

Wykorzystywanie seksualne dzieci w Polsce – analiza badań 257 sprawców, którzy popełnili przestępstwa seksualne wobec małoletnich

Children sexual abuse in Poland – study of 257 sexual offenders against minors

Janusz Heitzman¹, Michał Lew-Starowicz², Marek Pacholski¹,
Zbigniew Lew-Starowicz³

¹Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Heitzman

²III Klinika Psychiatrii IPiN w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

³Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii, Centrum Medyczne

Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Z. Lew-Starowicz

Summary

Introduction. Obtaining objective data on sexual offenders against minors is difficult. In order to enhance the possibilities to prevent such crimes it is essential to determine factors that condition this kind of sexual behavior.

Aim: The aim of the study was to prepare a multidimensional analysis of a profile of sexual offenders against minors.

Material and method. A detailed analysis of documentation from forensic sexological, psychiatric and psychological examinations and information from the records of the proceedings concerning 257 perpetrators was performed by the authors. Information analyzed included demographic data, psychosocial background, psychosexual development, recent sexual activity, physical and mental health issues and information concerning accused sexual crime.

Results. The majority of the offenders had undisturbed family relations. However, subjects with sexual preference disorders perceived their parents' relationship as worse, reported more difficulties in educational process and in relation to teachers and peers. 5.4% of subjects experienced sexual abuse and 23.3% physical violence in their childhood. The majority reported no sexual dysfunction and had regular but rare sexual activity. 20.6% were diagnosed as having mental disorder and 36.8% were alcohol abusers. Almost 30% were under influence of alcohol or another substance during the crime. The majority had no sexual preference disorder. Definite pedophilia was found in 27% and traits of psychosexual immaturity in 23.1% of cases. There was no relationship between sexual preference disorders and psychiatric comorbidity, alcohol or substance abuse. The acts of sexual abuse comprised genital touching, vaginal or oral intercourse as well as exposing offender's or victim's body. These acts were typically against one child, planned, being aware of victim's age and using physical violence.

Conclusions. The data from our research should be taken into account when planning therapeutic and preventive interventions.

Słowa kluczowe: wykorzystywanie seksualne dzieci; sprawcy przestępstw; zaburzenia preferencji seksualnych; pedofilia

Key words: child sexual abuse; offenders; sexual preference disorders; pedophilia

Wstęp

Zjawisko wykorzystywania seksualnego dzieci jest poważnym problemem społecznym o zasięgu światowym. Nieustannie ujawnia się nowe zdarzenia tego typu. Wbrew powszechnym opiniom, pedofilia to nie tylko problem tzw. środowisk patologicznych. Danych na temat profilu sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci jest niewiele, ale wydają się one przeczyć popularnym wyobrażeniom na ten temat. Raymond i wsp. stwierdzili, że wśród tego rodzaju sprawców (średni wiek: 37 lat) 71% ukończyło szkołę średnią lub wyższą, a jedynie 7% było bezrobotnych [1]. Fagan i wsp. zwrócili natomiast uwagę, że klinicyści nie powinni zapominać, że osoba dopuszczająca się napaści seksualnej wobec dziecka nie tylko popełnia przestępstwo, ale również cierpi z powodu zaburzeń psychicznych [2]. Według Raymonda i wsp. jedynie 7% sprawców nie ujawniało żadnych współistniejących zaburzeń psychicznych na podstawie kryteriów SCID-P (Structured Clinical Interview for DSM-IV, Patient Edition). Pięćdziesiąt sześć procent spełniało kryteria pięciu lub więcej zaburzeń (poza pedofilią). U 67% rozpoznawano w przeszłości zaburzenia nastroju, najczęściej depresję. U 64% stwierdzano w wywiadzie zaburzenia lękowe (najczęściej fobię społeczną i zaburzenie stresowe pourazowe), a 60% przyznawało się podczas badania do nadużywania substancji psychoaktywnych, najczęściej alkoholu (51%), kannabinoidów (38%) i kokainy (18%) [1].

Charakteryzując parafilnego przestępcę seksualnego, wskazuje się na kompulsywne powtarzanie i osobliwość zachowania seksualnego, które leżą u źródła częstej recydywy sprawców, niezależnie od kary. Różnica jakościowa między motywacją seksualną a upośledzeniem socjalizacji seksualnej jest szczególnie wyróżniającą cechą. Przestępcy parafilni zazwyczaj nie wykazują zaburzeń osobowości, są sprawni społecznie i nierzadko wydają się poprawnie funkcjonować w związkach partnerskich. Ryan i wsp. zwracają uwagę, że wspólną cechą pedofilów jest anormalne zainteresowanie dziećmi, które nie wyklucza jednak seksualnego zainteresowania dorosłymi; prawie połowa pedofilów pozostaje w związkach małżeńskich [3]. Według raportu statystycznego NIBRS Departamentu Sprawiedliwości USA, obejmującego lata 1991–1996, 96% zgłoszonych przestępców seksualnych było płci męskiej. Kobiety popełniają tego rodzaju przestępstwa najczęściej wobec dzieci poniżej 6 roku życia. W grupie ofiar – dzieci między 6 a 12 rokiem życia – kobiety sprawczynie stanowiły 6%, a dzieci pomiędzy 12 a 17 rokiem życia – kobiet sprawczyń było tylko 3% [4].

W piśmiennictwie najczęściej spotykanymi teoriami wyjaśniającymi podłoże pedofilii są: teoria przemocy seksualnej [5], teoria determinizmu biologicznego (zaburzenia hormonalne [6], nieprawidłowości chromosomalne [7], mózgowo zaburzenia strukturalne lub funkcjonalne) [8–10] oraz teorie psychologiczne uwzględniające

cechy osobowości, kompetencje społeczne i mechanizmy kontroli impulsów. Wspomniane koncepcje psychologiczne są zdominowane przez analizę zaburzeń rozwoju psychoseksualnego i relacji z obiektem. Odnoszą się do teorii psychodynamicznych [11], teorii uczenia społecznego [12], społecznych teorii funkcjonalnych, teorii chaosu społecznego czy teorii feministycznych [13]. Prace teoretyczne wyjaśniające etiologię pedofilii dawno zaczęły scalać poszczególne podejścia, a równocześnie wyróżniać pojedyncze czynniki odpowiedzialne za aktywność seksualną wobec dziecka [14]. W kolejnych opracowaniach autorzy starają się tworzyć nowe zintegrowane teorie etiologii przestępstw seksualnych [15, 16].

