

Monika Dąbkowska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pedofilia – trudności diagnostyczne i terapeutyczne

Artykuł jest próbą przedstawienia dostępnych definicji pedofilii, głównie z perspektywy klinicznej, ukazując różnice pomiędzy obowiązującymi klasyfikacjami chorób i zaburzeń psychicznych w rozumieniu tegoż zjawiska. Obecnie obowiązująca – od 2013 roku – piąta już wersja klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), wprowadziła pewne zmiany, dotyczące głównie nazwy, omawianego zaburzenia. Dyskutowane są w związku z tym trudności diagnostyczne i wynikające z tego wskazania terapeutyczne dla osób z pedofilią.

Słowa klucze: pedofilia, przestępcy seksualni, DSM-V

Pedophilia – the diagnostic and therapeutic difficulties

This article is an attempt to present the available definitions of pedophilia, mainly from a clinical perspective, showing the differences between current classifications of mental diseases and disorders in the understanding of that phenomenon. Currently binding – from 2013 – the fifth version of the classification of mental disorders from the American Psychiatric Association DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), has made some changes - mainly concerning the name - of the discussed disorder. Therefore, the diagnostic difficulties and resulting therapeutic indications for people with pedophilia are discussed.

Keywords: pedophilia, sex offenders, DSM-V

Jest oczywiste, że osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych pod postacią pedofilii nie podnieca dojrzała kobieta czy mężczyzna. Obiektem seksualnym jest dziecko bez rozwiniętych 3-rzędowych cech płciowych. Ten fakt stanowi istotę pedofilii. Jednak, by móc ją rozpoznać, taki stan musi trwać co najmniej sześć miesięcy i musi dotyczyć również świata fantazji osoby diagnozowanej. Aby uznać kogoś za osobę zaburzoną, trzeba ponadto stwierdzić, że zainteresowanie niedojrzałym ciałem dziecka dominuje lub jest wyłączone w jego potrzebach seksualnych [Lew-Starowicz 2015].

Pedofilia jest pojęciem szerokim, dotyczącym różnych form relacji seksualnej między dorosłym–sprawcą a dzieckiem–ofiara. W literaturze najczęściej zamienne używane są pojęcia: nadużycie, wykorzystanie i molestowanie seksualne. W naukach pedagogicznych, psychologicznych i medycznych zazwyczaj znajduje się definicja zaproponowana przez organizację Standing Committee on Sexually Abused Children (SCSAC): „dziecko wykorzystywane seksualnie to każda jednostka w wieku bezwzględnej ochrony, którą osoba dojrzała seksualnie poprzez zaniedbanie obowiązków lub świadome działanie naraża na jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest seksualne zaspokojenie osoby dorosłej” [Glaser, Frosh 1995, s. 19].

W rozumieniu społecznym każdy bliższy kontakt z dzieckiem, zainteresowanie nim oraz oglądanie pornografii dziecięcej są utożsamiane z pedofilią. Analizując jednak zachowania takich osób należy brać pod uwagę inne rozwiązania, które stanowią pewną pułapkę przy zajmowaniu się pedofilią. W Polsce według Kodeksu karnego barierą wieku, po którym zezwala się na aktywność seksualną z drugą osobą, jest ukończenie przez nią 15 roku życia. Przyjmuje się powszechnie (i błędnie), że jeżeli ktoś miał kontakt seksualny z dziewczynką lub chłopcem, którzy nie ukończyli 15 lat, jest pedofilem. Wiek nie zawsze wiele mówi o dojrzałości ciała. Są dziewczynki, które w wieku 13 lat mają dojrzałe ciało. Nie można tego automatycznie stwierdzić. Wiele zależy od wyglądu małoletniej czy małoletniego – rozwinięcia u niej/niego 3-rzędowych cech płciowych. Jeżeli doszło do kontaktu seksualnego z osobą poniżej 15 roku życia, możemy mówić o karalnym kontakcie seksualnym z nieletnią albo nieletnim. Jednak ocena czy osoba, która się tego dopuściła, ma zaburzone preferencje seksualne pod postacią pedofilii powinna zawsze podlegać opinii specjalistów seksuologów.

