

## **Pedofilia – przegląd literatury, ilustracja kazuistyczna, dylematy**

### **Pedophilia – a review of literature, casuistics, doubts**

Izabela Łucka, Anna Dziemian

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiekii Podeszłego GUM  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

#### **Summary**

The main purpose of this article is presentation of several basic issues related to the phenomenon of child sexual molesters and recognition of pedophilia as a significant social problem. The article, supplemented by casuistic illustration showing adolescents with sexual behavior disorders is giving rise to the following question: do they progress in their inappropriate behaviors to grow into adult molesters or do they stop anywhere along the way of their development? Casuistry, in the intention of the authors, is the background for discussion about prevention of child sexual abuse. This article presents also a review of the current knowledge about child sexual molesters. The topics include: the definition of pedophilia itself, which varies in the literature depending on the types of activities, kinds of victims and the circumstances in which the perpetrator acts, through to the recognition of symptoms of pedophilia as well as its consequences. It includes both intra-familial and extra-familial child sexual abuse and their offenders. The more, that the history of child sexual abuse is associated with numerous long-term physical, psychological, behavioral, interpersonal and social effects on the victim. The examinations made among pedophilic molesters have shown structural and functional temporal-limbic abnormalities, including abnormalities in the amygdala and it is possible that the pedophilic inclinations are secondary to neurodevelopmental perturbations and other neuropsychiatric syndromes.

**Słowa kluczowe:** pedofilia, młodociani sprawcy przemocy seksualnej

**Key words:** pedophilia, perpetrators, adolescent sexual aggression

Pedofilia jest rodzajem parafilii seksualnej zaliczanej do kategorii zaburzeń preferencji seksualnych zarówno według klasyfikacji ICD-10 (kod F65.4), jak i DSM-IV (kod 302.2). Pojęcie to definiuje stan, w którym jedynym lub preferowanym sposobem osiągnięcia satysfakcji seksualnej jest kontakt z osobami nieposiadającymi trzeciorzędowych cech płciowych, to znaczy z dziećmi.

Do rozpoznania tego zaburzenia zgodnie z klasyfikacją DSM-IV muszą zostać spełnione następujące kryteria:

- A) pojawiające się przez przynajmniej sześć miesięcy powracające, silnie podniecające fantazje seksualne, impulsy seksualne lub zachowania związane z aktywnością seksualną z osobami, które nie wkroczyły jeszcze w okres dojrzewania (poniżej 13 roku życia),
- B) fantazje, impulsy lub zachowania powodujące klinicznie znaczący dyskomfort lub upośledzenie w społecznym, zawodowym lub innym obszarze funkcjonowania,
- C) osoba ma przynajmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza niż osoby z kryterium A).

Nie dotyczy to osób w późnym okresie dorastania będących w relacji z dwunasto- lub trzynastolatkiem. Kryteria diagnostyczne zawarte w klasyfikacji DSM-5, opisujące zaburzenia pedofilne (kod 302.2), są zgodne z podanymi powyżej. Wprowadzają dodatkowo wskazówki dotyczące płci osób, do których diagnozowany odczuwa pociąg seksualny oraz tego, czy jego zachowania odnoszą się wyłącznie do dzieci, a także czy ograniczają się do kazirodztwa [1–3].

Na podstawie przeprowadzonej przez A.N. Grotha, W.F. Hodsona i T. Gary'ego analizy zachowań seksualnych oraz w oparciu o dynamikę rozwoju psychoseksualnego więźniów skazanych za przemoc seksualną wobec nieletnich wyróżniono dwa typy pedofilii. Pedofil fiksacyjny to człowiek, który od najwcześniejszych lat za najatrakcyjniejszy obiekt seksualny uważa dzieci. Pedofil regresyjny zainteresowania seksualne kieruje na dzieci wtedy, gdy nie może (z różnych względów) zaspokoić popędu seksualnego z partnerem dorosłym.

Inny podział wyróżnia cztery typy pedofilów: infantylny – cechujący się niedojrzałą osobowością, preferuje zabawy seksualne z dziećmi (dotykanie, przytulanie, głaskanie, całowanie), dewiant – pociąga go jedynie seks z dziećmi, z którymi kontaktów poszukuje już w wieku dojrzewania, preferuje kontakty oralno-genitalne, typ regresyjny – traktuje dziecko jak zastępczą osobę dorosłą, doprowadza do pełnych stosunków seksualnych, zaś sadysta osiąga pełną satysfakcję seksualną jedynie przez brutalny gwałt na dziecku.

Podział w zależności od stosowanych metod działania dzieli pedofilów na uwodzicieli, którzy starają się być osobami atrakcyjnymi dla dzieci, często wykonując zawody ułatwiające im dostęp do potencjalnych ofiar, oraz pedofilów agresywnych, działających brutalnie, stosujących dodatkowo przemoc fizyczną i psychiczną.

Z uwagi na wiek ofiary wyróżniamy nepiofilie (obiektem zainteresowania jest dziecko w wieku przedszkolnym), pedofilię (obiektem jest dziecko w wieku szkolnym, ale przed okresem dojrzewania) i efebofilie (obiektem jest osoba w wieku dojrzewania). W większości ujawnionych przypadków ofiarami pedofilów padają dziewczęta w wieku 8–11 lat i chłopcy w wieku 11–15 lat. Narażone na przemoc seksualną mogą być dzieci w każdym wieku, najczęściej jednak zdarza się to w wieku 4–14 lat [4–6]. Czynów pedofilnych mogą dokonywać nie tylko pedofile, ale również osoby, które podejmują kontakty seksualne z dziećmi, gdyż mają trudność (z różnych powodów) w nawiązaniu kontaktów seksualnych z osobami dorosłymi. Dziecko w tym przypadku jest bardziej dostępnym, łatwiejszym w pozyskaniu partnerem seksualnym niż osoba dorosła, choć nie jest najbardziej pożądanym erotycznie obiektem. Typ kontaktów pedofilnych bywa zróżnicowany, począwszy od obnażania się i ma-

sturbowania w obecności nieletnich, dotykania ich narządów płciowych, na pełnych stosunkach seksualnych kończąc.

