

Magdalena Marzec

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie [magdalena.marzec@uwm.edu.pl]

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5789-3442>

Przegląd zagadnień związanych ze sprawcami przemocy seksualnej wobec dzieci

Abstrakt: Przepęstwa seksualne wobec dzieci stanowią szczególny obszar zainteresowania społecznego, nadużycie dziecka jest przekroczeniem norm obyczajowych, prawnych oraz biologicznych. Akt przemocy seksualnej wobec dziecka wywołuje niezmiernie silne oburzenie społeczne. Sami sprawcy przępstw stanowią grupę niehomogeniczną o różnych historiach życia, co wpływa na trudność używania miarodajnych narzędzi szacujących ryzyko ponownego popełnienia czynu. W poniższym artykule opisano diagnostykę pedofilii według wydania DSM-5 oraz przedstawiono najbardziej popularne modele wyjaśniające złożoną etiopatogenezę zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. Poddano także analizie stosowane i rekomendowane programy terapeutyczne oraz ich ograniczenia.

Słowa kluczowe: przępstwa seksualni, etiologia pedofilii.

Wprowadzenie

Przepęstwa seksualne, szczególnie te, które dotyczą wykorzystania seksualnego małoletniego wywołują intensywne, negatywne emocje wśród społeczeństwa. Dzieci z racji ich bezbronności, zależności od osób dorosłych, znajdują się w samym centrum powszechnej troski związanej z zapewnieniem im bezpieczeństwa. Opinia, iż jest to całkowicie nieakceptowalna zbrodnia znajduje szczególne odzwierciedlenie nawet w środowisku więziennym. Osadzeni, to osoby, które łamały prawo dokonując niejednokrotnie makabrycznych zbrodni, niemniej nawet w tej

grupie sprawcy przestępstw seksualnych wobec dzieci stanowią obiekt, który według nich zasługuje na otwartą agresję fizyczną (Ricciardeli, Moir 2013, s. 353; Spencer 2009, s. 219). Swoisty katalog „wartości” moralnych obowiązujący wśród osadzonych legitymizuje stosowanie przez nich przemocy wobec sprawców czynów pedofilnych, co zwyczajowo skutkuje ukrywaniem przez skazanego powodu odbywania kary pozbawienia wolności. Zatem nawet w tak zdemoralizowanym środowisku dostrzegają się, jak ogromne emocje wywołuje wykorzystanie seksualne dziecka prowadzące ostatecznie do działań odwetowych. Należy podkreślić, iż czyn pedofilny nie jest tożsamy z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Definicje i kryteria diagnostyczne

Rozróżnienie definicyjne pociąga za sobą poważne konsekwencje diagnostyczne i terapeutyczne. Parafilia to pojęcie, które pojawia się w przypadku definiowania zaburzonej preferencji seksualnych, koncentrujące się na wskazaniu sytuacji niepożądanego albo wyłącznie cech charakterystycznych dla sytuacji odbiegających od normy (parafilia, z grek. para – poza, philia – umiłowanie, a więc umiłowanie tego, co jest poza wzorcem) (Beisert 2020 s. 569–587)

Pojęcie czynu pedofilnego funkcjonuje na gruncie prawnym, które reguluje kodeks karny art. 200 § 1. „Kto obcuje płciowo z małoletnim poniżej lat 15 lub dopuszcza się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadza ją do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12”. Z kolei termin zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii funkcjonuje na gruncie medycyny. Oznacza to, iż nie każdy skazany na podstawie art. 200 §1. przejawia zaburzenia preferencji seksualnych. Podstawowe rozróżnienie pojęć: czyn pedofilny oraz zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii, zdaje się nie zachodzić w potocznym rozumieniu, traktując je zamiennie. W konsekwencji niesie to poważne implikacje związane ze stygmatyzacją osoby skazanej za czyn pedofilny.

