

Różnorodność wariantów diagnozy pedofilii w opiniowaniu sądowo- -seksuologicznym

ALICJA KAPAŁA

ORCID: 0000-0002-1721-7666

Zakład Karny w Rawiczu, Dział Terapeutyczny

Wstęp

Problematyka kategorii diagnostycznej „pedofilii” w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym została podjęta przez autorkę przy współpracy z drugim badaczem w 2012 roku¹. Niniejsze rozważania treściowo pozostają w znacznej części zbieżne z opublikowanymi wówczas treściami, przy czym uwzględniają zmiany, które zaistniały zarówno w obszarze klasyfikacji zaburzeń psychicznych, jak i kodyfikacji prawnej. W 2013 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) zaktualizowało kryteria diagnostyczne ujęte dotychczas w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* — DSM-4 — do obowiązującej obecnie wersji DSM-5. W odniesieniu do stanu prawnego autorka uwzględnia *novum* ustawowe zaistniałe w 2013 roku dotyczące tak zwanych osób stwarzających zagrożenie, a także nowelizacje kodeksów z 1 lipca 2015 roku, wnoszące dość istotne zmiany w obszarze prawa karnego i wykonawczego.

Przestępczość godząca w wolność seksualną człowieka jest niebywale ważnym problemem społecznym. Przestępcy seksualni stanowią w dodat-

¹ P. Marcinek, A. Kapała, *Pedofilia w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym*, „Seksuologia Polska” 10, 2012, nr 2, s. 76–84.

ku bardzo heterogeniczną grupę zarówno pod względem sposobu realizacji, jak i preferencji obiektu nienormatywnych zachowań seksualnych. Wśród nich funkcjonują osoby nadużywające seksualnie dzieci i sprawcy ci tworzą grupę dość liczną oraz wewnętrznie zróżnicowaną. Sprawcy przestępstwa określanego powszechnie jako „pedofilia” są obiektem szczególnego zainteresowania seksuologii we wszystkich jej podstawowych wymiarach: rozwojowym, klinicznym i sądowym. W ramach profilaktyki przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom przed seksuologami stoją bardzo poważne zadania, które obejmują rzetelną diagnozę (opis, wyjaśnienie i prognoza) oraz terapię sprawców. Wszelkie profesjonalne działania interwencyjne zawsze winny być poprzedzone fazą diagnostyczną, która ma na celu między innymi kwalifikację osoby badanej, sformułowanie programu leczenia i dobór odpowiednich metod terapeutycznych.

W niniejszym tekście dokonano analizy różnorodności wariantów pedofilii w kontekście opiniowania sądowo-seksuologicznego, co poczyniono z kilku powodów. Po pierwsze, niezwykle często pedofilia jako kategoria diagnostyczna i zaburzenie seksualne uznawana jest za synonim społecznej etykiety osoby molestującej seksualnie dzieci. Po drugie, to właśnie biegli seksuolodzy są zwykle pierwszymi specjalistami, którzy rozpoznają pedofilię u pacjenta (gdyby nie postępowanie karno-sądowe i związane z nim badania być może zaburzenie to nigdy nie zostałoby ujawnione). Po trzecie, w obowiązującym stanie prawnym rozpoznanie pedofilii — wchodzącej w zakres szerszej kategorii diagnostycznej, to jest zaburzeń preferencji seksualnych — u osoby skazanej prawomocnym wyrokiem sądu niesie z sobą liczne ściśle określone konsekwencje, których warto być świadomym.

Opiniowaniem w zakresie seksuologii, z uwagi na jej interdyscyplinarność, zajmują się różne grupy profesjonalistów: specjaliści seksuolodzy, seksuolodzy kliniczni, lekarze psychiatry oraz psycholodzy, a proces diagnostyczny powinien mieć charakter zespołowy.

W dalszej części pracy skoncentrowano się kolejno na: problemach definicyjnych, typologii oraz kryteriach diagnostycznych i różnicowaniu pedofilii, a także skutkach dokonania przez biegłych takiego rozpoznania w przebiegu postępowania karnego.

Definicja pedofilii

Na wstępie trzeba wyraźnie rozgraniczyć dwa znaczenia pedofilii: społeczne (w tym potoczne) i seksuologiczne. Termin „pedofilia” w ostatnim czasie zaczyna być bowiem traktowany podobnie jak wiele lat temu „psychopatia”. Kliniczne źródła i zastosowania tego określenia (rozpoznanie) tracą na znaczeniu, a w powszechnym obiegu dominuje prawne i społeczno-kulturowe ujęcie pedofilii. Nawiązuje ono w sposób jawny lub ukryty do treści art. 200 Kodeksu karnego (definiującego przestępstwo określane właśnie jako „pedofilia”), w którym mowa jest o obcowaniu płciowym i innych czynnościach seksualnych z małoletnim poniżej 15. roku życia. Jednocześnie można zaobserwować, na co wskazują nie tylko liczne doniesienia medialne, lecz także wypowiedzi specjalistów niebędących seksuologami, że potoczne znaczenie terminu „pedofilia” staje się coraz pojemniejsze (zawiera w sobie wszelkie przejawy seksualnego zainteresowania dorosłych dziećmi)². Tym samym wypiera i niejednokrotnie zastępuje kliniczne ujęcie pedofilii, rozumianej jako specyficzne zaburzenie seksualne (o określonych kryteriach diagnostycznych). Silne obciążenie emocjonalne „pedofilii” i towarzysząca jej społeczna stygmatyzacja prowadzą do tego, że określenie to często pełni funkcję etykiety i „skrótów myślowego”, jest nadużywane albo używane w coraz szerszym kontekście, znacznie wykraczającym poza obszar seksuologii. W niniejszym artykule pedofilia rozumiana jest jako ściśle zdefiniowane zaburzenie seksualne.

Pedofilia to według obowiązującej w Polsce Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10³ „preferencja seksualna osoby dorosłej w stosunku do dzieci, zwykle w wieku przedpokwitaniowym lub we wczesnym okresie pokwitania”. W tej ogólnej definicji warto zwrócić uwagę na dwa słowa: „preferencja” i „zwykle”. Prefe-

² M. Filar, *Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności*, [w:] *Podstawy seksuologii*, red. Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec, Warszawa 2010, s. 335–354; J. Strzelecka, *Mroczna strona seksualności — sprawcy przemocy seksualnej wobec dzieci*, [w:] *Tabu seksuologii. Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej*, red. A. Jodko, Warszawa 2008, s. 57–70.

³ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków-Warszawa 1998.

rencja seksualna to według Skowrońskiego⁴ motywacyjno-dyspozycyjny stan organizmu ukierunkowujący przebieg cyklu reakcji seksualnych. Preferencja ukierunkowuje zachowanie przez reagowanie podnieceniem na bodźce wchodzące w skład zespołu cech najbardziej pożądanego obiektu seksualnego — w wypadku pedofilii tym obiektem jest dziecko. Kryterium wieku przedpokwitaniowego dziecka odnosi się do wieku rozwojowego, a nie chronologicznego, a więc oznacza określony poziom rozwoju psycho-biologicznego, niekoniecznie zbieżny z wiekiem metrykalnym (czasem go wyprzedzający, a czasem przeciwnie — następujący jakiś czas po nim). Natomiast określenie „zwykle” podkreśla przeważającą tendencję, ale jednocześnie sygnalizuje, że okresowo podejmowana aktywność seksualna z obiektem starszym (dojrzałym pod względem psycho-biologicznym) nie musi wykluczać pedofilii.

Podejmując próbę ustalenia zakresu pojęcia „pedofilia”, Pospiszyl⁵ podkreśla, że dla pedofila obiektem seksualnego podniecenia jest nie tyle dziecko, ile dziecko w określonym wieku. Wiekowi nie postrzega się tu jednak wyłącznie w kontekście metrykalnym, lecz w zależności od przypisanych mu cech budowy somatycznej. To właśnie wygląd dziecka, jako obiektu seksualnego pożądania, ma być podstawą do odróżnienia pedofila od innych sprawców przestępstw seksualnych wobec małoletnich. Jak podkreśla autor, granicą zainteresowania seksualnego pedofila jest najczęściej pojawienie się u dziecka trzeciorzędowych cech płciowych, szczególnie owłosienia łonowego. Inną prawidłowością, na którą zwraca uwagę Pospiszyl, jest jakościowa różnica między popędem seksualnym pedofila a popędem innych mężczyzn, dla których dziecko nie stanowi bodźca natury seksualnej. Preferencje seksualne sprawców molestowania seksualnego dzieci w wieku pubertalnym, niebędących pedofilami, nie odbiegają w sposób zasadniczy od tych, które cechują większość właściwie przystosowanych mężczyzn — tu różnica tkwi głównie w rozwinęciu przez tych ostatnich odpowiednich hamulców moralnych.

W klasycznym już ujęciu Imieliński⁶ zalicza pedofilię do odchyłeń seksualnych w zakresie obiektu. Wchodzi ona w większy zakres dewiacji

⁴ D. Skowroński, *Preferencje seksualne Polaków*, Poznań 2003.

⁵ K. Pospiszyl, *Przestępstwa seksualne*, Warszawa 2005.

⁶ K. Imieliński, *Seksjatria*, t. 2, Warszawa 1990; M. Beisert, *Psychologia zaburzeń seksualnych*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, t. 2, Warszawa 2005, s. 202–221.

seksualnych, czyli odchyłeń od szeroko rozumianych norm społecznych. Pedofilia, posługując się terminologią autora, jest dewiacją seksualną, którą — gdy odbiega jednocześnie od norm społecznych i medycznych — należy zaliczyć do patologii. Oznacza to, że obejmuje zachowania naruszające zdrowie lub życie i zaburzające rozwój, i określana jest wtedy mianem patologicznego odchylenia seksualnego. Odchylenie to może przyjąć w skrajnych przypadkach postać progresywną (dawniej: zboczenia seksualnego), cechującą się przymusowością działania, nałogowością, wysoką częstotliwością, promiskuityzmem, rozbudowanymi fantazjami i okresowością naporu.

Kryteria diagnostyczne

Pedofilia oznaczona jest w ICD-10⁷ kodem F 65.4, należy do zaburzeń preferencji seksualnych (F 65), znajdujących się w rozdziale V (F), w grupie „Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (F 60–F 69)”. Aby postawić rozpoznanie pedofilii, konieczne jest zatem najpierw spełnienie ogólnych kryteriów zaburzeń preferencji seksualnych (F 65), określanych przez Beisert⁸ jako formalne cechy zaburzonej preferencji. Są to kolejno:

— G1 — osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykle przedmiotów lub działań;

— G2 — osoba zarówno realizuje ten popęd, jak i odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie;

— G3 — preferencja występuje od co najmniej sześciu miesięcy⁹.

Już na tym etapie diagnozy pojawia się kilka kontrowersji, które biegły seksuolog musi wziąć pod uwagę. Po pierwsze, określenie „nasilonego popędu” sugeruje, że mowa tu o przynajmniej przeciętnym jego natężeniu, a więc zastanowienia wymaga, czy rzeczywiście rozpoznano popęd o sile poniżej normy. Po drugie, niezwykle rzadko pacjenci deklarują „wyraźne cierpienie” w znaczeniu subiektywnym. Znacznie

⁷ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja...

⁸ M. Beisert, *op. cit.*

⁹ Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja...

częściej realizacja popędu zmierza raczej do uzyskiwania przez pacjenta satysfakcji seksualnej, a więc zadowolenia. Natomiast negatywne skutki — zarówno w wymiarze społecznym, jak i dotyczące samopoczucia — przychodzą w miarę doświadczania przez pacjenta konsekwencji własnych działań, czyli zaburzonej realizacji popędu seksualnego. Ten aspekt zbliża osoby dotknięte pedofilią do tych, u których rozpoznaje się zaburzenia osobowości — często również mające charakter egosyntoniczny (zgodny z poczuciem Ja). Stosunkowo najmniej kontrowersyjne, ale jednocześnie dość trudne do obiektywnego oszacowania, jest kryterium trwania zaburzenia (sześć miesięcy).

