

## **Impulsywność sprawców przestępstw seksualnych – nowe koncepcje czy powrót do źródeł?**

### **Impulsivity in sexual offenders – new ideas or back to basics?**

Aleksandra Krasowska<sup>1</sup>, Andrzej Jakubczyk<sup>1</sup>,  
Wiesław Marek Czernikiewicz<sup>2</sup>, Marcin Wojnar<sup>1, 3</sup>,  
Tadeusz Nasierowski<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Wojnar

<sup>2</sup>Zakład Seksuologii Klinicznej Instytutu Seksuologii Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego  
Kierownik: dr n. med. W. Czernikiewicz

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, Substance Abuse Section, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA  
Director of the Section: R. A. Zucker, Ph.D.

#### **Summary**

Despite the fact that the group of sexual offenders remains a population which is still difficult to study, the results of current research are considered novel and interesting. Surprisingly, the very old descriptions applying to paraphilia, which is considered to be one of the reasons of sexual offences, appear to be accurate, especially in the context of similarities between impulsivity and pathologic sexual behaviors. Notably, the nomenclature concerning impulsivity enables a specific and reasonable description of behaviors associated with sexual offences. Moreover, the results of research studies show that it is the lack of inhibition, not pathologic arousal, which is the most important factor in the pathogenesis of forbidden sexual behaviors. In addition, it has been shown that behavioral manifestations of impulsivity (substance abuse, suicide attempts) appear commonly in sexual offenders. Mutual relationships between alcohol drinking, suicide attempts, history of child sexual abuse and sexual offences, both in symptomatologic and etiologic aspect, raise a suggestion that all these phenomena may share a common background of poor inhibitory control.

**Słowa kluczowe:** impulsywność, sprawcy przestępstw seksualnych, uzależnienie od alkoholu

**Key words:** impulsivity, sexual offenders, alcohol dependence

#### **Wstęp**

W literaturze psychiatrycznej ostatnich lat coraz częściej zwraca się uwagę na znaczne upośledzenia kontroli impulsów i impulsywności jako ważnych objawów zaburzeń psychicznych. Rosnące zainteresowanie i przeprowadzone badania pozwoliły na dokładniejsze zdefiniowanie tej cechy i opisanie jej różnorodnych uwarunkowań oraz wymiarów.

### Podejmowanie decyzji – definicje impulsywności

Impulsywność definiowana jest jako sposób podejmowania decyzji charakteryzujący się „predyspozycją do szybkich, niezaplanowanych reakcji w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne i wewnętrzne bez zwracania uwagi na potencjalne negatywne konsekwencje tych zachowań” [1]. Daruna i Barnes [2] zwracają uwagę na występowanie zachowań przedwczesnych, nieprzemyślanych, nadmiernie ryzykownych i nieadekwatnych do sytuacji. Inne definicje impulsywności podkreślają niezdolność do odroczenia gratyfikacji, wybieranie mniejszej, natychmiastowej nagrody i przedkładanie jej nad większą, jednak opóźnioną w czasie [3]. W skali nasilenia zachowań impulsywnych UPPS autorstwa Whiteside’a i Lynama [4] wyróżnia się następujące domeny impulsywności: pośpiech (U – urgency), brak planowania (P – premeditation), brak wytrwałości (P – perseverance) oraz poszukiwanie nowości (S – sensation seeking).

Moeller i wsp. podkreślają, że działanie impulsywne podejmowane jest zbyt szybko, aby prawidłowo przewidzieć jego konsekwencje. Jest ono podejmowane bez oceny sytuacji i konsekwencji, a więc w pewien sposób poza świadomością [1]. Według bardziej poetyckiej wersji Loewensteina impulsywność to „zagubione ogniwo pomiędzy wiedzą a działaniem” („lost chain between knowledge and action”) [5].

Najnowsze badania w większym niż poprzednio stopniu odnoszą się do różnych wymiarów impulsywności, a w szczególności do jej aspektów behawioralnych i poznawczych. Impulsywność behawioralna (motoryczna) jest opisywana jako brak możliwości zahamowania już rozpoczętej reakcji na bodziec. Impulsywność poznawczą definiuje się jako niezdolność do prawidłowej oceny konsekwencji wydarzeń i działań [6]. W przypadku impulsywności poznawczej mówi się zatem raczej o impulsywnej decyzji, natomiast w przypadku impulsywności motorycznej – o impulsywnym działaniu. Uważa się, że te dwa wymiary są niezależnymi i, co niezwykle istotne, odmiennie uwarunkowanymi konstruktami. Podkreśla się również znaczenie tych aspektów impulsywności, które związane są z uwagą [7] („attentional impulsivity”), a więc brakiem umiejętności właściwej oceny okoliczności towarzyszących danej sytuacji czy zdarzeniu, oraz emocjami („emotional impulsivity”), wskazując na rolę stanów emocjonalnych w podejmowaniu decyzji.

Co więcej, coraz częściej pisze się o konieczności oddzielnej analizy i wyodrębnienia impulsywnego zachowania i impulsywności jako cechy osobowości [8]. Wykazano, że wysoki poziom impulsywności może być zarówno stałą cechą osobowości, jak i chwilowym stanem emocjonalnym występującym jako następstwo działania różnych czynników, wśród których szczególne znaczenie przypisuje się występowaniu silnego stresu lub nadużywaniu substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu [9]. Podłożem zachowań impulsywnych w takim właśnie dynamicznym rozumieniu byłoby chwilowe zaburzenie funkcjonowania ośrodków odpowiedzialnych za analizę odpowiedzi na bodziec zewnętrzny. Podkreśla się tutaj rolę zahamowania funkcji płatów czołowych przez aktywację układu noradrenergicznego (stres, alkohol, inne substancje psychoaktywne) [9], co może powodować ujawnienie się zachowań popędowych.

Co zaskakujące, także w potocznym czy też niemedycznym rozumieniu terminu impulsywność znajdziemy bliższe bądź dalsze, być może nieświadome odwołania do

zachowań popędowych. W definicjach słownikowych pod hasłem „impuls” odnajdziemy wpis „popęd do działania”. „Impuls” jest także synonimem wektorowej wielkości fizycznej nazywanej „popędem”.

### **Podjęmowanie decyzji przez sprawców przestępstw seksualnych**

#### **Dane epidemiologiczne sprawców przemocy seksualnej**

Zgodnie z policyjnymi statystykami ([www.policja.pl](http://www.policja.pl)) w okresie 5 lat (2007–2011) na skutek przestępstw przeciwko wolności seksualnej (art. 197–204 k.k.) pokrzywdzonych zostało prawie 47 tysięcy osób, z czego największą grupę stanowiły osoby małoletnie (prawie 40 tys.), głównie poniżej 15 r.ż. Na podstawie danych z 2008 roku opracowano statystyczny portret osoby podejrzanej o przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności. Stwierdzono, że najczęściej są to poczytalni mężczyźni, znani ofierze (nawet 80% przypadków przestępstw wobec dzieci). Większość podejrzanych to osoby niepracujące bądź bezrobotne, około 7% z nich było wcześniej karanych za podobne przestępstwa.

Dane z raportu policyjnego z 2009 roku wskazują, że w grupie 950 osób oskarżonych o dokonanie zgwałcenia u 31% udowodniono działanie pod wpływem alkoholu. Aż 43% z wszystkich oskarżonych osób było wcześniej karanych (124 osoby za przestępstwa seksualne, 281 za inne czyny). W 2011 roku najwięcej postępowań wszczęto z art. 200 k.k., tj. o czyn pedofilny, a liczba pokrzywdzonych dzieci wyniosła 5 086. Drugim najczęstszym przestępstwem seksualnym były zgwałcenia (art. 197 k.k.), zaś liczba ofiar wyniosła ponad 1 200.

