

## DIAGNOZA NIEDOJRZAŁOŚCI PSYCHOSEKSUALNEJ SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW SEKSUALNYCH WOBEC DZIECI JAKO WYZNACZNIK OPRACOWANIA PROGRAMU ICH PSYCHOTERAPII

### DIAGNOSIS OF PSYCHOSEXUAL IMMATUREITY AS AN INDICATOR OF DESIGNING PSYCHO- THERAPY PROGRAMME FOR CHILD MOLESTERS

Zakład Seksuologii Klinicznej i Społecznej, Instytut Psychologii, UAM w Poznaniu

*Treścią artykułu jest analiza możliwości terapii sprawców przestępstw seksualnych, u których zdiagnozowano niedojrzałość psychoseksualną. Artykuł przedstawia autorską propozycję kryteriów diagnozowania niedojrzałości psychoseksualnej uwzględniającą wiek jednostki, perspektywę integrującą różne aspekty rozwoju seksualnego oraz biorącą pod uwagę wewnętrzny i zewnętrzny kontekst występowania ocenianego zachowania seksualnego. Zdaniem autorek tylko wnikliwa diagnoza niedojrzałości psychoseksualnej sprawcy przestępstwa seksualnego wobec dziecka może pomóc ukierunkować plan jego terapii, która wyposażając pacjenta w nowe kompetencje zwiększałaby atrakcyjność niedewiacyjnych zachowań seksualnych i tym samym zmniejszałaby ryzyko powrotu do czynu.*

#### ICD-10 psychosexual immaturity treatment of child molesters

**Summary:** The aim of this article is to discuss the psychotherapy of psychosexually immature child molesters. The authors present their proposals of diagnostic criteria of psychosexual immaturity, which in the psychological-sexuological practice is most commonly classified within the unspecified ICD-10 F66.8 category - Other psychosexual development disorders.

The diagnostic indicators were selected by defining the concept of sexual maturity and by establishing a contrario the characteristics of the state in which they are not fulfilled and which therefore is classified as psycho-sexual immaturity of an adult. For this purpose, biological, psychological and social approaches to psychosexual maturity were described and analysed by reference to Bancroft's [1] eclectic interactional model of sexual development.

The diagnostic criteria of psychosexual immaturity were defined on the basis of the three developmental strands proposed by Bancroft [1]: lack of a fully formed sexual identity, inability to formulate an adequate sexual response and inability to establish a dyadic relationship. Deficits in these areas characterize some child molesters.

Psychological work with sex offenders (with minors) should be preceded by a thorough functional diagnosis, which identifies the existing deficits and uses them to build a treatment plan. Developing a psychosexual maturity in the offenders could be used to create and

strengthen new, more adaptive sexual behaviors and as a result may help to prevent relapse. The application of the proposed classification for the diagnosis of psychosexual immaturity requires: 1. adoption of a holistic perspective, integrating the various aspects of the sexual development, 2. reference to the individual's age, 3. taking into account the internal and external context in which the analysed sexual behaviour occurs, 4. cooperation of a psychologist-sexuologist or a physician-sexuologist with medical professionals of other specialties.

## Wstęp

Wobec sprawców wykorzystujących seksualnie dzieci stosuje się łącznie lub wybiórczo trzy formy interwencji: 1. interwencje penitencjarne (izolacja, dozór), 2. interwencje medyczne (farmakologiczne, hormonalne, chirurgiczne) oraz 3. indywidualne i/lub grupowe interwencje psychoterapeutyczne. Skuteczność tych oddziaływań ocenia się, odwołując do statystyk recydywy. Kowalczyk i Ciesielska [2] podają, że powrót do czynu występuje u 10–30% sprawców leczonych w porównaniu z 60–80% sprawcami nieleczonymi. Sprawcom rzadko stawia się nozologiczną diagnozę zaburzeń preferencji seksualnych pod postacią pedofilii (F65.4 wg ICD-10). Zdecydowanie częściej obserwuje się u nich tzw. pedofilię o charakterze zastępczym. Rozróżnienie między nimi niesie wiele konsekwencji zarówno dla sprawcy, jak i przebiegu oraz rokowań procesu terapeutycznego<sup>1</sup>. Rozpatrując sytuację osób niespełniających kryteriów diagnostycznych F65.4 i konstruując program terapeutyczny, seksuolodzy analizują linię ich rozwoju seksualnego, poszukując w niej czynników prowadzących do powstania, rozwoju i utrzymywania się zachowania pedofilnego. Powstały opis seksualności prowadzi ich niejednokrotnie do postawienia rozpoznania niedojrzałości psychoseksualnej. Niestety, trudno ustalić, jakie intrapsychiczne, interpersonalne i behawioralne wskaźniki mają na myśli klinicyści posługujący się tym terminem, ponieważ nie jest on dobrze zdefiniowany w istniejących klasyfikacjach diagnostycznych i literaturze. Zdaniem auterek diagnozując niedojrzałość psychoseksualną<sup>2</sup> przy użyciu ICD-10 można posłużyć się kategorią F66.8: Inne zaburzenia rozwoju psychoseksualnego lub F66.9: Zaburzenia rozwoju psychoseksualnego, nieokreślone. W DSM-5 brakuje kategorii, która wprost korespondowałaby z nimi. Zaburzeń rozwoju seksualnego nie wskazano w żadnym z działów odnoszących się do seksualności człowieka. Zadaniem podręczników diagnostycznych nie jest ustalanie, na czym polega stan normatywny, czyli stan dojrzałości, co dawałoby punkt odniesienia dla oceny jego braku. Ogólne wskazówki w nich zawarte prowadzą jednak do wniosku, że dojrzałość seksualna jest kategorią normatywną, związaną z wiekiem, rozwojem i płcią człowieka. Normatywność dojrzałości oznacza, że samo jej osiągnięcie jest stanem pożądanym, ocenianym pozytywnie, wręcz uznanym za kategorię aksjologiczną. Wartość, którą niesie za sobą dojrzałość, wynikałaby nie tylko z osiągnięć rozwojowych, ale z faktu zdobycia wartości autonomicznej. Dojrzałość seksualna nie jest

