarami są dzieci.

Seksuologia Polska 2012; 10 (2): 76–84

Słowa kluczowe: diagnoza seksuologiczna, pedofilia, sprawcy przestępstw seksualnych, zaburzenia preferencji seksualnych

Abstract

The article presents the diagnostic category of “pedophilia” in the context of judicial and sexological opinion. Authors are considering the problems of definition, subtypes, diagnostic criteria and differential diagnosis, and also the consequences of the diagnosis such a disorder during the proceedings. The attempt to systematize the available knowledge and own experience of the authors in the area of diagnosing pedophilia is going to enhance the professional meaning of pedophilia as a specific sexual disorder. The perfect knowledge of the precise diagnostic criteria and the awareness of the consequences of credible diagnosis should direct the expert sexologists, making opinions of sex offenders against children.

Polish Sexology 2012; 10 (2): 76–84

Key words: sexological diagnosis, pedophilia, sex offenders, disorders of sexual preference

Wstęp

Przestępczość wymierzona w wolność seksualną człowieka to poważny problem społeczny. Istotną, dość liczną i zróżnicowaną wewnątrznie grupę sprawców przestępstw seksualnych stanowią osoby wykorzystujące seksualnie dzieci. Sprawcy przestępstwa określanego powszechnie jako „pedofilia” są obiektem szczególnego zainteresowania seksuologii we wszystkich jej podstawowych wymiarach — roz-

wojowym, klinicznym i sądowym. Zadania, jakie stoją przed seksuologami — związane z profilaktyką przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom — to między innymi rzetelna diagnoza (opis, wyjaśnienie i prognoza) oraz terapia sprawców. Wszelkie profesjonalne działania interwencyjne poprzedzone są zawsze fazą diagnostyczną, która ma na celu między innymi kwalifikację osoby badanej, zaplanowanie leczenia, dobór odpowiednich metod terapeutycznych itp. W niniejszym tekście dokonano analizy pedofilii w kontekście opiniowania sądowo-seksuologicznego. Wyboru takiego dokonano z kilku powodów. Po pierwsze, niezwykle często pedofilia jako kategoria diagnostyczna i zaburzenie seksualne mylona jest ze spo-

Adres do korespondencji: mgr psych. Przemysław Marcinek, Poradnia Psychologiczno-Seksuologiczna LCM Ventriculus, ul. Słowiańska 41, 64–100 Leszno, tel.: 603 291 650, e-mail: przem.soft@interia.pl

Nadesłano: 17.09.2012

Przyjęto do druku: 15.12.2012

łeczną etykietą osoby molestującej seksualnie dzieci [1, 2]. Po drugie, to właśnie biegli seksuolodzy są zwykle pierwszymi specjalistami, którzy rozpoznają pedofilię u pacjenta (gdyby nie postępowanie karno-sądowe i związane z nim badania być może zaburzenie nie zostałoby nigdy ujawnione). Po trzecie, w obowiązującym stanie prawnym, rozpoznanie pedofilii — a więc jednego z zaburzeń preferencji seksualnych — u osoby skazanej prawomocnym wyrokiem sądu, niesie ze sobą wiele ściśle określonych konsekwencji, o których warto wiedzieć. Opiniowaniem w zakresie seksuologii, z uwagi na jego interdyscyplinarność, zajmują się różne grupy profesjonalistów — specjaliści seksuolodzy, seksuolodzy kliniczni, lekarze psychiatry oraz psycholodzy, a proces diagnostyczny coraz częściej ma charakter zespołowy. W dalszej części pracy skoncentrowano się kolejno na: problemach definicyjnych, typologii oraz kryteriach diagnostycznych i różnicowaniu pedofilii, a także skutkach dokonania przez biegłych takiego rozpoznania w przebiegu postępowania karnego.

Definicja pedofilii

W niniejszej pracy pedofilia rozumiana będzie jako ściśle zdefiniowane zaburzenie seksualne. I tak, pedofilia to według obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases*) [3]: preferencja seksualna osoby dorosłej w stosunku do dzieci, zwykle w wieku przedpokwitaniowym lub we wczesnym okresie pokwitania. W tej ogólnej definicji warto zwrócić uwagę na dwa słowa: „preferencja” i „zwykle”. Preferencja seksualna to według Skowrońskiego [4] motywacyjno-dyspozycyjny stan organizmu ukierunkowujący przebieg cyklu reakcji seksualnych. Preferencja ukierunkowuje zachowanie przez reagowanie podnieceniem na bodźce wchodzące w skład zespołu cech najbardziej pożądanego obiektu seksualnego — w przypadku pedofilii obiektem takim jest dziecko. Kryterium wieku przedpokwitaniowego dziecka odnosi się do wieku rozwojowego, a nie chronologicznego, a więc oznacza określony poziom rozwoju psychobiologicznego, niekoniecznie zbieżny z wiekiem metrykalnym (czasem go wyprzedzający, a czasem przeciwnie — następujący jakiś czas po nim). Natomiast określenie „zwykle” podkreśla przeważającą tendencję, ale jednocześnie sygnalizuje, że okresowo podejmowana aktywność seksualna z obiektem starszym (dojralszym pod względem psychobiologicznym) nie musi wykluczać pedofilii.