W celu przeciwdziałania zjawisku seksualnego wykorzystywania dzieci niezbędne jest, oprócz upowszechnienia edukacji seksualnej, stworzenie skutecznych programów leczenia jego sprawców. Podejmowane do niedawna w Polsce działania polegały na osadzeniu przestępcy w więzieniu, co nie dawało odpowiednich efektów terapeutycznych, które przeciwdziałałyby recydywie. Co więcej, sami sprawcy tychże czynów deklarowali często chęć odbycia takiej terapii w obawie, że nadal nie będą w stanie zapanować nad własnym popędem. Środowiska polityczne i organizacje społeczne oczekują od środowisk naukowych coraz większego zaangażowania w poszukiwanie rozwiązań tego problemu.

Wydaje się, że istnieje coraz większe społeczne oczekiwanie, by określić czynniki, które odgrywają decydującą rolę w rozwoju przestępstw seksualnych. Podstawowe znaczenie ma rozróżnienie zachowań pedofilnych jako preferencyjnych od szerszego zjawiska wykorzystywania seksualnego dzieci. Niestety – w debacie społecznej i politycznej oba pojęcia stosowane są wymiennie. Można było się o tym przekonać niedawno (2010), kiedy polski Kodeks karny został uzupełniony o uregulowania dotyczące detencji i leczenia sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej [17]. Choć pedofilia nie jest terminem prawnym i jako pojęcie nie funkcjonuje w polskim Kodeksie karnym, warto zaznaczyć, że kodeks przewiduje karanie stosunków seksualnych z osobami poniżej 15. roku życia, czyli obowiązującej w Polsce granicy wieku, poniżej której nie można odbywać stosunków płciowych (tab. 1).

Tabela 1. Artykuł 200 polskiego Kodeksu karnego

§ 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.*

§ 2. *Tej samej karze podlega, kto w celu zaspokojenia seksualnego prezentuje małoletniemu poniżej lat 15 wykonanie czynności seksualnej.*

W oparciu o tak określone kryteria prawne można przyjąć, że naruszenie prawa, jakim jest pedofilia, odnosi się do określonego zdarzenia, a nie do stanu czy dyspozycji osoby popełniającej taki czyn zabroniony. Z drugiej zaś strony, nowy artykuł 95 polskiego Kodeksu karnego w aktualnie obowiązującej formie (stan na 28 lipca 2013 roku) ogranicza zastosowanie detencji lub leczenia ambulatoryjnego jako nakazanego

przez sąd jedynie do sprawców, którzy popełnili przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej w związku z ujawnianymi przez nich zaburzeniami preferencji seksualnych (np. pedofilią), rozpoznanymi zgodnie z kryteriami ICD-10 (tab. 2) [18].

Tabela 2. Kryteria rozpoznania pedofilii według klasyfikacji ICD-10

1. Spełnione są ogólne kryteria zaburzeń preferencji seksualnych (F65);
2. Utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przedpokwitaniowym;
3. Osoba ma przynajmniej 16 lat i jest przynajmniej 5 lat starsza niż dziecko lub dzieci w kryterium 1.

W celu umożliwienia realizacji powyższych uregulowań powstał i jest stosowany program terapii preferencyjnych sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej w powołanych do tego placówkach lecznictwa zamkniętego i ambulatoryjnego.

W celu stworzenia adekwatnych uregulowań prawnych, mających na celu działania prewencyjne i terapeutyczne względem sprawców przestępstw seksualnych wobec małoletnich w Polsce, niezbędne jest przeprowadzenie i upublicznienie właśnie badań dotyczących stanu i dyspozycji (a zatem profilu) osób popełniających takie czyny zabronione. Niedawno ukazały się wyniki badań autorstwa Beisert i wsp. dotyczące osób skazanych za aktywność seksualną z dzieckiem i osadzonych w 16 zakładach karnych w Polsce [19]. Do końcowej analizy włączono 248 mężczyzn o średniej wieku 42 lat i 11 miesięcy; 35,9% z nich pozostawało w stałym związku partnerskim, 24,6% stanowili rozwiedzeni, wdowcy i separowani, a 38,7% od początku żyło samotnie. Ponad jedną trzecią stanowiły osoby bezdzietne, w 82,3% o niskim poziomie wykształcenia (podstawowe i zawodowe). Prawie połowa badanych popełniła przestępstwo w warunkach recydywy. Analizując sposób działania sprawcy, Beisert stwierdziła, że najczęstszą (65,3%) formą wykorzystania ofiary było dotykание jej intymnych części ciała, a następnie penetrowanie ciała ofiary (stosunek seksualny i jego surogaty). Stosunkowo wysoki (43,1%) był odsetek sprawców zachowujących się w stosunku do ofiary brutalnie (bicie, drapanie, więzienie i krępowanie). Wykorzystania seksualnego nie przeżyło 2,8% wszystkich ofiar. Częstotliwość popełnianych czynów była znacząco wieloczynowa (63,4%) – wielokrotnie się powtarzająca z tą samą ofiarą, a ich rozpiętość czasowa najczęściej (40,7%) obejmowała lata trwania wykorzystywania. Zaplanowanie czynu stwierdzono u 63,2%. Z badań relacji pomiędzy sprawcą a ofiarą wynika, że w ponad 50% były to osoby sobie obce, a bliskie pokrewieństwo dotyczyło ok. 28%.

Nasze badania, stanowiące sedno niniejszej pracy, starały się uzupełnić na zbliżonej, licznej grupie, dane o sprawcach przestępstw pedofilii, zanim jeszcze zostali oni skazani i trafili do więzienia. Analizie poddany został ich stan psychiczny podczas czynu oraz sytuacyjne uwarunkowania psychologiczne.

Material i metody

Dokonano szczegółowej analizy dokumentacji z sądowych badań seksuologicznych, psychologicznych i psychiatrycznych (prowadzonych w latach 1980–2008 w Instytucie

Seksuologii Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego oraz w Klinice Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie) oraz informacji z zapisów rozpraw (jeżeli były dostępne) osób podejrzanych i oskarżonych o przestępstwa seksualne przeciwko małoletnim. Analizowano wyłącznie sprawy, w których sprawca przyznał się do czynu wykorzystywania seksualnego lub w których wina sprawcy poświadczona była materiałem dowodowym. Analiza obejmowała dane demograficzne, podłoże psychospołeczne i cechy rozwoju psychoseksualnego sprawcy, aktywność seksualną w okresie poprzedzającym czyn, problemy ze zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz informacje dotyczące zarzucanego przestępstwa seksualnego.

Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą oprogramowania Microsoft Office Excel 2007 i Graph Pad in Stat 3.06 dla systemu operacyjnego Windows. Dla każdej zmiennej obliczono frekwencję, a ich dystrybucja została zanalizowana za pomocą testu zgodności χ^2 Pearsona. Za statystycznie znaczące zostały uznane wyłącznie wyniki z $p < 0,05$.

Wyniki

Podstawowe dane demograficzne próby badania przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Dane demograficzne sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci

Płeć	Mężczyźni	256	99,6%	Sytuacja ekonomiczna	Dobra	17	26,6%
	Kobiety	1	0,4%		Przeciętna	28	43,7%
	bd	0			Słaba	19	29,7%
Wiek (w chwili popełnienia przestępstwa)	< 17	6	2,3%		Związki	bd	193
	17–21	17	6,6%	Samotni		93	36,2%
	> 21	234	91,1%	Żonaci		101	39,8%
	bd	0		Związek nieformalny		23	9,1%
Wykształcenie	Podstawowe	86	38,2%	Posiadanie dzieci	Rozwiedzeni	34	13,4%
	Średnie	29	12,9%		Owdowiali	2	0,8%
	Zawodowe	85	37,8%		Separacja	1	0,4%
	Wyższe	22	9,8%	Praca z dziećmi	bd	3	
	Student	3	1,3%		Tak	141	56,2%
	bd	32			Nie	110	43,8%
Źródło utrzymania	Zatrudniony	101	62,7%	Praca z dziećmi	bd	6	
	Bezrobotny	38	23,6%		Tak	18	8,8%
	Na utrzymaniu rodziców	11	6,8%		Nie	187	91,2%
	Emerytura/renta	11	6,8%		bd	52	
	bd	96					

bd – brak danych

Dane psychospoleczne

W większości przypadków sprawcy wywodzili się z rodzin robotniczych (61,5%) lub rolniczych (21,2%). Rodziców z wykształceniem wyższym miało 15,4% sprawców, 83,7% badanych było wychowywanych przez oboje rodziców, 11,5% przez matkę, 2,4% przez ojca, a 2,8% przez inną osobę. 65,5% oceniło związek swoich rodziców pozytywnie, 30,6% negatywnie, a 3,9% neutralnie. Badani z zaburzeniami preferencji seksualnych częściej uważali związki swoich rodziców za gorsze niż inni badani ($p = 0,012$). Rodzice rozwiedli się w 16,5% przypadków. Dobre relacje z rodzicami zgłosiło 74,4% badanych. Ponad połowa (51,3%) doświadczyła znaczących trudności w edukacji, a 13,2% miało problemy w relacjach z nauczycielami. Oba zjawiska są częstsze u osób z zaburzeniami preferencji seksualnych (odpowiednio $p = 0,049$ i $p = 0,017$). Dobre relacje z rówieśnikami miało 73% badanych, do tendencji do izolowania się przyznało się 18,6%, a 8,4% negatywnie oceniało wszystkie swoje kontakty społeczne we wczesnym okresie swojego życia. Pacjenci z zaburzeniami preferencji seksualnych częściej negatywnie oceniali swoje relacje z rówieśnikami ($p = 0,014$).

Rozwój psychoseksualny

W znacznej większości przypadków (97,4%) rodzice akceptowali płeć badanych. Nie-wielka część sprawców była wykorzystywana seksualnie przez członków rodziny (1,7%) czy osoby niespokrewnione (3,7%). Nie stwierdzono żadnej wyraźnej różnicy w zaburzeniach preferencji seksualnych osób, które były wykorzystywane seksualnie, i osób, które tego rodzaju wykorzystywania nie doświadczyły ($p > 0,05$), choć trzeba przyznać, że pierwsza grupa była stosunkowo nieliczna ($n = 13$), co mogło wpłynąć na uzyskany wynik.

Biorąc pod uwagę rozpoczęcie aktywności seksualnej, 7,3% badanych zaczęło się masturbować przed ukończeniem 12 roku życia, 20,9% między 12 a 14 rokiem życia, 49,5% między 15 a 18 rokiem życia, a 9,4% w starszym wieku. 13,1% badanych twierdziło, że nigdy się nie masturbowało. Badani ze stwierdzonymi zaburzeniami preferencji seksualnych masturbowali się częściej niż pozostali ($p = 0,00035$).

Swój pierwszy stosunek płciowy przed ukończeniem 12 roku życia przeżyło 10,4% badanych, między 13 a 15 – 12,6%, między 16 a 18 – 44,2% , a po ukończeniu 18 roku życia – 32%. Dla jednej osoby przestępstwo było pierwszym doświadczeniem seksualnym, a dwie osoby (0,9%) nigdy nie przeżyły pełnego stosunku. 71,4% uważało swój pierwszy stosunek za udany, natomiast 16,3% źle go wspominało. W pierwszy romantyczny związek 33,5% badanych weszło pomiędzy 15 a 17 rokiem życia, 31,7% między 18 a 20, 26,4% między 21 a 30 i 1,2% między 31 a 40 rokiem życia. 7,2% twierdziło, że nigdy się nie zaangażowało w tego rodzaju związki. Aż 23,3% sprawców doznało przemocy fizycznej w dzieciństwie.

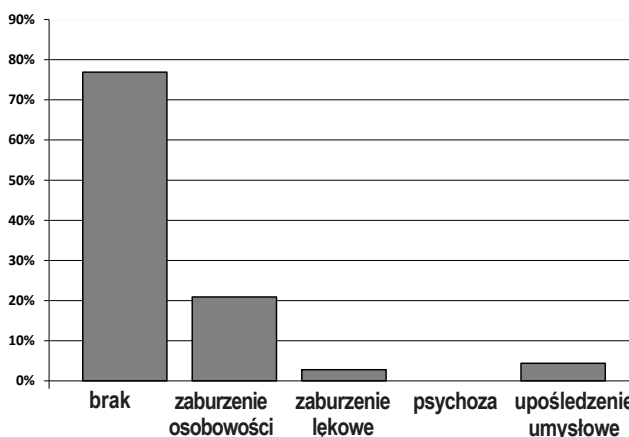
Aktywność seksualna w okresie poprzedzającym czyn

W badanej grupie 91% stanowiły osoby heteroseksualne, 2,4% – homoseksualne, a 6,7% – biseksualne. W trakcie popełnienia przestępstwa 74,3% badanych prowadziło

aktywne życie płciowe: 44,8% odbywało stosunek z częstotliwością raz w tygodniu, zaś 29,5% – kilka razy w tygodniu. Dane od 138 badanych ujawniają korzystanie z pornografii przez 41,3%. Stosunkowo niewielu badanych ujawniało dysfunkcje seksualne: 12,6% respondentów zgłaszało zaburzenia erekcji, 10,4% obniżenie pożądania, 7,1% problemy z ejakulacją (5% przedwczesny wytrysk, 2,1% zbyt późny), 1,3% nie było w stanie osiągnąć orgazmu. Znacząca większość badanych, bo aż 75,5%, uznała się za zdrowych seksualnie.

