

Analiza wybranych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych u sprawców zgwałceń i czynów pedofilnych w świetle opiniowania sądowego

Dariusz Juszcak¹, Piotr Oglaza², Krzysztof Korzeniewski³

¹7 Szpital Marynarki Wojennej w Gdańsku

²Wydział Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Queen's, Kingston, Ontario, Kanada

³Zakład Epidemiologii i Medycyny Tropikalnej w Gdyni, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Problematyka czynników wpływających na popełnianie zgwałceń i czynów pedofilnych jest złożona. Nie wypracowano dotychczas teorii całościowo tłumaczących tego typu zachowania przestępcze.

Materiał i metody: Celem pracy była ocena, które czynniki psychospołeczne i psychopatologiczne są charakterystyczne dla sprawców zgwałceń (dorosłych i małoletnich) i czynów pedofilnych. Materiał badawczy stanowiły 180 opinie sądowe, psychiatryczno-seksuologiczne, wydane przez biegłych Przychodni Zdrowia Psychicznego 10 Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy. Opinie te wydawano osobom, które popełniły przestępstwa seksualne (rozdz. XXV polskiego Kodeksu Karnego: „Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności”). Wykorzystano stworzony na potrzeby badania kwestionariusz zatytułowany „Karta badania czynników determinujących seksualne zachowania przestępcze”.

Wyniki: Zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami.

Wnioski: 1. Zgwałcenia dorosłych i małoletnich cechują się podobnymi uwarunkowaniami w zakresie badanych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych. 2. Wykazano istotną różnicę pomiędzy zgwałceniami małoletnich a czynami pedofilnymi w zakresie badanych czynników.

Słowa kluczowe: zgwałcenia, seksualne zachowania przestępcze, czyny pedofilne

Seksuologia Polska 2019; 17: 1–8

Wstęp

Koncepcje ewolucjonistyczne sugerują, że zjawisko zgwałcenia stanowi przejaw określonej funkcji adaptacyjnej w obrębie gatunku ludzkiego [1]. Wśród zwierząt seksualna agresja jest spontanicznie generowaną siłą, która ułatwia utrzymanie dominacji w danej hierarchii oraz wpływa na proces naturalnej selekcji [2]. U człowieka seksualna przemoc jest często skutkiem małych umiejętności socjalnych i międzyosobniczych [3]. Marshall i wsp. [4] wysunęli hipotezę, że trudności w relacjach interpersonalnych mogą prowadzić do

szukania emocjonalnej bliskości poprzez relację seksualną, nawet jeśli muszą partnera do niej zmuszać. Wyniki badań potwierdzają również znaczenie cech osobowości, funkcjonowania społecznego i stopnia relacji ofiary ze sprawcą w procesie zgwałcenia [5, 6]. Groth [7] uważa, że zgwałcenie jest często zachowaniem seksualnym w służbie nieseksualnych potrzeb. Wyodrębnił on poszczególne typy zgwałceń, które scharakteryzował za pomocą 9 cech.

Poszukiwane jest także podłoże biologiczne, na przykład uważa się, że poliformizm genu transportera

Adres do korespondencji: dr n. med. Dariusz Juszcak
7 Szpital Marynarki Wojennej
ul. Polanki 117, 80–305 Gdańsk
tel. +48 605 109 730
e-mail: d.juszcak@7szmw.pl
Nadesłano: 14.07.2018

Przyjęto do druku: 20.07.2019

dla serotoniny jest związany z impulsywnością, agresją i przemocą [8]. Prawie połowa zgwałconych ofiar twierdziła, że sprawca w czasie przestępstwa był pod wpływem alkoholu lub narkotyków [9].

Uważa się, że kontakt seksualny dziecka z dorosłym jest objawem błędnego rozwoju osobowości. Według Kinseya [10] przeżyła takie miało 24% kobiet, a według Landisa [11] 30% mężczyzn i 35% kobiet. Celem sprawców czynów pedofilnych może być dwukrotnie więcej dziewcząt niż chłopców przed 16. rokiem życia [12]. Fisher i wsp. [13] wykazali, że mężczyźni o silnych skłonnościach dewiacyjnych odznaczają się istotnie wyższym poziomem zniekształceń poznawczych. Ponadto takie czynniki, jak niska samoocena, poczucie osamotnienia oraz zewnętrzne umiejscowienie poczucia kontroli wydają się odróżniać sprawców molestowania seksualnego dzieci od osób z grup kontrolnych [14]. Jedną z powszechnie stosowanych typologii dzieli sprawców czynów pedofilnych na dwie kategorie: preferencyjna i sytuacyjna (w której sprawca nie ma seksualnych preferencji wobec dzieci) [15]. Elliott i wsp. [16] donoszą, że z zeznań przestępców wynika, że ich działania były skutecznie maskowane średnio przez 6 lat przed aresztowaniem.

