



## Próby klasyfikacji typologicznej sprawców molestowania seksualnego dzieci na podstawie analizy orzeczeń sądowo-psychiatrycznych

*Differential classification and typology of child molesters  
on the basis of forensic psychiatry reports*

JANUSZ MASŁOWSKI, ANDRZEJ VENULET,  
KRZYSZTOF KOŁCZ, WOJCIECH CZAPSKI

Ze Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim

**STRESZCZENIE.** Autorzy poddali analizie 52 orzeczenia sądowo-psychiatryczne dotyczące sprawców molestowania seksualnego dzieci. Zastosowano typologię pedofilii wg kryteriów DSM-IV i ICD-10 w modyfikacji Beiera i własnej. W podanej analizie populacji – 48% przypadków odbiegało od ogólnej populacji pedofilii charakterystykami socjodemograficznymi, a 76% sprawców pedofilii właściwej i zastępczej wykazywało współistnienie innych zaburzeń. Autorzy uważają, że obecne kryteria diagnostyczne posiadają ograniczenia utrudniające typologię sprawcy. Ponadto, nie zawsze są ogólnie akceptowane.

**SUMMARY.** The authors analysed 52 forensic-psychiatric reports of child molesters. They classified paedophilia according to the diagnostic criteria of the ICD-10 and DSM-IV as well as a modified version of these criteria introduced by Beier and themselves. 48% of the paedophiles had different socio-demographic characteristics from the general population of paedophiles and 76% had psychiatric comorbidity. There is no psychiatric diagnostic system and classification approved and fully validated in literature. The results support the view that the existing typologies of dissexual behaviour have limited validity. Among the paedophilic sex offenders 76% had psychiatric comorbidity.

---

**Słowa kluczowe:** molestowanie dzieci / typologia  
**Key words:** child molesters / typology

---

Przemoc seksualna wobec dzieci jest polspolitym problemem. Z badań epidemiologicznych wynika, że przemoc seksualna obejmuje wszystkie kultury i obszary etniczne, a w niektórych krajach liczba aktów przemocy rośnie. Pomimo niechęci ofiar do zgłaszania przemocy, wykrywalność jest znaczna, zatem jest przedmiotem badań sądowo-psychiatrycznych. Pedofilia spośród wszystkich dewiacji seksualnych jest karana najsurowiej i stanowi ok. 30% wśród skazanych za przestępstwa seksualne. Społeczeństwo reaguje na akty seksualnego molestowania dzieci

z odrazą i jest bardziej wyczułone na te akty niż na poważne następstwa zaniedbywania lub przemocy fizycznej wobec dzieci [17]. Publiczne opinie i wyobrażenia o przemocy seksualnej nie zawsze znajdują oparcie w rzeczywistości. Należy stwierdzić, że prawdopodobnie tylko w 3% przypadków dochodzi do użycia przemocy fizycznej w pedofilii. Groźenie lub przymus wobec dziecka występują jedynie w ok. 15% przypadków. W ok. 10% molestowania, dziecko może prowokować pedofila i brać aktywny udział w kontaktach seksualnych.

W pewnych okresach historii zachowania pedofilne były tolerowane lub były normą. Można przytoczyć przykłady proroka Mahometa lub Gandiego [4]. Typowi kochankowie Szekspira – Romeo i Julia – dzisiaj byłiby kwalifikowani jako pedofil i ofiara. Julia miała bowiem tylko 13 lat, Romeo był dorosłym. Wg prawa, dopuszczalny wiek do zawarcia małżeństwa, a także określający granice pomiędzy normą a dewiacją w Anglii w czasach powstania tego utworu literackiego wynosił 12 lat i jest nadal obowiązujący w Nowej Zelandii, Hiszpanii, na Malcie. W większości stanów USA wynosi 14 lat, zaś w Polsce, Grecji, Francji 15 lat.

Nowe poglądy na dewiacje seksualne wiążą się ze zmianami w kryteriach diagnostycznych dotyczących parafilii. Podnosi się, że relacje w życiu seksualnym są relacjami opartymi na partnerstwie i wolności wyboru partnera. Mają więc odniesienia do funkcjonowania jednostki w społeczeństwie. Zatem dewiacje seksualne są sprzeczne z zasadami współżycia społecznego.