W najnowszym wydaniu DSM-5 występuje wyraźne rozróżnienie parafilii i zaburzeń parafilnych. Oznacza to, iż parafilie nie są zaburzeniem ani chorobą. Ta zmiana ma zapobiegać stygmatyzacji. W opisie zawartym w DSM-5 parafilie są określane jako atypowe, ale nieszkodliwe zainteresowania seksualne. Natomiast zaburzenia parafilne zachodzą w sytuacji, gdy seksualne preferencje powodują wyraźne cierpienie psychiczne i zaburzenie funkcjonowania społecznego jednostki bądź mają charakter zachowań szkodliwych dla społeczeństwa, a także dotyczą aktywności seksualnej z osobami, które nie są w stanie wyrazić świadomej i ważnej prawnie zgody.

DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013, s. 323–329), wprowadza podział parafilii na dotyczące:

1. Przedmiotów nieożywionych lub zwierząt.

2. Upokorzenie lub cierpienie partnera.
3. Osoby niewyrażające zgody, w tym dzieci.

Dodatkowo w DSM-5 w obrębie zaburzeń parafilnych wyróżnia się preferencje w zakresie obiektu (dzieci, fetysze, zwierzęta) oraz sposobu realizacji (ekshibicjonizm, ocieractwo, sadyzm, masochizm, oglądactwo).

Zaburzenia parafilne pod postacią pedofilii mogą być określone jako wyłączne czy też preferencyjne, w których dziecko określonej płci i wieku jest niezbędnym obiektem zaspokojenia seksualnego (dziecko rozumiane jako osobnik przed pokwitaniem, bez trzeciorzędowych cech dojrzałości płciowej). Z kolei postać niewyłączna parafilii zakłada, iż osoba jest w stanie utrzymywać relacje seksualne z osobą dorosłą. Tu należy podkreślić, iż wykryty czyn pedofilny nie może być tożsamy z rozpoznaniem parafilii czy zaburzenia parafilnego: większość sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci dopuszcza się molestowania na skutek uwarunkowań sytuacyjnych lub wówczas, gdy dziecko pełni funkcję obiektu zastępczego.

Pedofilia a współwystępująca psychopatologia

Wśród sprawców przestępstw seksualnych z rozpoznaniem zaburzeń parafilnych pod postacią pedofilii, można wymienić współtowarzyszącą im psychopatologię. Tenbergen i in. (2015, s. 5) wymienili najczęstsze współwystępujące zaburzenia psychiczne wśród sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci. Z danych wynika, iż sprawcy przestępstw wobec dzieci częściej charakteryzują się określonymi rodzajami psychopatologii. Pośród skazanych z rozpoznaniem zaburzeń preferencji pod postacią pedofilii będących w trakcie leczenia 2/3 cierpiało w ciągu życia na zaburzenia nastroju oraz zaburzenia lękowe. Z historią uzależnienia od alkoholu zidentyfikowano 60% osadzonych. Zaburzenia osobowości występowały także u 60% osadzonych: zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (25%), zaburzenie antyspołeczne (22,5%), zaburzenie narcystyczne (20%) oraz zaburzenie osobowości unikającej. Wyniki badania testem MMPI wskazały z kolei, iż wśród pedofilów można zaobserwować wyższy poziom neurotyzmu: wyniki w podskali hipochondrii i hysterii oraz podwyższone wyniki w podskalach: paranoi, psychastenii, schizofrenii.

Sprawcy nadużyć seksualnych wobec dzieci zwykle nie są w związkach, a jeśli są, to ich pożycie nie jest satysfakcjonujące. Mają problem z relacjami intymnymi, zwykle wyrażają silne obawy wobec relacji z dorosłymi kobietami. Cechuje ich brak dojrzałości psychoseksualnej (Bumby, Hansen 1994, s. 315).

