



Przemoc seksualna w rodzinie – ocena kliniczna sprawców kazirodztw na podstawie orzeczeń sądowo-psychiatrycznych

*Sexual abuse in the family – a clinical assessment of incest offenders
on the basis of forensic-psychiatric reports*

KRZYSZTOF KOŁCZ, JANUSZ MASŁOWSKI,
ANDRZEJ VENULET, WOJCIECH CZAPSKI

Ze Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Starogardzie Gdańskim

STRESZCZENIE. *Klasyfikacja DSM-IV nie wyróżnia kazirodztwa z grupy parafilii. Spośród 30 sprawców w orzeczeniach sądowo-psychiatrycznych kazirodztwo występowało zaledwie w 5 przypadkach, zaś 18 sprawców spełniało kryteria diagnostyczne pedofilii. W charakterystyce socjodemograficznej, jak i współistnieniu innych zaburzeń psychicznych występowały znaczne podobieństwa kazirodztwa z populacją pedofilów. Najczęściej współistniały zaburzenia osobowości oraz zespoły uzależnienia od alkoholu.*

SUMMARY. *The DSM-IV does not specify incest as a separate subclass of the paraphilias. When the forensic-psychiatric reports of 30 cases of sexual offenders were reviewed incest was determined in only 5 cases, whereas 18 cases met the diagnostic criteria for paedophilia and incest. The socio-demographic and psychiatric co-morbidity descriptions were very similar for incest offenders and paedophilic molesters. The rate of comorbidity of psychiatric disorders (mostly alcohol dependence and personality disorders) in the paedophilic offenders was high (76%).*

Słowa kluczowe: kazirodztwo / analiza opinii sądowo-psychiatrycznych
Key words: incest / analysis of forensic psychiatric reports

Artykuł 201 kk określa kazirodztwo jako obcowanie płciowe w stosunku do wstępne-go, zstępnego, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry. Obejmuje zatem relacje pomiędzy rodzicami i dziećmi, dziadkami i wnukami oraz pomiędzy rodzeństwem. Odnosi się także do dzieci przysposobionych. Wiele państw nie ustanawia prawnych zakazów kazirodztwa (Japonia, Belgia, Portugalia). W starożytności kazirodztwo było tolerowane przez Egipcjan, Greków, Rzymian. Zaburzenia psychiczne i upośledzenie umysłowe są znane jako czynniki powodujące przekraczanie zakazu kazirodztwa. Niezwykle nasilenie popędu płciowego, zaburzenia dewiacyjne, np. pedofilia,

ułatwiają podjęcie stosunków z własnymi dziećmi [5, 7]. Do przekraczania zakazu przyczyniają się złe warunki środowiskowe, zachętą bywa aktywna postawa ofiary. Wydaje się, że kazirodztwo nie jest spowodowane jednym czynnikiem, lecz zespołem czynników [6, 7]. W klasyfikacji DSM-IV gwałt i kazirodztwo są pominięte przy omawianiu aktywności dysseksualnej [1]. Jednak wg innych [8] kazirodztwo jako spokrewnione, należy do pedofilii, ponieważ sprawca najczęściej wybiera jako obiekt seksualny nieletnią ofiarę. Kazirodztwo mieści się w określeniu „przemoc seksualna”, ale nie zawsze w relacjach kazirodczych przemoc ma miejsce [5, 10]. Ponadto, relacje kazirodcze mogą