Podjmując próbę ustalenia zakresu pojęcia „pedofilia”, Pospiszyl [5] podkreśla, że dla pedofila obiek-

tem seksualnego podniecenia jest nie tyle dziecko, co dziecko w określonym wieku, którego nie postrzega się tu wyłącznie w kontekście metrykalnym, lecz w zależności od przypisanych mu cech budowy somatycznej. To właśnie wygląd dziecka, jako obiektu seksualnego pożądania, stanowić ma podstawę do odróżnienia pedofila od innych sprawców przestępstw seksualnych wobec małoletnich. Jak podkreśla autor, granicą zainteresowania seksualnego pedofila jest najczęściej pojawienie się u dziecka trzeciorzędowych cech płciowych, szczególnie owłosienia łonowego. Inną prawidłowością, na którą zwraca uwagę Pospiszyl, jest jakościowa różnica pomiędzy popędem seksualnym pedofila a popędem innych mężczyzn — dla których dziecko nie stanowi bodźca natury seksualnej. Preferencje seksualne sprawców molestowania seksualnego dzieci w wieku pubertalnym, niebędących pedofilami, nie odbiegają w sposób zasadniczy od tych, które cechują większość właściwie przystosowanych mężczyzn — tu różnica tkwi głównie w rozwinięciu przez tych ostatnich odpowiednich hamulców moralnych.

W klasycznym już ujęciu Imieliński [6, 7] zalicza pedofilię do odchyłeń seksualnych w zakresie obiektu. Wchodzi ona w większy zakres dewiacji seksualnych, czyli odchyłeń od szeroko rozumianych norm społecznych. Pedofilia, posługując się terminologią autora, stanowi dewiację seksualną, którą — gdy odbiega od norm społecznych i medycznych jednocześnie — należy zaliczyć do patologii. Oznacza to, że obejmuje zachowania naruszające zdrowie lub życie i zaburzające rozwój, i jest wtedy określana mianem patologicznego odchylenia seksualnego. A odchylenie to może przyjąć w skrajnych przypadkach postać progresywną (dawniej: zbroczenia seksualnego), która cechuje się przymusowością działania, nałogowością, wysoką częstotliwością, promiskuityzmem, rozbudowanymi fantazjami i okresowością naporu.

Kryteria diagnostyczne

Pedofilia oznaczona jest w ICD-10 [3] kodem F 65.4, należy do zaburzeń preferencji seksualnych (F 65), znajdujących się w rozdziale V (F) w grupie „Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F 60–F 69)”. Aby postawić rozpoznanie pedofilii, konieczne jest najpierw spełnienie ogólnych kryteriów zaburzeń preferencji seksualnych (F 65), określanych przez Beisert [7] jako formalne cechy zaburzonej preferencji. Są to kolejno:

G1 — osoba doświadczająca powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych doty-

czących niezwykle przedmiotów lub działań; G2 — osoba zarówno realizująca ten popęd, jak i odczuwająca z tego powodu wyraźne cierpienie; G3 — preferencja występująca od co najmniej 6 miesięcy [3].

Już na tym etapie diagnozy pojawia się kilka kontrowersji, które biegły seksuolog musi wziąć pod uwagę. Po pierwsze, określenie „nasilonego popędu” sugeruje, że mowa tu o przynajmniej przeciętnym jego natężeniu — a więc zastanowienia wymaga fakt, gdy rozpoznano popęd o sile poniżej normy. Po drugie, niezwykle rzadko pacjenci deklarują „wyraźne cierpienie” w znaczeniu subiektywnym. Znacznie częściej realizacja popędu zmierza raczej do uzyskiwania przez pacjenta satysfakcji seksualnej, a więc zadowolenia. Natomiast negatywne skutki, zarówno w wymiarze społecznym, jak i dotyczące samopoczucia — przychodzą w miarę doświadczania przez pacjenta konsekwencji własnych działań, czyli zaburzonej realizacji popędu seksualnego. Ten aspekt zbliża osoby dotknięte pedofilią do tych, u których rozpoznaje się zaburzenia osobowości — często również mające charakter egosyntoniczny (zgodny z poczuciem Ja). Stosunkowo najmniej kontrowersyjne, ale jednocześnie dość trudne do obiektywnego oszacowania, jest kryterium czasu trwania zaburzenia (6 miesięcy).