Dalej konieczne do rozpoznania pedofilii jest spełnienie kryteriów szczegółowych, czyli cech treściowych obiektów i działań będących źródłem pobudzenia seksualnego¹⁰. Pierwsze kryterium to „utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przedpokwitaniowym”. Skłonność do dewiacyjnej aktywności seksualnej ma być utrwalona — to znaczy, że aktywność taka powinna powtarzać się przez dłuższy czas — lub dominująca, co sugeruje wysoki udział dewiacyjnych zachowań w puli wszystkich zachowań seksualnych. Wiek przedpokwitaniowy obiektu seksualnego wskazuje na ściśle określony zestaw jego cech biologicznych — w literaturze przedmiotu¹¹ akcentuje się szczególnie brak lub skąpo rozwinięte owłosienie łonowe, dziecięcą budowę ciała, charakterystyczne ruchy ciała, delikatność/gładkość skóry. Wyrażenie „dzieckiem lub dziećmi” podkreśla natomiast, że zainteresowanie seksualne może dotyczyć konkretnego (jednego, mającego specyficzne cechy) obiektu lub wielu obiektów (których wspólną cechą jest określony stopień rozwoju psychoseksualnego, jednoznacznie wskazujący na niedojrzałość). Drugie kryterium brzmi: „osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza od dziecka lub dzieci”. Określenie względnej różnicy wieku oznacza zaakcentowanie rozbieżności między stopniem rozwoju psychoseksualnego osoby cierpiącej na pedofilię a wybieranego przez nią obiektu seksualnego. Z kolei granica 16 lat wskazuje na konieczność przejścia z fazy rozwojowej wczesnej adolescencji do przynajmniej późnej adolescencji lub dorosłości.

¹⁰ K. Imieliński, *op. cit.*

¹¹ K. Pospiszyl, *op. cit.*; K. Imieliński, *op. cit.*; Z. Lew-Starowicz, *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000.

Lew-Starowicz, przywołując argumenty Brown¹², zwraca uwagę na kilka kontrowersji związanych z diagnozowaniem zaburzeń preferencji seksualnych (w tym pedofilii) w ramach obowiązujących systemów klasyfikacyjnych. Wskazuje na trudności definicyjne wynikające z ciągłości między dewiacyjnością a tak zwanymi normalnymi zachowaniami seksualnymi. Podkreśla determinujący wpływ epidemiologii dewiacji seksualnych na poglądy na temat danej parafilii (również pedofilii). Osoby przejawiające dewiacyjne zachowania seksualne często ukrywają swe specyficzne skłonności, co powoduje, że obraz parafilii (i tym samym kryteria diagnostyczne) konstytuowany jest przez doświadczenie kliniczne, czyli tworzy się przede wszystkim na podstawie informacji pochodzących od osób, które zgłaszają się po pomoc lub wejdą w konflikt z prawem. Kolejny problem stanowi złożoność obrazu dewiacji — u wielu osób współistnieją różne postaci dewiacji (wielodewiacyjność). Niezwykle istotne znaczenie ma także natężenie potrzeb i zachowań dewiacyjnych. Zachowanie dewiacyjne może bowiem stanowić wyłączną formę realizacji potrzeb seksualnych, współistnieć z tak zwanym normalnym życiem seksualnym lub być epizodycznym doświadczeniem seksualnym. Innym obszarem problemowym, ze względu na istnienie licznych teorii, jest mechanizm powstawania dewiacji seksualnych (wrodzone, neurohormonalne, wyuczone itp.) mający doniosłe znaczenie z punktu widzenia ostatecznej diagnozy, określającej źródła stwierdzonych problemów. Za kontrowersyjną uznaje się również wspomnianą wcześniej egosyntoniczność (zgodność z Ja) objawów pedofilii, która powoduje, że jedynie część osób odczuwa potrzebę leczenia.

Dla porównania w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)¹³ pedofilia jest oznaczona kodem 302.2, należy do grupy parafilii i umieszczona jest w rozdziale „Parafilie”. Podkreśla się, że nie obejmuje osób w późnym wieku dojrzewania, które wchodzi w relacje z osobami w wieku 12–13 lat. Zgodnie z zaleceniami autorów tej klasyfikacji na etapie diagnozy należy określić płeć dzieci, do której pedofil odczuwa pociąg seksualny, a także wskazać, czy pedofilia ogranicza się do

¹² Z. Lew-Starowicz, *op. cit.*, s. 107–110.

¹³ American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference*, Wrocław 2015, dodruk 2016.

kazirodztwa. DSM wymienia dwie postaci tego zaburzenia seksualnego: wyłączną (inaczej „ekskluzywną”, pociąg seksualny tylko do dzieci) oraz niewyłączną (inaczej „nieekskluzywną”). W klasyfikacji DSM-5 w stosunku do wersji poprzednich, ale i ICD-10, pojawia się rozróżnienie na parafilie (tu: pedofilia) i zaburzenia parafilne (tu: zaburzenia pedofilne), które definiuje się jako parafilię, która wywołuje wyraźne cierpienie i zaburzenie funkcjonowania społecznego bądź też krzywdę, cierpienie lub ryzyko ich wystąpienia u innych, jeśli staną się przedmiotem zachowań seksualnych osoby z parafilią. W związku z tym istotne są następujące ustalenia¹⁴:

— sama parafilia jest koniecznym, ale niewystarczającym warunkiem do rozpoznania zaburzeń parafilnych i jako taka nie wymaga automatycznej interwencji klinicznej;

— pozostają podstawowe kryteria diagnostyczne parafilii z DSM-III-R: kryterium A odnosi się do jakościowej natury zaburzeń, a kryterium B określa negatywne następstwa zaburzeń parafilnych;

— kryteria zaburzeń parafilnych dotyczą zarówno osób, które przyznają się do nienormatywnych preferencji, jak i odrzucają ten fakt;

— do rozpoznania zaburzeń parafilnych konieczne jest spełnienie kryterium B (istotne klinicznie cierpienie i poważne trudności w relacjach międzyludzkich);

— osoby z potrzebami i fantazjami parafilnymi, które nie przeżywają lęku, wstydu i innych negatywnych uczuć z powodu swoich zainteresowań i nie doświadczyły negatywnych następstw swoich preferencji, a także nie ma potwierdzenia ich działań czyniących krzywdę innym (na przykład w rejestrze karnym), będą diagnozowane jako mający seksualne zainteresowania parafilne (*paraphilic sexual interest*), a nie jako cierpiący na zaburzenia parafilne;

— często u jednej osoby zdarza się rozpoznanie kilku parafilii; mogą być one powiązane z sobą (na przykład fetysyzm stóp i fetysyzm butów) lub występować całkowicie oddzielnie, bez powiązania — wtedy rozpoznanie dwóch lub więcej zaburzeń parafilnych zależy od spełnienia kryterium B w odniesieniu do każdej parafilii osobno.