Inną zmienną, która wpływa na realizację popędu wobec dziecka jest może deficyt umiejętności w zakresie kontroli impulsów. Jak podaje Krasowska i in. (2013), obserwacje kliniczne pokazują, że zachowania sprawców przestępstw seksualnych doskonale wpisują się w model zachowań impulsywnych, gdyż są to zachowania nieuwzględniające potencjalnych, negatywnych konsekwencji nie

tylko dla sprawcy, ale również dla ofiary. Sprawca przed podjęciem działania nie dokonuje analizy informacji z otoczenia, działa często gwałtownie, chcąc uzyskać natychmiastową gratyfikację nawet kosztem nieuchronnej kary w późniejszym okresie. Z tego też powodu poziom impulsywności zdaje się naturalnie wpisywać w zachowania o charakterze popędowym. Sprawców przestępstw seksualnych często charakteryzuje hiperseksualność na co wskazuje analiza Howard i Shaffer (1994 s. 6–18), jak również antyspołeczne zaburzenie osobowości, którego rozpoznanie samo w sobie stanowi wysoki czynnik ryzyka powrotności do przestępstw seksualnych. Wynika to z faktu, iż antyspołeczne zaburzenie osobowości charakteryzuje wysoki stopień impulsywności zarówno w zakresie sfery poznawczej związanej z szybkim podejmowaniem decyzji, jak również na poziomie motorycznym. Dane świadczące o wpływie impulsywności na podejmowanie zachowań seksualnych próbowano przeanalizować badając związki pomiędzy występowaniem ADHD (zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi) z częściej występującymi nieparafilnymi zachowaniami seksualnymi w tej grupie pacjentów (Soldati i in. 2021, s. 8). Przewidywania zakładały, iż u osób cierpiących na ADHD częściej współwystępuje antyspołeczne zaburzenie osobowości oraz podwyższona impulsywność zarówno poznawcza, jak i motoryczna, co jest dość typowe dla sprawców przestępstw seksualnych, jednakże badania nie potwierdziły, aby taki związek występował (Storebo, Simonsen 2016, s. 815).

Etiopatogeneza zaburzenia

W obszarze badań nad genezą zaburzeń parafilnych związanych z pedofilią, można zaobserwować mnogość różnych teorii wynikających z faktu, iż pedofilia nie jest zjawiskiem jednolitym. Niektóre teorie eksponują jeden czynnik np. brak empatii, który z gruntu jest prawdziwy, niemniej nadto upraszcza samo zaburzenie pomijając współwystępujące czynniki. Ponadto kwestia empatii u osób dokonujących czynów pedofilnych jest bardziej złożona (zob. np. Schuler i in. 2021) Inne teorie różnią się stopniem ukazywanej wielopoziomowości i wzajemnie przenikających się czynników opisujących mechanizm powstawania zaburzenia.

Zaburzenie parafilne pod postacią pedofilii może być rozpatrywane na gruncie podejścia biologicznego, behawioralnego czy psychodynamicznego. Przykładem podejścia biologicznego jest teoria Halla i Halla (2007, s. 522–537), która odnosi się do biologicznych uwarunkowań powstawania pedofilii, a zatem inna będzie też propozycja leczenia sprawców zorientowana wokół uregulowania neurobiologicznych mechanizmów zakłócających zachowanie.

Przykładem podejścia psychodynamicznego jest czteroczynnikowy model Finckelhora i Arajii (1986, s. 17–37) podkreślający, iż dziecko staje odpowiednim partnerem na poziomie emocjonalnym, co wskazuje na niedojrzałość psychoseksualną sprawców.

1. Kongruencja emocjonalna.
2. Reagowanie podnieceniem na dziecko.
3. Zablokowanie wobec dorosłego obiektu.
4. Odblokowanie.

Marshall i Howard (1990) stworzyli z kolei model, w którym równorzędnie wyeksponowali wzajemne oddziaływanie na siebie czynników biologicznych oraz społecznych. Na środowiskowe powstawanie pedofilii składa się doświadczenie sprawcy, gdy był dzieckiem; kontekst socjokulturowy, w którym wzrastał oraz czynniki sytuacyjne. W każdym z tych obszarów istotnym elementem jest występowanie agresji w środowisku dorastania wraz z jej akceptacją. Prowadzi to do internalizacji zachowań przemocowych i zmiany zachowania na drodze uczenia się.