Istnieją limitowane dowody, że przemoc seksualna w dzieciństwie może powodować zaburzenia psychiczne w dorosłym życiu [17]. Teorie wyjaśniające przemoc seksualną wobec dzieci często są stosowane w stosunku do innych typów przemocy seksualnej.

Wymienia się trzy główne wieloczynnikowe teorie przemocy seksualnej wobec dzieci:

1. Teoria Finkelhor — sugeruje, że u podłoża przemocy seksualnej wobec dzieci leżą cztery typowe czynniki. Kontakt seksualny z dzieckiem jest emocjonalnie satysfakcjonujący dla sprawcy przemocy (tzw. zgodność emocjonalna); sprawca przemocy jest seksualnie podniecany przez dziecko (seksualnie podniecony); sprawca podejmuje relację seksualną z dzieckiem, ponieważ nie jest zdolny zaspokoić swoich potrzeb seksualnych w akceptowanych społecznie kontaktach (tzw. blokada); sprawca staje się odhamowany (wskutek spożycia alkoholu, zaburzeń impulsywnych, starzenia się, doznań psychotycznych, utrzymującego się stresu, utrwalonym nastawieniem patriarchalnym, przyzwoleniu środowiskowym) i zachowuje się przeciwnie do swojego normalnego zachowania [18].
2. Teoria Marshall i Barbaree — zakłada, że przemoc seksualna wobec dziecka jest skutkiem interakcji tak zwanych czynników dystalnych i proksymalnych. Szczególnie podkreśla znaczenie niekorzystnych wydarzeń, doświadczanych przez przyszłych sprawców przemocy seksualnej, między

innymi: niekonsekwentne bądź zbyt rygorystyczne wychowanie, fizyczna i seksualna przemoc, które skutkują niskimi umiejętnościami w funkcjonowaniu społecznym i samoregulacji od wczesnych lat. Według autorów popęd seksualny i agresja wywodzą się z tych samych struktur neuralnych (podwzgórze, ciało migdałowate, przegroda), wyrzut hormonów podczas fazy dojrzewania, w szczególnych przypadkach może doprowadzić do fuzji agresji ze sferą seksualną (brak efektywnych socjalnych i samoregulujących mechanizmów).

Autorzy rozpatrują przemoc seksualną jako (model dynamiczny) rezultat oddziaływań czynników biologicznych, psychologicznych, socjalnych, kulturowych i sytuacyjnych [19].

3. Teoria Hall, Hirschman — została oparta na czterech komponentach: fizjologicznym seksualnym podnieceniu, niedokładnym poznawczym nastawieniu (usprawiedliwiającej agresję seksualną), afektywnej dyskontroli, osobowościowych problemach, które to w określonych warunkach i przypadkach prowadzą do przemocy seksualnej wobec dzieci [20].

Próby połączenia powyższych teorii w szerszą całość podjęli się Beech i Ward [21], konkludując, że jeden z czynników (prekursor) może aktywować kolejne, w efekcie prowadząc do seksualnej przemocy wobec dzieci. Autorzy ukazali w szczególności, w jaki sposób czynniki dynamiczne w interakcji z czynnikami wywołującymi (czynniki kontekstowe) generują czynniki ostre [21].

Należy podkreślić, że w ostatnich latach toczy się obszerna dyskusja zarówno na temat czynników związanych z przemocą seksualną, jak i sposobami oceny ryzyka powrotu do przestępstwa seksualnego oraz przewagi jednych metod nad innymi [22–27].

Obecnie dominują trzy teoretyczne sposoby podejścia do zagadnień związanych z oceną ryzyka ponownego popełnienia przestępstwa seksualnego:

1. Nomotetyczne (aktuarialne), oparte na skalach i narzędziach psychometrycznych oceny ryzyka, między innymi Static-99 (zawiera tylko czynniki statyczne), *Rapid Risk Assessment for Sex Offense Recidivism* (RRASOR), *Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised* (MnSOST-R), *Sex Offender Risk Appraisal Guide* (SORAG), *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-R), *Sex Offender Need Assessment Rating*, *Inwentarz MSI (Multiphasic Sex Inventory)* (SONAR), *The Violence Risk Scale* (VRS), *Historical Clinical Risk-20* (HCR-20), *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG) [28–35].
2. Idiograficzne (skoncentrowane na kliencie), oparte na empirycznej diagnozie klinicznej, określające między innymi czynniki rozwojowe,

kryminogenne, dyspozycyjne, dynamiczne, bezpośrednio („ostre”) [36–39].