DSM-5 wskazuje również na dodatkowe rozróżnienie dotyczące zaburzeń parafilnych, w tym zaburzeń pedofilnych¹⁵:

¹⁴ Z. Lew-Starowicz, *Zaburzenia preferencji seksualnych*, [w:] *Seksuologia*, red. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, Warszawa 2017, s. 324–338.

¹⁵ Z. Lew-Starowicz, *Zaburzenia...*

— A. w środowisku kontrolowanym — tam, gdzie osoba żyje w warunkach (z reguły instytucjonalnych), w których możliwości zaangażowania się w działania parafilne są ograniczone;

— B. w pełnej remisji — całkowita przerwa w aktywności, a także niewystępowanie klinicznie znaczącego stresu i cierpienia z powodu działań parafilnych przez minimum pięć lat, w środowisku niekontrolowanym.

W literaturze przedmiotu¹⁶ podkreśla się, że do rozpoznania nie jest konieczna obecność wielu ofiar. Kryterium A może być spełnione, nawet jeśli dana osoba zaledwie uświadamia sobie obecność intensywnego zainteresowania dziećmi. Kryterium to ma bowiem na celu wykluczenie przemijającego zainteresowania dziećmi. Gdy jednak istnieją potwierdzone klinicznie zaburzenia pedofilne, można je rozpoznać nawet w sytuacji braku dowodu na czas ich trwania przez ponad sześć miesięcy. Potwierdzeniem rozpoznania może być intensywne korzystanie z pornografii z udziałem osób poniżej wieku dojrzewania.

Rosenhan, Walker i Seligman¹⁷ podkreślają, że cechą wyróżniającą parafilię jest to, iż oprócz zachowania pojawiają się specyficzne fantazje lub wyobrażenia — w wypadku pedofilii będą to fantazje lub wyobrażenia z udziałem dzieci. Zdaniem autorów czynnikami różnicującymi parafilię od dziwacznych czy niezwykłych fantazji współwystępujących z normalną aktywnością seksualną będą: poziom realizacji i związany z tym niepokój, substytucja (przedmiot fantazji zastępuje partnera) oraz uzależnienie od niezwykłego obiektu.

Przydatne w praktyce klinicznej wymiary, za pomocą których można określić natężenie pedofilnych zainteresowań pacjenta, za Finkelhorrem i Arají przytacza Beisert¹⁸, to siła zaangażowania oraz wyłączność. Pierwszy z nich dotyczy oceny tego, jak silna jest motywacja do utrzymywania kontaktów z dzieckiem (liczba kontaktów i ich stałość w jednostce czasu), podczas gdy drugi ma odzwierciedlać procentowy udział kontaktów z dzieckiem (lub jego wyobrażeniem) w zbiorze wszystkich kontaktów seksualnych. Ponadto pedofilia może mieć charakter pierwotny, to znaczy — osoba nigdy nie podejmowała kontaktów seksualnych

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ M.E.P. Seligman, E.F. Walker, D.L. Rosenhan, *Psychopatologia*, Poznań 2003.

¹⁸ M. Beisert, *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa 2004.

z dorosłymi, bądź wtórny — po okresie aktywności seksualnej z dorosłymi rozwinęła się preferencja kontaktów seksualnych z dziećmi¹⁹.

Ogólne i szczegółowe kryteria pedofilii, wymienione w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-5, zestawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne pedofilii według klasyfikacji ICD-10 i DSM-5

ICD-10 (f 65.4)	DSM-5 (302.2)
A. Spełnione ogólne kryteria zaburzeń preferencji seksualnych (F 65): — osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykle przedmiotów lub działań; — osoba zarówno realizuje ten popęd, jak i odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie; — preferencja występuje od co najmniej sześciu miesięcy.	A. Nawracające, utrzymujące się przez co najmniej sześć miesięcy, nasilone wzbudzenie seksualne osiągane przez czynności seksualne z dzieckiem lub dziećmi w okresie przed pokwitaniem (w wieku 13 lat lub młodszymi), objawiające się fantazjami, pragnieniami i zachowaniami.
B. Utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem.	B. Opisane potrzeby seksualne powodują istotne klinicznie cierpienie i poważne trudności w relacjach międzyludzkich.
C. Osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej pięć lat starsza od dziecka lub dzieci z kryterium B.	C. Osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej pięć lat starsza od dziecka lub dzieci wspomnianych w kryterium A.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *American Psychiatric Association, Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference*, Wrocław 2015; *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków-Warszawa 1998.

Różnicowanie

Zarówno klasyfikacje, jak i źródła kliniczne²⁰ podkreślają, że nie każdy czyn pedofilny dokonywany jest przez pedofila. Mimo to w opinio-

¹⁹ K. Imieliński, *op. cit.*

²⁰ *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja...*; American Psychiatric Association, *op. cit.*; J. Rabe-Jabłońska, *Zaburzenia seksualne i zaburzenia identyfikacji płciowej*.

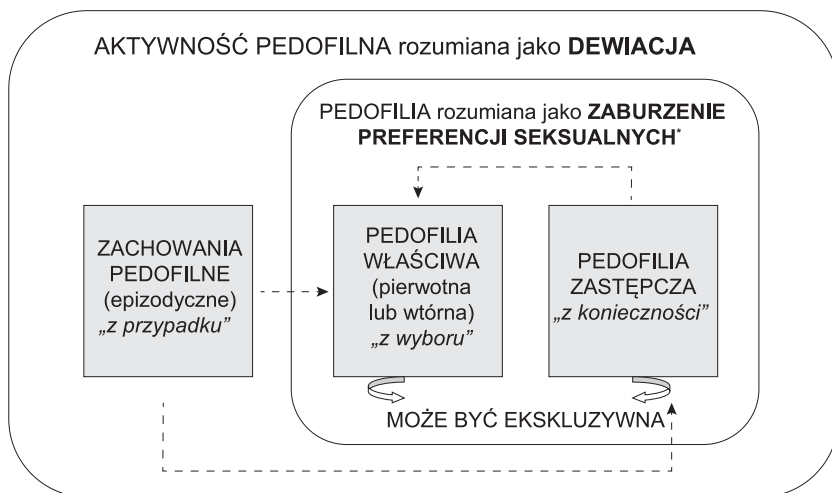
waniu sądowym sprawców przestępstw seksualnych przeciwko dzieciom istnieje poważne ryzyko wnioskowania o istnieniu pedofilii wyłącznie lub przede wszystkim na podstawie charakteru przestępstwa i wieku ofiary. Może to wynikać z prób stosowania przez biegłych błędnego algorytmu, w którym dopuszczenie się przestępstwa z art. 200 Kodeksu karnego (czynność seksualna lub jej prezentowanie małoletniemu poniżej 15 lat) czy też art. 202 § 2 k.k. (prezentowanie małoletniemu poniżej 15 lat treści pornograficznych) jest najczęściej równoznaczne z „pedofilią” sprawcy. Autorzy klasyfikacji ICD zwracają uwagę, że pojedyncze wydarzenie, szczególnie gdy sprawca sam jest osobą w okresie dorastania, nie oznacza stałej czy przeważającej tendencji uprawniającej do rozpoznania pedofilii. W klasyfikacji DSM podkreśla się również, że pedofilia nie obejmuje osób w późnym wieku dorastania podejmujących związki seksualne z dwunasto- lub trzynastolatkami.