Dalej, konieczne dla rozpoznania pedofilii jest spełnienie kryteriów szczegółowych, czyli cech treściowych obiektów i działań, będących źródłem pobudzenia seksualnego [7]. Pierwsze kryterium to „utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przedpokwitaniowym”. Skłonność do dewiacyjnej aktywności seksualnej ma być utrwalona — to znaczy aktywność taka powinna powtarzać się przez dłuższy czas, lub dominująca — co sugeruje wysoki udział dewiacyjnych zachowań w puli wszystkich zachowań seksualnych. Wiek przedpokwitaniowy obiektu seksualnego wskazuje na ściśle określony zestaw jego cech biologicznych — w literaturze przedmiotu [5, 6, 8] akcentuje się szczególnie brak lub skąpo rozwinięte owłosienie łonowe, dziecięcą budowę ciała, charakterystyczne ruchy ciała, delikatność/gładkość skóry. Wyrażenie „dzieckiem lub dziećmi” podkreśla natomiast, że zainteresowanie seksualne może dotyczyć konkretnego (jednego, posiadającego specyficzne cechy) obiektu lub wielu obiektów (których wspólną cechą jest określony stopień rozwoju psychoseksualnego, wskazujący jednoznacznie na niedojrzałość). Drugie kryterium brzmi: „osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza od dziecka lub dzieci”. Określenie względnej różnicy wieku oznacza zaakcentowanie rozbieżności pomiędzy stopniem rozwo-

ju psychoseksualnego osoby cierpiącej na pedofilię a wybieranego przez nią obiektu seksualnego. Natomiast granica 16 lat wskazuje na konieczność przejścia z fazy rozwojowej wczesnej adolescencji do przynajmniej późnej adolescencji lub dorosłości.

Lew-Starowicz, przywołując argumenty Brown [8], zwraca uwagę na kilka kontrowersji związanych z diagnozowaniem zaburzeń preferencji seksualnych (w tym pedofilii) w ramach obowiązujących systemów klasyfikacyjnych. Wskazuje na trudności definicyjne, wynikające z ciągłości między dewiacyjnością a tak zwanymi normalnymi zachowaniami seksualnymi. Podkreśla determinujący wpływ epidemiologii dewiacji seksualnych na poglądy na temat danej parafilii (również pedofilii). Osoby przejawiające dewiacyjne zachowania seksualne często ukrywają swe specyficzne skłonności, co powoduje, że obraz parafilii (i tym samym kryteria diagnostyczne) konstituowany jest przez doświadczenie kliniczne, czyli tworzy się przede wszystkim na podstawie informacji pochodzącej od osób, które zgłaszają się po pomoc lub wejść w konflikt z prawem. Kolejny problem stanowi złożoność obrazu dewiacji — u wielu osób współistnieją różne postacie dewiacji (wielodewiacyjność). Niezwykle istotne znaczenie ma również natężenie potrzeb i zachowań dewiacyjnych. Zachowanie dewiacyjne może stanowić wyłączną formę realizacji potrzeb seksualnych, współistnieć z tak zwanym normalnym życiem seksualnym lub być epizodycznym doświadczeniem seksualnym. Innym obszarem problemowym, ze względu na istnienie licznych teorii, jest mechanizm powstawania dewiacji seksualnych (wrodzone, neurohormonalne, wyuczone itd.) mający istotne znaczenie z punktu widzenia ostatecznej diagnozy, określającej źródła stwierdzonych problemów. Za kontrowersyjną uznaje się również wspomnianą wcześniej egosyntoniczność (zgodność z Ja) objawów pedofilii, która powoduje, że jedynie część osób odczuwa potrzebę leczenia.

Z kolei, dla porównania, w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IVth Edition, Text Revision*) [9] pedofilia oznaczona jest kodem 302.2, należy do grupy parafilii i umieszczono ją w rozdziale „Zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej”. Zgodnie z zaleceniami autorów tej klasyfikacji na etapie diagnozy należy określić płeć (dzieci), do której pedofil odczuwa pociąg seksualny, a także wskazać, czy pedofilia ogranicza się do kazirodztwa. W klasyfikacji tej wymienia się dwie postaci tego zaburzenia seksualnego: wyłączną (inaczej „ekskluzywną”, pociąg seksualny tylko do dzieci) oraz niewyłączną (inaczej

„nieekskluzywną”). W klasyfikacji DSM podkreśla się, że doświadczanie cierpienia na skutek fantazji, pobudek seksualnych czy też zachowań z udziałem dzieci nie jest kryterium koniecznym, by rozpoznać pedofilię. Wystarczy sam (bez odczuwanego subiektywnie cierpienia) pedofilny wzorzec podniecania się, który znajduje odzwierciedlenie w fantazjach lub zachowaniu i skutkuje pogorszeniem funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych dziedzinach życia. Rosenhan, Walker i Seligman [10] podkreślają, że cechą wyróżniającą parafilię, jest to, iż obok zachowania, pojawiają się specyficzne fantazje lub wyobrażenia — w przypadku pedofilii będą to fantazje lub wyobrażenia z udziałem dzieci. Zdaniem autorów, czynnikami różnicującymi parafilię od dziwacznym czy niezwykłym fantazji współwystępujących z normalną aktywnością seksualną, będą: poziom realizacji i niepokój z tym związany, substytucja (przedmiot fantazji zastępuje partnera) oraz uzależnienie od niezwykłego obiektu.