W badaniach osobowości pedofilów zauważono pewne powtarzające się cechy, takie jak poczucie niższości, lęki seksualne, parafilne fantazje, problemy rodzinne, zaburzenia w relacjach interpersonalnych, lęki społeczne, wczesne doświadczenia seksualne, częsty kontakt z pornografią, złe relacje z matkami, brak pozytywnych więzi uczuciowych z ojcami, identyfikacja z matką, postrzeganie dzieci jako niezagrożających obiektów erotycznych, doświadczenie nadużycia seksualnego przed 12 rokiem życia. W praktyce klinicznej u ok. 60% pedofilów rozpoznaje się zaburzenia osobowości, w 20% spełniają one kryteria diagnostyczne narcystycznych zaburzeń osobowości, a w 22,5% – osobowości dysocjalnej. Często w tej grupie występują zaburzenia lękowe, dystymia, zespoły otepienne, upośledzenie umysłowe oraz problemy związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, szczególnie alkoholu [4–6].

Badania dotyczące funkcjonowania mózgu prowadzone w ostatnich latach wykazały różnice występujące pomiędzy osobami zdrowymi a ludźmi dotkniętymi zaburzeniami preferencji seksualnych. Odkryto, że u osób o preferencjach pedofilskich są obecne zaburzenia w pracy mózgu, szczególnie w obszarze podwzgórza: obniżona aktywność obszarów leżących w korze czołowej oraz ciała migdałowatego i hipokampa. Stwierdzono u nich także mniejszą niż przeciętnie objętość ciała migdałowatego. W badaniach wykazano, że skłonność do ryzykownych zachowań seksualnych częściej występuje u osób, które wykazują warunkowaną neurofizjologicznie mniejszą tendencję do zahamowań [7–9].

W koncepcji psychodynamicznej pedofilia jest rozumiana jako narcystyczny wybór partnera – dziecko staje się obiektem lustrzanym, co oznacza, że pedofil widzi w nim siebie jako dziecko, ponieważ jego psychika jest niedojrzała, tak jak u dziecka. Zachowania pedofilne mogą wynikać także z poczucia słabości i impotencji, które są wyeksponowane przy dorosłych partnerach lub rówieśnikach. Poprzez akt seksualny z dzieckiem, czyli z kimś młodszym, bardziej zależnym i niedoświadczonym, pedofil stara się zmniejszyć swój lęk przed odrzuceniem, przed niemożnością stosunku (lęk kastracyjny) oraz lęk związany z niskim poczuciem własnej wartości. Poprzez identyfikację projekcyjną przypisuje dziecku pragnienie seksualnej bliskości, odczuwanie przyjemności i satysfakcji, które pedofil sam odczuwa. Redukuje swoje lęki w sposób dziecięcy, czyli poprzez odreagowanie w działaniu. Przyczyny pedofilii mogą również tkwić we wczesnodziecięcej traumie, najczęściej nadużycia i/lub odrzucenia, zaś poprzez aktywny czyn przestępczy (z ofiary staje się sprawcą) dochodzi do przekształcenia pasywnej traumy, towarzyszy temu poczucie triumfu i mocy [10].

Pedofilia może wynikać z fiksacji lub z regresji. Fiksacja oznacza zatrzymanie się na jednej z faz rozwoju i polega na przejawianiu zachowań charakterystycznych dla tej fazy, bez możliwości zmiany w kierunku przejawiania zachowań bardziej dojrzałych, zaś regresja to powrót do zachowania charakterystycznego dla wcześniejszego okresu rozwojowego. „Zafiksowany” pedofil kieruje swoje potrzeby seksualne w stronę dzieci już od okresu adolescencji i częściej wobec chłopców, zaś „zregresowany” – zazwyczaj pobudza się seksualnie wobec nieletnich już po osiągnięciu swojej do-

rosłości i częściej wykorzystuje dziewczynki. Ci, którzy wykorzystują dziewczynki, zazwyczaj dokonują tego w domu, jako część kazirodczej relacji i mają tendencję do posiadania niewielu ofiar. „Zafiksowani” pedofile, którzy kierują popędy seksualne wobec chłopców, mają tendencję do szukania licznych ofiar poza domem. Prognozy terapeutyczne są korzystniejsze w przypadku „zregresowanych” profili, ponieważ w tej grupie występuje również pobudzenie seksualne kierowane wobec dorosłych kobiet i rówieśniczek [4, 8, 10, 11, 12].

Pedofilia statystycznie wielokrotnie częściej występuje u mężczyzn niż kobiet, w około 90% przypadków pedofilami okazywali się heteroseksualni mężczyźni, około 30% z nich było w przeszłości ofiarami molestowania seksualnego. Wśród kobiet pedofilia przybiera zazwyczaj formy znacznie bardziej skryte, co może powodować niedoszacowanie tego zjawiska. Zachowania pedofilne kobiet najczęściej przejawiają się przedwczesnym ekshibicjonizmem, dotykiem, pieszczotami miejsc intymnych wraz z prośbami o ich odwzajemnienie. Sprawcy przemocy seksualnej nie wyróżniają się niczym szczególnym, są niemożliwi do rozpoznania, zazwyczaj budzą zaufanie, są „porządnymi” pracownikami, sąsiadami. Odsetek osób bliskich dopuszczających się pedofilii jest bardzo wysoki, wynosi 75%. Ofiarami molestowania seksualnego przez rodziców pada co najmniej 2,5% dziewcząt i 1% chłopców. Ofiarami wykorzystania przez rodzeństwo jest co najmniej 2,5% dzieci. Szacuje się, że około 20–25% dziewcząt i 10–15% chłopców padło ofiarą molestowania seksualnego [4, 8, 11–13]. Dane te są prawdopodobnie zaniżone, a skalę tego problemu ilustrują badania dotyczące dzieci ze zdiagnozowanymi chorobami przenoszonymi drogą płciową, z których 57% zaprzeczało, że doświadczyło współżycia seksualnego [14]. Dziecko wykorzystane seksualnie przez dorosłego przeżywa głęboki uraz, sprawca góruje nad nim we wszystkich aspektach, wydaje się wszechmocny, bezradne dziecko zazwyczaj nie ma innej niż podporządkowanie się możliwości zareagowania na tę sytuację. Dodatkowo zostaje obarczone przez sprawcę poczuciem współudziału, winy za zaistniałą sytuację oraz strachu połączonego z lękiem o zdrowie i życie własne, a często także najbliższej rodziny. Zachowania seksualne podejmowane przez dorosłego wobec dziecka czynią mu głęboką krzywdę, mimo iż zdarza się tak, że podczas stymulacji miejsc erogennych organizm dziecka odpowiada reakcjami fizjologicznymi. Taka odpowiedź stanowi dowód na to, że dziecko jest zdrowe i prawidłowo zbudowane, nie świadczy o niczym innym. Tym niemniej, właśnie przyjemne doznania wywołane stymulacją seksualną są przyczyną szczególnie długo utrzymującego się poczucia winy i współudziału ze strony dziecka. Często też wykorzystywane są przez orędowników tak zwanej „pozytywnej pedofilii” jako argument dowodzący tego, że dziecko nie tylko chciało, ale i było zadowolone z tego typu kontaktu [11–13].