3. Psychometryczne, oparte na miarach psychometrycznych, określające między innymi cechy osobowości, charakterystykę psychoseksualną, skłonności dewiacyjne. Powszechnie narzędzi psychometrycznych używa się do diagnozy cech osobowości [40, 41], na przykład psychopatii za pomocą Kwestionariusza Psychopatii Hare’a (PCL-R, *Hare Psychopathy Checklist Revised*) lub wersja skrócona (PCL-SV, *Checklist-screening version*) [42, 43], również stanów afektywnych [44, 45] oraz dewiacji seksualnej [46–49].

Wskazuje się, że z recydywą przestępstw seksualnych jest powiązana zwłaszcza zdiagnozowana psychometrycznie dewiacja seksualna [50–52]. Należy wspomnieć, że przeciętny wskaźnik recydywy dla kolejnych przestępstw seksualnych jest niski i wynosi 13,4–13,7% [53, 54].

Materiał i metody

Celem pracy była próba odpowiedzi na pytanie, które czynniki psychospołeczne i psychopatologiczne są charakterystyczne dla sprawców zgwałceń (dorosłych i małoletnich), a które dla czynów pedofilnych.

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

Do programu badawczego posłużył specjalnie w tym celu opracowany kwestionariusz zatytułowany „Karta badania czynników determinujących seksualne zachowania przestępcze”. Kwestionariusz ten skonstruowany został na bazie wywiadów klinicznych oraz wiedzy teoretycznej. Zawierał dane dotyczące: charakterystyki rodzaju popełnionego przestępstwa (wyszczególniono tylko te przestępstwa, które popełniali badani sprawcy, rodzaj czynów określono zgodnie z kategoriami polskiego Kodeksu karnego z 1997 roku), wcześniejszej karalności sądowej i przez kolegia, cech socjologicznych (społeczno-demograficznych), rozwoju psychomotorycznego w okresie dzieciństwa i młodości, pożycia małżeńskiego, wychowania w rodzinie, nauki szkolnej, służby wojskowej, stosunku do alkoholu i innych uzależnień, chorób somatycznych, leczenia psychiatrycznego i seksuologicznego; rozpoznania klinicz-

nego, które podano zgodnie z klasyfikacją *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10). W ocenie psychologicznej posługiwano się testami diagnostycznymi: 1) Wzrokowo-motoryczny Test Gestalt (*A Visual Motor Gestalt Test*) Lauretta Bender; 2) Test Pamięci Wzrokowej Bentona (*Benton Visual Retention Test*) Abigail Benton Sivan; 3) MMPI-2 (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).

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

W odpowiedzi na postawione w pracy problemy miał pomóc test niezależności kryteriów podziału zbiorowości statystycznej χ^2 Pearsona, zastosowany do odpowiednich punktów kwestionariusza. Badano związek pomiędzy poszczególnymi rodzajami przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne) a innymi zmiennymi. Do interpretacji opisowej uzyskanych wyników włączono zależności (związki), dla których wartość poziomu p dla statystyki χ^2 Pearsona była mniejsza od 0,05.

Wyniki

Na podstawie uzyskanych wyników można wyodrębnić cechy charakterystyczne dla sprawców poszczególnych rodzajów przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne), które przedstawiono w poniższych tabelach (tab. 1–3).

Dyskusja

Przeprowadzone przez autorów niniejszej pracy badania obejmowały grupę 180 sprawców przestępstw seksualnych. Uzyskane dane wskazują, że zgwałcenia dorosłych i małoletnich stanowiły 46,11% ($n = 83$) wszystkich rodzajów przestępstw seksualnych. W czasie popełniania przestępstwa ponad połowa sprawców zgwałceń zarówno dorosłych jak i małoletnich była pod wpływem alkoholu, co stanowi wyższy odsetek niż cytowany w piśmiennictwie [9]. Dane z niniejszych badań potwierdzają znaczenie w procesie zgwałcenia takich czynników, jak ubogi poziom funkcjonowania społecznego i trudności w relacjach interpersonalnych [3–6, 55], między innymi: wcześniejsza karalność sądowa, trudności w uzyskaniu i utrzymaniu zatrudnienia, brak satysfakcji z dotychczasowych doświadczeń seksualnych, kłopoty z zachowaniem w okresie szkolnym, wczesna inicjacja spożycia alkoholu, wczesna inicjacja

Tabela 1. Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców poszczególnych rodzajów przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne), odnośnie czynników psychospołecznych (wartość poziomu $p < 0,05$ dla statystyki χ^2 Pearsona)