Model Halla i Hirshmana (1992, s. 522–537) zakłada, iż kluczowym elementem, który wpływa na kształtowanie się zaburzeń parafilnych jest osobowość sprawcy (Beisert 2011, s. 77–79). Autorzy wyróżniają cztery typy pedofilów, dla których powinien zostać indywidualnie realizowany program leczenia, są to: preferencyjni sprawcy (głównym czynnikiem jest pobudzenie seksualne), kazirodcy (zniekształcenia poznawcze), sprawcy sytuacyjni (zaburzenia regulacji emocji), preferencyjni (m.in. zaburzenia osobowości).

Model ścieżek Warda i Siegarta (Beech, Ward, 2004, s. 31–63) zakłada istnienie pięciu ścieżek prowadzących do podjęcia zachowań seksualnych wobec dziecka:

1. Deficyt w zakresie intymności i kompetencji społecznych.
2. Zaburzone skrypty seksualne.
3. Zaburzania regulacji emocjonalnej.
4. Antyspołeczne postawy sprawcy i zniekształcenia poznawcze.
5. Dewiacyjne skrypty seksualne.

Niewątpliwą zaletą tego modelu według Beisert (2011, s. 84) jest nie tylko to, iż wymieniony model ścieżek poszukuje etiologii pedofilii w różnych czynnikach, ale również wyjaśnia, dlaczego pomimo istnienia różnych składników ryzyka pedofilia się nie pojawia. Ponadto model ścieżek skupia się również na zasobach, a nie tylko na deficytach sprawców.

Programy terapii dla sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci?

Aby skutecznie przeprowadzić proces resocjalizacyjny należy poprowadzić terapię zgodnie z etiopatogenezą zaburzenia. Wyżej wymienione koncepcje powstawania pedofilii wskazują na różne aspekty związane z rozwojem i funkcjonowaniem człowieka, w których istnieje ryzyko rozwijania się parafilii. Ponadto dane szczegółowe dotyczące współwystępowania innych zaburzeń psychicznych wśród pedofilów ukazują masywne trudności w stworzeniu skutecznego programu

wobec tej grupy sprawców, u których zauważa się wysoki stopień ryzyka recydywy. Na przykład z metaanalizy przeprowadzonej na próbie 4673 skazanych za przestępstwa seksualne wynika, iż ryzyko ponownego popełnienia przestępstwa seksualnego jest największa u osób molestujących dzieci spoza rodziny, najmniejsza u osób molestujących dzieci będące członkami ich rodzin w ok 10% Hanson (2002, s. 46–62). Z kolei Salter (2005, s. 80) podaje dane, iż przestępcy, którzy nigdy nie byli żonaci i na ofiary wybierali chłopców poziom tzw. recydywy wykrytych przestępstw wynosił aż 77%.

Jednym z bardziej znanych i praktykowanych programów stworzonych z myślą o resocjalizacji sprawców przestępstw seksualnych jest Program Rockwood autorstwa Wiliama L. Marshalla. Głównym celem terapii staje się kontrolowanie swoich zachowań seksualnych w taki sposób, by móc uzyskać zaspokojenie seksualne w granicach przewidzianych przez normy prawne. Interwencje terapeutyczne opierają się na założeniach terapii poznawczo – behawioralnej. Założenia tego nurtu polegają na identyfikacji i restrukturyzacji procesów poznawczych, rozpoznawaniu zniekształceń poznawczych, błędnych kół. Program Rockwood koncentruje się nie tylko na aspektach związanych bezpośrednio z przestępstwem, ale również uwzględnia czynniki niespecyficzne wpływające na realizację popędu seksualnego. (Marshall, O'Brien 2013, s. 113–127). Podczas pracy terapeutycznej zgodnie z planem Marshalla, pod uwagę bierze się: historię życia, samoocenę, akceptację odpowiedzialności (szkoda wyrządzona ofiarom, wzbudzenie empatii), ścieżki prowadzące do przestępstwa, umiejętności radzenia sobie, związku intymne, umiejętności społeczne, seksualność, strategie życiowe na przyszłość (rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych, dostęp do grupy wsparcia). Według Programu Rockwood, należy w terapii również skupić się na niespecyficznych, współwystępujących problemach przestępców seksualnych takich jak: używanie substancji psychoaktywnych, radzenie sobie z gniewem, rozwijanie umiejętności poznawczych oraz umiejętności rodzicielskich.