Diagnoza różnicowa zakłada także konieczność wykluczenia przyczyn innego zaburzenia (na przykład upośledzenia umysłowego, demencji, zmian osobowości na skutek ogólnego stanu medycznego, epizodu maniakalnego czy intoksykacji) niż seksualne, które na skutek obniżenia umiejętności poznawczych, społecznych oraz samokontroli emocjonalnej może skutkować niezwykle zachowaniami seksualnymi. W wypadku innych zaburzeń nieprawidłowe zachowania seksualne są tylko jednym z objawów psychopatologii. Zachowania pedofilne nie są w takich przypadkach ani dominujące, ani preferowane przez jednostkę, mogą pojawiać się wyjątkowo lub wpisywać się w obraz szerszego zespołu klinicznego. Ponadto te niezwykle zachowania seksualne są często wówczas objawami izolowanymi i najczęściej nie stanowią elementu powtarzającego się wzorca reakcji.

Czernikiewicz²¹ proponuje podział na sytuacyjną (zastępczą) oraz preferencyjną motywację podjęcia przez dorosłego kontaktu seksualnego

wej, [w:] *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, t. 2, Wrocław 2002; W. Marshall, *Czy pedofilia jest uleczalna? Wyniki badań północnoamerykańskich*, „Seksuologia Polska” 6, 2008, nr 1; M. Kafka, *Zaburzenia o charakterze parafilijnym. Nieparafilijna nadaktywność seksualna oraz seksualna kompulsja (nalg)*, [w:] *Terapia zaburzeń seksualnych*, red. S.R. Leiblum, R.C. Rosen, Gdańsk 2005, s. 542–577.

²¹ W. Czernikiewicz, *Przestępcy seksualni — wykład (materiały niepublikowane)*, kurs specjalizacyjny: seksuologia sądowa, Warszawa 2006.



* w wąskim rozumieniu pedofilia zastępcza nie jest traktowana jako zaburzenie preferencji seksualnych, w szerokim ujęciu — tak

Rysunek 1. Kategorie diagnostyczne związane z pedofilią

Źródło: opracowanie własne.

go z dzieckiem. W ramach pierwszej kategorii zachowania pedofilne nie są motywowane preferencjami seksualnymi, a więc dziecko nie jest dla dorosłego najbardziej pożądanym erotycznie obiektem seksualnym. Motywami podejmowania kontaktów seksualnych z dzieckiem są wówczas, poza popędem płciowym, różne — często bardzo złożone — czynniki natury psychologicznej lub psychiatrycznej. Druga kategoria obejmuje zachowania seksualne dorosłych, u których podstaw leżą określone (ukształtowane w toku rozwoju psychoseksualnego) preferencje seksualne. Preferencje seksualne są przez autora definiowane jako zakres bodźców i zachowań, które w warunkach wolnego wyboru są erotycznie wartościowe dla danej osoby. Kryterium je określającym jest poziom podniecenia seksualnego, który pozostaje wprost proporcjonalny do wartości erotycznej danego bodźca czy zachowania seksualnego.

Marshall²² z kolei różnicuje sprawców molestujących dzieci incydentalnie od sprawców mających dewiacyjne zainteresowania seksualne dziećmi. Do drugiej grupy zalicza, z jednej strony, osoby o seksualnych

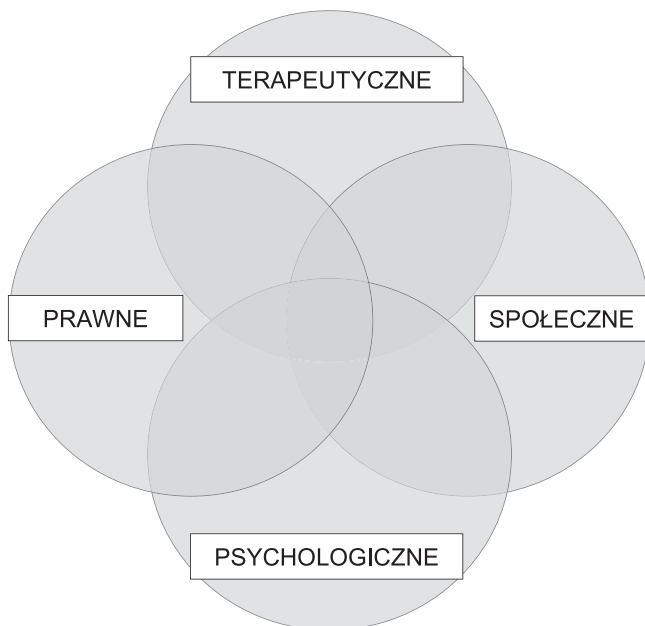
²² W. Marshall, *op. cit.*

preferencjach wobec dzieci (pedofilów *sensu stricto*), a z drugiej — osoby mające seksualne zainteresowania wobec dzieci. Sprawców incydentalnych oraz seksualnie zainteresowanych dziećmi można określić jako tak zwanych niepreferencyjnych. Pozostali to osoby, u których rozpoznaje się parafilię (czyli według DSM-4-TR: „nawracające utrzymujące się co najmniej 6 miesięcy nasilone wzbudzenie seksualne osiąganę przez czynności seksualne z dzieckiem lub dziećmi w okresie przed pokwitaniem, objawiające się fantazjami, pragnieniami i zachowaniami”), inaczej zaburzenie preferencji seksualnych. Podstawowe kategorie diagnostyczne związane z pedofilią porządkuje rysunek 1 (przerwane linie ukazują możliwą dynamikę aktywności pedofilnej i konwersję poszczególnych kategorii ją opisujących).