Nie każdy sprawca czynów popełnianych na tle seksualnym ma zaburzone preferencje seksualne, choć w sensie społecznym i prawnym uznawany jest najczęściej za „pedofila”. Wiele form wykorzystywania seksualnego nie jest popełniana przez osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych. Sprawcami mogą być np. osoby z zaburzeniami osobowości, uszkodzeniami ośrodkowego układu nerwowego (OUN), nadużywające środków psychoaktywnych i/lub przeżywające frustracje seksualne.

Przeglądając literaturę dotyczącą pedofilii wydaje się niestety, że nie ma jednoznaczności wśród teoretyków i praktyków w definiowaniu tegoż zjawiska. Dostępne definicje ulegały też zmianie w ciągu ostatniego dwudziestolecia, a zmiana ta polegała przede wszystkim na poszerzeniu pojęcia. Wskazuje to na ogromne znaczenie kwestii związanych z potrzebą definiowania pedofilii w sposób niepozostawiający wątpliwości. Definicje oddziałują bowiem na diagnozę rozpowszechnienia zjawiska, ocenę tendencji oraz określają formę reagowania na nie (sankcje, leczenie, prewencja) [Beisert 2012, s. 19].

Pedofilia jest pojęciem obszernym, wykraczającym poza normy kliniczne, prawne i społeczne, i z tych perspektyw najczęściej jest definiowana. Dostrzec wtedy można podstawowe różnice dotyczące rozumienia omawianego zjawiska. Ze względu na charakter i temat niniejszej pracy skupiono się wyłącznie na definiowaniu pedofilii w rozumieniu klinicznym – przytoczono wybrane definicje i opisano rozpowszechnienie zjawiska. W niniejszym artykule skupiono się głównie na analizie klinicznego ujęcia pedofilii według DSM-IV, ICD-10, ale odniesiono się także do DSM-V, prezentując ewentualne trudności diagnostyczne i terapeutyczne, które wydają się pojawiać przy ocenie klinicznej osoby.

Podejście kliniczne opiera się głównie na predyspozycjach wewnętrznych jednostki. Pedofilia jest zjawiskiem z kręgu psychopatologii i uznawana za jedną z postaci parafilii. Tłumacząc dosłownie parafilię M. Beisert pisze, że jest to „niewłaściwa, pozostająca poza normą, forma miłości” [Beisert 2012, s. 20]. Według Klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV) parafilia to „uporczywe wzorce zachowań seksualnych, w których osiągnięcie pełnej satysfakcji seksualnej jest uzależnione od pojawienia się specyficznych przedmiotów, rytuałów czy sytuacji” [Wciórka 2008].

Wśród definicji klinicznych można wyodrębnić pewne podziały. Dotyczą one źródła definicji. Wyróżniamy definicje od autorytetów (teoretyków i praktyków) zajmujących się zjawiskiem pedofilii oraz od organizacji, mając tu na myśli Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA). Do znanych badaczy, którzy podjęli się próby zdefiniowania pedofilii, zaliczamy m.in. R. Langevina, według którego „pedofilia jest terminem często stosowanym w odniesieniu do zbiorów anomalii seksualnych polegających na angażowaniu dzieci jako seksualnych partnerów dorosłych, zwykle mężczyzn. Mężczyzn tych odróżnia od innych silniejsze reagowanie podnieceniem na dziecko niż na osobę dorosłą” [za: Beisert 2012, s. 21]. W roku 1986 polski seksuolog K. Imieliński za pedofilię uznał odchylenie seksualne ujawniające się w tendencji do praktyk seksualnych z dziećmi. Zaznaczył, że płeć dziecka nie odgrywa tutaj znacznej roli. Ważne jest natomiast samo ciało dziecięce, które pobudza fantazje seksualne [Imieliński 1986, s. 231]. Podążając za tym myśleniem i jednocześnie nawiązując do parafilii Z. Lew-Starowicz w 2000 r. przedstawił pedofilię jako „często spotykaną parafilię polegającą na osiągnięciu satysfakcji seksualnej w kontaktach z dziećmi” [Lew-Starowicz 2000, s. 127].