Przydatne w praktyce klinicznej wymiary, za pomocą których określić można natężenie pedofilnych zainteresowań pacjenta, przytacza za Finkelhorem i Araji M. Beisert [11] — są to siła zaangażowania oraz wyłączność. Pierwszy z nich dotyczy oceny, jak silna jest motywacja do utrzymywania kontaktów z dzieckiem (liczba kontaktów i ich stałość w jednostce czasu), drugi ma odzwierciedlać procentowy udział kontaktów z dzieckiem (lub jego wyobrażeniem) w zbiorze wszystkich kontaktów seksualnych. Ponadto pedofilia może mieć charakter pierwotny — osoba nigdy nie podejmowała kontaktów seksualnych z dorosłymi, bądź wtórny — po okresie aktywności seksualnej z dorosłymi, rozwinęła się preferencja kontaktów seksualnych z dziećmi [6].

Ogólne i szczegółowe kryteria pedofilii, wymienione w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV-TR zestawiono w tabeli 1.

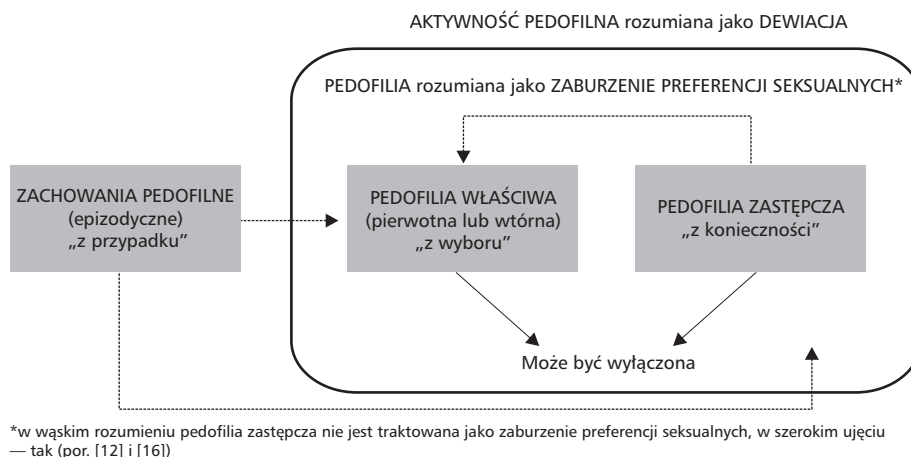
Różnicowanie

Zarówno klasyfikacje, jak i źródła kliniczne [3, 9, 12–14] podkreślają, że nie każdy czyn pedofilny dokonywany jest przez pedofila. Mimo to w opiniowaniu sądowym sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom istnieje poważne ryzyko wnioskowania o istnieniu pedofilii wyłącznie lub przede wszystkim na podstawie charakteru przestępstwa i wieku ofiary. Może to wynikać z prób stosowania przez biegłych błędnego algorytmu, w którym dopuszczenie się przestępstwa z art. 200 Kodeksu karnego (czynność seksualna lub jej prezentowanie małoletniemu poniżej 15 lat) czy też art. 202 § 2 (prezentowanie małoletniemu poniżej 15 lat treści pornograficznych) jest najczęściej równoznaczne z „pedofilią” sprawcy. Autorzy klasyfikacji ICD zwracają uwagę, że pojedyncze wydarzenie, szczególnie gdy sprawca sam jest osobą w okresie dorastania, nie oznacza stałej czy przeważającej tendencji, uprawniającej do rozpoznania pedofilii. W klasyfikacji DSM podkreśla się również, że pedofilia nie obejmuje osób w późnym wieku dorastania podejmujących związki seksualne z 12- lub 13-latkami.

Diagnoza różnicowa zakłada także konieczność wykluczenia prymatu innego zaburzenia (np. upośledzenia umysłowego, demencji, zmian osobowości na skutek ogólnego stanu medycznego, epizodu maniakalnego, intoksykacji, itp.) niż seksualne, które na skutek obniżenia umiejętności poznawczych, społecznych oraz samokontroli emocjonalnej może skutkować niezwykłymi zachowaniami seksualnymi. W przypadku innych zaburzeń nieprawidłowe zachowania seksualne są tylko jednym z objawów psychopatologii. Zachowania pedofilne nie są w takich przypadkach ani dominujące, ani preferowane przez jednostkę, mogą pojawiać się wyjątkowo lub wpisywać się

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne pedofilii wg klasyfikacji ICD-10 i DSM-IV-TR

ICD-10 F 65.4	DSM-IV-TR 302.2
<p>A. Spełnione ogólne kryteria zaburzeń preferencji seksualnych (F65):</p> <ul style="list-style-type: none"> osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań osoba zarówno realizuje ten popęd, jak i odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy <p>B. Utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przedpokwitaniem</p> <p>C. Osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza od dziecka lub dzieci z kryterium B</p>	<p>A. Przez okres co najmniej 6 miesięcy nawracające, nasilone, seksualnie wzbudzające fantazje, pobudki seksualne lub zachowania obejmujące aktywność seksualną z dzieckiem lub dziećmi w okresie przedpokwitaniem (ogólnie — w wieku 13 lat lub młodszymi)</p> <p>B. Osoba działa pod wpływem takich pobudek seksualnych albo te pobudki lub fantazje powodują znaczne cierpienie lub trudność interpersonalną</p> <p>C. Osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza od dziecka lub dzieci wymienionych kryterium A</p>



Rycina 1. Kategorie diagnostyczne związane z pedofilią. Źródło: oprac. własne

w obraz szerszego zespołu klinicznego. Ponadto te niezwykle zachowania seksualne są wówczas często objawami izolowanymi i najczęściej nie stanowią elementu powtarzającego się wzorca reakcji.