Podsumowując, najczęstszymi przestępstwami seksualnymi pod względem największej liczby ofiar są przestępstwa seksualne wobec dzieci oraz zgwałcenia, i to właśnie tych dwóch grup dotyczyć będą dalsze rozważania.

### **Ogólna charakterystyka sprawców przemocy seksualnej**

Ze względu na motywację podejmowanego działania, sprawców przestępstw seksualnych klasyfikować można jako preferencyjnych (u których stwierdzamy obecność parafilii, m.in. pedofilii) oraz zastępczych, którzy popełniają czyny przestępcze w wyniku innych zaburzeń psychicznych, np. uzależnienia od alkoholu, zaburzenia osobowości czy choroby psychicznej [10]. Dane statystyczne wskazują, że jedynie 10–30% seksualnych czynów przestępczych jest podejmowane przez osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych. Podkreślał to w swoich pracach m.in. Hans Giese, stwierdzając, że „istnieje wielka ilość odchyleń od normy w zachowaniu płciowym, natomiast stosunkowo niewiele zбочzeń płciowych” [11]. Opisał on również objawy wiodące parafilii, do których zaliczał ogarnięcie przez doznania erotyczne (popadnięcie w zmysłowość), wzrost częstotliwości zachowań seksualnych z równoczesnym obniżeniem uzyskiwanej satysfakcji, promiskuityzm i anonimowość w relacjach seksualnych, rozbudowanie fantazji, różnorodność praktyk i ich wyrafinowanie, nałogowy charakter przeżyć i okresowość występowania niepokoju seksualnego [10]. Dodatkowo zacho-

wania te, poprzez nakierowanie na zaspokojenie dewiacyjnych potrzeb, doprowadzają do uprzedmiotowienia partnera seksualnego.

Podstawą rozpoznania zaburzeń preferencji seksualnych są światowe systemy klasyfikacyjne: ICD-10 oraz DSM-IV. W obowiązującej w Polsce klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia kryteria diagnostyczne parafilii obejmują utrzymujące się od przynajmniej 6 miesięcy nawracające wyobrażenia i fantazje dotyczące niezwykłych przedmiotów lub działań, jak również podejmowanie pod ich wpływem zachowań zmierzających do zaspokojenia popędu seksualnego lub odczuwania w związku z nimi znacznego cierpienia.

### **Ogólna charakterystyka i kryteria rozpoznania sprawców czynów pedofilnych**

Podział na preferencyjnych i zastępczych sprawców przestępstw seksualnych pokrywa się z dychotomiczną, regresyjno-fiksacyjną klasyfikacją pedofilii zaproponowaną przez Grotha i Birnbauma w 1978 roku. Sprawca fiksacyjny, który jako obiekt seksualny preferuje osobę bez trzeciorzędowych cech płciowych, częściej podejmuje zachowania przestępcze wobec dzieci niespokrewnionych, charakteryzuje się również wyższym ryzykiem recydywy. W przypadku sprawcy regresyjnego, który podejmuje zachowania seksualne z dzieckiem najczęściej ze względu na niemożność nawiązania lub niepowodzenia w relacji seksualnej z dojrzałym partnerem, jego ofiarami częściej stają się dzieci w obrębie rodziny, również w układzie kazirodczym. Sprawcy regresyjni w porównaniu ze sprawcami fiksacyjnymi częściej są lub byli w związkach z partnerem dojrzałym psychoseksualnie [12].

Pedofilia jest jedną z podjednostek zaburzeń preferencji seksualnych. Jej szczegółowe kryteria obejmują „utrwaloną lub dominującą skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w okresie przed pokwitaniem”. Dodatkowo konieczne jest spełnienie warunku różnicy wieku: sprawca czynu pedofilnego ma co najmniej 16 lat i jest starszy od dziecka lub dzieci, których dotyczy ewentualna preferencja, o co najmniej 5 lat.

### **Ogólna charakterystyka sprawcy zgwałceń**

Uważa się, że podjęcie czynu przestępczego w postaci zgwałcenia może być motywowane chęcią zaspokojenia potrzeby seksualnej (motywacja seksualna), innych deficytów (motywacja pozaseksualna) bądź obu wyżej wymienionych.

Motywacja seksualna sprawcy wynikać może m.in. z dewiacyjnych potrzeb sadomasochistycznych, raptofilnych. Raptofilia, inaczej gwałcicielstwo, oznacza czerpanie przyjemności z przełamania oporu ofiary. Jest związana z wysokim stopniem wyparcia potrzeb seksualnych, a co za tym idzie – w momencie wyłamania zachowania spod świadomej kontroli przebiegać może z istotnym brakiem zdolności powstrzymania czynu, brakiem zdolności do przewidywania konsekwencji zachowania oraz odroczenia gratyfikacji seksualnej. Sam czyn raptofilny trwa krótko, wiąże się z zastosowaniem przemocy adekwatnej do przełamania oporu stawianego przez ofiarę, a więc obrażenia ciała ofiary nie są powodowane celowo. Najczęściej zgwałcenia nie

są planowane. Należy jednak pamiętać, że pewne zachowania zwiększają prawdopodobieństwo stworzenia okoliczności sprzyjających temu zdarzeniu. Zalicza się do nich m.in. przebywanie w odosobnionych miejscach i spożycie alkoholu. W związku z brakiem planowania zdarzenia może do niego dojść także w miejscu publicznym, mimo że istnieje wówczas wysokie ryzyko złapania sprawcy.

Zupełnie inaczej przebiegają zgwałcenia będące manifestacją sadyzmu, który jest rodzajem parafilii, gdzie przyjemność seksualna sprawcy wynika ze sprawowania władzy i pełnej kontroli nad ofiarą, zadawania cierpienia psychicznego i fizycznego. Zachowania sadystyczne są wydłużone w czasie, co sprawia że wyzwalana w nich przemoc zdecydowanie wykracza poza przełamywanie oporu ofiary. Obrażenia ciała ofiary są rozległe, a rany zadawane są celowo.

Zgwałcenia podejmowane „w służbie innych dewiacji” różnią się między sobą w zależności od indywidualnych cech osobowości sprawcy oraz preferowanych przez niego zachowań. Zgwałcenia motywowane pozaseksualnie podejmowane są w celu realizacji potrzeb innych niż seksualne, przykładowo może to być chęć odwetu za doznane upokorzenia od innych kobiet, poczucie władzy czy odreagowanie silnego gniewu [13].

### **Sprawcy przestępstw seksualnych a impulsywność**

W literaturze omawiającej problematykę preferencji seksualnych wielokrotnie używa się terminu „impulsywność”. Jednak w większości przypadków autorzy używają go w potocznym jego znaczeniu, nie definiując go i nie stosując wspomnianego podziału na impulsywność poznawczą i behawioralną. Nie zajmują się także rolą czynników potencjalnie wpływających na poziom impulsywności.

Obserwacje kliniczne pokazują, że zachowania sprawców przestępstw seksualnych doskonale wpisują się w model zachowań impulsywnych, gdyż są to zachowania nieuwzględniające potencjalnych, negatywnych konsekwencji (dla sprawcy, ale również dla ofiary!). Sprawca przed podjęciem działania nie dokonuje analizy informacji z otoczenia (oceny miejsca!), działa gwałtownie, chcąc uzyskać natychmiastową gratyfikację nawet kosztem nieuchronnej kary w późniejszym okresie. Wreszcie są to zachowania o charakterze popędowym.