Ocena zdrowia fizycznego i psychicznego sprawców

Zdiagnozowane zaburzenia psychiczne z osi I spełniające kryteria ICD-9 lub ICD-10 miało 20,6% (ryc. 1).

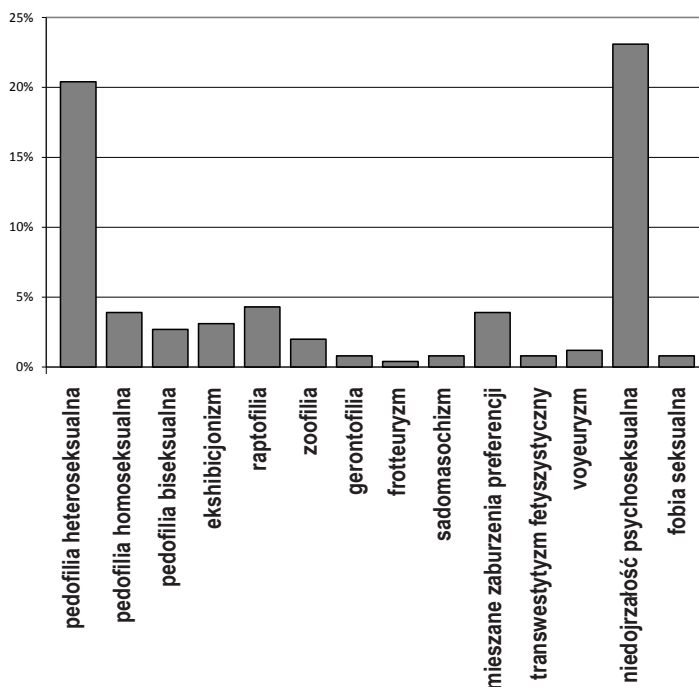


Rycina 1. Zaburzenia psychiczne u badanych przestępców seksualnych wobec nieletnich

Najczęściej stwierdzano zaburzenia osobowości (16,3%). Mimo stwierdzanych powyższych zaburzeń, tylko 4,5% leczyło się psychiatrycznie. Nadużywanie alkoholu lub substancji psychotropowych (THC, stymulanty, opioidy lub analgetyki) stwierdzono odpowiednio u 36,8% i 5% badanych.

Niepełnosprawność fizyczna stwierdzana była u 8,5% badanych. W pomiarach inteligencji 42,1% miało średnie wyniki IQ, 12,3% osiągnęło ponadprzeciętny wynik, 36,8% osiągnęło wynik niższy od przeciętnego, a 8,8% charakteryzowało się lekkim opóźnieniem umysłowym.

Występowanie zaburzeń tożsamości seksualnej lub preferencji seksualnych w badanej grupie przedstawia ryc. 2 – na następnej stronie. Najczęściej identyfikowanym zaburzeniem była niedojrzałość psychoseksualna (23,1%) definiowana jako dominujące zachowanie seksualne typowe dla wcześniejszych okresów rozwoju (w tym dominacja autoerotyzmu), przygodne zachowania seksualne, brak wyraźnych kryteriów wyboru obiektu seksualnego (np. wiek, płeć), nieumiejętność kontrolowania zachowania seksualnego związanego z popędem i skupienie na ukrywaniu, a nie eliminowaniu destruktywnego, niedojrzałego i anormalnego zachowania.



Rycina 2. Zaburzenia tożsamości/preferencji seksualnych w badanej grupie

Pedofilia heteroseksualna została zdiagnozowana u 20,4% badanych, pedofilia homoseksualna u 3,9%, a pedofilia biseksualna – u 2,7% sprawców. Nawiązanie kontaktu seksualnego z dzieckiem u 73% badanych miało charakter zastępczy! Nie stwierdzono żadnego związku pomiędzy zaburzeniami preferencji seksualnych i współzależnością psychiatryczną czy nadużywaniem alkoholu lub substancji psychotropowych ($p > 0,05$). Jedynie wśród upośledzonych umysłowo częściej występowały zaburzenia preferencji seksualnych ogólnie (71,4%, $p = 0,024$), jednak nie pedofilia ($p > 0,05$).

Aktualne zarzucane przestępstwo seksualne

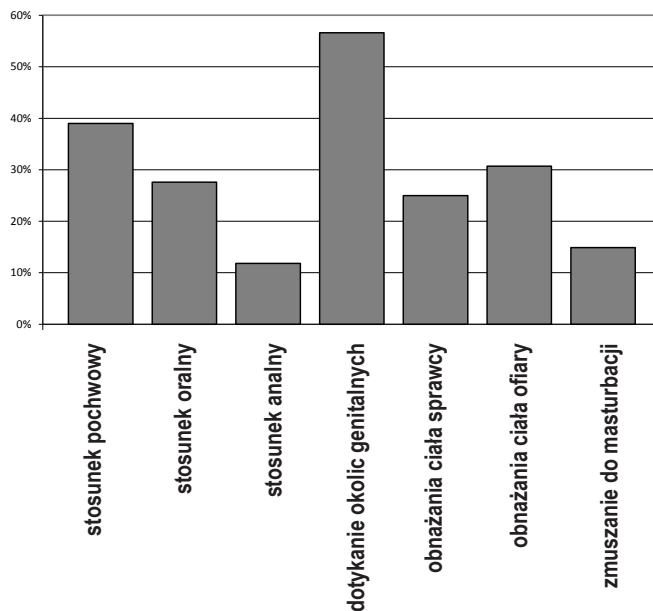
Dane dotyczące zarzucanego czynu (czynów) przedstawia tabela 4 – *na następnej stronie*. Informacje na temat częstości poszczególnych typów nadużyć seksualnych wobec dzieci przedstawia rycina 3 – *na następnej stronie*.