Badana cecha	Zgwałcenia dorosłych (n = 41)	Czyny pedofilne (n = 89)	Zgwałcenia małoletnich (n = 42)	Inne przestępstwa seksualne (n = 8)
Pełnienie przestępstwa pod wpływem alkoholu	68,3%	32,6%	57,1%	87,5%
Pełnienie przestępstwa pod wpływem środka odurzającego	0,0%	0,0%	9,5%	0,0%
Wcześniejsza karalność sądowa	46,3%	28,1%	40,5%	0,0%
Wiek sprawcy przestępstwa:				
< 18 lat	4,9%	0,0%	2,4%	0,0%
19–35 lat	56,1%	40,4%	21,4%	12,5%
36–50 lat	29,3%	41,6%	64,3%	25%
> 51 lat	9,7%	17,9%	11,9%	62,5%
Stan cywilny:				
kawaler	46,3%	33,7%	31,0%	12,5%
żonaty	36,6%	36,0%	47,6%	62,5%
rozwidziony	4,9%	12,4%	9,5%	0,0%
inne (wdowiec, separacja, konkubinat)	12,2%	17,9%	12,0%	25,0%
Praca zawodowa:				
pracuje	31,7%	43,8%	38,1%	25%
pracuje dorywczo	17,1%	16,9%	31,0%	0,0%
nie pracuje	36,6%	18,0%	11,9%	12,5%
renta	14,6%	18,0%	16,7%	12,5%
Rozwój psychomotoryczny w okresie dzieciństwa:				
prawidłowy	87,8%	86,5%	100,0%	100,0%
opóźniony	12,2%	13,5%	0,0%	0,0%
Pożycie małżeńskie rodziców:				
zgodne	51,2%	74,2%	50,0%	87,5%
konfliktowe	43,9%	25,8%	35,7%	12,5%

seksualna. Potwierdza się również znaczenie niskiego poziomu funkcjonowania rodziny i zaburzenia jej struktury [55], między innymi: konfliktowe pożycie małżeńskie rodziców, słaby i obojętny związek uczuciowy z rodzicami, występowanie alkoholizmu u rodziców, wychowywanie w rodzinach niepełnych i instytucjach wychowawczych. Nie potwierdza się teza, aby odsetek rozwiedzionych mężczyzn w populacji był najsilniejszym czynnikiem prognozującym dla zgwałceń [56] — rozwiedzeni stanowili w opisywanej grupie 4,9% wśród sprawców zgwałceń dorosłych i 9,5% wśród małoletnich. Ważna informacja dotyczy stanu emocjonalnego sprawców zgwałceń przed dokonaniem czynu przestępczego. Pithers i wsp. [57] donoszą, że 88% gwałcicieli przed dokonaniem przestępstwa informowało o gniewie, natomiast Groth [58] uważa, że gwałt to akt wrogości wobec kobiet. Powyższe twierdzenia potwierdzają pośrednio uzyskane przez autorów tej pracy dane — 31,7% sprawców zgwałceń dorosłych i 40,5% sprawców zgwałceń małoletnich nie odczuwało bowiem satysfakcji z dotychczasowych doświadczeń seksualnych, a kontrakty seksualne odbywało rzadko bądź wcale — odpowiednio 39,0% i 33,3% dla badanych grup.

W zakresie czynów pedofilnych uzyskane dane potwierdzają niektóre założenia trzech głównych wieloczynnikowych teorii przemocy seksualnej wobec dzieci. Dla teorii Finkelhor [18] między innymi: odhamowanie sprawcy wskutek spożycia alkoholu — 32,6% sprawców czynów pedofilnych było pod wpływem alkoholu, wśród zgwałceń małoletnich 57,1%; występowanie zaburzeń impulsywnych, które można powiązać z organicznymi zaburzeniami osobowości rozpoznawanymi u 13,5% sprawców czynów pedofilnych i u 31,0% w grupie sprawców zgwałceń małoletnich. Dla teorii Marshall i Barbaree [19] między innymi: słabe umiejętności w funkcjonowaniu społecznym od wczesnych lat, elementy niekonsekwentnego wychowania (alkoholizm rodziców), a także prawdopodobne symptomy seksualnej przemocy seksualnej w dzieciństwie — wspomnienia doznań seksualnych z dzieciństwa miało 24,7% sprawców czynów pedofilnych i 54,8% sprawców zgwałceń małoletnich. Dla teorii Hall i Hirschman [20] między innymi: przejawy afektywnej dyskontroli, której powodem mogą być zmiany organiczne w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN) — u 15,7%