Kazimierz Imieliński, prezentując koncepcję Schorscha z 1975 roku, wyróżnił dwa typy „patologicznych odchyleń seksualnych”: impulsywny i progresywny. Typ progresywny charakteryzuje się trzema zasadniczymi elementami: „dezintegracją seksualności i osobowości”, „brakiem zaspokojenia w aktach dewiacyjnych” oraz „potrzebą kary” po dokonaniu dewiacyjnego czynu. U jego podłoża leży konflikt intrapsychoiczny, będący przyczyną ciągłych napięć, prowadzący do coraz większego „wyobcowania” seksualności, która zaczyna żyć własnym życiem. W typie impulsywnym dewiacyjne potrzeby zostają wyparte, pozornie wyciszone. Do ich ujawnienia dochodzi nagle, w sprzyjających okolicznościach, gdy zdolność kontroli zachowania została obniżona (pod wpływem alkoholu, stresu, silnych emocji). Charakterystyczny i odróżniający od typu progresywnego jest w tym przypadku brak wcześniejszych zmagających wewnętrznych, wydarzenia nie są planowane ani w ogóle brane pod uwagę,

a siła i nagłość impulsu oznacza całkowitą wobec niego bezradność. Podjęte wówczas działania mają charakter „wyłamujący się spod kontroli psychiki”. Po fakcie postrzegane są jako obce i całkowicie niezrozumiałe. Osoba dotknięta tego typu zaburzeniem nie przeczuwa zbliżającego się niebezpieczeństwa, a gdy do tego rodzaju wyłamania dochodzi po raz pierwszy, zazwyczaj nie może go zaakceptować i zrozumieć.

Opis ten jest zaskakująco zbieżny z aktualnymi definicjami zachowań impulsywnych. Charakterystyczny jest więc tutaj, szczególnie u sprawców zgwałceń, bardzo często podkreślany w literaturze dotyczącej impulsywności, rozdźwięk pomiędzy intencją a rzeczywistym efektem działania, związany z brakiem planowania czy też brakiem przewidywania konsekwencji własnych działań. Co niezwykle istotne, wszystkie kolejne zdarzenia przebiegają podobnie, co również pozostaje w zgodności z istotną cechą impulsywności, jaką jest mała wrażliwość na karę [6] manifestująca się powtarzaniem zachowań, które zostały ukarane lub co najmniej nie przyniosły spodziewanych gratyfikacji [6, 10].

Analogicznie jak w przypadku impulsywności predyktory recydywy u sprawców przestępstw seksualnych dzieli się w literaturze na czynniki statyczne i dynamiczne. Wymienione powyżej czynniki wyzwalające zachowania impulsywne (stres, intoksykacja alkoholem) zaliczane są jednocześnie do dynamicznych czynników ryzyka recydywy u sprawców przestępstw seksualnych. Czynniki ryzyka recydywy statyczne dotyczą przeszłości sprawcy, a zatem nie podlegają zmianom. Wśród nich jednymi z najważniejszych są uzależnienie od alkoholu oraz osobowość dysocjalna charakteryzująca się wysokim poziomem impulsywności [14].

Powyższe obserwacje kliniczne dotyczące występowania elementów impulsywności u osób popełniających czyny pedofilne lub dopuszczających się gwałtu znalazły swoje potwierdzenie w badaniach dotyczących anatomicznego i neurobiologicznego podłoża patologicznych zachowań występujących u sprawców przestępstw seksualnych.

### **Uwarunkowania anatomiczne podejmowania decyzji przez sprawców przestępstw seksualnych**

W 2011 roku niemieccy klinicyści opublikowali wyniki badań neuropsychologicznych wykonanych na grupach sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci, oraz sprawców przestępstw innych niż seksualne w porównaniu z grupą kontrolną osób niekaranych. W teście Go/No-go u sprawców przestępstw seksualnych wykazano istotnie gorszą kontrolę behawioralną niż w przypadku sprawców innych przestępstw, którzy uzyskali wyniki porównywalne z grupą kontrolną. Wynik ten wskazuje na istotny związek impulsywności z przestępstwami o charakterze seksualnym. Stanowi on odzwierciedlenie opisanych powyżej mechanizmów zachowań impulsywnych powodowanych aktywacją układu noradrenergicznego. W wyniku tego dochodzi do ujawnienia zachowań popędowych cechujących sprawców przestępstw seksualnych, natomiast nie obserwowanych u sprawców dokonujących innych rodzajów przestępstw.

Niezmiernie interesujący jest fakt, że jedyną istotną różnicę pomiędzy grupą pedofilów a sprawcami przestępstw pozaseksualnych oraz grupą kontrolną stwierdzono



w zakresie funkcji wykonawczych pod postacią hamowania odpowiedzi w teście Go/No-go, będącym miarą impulsywności behawioralnej. Test ten ocenia umiejętność zahamowania reakcji, która już została zainicjowana. Autorzy konkludują, iż uzyskane przez nich wyniki potwierdzają wcześniejsze doniesienia dotyczące zaburzeń funkcji płatów czołowych, zwłaszcza okolicy oczodołowo-czołowej u sprawców przestępstw seksualnych, stwierdzanych również w badaniach neuroobrazowych [15].

Podkreślenia wymaga fakt, że aktywacja poszczególnych ośrodków układu nerwowego podczas stymulacji preferowanymi bodźcami wizualnymi przebiega podobnie u osób zdrowych podczas prezentowania im zdjęć osób dojrzałych psychoseksualnie, jak i u pedofilów podczas prezentacji zdjęć dzieci przed okresem pokwitania. Ośrodki te tworzą pewien hipotetyczny model odpowiedzi świadczącej o podnieceniu seksualnym u badanego w reakcji na prezentowane mu bodźce [16, 17]. Przez wiele lat prowadzono badania mające na celu odnalezienie specyficznych cech ośrodkowego układu nerwowego osób z zaburzeniami preferencji seksualnych. Identyfikacja takich cech zwiększyłaby możliwości diagnostyczne parafilii, jak i przyczyniłaby się do wyjaśnienia genezy tego zaburzenia. W 2007 roku Schiffer i wsp. przebadali funkcjonalnym rezonansem magnetycznym 18 pedofilów i 24 zdrowych ochotników. U osób z pedofilią stwierdzono zmniejszoną objętość istoty szarej w brzusznej części prądkowia (aż do jądra półleżącego), kory czołowo-oczodołowej oraz mózdzku [18].

Szczególnie interesujące wydaje się kolejne badanie zespołu Schiffera z 2008 roku. Tym razem badacze skoncentrowali się na korze czołowo-oczodołowej (orbitofrontal cortex – OFC). Wykazali, że u zdrowych heteroseksualnych mężczyzn w wyniku stymulacji bodźcami pedofilnymi dochodzi do aktywacji tych samych ośrodków, co w przypadku osób z rozpoznaniem pedofilii. Jedyną różnicą dotyczyła aktywacji OFC, którą obserwowano u zdrowych mężczyzn, jednak nie rejestrowano u sprawców czynów pedofilnych. Autorzy doszli do przekonania, że pobudzenie OFC nie jest przejawem pojawiającego się podniecenia seksualnego, ale raczej świadectwem przetwarzania informacji i kwalifikowania obserwowanych bodźców. Brak aktywacji OFC u sprawców czynów pedofilnych może być przyczyną impulsywnej, behawioralnej manifestacji popędu, podczas gdy u zdrowych mężczyzn pierwotna aktywacja zostaje wyciszona i nie przekłada się na aktywność motoryczną.

Biorąc pod uwagę fakt, iż w OFC lokalizowane są również ośrodki warunkujące przewidywanie przyszłych konsekwencji aktualnych zachowań (impulsywność poznawcza), hamowanie behawioralne oraz wyciąganie konsekwencji z doświadczanych kar, to doniesienie może stanowić ważny punkt odniesienia w rozważaniach na temat zjawiska pedofilii [16]. Wyniki te wskazują, że w patogenezie pedofilii istotniejszy niż patologiczne wzbudzenie jest brak aktywności ośrodków odpowiedzialnych za kontrolę i hamowanie.