Anna Salter (2003, s. 40–44) proponuje z kolei, by przestępcy seksualni w ramach leczenia terapeutycznego nauczyli się rozpoznawać swój własny cykl dewiacyjny, dzięki temu sprawowaliby kontrolę nad realizacją parafilnych zachowań seksualnych. Na model cyklu dewiacyjnego składają się:

1. Dewiacyjne: uczucie, podniecenie i/lub fantazje do masturbacji.
2. Pozornie nieważne decyzje lub zamiary: dostęp do potencjalnych ofiar.
3. Czynniki wysokiego ryzyka.
4. Wybór obiektu: seksualny dostęp do konkretnej ofiary.
5. Planowanie i dewiacyjne fantazje.
6. Omotanie lub użycie siły.
7. Seksualny atak.
8. Zapewnienie sobie tajemnicy.
9. Wyrzuty sumienia lub strach.

Zadaniem sprawców jest analiza modelu samoregulacji w ich zachowaniach parafilnych, które uświadamiają im, jakie strategie radzenia sobie w podejmują, aby powstrzymać się bądź kontynuować zachowania parafilne. Sorrentino i in. (2018, s. 120–127) wskazują, iż niezwykle istotne zmienne dotyczące podjęcia odpowiednich oddziaływań terapeutycznych dotyczą oceny ryzyka czynników statycznych i dynamicznych. Wśród dynamicznych zmiennych autorzy wyróżniają: wrogość wobec kobiet, odrzucenie społeczne, zaabsorbowanie seksem, współpraca z terapeutą. Statyczne to: wiek sprawcy, historia jego intymnej relacji (dwa lata lub więcej), historia napaści seksualnych, wcześniejsze przestępstwa seksualne, wcześniejsze stosowanie przemocy nie związanej z seksualnością. Przesłępcy, których identyfikuje się na zasadzie występowania podobnych cech powinni być poddani intensywnemu leczeniu. Zatem powodzenie w zapobieganiu powrotności do zakazanej aktywności seksualnej wynika z właściwego dopasowania odpowiedniego programu terapeutycznego, w tym również współpracy terapeutów z psychiatrami. Lekarze tej specjalności wydają się być niezbędni w planowaniu leczenia z uwagi na współwystępowanie innych chorób psychicznych i konieczności stosowania farmakoterapii. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii Profesora Lwa Starowicza (2015, s. 43–44), uszczegóławiają warunki uczestniczenia w programie leczenia osób z rozpoznanymi zaburzeniami preferencji seksualnych. Celem programu jest podobnie, jak w programie Rockwood zapobieganie recydywie zachowań przestępczych. Punktem wspólnym w polskim oraz kanadyjskim programie jest psychoterapia w nurcie poznawczo-behawioralnym, a sam program składa się z trzech modułów. Moduł główny trwa 9–12 miesięcy i działania ogniskują się wokół m.in. zwiększenia samokontroli oraz zwiększenia motywacji do leczenia, jak również włączenia farmakologii, gdy jest to wskazane. Drugi zaproponowany moduł podtrzymujący trwa cztery lata, a jego celem jest utrzymanie efektów terapii i zapobieganie nawrotom. Moduł kontrolny to kolejne piętnaście lat terapii indywidualnej bądź grupowej, podczas której minimum raz w roku dokonywana jest ewaluacja ryzyka nawrotów. Jak już zostało wyżej zaznaczone terapia odbywa się w nurcie poznawczo-behawioralnym, a zatem kryteria dotyczące wyłączenia osoby z grupy terapeutycznej to: rozpoznanie zaburzeń psychotycznych, iloraz inteligencji poniżej 90 punktów, zaburzenia osobowości typu *borderline*, psychopatia, zaburzenia organiczne, depresja, tendencje samobójcze, brak motywacji do leczenia. Kryterium włączenia osoby do programu: przyznanie się do popełnienia czynu, za który został skazany, przyznanie się do zaburzeń preferencji seksualnych, zobowiązanie się do przestrzegania regulaminu. Biorąc pod uwagę dane z badań Tenbergen i in. (2015, s. 5), wielu skazanych za czyn pedofilny, cierpi także na inne współwystępujące zaburzenia psychiczne, tak więc nie każdy z nich kwalifikuje się do tego typu programu. Marcinek i Peda (2009, s. 59–64) podają na podstawie własnych doświadczeń, iż główne problemy ze strony sprawców przestępstw seksualnych decydujące o efektywnej terapii w warunkach więziennych wynika z nastawienia osadzonych, w tym: instrumen-