W przypadku kazirodztwa uraz jest jeszcze poważniejszy, podważa on bowiem fundamentalne zasady, na których zbudowane powinny być relacje w rodzinie i społeczeństwie, łamie odwieczne tabu, dodatkowo obciążając dziecko mniej lub bardziej dostrzegalnym współudziałem drugiego rodzica. Zależność dziecka od rodziców, wraz z podstawową, wpajaną w procesie wychowawczym zasadą posłuszeństwa sprawia, że ma ono jeszcze bardziej utrudnioną możliwość obrony, ucieczki czy też ujawnienia krzywdy, której doznaje. Sprawca, posiadając władzę rodzicielską, dysponuje prak-

tycznie niczym nieograniczoną swobodą działania, ma stały dostęp do swojej ofiary. W związku z tym wykorzystywanie seksualne dziecka w rodzinie trwa zazwyczaj przez dłuższy czas, częstokroć obserwować można społeczne dziedziczenie tego typu zachowań seksualnych, zwłaszcza w mniejszych, zamkniętych społecznościach. W takich przypadkach ingerencja osób trzecich działających w obronie dziecka jest znacznie utrudniona, a dziecko, żeby wytrwać i przeżyć, zmuszone jest do uruchomienia rozmaitych mechanizmów radzenia sobie.

W sytuacji, gdy parafilia podważa powszechnie obowiązujące zasady, łamie obyczajowe tabu, wyrządza krzywdę osobom drugim, konieczne jest poddanie sprawcy osądowi i karze. Zwłaszcza że w przypadku wykorzystywania seksualnego dziecka mamy do czynienia z postępującym w czasie cyklem dewiacyjnym [15]. Obejmuje on pojawiające się u sprawcy podniecenie, na przykład podczas fantazji na temat seksu z dzieckiem, podejmowanie pozornie nieistotnych decyzji lub rozmyślnych zamiarów realizacji popędów, czynników wysokiego ryzyka pod postacią dostępu fizycznego lub emocjonalnego do potencjalnej ofiary prowadzących do wyboru celu, snucia planów i fantazji dewiacyjnych, uwiedzenie lub użycie siły wobec dziecka, doprowadzające do podjęcia ataku oraz zapewnienie sobie tajemnicy osłaniającej popełniony czyn wobec towarzyszących wyrzutów sumienia lub uczucia strachu. Zatajenie sprawy, ochrona sprawcy poprzez niepodejmowanie postępowania zmierzającego do osądzenia i ukarania może pedofila jeszcze bardziej ośmielić i utrwalić chęć działania. Mimo iż reakcje otoczenia na fakt ujawnienia molestowania seksualnego, podobnie jak i postępowanie karne, zwykle są źródłem dodatkowego stresu dla dziecka, dają mu jednocześnie szansę na odzyskanie zdrowia. Ukrywanie faktu powoduje znacznie większe straty, zwłaszcza że u sprawcy – zgodnie z zasadą warunkowania instrumentalnego – utrwala się poczucie bezkarności prowadzące do zwiększenia liczby skrzywdzonych przez niego dzieci. Ustawodawca, z uwagi na to, że nie można precyzyjnie wyznaczyć granicy między stadiami rozwoju płciowego człowieka, w celu ochrony przed przedwczesnym rozpoczęciem życia seksualnego osób niedojrzałych fizycznie i psychicznie wprowadził sztywną granicę wiekową, poniżej której zachowania seksualne są karalne. Średni taki wiek na świecie to 16–18 lat, ale w niektórych rejonach wynosi on 12–21. W Polsce aranżowanie czynności seksualnych z udziałem małoletnich poniżej 15 roku życia, zgodnie z art. 200. Kodeksu karnego, zagrożone jest karą pozbawienia wolności od lat 2 do 12. Karze podlega zarówno obcowanie płciowe z małoletnim poniżej lat 15, jak i dopuszczanie się wobec takiej osoby innej czynności seksualnej lub doprowadzanie jej do poddania się takim czynnościom albo do ich wykonania. Podobnej karze podlega osoba, która utrwala treści pornograficzne z udziałem dzieci. Przeprowadzone badania wykazały wiele podobieństw pomiędzy osobami kolekcjonującymi pornografię dziecięcą oraz sprawcami seksualnych nadużyć wobec dzieci [16].

## Opis przypadków

### *Przypadek 1*

P.P., lat 16. Po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie w celu obserwacji stanu psychicznego. Chłopiec, sprawując opiekę nad 9-letnią córką sąsiadki, próbował

ją zgwałcić. W czasie rozbierania dziewczynki napotkał na jej czynny opór, protestowała, głośno krzycząc i płacząc. Ta reakcja powstrzymała pacjenta przed dokonaniem zamierzonego czynu.

P.P. przejawia zaburzenia w sferze popędowej, ma trudności z kontrolą impulsów. Przejawia zaburzenia odżywiania się, ma dużą nadwagę (130 kg przy 188 cm wzrostu), wzmózony apetyt, objada się, w ciągu ostatniego roku przytył około 20 kg. Kradnie matce pieniądze i wydaje je na papierosy i słodycze. Od 2 lat masturbuje się kilka razy dziennie, także w obecności matki, nie okazując skrępowania i wstydu. Pytany o preferencje seksualne, twierdzi, że podniecają go małe dziewczynki, rówieśniczki, ale także własna matka (do czasu hospitalizacji spali razem w jednym łóżku). W komputerze przechowuje kolekcję zdjęć pornograficznych małych dziewczynek. Zdaje sobie sprawę, że nie jest to normą, zwłaszcza że kontrola podniecenia wymaga od niego bardzo dużego wysiłku. Twierdzi, że jego głównym problemem są zachowania agresywne, szczególnie w stosunku do mamy, gdy stawia mu zakazy i wymagania. Kilkakrotnie uderzył matkę, od kilku miesięcy bardzo jej ubliża, ale deklaruje, że takie zachowanie wywołuje u niego poczucie winy. Głównym powodem kłótni z matką jest komputer, ponieważ korzysta z niego przez około 10 godzin dziennie, zaniedbując wszystkie swoje obowiązki. Przez 2 tygodnie nie chodził do szkoły, aby wymusić na matce zmianę decyzji w sprawie ograniczenia dostępu do komputera. Zdaniem matki „w domu rządzi syn”, który nie szanuje jej, ubliża, zarzucając m.in. brak wykształcenia.