<sup>1</sup>Różnice definicyjne i konsekwencje (prawne, społeczne, psychologiczne i terapeutyczne) otrzymania diagnozy pedofilii preferencyjnej omawiają np. Marcinek i Kapala [3].

<sup>2</sup>W artykule posługiwano się przymiotnikami: psychoseksualny i seksualny dla opisu wszelkich aspektów funkcjonowania człowieka dotyczących jego płciowości. Autorki traktują je synonimicznie, bo oba odnoszą się do sfery, która zawiera trzy zintegrowane elementy związane z płcią: biologiczny, psychiczny i społeczny.

niezmiennym stanem czy stałym efektem osiągnięć rozwojowych. Poza tym, że ma charakter względnie trwały i wynika z uwarunkowań podmiotowych, jest funkcją oddziaływań zewnętrznych. Dojrzałe zachowanie seksualne — manifestacja i jeden ze wskaźników dojrzałości — jest elastyczne i przystosowane do aktualnej sytuacji życiowej człowieka. Stąd kryteria określania dojrzałości i diagnozowania niedojrzałości nie mogą być sztywne i oderwane od kontekstu, każdorazowo wymagają uwzględnienia pozaseksualnych sfer funkcjonowania jednostki (poznawczego, emocjonalnego, społecznego etc.).

Dojrzałość seksualną definiuje się w odniesieniu do wieku biologicznego osoby. Określenie człowiek *dojrzały seksualnie* obejmuje w literaturze przedmiotu [4] jednostkę, której wiek przypada na okres dorosłości, rozpoczynający się około 20. r.ż. [5] i trwający do śmierci, a więc około 5–6 dekad<sup>3</sup>. W ciągu tych 50–60 lat w rozwoju seksualnym jednostki postępują zmiany biologiczne, które najogólniej opisać można jako wzrost (wczesna dorosłość), stabilność (schyłek wczesnej i średnia dorosłość), zakończona menopauzą u kobiet i andropauzą u mężczyzn, oraz inwolucja (starość) [4]. Dlatego formułowanie kryteriów niedojrzałości seksualnej dotyczy przede wszystkim osób w wieku wczesnej i średniej dorosłości<sup>4</sup>. Wyrazem tego stanowiska jest — we współczesnej seksuologii — odrębne formułowanie norm seksuologicznych dla osób znajdujących się w różnych fazach rozwoju seksualnego.

Posiadanie określonej płci nie warunkuje dojrzałości seksualnej. Jednakże wobec wyraźnego różnicowania i odrębnego opisywania żeńskiej i męskiej linii rozwoju seksualnego [7], różnych ról prokreacyjnych kobiet i mężczyzn oraz obecnych w podręcznikach diagnostycznych danych o związku między epidemiologią zaburzeń seksualnych a płcią pojawia się pytanie o to, czy na poziomie szczegółowym nie należy różnicować również i kryteriów niedojrzałości seksualnej.

### Cel pracy

Celami pracy są: 1. konceptualizacja niedojrzałości seksualnej i wyłonienie wskaźników przydatnych do stawiania rozpoznania Inne zaburzenia rozwoju psychoseksualnego (F66.8 wg ICD-10) u osób dorosłych znajdujących się we wczesnej i średniej dorosłości, tj. kobiet i mężczyzn w wieku 20–50 lat oraz 2. wskazanie metod rozwijania w procesie terapii dojrzałości psychoseksualnej niepreferencyjnych sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci.

Kategoria dojrzałości seksualnej posłużyła jako punkt odniesienia dla poszukiwania kryteriów diagnozowania niedojrzałości psychoseksualnej. Dokonano przeglądu biologicznych, psychologicznych i społecznych koncepcji definiujących dojrzałość, wywodzących się z różnych tradycji. Dla ich integracji posłużono się eklektycznym modelem rozwoju

<sup>3</sup>Zgodnie z danymi GUS, w 2013 r. w Polsce mężczyźni żyli przeciętnie 73,1 roku, a kobiety 81,1 [6].