Kryteria diagnostyczne parafilii (DSM-IV) lub zaburzeń preferencji seksualnych (ICD-10) są zbliżone, jednak w klasyfikacji amerykańskiej są określone bardziej szczegółowo [1]. Utrwalona lub dominująca skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem (ICD-10), zbliżona jest do definicji DSM-IV, która ponadto włącza do ofiar osoby bezwolne, a trwanie tych zaburzeń określa na co najmniej 6 miesięcy oraz szczegółowo dzieli je na zachowania parafilne wyłączne (*exclusive*) lub preferencyjne (*non-exclusive*).

W praktyce klinicznej, a także w orzecznictwie sądowym nadal stosuje się podział na pedofilię właściwą, która odpowiada typom „*exclusive and non-exclusive*” oraz pedofilię zastępczą, w której preferowanym partnerem jest człowiek dorosły, lecz wskutek niemożności lub trudności w podjęciu z nim kontaktu seksualnego, osobnik podejmuje praktyki seksualne z dziećmi wykorzystując ich niższy rozwój umysłowy i niedojrzałość emocjonalną [11].

## BADANI I METODA

Materiał obejmuje 52 sprawców molestowania seksualnego dzieci, przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim w latach 1971–1995. Wydane opinie sądowo-psychiatryczne dotyczą 88 dzieci. Zastosowano „Kwestionariusz do badania osobowości seksualnej” Gromskiej w modyfikacji autora. Wywiad obiektywny objął: dane demograficzne sprawców, przebyte choroby i rozwój w dzieciństwie, używanie alkoholu, cechy osobowości i charakterystykę życia seksualnego sprawców, ich uprzednią karalność, funkcjonowanie zawodowe, rodzinne i społeczne. Dane z akt sprawy i wywiady obiektywne dotyczyły opisu i przebiegu molestowania oraz wpływ alkoholu na popełnienie przestępstwa. Sprawcy byli badani neurologicznie, psychiatrycznie oraz psychologicznie. Wykonano badania laboratoryjne, odmy mózgowe i TK głowy, EEG. Rozpoznanie dewiacji opiera się na kryteriach i terminologii ICD-10 i DSM-IV w modyfikacji Beiera i własnej.

---

Dewiacyjne zachowania seksualne i zastępcze:

1. seksualnie niedoświadczeni małoletni oraz starsi wiekiem ze zmianami organicznymi w o.u.n.,
2. wykazujący dysocjalne zaburzenia osobowości od dzieciństwa, wielokrotnie karani, nadużywający alkohol,
3. upośledzeni umysłowo, nie spełniający kryteriów pedofilii właściwej i preferencyjnej.

Dewiacje seksualne:

1. pedofilia preferencyjna (*non-exclusive type*),
  2. pedofilia wyłączna, w której jest utrwalona aktywność seksualna z dzieckiem przed okresem pokwitania.
- 

W klasyfikacji prawnej wyróżniono art. 200 § 1 kk:

Tablica 1. Przemoc seksualna wg orientacji seksualnej (N=52)

Wiek sprawcy w czasie molestowania	Orientacja seksualna			
	heteroseksualna		bi-homoseksualna	
	N	%	N	%
19 i mniej lat	6	11,5	0	0
20–29 lat	19	36,5	2	4
30–39 lat	7	13,5	6	11,5
40–49 lat	3	6	1	2
50 lat i więcej	8	15	0	0
Razem	43	82,5	9	17,5

*Kto doprowadza małoletniego, poniżej lat 15, do obcowania płciowego lub poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.*

Drugą klasyfikacją są konsekwencje wynikające z zastosowania art. 31. Decyzje o sankcji były określone zgodnie z art. 31 § 1 kk (niepoczytalny) i art. 31 § 2 kk (poczytalność ograniczona) lub zdrowy (bez art. 31 kk).