Pacjent uczy się w pierwszej klasie technikum, od 3 miesięcy ma słabe stopnie, niechętnie chodzi do szkoły, choć wcześniej z nauką nie miał problemów.

P.P. pochodzi z ciąży I, prawidłowej, poród odbył się poprzez cesarskie cięcie, którego przyczyną było niedotlenienie płodu, tym niemniej w skali Apgar otrzymał 8 punktów. Rozwój psychomotoryczny, wczesnodziecięcy był prawidłowy, choć matka podkreślała, iż chłopiec zanosił się płaczem, gdy nie pozwalała mu na to, czego chciał. Zaczął uczęszczać do przedszkola w 4 r.ż., w tym też czasie matka podjęła pracę zawodową. Matka, lat 39, ma wykształcenie zawodowe – kaletnik, jest osobą religijną. Ojciec zdobył wykształcenie średnie, jest kucharzem. Rodzice rozwiedli się 6 miesięcy po urodzeniu się chłopca, który jest jedynakiem. Matka pochodzi z wykształconej rodziny, jej ojciec (71 lat) jest po studiach, matka (68 lat) jest pielęgniarką. Chłopiec do 8 r.ż. mieszkał z matką u jej rodziców. P.P. zawsze był rozpieszczany i faworyzowany przez dziadka, który często ingerował w wychowanie wnuka, podważał zdanie i decyzje matki. Ojciec pacjenta wrócił do swojej matki, z którą był tak silnie związany, że nawet po ślubie spędzał z nią więcej czasu niż ze swoją żoną. Nie okazywał żadnego zainteresowania synem, ale płacił alimenty. P.P. dopiero w wieku 15 lat poznał ojca na rozprawie sądowej dotyczącej podwyższenia alimentów. Początkowo utrzymywali ze sobą kontakt, ale został zerwany nagle, po niedotrzymaniu obietnicy wspólnego wyjazdu oraz gdy pacjent odkrył, iż ojciec spotyka się z jakąś kobietą.

Podczas hospitalizacji odbyła się konsultacja rodzinna. Matka jako problem zgłosiła negatywny wpływ rówieśniczki na jej syna, ponieważ przez nią zaczął palić papierosy, i obawę, że spróbuje narkotyków. Zdaniem pacjenta problemem są ciągłe kłótnie z matką o jego relację z koleżanką (rozumiemy to jako przejaw zazdrości matki). Koniec konsultacji rodzinnej był dramatyczny:

Terapeuta: *Co jest dla pani gorsze – aby syn był gwałtcielem czy narkomanem?*

Matka: *Narkomanem.*

Pacjent: *Gwałtcielem.*

Terapeuta: *A czego ryzyko jest większe? Na co jesteś bardziej podatny?*

Pacjent: *Na gwałt.*

Matka: *To uspokoiłam się.*

Według P.P. matka obawia się, że dojdzie do współżycia między nim i koleżanką, a potem dziewczyna „wyprze się i oskarży go o gwałt”. Matka nie akceptuje seksualności syna, jako przejawu dojrzewania i separacji, niepokoi się, gdyż znalazła w jego pokoju prezerwatywę, wypiera sygnały kształtujących się u syna zaburzeń preferencji seksualnych. Nie chce zauważyć zachowań seksualnych syna, ale o jego koleżance mówi, że jest rozbudzona seksualnie. Matka obawia się, że dziewczyna zajdzie w ciążę i zabierze jej jedynaka (podobnie jak stało się z nią i ojcem P.P.), umieszcza w niej swoje uczucia i potrzeby. Pacjent twierdził, że chciałby panować nad swoim popędem seksualnym. Deklarował, że podczas pobytu w szpitalu udawało mu się powstrzymać od masturbacji oraz podniecających myśli. Pod koniec hospitalizacji zastanawiał się, czy studiować teologię, zostać księdzem i zacząć żyć w celibacie, czy może jednak szukać życia rodzinnego.

### Wyniki badań psychologicznych

Test Rorschacha, Test Zdań Niedokończonych Rottera, TAT i MMPI wskazują na duże usztywnienie procesów poznawczych, problemy w przenoszeniu uwagi, tendencję pacjenta do koncentracji uwagi na tym, co jednoznaczne, proste. Cechuje go konkretne, zadaniowe podejście do otaczającej rzeczywistości. W działaniach jest ukierunkowany na osiągnięcie celu, bez uwzględniania skutków ubocznych i konsekwencji podejmowanych działań. Jego system wartości odbiega od społecznie akceptowanych norm i zasad. Występują percepty anatomiczne i seksualne, co świadczy o problemach w ujawnianiu potrzeb seksualnych w sposób akceptowany społecznie. Prezentuje ekstratensywny styl funkcjonowania, co oznacza, że to otoczenie jest źródłem zaspokajania jego podstawowych potrzeb. Skłonny jest działać metodą prób i błędów, podejmowane decyzje sprawdza w działaniu, ewentualnie koryguje je podczas realizacji. Występuje niedojrzałość i powierzchowność podejmowanych wysiłków poznawczych, gotowość do bezpośrednich zachowań impulsywnych. Ma niskie poczucie własnej wartości, nie potrafi okazywać swoich negatywnych emocji ani frustracji w akceptowany sposób. Pacjent werbalizuje poczucie winy, ma pewną świadomość problemu, o czym świadczy zdanie: „Najgorszą rzeczą, którą zdarzyło mi się zrobić, było... ukradnięcie mamie pieniędzy oraz próba gwałtu na 9-letniej dziewczynce”, a także twierdzi, że jego największym problemem jest uzależnienie od oglądania pornografii dziecięcej i od masturbacji. Powstaje wątpliwość, czy pacjent próbuje zyskać aprobatę psychologa, udzielając odpowiedzi wyrażających poczucie winy. Najwyższe skale w MMPI to 9-7-4, profil wiarygodny. W teście WAIS-R inteligencja werbalna na poziomie przeciętnym (II 109), a bezsłowna, czyli praktyczna, poniżej przeciętnej (II 79). Pacjent

chętnie nawiązał kontakt z psychologiem, był wielomówny, kokieterijny (sprawiał wrażenie, jakby poprzez kokieterię chciał zyskać sympatię i zredukować poczucie winy oraz wstydu), swobodny, aktywny i współpracujący.