<sup>4</sup>Specyfika okresu dzieciństwa z jego charakterystyką biologiczną, niestabilność i burzliwość fazy dojrzewania oraz inwolucyjne zmiany okresu starości powodują, że dojrzałość jednostki w tych fazach ma zupełnie odmienny charakter niż dojrzałość wczesnej i średniej dorosłości. To, co jest wskaźnikiem niedojrzałości seksualnej okresu dorosłości, służyć może jako wskaźnik dojrzałych zachowań dziecka czy człowieka starego [4].

seksualnego Bancrofta [1] i w oparciu o jego założenia wyłoniono wskaźniki diagnozowania niedojrzałości seksualnej.

Następnie, w oparciu o wyniki badań empirycznych i doświadczenia kliniczne, wskazano, które z wyodrębnionych w zaproponowanej klasyfikacji wskaźników obserwuje się u sprawców wykorzystania seksualnego dziecka oraz zarekomendowano metody pracy terapeutycznej z nimi.

### **Kategorie przydatne w ocenie dojrzałości seksualnej**

#### Biologiczne ujęcie dojrzałości seksualnej

Warunkiem koniecznym dla realizacji zachowań seksualnych (najpierw autoerotycznych, a później diadycznych) jest posiadanie przez jednostkę sprawnych anatomicznie i czynnościowo narządów płciowych. Dojrzałość seksualna w aspekcie biologicznym manifestuje się m.in. poprzez: (1) jednolity układ kryteriów płci, powstały w toku anatomicznego różnicowania płciowego (w życiu prenatalnym), (2) I-, II- i III-rzędowe cechy płciowe, ukształtowane wskutek osiągnięcia dojrzałości płciowej (na koniec okresu dojrzewania), (3) osiągnięcie równowagi hormonalnej, (4) zdolność do sformułowania odpowiedzi seksualnej — wystąpienia zmian narządowych i pozanarządowych w poszczególnych etapach cyklu reakcji seksualnej [por. 1, 4, 8].

Posiadanie cech interseksualności, tj. niejednoznacznego rozwoju płci w kierunku męskim lub żeńskim, nie musi uniemożliwiać podejmowania kontaktów seksualnych. Może je jednak znacząco utrudniać, a także blokować możliwość naturalnego rozmnażania płciowego. Bancroft [1] podaje, że prawidłowy przebieg procesu różnicowania płciowego obejmuje: chromosomy, gonady, hormony, wewnętrzne i zewnętrzne narządy płciowe i drugorzędowe cechy płciowe, płeć przypisaną w chwili urodzenia, tożsamość płciową i płeć mózgu [por. 8].

Osiągnięcie dojrzałości płciowej pozwala na odbywanie stosunków płciowych, rozszerzając repertuar zachowań seksualnych dostępnych jednostce i umożliwia realizację prokreacyjnej funkcji seksualności. W życiu dorosłym zachowania genitalne zaczynają dominować nad pregenitalnymi i autoerotyką, które są bardziej charakterystyczne dla wcześniejszych faz rozwoju seksualnego [4]. Chłopcy osiągają biologiczną dojrzałość płciową około 18. roku życia, dziewczynki w wieku 16–17 lat, po unormowaniu się cykli owulacyjnych, chociaż zdolność do rozrodu u obu płci pojawia się wcześniej [por. 1, 4].

W doznaniu seksualnym uczestniczy całe ciało, a zaangażowane w nie procesy psychologiczne i somatyczne wzajemnie na siebie oddziałują. Do tych pierwszych należą procesy poznawcze, emocjonalne, interpersonalne (społeczne), osobowość etc. Do drugich — zmiany w narządach płciowych, mózgu, układzie hormonalnym, mięśniowym, sercowo-naczyniowym, oddechowym. Bodziec, któremu jednostka nada znaczenie seksualne i wobec którego nie uruchomi mechanizmów hamujących wystąpienie pobudzenia (podniecenia) seksualnego, może zainicjować cykl reakcji seksualnej. Istnieje wiele propozycji jego przebiegu — modeli uniwersalnych i tworzonych oddzielnie dla kobiet i mężczyzn, cyrkularnych i linearnych. Upraszczając można przyjąć, że elementami tego cyklu są podniecenie, plateau, orgazm i odprężenie.

Osiągnięcie biologicznej dojrzałości jest punktem wyjścia dla kształtowania się tożsamości płciowej i seksualnej jednostki i dla jej efektywnego funkcjonowania w relacji diadycznej. Biologiczna dojrzałość seksualna osoby obejmuje posiadanie płci męskiej lub żeńskiej oraz warunki do odbywania stosunków genitalnych i prokreacji, w tym ukształtowane I, II i III-rzędowe cechy płciowe, mieszczący się w normie medycznej poziom hormonów płciowych i funkcjonalne narządy płciowe.