Czernikiewicz [15] proponuje podział na sytuacyjną (zastępczą) oraz preferencyjną motywację podjęcia przez dorosłego kontaktu seksualnego z dzieckiem. W ramach pierwszej wskazanej kategorii zachowania pedofilne nie są motywowane preferencjami seksualnymi, a więc dziecko nie stanowi dla dorosłego najbardziej pożądanego erotycznie obiektu seksualnego. Motywami podejmowania kontaktów seksualnych z dzieckiem są wówczas, poza popędem płciowym, różne — często bardzo złożone czynniki natury psychologicznej lub psychiatrycznej. Druga kategoria obejmuje zachowania seksualne dorosłych, u podłoża których leżą określone (ukształtowane w toku rozwoju psychoseksualnego) preferencje seksualne. Preferencje seksualne są przez autora definiowane jako zakres bodźców i zachowań, które w warunkach wolnego wyboru są erotycznie wartościowe dla danej osoby. Kryterium je określającym jest poziom podniecenia seksualnego, który pozostaje wprost proporcjonalny do wartości erotycznej danego bodźca czy zachowania seksualnego.

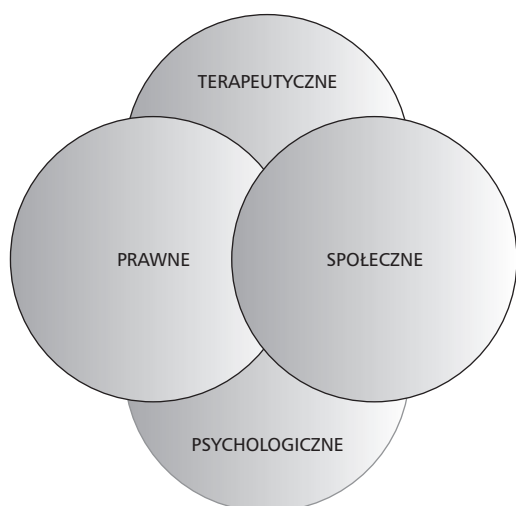
Marshall [14] różnicuje sprawców molestujących dzieci incydentalnie od sprawców mających dewiacyjne zainteresowania seksualne dziećmi. Do tej drugiej grupy zalicza z kolei z jednej strony — osoby o seksualnych preferencjach wobec dzieci (pedofilów *sensu stricto*), a z drugiej — osoby mające seksualne zainteresowania wobec dzieci. Sprawców incydentalnych oraz seksualnie zainteresowanych dziećmi można określić jako tak zwanych „niepreferencyjnych”. Pozostali to osoby, u których rozpoznaje się parafilię (czyli wg DSM-IV-TR: „nawracające silne pragnienia seksualne oraz podniecające fantazje

seksualne dotyczące zachowań seksualnych z nie-dojrzałym płciowo dzieckiem lub dziećmi, a także towarzyszące im rzeczywiste zachowania”), inaczej zaburzenie preferencji seksualnych. Podstawowe kategorie diagnostyczne związane z pedofilią uporządkowano na rycinie 1 (przerwane linie ukazują możliwą dynamikę aktywności pedofilnej i konwersję poszczególnych kategorii ją opisujących).

Konsekwencje rozpoznania pedofilii w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym

Rozpoznanie w opinii sądowo-seksuologicznej pedofilii niesie ze sobą wiele konsekwencji dla skazanego prawomocnym wyrokiem sprawcy przestępstwa seksualnego. To między innymi od przyjętej przez organ procesowy opinii biegłych uzależniony jest dalszy los sprawcy przestępstwa, zarówno w najbliższej dla niego przyszłości (podczas odbywania kary), jak i w odległej perspektywie. Konsekwencje te można rozpatrywać w kilku obszarach, które pozostają ze sobą ściśle powiązane — zależności te pokazano na rycinie 2.