Dyskusja

Jak wcześniej podkreśliliśmy, wyniki podobnego badania przeprowadzonego na 248 mężczyznach skazanych za przestępstwa seksualne wobec małoletnich, przeprowadzonego w 16 zakładach karnych w Polsce, zostały opracowane i opublikowane przez Beisert [19]. Tamta badana grupa była podobna pod względem wieku, wykształcenia,

Tabela 4. Dane dotyczące zarzucanego czynu

Wiek ofiary	< 10 lat – 67,7% 10–12 lat – 35,5% 13–15 lat – 22,0%
Dobrowolność kontaktu seksualnego	Tak – 30,8%; Nie – 69,2% W przypadku braku dobrowolności 43,4% ofiar zostało zmanipulowane, 19,3% nagradzane, 8,4% uczestniczyło w aktywności seksualnej pod wpływem groźby, a 39,8% w wyniku przemocy fizycznej
Przyjęcie przez ofiarę alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej w czasie objętych czynem	13% ofiar było pod wpływem alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej (21,6% było do jej przyjęcia zachęcane lub przymuszane przez sprawcę, 78,4% robiło to dobrowolnie)
Uszkodzenia ciała	29,5% doznało w trakcie aktu seksualnego obrażeń fizycznych, 7,3% zmarło na skutek obrażeń



Rycina 3. Rodzaje nadużyć seksualnych popełnianych przez sprawców wobec dzieci

wychowania, choć z mniejszym odsetkiem żonatych (22,8% w porównaniu z 39,8% w naszym badaniu) i ze znacznie większym odsetkiem przestępców popełniających liczne akty wykorzystywania seksualnego (odpowiednio 70,4% i 29,5%). Tę ostatnią różnicę można wyjaśnić tym, że badania Beisert zostały przeprowadzone w zakładach karnych, gdzie znacznie łatwiej znaleźć osoby mające długie wyroki. Podobnie jak w naszym badaniu, większość sprawców (59,8%) wykorzystywało seksualnie jedno dziecko, 77,7% działało z premedytacją, a 31,9% użyło przemocy fizycznej.

Najczęstsze typy wykorzystywania seksualnego również są porównywalne w obu grupach, tj. dotykanie genitaliów ofiary (65,3% u Beisert, 56,6% w naszym badaniu), stosunek dopochwowy (odpowiednio 39,5% i 39%), stosunek oralny (odpowiednio 26,6% i 27,6%), stosunek analny (odpowiednio 18,1% i 11,8%), obnażanie genitaliów sprawcy (odpowiednio 12,9% i 25%), masturbacja sprawcy przez ofiarę (odpowiednio 15,7% i 14,9%). Stwierdzono znaczącą różnicę w historii rozwoju psychoseksualnego sprawców w naszym badaniu i w badaniu Beisert. W grupie Beisert 48% badanych zgłaszało wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie, prawie 9 razy więcej niż w naszym badaniu. Związek między historią wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie a prawdopodobieństwem popełnienia takich przestępstw w dorosłym życiu został dowiedziony na wielu płaszczyznach (biologicznej, psychodynamicznej, kognitywno-behawioralnej). Podejrzewa się, że tak znaczna różnica w odsetku „wykorzystywanych sprawców” pomiędzy dwoma badaniami wynika z metodologii tychże badań. Dane dotyczące seksualnego wykorzystywania w naszym badaniu uzyskane zostały w wyniku prostego pytania o zajście lub brak takiego faktu i jego naturę. Umiarkowany lub średni dyskomfort związany z wykorzystywaniem seksualnym zadeklarowało 66,9% badanych. Można przypuszczać, że zapytani o sam fakt takiego doświadczenia mogą odpowiadać negatywnie, również z przyczyn traktowania tego faktu nadal jako znaczącej traumy. Badania Beisert, bardziej dokładnie niż nasze, samym wywiadem określały charakter dokonanego przestępstwa.

Podsumowując, stwierdzamy, że podstawowa charakterystyka sprawców w obu grupach jest podobna, co potwierdza reprezentatywność grup dla populacji polskich przestępców seksualnych, których ofiarami padły dzieci. Stwierdzone różnice wynikają z różnych podejść do badania i metody analizy zbioru danych. Należy tutaj dodać, że w obu badaniach analizie poddani zostali sprawcy przestępstw wobec małoletnich, którzy zostali zatrzymani przez organy ścigania. Nie oddaje to zatem specyfiki wszystkich sprawców tego typu przestępstw, z których wiele może pozostawać nieujawnionych lub sprawcy nie zostali ujęci. Uzyskanie w pełni reprezentatywnej grupy byłoby, z oczywistych względów, technicznie niemożliwe.

Porównując nasze wyniki z danymi zawartymi w raporcie Raymonda [1], widoczne jest, iż średnia wieku mężczyzn (w tych danych nie ma kobiet) czy też poziom wykształcenia były podobne. Nieco inaczej wygląda sprawa współrozpoznawanych zaburzeń. W naszych badaniach zdiagnozowane zaburzenia psychiczne miało 20,6% osób, podczas gdy u Raymonda odsetek ten wyniósł 56%. W naszych badaniach najczęstszymi zaburzeniami, poza pedofilią, były zaburzenia osobowości (16,3%), podczas gdy w badaniach Raymonda najczęstszym rozpoznaniem była depresja (ponad połowa grupy). Niewykluczone, że wpływ na częstość rozpoznawania depresji w jego raporcie miał czas i miejsce przeprowadzonego badania (po zakończeniu procesu, w zakładzie karnym). W badaniach naszych i Raymonda nadużywanie alkoholu stwierdzono odpowiednio przez 36,8% i 51% badanych, a innych substancji psychoaktywnych: łącznie przez 5% badanych w naszym badaniu, zaś u Raymonda, marihuany i kokainy – odpowiednio przez 38% i 18%. Różnice odnośnie częstotliwości rozpoznawania innych zaburzeń najprawdopodobniej można wyjaśnić pewnymi rozbieżnościami w sposobie

diagnozowania w różnych obszarach świata. Należy jednak zauważyć, że różnice te nie są aż tak duże.

Dodatkowym celem naszego badania było także przeprowadzenie analizy skuteczności obowiązujących regulacji prawnych w zapobieganiu seksualnemu wykorzystaniu dzieci. Duży, bo liczący ponad 250 przypadków materiał badawczy jest wystarczający, by stwierdzić, czy zmieniające się rozwiązania prawne wobec sprawców pedofilii, wcześniej mające w założeniu charakter izolacyjny, a od niedawna dopiero terapeutyczny, osiągają skutek prewencyjny.