Analizując definicje pochodzące od autorytetów można wyróżnić następujące ich cechy: pedofilia według nich to rodzaj patologii, a istotą jej jest zainteresowanie seksualne dzieckiem. Definicje te należą do grona włączających, które są określane w taki sposób, aby ich kryteria obejmowały wszelkie przypadki danego zachowania.

Definicje pochodzące od organizacji kładą nacisk na kryteria diagnostyczne danego zjawiska. Podręcznik diagnostyczny Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego uważa pedofilów za osoby dorosłe (które ukończyły 16 rok życia), które czują pociąg do dzieci przed okresem pokwitania [Salter 2005, s. 77]. W klasyfikacji DSM-IV pedofilia oznaczona jest kodem 302.2, a jej kryteria przedstawione są szczegółowo w tabeli 1.

Tabela 1. Kryteria pedofilii według DSM-IV

| | |
|-------------|---|
| Kryterium A | Pojawiające się przynajmniej sześć miesięcy, powracające, silnie podniecające fantazje seksualne, impulsy seksualne lub zachowania dotyczące aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi, które nie wkroczyły jeszcze w okres dorostania. |
| Kryterium B | Fantazje, impulsy lub zachowania powodujące klinicznie znaczący dyskomfort lub upośledzenie w społecznym, zawodowym lub innym obszarze funkcjonowania. |
| Kryterium C | Osoba ma przynajmniej szesnaście lat i jest co najmniej pięć lat starsza niż dziecko lub dzieci z kryterium A. Nie dotyczy osób w późnym okresie dorostania będących w relacji z dwunasto- lub trzynastolatkiem. |

Źródło: [Seligman, Walker, Rosenhan 2003, s. 592].

Według Światowej Organizacji Zdrowia pedofilia to „preferencja seksualna osoby dorosłej w stosunku do dzieci, zwykle w wieku przedpokwitaniowym lub we wczesnym okresie pokwitania” [Pużyński, Wciórka, 2000, s. 183]. Kryteria w klasyfikacji ICD-10 prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Kryteria zaburzeń preferencji seksualnych i pedofilii według ICD-10

| Kryteria ogólne dla zaburzeń preferencji seksualnych (F65) | |
|--|---|
| Kryterium G.1. | Osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań. |
| Kryterium G.2. | Osoba zarówno realizuje ten popęd, jak i odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie. |
| Kryterium G.3. | Preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy. |
| Kryteria charakterystyczne dla pedofilii (F65.4) | |
| Kryterium B | Utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem. |
| Kryterium C | Osoba ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza od dziecka lub dzieci z kryterium B. |

Źródło: [Pużyński, Wciórka (red.), 1998, s. 124–125].

Kryteria te są do siebie podobne. Definicje pochodzące od organizacji należą do grona definicji wyłączających, które mają na celu wskazanie jedynie na te jednostki spełniające precyzyjnie określone warunki.

Elementy, które powinny wchodzić w skład definicji klinicznych, są następujące: ustalenie istoty zjawiska, określenie ofiary oraz sprawcy, sposób działania sprawcy. Istotą pedofilii, która zawarta jest w większości definicji, to relacja seksualna dorosłego osobnika z dzieckiem [Beisert 2012, s. 23]. Poza terminem pedofilia spotkać się można z wieloma innymi określeniami dotyczącymi krzywdzenia seksualnego dzieci. Najczęściej używa się w literaturze terminów: agresja seksualna, przemoc seksualna, wykorzystywanie seksualne, molestowanie seksualne. Agresja seksualna jest pojęciem węższym od przemoc seksualnej, natomiast pozostałe określenia dotyczą mniej więcej podobnie rozumianego zjawiska i używane są zamiennie. Zasadniczo, terminy związane z przestępstwami seksualnymi można podzielić na dwie grupy. Pierwsza grupa pojęć obejmuje zjawisko pedofilii w rozumieniu klinicznym, zaś druga grupa dotyczy niewłaściwego traktowania seksualności nieletniego i stanowi zbiór pojęć o różnej ogólności i to właśnie tu zaliczamy wymienione wyżej terminy.