zachodzić pomiędzy osobami dorosłymi. Specyficzną cechą stosunków kazirodczych jest fakt, że oznacza ono stosunki pomiędzy bliskimi krewnymi. Mc Conaghy uważa, że fizyczna przemoc jest rzadka [2], córki raczej ulegają autorytetowi ojca, tajemnica jest zachowywana przez długie lata, utrzymanie tajemnicy polega na groźbach rozpadu rodziny lub wyrzucenia dziecka z rodziny. Jednak zachodzi również przemoc fizyczna, np. 23% dzieci miało obrażenia fizyczne, w 28% dziecko zgadzało się pod wpływem agresji. Następstwa relacji kazirodczych nie są oceniane jednoznacznie. Zdecydowanie przeważają negatywne, którymi są zaburzenia psychiczne, zaburzenia nastroju, narkotyzowanie się [13]. Zdaniem innych autorów [2] tylko mniej niż 5% już dorosłych ofiar podało, że relacje kazirodcze miały bardzo negatywny wpływ na ich życie. Niektóre badania wykazały, że ofiary dewiacji mniej cierpiały z powodu zbliżeń fizycznych, niż ofiary będące odrzucone lub zaniechane przez ojca. Krańcową opinią jest pogląd, że w praktyce są to relacje nieszkodliwe dla zdrowia dziecka. Niemniej jednak nastąpił dramatyczny zwrot w opinii społecznej, doniesieniach i działaniach na rzecz ochrony ofiar kazirodztwa. W USA liczba spraw karnych wzrosła z 60 tys. w 1974 r. do 2,4 mln. w 1989 r. Wiąże się to z pewnością i jest skutkiem zmiany relacji seksualnych akceptowanych społecznie. Postępujące „zafascynowanie” seksem, liberalizacja zasad kontaktów seksualnych, prezentacja w mediach, reklamy z podtekstem erotycznym zmieniają stosunek młodej generacji do zachowań seksualnych. Produktem ubocznym, z pewnością niekorzystnym, jednym wśród wielu, jest narastająca fala przemocy seksualnej, utrzymująca się pomimo coraz bardziej restrykcyjnego prawa [4, 13]. W UK w ciągu 20 lat [5] liczba zgwałceń wzrosła o 144%, wykorzystywania seksualnego dzieci o 14%, kazirodztwa o 55,4%. Problem stał się na tyle ważny, że wprowadzono nowy termin: przemoc seksualna. Jest to rozpoznanie powszechnie stosowane w systemach diagnostycznych oraz w orzecz-

nictwie prawnym. Paradoksem tendencji restrykcyjnych prawa jest uzyskiwanie odwrotnego efektu. Polega on na tym, że jak wynika z badań, spada ilość zgłaszanych przypadków kazirodztwa [11]. Faktycznie nie oznacza to sukcesu działania normy prawnej, lecz odzwierciedla mniejszą zgłaszalność z uwagi na represyjność prawa.

BADANI I METODA

Badanie objęło 30 sprawców molestowania seksualnego w rodzinie, przebywających na obserwacji sądowo-psychiatrycznej w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim w latach 1971–1995. Opinie sądowo-psychiatryczne dotyczą molestowania seksualnego 45 dzieci oraz sporadycznie dorosłych członków rodziny.

Zastosowano „Kwestionariusz do badania osobowości seksualnej” Gromskiej w modyfikacji autora. Wywiad obiektywny dotyczył cech demograficznych sprawców i ofiar, przebytych chorób i rozwoju w dzieciństwie, używania alkoholu, cech osobowości i charakterystyki życia seksualnego sprawców, ich uprzedniej karalność oraz funkcjonowania zawodowego, rodzinnego i społecznego.

Rozpoznanie psychiatryczne oparto na kryteriach diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV. Ocenę seksuologiczną i rozpoznanie oparto na podstawie kryteriów Grotha [3] oraz Cohena. Wyróżniono następujące typy sprawców pedofilii:

- typ niedojrzały psychicznie (cechy osobowości niedojrzałej),
- typ regresywny, traktujący dziecko jak osobę dorosłą,
- typ sadystyczny, krzywdzący dziecko, zamiast pieścić preferujący stosunki płciowe (te dwa typy odpowiadają pedofilii preferencyjnej),
- typ utrwalony, nie stosujący przemocy wobec dziecka, znany dziecku, preferujący stosunki seksualne (*exclusive type*).

Badane orzeczenia sklasyfikowano ze względu na stan prawny. Wyróżniono artykuł 201 § 1 kk.

Drugą klasyfikacją są konsekwencje wynikające z zastosowania art. 31 – decyzje o sankcji określone przez § 1 kk (niepoczytalny), § 2 kk (poczytalność ograniczona) lub zdrowy (bez art. 31 kk).