talnego podejścia do terapii, wybitnie zewnętrznej motywacji (terapia jako źródło nagród, „gwarancja” uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia, szansa na podwyższenie statusu w warunkach izolacji więziennej), nierealistycznego obrazu terapii (sesje to okazja do spotkań „towarzyskich”, uzewnętrzniania frustracji, omawiania codziennych problemów bytowych), izolacji fizycznej, oporu przed aktywną pracą grupową (w tym negacja zasadności uczestnictwa w terapii), podejrzliwością, nieufnością oraz aktywnym wywieraniem presji na prowadzących. Zdaniem autorów abstynencja od dewiacyjnych (i karalnych) zachowań w czasie pobytu w więzieniu ma charakter przymusowy, zatem w bardzo ograniczonym zakresie można tu mówić o swobodnym, świadomym wyborze. Pomimo uczestniczenia w terapii wszyscy uczestnicy programu charakteryzowali się umiarkowanie wysokim lub wysokim ogólnym ryzykiem recydywy. Serran i in. (2003) wskazują, iż na efektywność terapii sprawców przestępstw seksualnych może wpływać poziom umiejętności terapeutycznych, w tym siłę przymierza terapeutycznego oraz postawę empatyczną ze strony terapeuty.

Podsumowanie

Pomimo powszechnej świadomości, iż podjęcie aktywności seksualnej wobec dziecka spowoduje nieodwracalną stygmatyzację społeczną nie pełni funkcji prewencyjnej, jakiej by oczekiwano. Dane dotyczące ponownego popełnienia przez sprawców przestępstw czynów zabronionych wskazują, iż samo odbywanie kary pozbawienia wolności nie zmniejsza prawdopodobieństwa ponownego popełnienia czynu zabronionego (Lew-Starowicz 2000, s. 331–332).

Trudność w ocenie skuteczności tego typu programów terapeutycznych wynika z kilku powodów. Po pierwsze, w każdym procesie terapeutycznym kluczowa jest motywacja uczestniczenia w programach resocjalizacyjnych. W warunkach wolnościowych osoba świadomie i dobrowolnie decyduje o poszukiwaniu pomocy oraz samodzielnie wybiera odpowiadającego jej terapeutę. Można założyć, iż osadzeni charakteryzują się motywacją zewnętrzną, wymuszoną okolicznościami, co potwierdzają badania Marcinek i Peda (2009). Po drugie, fantazje związane z podejmowaniem zachowań pedofilnych – tak istotne zarówno w diagnozie, jak i podczas leczenia oraz monitorowania nawrotów – należą do aktów psychicznych rozgrywanych w wyobraźni osoby z rozpoznaniem pedofilii. Innymi słowy, jeśli osadzony nie ujawni, iż nadal takie fantazje występują, to terapeuta nie będzie miał dostępu do tej wiedzy. Same fantazje są czynnikiem uruchamiającym proces planowania ataku seksualnego (Salter 2005).

Kolejnym aspektem wskazującym na trudności związane z monitorowaniem tej grupy osób polega na tym, iż po odbyciu kary pozbawienia wolności, osoba nie ma realnych możliwości kontynuowania terapii dedykowanej sprawcom przestępstw seksualnych prowadzonej przez odpowiednio wykwalifikowanych certy-