### *Przypadek 2*

K.K., lat 16. Po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie w celu obserwacji stanu psychicznego. Od sześciu miesięcy molestował seksualnie 6-letniego bratanka (rozbierał, dotykał i pieścił jego genitalia). Uprzednio często opiekował się chłopcem, bawił się z nim, otrzymywał nawet za to drobne wynagrodzenie od brata. Podczas czynności seksualnych z dzieckiem zamykał oczy i wyobrażał sobie, że jest z dziewczyną. Podniecają go dziewczyny, rówieśniczki oraz małe dzieci niezależnie od płci. Negował przeżycie traumy seksualnej. Kolekcjonował pornografię uzyskiwaną z Internetu, masturbował się podczas jej oglądania. Twierdził, że próby zebrania filmów i zdjęć z pornografią dziecięcą nie powiodły się ze względu na obwarowania prawne. Pacjent podczas wakacji poznał dziewczynę, spotykał się z nią, po raz pierwszy w życiu współżył. Zgłaszał, że ma duży popęd seksualny, który trudno mu zrealizować w kontaktach z rówieśniczkami, gdyż jest nieśmiały, niepewny siebie.

Pacjent uczy się w szkole zawodowej (chce być rzeźnikiem), zawsze miał kłopoty z nauką, ma stwierdzoną dysleksję i dysgrafię. Zdaniem matki zawsze był mniej zdolny niż rodzeństwo. Pacjent przejawia zaburzenia w sferze popędowej, ma trudności z kontrolą impulsów. W wieku 12 lat ukradł z kolegami samochód z podwórka, aby przejechać się nim. Od 13 roku życia pije alkohol, od roku pali marihuanę, przyjmował też kilkakrotnie ekstazy. Ma nadzór kuratora z powodu współudziału w molestowaniu koleżanki (twierdzi, że przytrzymał ją, gdy inni ją molestowali). Rok temu został zgłoszony przez ojca do poradni „Monar”, ale nie uczęszczał na terapię.

Ojciec pacjenta ma 46 lat, wykształcenie zawodowe, jest kierowcą. Matka ma 55 lat, wykształcenie średnie pomaturalne, z zawodu nauczycielka nauczania początkowego, pracuje jako pomoc kuchenna w szkole. Gdy był młodszy, oboje rodzice pacjenta nadużywali alkoholu, obecnie pije matka, chociaż początkowo pacjent temu zaprzeczał. Matka jest w drugim związku małżeńskim, pierwszy trwał 5 lat, mąż był alkoholikiem. Ma trójkę starszych dzieci: córkę – 35 lat (była nieślubnym dzieckiem, istnieje tajemnica wokół jej ojca) oraz synów – 29 i 30 lat. Starsze dzieci są w stałych związkach partnerskich, posiadają swoje potomstwo, są samodzielni. Brat matki popełnił samobójstwo z nieznanym rodzinie przyczyn. Babcia pacjenta mieszka z nimi od 1,5 roku i wymaga opieki z powodu nowotworu jamy ustnej.

Pacjent pochodzi z prawidłowej ciąży, poród odbył się o czasie. Rozwój psychomotoryczny wczesnodziecięcy nieco opóźniony (chodził w wieku 14 miesięcy, mowa rozwinęła się w 3 roku życia). Pacjent w wieku 4 lat zaczął uczęszczać do przedszkola. Dojrzewanie płciowe pacjenta rozpoczęło się przedwcześnie – już w wieku 8 lat pojawiło się owłosienie łonowe. Do 12 roku życia występowało moczenie nocne. Przez rok, w wieku 14 lat, dzielił łóżko ze starszym bratem, gdyż w domu nie było dostatecznej ilości miejsca.

### Wyniki badań psychologicznych

Test Rorschacha, Test Zdań Niedokończonych Rottera, TAT i MMPI wskazują na niską tolerancję na frustrację, dużą drażliwość, skłonność do ujawniania gniewu i wrogości w postaci krótkotrwałych i gwałtownych wybuchów emocjonalnych, ale często przeniesionych na inne osoby i odroczonego w czasie. Pacjent przejawia trudności w rozpoznawaniu swoich uczuć, okazywaniu ich na zewnątrz oraz w ich kontroli. Jest wobec siebie pobłażliwy, nie uczy się na własnych błędach. Występuje niedojrzałość i powierzchowność podejmowanych wysiłków poznawczych, gotowość do zachowań impulsywnych typu acting-out. Posiada chwiejne i płynne normy etyczne, nie szanuje norm i wartości społecznych, nie bierze odpowiedzialności za siebie i swoje zachowanie, przenosi winę za swoje kłopoty na innych, racjonalizuje swoje słabe strony i niepowodzenia. Nie uświadamia sobie wagi czynu, zaprzecza, a jego zachowaniem kieruje głównie wstyd i lęk przed karą, czego przykładem jest niedokończone zdanie: „Najgorszą rzeczą, którą zdarzyło mi się zrobić, było... zaburzenie perwersji seksualnej”. K.K. dystansuje się od swego czynu poprzez próbę postawienia „profesjonalnej” diagnozy nieuwzględniającej czynnika sprawstwa oraz odpowiedzialności, zaś jego największym zmartwieniem jest picie matki oraz remont mieszkania, a nie jego obecnie trudna sytuacja. Jest nieufny wobec otoczenia, spostrzega je jako wrogie i zagrażające. Ma niską samoocenę i małe poczucie własnej skuteczności. Unika oddziaływań terapeutycznych, gdy nacisk środowiska zmniejsza się. Najwyższe skale w MMPI to 9-4 oraz lekko zaznaczona tendencja do dyssymulacji. W teście WAIS-R inteligencja werbalna na poziomie przeciętnym (II 97), a bezsłowna, czyli praktyczna, na poziomie poniżej przeciętnej (II 80), istotna statystycznie różnica między skalami. Odmówił rysowania postaci ludzkiej i drzewa. Pacjent chętnie nawiązał kontakt z psychologiem, ale był zamknięty w kwestii problemu, widoczne było duże napięcie wewnętrzne, sprawiał wrażenie, jakby kierował nim głównie lęk przed karą, powstrzymywał się od odpowiedzi, był uparty, powierzchowny, współpracował w ograniczonym zakresie, próbował być kokieteryjny, chciał uniknąć konfrontacji z problemem.