Wielokrotnie stwierdzano, że powrót do przestępstwa w grupie sprawców pedofilii jest wysoki, a orzeczona kara pozbawienia wolności nie odgrywa w sposób istotny roli prewencyjnej. Konieczność opracowania skutecznych metod przeciwdziałania seksualnemu wykorzystywaniu dzieci skierowała wysiłek badawczy (również w niniejszym programie badawczym) na lepsze poznanie czynników warunkujących tego typu przestępstwa.

Wszyscy sprawcy badani w ramach niniejszego projektu badawczego dokonali przestępstwa jeszcze przed wejściem w życie aktualnie obowiązujących w Polsce (czerwiec 2010 roku) rozwiązań prawnych zawartych w Kodeksie karnym [17]. Można przyjąć, że tylko wobec części z nich, po odbyciu kary, będą mogły być zastosowane aktualnie obowiązujące przepisy. Z treści art. 95a polskiego Kodeksu karnego (tab. 5) wynika, że jest on adresowany zasadniczo do sprawców ujawniających zaburzenia preferencji seksualnych, czyli spełniających kryteria parafilii.

Tabela 5. Artykuł 95a polskiego Kodeksu karnego

§ 1. Skazując sprawcę na karę pozbawienia wolności bez warunkowego zawieszenia jej wykonania za przestępstwo skierowane przeciwko wolności seksualnej, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, sąd może orzec umieszczenie sprawcy, po odbyciu tej kary, w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne, w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii, zmierzających do zapobieżenia ponownemu popełnieniu takiego przestępstwa, w tym w szczególności poprzez obniżenie zaburzonego popędu seksualnego sprawcy. Terapii farmakologicznej nie stosuje się, jeżeli jej przeprowadzenie spowodowałoby niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia skazanego.

§ 1a. Sąd orzeka umieszczenie sprawcy, o którym mowa w § 1, skazanego za przestępstwo określone w art. 197 § 3 pkt 2 lub 3, w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne.

§ 2. W okresie do 6 miesięcy przed przewidywanym warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary sąd ustala:

- 1) potrzebę i sposób wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1,
- 2) sposób wykonywania orzeczonego środka, o którym mowa w § 1a.

§ 2a. Sąd może zarządzić zmianę sposobu wykonywania środka zabezpieczającego określonego w § 1 lub 1a.

§ 2b. Sąd zarządza umieszczenie w zakładzie zamkniętym, jeżeli sprawca uchyła się od leczenia ambulatoryjnego określonego w § 1 lub 1a.

§ 3. Przepisy art. 94 § 2 i 3 stosuje się odpowiednio.

Uważamy, że taka kategoryzacja nie jest właściwa. Ponad 70% sprawców w badanej przez nas grupie nie ujawniało zaburzeń preferencji seksualnych o charakterze pedofilii! Co więcej, zarówno osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych, jak i bez tych zaburzeń nie różniły się istotnie w większości obszarów poddanych analizie. Pierwsza podgrupa ujawniała jedynie nieco więcej deficytów psychospołecznych (np. w nauce, relacjach z rówieśnikami) i częstszą masturbację (co może być związane z ogólnie wyższym poziomem odczuwanego popędu u osób z zaburzeniami preferencji seksualnych).

Wspomniany artykuł 95a jednoznacznie określa, że sprawca przestępstwa seksualnego wobec dziecka, po odbyciu kary, może być skierowany na leczenie do zakładu zamkniętego lub leczony ambulatoryjnie. Ustawodawca równocześnie określa rodzaj terapii (farmakoterapia i psychoterapia) i jej cel (obniżenie zaburzonego popędu seksualnego) [17]. Tego typu rozwiązanie prawne może budzić wątpliwości, bowiem za pomocą psychoterapii obniżenie zaburzonego popędu seksualnego jest niemożliwe. Ponadto, zgodnie z aktualną wiedzą, skuteczne leczenie mające na celu zmianę preferencji seksualnych jest mało prawdopodobne. Ograniczenie oddziaływań terapeutycznych do obniżenia zaburzonego popędu seksualnego, po skonfrontowaniu z wynikami naszych badań, wydaje się nieadekwatne. W ten sposób pomijane są złożone, wieloaspektowe oddziaływania psychiatryczne, psychologiczne i seksuologiczne. Warto także podkreślić, że większość badanych było sprawnych seksualnie (nie zgłaszali dysfunkcji seksualnych), ale wielu z nich było diagnozowanych jako osoby niedojrzałe psychoseksualnie. Innym istotnym czynnikiem było nadużywanie substancji psychoaktywnych. Leczenie sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci powinno zatem zmierzać do nabycia lepszych umiejętności kontrolowania zachowań seksualnych i eliminacji czynników wyzwalających utratę tej kontroli (np. nadużywanie substancji psychoaktywnych), jak również do zwiększania empatii, poprawy funkcjonowania społecznego i rozwoju umiejętności tworzenia związków uczuciowych i seksualnych z osobami dorosłymi. Program leczenia powinien być dostosowany do możliwości intelektualnych pacjenta, ponieważ prawie połowa badanych przez nas sprawców uzyskiwała wyniki ilorazu inteligencji poniżej przeciętnej lub miała rozpoznawane łagodne upośledzenie umysłowe. Leczenie stosowane w celu obniżenia impulsywności i popędu seksualnego spełnia rolę pomocniczą w kompleksowym programie leczenia sprawców przestępstw seksualnych. Aby terapia była skuteczna, pacjent – sprawca przestępstwa musi ją akceptować, co z reguły jest trudne do osiągnięcia.

Konstrukcje prawne regulujące postępowanie naprawcze (terapeutyczno-resocjalizacyjne) wobec sprawców czynów pedofilnych słusznie zakładają, że miejscem ich nie jest oddział psychiatryczny szpitala, lecz odrębny, wyspecjalizowany oddział przeznaczony właśnie dla takich osób. Powstająca w ciągu ostatnich kilku lat w Polsce sieć takich oddziałów oraz centralny oddział opiniujący sprawców przed zakończeniem kary pozbawienia wolności i określający indywidualne programy terapii jest rozwiązaniem postępowym i optymalnym. Równoczesne zachowanie możliwości leczenia i rehabilitacji sprawców w zakładach karnych nie pozostawia sprawców przez wiele lat odbywania kary w terapeutycznym zawieszeniu. Artykuł 117 polskiego Kodeksu karnego wykonawczego stanowi, iż skazanego za przestępstwo określone w art.