#### Psychologiczne ujęcie dojrzałości seksualnej

Klasyk psychoanalizy utożsamia dojrzałość psychoseksualną z prymatem genitalności nad formami pozagenitalnymi w życiu seksualnym i zdolnością do osiągania orgazmu w trakcie współżycia. We współczesnych koncepcjach psychodynamicznych, na przykład u Kernberga [7], wyznacznikiem dojrzałości jest zintegrowanie elementów czułości (miłości, troski, uczuciowości) i agresji (podniecenia, pożądania) w obrazie i przeżywaniu własnej seksualności oraz zdolność do ich realizacji w związku z tą samą osobą. Efekt procesu rozwojowego jest u obu płci ten sam, chociaż droga do jego osiągnięcia różna. Dodatkowo dojrzałą miłość seksualną w tej koncepcji definiują: pożądanie seksualne drugiej osoby, wzajemna identyfikacja płciowa partnerów, której towarzyszy empatia, dojrzała idealizacja partnera wraz z zaufaniem do niego oraz namiętność w zakresie 3 wymiarów związku — seksualnym, związku z obiektem i zaangażowania superego [7].

W toku rozwoju psychoseksualnego jednostka nabywa umiejętności spostrzegania, uświadamiania sobie i interpretacji zmian fizjologicznych zachodzących w organizmie. Dziecko uczy się rozróżniać między napięciem seksualnym a innymi, eksperymentując z własnym ciałem odkrywa, że zaspokojenie potrzeby seksualnej prowadzi do obniżenia dyskomfortu i/lub odczuwania przyjemności. Stopniowo, m.in. dzięki rozwojowi procesów samoregulacji, wykształca się także zdolność odraczania uzyskania gratyfikacji i działania popędowe ustępują miejsca intencjonalnemu zaspokajaniu potrzeby seksualnej [4].

Psychologiczna dojrzałość seksualna może przejawiać się jako zdolność rozpoznawania potrzeby seksualnej, odróżniania jej od innych doświadczeń, odraczania rozładowania napięcia seksualnego oraz realizacji czulego i agresywnego komponentu seksualności w relacji seksualnej z tą samą osobą.

#### Społeczne ujęcie dojrzałości psychoseksualnej

W toku socjalizacji uzyskiwanie zaspokojenia seksualnego jest dostosowywane do wartości i norm społecznych. W rodzinie, poprzez obserwację reakcji opiekunów na zachowania seksualne (kary i nagrody), a później w szkole i grupie rówieśniczej, dziecko zdobywa wiedzę o tym, jakie zasady je obowiązują, styka się z obszarami objętymi rodzinnym tabu, zakazami prawnymi i obyczajowymi, uczy się zaspokajać swoją potrzebę seksualną w sposób niewykraczający poza te ramy. Dojrzała ekspresja seksualna kształtuje się w kontekście rozwoju moralnego i takich jego osiągnięć, jak: internalizacja norm, relatywizm moralny i przyjmowanie normy jako wartości autonomicznej [4, 5].

Godlewski [9] wskazuje, że zachowania seksualne pełnią trojaki funkcje: psychologiczną (osiągnięcie przyjemności), biologiczną (reprodukcyjną) oraz społeczną (więzi). Wzięcie pod uwagę ostatniej z nich niesie ze sobą konieczność zanalizowania seksualności

pary. Zachowania seksualne prezentowane w diadzie zmieniają się wraz z dynamiką rozwoju relacji i w oparciu o indywidualne uwarunkowania i preferencje partnerów. Zdaniem Sternberga [10, 11] jednoczesne występowanie trzech składników miłości: namiętności, intymności i zaangażowania wskazuje na wejście przez parę w fazę związku kompletnego. Namiętność jest wprost związana z funkcjonowaniem seksualnym, ponieważ zawiera komponent silnego pobudzenia fizjologicznego, który może być (i często bywa) [11] przez partnerów utożsamiany z pożądaniem, podnieceniem, dążeniem do kontaktu fizycznego i seksualnego połączenia z drugą osobą. Dotyczy ona przeżywania intensywnych emocji (i pozytywnych, i negatywnych) w odniesieniu do jej obiektu i pozwala zaspokajać nie tylko potrzebę seksualną, ale i potrzeby wobec niej konkurencyjne i/lub równie ważne. Intymność jest ujmowana jako bliskość, przywiązanie i wzajemna zależność partnerów, powstająca wskutek ich działań i przeżywanych pozytywnych uczuć. Jej najwyższy poziom przypada często na fazę kompletnego związku, kiedy partnerzy nauczą się rozpoznawać, komunikować i zaspokajać potrzeby drugiej osoby w akceptowalny i nagradzający dla obojga sposób. Zaangażowanie (podobnie jak intymność) jest czynnikiem odpowiadającym za trwałość związku mimo naturalnego obniżenia poziomu namiętności w upływającym czasie. To wysiłek, decyzje, myśli, uczucia, działania zorientowane na podtrzymanie relacji mimo pojawiających się przeszkód i frustracji [10, 11].