### Wnioski

Obaj pacjenci charakteryzowali się niską samooceną, niskimi kompetencjami społecznymi niezbędnymi do nawiązania relacji interpersonalnych z rówieśnikami oraz lękiem przed odrzuceniem przez środowisko. W obu przypadkach sfery rodzinne wykazywały zaburzenia w funkcjonowaniu, nie zapewniły rozwoju bezpiecznej więzi oraz silnych struktur Ego i Superego. Szczególne deficyty są zauważalne w sferze kontroli impulsów. W pierwszym przypadku doszło do nadużywania seksualnego przez matkę, w drugim zaś można przypuszczać, że istniało wysokie ryzyko nadużycia. Zarówno ze względu na alkoholizm rodziców, jak i trudne warunki lokalowe, pacjent mógł być świadkiem współżycia dorosłych, co mogło wpłynąć na niego nadmiernie stymulująco. Badacze podkreślają istotną rolę środowiska rodzinnego w psychoemocjonalnym rozwoju dziecka. Zaznaczają, iż zakłócenia w przekazywaniu informacji między dzieckiem a rodzicami (zarówno o charakterze nadmiernej symbiozy, jak i depriwacji uczuciowej, w tym rów-

niez zakłócenia związane z przewlekłymi chorobami, uzależnieniami czy niepełnosprawnością) mogą hamować prawidłowy rozwój dziecka, mogą także wywołać uszkodzenia czynności popędowych, ich fiksację lub nawet regresję [18, 19].

Z pedofilią współlistnieją uszkodzenia centralnego układu nerwowego, w wynikach testu inteligencji obaj opisani chłopcy mają obniżone wyniki w zakresie inteligencji niewerbalnej, statystycznie różnej od inteligencji słownej. Pierwszy pacjent podczas porodu doznał niedotlenienia mózgu, zaś u drugiego stwierdzono dysleksję i dysgrafię, które związane są z mikrouszkodzeniami mózgu. W literaturze dotyczącej seksuologii dziecięcej podkreśla się wyjątkową rzadkość występowania przypadków monosymptomatycznych agresji seksualnych, zalecając postrzeganie tego typu zachowań raczej jako elementu głębszych zaburzeń kształtującej się osobowości, przeważnie uwarunkowanych deprawującym wpływem środowiska lub wynikających z organicznego uszkodzenia mózgu czy też toczącego się procesu psychotycznego. Podkreśla się konieczność zachowania szczególnej ostrożności w stawianiu definitywnych diagnoz u osób, u których rozwój psychiczny i osobowościowy nie jest zakończony. Postuluje się, aby występujące u dzieci nieprawidłowości w rozwoju czy też manifestacji popędu seksualnego rozpatrywać raczej jako tzw. „przeboczenia”. Kryteria normy seksuologicznej dla dzieci i młodzieży powinny zawierać kryteria obowiązujące u dorosłych, a dotyczące zasady przeciętności, powszechności, zgodności z systemem wartości, zgodności ze standardami zdrowia oraz uwzględniać nakładającą się na nie zmienność rozwojową, a także niedojrzałość ekspresji (cecha właściwa wiekowo). Seksuolodzy dziecięcy o istotnych zaburzeniach psychoseksualnych u osób w wieku rozwojowym mówią wtedy, gdy przejawy popędu seksualnego dominują wśród innych cech osobowości dziecka i rzutują na jego postawę uczuciowo-emocjonalną oraz zachowanie [18–22]. Prezentowani pacjenci spełniają, jak się wydaje, wyżej wymienione warunki (w tym także kryteria wiekowe uwzględnione w klasyfikacjach diagnostycznych), a osoby dotknięte prezentowanymi przez nich zachowaniami zdecydowanie stały się ofiarami nadużycia seksualnego. Osoby wykorzystywane seksualnie w dzieciństwie cierpią na depresję, nerwice, seksualne obsesje, mają trudności ze znalezieniem życiowego partnera. Konsekwencją pedofilii bywa „osobowość wielokrotna” objawiająca się m.in. ogromnymi wahaniami nastrojów. Dzieci zmuszane do seksu przeżywają stany lękowe, mają skłonności samobójcze. Nie czują radości życia, często płaczą, nie wychodzą z domu, boją się ciemności i nie potrafią nikomu zaufać. W dorosłym życiu konsekwencją wykorzystywania jest anorgazmia, dystans wobec własnego ciała i skłonności do poniżających praktyk seksualnych. Ofiary stają się emocjonalnymi kalekami nastawionymi raczej na to, by przetrwać, a nie realizować własne potrzeby. Dawniej dzieci pokrzywdzone przez pedofilów często wybierały życie w klasztorze, z reguły o najostrejszym rygorze, czyli bez kontaktów ze światem zewnętrznym.