WYNIKI

Niewątpliwe kazirodztwo stwierdzono w 5 przypadkach, 22 badanych popełniając czyny kazirodcze spełniało kryteria diagnostyczne pedofilii, u 3 sprawców kazirodztwo współistniało ze zgwałceniem, ekshibicjonizmem lub oglądactwem. U 25 sprawców występowała orientacja heteroseksualna, u 5 homoseksualna lub biseksualna.

Tablica 1. Wiek sprawców w czasie molestowania (N=30)

Wiek sprawcy w czasie molestowania	Liczba (N)	%
19 i mniej lat	1	3
20–29 lat	9	30
30–39 lat	15	50
40–49 lat	3	10
50 lat i więcej	2	7
Razem	30	100

Najliczniejszą grupą wiekową wśród sprawców była grupa wieku 30–39 lat (tabl. 1), a wśród ich ofiar – grupa w wieku 10–11 lat. Dziewczynki powyżej 15 lat stanowiły niewielki odsetek (tabl. 2). Przeważająca liczba badanych miała niepełne lub ukończone wykształcenie podstawowe (73%), pozostali mieli wykształcenie zawodowe. Żonaci stanowili 80% badanych. Tylko 3 ofiary miały iloraz inteligencji poniżej 70. Sprawcy określali swoje małżeństwo jako zgodne tylko w 30%, zaś pożycie płciowe z dorosłą partnerką było dobre u 16 osób. Dwóch, w czasie molestowania w rodzinie, nie miało partnerki. Kazirodztwo wraz z przemocą fizyczną wobec żony lub konkubiny występowały w 7 sprawach (20%).

Wpływ alkoholu potwierdziło 17 badanych (50%). Tabl. 3 przedstawia rozpoznanie zaburzeń psychicznych wg ICD-10. Zaburze-

Tablica 2. Wiek ofiar molestowania seksualnego w rodzinie (N=45)

Wiek ofiary w czasie molestowania	Liczba (N)	%
2 lata	0	0
3–5 lat	3	7
6–9 lat	11	25
10–11 lat	18	40
12–13 lat	7	15
14–15 lat	6	13
Razem	45	100

nia psychiczne występują u 76% badanych. Nie stwierdzono żadnych zaburzeń u 24% badanych. Wśród zespołów psychoorganicznych wyróżniono zespół czołowy (5 przypadków), otępienny (2 przypadki) oraz encefalopatię z objawami neurologicznymi (w 1 przypadku). Zespół zależności alkoholowej stwierdzono u 13 badanych (40%). Zaburzenia osobowości występowały w tej samej proporcji, przy czym rozpatrywano łącznie czynnościowe i organiczne zaburzenia osobowości (40%). Upośledzenie umysłowe zanotowano u trzech, inteligencję istotnie niższą u 10, zaś II powyżej 90 u 17 osób. W badaniach psychologicznych, nieprawidłowe wyniki testów osobowościowych lub „organicznych” stwierdzono u 60% badanych. Patologiczne wyniki badania EEG i pneumoencefalografii lub TK głowy występowały w 12 przypadkach (40%).

Kryteria diagnostyczne dewiacji seksualnych wg Grotha (w modyfikacji własnej – wprowadzono klasę „uzależniony od seksu”) przedstawia tabl. 4, z której wynika, że najpoliciej występuje typ sadystyczny, tj. krzywdzący ofiarę, mający kontakt seksualny poprzez penetrację waginalną. Typ regresywny, również preferujący penetrację waginalną oraz typ utrwalony mający cechy pedofila wyłącznego (lub preferencyjnego) można było określić jako rzadziej spotykane. Typ z cechami osobowości niedojrzałej lub uzależniony od seksu występowały najrzadziej. Tabl. 5 przedstawia typologię sprawców wg orientacji seksualnej i typu dewiacji.