Dojrzałość seksualna w aspekcie społecznym wyraża się w jednoczesnym kierowaniu się namiętnością, rozwijaniem intymności i zaangażowania w relacji z drugą (tą samą) osobą; w zdolności wycofania się z relacji, która przestaje być dla jednostki satysfakcjonująca (seksualnie i emocjonalnie) i zaczyna obniżać ogólny dobrostan i jakość życia, oraz w podporządkowaniu ekspresji seksualnej normom i zakazom społecznym, jak i wewnętrznym wartościom jednostki.

### Integracyjne ujęcie dojrzałości psychoseksualnej

Koncepcją teoretyczną łączącą te trzy perspektywy rozpatrywania dojrzałości seksualnej jest eklektyczny, integracyjny model rozwoju psychoseksualnego Bancrofta [1]. Zdaniem autora celem rozwoju jest integracja trzech wątków: tożsamości płci, reaktywności seksualnej i zdolności do wchodzenia w bliskie związki diadyczne. Dojrzała seksualnie osoba jest zatem:

1. mężczyzną lub kobietą (osobą, która spełnia jednoznacznie męski lub żeński wzorzec płci) o ukształtowanej (w oparciu o rozwój tożsamości płci) tożsamości seksualnej.
2. zdolna do sformułowania odpowiedzi seksualnej w oparciu o posiadane przez nią skrypty seksualne.
3. zdolna do tworzenia relacji diadycznej z inną osobą (tej samej lub przeciwnej płci, zgodnie z posiadaną tożsamością seksualną).

Ad. 1. Tożsamość seksualna rozumiana przez Bancrofta [1, s. 167] jako „autoidentyfikacja osoby w kategoriach seksualnych” może być określana przez odpowiedź na pytania: jakie osoby pociągają mnie seksualnie i kim jestem pod względem seksualnym. Dojrzałość seksualna polega na rozpoznaniu własnych preferencji seksualnych (co do obiektu i czynności seksualnej) i orientacji. Wątki te były sygnalizowane we wstępie i opisie psychologicznego ujęcia dojrzałości.

Ad. 2. Na odpowiedź seksualną składają się różne komponenty, występujące w przebiegu cyklu reakcji seksualnej: poznawczy (klasyfikacja bodźca wzrokowego, słuchowego, zapachowego, dotykowego jako seksualnie pobudzającego, koncentracja uwagi na tym bodźcu, skupienie na myślach lub fantazjach seksualnych etc.), biologiczny (anatomiczna i czynnościowa odpowiedź narządów płciowych związana z działaniem miejscowych mechanizmów naczyniowych, poziom hormonów), emocjonalno-motywacyjny (podniecenie, pożądanie). W modelu podwójnej kontroli zaproponowanym przez Bancrofta [1] o wystąpieniu odpowiedzi seksualnej decyduje równowaga między układem pobudzenia/aktywacji seksualnej (SES) i hamowania (SIS). Dojrzałość seksualna będzie w tej koncepcji wyrażana przez zdolność jednostki do uruchomienia lub zahamowania reakcji seksualnej w sytuacji wystąpienia bodźca o charakterze seksualnym (podniecającego) w zależności od kontekstu, w jakim się on pojawia i norm kulturowych regulujących zachowania seksualne. Można odnaleźć tu analogie do wątków opisywanych powyżej w ramach biologicznego, psychologicznego i społecznego ujęcia dojrzałości.

Ad. 3. Rozpatrywanie zdolności do wchodzenia w relacje diadyczne w kategoriach dojrzałości seksualnej ma trojaki uzasadnienie. Kontekst relacyjny: (1) umożliwia podejmowanie innych form aktywności seksualnej niż zachowanie autoerotyczne; (2) pozwala realizować inne niż tylko osiąganie przyjemności funkcje zachowań seksualnych: biologiczną i społeczną [por. 9]; (3) w stałym związku zapewnia zaspokojenie potrzeby seksualnej jednostki w dłuższej perspektywie czasu i zwiększa możliwość podejmowania kontaktów ze względu na dostępność partnera. Podobny pogląd prezentują wspomniane wyżej koncepcje Godlewskiego i Sternberga.

### **Kryteria niedojrzałości psychoseksualnej**

Z przedstawionych koncepcji wynika, że dojrzałość seksualna ma wymiar biologiczny, związana jest z procesami intrapsychicznymi oraz osadzona w rzeczywistości społecznej. Wszystkie te trzy aspekty znajdują swoje odzwierciedlenie w eklektycznym modelu Bancrofta [1]. Posługując się jego założeniami, na zasadzie przeciwieństwa, o niedojrzałości psychoseksualnej jednostki wnioskować można, jeśli osobę charakteryzuje: 1. brak wykształconej tożsamości seksualnej i/lub 2. brak zdolności do sformułowania adekwatnej odpowiedzi seksualnej i/lub 3. brak zdolności do nawiązywania relacji diadycznych (tab. 1).