Podstawę teoretyczną i ogólny model praktyczny takiego podejścia stworzyli Logan i Cowan (1984), a bazą ich teorii było założenie, że procesy aktywacji i hamowania są od siebie niezależne. W modelu tym proces hamowania musi zostać uruchomiony dostatecznie wcześnie, aby mógł „dogonić” impuls aktywujący.

### **Seksualny czyn przestępczy a uzależnienia i próby samobójcze jako manifestacje impulsywności – koncepcja Hansa Giesego**

Choć coraz częściej autorzy prac dotyczących zjawiska impulsywności sięgają po nowoczesne, obiektywne i bezpośrednie metody oceny tej cechy, to jednak nadal w badaniach dominuje podejście preferujące analizę behawioralnych manifestacji impulsywności. Również w przypadku sprawców przestępstw seksualnych tylko pojedyncze prace opierały się na pomiarze poziomu impulsywności.

Grupa osób z zaburzeniami preferencji seksualnych, prawdopodobnie ze względu na swoją specyfikę oraz trudną dostępność, pozostaje populacją niedokładnie i z pewnością niedostatecznie przebadaną.

Istotne koncepcyjne podobieństwa – dotyczące zaburzeń kontroli zachowania – pomiędzy zaburzeniami preferencji seksualnych a uzależnieniami dostrzegł Hans Giese (1976), który uważał, że perwersja jest „ograniczeniem i zubożeniem” funkcjonowania niezależnie od tego, jak szeroko rozbudowane są pragnienia i fantazje seksualne. Giese twierdził, że w przypadku osób z zaburzeniami preferencji seksualnych obserwuje się ograniczoną zdolność do odwrócenia i przerzutności uwagi, a w skrajnych przypadkach dochodzi wręcz do „utraty wolności, aż do takiej zależności, jak przy nadużywaniu leków”. Według Giesego zachowania perwersyjne ewoluują „nabierając coraz więcej cech zachowania przymusowego, nieodmiennego, trwale wbudowanego w sztywny, automatyczny sposób” realizacji potrzeb oraz rozwijają się, konsekwentnie przekraczając kolejne granice, zataczając coraz szersze kręgi destrukcyjności, m.in. ze względu na „pełne napięcia zmagania wewnętrzne, połączone niekiedy z poczuciem winy i wyrzutami sumienia, albo postawy wrogie społeczeństwu, aż do podsumowującego samobójstwa” [11].

Tezy te wymagają wyrażenia za pomocą współcześnie stosowanej terminologii oraz krytycznej oceny i weryfikacji w oparciu o naukowe, oparte na dowodach przesłanki.

*„aż do takiej zależności, jak przy nadużywaniu leków”*

Wykazano, że zaburzenia psychiczne związane z wysokim poziomem impulsywności (osobowość dyssocjalna i chwiejna emocjonalnie, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, zespół nadpobudliwości psychoruchowej) zwiększają ryzyko wystąpienia uzależnienia od alkoholu, a ponadto są czynnikiem ryzyka niekorzystnych wyników jego leczenia [19]. Te same zaburzenia uważane są za predyktory recydywy u sprawców przestępstw seksualnych [14, 20].

Używanie substancji psychoaktywnych częściej przypisuje się sprawcom zgwałceń niż czynów pedofilnych. Według różnych opracowań szacuje się, że aż 40–90% sprawców zgwałceń w momencie popełnienia czynu zabronionego było pod wpływem alkoholu, wśród sprawców czynów pedofilnych 30–40% [21].

Takie statystyki można tłumaczyć tym, że alkohol zwiększa poziom impulsywności. W szeregu badań stwierdzono wzrost poziomu impulsywności w okresie picia alkoholu i w czasie trwania alkoholowego zespołu abstynencyjnego [22] oraz spadek nasilenia



impulsywności w okresie abstynencji. W stanie intoksykacji obserwuje się osłabienie kontrolnej funkcji płatów czołowych spowodowane działaniem etanolu, natomiast w okresie trwania alkoholowego zespołu abstynencyjnego zachowania impulsywne mogą wynikać z nadmiernej aktywacji układu współczulnego (noradrenergicznego). W pracy Finna i wsp. [23] opisano wzrost impulsywności po spożyciu alkoholu, lecz jedynie u osób ze słabo rozwiniętą pamięcią operacyjną [23]. Według Dougherty'ego i wsp. [22] intoksykacja alkoholem prowadzi do ujawnienia zachowań impulsywnych, które są hamowane w stanie trzeźwości.

Wormith (1988) dzięki zastosowaniu objętościowej pletyzmografii prąciowej (PPG) wykazał, że w grupie zdrowych ochotników alkohol zmniejszał odpowiedź na stymulację bodźcami erotycznymi, zaś w grupie sprawców zgwałceń takiego zjawiska nie stwierdzono. Co istotne, w grupie sprawców zgwałceń będących pod wpływem alkoholu polecenie próby hamowania podniecenia zwiększało wynik rejestrowany przez PPG podczas prezentowania bodźców sadystycznych w porównaniu z materiałami pozbawionymi elementów przemocy. Gdy przeanalizowano uzyskane wyniki w odniesieniu do IQ sprawców zgwałceń, stwierdzono, że w przypadku badanych z niskim IQ spożycie alkoholu powodowało wyższe rejestrowane wartości podniecenia niezależnie od prezentowanych treści. U sprawców z wyższym IQ spożycie alkoholu nie wpływało na uzyskane wyniki [24].

Rezultaty te pozostają w zgodności z wcześniej przytoczonymi wynikami pracy Finna i wsp. dotyczącymi znaczenia pamięci operacyjnej [23], a także z wynikami polskiego badania przeprowadzonego w grupie osób uzależnionych od alkoholu. W pracy tej opisano istotnie niższy poziom wykształcenia u osób charakteryzujących się wyższym poziomem impulsywności mierzonej skalą Barratta [25].

Kolejną kwestią jest przewlekłe używanie alkoholu przez sprawców przestępstw seksualnych. Peugh i Belenko (2001) w badaniu stwierdzili, że dwóch na trzech z przebadanych sprawców miało dodatni wywiad w kierunku używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (używania szkodliwego lub uzależnienia) bądź dokonało czynu przestępczego pod ich wpływem. Na podstawie różnych doniesień uważa się, że 40-90% sprawców zgwałceń oraz 30-40% sprawców przestępstw wobec dzieci działało w stanie intoksykacji substancją psychoaktywną [21]. Hill i wsp., badając sprawców zabójstw na tle seksualnym, stwierdzili, że prawie połowa badanych spełnia kryteria zaburzeń związanych z alkoholem według DSM-IV, w tym u ponad 27% stwierdzono szkodliwe używanie alkoholu, a u 10% używanie różnych substancji psychoaktywnych [26]. W opublikowanym w 2011 roku przeglądzie literatury dotyczącej uzależnień w grupie sprawców przestępstw seksualnych stwierdza się, iż u 9,4-85,4% osób opisywano używanie kilku substancji psychoaktywnych. Wykazano, że 5,3% sprawców molestujących dzieci miało wywiad w kierunku używania kokainy, a 14% – używania co najmniej dwóch substancji psychoaktywnych [27]. W badaniu Galli i wsp. (1999) 36% adolescentów, którzy molestowali dzieci, spełniało kryteria szkodliwego używania bądź uzależnienia od kanabinoidów [28].

Raymond i wsp. (1999) stwierdzili, że u prawie 40% preferencyjnych sprawców przestępstw wobec dzieci zdiagnozowano zaburzenia związane z używaniem kanabinoidów, 4,4% sprawców używało opioidów, 17,8% przyjmowało kokainę, 2,2% –

substancje halucynogenne, 6,7% używało innych substancji, a u około 9% stwierdzono używanie kilku substancji [29].