## WYNIKI

U 43 sprawców molestowania występowała orientacja heteroseksualna, u 9 homoseksualna lub biseksualna (tabl 1). Grupa wiekowa od 30 do 39 lat była najliczniejsza wśród sprawców o orientacji bi- i homoseksualnej, podczas gdy u sprawców o heteroseksualnej orientacji przeważała grupa wieku poniżej 30 lat.

Tabl. 2 przedstawia wiek ofiar w czasie molestowania. Najliczniejszą grupę stanowiły dziewczynki w wieku 6–9 lat, powyżej 14 lat stanowiły zaledwie 12%. Przeważająca liczba badanych miała ukończone wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe (57%). Grupa o wykształceniu zasadniczym była dość liczna (27%). Wyniki te odbiegają od rozkładu w populacji, gdyż znaczny odsetek stanowili upośledzeni umysłowo w stopniu lekkim i osoby z pogranicza normy i upośledzenia (tabl. 3).

Osoby z normalną inteligencją stanowiły 31%. Tabl. 4 przedstawia rozpoznania zabu-

rzeń psychicznych sprawców wg ICD-10. Nie stwierdzono zaburzeń psychicznych u 23%. Rozpoznanie „psychiatryczne” stwierdzono u 40 (76%) sprawców. Wśród zespołów psychoorganicznych wyróżniono zespół czołowy w jednym przypadku, encefalopatię z objawami neurologicznymi w trzech przypadkach oraz zaburzenia organiczne osobowości lub zespoły otępienne w siedmiu przypadkach. Aczkolwiek wpływ alkoholu w czasie

Tablica 2. Wiek ofiar molestowania seksualnego dzieci (N=88)

Wiek ofiary w czasie molestowania	Liczby bezwzględne (N)	%
2 lata	1	1
3–5 lat	8	9
6–9 lat	33	37,5
10–11 lat	20	23
12–13 lat	16	18
14–15 lat	10	11,5
Razem	88	100

Tablica 3. Iloraz inteligencji sprawców molestowania seksualnego dzieci (N=52)

Iloraz inteligencji sprawcy	Liczby bezwzględne (N)	%
50–70	15	29
71–90	16	31
Powyżej 90	21	40
Razem	52	100

Tablica 4. Identyfikacja zaburzeń psychicznych sprawców molestowania dzieci wg ICD-10 (N=52)

Rodzaj zaburzenia		Kod ICD-10	Liczby bezwzględne	%
Zespoły psychoorganiczne	czołowy	F07	11	21
	encefalopatia z objawami neurologicznymi	–		
Schizofrenia		F20	3	6
ZZA		F10	3	6
Zaburzenia osobowości lub osobowość niedojrzała		F60	15	29
Upośledzenie umysłowe		F70	8	15
Norma		–	12	23
Razem			52	100

Tablica 5. Typy sprawców molestowania seksualnego dzieci

Dewiacyjne zachowania seksualne i zastępcze	Orientacja seksualna			
	heteroseksualna		bi-homoseksualna	
	liczby bezwzględne	%	liczby bezwzględne	%
Niedoświadczeni małoletni i z zaburzeniami organicznymi o.u.n.	7	12	2	3,5
Osobowość dysocjalna	3	5	0	0
Upośledzenie umysłowe	14	24	1	2
Preferencyjna pedofilia	15	26	4	7
Wyłączna pedofilia	4	7	2	3,5
Razem	49	84,5	9	15,5

popelnienia przestępstwa zanotowano w 22 przypadkach (42%), to zespół zależności alkoholowej występował jedynie u trzech sprawców. Czynnościowe zaburzenia osobowości lub osobowość niedojrzała występowały u 27% badanych. Nieprawidłowe testy osobowościowe w badaniach psychologicznych lub nieprawidłowe wyniki testów „organicznych” stwierdzono u 30 sprawców (57%). Wskazuje to na znaczną liczbę sprawców z zaburzeniami czynnościowymi lub organicznymi zaburzeniami osobowości. Patologiczne wyniki badania EEG i pneumoencefalografii lub TK głowy występowały u 15 sprawców.