Wskaźnik 1. jest określany poprzez nieznaną odpowiedź na pytanie: Kim jestem pod względem seksualnym? na trzech poziomach: różnicowania płci, orientacji seksualnej i preferencji seksualnych. Wskaźnik 2., dotyczący braku adekwatnej responsywności seksualnej w sytuacji zaistnienia odpowiedniego bodźca seksualnego, może realizować się na trzech poziomach: biologicznym, intrapsychicznym i behawioralnym. Wskaźnik 3. zmienia perspektywę, z jakiej ujmowana jest seksualność i przenosi ją z jednostki na poziom diady. Związek seksualny jest definiowany jako relacja dwojga ludzi (tej samej lub przeciwnej płci), w której realizują oni wzajemne potrzeby: seksualne (poprzez aktywność ekstragenitalną lub penetracyjną, prowadzące do osiągnięcia satysfakcji seksualnej), emocjonalne (poprzez wzrastającą intymność i więź), społeczne (wsparcie) i inne. Wskaźniki wyodrębnione w ramach poszczególnych kryteriów można uporządkować, mając na uwadze

Tabela 1. **Wskaźniki niedojrzałości psychoseksualnej określone w oparciu o model Bancrofta [1]**

Kryterium Poziom	1. Brak wykształconej tożsamości seksualnej	2. Brak zdolności do sformułowania adekwatnej odpowiedzi seksualnej	3. Niezdolność do nawiązywania relacji diadycznych
<b>Poziom A.</b>	A.1. niespójny wzorec kryteriów płci męskiej lub żeńskiej	A.2.1. niedojrzałość biologiczna na poziomie I-, II- i III-rzędowych cech płciowych	A.3. brak integracji komponentów seksualności: agresji i czułości powodujący niemożność ich realizacji z tym samym partnerem
		A.2.2. niedojrzałość biologiczna na poziomie hormonalnym	
		A.2.3. niedojrzałość biologiczna na poziomie odpowiedzi narządów płciowych	
<b>Poziom B.</b>	B.1. niedookreślona orientacja seksualna	B.2.1. nierozpoznanie napięcia seksualnego i/lub brak odróżniania go od innych napięć	B.3. niezdolność do przeżywania namiętności i jednoczesnego rozwijania intymności i zaangażowania w związku z tym samym partnerem
		B.2.2. brak zinternalizowanych norm społecznych w zakresie realizacji zachowań seksualnych	
<b>Poziom C.</b>	C.1. niedookreślone preferencje seksualne (w zakresie obiektu i przebiegu czynności seksualnej)	C.2.1. niezdolność odraczania rozładowania napięcia seksualnego	C.3.1. doświadczenia niezdolności bycia w związkach seksualnych z drugą osobą w historii życia jednostki mimo pragnienia ich nawiązania i utrzymania lub pozostawanie w związku, który nie przynosi satysfakcji seksualnej jednostce
		C.2.2. słaba kontrola zachowań seksualnych — nierównowaga systemów SIS i SES <sup>5</sup>	
		C.2.3. znacząca przewaga pozagenitalnych form ekspresji seksualnej i zachowań autoerotycznych	

Źródło: opracowanie własne

<sup>5</sup>SIS (org. Sexual Inhibition Scales) i SES (org. Sexual Excitation Scale) to komponenty modelu podwójnej kontroli stworzonego przez Bancrofta [1]. Zgodnie z jego założeniami odpowiedź seksualna i podniecenie pojawiają się, gdy zachodzi równowaga między mózgowymi układami hamowania i pobudzania seksualnego



poziom dostępności informacji (A–C). Wskaźniki diagnostyczne z poziomu A wymagają dostępu do specjalistycznej wiedzy i umiejętności posługiwania się nią, np. znajomości wyników badań medycznych diagnozowanego pacjenta i umiejętności ich interpretacji. Wskaźniki z poziomu B to takie, co do których diagnosta wnioskuje pośrednio, odnosząc informacje uzyskiwane w toku rozmowy z pacjentem do posiadanej wiedzy klinicznej. Dostępność informacji z poziomu C jest największa, wskaźniki te przejawiają się w zachowaniach jednostki.

### **Niedojrzałość psychoseksualna pedofilów niepreferencyjnych**

Analiza wyników badań empirycznych i własnych doświadczeń z praktyki klinicznej prowadzi do wniosku, że niedojrzałość psychoseksualna przejawia się u sprawców przestępstw seksualnych wobec dzieci przede wszystkim w wymiarach:

- Niedookreślenia preferencji seksualnych w zakresie obiektu (kryterium 1.). Sprawca może deklarować preferencję podejmowania kontaktów seksualnych z osobą dorosłą, a jednocześnie w określonych sytuacjach (np. niedostępności preferowanego obiektu) realizować swoją potrzebę seksualną z dzieckiem, a więc chociaż nie diagnozuje się u niego zaburzeń preferencji seksualnych, to można mówić o występowaniu dewiacyjnych zainteresowań seksualnych dziećmi. Niemniej jednak badania z wykorzystaniem pletyzmografu pokazują, że pedofile różnią się<sup>6</sup> od gwałcicieli, sprawców przestępstw nieseksualnych i grupy kontrolnej (niesprawców) w zakresie fallometrycznej reakcji seksualnej w odpowiedzi na prezentowany na ekranie w laboratorium wzrokowy bodziec w postaci niedojrzałego lub dojrzewającego płciowo dziecka [12, 13].
  - Trudności w rozpoznawaniu i różnicowaniu napięcia seksualnego od innych napięć; braku zinternalizowania norm społecznych i słabej samokontroli w zakresie realizacji zachowań seksualnych oraz preferowaniu pozagenitalnych form ekspresji seksualnej (np. u sprawców dopuszczających się niepenetracyjnych form wykorzystania seksualnego) (kryterium 2.)
- Literatura przedmiotu opisuje trzy typy dysfunkcyjnej samoregulacji występującej u sprawców przestępstw seksualnych. Typ 1. występuje, kiedy jednostka przejawia rozhamowanie lub impulsywność, ponieważ nieadekwatnie kontroluje swoje uczucia lub zachowania. Typ 2. obserwuje się u osób, które próbują przejmować kontrolę nad swoimi uczuciami i zachowaniami, ale używają w tym celu nieefektywnych strategii zaradczych. Typ 3. pojawia się, gdy sprawca osiąga cenione przez siebie cele, wykorzystując efektywne strategie samoregulacji, ale cele te są społecznie nieakceptowane, ponieważ wyrządzają szkodę innym [14]. Preferencje pozagenitalnych form ekspresji seksualnej mogą wynikać z trudności w sformułowaniu odpowiedzi genitalnej w związku z występującymi zaburzeniami seksualnymi, zwłaszcza w postaci zaburzeń erekcji.

---

<sup>6</sup>Na przykład u Blancharda i in. [13] fallometryczne reakcje o podobnej sile obserwowano w porównywanych parach: niesprawców (1) i sprawców przemocy seksualnej wobec kobiet (2), sprawców kazirodczych — biologicznych ojców (3) i ojcymów (4) oraz w parze sprawców niespokrewnionych z ofiarami (5) i spokrewnionych z ofiarami w innej relacji niż rodzicielska (np. siostra, siostrzenica etc. — 6). Przy czym bardziej reaktywne na prezentowany bodziec były grupy 5 i 6 w porównaniu z 1 i 2. Średnie w grupach 3 i 4 osiągały umiarkowane wartości i nie różniły się istotnie od pozostałych grup.

- Trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu dorosłych związków (kryterium 3.). Metaanaliza 14 badań wykonana przez Dreznicka [15] wskazała, że pedofile mają niższą kompetencję heterospołeczną niż gwałciciele, sprawcy przestępstw nieseksualnych oraz niesprawcy. Hanson i Morton-Bourgon [16] (metaanaliza 95 badań) wykazali z kolei, że tylko niektóre miary deficytów intymności u sprawców przestępstw seksualnych są predyktorami recydywy seksualnej. Nieistotne okazały się deficyty kompetencji społecznych czy samotność, ale znaczące statystycznie były emocjonalna identyfikacja z dzieckiem (przyjaźń z dzieckiem, styl życia zorientowany na dziecko) oraz konflikty w relacji z partnerem. Źródeł trudności u pedofilów w tworzeniu relacji diadycznych z dorosłym obiektem upatruje się także m.in. we wczesnodziecięcych relacjach z rodzicami [np. 17] oraz w sposobie spostrzegania dorosłego partnera jako zagrażającego, budzącego lęk itd., w opozycji do zniekształconego widzenia dziecka jako obiektu emocjonalnie kongruentnego, a przez to bardziej dostępnego i mniej przerażającego [18].

### **Metody pracy terapeutycznej z niedojrzałością psychoseksualną sprawców wykorzystania seksualnego dziecka**

Tabela 2 zawiera zestawienie opisywanych w literaturze celów i metod pracy terapeutycznej ze sprawcami przestępstw seksualnych i wiąże je ze zidentyfikowanymi wyżej obszarami niedojrzałości psychoseksualnej.

Współczesne programy terapeutyczne wdrażane w ambulatoryjnym i stacjonarnym leczeniu sprawców integrują wymienione w powyższej tabeli techniki i podejścia, dobierając je indywidualnie do pacjenta i uwzględniając kontekst jego funkcjonowania [por. 23].