Tabela 2. Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców poszczególnych rodzajów przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne), odnośnie rozwoju seksualnego (wartość poziomu $p < 0,05$ dla statystyki χ^2 Pearsona)

Badana cecha	Zgwałcenia dorosłych (n = 41)	Czyny pedofilne (n = 89)	Zgwałcenia małoletnich (n = 42)	Inne przestępstwa seksualne (n = 8)
Brak satysfakcji z dotychczasowych doświadczeń seksualnych	31,7%	5,6%	23,8%	0,0%
Słaby i obojętny związek uczuciowy z rodzicami	56,0%	27,0%	42,9%	25,0%
Źródła informacji o sprawach płci:				
rodzice	2,4%	3,4%	7,1%	0,0%
rówieśnicy	87,8%	79,8%	85,7%	50,0%
media	4,9%	10,1%	7,1%	50,0%
Wspomnienia doznań seksualnych z dzieciństwa	26,8%	24,7%	54,8%	12,5%
Inicjacja seksualna:				
< 15 lat	9,8%	7,9%	11,9%	25,0%
16–18 lat	61,0%	24,7%	40,5%	12,5%
> 18 lat	24,4%	59,6%	42,9%	62,5%
Częstotliwość kontaktów seksualnych:				
codziennie	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%
w tygodniu	19,5%	30,3%	26,2%	25,0%
w miesiącu	36,6%	24,7%	40,5%	0,0%
brak	39,0%	44,9%	33,3%	75,0%
Alkoholizm u rodziców	41,5%	20,2%	31,0%	0,0%
Wychowanie w rodzinie (struktura rodziny):				
pełna	63,4%	87,6%	64,3%	50,0%
niepełna	31,7%	6,7%	23,8%	50,0%
instytucje wychowawcze	2,4%	5,6%	11,9%	0,0%
Zaburzenia preferencji płciowej	0,0%	5,6%	4,8%	25,0%

sprawców czynów pedofilnych i u 40,5% sprawców zgwałceń małoletnich; występowanie problemów osobowościowych — odpowiednio dla analizowanych grup 49,5% i 69,1%. Reasumując, można założyć, że cytowane teorie są komplementarne i stanowią dynamiczne modele dla różnych wyjściowych czynników i ich kompilacji, co w efekcie prowadzi do popełnienia przestępstwa seksualnego i na co w swoich teoretycznych rozważaniach wskazywali Beech i Ward [21]. Nasuwa się również przypuszczenie, że występowanie zaburzeń psychopatologicznych stanowić może podłoże dla braku hamowania w przypadku wystąpienia podniecenia seksualnego, które to hamowanie wystąpi w przypadku osób niewykazujących zaburzeń psychopatologicznych [55]. Potwierdzają się dane, że znaczna część sprawców przestępstw przeciwko dzieciom była żonata [59] — 36% sprawców czynów pedofilnych i 47,6% sprawców zgwałceń małoletnich. Wyniki dotychczasowych badań [60] podkreślają problemy sprawców przestępstw pedofilnych z wchodzeniem w zadowalające związki z dorosłymi, co motywuje ich prawdopodobnie do poszukiwania kontaktów z dziećmi. Dreznick opisuje to zjawisko jako: „zdolność

do kompetentnych interakcji z przedstawicielami płci przeciwnej” [61]. Wyniki niniejszych badań potwierdzają te doniesienia jedynie dla sprawców zgwałceń małoletnich — brak satysfakcji z dotychczasowych doświadczeń seksualnych u 23,8% sprawców w porównaniu z 5,6% sprawców czynów pedofilnych. Potwierdza się powszechne występowanie zaburzeń osobowości wśród sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom [62] — odpowiednio u 49,5% sprawców czynów pedofilnych i u 69,1% sprawców zgwałceń małoletnich.

Do ograniczeń prezentowanych tu badań można zaliczyć brak charakterystyki innych przestępstw seksualnych (z uwagi na małe wśród nich liczebności badanych). Nie można również odnieść się do niektórych propagowanych hipotez badawczych, na przykład do poglądu, czy mężczyźni o silnych skłonnościach dewiacyjnych odznaczają się istotnie wyższym poziomem zniekształceń poznawczych [13], ponieważ niniejsze badania w zasadzie dotyczyły osób bez występowania parafilii. Sugestie dotyczące przyszłych badań powinny się koncentrować na porównaniu uzyskanych przez autorów tej pracy wyników — charakterystycznych dla