Prawne konsekwencje rozpoznania pedofilii w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym mają szczególne znaczenie w sytuacji, gdy sprawca przestępstwa seksualnego wobec małoletniego poniżej 15 lat zostaje skazany na bezwzględną karę pozbawienia wolności, bez warunkowego zawieszenia jej wykonania. Diagnoza zaburzenia preferencji seksualnych rzutuje wprost na warunki i przebieg odbywania kary przez osobę skazaną. Determinuje miejsce i system odbywania kary, cele resocjalizacyjne i konieczność poddania się specjalistycznej terapii, wpływa także na możliwość uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia. Zmiany w ustawach Kodeks kar-



Rycina 2. Konsekwencje rozpoznania pedofilii u osoby skazanej za dokonanie przestępstwa seksualnego. Źródło: oprac. własne

ny i Kodeks karny wykonawczy, wprowadzone w dniu 8 czerwca 2010 roku, skutkują zaostrzeniem przepisów wobec skazanych za przestępstwa seksualne popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Aktualnie sąd, skazując sprawcę z rozpoznaniem pedofilii na karę pozbawienia wolności, może orzec umieszczenie go, po odbyciu tej kary, w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne, w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii (art. 95a § 1 Kodeksu karnego). Szczegółowy wykaz najważniejszych przepisów prawnych powiązanych z rozpoznaniem pedofilii u sprawcy przestępstwa seksualnego zawarto w tabeli 2. Przytoczone przepisy prawne pokazują, jak liczne i szerokie są konsekwencje rozpoznania pedofilii u sprawcy przestępstwa seksualnego wobec małoletniego poniżej 15 lat. Niosą ze sobą (z urzędu) wiele ograniczeń i nakazów, którym osoba skazana musi się poddać. Tym bardziej biegli opiniujący tego typu sprawców powinni poddawać szczegółowej analizie wnioski pochodzące z przeprowadzonych badań, a do ostatecznej diagnozy podchodzić z dużą ostrożnością.

Konsekwencje prawne determinują w znacznym stopniu postępowanie terapeutyczne wobec skazanego z rozpoznaniem pedofilii. Taki sprawca w ramach izolacji więziennej poddawany jest specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym, które są ukierunkowane na nabycie umiejętności kontroli dewiacyjnych zachowań seksualnych. Skazany bierze udział w terapii za swoją zgodą, a w wypadku jej braku o stosowaniu leczenia orzeka sąd penitencjarny. Istotne jest więc dokładne różnicowanie przez biegłych seksuologów sprawców (pedofilów od tych, którzy nimi nie są), by uniknąć dalszych (automatycz-

nych, wymuszonych obligatoryjnym stosowaniem przepisów prawa) błędów w programowaniu terapii i doborze metod terapeutycznych.

Konsekwencje społeczne koncentrują się wokół ochrony społeczeństwa i związanego z nią zjawiska stygmatyzacji. Identyfikacja sprawcy cierpiącego na określony rodzaj zaburzenia pozwala objąć go zinstytucjonalizowanymi formami pomocy (leczenie towarzyszące odbywaniu kary), ale też pozbawia go anonimowości. Sprawcy przestępstw seksualnych narażeni są w dużo większym stopniu na ostracyzm społeczny aniżeli sprawcy przestępstw o innym charakterze. Diagnoza pedofilii nasila proces etykietowania przez otoczenie, wzmacnia izolację sprawcy oraz może redukować naturalne wsparcie społeczne — tak ważne z punktu widzenia kontroli dewiacyjnych zachowań. Z racji wysokiej szkodliwości społecznej przestępstw seksualnych na dzieciach, ograniczone jest również stosowanie wobec sprawców dobrodziejstwa warunkowego przedterminowego zwolnienia. Rozpoznanie pedofilii stanowi istotny (potwierdzony empirycznie) czynnik ryzyka recydywy, co skutkuje tym, iż z punktu widzenia ochrony społeczeństwa, osoby cierpiące na pedofilię mają nikłe szanse na wcześniejsze opuszczenie zakładu karnego.

Psychologiczne konsekwencje zdiagnozowania u sprawcy zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii mogą przybrać dwojaką postać. Z jednej strony u sprawcy może nasilić się działanie takich mechanizmów obronnych, które mają na celu ochronę „Ja” (szczególnie u sprawców zaprzeczających), z drugiej — może uruchomić się proces obniżania samoceny i własnej wartości oraz wzrostu poczucia nieadekwatności. Z kolei w przypadku błędnie postawionej diagnozy istnieje również ryzyko, że u sprawcy z nieukształtowaną tożsamością, który podejmował kontakty seksualne z dzieckiem incydentalnie (sprawca niepreferencyjny), nastąpi identyfikacja z etykietą „pedofila” i tym samym paradoksalnie wzrośnie ryzyko powtarzania dewiacyjnych zachowań seksualnych.

Podsumowanie

W artykule zaprezentowano wybrane zagadnienia związane z opiniowaniem sądowo-seksuologicznym w obszarze przestępstw seksualnych wobec dzieci. Autorzy starali się ukazać złożoność procesu diagnostycznego, w którym badanymi są sprawcy nadużyć seksualnych wobec dzieci. Opiniujący dysponują różnorodnymi ujęciami, a więc i definicjami pedofilii, mogą także napotykać trudności w różnicowaniu dewiacyjnych zachowań podejmowanych wobec dzie-

Tabela 2. Wykaz najważniejszych przepisów prawnych związanych z rozpoznaniem pedofilii w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym

Artykuł	Treść przepisu prawnego	Konsekwencje dla sprawcy i jego otoczenia
art. 96 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego	W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych (...)	Sprawca odbywa karę w jednym z siedmiu oddziałów terapeutycznych zakładów karnych przeznaczonych do prowadzenia terapii sprawców przestępstw seksualnych (ZK Rawicz, ZK Rzeszów, ZK Oleśnica, ZK Goleniów, ZK Sztum, ZK Łódź nr 2, AŚ Starogard Gdański), co może wiązać się z oddaleniem od miejsca zamieszkania i utrudniać kontakt z rodziną, ale jednocześnie pozwala zapewnić fachową opiekę terapeutyczną;
art. 117 Kodeksu karnego wykonawczego	(...) skazanego za przestępstwo określone w art. 197-203 Kodeksu karnego popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją ; w razie braku zgody o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny	Sprawca podczas odbywania kary obowiązkowo poddawany jest specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym, a w przypadku odmowy sąd wydaje postanowienie o stosowaniu przymusowego leczenia Otoczenie zyskuje pewność, że bez względu na motywację sprawcy podejmowane są wobec niego specjalistyczne oddziaływania terapeutyczne, mające na celu obniżenie ryzyka powrotu do dewiacyjnych zachowań
art. 95a § 1 Kodeksu karnego	Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, sąd może orzec umieszczenie sprawcy, po odbyciu tej kary, w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne, w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii , zmierzających do zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego przestępstwa, w tym w szczególności poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego sprawcy (...)	Wobec sprawcy może zostać wydany nakaz leczenia nie tylko w warunkach izolacji więziennej, ale i po odbyciu kary pozbawienia wolności, także w ośrodku (oddziale szpitalnym) zamkniętym, otoczenie ma poczucie lepszej ochrony przed sprawcą — kara pozbawienia wolności przestaje stanowić jedyną możliwość nakłonienia sprawcy do leczenia
Art. 72§ 1 Kodeksu karnego	Zawieszając wykonanie kary, sąd może zobowiązać skazanego do: (...) 6) poddania się leczeniu, w szczególności odwykowemu lub rehabilitacyjnemu, albo oddziaływaniom terapeutycznym lub uczestnictwu w programach korekcyjno-edukacyjnych 7) powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach 7a) powstrzymania się od kontaktowania się z pokrzywdzonym lub innym i osobami w określony sposób	W przypadku otrzymania wyroku w zawieszeniu sprawca może zostać zobowiązany w okresie próby do poddania się specjalistycznej terapii, może być również izolowany od rzeczywistych i potencjalnych ofiar przestępstwa — realizację zobowiązań nadzoruje kurator sądowy
Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. (poz. 1519)	Wykaz zakładów ambulatoryjnych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — kodeks karny	Wyznaczono dla sprawców pięć zakładów ambulatoryjnych: SPSW w Gorzowie Wielkopolskim, SPPZOZ w Choroszczy, „Pro Vita” w Krakowie, WSP w Warcie, SPSK im. W. Orłowskiego w Warszawie
Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. (poz. 1520)	Wykaz zakładów zamkniętych przeznaczonych do wykonywania środka zabezpieczającego określonego w art. 95a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. — kodeks karny	Wyznaczono dla sprawców trzy oddziały o tzw. podwyższonym stopniu zabezpieczenia: SPZOZ w Kłodzku, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim, SPPZOZ w Choroszczy

Tabela 2. cd.