Warte podkreślenia jest, że zdecydowanie częściej używanie substancji psychoaktywnych stwierdza się u osób, których motywacja do popełniania czynu przestępczego określana była jako zastępcza niż w grupie preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych [30].

*„nabierają coraz więcej cech zachowania przymusowego, nieodmiennego, trwale wbudowanego w sżywny, automatyczny sposób”*

Odnosząc się do tej tezy Giesego, warto przytoczyć dwa kryteria rozpoznania uzależnienia od alkoholu według ICD-10 mówiące o „picciu alkoholu pomimo wiedzy o jego szkodliwości”, a także „trudności w kontrolowaniu zachowań związanych z picciem alkoholu”.

W literaturze dotyczącej zaburzeń preferencji seksualnych mówi się o „braku zdolności samokierowania”. Na przykładzie sprawców czynów pedofilnych potwierdzono skłonność do podejmowania spontanicznych, impulsywnych zachowań i decyzji. Analogiczne predyktory stwierdzono w przypadku sprawców zgwałceń [31], u których często obserwuje się charakterystyczną dla zachowań impulsywnych rozbieżność pomiędzy właściwym celem a efektem działania.

Jak wiadomo, istnieją także inne niż używanie substancji psychoaktywnych czynniki mogące wyzwać zachowania impulsywne. Zalicza się do nich przede wszystkim sytuacje stresowe, w czasie których dochodzi do aktywacji układu noradrenergicznego. Występująca w sytuacjach stresowych zwiększona aktywność noradrenergiczna miejsca sinawego (*locus coeruleus*) neutralizuje funkcje hamujące kory czołowej, co ma w zasadzie znaczenie obronne w sytuacjach zagrożenia (konieczność szybkiej reakcji), jednak patologiczne nasilenie przekąźnictwa noradrenergicznego prowadzi do nasilenia impulsywności [9]. W ujęciu psychologicznym tego zjawiska przedstawionym w modelu Kagana istotnym mediatorem pomiędzy zachowaniem impulsywnym a sytuacją stresową jest lęk, zaś za pierwotną jego podstawę uważa się zaniżoną samoocenę jednostki [32].

Na podstawie wielu badań stwierdzono istotną zależność pomiędzy nastrojem i przeżywaniem sytuacji stresowych oraz aktywnością seksualną. Pomimo że nie wykazano bezpośredniej korelacji pomiędzy depresją oraz zaburzeniami lękowymi a ryzykiem recydywy [20], dość powszechnie akcentuje się szczególną rolę zachowań seksualnych w regulacji napięcia oraz jako sposobu radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Doświadczenie osobistej tragedii, konfliktu interpersonalnego, złości czy upokorzenia może w tej szczególnej grupie osób doprowadzić do wzmożonych zachowań seksualnych, nasilenia perwersyjnych fantazji seksualnych, a w efekcie do wzrostu ryzyka popełnienia czynu przestępczego [31].

*„ograniczenie i zubożenie”*

Tu także warto przytoczyć jedno z kryteriów diagnostycznych rozpoznania uzależnienia od alkoholu według klasyfikacji ICD-10 [33] mówiące o „postępującym

zaniedbywaniu alternatywnych przyjemności lub zainteresowań z powodu picia oraz zwiększenia ilości czasu potrzebnego na zdobycie alkoholu”. Jednakże analizę tego stwierdzenia warto rozszerzyć o emocjonalne funkcjonowanie osób z zaburzeniami preferencji seksualnych i osób uzależnionych od alkoholu.

Brak umiejętności rozpoznawania i identyfikowania własnych oraz cudzych stanów emocjonalnych oraz adekwatnego reagowania na nie stanowi element jednej z najczęściej cytowanych teorii etiologicznych przestępstw seksualnych. Marshall i Barbaree (1990) stworzyli koncepcję uwzględniającą deficyt empatii wyrażony poprzez brak umiejętności przyjęcia perspektywy ofiary bądź pomijania (błędne interpretowania) jej stanów emocjonalnych związanych z wykorzystaniem seksualnym. Badania w tym zakresie wskazują, iż poziom empatii jest odwrotnie skorelowany z agresją oraz postawą antyspołeczną [34]. Z drugiej zaś strony podkreśla się, że umiejętność przyjęcia przez sprawcę perspektywy ofiary, przy jednoczesnym pomijaniu konsekwencji emocjonalnych, może ułatwiać jej wyselekcjonowanie i zdobycie. Zależności pomiędzy różnymi aspektami i komponentami empatii i ich rolą w genezie przestępczości seksualnej pozostają nierozstrzygnięte.

Również w przypadku osób uzależnionych od alkoholu niezwykle duże znaczenie przypisuje się umiejętności rozpoznawania i konstruktywnego przetwarzania własnych emocji. Konstruktem opisującym deficyt takich umiejętności jest aleksytymia. Szacuje się, że można ją rozpoznać u 50–78% osób uzależnionych od alkoholu w porównaniu z 10–19% w populacji ogólnej. Istnieje liniowa zależność między nasileniem używania alkoholu a aleksytymią [35].

#### *„aż do podsumowującego samobójstwa”*

Próba samobójcza jest najbardziej poważnym objawem zaburzeń kontroli impulsów [36]. Według Rzewuskiej podjęcie próby samobójczej jest następstwem dwóch stanów psychopatologicznych: impulsywności i suicydalności. W licznych pracach wykazano, że osoby charakteryzujące się wysokim poziomem impulsywności istotnie częściej próbują popełnić samobójstwo [37, 38]. W polskim badaniu przeprowadzonym w grupie osób uzależnionych od alkoholu uwidoczniło się istotnie wyższy poziom impulsywności behawioralnej u osób z historią impulsywnych prób samobójczych w porównaniu z osobami z wywiadem nieimpulsywnej próby samobójczej. Istotny jest również fakt, że aż 62% wszystkich prób samobójczych miało w tym badaniu charakter impulsywny, a 68% zostało podjętych w stanie intoksykacji alkoholem [39].

Należy podkreślić, że wśród pacjentów deklarujących podejmowanie prób samobójczych 14,6% stanowiły osoby wykorzystywane seksualnie przed osiemnastym rokiem życia, podczas gdy wśród negujących próby samobójcze było ich 5,6%. Różnica ta była statystycznie istotna (dane niepublikowane). Zakłada się, że łącznikiem pomiędzy doświadczeniem wykorzystania seksualnego a podjęciem próby samobójczej jest właśnie impulsywność [40]. W polskich badaniach wykazano istotny związek pomiędzy historią wykorzystania seksualnego a wyższym poziomem impulsywności [25].

W przypadku osób z zaburzeniami preferencji seksualnych ryzyko podejmowania prób samobójczych nie zostało dokładnie przebadane. Pritchard i King w swoim ba-

daniu (2005) wykazali jednakże, że wskaźnik dokonanych samobójstw wśród osób skazanych wyłącznie za przestępstwa seksualne wobec dzieci był 183 (!) razy wyższy niż w populacji ogólnej i 15-krotnie wyższy niż w grupie osób skazanych, które oprócz przestępstw seksualnych popełniły również innego rodzaju czyny karalne.

W opublikowanym w styczniu 2013 r. badaniu Jeglic i wsp. 14% przebadanych sprawców wszystkich przestępstw seksualnych miało w wywiadzie próbę samobójczą. W tej grupie nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic pomiędzy sprawcami zgwałceń a osobami molestującymi dzieci [41]. W niedawno przeprowadzonym, dużym badaniu epidemiologicznym dotyczącym populacji duńskiej potwierdzono, że próby samobójcze występują istotnie częściej u osób z zaburzeniami preferencji seksualnych niż w populacji ogólnej [42].