Tabela 3. Zestawienie wyników charakterystycznych dla sprawców poszczególnych rodzajów przestępstw seksualnych (zgwałcenia dorosłych, czyny pedofilne, zgwałcenia małoletnich, inne przestępstwa seksualne), odnośnie do czynników psychobiologicznych (wartość poziomu $p < 0,05$ dla statystyki χ^2 Pearsona)

Badana cecha	Zgwałcenia dorosłych (n = 41)	Czyny pedofilne (n = 89)	Zgwałcenia małoletnich (n = 42)	Inne przestępstwa seksualne (n = 8)
Trudności w nauce szkolnej	61,0%	50,6%	31,0%	25,0%
Kłopoty z zachowaniem w okresie szkolnym	63,4%	28,1%	50,0%	0,0%
Inicjacja spożycia alkoholu:				
< 15 lat	58,5%	34,9%	42,8%	62,5%
16–18 lat	36,6%	60,7%	31,0%	25,0%
> 18 lat	4,9%	4,5%	26,2%	12,5%
Leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu	17,1%	5,6%	16,7%	0,0%
Przyjmowanie środków odurzających	17,1%	13,5%	2,4%	0,0%
Leczenie w poradni zdrowia psychicznego:				
sporadycznie	19,5%	9,0%	23,8%	12,5%
systematycznie	17,1%	11,2%	0,0%	12,5%
Organiczne zaburzenia osobowości	14,6%	13,5%	31,0%	50,0%
Zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym	19,5%	15,7%	40,5%	87,5%
Stan kliniczny używania alkoholu:				
używanie szkodliwe	2,4%	4,5%	11,9%	0,0%
zespół uzależnienia	26,8%	9,0%	16,7%	0,0%
Upośledzenie umysłowe	14,6%	9,0%	0,0%	0,0%
Trwałe anomalie osobowości:				
z cechami antisocjalnymi	39,0%	32,6%	40,5%	0,0%
bliżej nieokreślone zaburzenia osobowości	43,9%	16,9%	28,6%	62,5%

sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom nie przejawiających skłonności dewiacyjnych (bez rozpoznania parafilii) ze sprawcami przejawiającymi takie skłonności.

Wnioski

1. Zgwałcenia dorosłych i małoletnich cechują się podobnymi uwarunkowaniami w zakresie badanych czynników psychospołecznych i psychopatologicznych.
2. Wykazano istotną różnicę pomiędzy zgwałceniami małoletnich a czynami pedofilnymi w zakresie badanych czynników.

Piśmiennictwo:

1. Muehlenhard C, Harney P, Jones J. From "Victim-Precipitated Rape" to "Date Rape": How Far Have We Come? *Annual Review of Sex Research*. 1992; 3(1): 219–253, doi: [10.1080/10532528.1992.10559880](https://doi.org/10.1080/10532528.1992.10559880).
2. Gleitman H. *Basic psychology*. WW Norton, New York 1996.
3. Buglass R, Bowden P. *Principles and practice of forensic psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1990.
4. Marshall W, Hudson S, Hodgkinson S. The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. In: Barbaree HE, Marshall WL, Hudson SM. ed. *The juvenile sex offender*. Guildford, New York 1993: 164–181.
5. Rhodes JE, Ebert L, Meyers AB. Sexual victimization in young, pregnant and parenting, African-American women: psychological and social outcomes. *Violence Vict*. 1993; 8(2): 153–163, indexed in Pubmed: [8193056](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8193056/).
6. Rice M, Chaplin T, Harris G, et al. Empathy for the Victim and Sexual Arousal Among Rapists and Nonrapists. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016; 9(4): 435–449, doi: [10.1177/088626094009004001](https://doi.org/10.1177/088626094009004001).
7. Groth AN. Rape: the sexual expression of aggression. In: Groth AN. ed. *Multidisciplinary approaches to aggression research*. Elsevier, North Holland 1981.
8. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 8th edn*. Williams & Wilkins, Philadelphia 2005.
9. Bachman R. *Violence against women. A national crime victimization survey report*. Washington DC 1994.
10. S. J, Kinsey AC, Pomeroy WB, et al. Sexual behavior in the human female. *Population (French Edition)*. 1954; 9(4): 765, doi: [10.2307/1524943](https://doi.org/10.2307/1524943).
11. Landis JT. Experiences of 500 children with adult sexual deviation. *Psychiatr Q Suppl*. 1956; 30(1): 91–109, indexed in Pubmed: [13389623](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13389623/).
12. Buglass R, Bowden P. *Principles and practice of forensic psychiatry*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1990.
13. Fisher D, Beech A, Browne K. The effectiveness of relapse prevention training in a group of incarcerated child molesters. *Psychology, Crime & Law*. 2000; 6(3): 181–195, doi: [10.1080/10683160008409803](https://doi.org/10.1080/10683160008409803).