197–203 Kodeksu karnego popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych obejmuje się, za jego zgodą, odpowiednim leczeniem i rehabilitacją, zaś gdy takiej zgody nie ma, o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencyjny [17]. Przepis ten zatem, poza możliwością terapii w zakładzie karnym, dopuszcza możliwość stosowania przymusu leczenia. Jest to sytuacja szczególna, która przymus leczenia, regulowany ustawą o ochronie zdrowia psychicznego i zarezerwowany dla chorych psychicznie, rozszerza na sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci (podgrupę z zaburzeniami preferencji seksualnych).

Wnioski

Potoczna wiedza o sprawcy wykorzystującym seksualnie dziecko kieruje się bardziej mitami i stereotypami niż faktami, co zasadniczo wypacza obraz statystycznego sprawcy i ogranicza możliwość planowania skutecznej terapii. Dane uzyskane w naszym badaniu poszerzają dotychczasową wiedzę na ten temat.

Przeprowadzone analizy 257 przypadków nie wskazują na psychopatologiczne uwarunkowania sprawców. Bardziej zwracają uwagę na wykorzystanie seksualne dziecka będące zrealizowaniem zastępczej czynności seksualnej i dodatkowo na znaczący wpływ intoksykacji alkoholowej. Kryteria rozpoznania pedofilii spełniało mniej niż 30% badanych. Jest to istotna obserwacja, która powinna być uwzględniona podczas planowania działań terapeutycznych i prewencyjnych.

Nowelizacja przepisów polskiego prawa, wprowadzająca trzecią formę środka zabezpieczającego poprzez skierowanie sprawcy na kontrolowane leczenie ambulatoryjne, jest zmianą niezwykle ważną i pożądaną. Propozycji oddziaływań terapeutyczno-rehabilitacyjnych nie można regulować ustawowo i należy ich dobór pozostawić specjalistom: psychologom, psychiatrom, seksuologom, reedukatorom seksualnym, specjalistom terapii uzależnień itp. Leczenie z nakazu sądu nie powinno być ograniczane do sprawców z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych. Poza obniżaniem zaburzonego popędu seksualnego powinno mieć także na celu kształtowanie lepszej kontroli nad zachowaniem seksualnym, zwiększanie empatii, poprawę funkcjonowania społecznego i zdolności tworzenia uczuciowych i seksualnych związków z osobami dorosłymi.

Сексуальное использование детей в Польше – анализ исследований 257 преступников, которые совершили преступные действия по отношению к несовершеннолетним

Содержание

Вступление. Получение объективных данных на тему сексуальных преступников по отношению к детям является трудным заданием. Для увеличения возможности профилактики таких преступлений необходимым становится определение факторов обуславливающих этого типа сексуального поведения.

Задания. Подготовка многостороннего анализа профиля сексуальных преступников по отношению к несовершеннолетним.

Материал и метод. Проведен анализ документации сексологических, психиатрических и психологических исследований судебных процессов, а также записей разбирательств 257 преступников. Полученные информации охватывали демографические данные,

психообщественный фон, психосексуальное развитие, недавняя сексуальная активность, проблемы физического и психического здоровья, а также данные, относящиеся к представленному сексуального преступления.

Результаты. Большинство нарушителей находилось в нормальных семейных отношениях. Исследованные с нарушениями сексуальной предпочтения оценивали связи своих родителей как плохие, чаще трудно преодолевали школьные задания и отношения учителями и ровесниками. Среди исследованных 5,4% было сексуально использовано в детстве а 23,3% подверглись физическому насилию. Большинство правонарушителей отрицало сексуальные дисфункции и проводило редкую и нерегулярную сексуальную активность. У 20,6% диагностированы психические нарушения, а у 36,8% злоупотребляло алкоголем. Почти 30% исследованных совершало преступное действие под влиянием алкоголя, или иных психоактивных субстанций. Большинство правонарушителей не указывало на предпочтения сексуального порядка. Педофилию диагностировано в 21% случаев, а сексуальную незрелость в 23,1% случаев. Не отмечено никакой связи между нарушениями сексуальных преимуществ и психическими расстройствами, злоупотреблением алкоголя или же иных психоактивных субстанций. Сексуальные злоупотребления охватывали прикосновения к половым органам, влагалитное отношение или ротовое и обнажение тела своего или же ребенка. Чаще всего эти действия как правило совершались по отношению к одному ребенку, запланированные с применением насилия с полным сознанием возраста жертвы.

Выводы. Полученные данные расширяют современное знание предмета на тему правонарушителей сексуальных действий по отношению к несовершеннолетним и должны приниматься во внимание при планировке терапевтических воздействий и профилактики.

Ключевые слова: педофилия, сексуальное использование детей, правонарушители, нарушения сексуальных предпочтений

Sexueller Missbrauch von Kindern in Polen – Analyse der Untersuchung von 257 Tätern, die Minderjährige sexuell missbraucht haben

Zusammenfassung

Einleitung. Es ist sehr schwer, objektive Angaben zu den Tätern der sexuellen Gewalt gegen Kinder zu gewinnen. Zur Steigerung der Möglichkeiten, diesen Straftaten vorzubeugen, ist es notwendig, die Faktoren zu bestimmen, die ein solches sexuelles Verhalten bedingen.

Ziele. Vorbereitung einer mehrseitigen Analyse des Profils von Tätern der sexuellen Gewalt gegen Minderjährige.

Material und Methode. Es wurde die Analyse der Dokumentation aus der sexuologischen, psychiatrischen und psychologischen forensischen Untersuchungen durchgeführt. Dabei wurden auch die Protokolle aus den 257 Verhandlungen analysiert. Die gewonnenen Informationen umfassten die demographischen Angaben, psychosoziale Grundlage, psychosexuelle Entwicklung, sexuelle Aktivität, Probleme der körperlichen und seelischen Gesundheit und Angaben zu der sexuellen Straftat.

Ergebnisse. Die meisten Straftäter hatten ungestörte Familienbeziehungen. Die Untersuchten mit der Störung der sexuellen Präferenzen betrachteten die Beziehungen ihrer Eltern als schlechter, sie meldeten häufiger Probleme in der Schule und in den Beziehungen zu den Lehrern und Gleichaltrigen. 5,4% der Befragten wurden in der Kindheit sexuell missbraucht, und 23,3% erlebten körperliche Gewalt. Die meisten Täter verneinten sexuelle Dysfunktionen und waren regulär, aber selten sexuell aktiv. Bei 20,6% wurden psychische Störungen diagnostiziert, und 36,8% missbrauchten Alkohol. Fast 30% der Befragten beging eine Straftat unter dem Einfluss von Alkohol oder von anderen psychoaktiven Substanzen. Die meisten Täter teilten keine Störungen der sexuellen Präferenzen mit. Die Pädophilie wurde bei 27% der Fälle diagnostiziert, und die psychosexuelle Unreife bei 23,1%.