### **Neurobiologiczne aspekty przestępczości seksualnej**

W grupie osób z zaburzeniami preferencji seksualnych nie prowadzono dotychczas poprawnych metodologicznie badań neurobiologicznych. Mimo to powszechnie uważa się, że kluczowe znaczenie mają te same neuroprzekaźniki, które są zaangażowane w kontrolę impulsów. Układem mającym największe znaczenie przy zachowaniach impulsywnych wydaje się układ serotonergiczny modyfikujący aktywność zarówno układu dopaminergicznego, jak i GABA-ergicznego oraz glutamatergicznego [43].

W kontekście aktywności i kontroli zachowań seksualnych szczególnie dużo uwagi poświęca się także dopaminie, która nie tylko reguluje prawidłowy przebieg cyklu reakcji seksualnej, ale również odpowiada za wzrost poziomu pożądania oraz zwiększenie częstości odbywania stosunków seksualnych zarówno na poziomie motywacji, jak i realizacji pragnień. Uważa się, że zadowolenie z kontaktów seksualnych wiąże się z nasileniem przekąźnictwa dopaminergicznego w jądrze półleżącym [34]. Wśród badanych osób z pedofilią stwierdza się zwiększoną aktywność jądra półleżącego, ale również wskazuje się na istotny w swych konsekwencjach niedobór tego neuroprzekaźnika. W badaniach na zwierzętach wykazano z kolei, że zniszczenie jądra półleżącego może prowadzić do zwiększenia poziomu impulsywności [44]. Uważa się, że niskie stężenie dopaminy może być przyczyną podjęcia zachowań potencjalnie ryzykownych (impulsywnych) w celu wyrównania niedoboru i uzupełnienia „deficytu przyjemności” [43]. Mechanizm ten opisywany jest często jako jeden z elementów uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Pewna heterogenność i niejednoznaczność wpływu dopaminy na patologiczne zachowania seksualne jest również zgodna z obserwacjami dotyczącymi zachowań impulsywnych. Zasadniczo uważa się, że do zachowań impulsywnych predysponuje niska aktywność układu dopaminergicznego [44], a w przypadku pacjentów z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej obserwuje się istotne zmniejszenie poziomu impulsywności po podaniu leków z grupy psychostymulantów, które nasilają przekąźnictwo dopaminergiczne. Wykazano jednakże, że pochodne amfetaminy mogą również zwiększać poziom impulsywności [45]. Uważa się, że przeciwimpulsywne działanie dopaminy zależy od wyjściowej aktywności ośrodkowego układu nerwowego i dotyczy tylko osób (a także zwierząt) o wysokim wyjściowo poziomie impulsywności [45].

Wskazuje się również na wzajemne zależności pomiędzy dopaminą, testosteronem a estradiolem. Wbrew powszechnemu przekonaniu, że istnieje związek pomiędzy testosteronem a podejmowaniem zachowań seksualnych i agresją, nie wykazano zależności pomiędzy tym hormonem a pedofilią ani innymi zaburzeniami preferencji seksualnych [34].

Kolejnym neuroprzekaznikiem istotnym z punktu widzenia zachowań seksualnych jest serotonina. Opublikowano kilka doniesień, które łączą obniżenie stężenia serotoniny z pedofilią, brak jednak w literaturze jednoznacznych dowodów łączących stężenia neuroprzekazników z ryzykiem przestępczości seksualnej, a dotychczas wysnuwane wnioski oparte są na pojedynczych badaniach lub modelach teoretycznych [34].

### Genetyczne aspekty przestępczości seksualnej

Do dnia dzisiejszego nie przeprowadzono dużych, poprawnych metodologicznie badań na temat dziedziczenia zaburzeń preferencji seksualnych ani ich genetycznych uwarunkowań. Aktualnie w literaturze rozważane są dwa skrajne podejścia dotyczące wpływu doświadczenia molestowania seksualnego w dzieciństwie na późniejsze kształtowanie się zachowań agresywnych i realizowanie ich w sposób niezgodny z prawem.

Według różnych doniesień 40–93% sprawców przestępstw seksualnych doświadczyło jakiejś formy przemocy seksualnej w dzieciństwie [34]. Choć ta rozpiętość jest znaczna, to w każdym wypadku wskaźnik ten jest wyższy niż w populacji ogólnej.

Istnieje kilka koncepcji wyjaśniających to zjawisko. Podstawą koncepcji biologicznej jest założenie, że doświadczenie traumatycznego wydarzenia w dzieciństwie powoduje funkcjonalne i strukturalne zmiany w OUN. Konsekwencją mogą być zaburzenia funkcji poznawczych, emocji, jak również integracji zachowania. Tego rodzaju deficyty mogą następnie prowadzić do zaburzeń kontroli impulsów, rozpoznawania i przewidywania skutków podjętego zachowania, a w efekcie modyfikować wzorce zachowań seksualnych.

Choć nie podejmowano tej tematyki w badaniach naukowych dotyczących sprawców przestępstw seksualnych, warto również rozważyć potencjalny mechanizm epigenetyczny opisany dokładnie dla genu transportera serotoniny (*5-HTT*). Mechanizm ten jest związany z modulacją ekspresji genu pod wpływem ekspozycji na czynniki środowiskowe [46]. W przypadku genu dla transportera serotoniny (*slc64*) opisano istotny związek pomiędzy fenotypową manifestacją małej aktywności transportera a historią traumatycznych wydarzeń w dzieciństwie [46]. Fenotypową manifestację obniżonej aktywności serotoninowej (zaburzenia lękowe i depresyjne) [46, 47] obserwowano przede wszystkim u osób ze specyficznym genotypem (wariant *s/s* w regionie promotorowym), które doświadczyły traumatycznych wydarzeń (między innymi wykorzystania seksualnego) przed 18 rokiem życia. Z drugiej strony warto podkreślić, że wariant ten w innych badaniach wiązany był z występowaniem zachowań impulsywnych [48, 49]. Zagadnienie to, jak również analiza innych polimorfizmów wiązanych dotychczas z zachowaniami impulsywnymi, z pewnością wymaga dalszych badań w grupie osób z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Koncepcja psychodynamiczna podchodzi do zjawiska wykorzystywania seksualnego innych osób jako sposobu radzenia sobie z własną, nierozwiązaną traumą poprzez krzywdzenie innych bądź identyfikację z agresorem. Koncepcja poznawczo-behawioralna podkreśla, iż zachowanie wyuczone może prowadzić do uwarunkowania, a błędna interpretacja zjawisk i myślenie życzeniowe wykorzystywane są do racjonalizacji i usprawiedliwiania zachowania [34]. W przypadkach, gdy sprawcą wykorzystania seksualnego dziecka jest jego rodzic, można potencjalnie rozważać możliwy wpływ czynników dziedzicznych, a więc przykładowo predyspozycji genetycznej do zachowań o charakterze impulsywnym. Takie zależności nie były jednakże badane w opisanej grupie pacjentów, choć impulsywność wydaje się idealnym kandydatem na endofenotyp (fenotyp pośredni) [46] w przypadku zaburzeń preferencji seksualnych.

Co interesujące, polskie badania przeprowadzone w grupie osób uzależnionych od alkoholu pokazały, że ok. 30% kobiet z grupy badanej (ok. 10% całej grupy) doświadczyło wykorzystania seksualnego w ciągu życia, a 20% – w okresie dzieciństwa. W pracy tej wykazano istotny związek pomiędzy historią wykorzystania seksualnego a wysokim poziomem impulsywności [25]. Z drugiej strony w innym badaniu wykazano, że historia doświadczenia wykorzystania seksualnego może być istotnym czynnikiem ryzyka pedofilii, natomiast nie ma związku z ryzykiem uzależnienia od substancji psychoaktywnych [50]. Warto jednak podkreślić, że badanie to przeprowadzono w grupie osób uzależnionych od opioidów, które są dość specyficzną populacją osób uzależnionych.