<p>Art. 159 Kodeksu karnego wykonawczego</p>	<p>Warunkowo zwolnionego sąd penitencyjny może w okresie próby oddać pod dozór kuratora sądowego, osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, organizacji lub instytucji, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym, oraz nałożyć na niego obowiązki określone w art. 72 § 1 Kodeksu karnego. Wobec skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych (...) oddanie pod dozór kuratora sądowego jest obowiązkiem</p>	<p>W sytuacji, gdy sprawca odbywający karę pozbawienia wolności uzyska warunkowe przedterminowe zwolnienie z pozostałej części odbywania kary — obowiązkowo oddawany jest pod dozór kuratora sądowego, co skutkuje pewnymi ograniczeniami wynikającymi z konieczności pozostawania w stałym kontakcie z wyznaczonym opiekunem; otoczenie zyskuje pewność, że sprawca poddawany jest kontroli zewnętrznej, dzięki czemu ma wzrosnąć społeczne poczucie bezpieczeństwa</p>
<p>Art. 162 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego</p>	<p>Sąd penitencyjny powinien wysłuchać przedstawiciela administracji zakładu karnego, a także wysłuchać sądowego kuratora zawodowego, jeżeli składał wniosek o warunkowe zwolnienie oraz uwzględnić ugodę zawartą w wyniku mediacji. W wypadku skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, warunkowe zwolnienie nie może być udzielone bez zasięgnięcia opinii biegłych</p>	<p>Istnieje możliwość uszczegółowienia pytań zadanych przez sąd biegłym seksuologom na etapie postępowania karnego, szczególnie w zakresie aktualnej prognozy kryminologiczno-społecznej, a więc oceny poziomu ryzyka powrotności do przestępstwa; procedura ubiegania się przez sprawcę o wpz ulega wydłużeniu</p>
<p>Art. 168 § 3 Kodeksu karnego wykonawczego</p>	<p>W wypadku zwolnienia z zakładu karnego po odbyciu kary skazanego z zaburzeniami preferencji seksualnych (...) a także w wypadku ucieczki takiego skazanego z zakładu karnego lub wydania decyzji o udzieleniu przepustki lub czasowego zezwolenia (...) odpowiednio sędzia penitencyjny lub dyrektor zawiadamia o tym jednostkę Policji, właściwą dla miejsca pobytu skazanego</p>	<p>Opuszczenie przez sprawcę zakładu karnego wiąże się z obowiązkiem zawiadomienia o tym fakcie odpowiedniej jednostki policji, co z jednej strony stanowi rodzaj ochrony społeczństwa przed sprawcą, lecz z drugiej może stygmatyzować sprawcę, utrudniając mu adaptację w społeczeństwie</p>
<p>Art. 201 § 2c Kodeksu karnego wykonawczego</p>	<p>W wypadku uchylania się sprawy od leczenia, w szczególności w razie niestawienia ambulatorium w zakładzie ambulatornym w wyznaczonym terminie, kierownik zakładu niezwłocznie zawiadamia o tym właściwą jednostkę Policji lub właściwy organ wojskowy. Policja lub właściwy organ wojskowy zatrzymuje sprawcę i wciąga 48 godzin od chwili zatrzymania przekazuje go do dyspozycji sądu. Od zatrzymania można odstąpić, jeżeli niestawienie nastąpiło z przyczyn losowych, niezależnych od sprawcy (...)</p>	<p>Sprawca, wobec którego wydano postanowienie o nakazie leczenia po odbyciu kary pozbawienia wolności, jest monitorowany w zakresie wywiązywania się z nałożonych na niego obowiązków; w przypadku gdy uchyla się od leczenia w trybie ambulatornym, zostaje zatrzymany przez organa ścigania i pozostawiony do dyspozycji sądu Dodatkowo na podstawie art. 95a § 2c Kodeksu karnego sąd zarządza umieszczenie sprawcy w zakładzie zamkniętym, jeżeli sprawca uchyla się od leczenia ambulatornego; otoczenie ma pewność, że postanowienie sądu wobec sprawcy będzie egzekwowane, a uchylenie się od realizacji sądowego nakazu wiąże się z konkretnymi sankcjami</p>

ci i kwalifikowaniu ich do grupy zaburzeń preferencji seksualnych, zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (w ICD-10). Wobec powyższego starano się położyć nacisk na ostrożność w formułowaniu ostatecznej diagnozy pedofilii, zwracając jednocześnie uwagę na różnorodność kategorii związanych z aktywnością pedofilną sprawców przestępstw seksualnych. Na zakończenie przedstawiono najistotniejsze konsekwencje, wynikające z rozpoznania zaburzeń preferencji seksualnych w przebiegu postępowania karnego, które powinny stanowić potwierdzenie tego, jak istotne jest rzetelne przeprowadzenie diagnozy.

Piśmiennictwo:

1. Filar M. Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. W: Lew-Starowicz Z., Skrzypulec V. (red.). Podstawy seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 335–354.
2. Strzelecka J. Mroczna strona seksualności — sprawcy przemocy seksualnej wobec dzieci. W: Jodko A. (red.). Tabu seksuologii. Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej. Wydawnictwo SWPS „Academica”, Warszawa 2008: 57–70.
3. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius. IPiN, Kraków–Warszawa 1998.
4. Skowroński D. Preferencje seksualne Polaków. P. W. Interfund, Poznań 2003.
5. Pospiszyl K. Przestępstwa seksualne. Wydawnictwo APS, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
6. Imieliński K. Seksiatria (t. 2). PWN, Warszawa 1990.
7. Beisert M. Psychologia zaburzeń seksualnych. W: Sęk H. (red.). Psychologia kliniczna (t. 2). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005: 202–221.
8. Lew-Starowicz Z. Seksuologia sądowa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
9. Wciórka J. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
10. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L. Psychopatologia. Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2003.
11. Beisert M. Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2004.
12. Rabe-Jabłońska J. Zaburzenia seksualne i zaburzenia identyfikacji płciowej. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Psychiatria (t. 2). Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
13. Kafka M. Zaburzenia o charakterze parafilijnym. Nieparafilijna nadaktywność seksualna oraz seksualna kompulsja (nałóg). W: Leiblum S.R., Rosen R.C. (red.). Terapia zaburzeń seksualnych. GWP, Gdańsk 2005: 542–577.
14. Marshall W. Czy pedofilia jest uleczalna? Wyniki badań północnoamerykańskich. Seksuologia Polska 2008; 6: 33–38.
15. Czernikiewicz W.: Przestępcy seksualni — wykład (materiały niepublikowane). Kurs specjalizacyjny: Seksuologia sądowa. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2006.
16. Ciesielska, B., Kowalczyk R.: Zaburzenia preferencji seksualnych (parafilie). W: Lew-Starowicz, Z., Skrzypulec, V. (red.). Podstawy seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 226–238.