Najczęściej poza „pedofilią” spotkać się można z użyciem w literaturze pojęcia „wykorzystywanie seksualne”. Definiowanie tego określenia wymaga ustalenia konkretnych wymiarów: rodzaju aktywności seksualnej, w którą włączane jest dziecko, oraz tego co decyduje o tym, że aktywność ta uznana będzie za krzywdzenie małoletniego [Sajkowska 2004, s. 8]. Najczęściej przytaczane w literaturze definicje pochodzą od instytucji zajmujących się ochroną zdrowia i życia dziecka. Cytowane poniżej definicje mniej lub bardziej skrupulatnie określają, kim jest sprawca działań a kim ofiara oraz jak dana aktywność seksualna przebiega. Łączy je założenie o negatywnym charakterze aktywności sprawcy.

Definicja zawarta w amerykańskiej ustawie na temat Profilaktyki i Przeciwdziałania Krzywdzeniu Dzieci (Child Abuse Prevention and Treatment Act – CAPTA), podobnie jak zaproponowana przez wspomnianą już organizację SCSAC, brzmi następująco: „Za dziecko seksualnie wykorzystywane uznać można każdą jednostkę w wieku bezwzględnej ochrony, jeśli osoba dojrzała seksualnie, czy to przez świadome działanie, czy też przez zaniedbywanie swoich społecznych obowiązków lub obowiązków wynikających ze specyficznej odpowiedzialności za dziecko, dopuszcza się zaangażowania dziecka w jakąkolwiek aktywność natury seksualnej, której intencją jest zaspokajanie osoby dojrzałej”.

Światowa Organizacja Zdrowia zdefiniowała wykorzystywanie seksualne nieco szerzej: „Wykorzystywanie seksualne dziecka to włączanie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest ono w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub na którą nie jest dojrzałe rozwojowo, i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób, i/lub która nie jest zgodna z normami prawnymi lub

obyczajowymi danego społeczeństwa. Z wykorzystywaniem seksualnym mamy do czynienia gdy taka aktywność wystąpi pomiędzy dzieckiem a dorosłym lub dzieckiem a innym dzieckiem, jeśli te osoby ze względu na wiek bądź stopień rozwoju pozostają w relacji opieki, zależności, władzy. Celem takiej aktywności jest zaspokojenie potrzeb innej osoby. Aktywność taka może dotyczyć: namawiania lub zmuszania dziecka do angażowania się w prawnie zabronione czynności seksualne; wykorzystywanie dziecka do prostytucji lub innych prawnie zakazanych praktyk o charakterze seksualnym; wykorzystywanie dziecka do produkcji materiałów lub przedstawień o charakterze pornograficznym” [Sajkowska 2004, s. 8–9].

Analizując przytoczone definicje pedofilii i wykorzystywania seksualnego można zauważyć pewne istotne różnice pomiędzy terminami. Pierwsze rozróżnienie dotyczy aspektu przedmiotowego definicji, bowiem w definiowaniu zjawiska pedofilii kładzie się nacisk na osobę sprawcy, jego zachowania i zaburzenia. Gdy przedmiotem zainteresowania jest dziecko – częściej używa się terminu wykorzystywanie seksualne. Po drugie, różnice obecne są w zasięgu definiowania obu zjawisk. Pedofilia opisuje stany i zachowania sprawcy nie tylko z dzieckiem (jest to także fantazjowanie), wykorzystywanie seksualne opisuje zawsze zachowania sprawcy wobec nieletniego. Można więc wyciągnąć wniosek, że definicje kliniczne obu zjawisk różnią się od siebie, jednak w sensie prawniczym i społecznym raczej oznaczają to samo.