### Podsumowanie

Choć grupa osób z zaburzeniami preferencji seksualnych, a w szczególności grupa sprawców przestępstw seksualnych, pozostaje populacją trudno dostępną i niedokładnie przebadaną, wyniki przeprowadzonych w ostatnich latach badań budzą duże zainteresowanie. Analiza nowych prac pozwala stwierdzić, że opisy dotyczące zaburzeń preferencji seksualnych pochodzące z lat 80. poprzedniego stulecia zadziwiają swoją trafnością i celnością osądów. Uzyskane wyniki potwierdzają istotne koncepcyjne podobieństwa pomiędzy zaburzeniami preferencji seksualnych a zachowaniami impulsywnymi. Zaskakuje łatwość, z jaką stosuje się nomenklaturę stworzoną do analizy impulsywności, do opisu zachowań związanych z zaburzeniami preferencji seksualnych.

Być może warto wykorzystać ten fakt, próbując w bardziej ścisły i naukowy sposób opisywać zjawiska dotyczące zaburzeń preferencji seksualnych z punktu widzenia upośledzenia procesu hamowania, a nie patologicznego wzbudzenia. Obserwacja ta może mieć również istotne implikacje kliniczne w kontekście możliwości omówienia opisanych uwarunkowań podejmowania decyzji w procesie terapeutycznym.

Analiza przeprowadzona w niniejszej pracy dotyczy czynów pedofilnych oraz gwałcielskich, a więc najczęstszych, ale jednak szczególnych przypadków przestępstw seksualnych. Inne rodzaje zachowań przestępstw seksualnych nie zostały ujęte w przeprowadzonych dotychczas badaniach. Ponadto w pracy nie uwzględniono opisu



ważnych, psychologicznych uwarunkowań sposobu podejmowania decyzji, takich jak nieprawidłowe wzorce przywiązania czy przebieg rozwoju wczesnodziecięcego. Z uwagi na obszerność tematu omówienie tych zagadnień przekracza ramy niniejszego opracowania.

### **Импульсивность преступников сексуальных поступков. Новые концепции или возвращение к источникам?**

#### **Содержание**

Сексуальные преступники входят в трудно доступную группу и недостаточно исследованную. Результаты, проведенные в последних годах, исследований пробуждают большой интерес, поскольку имеют надежду на понимание патомеханизмов такого типа поведения. Анализ новых работ позволяет на подтверждение, что описания, относящиеся к нарушениям сексуального характера, на фоне которых может происходить сексуальное преступление, относится к 80-тым годам прошлого столетия необыкновенно точные. Полученные результаты указывают на присутствие существенных сходств между самыми частыми сексуальными преступлениями (педофилия и изнасилование) и импульсивными поведениями. Концепция, объясняющая явление импульсивности, вместе с используемой в ней терминологией, оказывается необыкновенно пригодной для описания поведений, связанных с преступлениями сексуального типа. Более того, результаты проведенных нейробиологических исследований указывают на факт, что на патогенез патологических поведений, а именно сексуальных преступлений, необходимо рассматривать с точки зрения нарушения процесса торможения, а не патологического возбуждения.

Взаимозависимости между употреблением алкоголя, суицидальными пробами, распросом, относящимся к сексуальному использованию в детстве и сексуальными преступлениями, как на симптоматологической почве так и патогенетичным, позволяют предполагать, что может быть у основы всех этих феноменов лежит нарушенный контроль импульсов.

**Ключевые слова:** импульсивность, сексуальные преступники, алкогольная зависимость.

### **Impulsivität der Sexualstraftäter. Neue Ideen oder Rückkehr zu Quellen?**

#### **Zusammenfassung**

Die Sexualstraftäter sind eine schwer zugängliche und nicht genau untersuchte Gruppe. Die Ergebnisse der in den letzten Jahren durchgeführten Studien erfreuen sich einer großen Popularität, weil sie auf die Untersuchung der Pathomechanismen eines solchen Verhaltens hoffen. Die Analyse der neuen Studien lässt feststellen, dass die Beschreibungen zu Störungen der sexuellen Präferenzen, die die Grundlage für Sexualverbrechen sind, und die aus den 80-er Jahren des vergangenen Jahrhunderts kommen, überraschend treffend sind. Die erzielten Ergebnisse zeigen das Auftreten von signifikanten Ähnlichkeiten zwischen den meisten sexuellen Verbrechen (Pädophilie und Vergewaltigungen) und dem impulsiven Verhalten. Das Konzept, das die Erscheinung der Impulsivität mit der angewandten Terminologie erklärt, ist für die Beschreibung der Verhaltensweisen außergewöhnlich brauchbar, die mit den sexuellen Verbrechen verbunden sind. Um so mehr weisen die Ergebnisse der durchgeführten neurobiologischen Studien hin, dass man die Pathogenese der verbrecherischen sexuellen Verhaltensweisen im Hinblick auf die Beeinträchtigung des Hemmungsprozesses und nicht Erregungsprozesses betrachten soll.

Die gegenseitigen Abhängigkeiten zwischen Alkoholkonsum, Suizidversuchen, Anamnese zum sexuellen Mißbrauch im Kindesalter und den sexuellen Verbrechen sowohl auf der symptomatologischer als auch pathogenetischer Grundlage lassen vermuten, dass vielleicht die Ursache dieser aller Erscheinungen die gestörte Kontrolle der Impulse zugrunde liegt.

**Schlüsselwörter:** Impulsivität, Sexualverbrecher, Alkoholabhängigkeit

## L'impulsivité des délinquants sexuels. Les nouvelles idées ou le retour aux sources ?

### Résumé

Les délinquants sexuels constituent le groupe difficile à étudier. Les résultats récents des recherches en question sont très intéressants et ils éveillent l'espoir à mieux connaître les mécanismes pathologiques de tels comportements. L'analyse des travaux décrivant les troubles de l'orientation sexuels qui peuvent former la base des délits sexuels vient des années 80 du siècle dernier et elle est très juste. Elle démontre les ressemblances des délits sexuels les plus fréquents (pédophilie, viol) et les comportements impulsifs. La conception expliquant le phénomène d'impulsivité et sa terminologie semble être très utile à la description des comportements sexuels pathologiques. De plus les résultats des recherches neurobiologiques indiquent que la pathogénie des délits sexuels résulte plutôt du déficit de l'inhibition que de l'excitation excessive. Les corrélations mutuelles de l'abus de l'alcool, des tentatives de suicide, de l'abus sexuel durant l'enfance et les délits sexuels, du point de vue symptomatologique et étiologique, permettent supposer que peut-être le trouble du contrôle des impulsions constitue le fond de ces phénomènes.

**Mots clés.** Impulsivité, dépendance à l'alcool, délinquants sexuels

### Piśmiennictwo

1. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. *Psychiatric aspects of impulsivity*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 1783–1793.
2. Daruna JH, Barnes P. *A neurodevelopmental view of impulsivity. The impulsive client: theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 1993.
3. Monterosso J, Ainslie G. *Beyond discounting: possible experimental models of impulse control*. Psychopharmacology (Berl). 1999; 146: 339–347.
4. Whiteside SP, Lynam DR. *The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity*. Pers. Individ. Differ. 2001; 30: 669–689.
5. Loewenstein G. *Out of control: visceral influences on behaviour*. Organ. Behav. Hum. Dec. Process. 1996; 65: 272–292.
6. Arce E, Santisteban C. *Impulsivity: a review*. Psicothema 2006; 18: 213–220.
7. de Wit H. *Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes*. Addict. Biol. 2009; 14: 22–31.
8. Brunner D, Hen R. *Insights into the neurobiology of impulsive behavior from serotonin receptor knockout mice*. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1997; 836: 81–105.
9. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ, Pham M, Moeller FG. *Impulsivity: a link between bipolar disorder and substance abuse*. Bipolar Disord. 2004; 6: 204–212.
10. Imieliński K. *Seksiatria. Patologia seksualna. Vol. 2*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1990.
11. Giese H. *Seksuologia*. Warszawa: PZWL; 1976.
12. Groth AN, Birnbaum HJ. *Adult sexual orientation and attraction to underage persons*. Arch. Sex. Behav. 1978; 7: 175–181.
13. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa. I edycja*. Warszawa: PZWL; 2000.
14. Beech AR, Craig L, Browne KD. *Assessment and treatment of sex offenders : a handbook*. Chichester, UK, Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2009.
15. Schiffer B, Vonlaufen C. *Executive dysfunctions in pedophilic and nonpedophilic child molesters*. J. Sex. Med. 2011; 8: 1975–1984.
16. Schiffer B, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, Schedlowski M, Kruger TH. *Functional brain correlates of heterosexual paedophilia*. Neuroimage 2008; 41: 80–91.