14. Beech A., Fisher D., Beckett R. (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf.
15. Mc Lachlan R.J. Pedophilia: A typology of child sex offender, modus operandi. *International Criminal Police Review*. 2000; 483.
16. Elliott M, Browne K, Kilcoyne J. Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse Negl.* 1995; 19(5): 579–594, indexed in Pubmed: [7664138](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7664138/).
17. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, et al. Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 416–421, doi: [10.1192/bjp.184.5.416](https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.416), indexed in Pubmed: [15123505](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15123505/).
18. Finkelhor D. *Child sexual abuse: New theory and research.*, New York 1984: Free.
19. Marshall WL, Barbaree HE. An integrated theory of the etiology of sexual offending. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. ed. *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum, New York 1990: 257–275.
20. Hall G, Hirschman R. Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior*. 1992; 19(1): 8–23.
21. Beech A, Ward T. The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*. 2004; 10(1): 31–63, doi: [10.1016/j.avb.2003.08.002](https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.002).
22. Hanson RK, Moreton KE, Harris AJ. Sexual Offender Recidivism Risk – What we Know and What we Need to Know. In: Prentky R, Janus E, Seto ME, Burgess AW. ed. *Understanding and managing sexually coercive behavior*. *Annals of the New York Academy of Science* 2003: 154–166.
23. Beech A, Fisher D, Thornton D. Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2003; 34(4): 339–352, doi: [10.1037/0735-7028.34.4.339](https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.339).
24. Bonta J, Law M, Hanson K. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 1998; 123(2): 123–142, doi: [10.1037/0033-2909.123.2.123](https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.2.123).
25. Hanson R.K., Bussière M.T. (1996), Predictors of Sexual Offender Recidivism: A Meta-analysis, (User Report No. 1996-04). Department of the Solicitor General of Canada, Ottawa. <http://www.sgc.gc.ca/epub/corr/e199604/e199604.htm>.
26. Litwack T. Actuarial versus clinical assessments of dangerousness. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2001; 7(2): 409–443, doi: [10.1037/1076-8971.7.2.409](https://doi.org/10.1037/1076-8971.7.2.409).
27. Hart S, Laws DR, Kropp PR. The promise and the peril of sex offender risk assessment. In: Ward T, Laws DR, Kropp PR. ed. *Sexual deviance: issues and controversies*. Sage Publications Inc., CA 2003: 207–225.
28. Bartosh DL, Garby T, Lewis D, et al. Differences in the predictive validity of actuarial risk assessments in relation to sex offender type. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2003; 47(4): 422–438, doi: [10.1177/0306624X03253850](https://doi.org/10.1177/0306624X03253850), indexed in Pubmed: [12971183](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12971183/).
29. Andrews DA, Bonta J. LSI-R: The Level of Service Inventory – Revised. Multi-Health Systems, Toronto 1995: Ontario.
30. Hanson RK, Harris AJ. A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse*. 2001; 13(2): 105–122, doi: [10.1177/107906320101300204](https://doi.org/10.1177/107906320101300204), indexed in Pubmed: [11294122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11294122/).
31. Nichols HR, Molinder I. *Manual for the multiphasic sex inventory*. Crime and Victim Psychology Specialists, Tacoma 1984.
32. Wong S, Gordon A 2001 The violence risk scale. *Forensic Update* 67, October.
33. Webster CD, Douglas KS, Eaves D et al 1997 HCR-20: assessing risk of violence (version 2). Mental Health Law, Policy Institute, Simon Fraser University, Vancouver, BC.
34. Hanson RK, Thornton D 1999 Static 99. Solicitor General of Canada, Ottawa, Ontario.
35. Harris GT, Rice ME. Actuarial assessment of risk among sex offenders. *Ann N Y Acad Sci*. 2003; 989: 198–210; discussion 236, doi: [10.1111/j.1749-6632.2003.tb07306.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2003.tb07306.x), indexed in Pubmed: [12839899](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12839899/).
36. Craig L, Browne K, Stringer I. Comparing sex offender risk assessment measures on a UK sample. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 2016; 48(1): 7–27, doi: [10.1177/0306624x03257243](https://doi.org/10.1177/0306624x03257243).
37. Beech A, Erikson M, Friendship C, et al. A six-year follow-up of men going through probation-based sex offender treatment programmes. *PsycEXTRA Dataset*. 2001, doi: [10.1037/e667922007-001](https://doi.org/10.1037/e667922007-001).
38. Hudson SM, Wales DS, Bakker L, et al. Dynamic risk factors: the Kia Marama evaluation. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 103–19; discussion 195, doi: [10.1177/107906320201400203](https://doi.org/10.1177/107906320201400203), indexed in Pubmed: [11961886](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11961886/).
39. McGrath R, Cumming G, Livingston J, et al. Outcome of a Treatment Program for Adult Sex Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. 2016; 18(1): 3–17, doi: [10.1177/0886260502238537](https://doi.org/10.1177/0886260502238537).
40. Borum R, Grisso T. Psychological test use in criminal forensic evaluations. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995; 26(5): 465–473, doi: [10.1037//0735-7028.26.5.465](https://doi.org/10.1037//0735-7028.26.5.465).
41. Millon T, Davis R, Millon C. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)*. NCS, Inc. 1997.
42. Hare R. *Manual for the revised psychopathy checklist*. Multi-Health Systems, Inc., Toronto 1991.
43. Hart S, Cox D, Hare R. Hare psychopathy checklist: screening version. *PsycTESTS Dataset*. 2012, doi: [10.1037/t04991-000](https://doi.org/10.1037/t04991-000).
44. Hanson RK, Harris A. Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*. 2016; 27(1): 6–35, doi: [10.1177/0093854800027001002](https://doi.org/10.1177/0093854800027001002).
45. Hanson RK, Harris AJ. A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sex Abuse*. 2001; 13(2): 105–122, doi: [10.1177/107906320101300204](https://doi.org/10.1177/107906320101300204), indexed in Pubmed: [11294122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11294122/).
46. Beech A, Fisher D, Beckett R (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf.
47. Beech A, Friendship C, Erikson M, et al. The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of U.K. child abusers. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 155–167, doi: [10.1177/107906320201400206](https://doi.org/10.1177/107906320201400206), indexed in Pubmed: [11961889](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11961889/).
48. Nichols HR, Molinder I. *Manual for the multiphasic sex inventory, crime and victim psychology specialists*. Tacoma, WA 1984.
49. Thornton D. Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sex Abuse*. 2002; 14(2): 139–53; discussion 195, doi: [10.1177/107906320201400205](https://doi.org/10.1177/107906320201400205), indexed in Pubmed: [11961888](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11961888/).
50. Beech A, Fisher D, Beckett R (1999), Step 3: An Evaluation of the Prison Sex Offenders Treatment Programme, HMSO, London, U.K. Home Office Occasional Report, Home Office Publications Unit, 50, Queen Anne's Gate, London, SW1 9AT, England. www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/occ-step3.pdf.
51. Finkelhor D. *Child sexual abuse: new theory and research*. Free Press, New York 1984: New.
52. Salter AC. *Treating child sex offenders and victims: apractical guide*. Sage Publications, Inc, California 1988: California.
53. Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psychol*. 1998; 66(2): 348–362, indexed in Pubmed: [9583338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9583338/).
54. Hanson RK, Morton-Bourgon K. Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis. *Public Safety and Emergency Preparedness*, Canada 2004.
55. Bancroft J. *Human sexuality and its problems*. Elsevier Limited 2009: 484–529.