Konsekwencje rozpoznania pedofilii w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym

Rozpoznanie w opinii sądowo-seksuologicznej pedofilii niesie z sobą wiele konsekwencji dla skazanego prawomocnym wyrokiem sprawy przestępstwa seksualnego. To między innymi od przyjętej przez organ procesowy opinii biegłych uzależniony jest dalszy los sprawcy przestępstwa, zarówno w jego najbliższej przyszłości (podczas odbywania kary), jak i w odległej perspektywie. Konsekwencje te można rozpatrywać w kilku obszarach, które pozostają z sobą ściśle powiązane — zależności te pokazuje rysunek 2.

Prawne konsekwencje rozpoznania pedofilii w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym mają szczególne znaczenie w sytuacji, gdy sprawca przestępstwa seksualnego wobec małoletniego poniżej 15. roku życia zostaje skazany na bezwzględną karę pozbawienia wolności, bez warunkowego zawieszenia jej wykonania. Diagnoza zaburzenia preferencji seksualnych rzutuje wprost na warunki i przebieg odbywania kary przez osobę skazaną — determinuje miejsce i system odbywania kary, cele resocjalizacyjne i konieczność poddania się specjalistycznej terapii, wpływa także na możliwość uzyskania warunkowego przedterminowego zwolnienia. Zmiany w ustawach Kodeks karny i Kodeks karny wykonawczy, wprowadzone 8 czerwca 2010 roku, za skutkowały zaostrzeniem przepisów wobec skazanych za przestępstwa seksualne popełnione w związku z zaburzeniami



Rysunek 2. Konsekwencje rozpoznania pedofilii u osoby skazanej
za dokonanie przestępstwa seksualnego

Źródło: opracowanie własne.

preferencji seksualnych. Wówczas sąd, skazując sprawcę z rozpoznaniem pedofilii na karę pozbawienia wolności, mógł orzec umieszczenie go po odbyciu tej kary w zakładzie zamkniętym albo skierowanie go na leczenie ambulatoryjne w celu przeprowadzenia terapii farmakologicznej lub psychoterapii (dawny art. 95a § 1 k.k.). Nowelizacje Kodeksów karnego i karnego wykonawczego z 1 lipca 2015 roku wprowadziły zmiany w obszarze stosowanych środków zabezpieczających: zwiększył się wachlarz możliwości (art. 93a § 1 k.k.), a także poszerzył się zakres osób upoważnionych do wnioskowania o zastosowanie środka zabezpieczającego, na przykład dyrektora zakładu karnego (art. 199b § 1 k.k.). Diagnoza zaburzeń preferencji seksualnych w postaci pedofilii umożliwia zastosowanie wobec osoby, która odbywa prawomocnie orzeczoną karę pozbawienia wolności lub karę 25 lat pozbawienia wolności wykonywaną w systemie terapeutycznym, ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub

wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2014 r. poz. 24). Warunkiem jest tu taki charakter lub takie nasilenie zaburzeń psychicznych, że zachodzi co najmniej wysokie prawdopodobieństwo popełnienia czynu zabronionego z użyciem przemocy lub groźbą jej użycia przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej, zagrożonego karą pozbawienia wolności, której górna granica wynosi co najmniej dziesięć lat.

Właściwym do wnioskowania o umieszczenie danej osoby w Krajowym Ośrodku Zapobiegania Zachowaniom Dyssocjalnym lub zastosowanie nadzoru prewencyjnego jest dyrektor zakładu karnego, a do rozstrzygnięcia w pierwszej instancji — sąd okręgowy, przy czym w postępowaniu sądowym stosuje się Kodeks postępowania cywilnego. Szczegółowy wykaz najważniejszych przepisów prawnych powiązanych z rozpoznaniem pedofilii u sprawcy przestępstwa seksualnego zawiera tabela 2. Przytoczone przepisy prawne pokazują, jak liczne i szerokie są konsekwencje rozpoznania pedofilii u sprawcy przestępstwa seksualnego wobec małoletniego poniżej 15. roku życia. Niosą one z sobą (z urzędu) wiele ograniczeń i nakazów, którym osoba skazana musi się poddać. Tym bardziej biegli opiniujący tego typu sprawców winni poddawać szczegółowej analizie wnioski pochodzące z przeprowadzonych badań, a do ostatecznej diagnozy podchodzić z dużą ostrożnością.

Tabela 2. Wykaz najważniejszych przepisów prawnych związanych z rozpoznaniem pedofilii w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym

Artykuł	Treść przepisu prawnego	Konsekwencje dla sprawcy i jego otoczenia
Art. 96 § 1 k.k.w.	W systemie terapeutycznym odbywają karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi, w tym skazani za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych [...].	— Sprawca odbywa karę w jednym z siedmiu oddziałów terapeutycznych zakładów karnych przeznaczonych do prowadzenia terapii sprawców przestępstw seksualnych (ZK Rawicz, ZK Rzeszów, ZK Oleśnica, ZK Goleniów, ZK Sztum, ZK Łódź nr 2, AŚ Starogard Gdański), co może wiązać się z oddaleniem od miejsca zamieszkania i utrudniać kontakt z rodziną, lecz jednocześnie pozwala zapewnić fachową opiekę terapeutyczną.