Przestępstwa seksualne, których ofiarami są dzieci, zawierają się w pojęciach wykorzystania seksualnego, nadużyć seksualnych, molestowania seksualnego, pedofilii, przemocy seksualnej, krzywdzenia seksualnego. Wielu autorów (np. Beisert, Sajkowska, Kałka) uważa, że powyższe terminy mogą być stosowane zamiennie. Natomiast M. Kowalczyk twierdzi, że nie w każdym przypadku stosowanie ich zamiennie jest uzasadnione, ponieważ obecne jest zróżnicowanie obszarów zawartych w pojęciu wykorzystywania i przemocy seksualnej. Pedofilia to także zachowania seksualne wobec dzieci z najbliższej rodziny.

Szacuje się, że co roku ofiarą kazirodztwa w Polsce pada ponad 30 tysięcy dzieci [Filas 2000, s. 28]. Najogólniej mówiąc kazirodztwo to obcowanie płciowe z osobą z kręgu rodzinnego. Trochę bardziej rozbudowana definicja mówi, że „kazirodztwo to wszelkie działania o podłożu seksualnym, odbywające się w zamkniętym kręgu rodziny pośród jej członków powiązanych więzami krwi, czy to pomiędzy dorosłymi i dziećmi, czy też jedynie pomiędzy dorosłymi” [Podgajna-Kuśmierk 2003, s. 36]. W ujęciu klinicznym – jeżeli osoba spełnia kryteria diagnostyczne zaburzeń preferencji seksualnych – jest to również parafilia.

Kazirodztwo jest jedną z najbardziej zawstydzających form przemocy, ponieważ często jest zdradą najważniejszego zaufania w życiu dziecka, jakim jest zaufanie do rodzica. Prowadzi to do zaburzeń emocjonalnych, ale i do przekonania

dziecka o własnej winie, a wiele ofiar nie zgłasza spraw, ponieważ boją się rozpadu systemu rodzinnego.

Rozpowszechnienie zjawiska w Polsce najlepiej obrazują zebrane dane i statystyki sporządzane przez Policję i Centralny Zarząd Służby Więziennej. Nie istnieją rejestry prowadzone przez instytucje zajmujące się opieką nad pokrzywdzonymi dziećmi, które umożliwiłyby ujawnienie skali problemu. W ciągu ostatnich 10 lat skazano za pedofilię w Polsce około 6 tysięcy osób, a średni wymiar kary pozbawienia wolności za pedofilię wynosił około 4 lat i 2 miesiące.

W wielu innych krajach istnieją rejestry instytucji zajmujących się problemem krzywdzenia dzieci. Badania takie wykonywane są co 6–7 lat. W każdym z tych krajów badania prowadzone są według różnej metodologii, jednak wszystkie wprowadzają możliwość uogólniania danych. W USA prowadzone są badania rocznej skali ujawnionych przypadków krzywdzenia dzieci przez National Incidence Study of Child Abuse and Neglect (NIS). Badania te przeprowadzane są na podstawie informacji na temat przypadków krzywdzenia dzieci – w momencie gdy wszczęte zostaje dochodzenie przez agencje ochrony dzieci. Jak dotąd przeprowadzono 4 takie badania (ostatnie NIS-4 na podstawie danych z lat 2004–2009). I tak na przykład NIS-3 ukazuje, iż pomiędzy rokiem 1986 a 1993 liczba dzieci wykorzystywanych seksualnie wzrosła o 83% i wynosiła 119 tysięcy. Mimo to, w dalszych latach badacze odnotowują znaczny spadek liczby przypadków wykorzystywania dzieci w USA, co może świadczyć o zmniejszeniu się problemu, bądź też o mniejszej liczbie zgłaszanych wydarzeń. Skala problemu w USA – ze względu na wielkość zajmowanego obszaru – jest o wiele większa, ale także poziom instytucjonalnych form pomocy i opieki jest na o wiele wyższym poziomie niż w Polsce, za czym idą dokładniejsze i bardziej rozbudowane statystyki [Sajkowska 2004, s. 15–19].