Tablica 3. Rozpoznanie psychiatryczne sprawców molestowania seksualnego w rodzinie (N=30)

Rodzaj zaburzenia		Liczba (N)	%
Zespoły psychoorganiczne	czołowy	5	16,6
	otępienny	2	6,6
	encefalopatia z objawami neurologicznymi	1	3,3
Choroby psychiczne		–	–
Zespół zależności alkoholowej		13	43,3
Zaburzenia osobowości lub osobowość niedojrzała		12	40
Upośledzenie umysłowe		3	10
Norma		7	23,3

Tablica 4. Klasyfikacja typów sprawców molestowania seksualnego w rodzinie wg Groth (N=30)

Klasyfikacja wg Groth	Orientacja seksualna			
	heteroseksualna		bi-, homoseksualna	
	N	%	N	%
Niedojrzała osobowość	2	6,6	–	–
Typ sadystyczny	14	46,6	–	–
Typ regresywny	5	16,6	–	–
Typ utrwalony	5	16,6	2	6,6
Uzależniony od seksu	2	6,6	–	–
Razem	28	93	2	7

Tablica 5. Typy dewiacji sprawców molestowania seksualnego w rodzinie wg Beier (N=30)

Dewiacyjne zachowania seksualne i zastępcze	Orientacja seksualna			
	heteroseksualna		bi-, homoseksualna	
	N	%	N	%
Seksualnie niedoświadczeni małoletni	2	6,6	1	3,3
Dyssocjalni	2	6,6	–	–
Upośledzenie umysłowe	1	3,3	1	3,3
Preferencyjny typ pedofilii	16	53,3	1	3,3
Tylko kazirodztwo (wiek >15)	5	16,6	–	–
Wyłączny typ pedofilii	–	–	1	3,3
Razem	26	86,4	4	13,2

Czas relacji kazirodziej w przeważającej liczbie przypadków wynosił od 2 do 5 lat (70%). W 5 przypadkach wynosił od 6 do

10 lat, tylko jednokrotną relację zanotowano u rodzeństwa w 2 sprawach karnych. 18 sprawców przyznało się do zarzucanych

im czynów (60%) i podało, że drogą obietnic, prezentów (3 przypadki) lub prawdopodobieństwa (9 przypadków) uzyskało zgodę na kontakty seksualne. Szantaż lub zachowanie agresywne występowały u 17 sprawców molestowania seksualnego (50%). Wnioski o ukaranie sprawców najczęściej zgłaszały żony lub konkubiny (70%). Ofiary zgłaszały po kłótniach ze sprawcami (4 przypadki). Tylko jeden sprawca był już karany sędawnie za kazirodztwo w przeszłości, 11 było karanych za przestępstwa pospolite.

Najczęstszymi odmianą czynów kazirodczych były: w młodszej grupie ofiar dotykane narządów płciowych lub seks oralny, w starszej grupie wiekowej przeważała penetracja waginalna. W żadnej grupie nie odnotowano seksu analnego. U dwóch sprawców (bez zaburzeń psychicznych) występowało uzależnienie od seksu charakteryzujące się częstymi stosunkami i znacznym nasileniem popędu płciowego, co przejawiało się np. czynami nierządymi przy obcych (1 przypadek), z teściową (1 przypadek) lub z żoną w obecności dzieci. Stosunki z żoną w obecności dzieci występowały charakterystycznie u osób pod wpływem alkoholu lub przejawiających zaburzenia psychiczne (3 przypadki). Więcej niż z jedną córką utrzymywało kontakty seksualne 8 sprawców (26%). W jednym przypadku żona przynosiła dziecko do łóżka sprawcy.

W pewnej liczbie spraw próbowano wyłonić ogólny profil osobowości przestępcy seksualnego, np. fantazje erotyczne w stosunku do dzieci stwierdzano tylko u jednego sprawcy, zaś zainteresowanie seksualne wyłącznie dziewczynkami występowało u 4 sprawców należących do typu utrwalonego. W większości badanych przypadków biegli psychiatrzy nie zbierali tego rodzaju danych do orzeczeń sądowo-psychiatrycznych.

W żadnym orzeczeniu nie przedstawiano sądowi propozycji niepoczytalności sprawcy w stosunku do zarzucanych czynów kazirodztwa. Art. 31 § 2 kk zastosowano w przypadku stwierdzenia zaburzeń psychicznych sprawcy w 12 przypadkach (40%).

OMÓWIENIE

Kodeks karny oddziela obcowanie płciowe z małoletnimi od obcowania w stosunku do określonych członków rodziny. Klasyfikacja ICD-10, DSM-IV i WAS nie wymienia kazirodztwa wśród parafilii. Uważa się, że kazirodztwo jest spokrewnione z pedofilią poprzez często występujący wybór nieletniej osoby jako obiektu seksualnego [8].