Art. 117 k.k.w.	[...] 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; w razie braku zgody o stosowaniu leczenia lub rehabilitacji orzeka sąd penitencjarny.	Sprawca podczas odbywania kary jest obligatoryjnie poddawany specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym, a w wypadku odmowy sąd wydaje postanowienie o stosowaniu przymusowego leczenia; otoczenie zyskuje w ten sposób pewność, że bez względu na motywację sprawcy podejmowane są wobec niego specjalistyczne oddziaływania terapeutyczne mające na celu obniżenie ryzyka powrotu do dewiacyjnych zachowań.
Art. 93c pkt 3 k.k.	Środki zabezpieczające można orzec wobec sprawcy: w razie skazania za przestępstwo określone w art. 148, art. 156, art. 197, art. 198, art. 199 § 2 lub art. 200 § 1, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych.	Wobec sprawcy może zostać zastosowany jeden z czterech środków zabezpieczających (art. 93a § 1 k.k.): elektroniczna kontrola miejsca pobytu, terapia, terapia uzależnień i/lub pobyt w zakładzie psychiatrycznym; otoczenie ma dzięki temu poczucie lepszej ochrony przed sprawcą — kara pozbawienia wolności przestaje być jedyną możliwością nakłonięcia sprawcy do leczenia.
Art. 93g § 3 k.k.	Skazując sprawcę określonego w art. 93c pkt 3 na karę pozbawienia wolności bez warunkowego jej zawieszenia, karę 25 lat pozbawienia wolności lub karę dożywotniego pozbawienia wolności, sąd orzeka pobyt w odpowiednim zakładzie psychiatrycznym, jeżeli istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że skazany popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych.	Pobyt w zakładzie psychiatrycznym ma być środkiem ostatecznym, stosowanym jedynie w wypadku oszacowania wysokiego prawdopodobieństwa ponownego popełnienia przestępstwa przez skazanego — wiele kontrowersji budzi ocena ryzyka recydywy pod względem doboru metod (ich rzetelności i trafności). Istotne jest, że ten środek zabezpieczający może zostać orzeczony jedynie przez sąd skazujący, nie można o niego wnioskować na etapie odbywania kary pozbawienia wolności przez danego sprawcę.

Art. 72 § 1 k.k.	Zawieszając wykonanie kary, sąd może zobowiązać skazanego do: [...] 6a) poddania się terapii, w szczególności psychoterapii lub psychoedukacji, 6b) uczestnictwa w oddziaływaniach korekcyjno-edukacyjnych, 7) powstrzymania się od przebywania w określonych środowiskach lub miejscach, 7a) powstrzymywania się od kontaktowania się z pokrzywdzonym lub innymi osobami w określony sposób lub zbliżania się do pokrzywdzonego lub innych osób.	W wypadku otrzymania wyroku w zawieszeniu sprawca może zostać zobowiązany w okresie próby do poddania się specjalistycznej terapii, może być również izolowany od rzeczywistych i potencjalnych ofiar przestępstwa — realizację zobowiązań nadzoruje kurator sądowy.
Art. 159 k.k.w.	Warunkowo zwolnionego sąd penitencjarny może w okresie próby oddać pod dozór kuratora sądowego, osoby godnej zaufania, stowarzyszenia, organizacji lub instytucji, do której działalności należy troska o wychowanie, zapobieganie demoralizacji lub pomoc skazanym, oraz nałożyć na niego obowiązki określone w art. 72 § 1 Kodeksu karnego [...]. Wobec skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych [...], oddanie pod dozór jest obowiązkowe.	W sytuacji gdy sprawca odbywający karę pozbawienia wolności uzyska warunkowe przedterminowe zwolnienie z pozostałej części odbywania kary, obowiązkowo oddawany jest pod dozór kuratora sądowego, co skutkuje pewnymi ograniczeniami wynikającymi z konieczności pozostawania w stałym kontakcie z wyznaczonym opiekunem; otoczenie zyskuje w ten sposób pewność, że sprawca poddawany jest kontroli zewnętrznej, dzięki czemu ma wzrosnąć społeczne poczucie bezpieczeństwa.
Art. 162 § 1 k.k.w.	Sąd penitencjarny wysłuchuje przedstawiciela administracji zakładu karnego, a sądowego kuratora zawodowego, jeżeli składał wniosek o warunkowe zwolnienie oraz uwzględnia ugodę zawartą w wyniku mediacji. W wypadku skazanego za przestępstwo określone w art. 197–203 Kodeksu karnego, popełnione w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych, warunkowe zwolnienie nie może być udzielone bez zasięgnięcia opinii biegłych.	Istnieje możliwość uszczegółowienia pytań zadanych przez sąd biegłym seksuologom na etapie postępowania karnego, szczególnie w zakresie aktualnej prognozy kryminologiczno-społecznej, a więc oceny poziomu ryzyka powrotu do przestępstwa; procedura ubiegania się przez sprawcę o warunkowe przedterminowe zwolnienie ulega wydłużeniu.

Art. 168 § 3 k.k.w.	W wypadku zwolnienia z zakładu karnego po odbyciu kary skazanego z zaburzeniami preferencji seksualnych [...], a także w wypadku ucieczki takiego skazanego z zakładu karnego lub wydania decyzji, o których mowa w § 1 [...], odpowiednio sędzia penitencjarny lub dyrektor niezwłocznie zawiadamia o tym jednostkę policji, właściwą dla miejsca pobytu stałego skazanego.	Opuszczenie przez sprawcę zakładu karnego wiąże się z obowiązkiem zawiadomienia o tym fakcie odpowiedniej jednostki policji, co z jednej strony stanowi rodzaj ochrony społeczeństwa przed sprawcą, lecz z drugiej może stygmatyzować sprawcę, utrudniając mu adaptację w społeczeństwie.
------------------------	--	---

Konsekwencje prawne w znacznym stopniu determinują postępowanie terapeutyczne wobec skazanego z rozpoznaniem pedofilii. Taki sprawca w ramach izolacji więziennej poddawany jest specjalistycznym oddziaływaniom terapeutycznym, które ukierunkowane są na nabycie umiejętności kontroli dewiacyjnych zachowań seksualnych. Skazany bierze udział w terapii za swoją zgodą, a w wypadku jej niewyrażenia o stosowaniu leczenia orzeka sąd penitencjarny. Istotne jest więc dokładne różnicowanie przez biegłych seksuologów sprawców (pedofilów od tych, którzy nimi nie są), aby uniknąć dalszych (automatycznych, wymuszonych obligatoryjnym stosowaniem przepisów prawa) błędów w programowaniu terapii i doborze metod terapeutycznych.