W Polsce od kilkunastu lat pedofilia przestała być tematem tabu i obecna jest w mediach ożywiona dyskusja na ten temat. To właśnie media nagłaśniały konkretne przypadki wykorzystywania seksualnego dzieci. Pozwoliło to na zakorzenienie w społeczeństwie świadomości, że problem ten istnieje i nie można go ignorować; umożliwiło także rozwój instytucji zajmujących się różnymi formami pomocy i profilaktyki.

Pedofilia wymaga bezustannego doskonalenia metod leczenia i konstruowania optymalnych modeli terapeutycznych. Przymusowym leczeniem powinny zostać objęte osoby, których przestępcze zachowania seksualne wynikają z zaburzeń, na które cierpią. W praktyce są to głównie osoby z zaburzeniami preferencji seksualnych. Istnieją opracowane standardy postępowania terapeutycznego na oddziałach zamkniętych; leczenie jest procesem wieloletnim i złożonym. Dostępne programy terapeutyczne łączą różne formy wsparcia dla sprawcy, które na wielu etapach leczenia są weryfikowane w celu sprawdzenia ich skuteczności.

Nim jednak dochodzi do leczenia, należy dokładnie zdiagnozować sprawcę pod kątem jego życia seksualnego, fantazjowania, marzeń oraz siły popędu i priorytetów seksualnych. Te ustalenia mają zasadnicze znaczenie dla późniejszego procesu leczenia. W realizacji programów terapeutycznych dla preferencyjnych sprawców przemocy seksualnej w Polsce najtrudniejsze wydają się ograniczenia wynikające z niewystarczającej liczby specjalistów przygotowanych do prowadzenia zarówno diagnostyki, jak i terapii.

Stalej też dyskusji poddawane jest pytanie – jak leczyć przestępców seksualnych. W Czechach i niektórych stanach USA stosowana jest interwencja chirurgiczna, czyli kastracja. Przeciwnicy tej metody uważają, że nie jest do końca wiarygodna metoda. Uważają oni, że wycięcie jąder nie rozwiązuje problemu, redukuje co prawda poziom testosteronu, ale nie doprowadza do spadku impulsów seksualnych. Zaburzone zachowania seksualne mogą być też powodowane przez mechanizmy psychologiczne, które nie ustępują nawet po obniżeniu poziomu testosteronu tą drogą leczenia. Pomimo ponad 20-letnich badań nie udało się w sposób definitywny wykazać bezpośredniego związku stężenia tego hormonu z występowaniem zaburzeń wiążących się z przestępczością seksualną.

Im lepsza będzie płaszczyzna zrozumienia działania sprawcy, tym większa jest szansa na zastosowanie właściwych oddziaływań leczniczych i mniejsze ryzyko dla potencjalnych ofiar. W Polsce sens stosowanej terapii nie leży w kastracji chirurgicznej, ale hormonalnej. Chodzi o okresową farmakoterapię, która ma na celu sflumienie parafilnych impulsów, co w efekcie sprzyja również obniżeniu poziomu testosteronu. Istotą leczenia jest kompleksowe podejście do sprawcy przez wykorzystanie wspomnianej farmakoterapii i psychoterapii. Jeden z proponowanych programów terapii preferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych składa się z czterech modułów, a ich podstawowym celem jest zapobieganie recydywie [Stusiński, Lew-Starowicz 2014]. Głównie jednak promuje się szkołę poznawczo-behawioralną, gdzie prowadzi się dyskusje i wyjaśnia problemy z pacjentem. Mają one pozwolić dojść z nim do wspólnych wniosków. Wiedza pozyskana z tych rozmów podlega dalszemu sprawdzaniu w wywiadzie klinicznym. Ma to na celu pomóc sprawcy, by w przyszłości mógł kontrolować swoje myśli i postępowanie, a tym samym zmniejszeniu mają ulec zaburzenia w sferze seksualności.