17. Cantor JM, Kabani N, Christensen BK, Zipursky RB, Barbaree HE, Dickey R, Klassen PE, Mikulis DJ, Kuban ME, Blak T, Richards BA, Hanratty MK, Blanchard R. *Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men*. J. Psychiatry Res. 2008; 42: 167–183.
18. Schiffer B, Peschel T, Paul T, Gizewski E, Forsting M, Leygraf N, Schedlowski M, Krueger TH. *Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia*. J. Psychiatry Res. 2007; 41: 753–762.
19. Miller L. *Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style*. J. Subst. Abuse Treat. 1991; 8: 277–291.
20. Hanson RK, Bussiere MT. *Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies*. J. Consult. Clin. Psychol. 1998; 66: 348–362.
21. Peugh J, Belenko S. *Examining the substance use patterns and treatment needs of incarcerated sex offenders*. Sex. Abuse 2001; 13: 179–195.
22. Dougherty DM, Marsh DM, Moeller FG, Chokshi RV, Rosen VC. *Effects of moderate and high doses of alcohol on attention, impulsivity, discriminability, and response bias in immediate and delayed memory task performance*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2000; 24: 1702–1711.
23. Finn PR, Justus A, Mazas C, Steinmetz JE. *Working memory, executive processes and the effects of alcohol on Go/No-Go learning: testing a model of behavioral regulation and impulsivity*. Psychopharmacology (Berl). 1999; 146: 465–472.
24. Wormith JS, Bradford JM, Pawlak A, Borzecki M, Zohar A. *The assessment of deviant sexual arousal as a function of intelligence, instructional set and alcohol ingestion*. Can. J. Psychiatry 1988; 33: 800–808.
25. Jakubczyk A, Klimkiewicz A, Mika K, Bugaj M, Konopa A, Podgórska A, Brower KJ, Wojnar M. *Psychosocial predictors of impulsivity in alcohol-dependent patients*. J. Nerv. Ment. Dis. 2013; 201: 43–47.
26. Hill A, Habermann N, Berner W, Briken P. *Psychiatric disorders in single and multiple sexual murderers*. Psychopathology 2007; 40: 22–28.
27. Kraanen FL, Emmelkamp PM. *Substance misuse and substance use disorders in sex offenders: a review*. Clin. Psychol. Rev. 2011; 31: 478–489.
28. Galli V, McElroy SL, Soutullo CA, Kizer D, Raute N, Keck PE Jr, McConville BJ. *The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children*. Compr. Psychiatry 1999; 40: 85–88.
29. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. *Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 786–788.
30. Briken P, Hill A, Berner W. *Substance abuse and sexual offending*. W: Saleh FM i in. red. *Sex offenders. Identification, risk assessment, treatment, and legal issues*. New York: Oxford University Press; 2009. s. 265-275.
31. Cortoni F. *Factors associated with sexual recidivism, in and treatment of sex offenders : a handbook*. Chichester, UK, Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2009.
32. Kagan J, Rosman BL, Day D, Albert J, Philips W. *Information processing in the child: signifance of analytic and reflective attitudes*. Psychol. Monogr. 1964; 78.
33. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
34. Beisert M. *Pedofilia: geneza i mechanizm zaburzenia*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2011.
35. Januszko P, Kopera M, Żuk-Januszko D, Radziwoń-Zaleska M, Wojnar M. *Aleksytymia a problemy związane z używaniem alkoholu*. Alkohol. Narkom. 2009; 22: 399–413.
36. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 181–189.

37. Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M. *Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2002; 252: 155–160.
38. Witte TK, Merrill KA, Stellrecht NE, Bernert RA, Hollar DL, Schatschneider C, Joiner Jr TE. *„Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive*. J. Affect. Disord. 2008; 107: 107–116.
39. Wojnar M, Ilgen M, Czyż E, Strobbe S, Klimkiewicz A, Jakubczyk A, Glass J, Brower KJ. *Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence*. J. Affect. Disord. 2008; 115: 131–139.
40. Braquehais MD, Oquendo MA, Baca-Garcia E, Sher L. *Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide?* Compr. Psychiatry 2010; 51: 121–129.
41. Jeglic EL, Spada A, Mercado CC. *An examination of suicide attempts among incarcerated sex offenders*. Sex. Abuse 2013; 25: 21–40.
42. Webb RT, Shaw J, Stevens H, Mortensen PB, Appleby L, Qin P. *Suicide risk among violent and sexual criminal offenders*. J. Interpers. Violence 2012; 27: 3405–3424.
43. Winstanley CA, Theobald DE, Dalley JW, Robbins TW. *Interactions between serotonin and dopamine in the control of impulsive choice in rats: therapeutic implications for impulse control disorders*. Neuropsychopharmacology 2005; 30: 669–682.
44. Cardinal RN, Pennicott DR, Sugathapala CL, Robbins TW, Everitt BJ. *Impulsive choice induced in rats by lesions of the nucleus accumbens core*. Science 2001; 292: 2499–2501.
45. Pattij T, Vanderschuren LJ. *The neuropharmacology of impulsive behaviour*. Trends Pharmacol. Sci. 2008; 29: 192–199.
46. Stein MB, Schork NJ, Gelernter J. *Gene-by-environment (serotonin transporter and childhood maltreatment) interaction for anxiety sensitivity, an intermediate phenotype for anxiety disorders*. Neuropsychopharmacology 2008; 33: 312–319.
47. Grabe HJ, Schwahn C, Mahler J, Schulz A, Spitzer C, Fenske K, Appel K, Barnow S, Nauck M, Schomerus G, Biffar R, Roszkopf D, John U, Volzke H, Freyberger HJ. *Moderation of adult depression by the serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), childhood abuse and adult traumatic events in a general population sample*. Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet. 2012; 159B: 298–309.
48. Preuss UW, Koller G, Soyka M, Bondy B. *Association between suicide attempts and 5-HTTLPR -S-allele in alcohol-dependent and control subjects: further evidence from a German alcohol-dependent inpatient sample*. Biol. Psychiatry 2001; 50: 636–639.
49. Gorwood P, Batel P, Ades J, Hamon M, Boni C. *Serotonin transporter gene polymorphisms, alcoholism, and suicidal behavior*. Biol. Psychiatry 2000; 48: 259–264.
50. Cohen LJ, Forman H, Steinfeld M, Fradkin Y, Frenda S, Galynker I. *Comparison of childhood sexual histories in subjects with pedophilia or opiate addiction and healthy controls: is childhood sexual abuse a risk factor for addictions?* J. Psychiatr. Pract. 2010; 16: 394–404.

Adres: Aleksandra Krasowska  
Katedra i Klinika Psychiatryczna  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Otrzymano: 23.02.2013  
Zrecenzowano: 27.05.2013  
Otrzymano po poprawie: 29.05.2013  
Przyjęto do druku: 19.06.2013