Konsekwencje społeczne koncentrują się wokół ochrony społeczeństwa i związanego z nią zjawiska stygmatyzacji. Identyfikacja sprawcy cierpiącego na określony rodzaj zaburzenia pozwala objąć go zinstytucjonalizowanymi formami pomocy (leczenie towarzyszące odbywaniu kary), ale też pozbawia go anonimowości. Sprawcy przestępstw seksualnych narażeni są w dużo większym stopniu na ostracyzm społeczny niż sprawcy przestępstw o innym charakterze. Zjawisko to zyskało nowe aspekty po uchwaleniu ustawy z dnia 16 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością seksualną, która znajduje odzwierciedlenie w funkcjonowaniu tak zwanych rejestrów przestępców seksualnych (rejestr publiczny oraz z dostępem ograniczonym), które zaczęły funkcjonować od 1 października 2017 roku. Diagnoza pedofilii nasila proces etykietowania przez otoczenie, wzmacnia izolację sprawcy oraz może redukować natu-

ralne wsparcie społeczne — tak ważne z punktu widzenia kontroli dewiacyjnych zachowań. Z racji wysokiej szkodliwości społecznej przestępstw seksualnych na dzieciach ograniczone jest również stosowanie wobec sprawców dobrodziejstwa warunkowego przedterminowego zwolnienia. Rozpoznanie pedofilii stanowi istotny (potwierdzony empirycznie) czynnik ryzyka recydywy, co skutkuje tym, iż z punktu widzenia ochrony społeczeństwa osoby cierpiące na pedofilię mają nikłe szanse na wcześniejsze opuszczenie zakładu karnego.

Psychologiczne konsekwencje zdiagnozowania u sprawcy zaburzenia preferencji seksualnych pod postacią pedofilii mogą przybierać dwojaką postać. Z jednej strony u sprawcy może się nasilić działanie takich mechanizmów obronnych, które mają na celu ochronę Ja (szczególnie u sprawców zaprzeczających), z drugiej — może się uruchomić proces obniżania samooceny i własnej wartości oraz wzrostu poczucia nieadekwatności. Z kolei w wypadku błędnie postawionej diagnozy istnieje także ryzyko, że u sprawcy z nieukształtowaną tożsamością, który podejmował kontakty seksualne z dzieckiem incydentalnie (sprawca niepreferencyjny), nastąpi identyfikacja z etykietą „pedofil” i tym samym paradoksalnie wzrośnie ryzyko powtarzania dewiacyjnych zachowań seksualnych.

Podsumowanie

W tekście zaprezentowano wybrane zagadnienia związane z opiniowaniem sądowo-seksuologicznym w obszarze przestępstw seksualnych wobec dzieci. Autorce zależało na zaakcentowaniu dwóch kwestii: złożoności procesu diagnostycznego z uwzględnieniem różnorodności wariantów diagnozy pedofilii oraz konsekwencji postawionego rozpoznania w dalszym postępowaniu ze sprawcą przestępstwa seksualnego od etapu postępowania karnego po wykonywanie kary pozbawienia wolności aż po opuszczenie zakładu karnego po jej zakończeniu. Opiniujący dysponują różnorodnymi ujęciami, a więc i definicjami pedofilii, mogą też napotykać trudności w różnicowaniu dewiacyjnych zachowań podejmowanych wobec dzieci i kwalifikowaniu ich do grupy zaburzeń preferencji seksualnych zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zaburzeń psychicznych i za-

burzeń zachowania (w ICD-10). Wobec tego starano się położyć nacisk na ostrożność w formułowaniu ostatecznej diagnozy pedofilii, zwracając jednocześnie uwagę na różnorodność kategorii związanych z aktywnością pedofilną sprawców przestępstw seksualnych. Na zakończenie przedstawiono najistotniejsze konsekwencje wynikające z rozpoznania zaburzeń preferencji seksualnych w przebiegu postępowania karnego, które powinny potwierdzać, jak istotne jest rzetelne przeprowadzenie diagnozy.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Desk Reference*, Wrocław 2015, dodruk 2016.
- Beisert M., *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*, Warszawa 2004.
- Beisert M., *Psychologia zaburzeń seksualnych*, [w:] *Psychologia kliniczna*, red. H. Sęk, t. 2, Warszawa 2005, s. 202–221.
- Czernikiewicz W., *Przestępcy seksualni* — wykład (materiały niepublikowane), kurs specjalizacyjny: seksuologia sądowa, Warszawa 2006.
- Filar M., *Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności*, [w:] *Podstawy seksuologii*, red. Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec, Warszawa 2010, s. 335–354.
- Imieliński K., *Seksjatria*, t. 2, Warszawa 1990.
- Kafka M., *Zaburzenia o charakterze parafilijnym. Nieparafilijna nadaktywność seksualna oraz seksualna kompulsja (nałóg)*, [w:] *Terapia zaburzeń seksualnych*, red. S.R. Leiblum, R.C. Rosen, Gdańsk 2005, s. 542–577.
- Lew-Starowicz Z., *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000.
- Lew-Starowicz Z., *Zaburzenia preferencji seksualnych*, [w:] *Seksuologia*, red. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, Warszawa 2017, s. 324–338.
- Marcinek P., Kapała A., *Pedofilia w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym*, „Seksuologia Polska” 10, 2012, nr 2, s. 76–84.
- Marshall W., *Czy pedofilia jest uleczalna? Wyniki badań północnoamerykańskich*, „Seksuologia Polska” 6, 2008, nr 1, s. 33–38.
- Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków-Warszawa 1998.
- Pospiszyl K., *Przestępstwa seksualne*, Warszawa 2005.
- Rabe-Jabłońska J., *Zaburzenia seksualne i zaburzenia identyfikacji płciowej*, [w:] *Psychiatria*, red. A. Bilikiewicz, S. Puzyński, J. Rybakowski, J. Wciórka, t. 2, Wrocław 2002, s. 555–581.
- Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L., *Psychopatologia*, Poznań 2003.
- Skowroński D., *Preferencje seksualne Polaków*, Poznań 2003.
- Strzelecka J., *Mroczna strona seksualności — sprawcy przemocy seksualnej wobec dzieci*, [w:] *Tabu seksuologii. Wątpliwości, trudne tematy, dylematy w seksuologii i edukacji seksualnej*, red. A. Jodko, Warszawa 2008, s. 57–70.

Different variants of paedophilia diagnosis in forensic-sexological opinions

Summary

The article presents the different variants of paedophilia diagnosis which appear in the literature of the subject as well as in professional practice in the area of forensic-sexological opinions. The attempt to systematise the available knowledge and own diagnostic experience is aimed at emphasising the clinical understanding of paedophilia, taking into account the legal consequences of this diagnosis. Theoretical considerations will be supported by examples from practice which reflect the diversity of paedophilia diagnosis that appear in forensic-sexological opinions.

Keywords: sexological diagnosis, paedophilia, sex offenders, disorders of sexual preference.