Istotą leczenia przestępców seksualnych jest ciągłość terapii, niezależnie od czasu izolowania; a najważniejszym zadaniem jest zapobieganie recydywie u osób, u których sąd orzekł już winę. Temu ma służyć monitorowanie ryzyka recydywy, a następnie ukształtowanie u pacjenta umiejętności osiągania celów w społecznie akceptowany sposób.

Jednocześnie pedofilię próbuje się okiełznać przez Kodeks karny. Kary bowiem mają stanowić czynnik odstrasżający. Dzięki temu część pedofilów nie

wchodzi na ścieżkę łamania prawa i w odczuciu społecznym ma ten fakt wartość, niemniej problem jednak pozostaje. Przy zaburzeniach preferencji seksualnych i zaburzeniach osobowości nie ma znaczenia odstrasżająca rola kary. Osoba chora nie wyciąga wniosków ani z ostrzeżeń, ani z kar na niego nałożonych lub nie jest w stanie zahamować powstających impulsów seksualnych [Beisert, Wrzesień 2013]. Niestety statystyki wciąż są nieubłagalne. Mówią, że w Polsce recydywa wśród pedofilów wynosi około 80%. I wciąż ważna i aktualna jest dyskusja nad tym jak powinien wyglądać skuteczny model prowadzenia terapii.

Prace nad obowiązującą od 2013 roku, piątą już, wersją klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM rozpoczęły się w 1999 roku. Uczestniczący w nich eksperci byli przedstawicielami wielu specjalności, w tym genetyki molekularnej, badań rodzinnych, nauk neurologicznych, poznawczych i behawioralnych. Udzielenie odpowiedzi na pytania, których źródłem jest zazwyczaj każdy system klasyfikacyjny, wymagało podjęcia wielopłaszczyznowych i wieloetapowych badań. Ich rezultat, w postaci ostatecznej wersji klasyfikacji DSM-V, wymusza niejednokrotnie modyfikację myślenia i postępowania diagnostycznego oraz terapeutycznego. Może to oczywiście budzić wątpliwości, a niekiedy nawet opór – tym większe, im bardziej rewolucyjnych dokonano zmian. Spostrzeżenie to wydaje się dotyczyć także grupy zaburzeń preferencji seksualnych.

Różnice w sformułowaniach w DSM-V (w odniesieniu do DSM-IV) wydają się nie wprowadzać zmian merytorycznych. Zmiana w amerykańskiej klasyfikacji polega na tym, że przy każdym z rodzajów parafilii dodano rzeczownik *disorder* (zaburzenie). W obecnym brzmieniu mamy więc *pedophilic disorder*, czyli zaburzenie pedofilne. Nie zmieniły się natomiast kryteria diagnostyczne pedofilii według DSM. Aby specjalista zdiagnozował u kogoś pedofilię, muszą być spełnione kryteria: „pojawiające się przez przynajmniej 6 miesięcy powracające, silnie podniecające fantazje seksualne, impulsy seksualne lub zachowania dotyczące aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi, które nie wkroczyły jeszcze w okres dorastania” (ogólnie przed 13 rokiem życia); „fantazje, impulsy lub zachowania powodujące klinicznie znaczący dyskomfort lub upośledzenie w społecznym, zawodowym lub innym obszarze funkcjonowania”. Ponadto diagnozowana osoba „ma przynajmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starsza niż dziecko lub dzieci z kryterium A”. Kryterium to nie dotyczy osób w późnym okresie dorastania będących w relacji z 12- lub 13-latkami [APA, 2013].