Badania prof. Rogera Collinsa dowodzą, że 77% ofiar pedofilów ma kłopoty z założeniem rodziny, 49% nadużywa przemocy, 35% dopuszcza się przestępstw seksualnych, 28% wymaga częstej opieki psychiatrycznej, a 9% staje się osobami bezdomnymi albo nieprzystosowanymi, 53% wykorzystywanych chłopców zostaje pedofilami, natomiast prawie 58% molestowanych dziewczynek w dorosłym życiu uprawia prostytucję. Bardzo często ofiary pedofilów już jako dorośli zajmują się stręczycielstwem nieletnich. Tworzy się w ten sposób zamknięty krąg krzywd wyrządzanych najbardziej wrażliwym i bezradnym spośród nas – dzieciom. Jediną drogą przerwania tego łań-

cucha wydaje się zaniechanie milczenia, pomoc prawna i terapeutyczna ofiarom oraz izolowanie sprawców wraz z próbami ich leczenia [23, 24]. Istnieją mniej lub bardziej sprawne mechanizmy postępowania w przypadku pełnoletnich pedofilów, w Polsce obowiązuje wyprowadzona 8 czerwca 2010 roku Ustawa o leczeniu przestępców seksualnych krzywdzących osoby poniżej 15 roku życia. Opracowana została specjalna strategia terapeutyczna oparta na grupowej psychoterapii poznawczo-behawioralnej, proponowanej sprawcom przestępstw seksualnych (4 lata intensywnej psychoterapii, następnie co 2 lata – 60 godzin terapii „przypominającej”, łącznie – 16 lat pracy, z oceną ryzyka powtórzenia czynu karalnego) oraz dodatkowym, indywidualnym kontaktem terapeutycznym [25]. Specjalne programy terapeutyczne opracowane dla sprawców przemocy seksualnej mają na celu rozwój ich umiejętności komunikacyjnych, zdolności do empatii i przyjmowania odpowiedzialności za swoje postępowanie. Uważa się bowiem, że właśnie brak empatii i unikanie odpowiedzialności to najistotniejsze deficyty sprawców przestępstw o charakterze seksualnym. Poza tym proponowane są im oddziaływania farmakologiczne w celu obniżenia popędu seksualnego, z nadzieją na zredukowanie zachowań seksualnych sprawców. Jednak jak podkreślają osoby prowadzące takie leczenie, leki obniżają popęd, nie mają jednak wpływu na motywacje przestępców. Najczęściej stosowanymi preparatami są: octan cyproteronu, octan medroksyprogesteronu, leki z grupy agonistów GnRH oraz inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny SSRI [8, 26]. Wszystkie powyższe oddziaływania wymagają systematycznego współdziałania sprawców z terapeutami. Doświadczenia najbardziej znanych na świecie ośrodków leczenia pedofilów pokazują, że po kilku latach leczenia przy użyciu specjalnych leków, metod treningowych i psychoterapii, poprawę uzyskać można jedynie u 21% leczonych. Podkreśla się zarazem znaczenie lęku przed ponownym osadzeniem w więzieniu jako czynnika niezwykle istotnego dla odstąpienia od popełniania tego typu przestępstw [27]. Lepsze wyniki uzyskuje się w przypadku pedofilów żyjących w udanych małżeństwach, mających poczucie winy, nieakceptujących tej dewiacji, bez zaburzeń psychicznych. Powyższe oddziaływania proponowane są dorosłym po popełnieniu przez nich przestępstwa. Problemem są osoby, które nie stanęły jeszcze przed obliczem sądu, o których skłonnościach i zachowaniach dowiadujemy się od nich samych, związani tajemnicą zawodową. Oferta przeznaczona dla takich osób, jak przedstawione w części kazuistycznej, właściwie nie istnieje. Podobnie dzieje się w przypadku dzieci prezentujących wykraczające poza normatywne dla danego wieku zachowania seksualne. Pomimo wysokiego ryzyka, iż staną się one sprawcami traum seksualnych, pozostajemy niemal bezradni [17]. Wypisując takie osoby ze szpitala, mimo zachęcania pacjentów do podjęcia terapii, z dużą dozą prawdopodobieństwa spodziewać się możemy, że wkrótce trafią do nas ich ofiary, a my dołączymy do zakłętęgo kręgu osób bezsilnych wobec tego zjawiska.

### Педофилия – литературный обзор кazuистическая иллюстрация, дилеммы

#### Содержание

Главным заданием предлагаемой работы является представление основных проблем, связанных с явлением педофилии и диагностикой этого феномена, как значительной общественной задачи. В работе представлен кazuистический случай, представляющий

адолесцента с нарушенным поведением в сексуальной сфере, позволяющей на поставление вопроса, а именно как правонарушители будут эскалировать свои неправильные поведения, становясь взрослыми педофилами, или же их прекратят в ходе своего развития? Казуистика составляет, в понятии Авторов, предмет для дискуссии, относящейся к профилактике явления сексуальной преступности по отношению к детям. В работе предствлен литературный обзор, относящийся к правонарушителям сексуального характера с преследованием детей. Это является пробой упорядочивания знаний так на тему самой педофилии, начиная от ее определения с вниманием на тип предпринимаемых действий, типа жертвы и условий, при которых преступник предпринимает действие, как и распознаение симптомов педофилии и ее последствий. Это относится к поведением нарушителей, исходящий из семейной среды, так и лиц чужих для ребенка. Поскольку последствия сексуального насилия носят длительный характер, то они охватывают как физическое, так и психическое состояния ребенка, влияют на поведение, общественную жизнь жертвы. Исследования проведенные у педофилов, показали структурные и функциональные лобно-лимбические нарушения, в том числе относящиеся к миндаловидному ядру. Возможно, что педофильные поведения являются вторичными по отношению к нейроразвитию патологического типа, или же иных нейропсихиатрических нарушений.

**Ключевые слова:** педофилия, несовершеннолетние преступники сексуального характера

### **Pädophilie – Literaturübersicht, Kasuistik, Zweifel**

#### **Zusammenfassung**

Das Hauptziel des Artikels ist die Darstellung der Grundprobleme, die mit der Erscheinung der Pädophilie verbunden sind, und die Erkennung dieser Erscheinung als ein bedeutendes soziales Problem. Der Artikel wurde um eine Fallbeschreibung bereichert, die die Adoleszenten mit gestörten Verhaltensweise im Bereich der Sexualität darstellt, was erlaubt, eine Frage zu stellen: Werden die Täter ihre unrichtige Verhaltensweise steigern, bis sie erwachsene Pädophile werden, oder hören sie damit im laufe ihrer Entwicklung auf? Die Kasuistik bildet einen Hintergrund zur Diskussion zur Vorbeugung des sexuellen Missbrauchs von Kindern. Der Artikel enthält außerdem eine Literaturübersicht über die Täter des sexuellen Missbrauchs von Kindern, ist ein Versuch, den Wissensstand über Pädophilie zu ordnen, angefangen von der Definition im Hinblick auf die Art der unternommenen Handlungen, Art des Opfers und der Umstände, in denen der Täter die Aktivität unternimmt, bis zur Erkennung der Symptome der Pädophilie und bis zu ihren Folgen. Man bespricht das Verhalten der Täter, die aus der Familie kommen, und derjenigen, die für das Kind fremd sind. Da die Folgen des sexuellen Missbrauchs von Kindern langfristig wirken, umfassen sie sowohl die körperliche als auch psychische Sphäre, sie beeinflussen das Verhalten und die soziale Funktionsweise des Opfers. Die Untersuchungen an Pädophilen wiesen strukturelle und funktionelle frontal-limbische Störungen nach, darunter auch Störungen von Amygdala. Vielleicht ist die pädophile Verhaltensweise sekundär zu Unrichtigkeiten bei der Neuroentwicklung oder zu anderen neuropsychiatrischen Störungen.