Kryteria diagnostyczne zaburzeń preferencji seksualnych w postaci wyłącznej lub preferencyjnej pedofilii spełniało 25 badanych,

w tym wyłączny (*exclusive*) typ pedofilii stanowiło 6 osób. Tablica 5 przedstawia typy zaburzeń preferencji seksualnych w postaci dewiacji seksualnych (parafilii) oraz przedstawia dewiacyjne zachowania seksualne lub zastępcze wg Beiera wg własnej modyfikacji.

Z badań sprawców molestowania seksualnego dzieci okazuje się, że większość z nich pozostała nieznaną nieznanym ofiar (69%). Osoby samotne stanowiły 70%, karanych za molestowanie dzieci w 12 przypadkach (23%), lub za przestępstwa pospolite (19%), żonaci (30%), stosujący przemoc fizyczną (60%), lub bez użycia przemocy, np. prezenty (30%). Najczęściej fakt molestowania do organów ścigania zgłaszała matka (71%), rzadziej inni (19%) lub ofiara (10%). Czyny pedofilne z dwoma partnerami lub więcej

występowały w 30%. Żonaci sprawcy w 10% charakteryzowali pożycie małżeńskie jako zgodne, dobre pożycie seksualne z konkubiną miało 30% badanych, zaś 40% nie miało partnerki.

Z analizy rodzajów kontaktów seksualnych wynika, że przeważało dotykanie narządów płciowych oraz seks oralny. Penetracja waginalna w preferencjach heteroseksualnych miała miejsce nawet z dziewczynkami w wieku 3–5 lat (2 przypadki), w pozostałych grupach wiekowych, tj. od 6–13 lat, zachodziła w 15 przypadkach. U pedofilów homoseksualnych seks oralny i analny miały zbliżone proporcje.

W dostępnych opiniach notuje się sporadycznie lub brak danych dotyczących rozwoju psychoseksualnego, nieprawidłowych inicjacji seksualnych, doznanych urazów seksualnych, wykorzystywania seksualnego, zespołu braku ojca. Podobnie notowane są sporadycznie fantazje erotyczne sprawców lub ich doświadczenia seksualne z dzieciństwa. Współistnienie seksualnego molestowania dzieci wraz z innymi parafiliami występowało w 20 przypadkach (30%), w tym zgwałcenia – 10 przypadków, ekshibicjonizmu u 7 sprawców, oglądarkstwa w 3 przypadkach.

Przyznanie się do molestowania seksualnego dzieci zanotowano u 70% sprawców. Niepoczytalność sprawców na zasadzie art. 31 § 1 kk orzeczono w 6 przypadkach, warunki art. 31 § 2 kk (znacznego stopnia ograniczenie poczytalności) występowały u 16 osób (40%).

## OMÓWIENIE

Jak dotąd nie ma klasyfikacji zaburzeń seksualnych, która byłaby powszechnie akceptowana [13]. Klasyfikacja DSM-IV w modyfikacji Beiera przesuwają z pedofilii właściwej do pedofilii zastępczej niektóre przypadki z upośledzeniem umysłowym, dyssocjalnymi zaburzeniami osobowości i przypadki małoletnich. Charakterystyka sprawców w naszym materiale odbiega niekiedy od prezentowanych opisów, gdyż obejmuje przypadki sądowe. Zatem byli to sprawcy w większości przypadków nie-

znani ofiarom, często już karani za te czyny lub przestępstwa pospolite, w większości przypadków stosujący przemoc fizyczną. Ten opis jest zgodny z piśmiennictwem traktującym o przypadkach z zakresu psychiatrii sądowej [2, 4, 5, 6, 18]. Agresywni pedofile, którzy atakują dzieci anonimowo i nie tworzą żadnych związków partnerskich, różnią się od innych nie tylko agresywnością, ale innymi cechami oraz motywami działania [11]. Okazuje się zatem, że większość sprawców pedofilii to znajomi rodziny, sąsiedzi lub krewni. Czyn ma miejsce w domu dziecka lub pedofila. Występuje więc emocjonalna dziecka z pedofilem, zwykle krótkotrwała i dość płytka [17]. W przeciwieństwie do skazanych, większość pedofilii to żonaci, często bardzo religijni lub wyznający podwójne standardy moralne. Są przepelnieni poczuciem winy i rozdarci wewnętrznie z powodu konfliktu pomiędzy pobożnością a seksualnością [17].