W amerykańskiej klasyfikacji wymagane jest także uszczegółowienie dotyczące płci ofiary, tego czy sprawcę pociągają wyłącznie dzieci oraz czy jego ofiary pozostają w stosunku pokrewieństwa do niego. Kryteria diagnostyczne pedofilii według klasyfikacji ICD-10 są zasadniczo takie same jak w klasyfikacji amerykańskiej.

skiej DSM-V. Różnica jest taka, że według ICD-10 nie uszczegóławia się płci ofiary ani pokrewieństwa.

Edycja DSM-V nastąpiła 18.05.2013 r. W komentarzu do parafilii i zaburzeń parafilnych APA (American Psychiatric Association) sklasyfikowało pedofilię jako jedną z orientacji seksualnej. Dotyczyło to parafilii pod postacią pedofilii, ale bez cech czyniących ją zaburzeniem parafialnym. Po serii publikacji, zdecydowanie krytykujących taką postawę wobec pedofilii, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne 31.10.2013 r. wydało oświadczenie, w którym informuje, że określenie „pedofilii” jako „orientacja seksualna” było błędem i zapewnia, że rozumie zaburzenie pedofilskie jako „parafilię”, czyli zaburzenie preferencji seksualnych, a nie jako „orientację seksualną” [APA, 2013].

Konsekwencje rozróżnienia parafilii od zaburzenia parafialnego mogą być dwojakie. Z jednej strony to nowe podejście demedykalizuje i przestaje stygmatyzować szczególne, niezwykle preferencje i zachowania seksualne pod warunkiem, że nie powodują cierpienia i krzywdy własnej oraz innej osoby. Z drugiej jednak strony implikować może ono myślenie, iż preferowanie dziecka jako obiektu seksualnego jest w pewien sposób zrozumiałe. Czy budzi to przekonanie, że dąży się – w rozumieniu klinicznym pedofilii – do jeszcze większego rozmycia definicji? Jeżeli tak by było – napotykalibyśmy kolejne trudności diagnostyczne i, w związku z tym, terapeutyczne.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013), 5 ed., DSM-V.
- Beisert M. (2012), *Pedofilia. Geneza i mechanizm zaburzenia*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Beisert M., Wrzesień A. (2013), *Pedofilia: między kontrolą a wyleczeniem*, „Psychiatria po dyplomie”, nr 6.
- Filas A. (2000), *Hańba domowa*, „Wprost”, nr 40.
- Glaser D., Frosh S. (1995), *Dziecko seksualnie wykorzystane*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Imielinski K. (1986), *Zarys seksuologii i seksiatrii*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Lew-Starowicz Z. (2015), *Definicja pedofila – pułapki diagnostyki i leczenia*, „Psychiatria po dyplomie”, nr 1.
- Lew-Starowicz Z. (2000), *Seksuologia sądowa*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa.
- Podgajna-Kuśmieriek M. (2003), *Pedofilia. Zarys zagadnienia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

- Pużyński S., Wciórka J. (red.) (1998), *Klasyfikacje zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Pużyński S., Wciórka J. (red.) (2000), *Klasyfikacje zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Sajkowska M. (red.) (2004), *Wykorzystywanie seksualne dzieci: teoria, badania, praktyka*, Fundacja „Dzieci Niczyje”, Warszawa.
- Salter A.C. (2005), *Drapieżcy, pedofile, gwałciciele i inni przestępcy seksualni. Kim są i jak możemy chronić siebie i nasze dzieci*, Media Rodzina, Poznań.
- Seligman M.P.E., Walker E.F., Rosenhan D.L. (2003), *Psychopatologia*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań.
- Stusiński J., Lew-Starowicz Z. (2014), *Leczenie przestępców seksualnych. W poszukiwaniu optymalnego modelu*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego”, nr 82.
- Wciórka J. (red.) (2008), *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Elsevier Urban & Partner, Wrocław.