56. Baron L, Straus MA, Jaffee D. Legitimate violence, violent attitudes, and rape: a test of the cultural spillover theory. *Ann N Y Acad Sci.* 1988; 528: 79–110, doi: [10.1111/j.1749-6632.1988.tb50853.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1988.tb50853.x), indexed in Pubmed: [3421615](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3421615/).
57. Pithers WD, Kashima KM, Cumming GF, Beal LS, Buell MM. Relapse prevention of sexual aggression . In: Prentky RA, Quinsey VL. ed. *Human sexual aggression: current perspectives.* Academy of Science, New York 1988: 244–260.
58. Groth AN. *Men who rape; the psychology of the offender.* Plenum, New York 1979.
59. Gebhard P, Gagnon J, Pomeroy N, Christenson C. *Sex offenders.* Harper Row, New York 1965 .
60. Marshall WL. Pedophilia: psychopathology and theory. In: Laws DR, O'Donohue W. ed. *Sexual deviance: theory, assessment, and treatment.* Guilford, New York 1997: 152–174.
61. Dreznick MT. Heterosocial competence of rapists and child molesters: a meta-analysis. *J Sex Res.* 2003; 40(2): 170–178, doi: [10.1080/00224490309552178](https://doi.org/10.1080/00224490309552178), indexed in Pubmed: [12908124](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12908124/).
62. Levin SM, Stava L. Personality characteristics of sex offenders: a review. *Arch Sex Behav.* 1987; 16(1): 57–79, indexed in Pubmed: [3579558](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3579558/).