fikowanych seksuologów klinicznych, nie są też organizowane grupy wsparcia. Nieliczne ośrodki oferujące tego typu pomoc są często oddalone o setki kilometrów od miejsca zamieszkania sprawcy. Otrzymanie wyroku za przestępstwo seksualne wobec dzieci na zawsze stygmatyzuje skazanego, przez co zostaje wykluczony z życia lokalnej społeczności, a dotychczasowe więzi społeczne, w tym rodzinne, zostają niejednokrotnie zerwane. Dodatkowo istnieje ryzyko działań odwetowych ze strony rodziny poszkodowanego dziecka, choć nie tylko. Ukazuje to skalę reakcji emocjonalnych pojawiających się w społeczeństwie jako odpowiedź na tego typu przestępstwo. Jak już zostało wspomniane, część przestępców cierpi na zaburzenia parafilne, natomiast zdecydowana większość osadzonych dokonuje często jednorazowego przestępstwa na skutek uwarunkowań sytuacyjnych, nieoprzemych planowaniem. Inni cierpią na zaburzenia organiczne czy występowania choroby alkoholowej, które znoszą krytycyzm i odhamowują reakcje popędowe. Z kolei sprawcy upośledzeni umysłowo mają trudność w rozumieniu, a co za tym samoregulacji zachowań popędowych. Zatem zgodnie z kryteriami diagnostycznymi nie cierpią oni na zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii. Niemniej w społecznym odbiorze nie dokonuje się szczegółowego różnicowania i każdy wykryty czyn pedofilny jest etykietowany jako pedofilia powodując napiętnowanie i ostracyzm. W przypadku sprawców przestępstw seksualnych, sąd może orzec o umieszczeniu osoby w Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (OZZD), jeśli biegli z zakresu psychiatrii oraz seksuologii, wskażą na wysokie prawdopodobieństwo ponownego popełnienia czynu (Szumiło-Kulczycka 2016, s. 53–55). Głównym kryterium oceny ryzyka jako bardzo wysokiego jest występowanie zaburzeń preferencji seksualnych.

Osadzeni za tego typu przestępstwa odczuwają uzasadniony niepokój związany po pierwsze z lękiem przed skierowaniem do OZZD. Problemem z tym wiążącym się może być również odzyskanie wolności i próby powrotu do życia społecznego, tym bardziej, iż w ramach prewencji został powołany krajowy rejestr przestępców seksualnych, który na zawsze odbiera anonimowość sprawcom. Oddziaływania resocjalizacyjne powinny dość mocno akcentować ten aspekt przyszłego życia osadzonego poprzez kreację możliwych i realnych scenariuszy życia po odbyciu kary.

Zjawisko przestępstw seksualnych wobec dzieci nie jest jednorodne. Brakuje wśród badaczy przyjęcia jednego zgodnego modelu, który implikowałby konkretny nurt leczenia. Każdy z powstałych modeli ukazujących genezę pedofilii zależnie od podejścia eksponuje jeden lub kilka czynników. Niektóre podejścia akcentują rolę wczesnej socjalizacji, inne upatrują czynników biologicznych w powstawaniu pedofilii. Programy terapeutyczne wykluczają osoby upośledzone, które z powodu ograniczeń intelektualnych nie są w stanie aktywnie w niej uczestniczyć.

Abstract ?

Key words: sex offender, etiology of pedophilia.