**Schlüsselwörter:** Pädophilie, minderjährige Täter der sexuellen Gewalt

### **La pédophilie – revue de littérature, casuistique, doutes**

#### **Résumé**

Cet article présente les problèmes principaux liés avec la pédophilie, important problème social. Il contient aussi les illustrations casuistiques décrivant les adolescents avec des comportements sexuels troublés qui incitent à poser la question suivante : ces adolescents deviendront-ils des pédophiles adultes ou ils s'arrêteront dans leur développement sexuel troublé ? D'après les auteurs cette casuistique donne le fondement à la discussion concernant la prévention de l'abus sexuel sur mineur. Ce travail présente aussi la revue de littérature en question, il contient la définition de la pédophilie et ses variantes d'après les divers types d'activité sexuelle, divers types de victimes, de

circonstances, reconnaissance des symptômes, ses conséquences. On décrit les comportements des délinquants venant de la famille ou d'extra famille. Les conséquences de l'abus sexuel sur mineur sont nombreuses, elles touchent la sphère physique et psychique de l'enfant, elles influent aussi sur les comportements sociaux et sur le fonctionnement social de la victime. Les examens des pédophiles démontrent qu'ils ont des troubles des structures temporales-lobiques et de leur fonctionnement, aussi des anomalies de l'amygdale. Il est donc possible que les comportements des pédophiles résultent des perturbations neurologiques et du développement ou d'autres troubles neuropsychiatriques.

**Mots clés** : pédophilie, auteurs adolescents de l'agression sexuelle

### Piśmiennictwo

1. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. *American Psychiatric Association: Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. University Press Inc.; 2013. <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>; dostęp: 7.01.2014.
4. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2000.
5. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F. *Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 786–788.
6. Ahlmeyer S, Kleinsasser D, Stoner J. *Psychopathology of incarcerated sex offenders*. J. Pers. Disord. 2003; 17: 306–318.
7. Walter M, Witzel J, Wiebking C, Gubka U, Rotte M, Schiltz K i wsp. *Pedophilia is linked to reduced activation in hypothalamus and lateral prefrontal cortex during visual erotic stimulation*. Biol. Psychiatry 2007; 62(6): 698–701.
8. Leiblum SR, Rosen RC. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
9. Suchy J, Whittaker WJ, Strassberg DS, Eastvold A. *Facial and prosodic affect recognition among pedophilic and nonpedophilic criminal child molesters*. Sex. Abuse 2009; 21(1): 93–110.
10. Gabbard G. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Fourth edition. American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, 2005
11. Salter A. *Drapieżcy. Pedofile, gwałciciele, inni przestępcy seksualni: kim są, jak działają i jak możemy chronić siebie i nasze dzieci*. Poznań: Media Rodzina; 2005.
12. Bonet G. *Perwersje seksualne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
13. Wyżyńska J. *Jak chronić dzieci przed molestowaniem seksualnym*. Poznań: Media Rodzina; 2007.
14. Sajkowska M. *Dzieci wykorzystywane seksualnie – polskie badania*. Niebieska Linia 2002; 3:
15. Salter A. *Pokonywanie traumy. Jak zrozumieć i leczyć dorosłe ofiary wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie*. Poznań: Media Rodzina; 2003.
16. Webb L, Craissati J, Keen S. *Characteristics of internet child pornography offenders: a comparison with child molesters*. Sex. Abuse 2007; 19(1): 449–465.
17. Burton DL. *Were adolescent sexual offenders children with sexual behavior problems?* Sex. Abuse 2000; 12(1): 37–48.
18. Gromska J, Łucka I, Nowak M. *Współczesne ujęcie psychofizjologii i psychopatologii seksualnej u dzieci*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2003; 3(3): 119–123.
19. Gromska J, Krzykowski G, Łucka I, Pawłowska B, Królak A, Stolarz M i wsp. *Badania nad zachowaniami seksualnymi między dziećmi w środowiskach pozarodzinnych*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2003; 3(3): 137–143.

20. Beisert M. *Rozwojowa norma seksuologiczna jako kryterium oceny zachowań seksualnych dzieci i młodzieży*. Dziecko Krzywdzone 2006; 16: 1–15.
21. Łucka I, Cebella A, Nowak M, Fryze M. *Nietypowe zachowania seksualne u dzieci w ocenie klinicznej – opisy przypadków*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2003; 3(3): 129–133.
22. Beisert M. *Kryteria diagnostyczne przydatne dla oceny zachowań seksualnych małego dziecka*. Przegl. Seksuol. 2008; 14: 11–19.
23. Beisert M. *Wykorzystanie seksualne – warunki powstania traumy*. Seksuol. Pol. 2003; 1(2): 83–91.
24. Kluczyńska S. *Przemoc seksualna wobec dzieci*. Niebieska Linia 2002; 3:
25. Czernikiewicz W. *Program leczenia preferencyjnych sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej*. XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich, Sesja seksuologiczna; Poznań, czerwiec 2010.
26. Kwiatkowska A. *Farmakoterapia preferencyjnych sprawców przeciwko wolności seksualnej*. XLIII Zjazd Psychiatrów Polskich, Sesja seksuologiczna; Poznań, czerwiec 2010.
27. Fenik K. *Terapia sprawców przemocy seksualnej*. Niebieska Linia 2002; 3:

Adres: Izabela Łucka  
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
80-282 Gdańsk, ul. Srebniki 1

Otrzymano: 11.07.2011  
Zrecenzowano: 25.10.2013  
Otrzymano po poprawie: 3.11.2013  
Przyjęto do druku: 4.12.2013