W piśmiennictwie można znaleźć odmianą charakterystykę sprawców pedofilii w porównaniu z kazirodztwem. Wśród pedofilów zdarzają się sprawcy opóźnieni w rozwoju umysłowym lub cierpiący na ośpienie starcze [12]. Wśród skazanych pedofilów udział osób młodych, które nie przekroczyły 21 roku życia jest znaczny. Sprawcami kazirodztwa są z reguły mężczyźni żonaci w wieku od 30 do 50 lat, zaś ich partnerkami dziewczęta w wieku 11–15 lat. Obie strony stosunku wykazują niski stopień kultury i inteligencji [6].

W leczeniu i prognozowaniu kazirodztwa i pedofilii Beier [1] uważa za istotne, czy jest to parafilia typu heteroseksualnego czy homoseksualnego. Recydywa jest wysoce prawdopodobna u pedofilów właściwych, których jest istotnie więcej w relacjach homoseksualnych. Z jego badań wynika, że heteroseksualni pedofile i sprawcy kazirodztwa w 1/3 przypadków kontynuują tego rodzaju aktywność seksualną. W grupie o orientacji biseksualnej i homoseksualnej aż 1/2 będzie molestowała seksualnie dzieci.

Badania własne potwierdzają współistnienie zaburzeń psychicznych. Są to głównie zaburzenia osobowości i uzależnienie alkoholowe. Aczkolwiek upośledzenie umysłowe występowało tylko u trzech sprawców, to większość z nich prezentowała niski poziom inteligencji, o czym pośrednio świadczą dane o posiadanym niskim wykształceniu. Wg klasyfikacji Grotha dominował typ sadystyczny (46%). Typ regresywny preferujący penetrację waginalną oraz typ utrwalony występowały rzadziej. Typologia sprawców wskazuje na częstość występowania w nich preferencji pedofilnych. Kazirodztwo bez preferencji

pedofilnych występowało w 5 przypadkach. Relacje kazirodcze w większości przypadków trwały od 2 do 5 lat. Znaczna część ofiar „akceptowała” taki związek ulegając obietnicom (40%). Żony lub konkubiny zgłaszały sprawców do organów ścigania po długim okresie molestowania (73%). U młodszych ofiar kontakt seksualny polegał na dotykaniu narządów płciowych lub na seksie oralnym, w starszej grupie wiekowej przeważała penetracja waginalna. Podobne dane przedstawiają inni autorzy [2, 5].

PIŚMIENNICTWO

1. 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.
2. Mc Conaghy N. Paedophilia: a review of the evidence. *Austr and New Zealand J Psychiatry* 1998; 32: 252–65.
3. 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.
4. Henn FA, Herjanic M, Vanderpearl RH. *Forensic Psychiatry: Profiles of two types of sex offenders*. *Am J Psychiatry* 1976; 133 (6): 694–6.
5. Imieliński K. *Medycyna seksualna. Patologia i profilaktyka*. Warszawa: PCK; 1992.
6. Imieliński K. *Seksiatria. Patologia seksualna*. Warszawa: PWN; 1990.
7. Imieliński K. *Seksuologia. Zarys encyklopedyczny*. Warszawa: PZWN; 1997.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
9. Kilpatrick AC. Long-range effects of child and adolescents sexual experiences. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
10. Lew-Starowicz Z. *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Warszawa: PZWL; 1997.
11. Ostrowicka-Cegielska I, Szeluga J, Masłowski J, Ciosek M. Wybrane mechanizmy komunikacji interpersonalnej w charakterystycznych przypadkach kazirodztwa (w druku).
12. Rosenhan DL, Seligman MEP. *Psychopatologia*. Warszawa: Pol Tow Psychol; 1994.
13. Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, i in. Specific Major Mental Disorders and Criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (6): 840–5.
14. Walker S, James H. Childhood physical and sexual abuse in women. Report from a psychiatric emergency clinic. *Psychiatry in practice* 1994; June: 17–20.

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