Bibliografia

- [1] Araji, S., Finkelhor, D. *Explanations of pedophilia: Review of empirical research*, 1985, Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 13 (1).
- [2] Beech A, Ward T., 2004, *The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework*, Aggression and Violent Behavior, Volume 10, Issue 1.
- [3] Beech, A. R., & Ward, T., 2004, The integration of etiology and risk in sexual offenders: A theoretical framework. *Aggression and Violent Behavior*; 10(1).
- [4] Beisert, M., 2011, *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*, Wyd. GWP, Sopot.
- [5] Beisert, M. (2020). *Dzieci jako ofiary przemocy seksualnej*. W: I. Grzegorzewska, L. Cierpiąkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży* Warszawa: Wyd. PWN.
- [6] Bumby K, Hansen D., 1997, Intimacy deficits, fear of intimacy, and loneliness among sexual offenders. *Criminal Justice and Behav.* 24(3).
- [7] Gannon T, Terriere R, Leader, T, Ward and, 2012, Siegart's Pathways Model of child sexual offending: a cluster analysis evaluation. *Psychol Crime Law.*; 18.
- [8] Gannon TA, Ward T., 2008, Rape: psychopathology and theory. In: Laws DR, O'Donohue W, eds. *Sexual Deviance: Theory, Assessment, and Treatment*. vol. 2. New York: Guilford Press.
- [9] Hall, G. C. & Hirschman, R., 1992, Sexual aggression against children: a conceptual perspective of etiology. *Criminal Justice and Behavior*, 19.
- [10] Hall R. C., Hall R. C., 2009. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *FOCUS* 7.
- [11] Howard J. Shaffer Ph., 1994, Considering two models of excessive sexual behaviors: Addiction and obsessive-compulsive disorder, *Sexual Addiction & Compulsivity*, 1:1.
- [12] Hanson RK (2002) Recidivism and age: follow-up data from 4,673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 17.
- [13] Krasowska A., Jakubczyk, A., Czernikiewicz, W., Wojnar, M., Nasierowski, T., 2013, *Impulsywność sprawców przestępstw seksualnych – nowe koncepcje czy powrót do źródeł?* *Psychiatria Polska*, tom XLVII, Nr 4.
- [14] Lew-Starowicz Z., 2000, *Seksuologia sądowa*, Wyd. PZWL, Warszawa.
- [15] Lew-Starowicz Z., 2015, *Seksuologia Polska*; 13 (2).
- [16] Marcinek P, Peda A., 2009, *Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej*. *Seksuologia Polska* 7(2).
- [17] Marshall W., Marshall L., Serran G., O'Brien M., 2007, *Skuteczna terapia sprawców przestępstw seksualnych: program Rockwood*. Dziecko krzywdzone. 1: 18.
- [18] Marshall W., Howard L., E. Barbaree E., 2013, *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender* Springer Science & Business Media.
- [19] Ricciardelli R., Moir M., 2013, *Stigmatized among the Stigmatized: Sex Offenders in Canadian Penitentiaries* *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice* 55 (3).
- [20] Salter, A., 2003, *Pokonywanie traumy. Jak zrozumieć i leczyć dorosłe ofiary wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie*. Wyd. Media Rodzina, Poznań.
- [21] Salter, A., 2005, *Drapieżcy. Pedofile, gwałciciele i inni przestępcy seksualni*, Wyd. Media Rodzina, Poznań.

- [22] Seto, M.C. Is Pedophilia a Sexual Orientation? 2012 *Arch Sex Behav* 41.
- [23] Soldati L., Bianchi F., Schokaert D., Bolmont J., Hasler R., Perroux N., 2021, Association of ADHD and hypersexuality and paraphilias, *Psychiatry Research*.
- [24] Sorrentino R.; Brown A., Berard B., Peretti K., 2018, Sex Offenders: General Information and Treatment, *Psychiatric Annals*; 48(2).
- [25] Spencer D., 2009, *Sex offender as homo sacer*. *Punishment & Society*, 11(2).
- [26] Storebø, 2016, O.J., E. Simonsen, E., The association between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): a review *J. Atten. Disord.*, 20(10).
- [27] Szumiło-Kulczycka D., 2016, *Nadzór prewencyjny sprawców niebezpiecznych po odbyciu kary [w] Przepęstwa seksualne – ujęcie psychologiczne, prawne i kryminologiczne*, (red). P. Herbowski, W. Krawczyk, D. Słabczyńska, A. Zalewska., Wyd. Difin, Warszawa.
- [28] Tenbergen G., Wittfoth M., Frieling H., Ponseti J., Walter M., Walter H., Beier M., Schiffer B., Kruger T., 2015, *The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and challenges*, *Frontiers in Human Neuroscience*, 9, Article 344
- [29] Schuler M., Mohnke S., Till Amelung, Dziobek I., Borchardt V., Gerwinn H., Kärger C., Jonas Kneer, a Massau, C., Pohl, A., Weiß, S., Pieper, S., Sinke, C., Klaus M. Beier, Martin Walter, Ponseti, J., Schiffer, B., Tillmann H. C. Kruger & Henrik, H., 2021, *Empathy in paedophilia and sexual offending against children: a longitudinal extension*, *Journal of Sexual Aggression*.