W materiale własnym u większości sprawców współistniały zaburzenia psychiczne. Znajduje to potwierdzenie w piśmiennictwie [5, 8, 9, 16]. Najczęściej notowano występowanie zespołu psychoorganicznego i zaburzenia osobowości. Gromska [7] u 57% badanych przestępców seksualnych stwierdziła organiczne zaburzenia osobowości. W badaniach własnych cechy zespołu psychoorganicznego (otępienne lub charakteropatyczne) zostały potwierdzone testami psychologicznymi i występowały u 57% sprawców.

Kryteria diagnostyczne pedofilii wyłącznej lub preferencyjnej (*exclusive, non-exclusive*) spełniało 25 badanych (48%). Przybliżone dane prezentują inni autorzy [3, 11, 14, 15]. Imieliński wśród 89 pedofilów znalazł jedynie 6 dewiantów „właściwych”, a 83 „zastępczych” [10]. Beier na 186 sprawców, 72 zaliczył do grupy pedofilii wyłącznej lub preferencyjnej (*exclusive, non-exclusive*) [2]. Gromska na 233 przestępców seksualnych, z których 27,8% było pedofilami, nie stwierdziła żadnego przypadku pedofilii „prawdziwej” [7]. Beier przedstawia dwuwymiarowy model etiologii neurohormonalnej pedofilii, w którym wiek i orientacja seksualna są

roboczą hipotezą, która wskazuje na przyczyny pedofilii wyłącznej (pedofilia homoseksualna) i preferencyjnej (pedofilia heteroseksualna) [2]. Zatem wskazuje na przyszły kierunek badań własnych.

## PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Ed. 4. Washington: APA; 1994.
2. Beier KM. Differential typology and prognosis for dissexual behavior – a follow up study of previously expert-appraised child molesters. *Int J Legal Med* 1988; 11: 133–41.
3. Black DW, Kehrberg LLD, Flumerfelt DL, Schlosser SS. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (2): 243–9.
4. Mc Conaghy N. Paedophilia: A review of the evidence. *Austr and New Zealand J Psychiatry* 1998; 32: 252–65.
5. Mc Elroy SL, Soutullo CA, Taylor P, i in. Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offences. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 414–20.
6. Filkenhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Neglect* 1990; 14: 19–28.
7. Gromska J, Krzykowski G. Kim jest przestępca seksualny (w druku).
8. Groth AN, Hobson W, Gary W. The child molester: Clinical observations. W: Conte J, Shore D, red. *Social work and child sexual abuse*. New York: Haworth; 129–44.
9. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49 (7): 476–83.
10. Imieliński K. Seksiatria. Patologia seksualna. Warszawa: PWN; 1990.
11. Imieliński K. Seksuologia. Aspekty prawne. Warszawa: PZWN; 1997.
12. Kilpatrick AC. Long-range effects of child and adolescents sexual experiences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
13. Lew-Starowicz Z. Klasyfikacja zaburzeń seksualnych *Post Psychiatr Neurol* 1993; 2: 167–72.
14. Lew-Starowicz Z. Przemoc seksualna. Warszawa: Jacek Santorski & Co; 1992.
15. Lew-Starowicz Z. Rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych w Polsce. *Post Psychiatr Neurol* 1993; 2: 173–8.
16. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, i in. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (5): 786–8.
17. Rosenhan DL, Seligman MEP. *Psychopatologia*. Warszawa: Pol Tow Psychol; 1994.
18. Zonana HV, Norko MA. Sexual predators. *Forensic Psychiat* 1999; 22 (1): 109–27.

*Adres: Dr Janusz Masłowski, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych,  
ul. Skarszewska 7, 83-200 Starogard Gdański*