Es wurde kein Zusammenhang zwischen den Störungen der sexuellen Präferenz und psychiatrischer Komorbidität, Alkoholkonsum oder Missbrauch der anderen psychoaktiven Substanzen nachgewiesen. Sexueller Missbrauch umfasste Berühren von Genitalien, vaginalen oder

oralen Geschlechtsverkehr, sich entkleiden. Es wurde meistens an einem Kind begangen, geplant, mit Gewalt, mit voller Bewusstseins des Alters von Opfer.

Schlussfolgerungen. Die gewonnenen Angaben bereichern die bisherigen Kenntnisse zu den Tätern von sexuellen Straftaten gegen Minderjährige und sollen beim Planen von Therapie und Vorbeugungsmaßnahmen in Betracht gezogen werden.

Schlüsselwörter: sexueller Missbrauch von Kindern, Täter, Störungen der sexuellen Präferenz, Pädophilie

L'abus sexuel sur mineur en Pologne – analyse des examens de 257 délinquants sexuels

Résumé

Introduction. Il est difficile d'obtenir les données objectives concernant les délinquants sexuels sur mineur. Pour augmenter les possibilités de prévention de ce délit il faut mieux définir les facteurs le conditionnant.

Objectifs. Préparer l'analyse multidimensionnelle du profil du délinquant sexuel sur mineur.

Matériel et Méthode. On analyse la documentation médico-légale : sexologique, psychiatrique, psychologique de 257 délinquants sexuels sur mineur. On analyse les données démographiques, psychosociales, concernant le développement psychosexuel, activité sexuelle récente, problèmes de la santé physique et mentale et informations du délit sexuel commis.

Résultats. La majorité de délinquants sexuels ont les relations familiales non troublées. Les personnes avec les préférences sexuelles troublées perçoivent les relations familiales de leurs parents comme pires, elles ont les difficultés dans l'éducation, dans leurs relations avec les instituteurs et avec leurs copains du même âge. 5,4% de personnes examinées subissent l'abus sexuel durant leur enfance, 23,3% - de la violence physique. La majorité déclare l'absence des dysfonctions sexuelles et aussi l'activité sexuelle régulière pourtant rare. On diagnostique les troubles mentaux chez 20,6% d'eux, 36,8% de délinquants examinés abusent de l'alcool, presque 30% de personnes examinées font leur délit sous l'influence de l'alcool ou d'autres substances psychoactives. La majorité ne manifeste pas des troubles de l'orientation sexuelle. La pédophilie est diagnostiquée chez 27% de ces, les traits de l'immaturité sexuelle – chez 23,1%. On ne trouve aucune relation des troubles de l'orientation sexuelle et de la comorbidité psychiatrique, de l'abus de l'alcool ou d'autres substances psychoactives. Les actes de l'abus sexuel contiennent : attouchement génital, rapport vaginal ou oral, mise à nu de son corps ou du corps de la victime. Ces actes concernent le plus souvent un enfant, ils sont planifiés et commis avec la violence physique.

Conclusions. Ces recherches augmentent le savoir concernant les délinquants sexuels sur mineur et il faut les prendre en considération dans la préparation des interventions préventives et des thérapies.

Mots clés : abus sexuel sur mineur, délinquants, troubles de l'orientation sexuelle, pédophilie

Piśmiennictwo

1. Raymond CN, Coleman E, Ohlerking F, Christenson AG, Miner M. *Psychiatric Comorbidity in Pedophilic Sex Offenders*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 786–788.
2. Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CW Jr, Berlin FS. *Pedophilia*. JAMA 2002; 288(19): 2458–2465.
3. Ryan CW, Hall MD, Hall RCW. *A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues*. Mayo Clin. Proc. 2007; 82(4): 457–471.
4. Snyder HN. *Sexual assault of young children as reported to law enforcement: victim, incident and offender characteristics*. A NIRB Statistical Report. National Centre for Juvenile Justice, U.S. Department of Justice; 2000.
5. Ward T, Polaschek DLL, Beech AR. *Theories of sexual offending*. Chichester: John Wiley & Sons; 2006.

6. Hucker SJ, Bain J. *Androgenic hormones and sexual assault*. W: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. red. *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender*. New York: Plenum Press; 1990. s. 93–102.
7. Money J. *Principles of developmental sexology*. New York: Continuum International Publishing Group; 1997.
8. Tost H, Vollmert C, Brassens S, Schmitt A, Dressing H, Braus DF. *Pedophilia: Neuropsychological evidence encouraging a brain network perspective*. *Med. Hypotheses* 2004; 63: 528–531.
9. Schiffer B, Peschel T, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N i wsp. *Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia*. *J. Psychiatr. Res.* 2007; 41: 753–762.
10. Cantor JM, Kabani N, Christensen BK, Zipursky RB, Barbaree HE, Dickey R i wsp. *Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men*. *J. Psychiatr. Res.* 2008; 42: 167–183.
11. Cohen M. *Love relations: normality and pathology: Otto Kernberg*, Yale University Press. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 2000; 28: 181–184.
12. Marshall WL, Laws RD, Barbaree HE. red. *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender*. New York: Plenum Press; 1990.
13. Hangaard J, Repucci ND. *The sexual abuse of children: A comprehensive guide to current knowledge and intervention strategies*. San Francisco: Josey-Bass Publishers; 1988.
14. Finkelhor D, Araj S. *Explanations of pedophilia: A four factor model*. *J. Sex Res.* 1986; 22(2): 145–161.
15. Hall GCN, Hirschman R. *Sexual aggression against children: A conceptual perspective of etiology*. *Crim. Justice Behav.* 1992; 19: 8–23.
16. Ward T, Siegert RJ. *Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective*. *Psychol. Crime Law* 2002; 8: 319–351.
17. *Kodeks karny. Opracowanie zbiorowe*. Warszawa: LexisNexis; 2011.
18. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization; 1994.
19. Beisert M. *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2011.

Adres: Janusz P. Heitzman
Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN w Warszawie
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 29.08.2013
Zrecenzowano: 30.09.2013
Otrzymano po poprawie: 20.11.2013
Przyjęto do druku: 4.12.2013