### **Dyskusja**

Zdefiniowanie kryteriów diagnozowania niedojrzałości psychoseksualnej rodzi pewne kontrowersje. Po pierwsze, pojawia się kwestia zmienności dojrzałych zachowań seksualnych jednostki w zależności od kontekstu jej życia, możliwości rozwojowych czy wieku. Marcinek i in. [24] wskazują, że większość cech niedojrzałości może manifestować się tylko w obecności drugiej osoby (w kontekście relacji diadycznej). Autorzy sugerują traktować ją jako continuum, a nie zero-jedynkową kategorię, ze względu na konieczność jakościowego rozpatrywania określonych objawów. Po drugie, występują trudności w diagnozie różnicowej, ponieważ niedojrzałość psychoseksualna może towarzyszyć innym zaburzeniom, szczególnie osobowości i zachowania dorosłych (F60-69 wg ICD-10). Możliwym rozwiązaniem tego problemu jest stawianie diagnoz funkcjonalnych, których elementem jest diagnoza nozologiczna. Pokazują one etiologię powstania i mechanizm utrzymywania się trudności w funkcjonowaniu pacjenta w wymiarze całościowym i w taki sposób, że niedojrzałość psychoseksualna znajduje swoje miejsce na tle innych zaburzeń. Taka perspektywa odpowiada holistycznemu ujmowaniu seksualności jako jednego z aspektów życia człowieka. Po trzecie, pojawia się dylemat dotyczący uwzględnianego w ICD-10 kryterium przeżywania cierpienia z powodu posiadania zaburzenia. Kwestię tę należałoby w toku stawiania diagnozy rozpatrywać indywidualnie. Np. w sytuacji prefe-

Tabela 2. **Psychoterapia niedojrzałego psychoseksualnie sprawcy wykorzystania seksualnego dziecka**

Obszar niedojrzałości psychoseksualnej	Cele terapeutyczne	Metody pracy z pacjentem	Szczegółowe omówienie metod pracy terapeutycznej
Kryterium 1.	Modyfikacja preferencji seksualnych: 1. redukcja niewłaściwych zainteresowań seksualnych 2. zwiększanie niedewiacyjnych zainteresowań seksualnych	Terapia poznawczo-behawioralna wykorzystująca mechanizm warunkowania: terapia awersyjna, satacja <sup>7</sup> , biofeedback, przewarunkowanie orgazmu (org. orgasmic reconditioning) i inne	Quinsey, Earls, 1990, za: Marshall i in., 1990; Marshall, O'Brien, Marshall, 2009, za: Beech i in., 2009.
Kryterium 2.	Zwiększanie emocjonalnej i behawioralnej samokontroli poprzez: 1. Zwiększanie tolerancji na frustrację i wydłużanie czasu odraczania uzyskania gratyfikacji seksualnej 2. Rozwijanie adaptacyjnych strategii radzenia sobie z negatywnymi emocjami 3. Poglębianie empatii i rozumienia norm społecznych	Programy terapeutyczne wykorzystujące techniki poznawczo-behawioralne i społecznego uczenia się, tworzone zgodnie z założeniami modeli samoregulacji czy modeli kołowych obrazujących przebieg cyklu sprawstwa	Pithers, 1990, za: Marshall i in., 1990; Ward, Hudson, 2000; Ward, Polaschek, Beech, 2006.
Kryterium 3.	1. Wyrównywanie deficytów intymności powstałych w relacji z obiektem rodzicielskim 2. Zmiana sposobu spostrzegania obiektu dojrzałego i niedojrzałego i kształtowania relacji z nimi 3. Rozwój zdolności do nawiązania i utrzymania relacji z dojrzałym obiektem	Terapia wglądowa, np. psychodynamiczna. Terapia poznawczo-behawioralna: desensytyzacja lęku i unikania niedewiacyjnych kontaktów seksualnych, trening umiejętności społecznych i inne. Systemowa terapia par i małżeństw	McFall, 1990, za: Marshall i in., 1990; Shursen i in., 2008.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: 14, 19, 20, 21, 22.

<sup>7</sup>org. *satiation* — technika polegająca na tym, że pacjent masturbuje się głośno, fantazjując o niedewiacyjnych bodźcach, aż do osiągnięcia orgazmu, po czym nie zaprzestaje masturbacji, ale kontynuuje ją, zmieniając wykorzystywane fantazje na parafilijne [19].

rowania przez kobietę pozagenitalnych form kontaktu, podczas gdy jej partner preferuje kontakt genitalny, cierpienie może pojawić się wskutek pojawiających się konfliktów w diadzie i nie być bezpośrednio związane z niedojrzałością. Po czwarte, istotna pozostaje kwestia dookreślenia granic i zakresów definicyjnych terminów, które korespondują z pojęciem dojrzałości i niedojrzałości psychoseksualnej, np. normy seksuologicznej (rozwojowej, partnerskiej, medycznej) czy zdrowia seksualnego [por. 24].

Kryteria diagnostyczne wyodrębnione przez autorki wykorzystują modele seksualności przyjmujące za pożądane takie cechy funkcjonowania seksualnego, które nie są wymagane przez wszystkich seksuologów — jak na przykład warunek funkcjonowania w związku ze stałym partnerem seksualnym. Ponadto nie były one weryfikowane empirycznie, stąd należy je traktować raczej jako głos w dyskusji nad niedojrzałością psychoseksualną i wstęp do badań. Niemniej jednak klinicyści mogą uznać je za użyteczne w pracy terapeutycznej ze sprawcami wykorzystania seksualnego dziecka, szczególnie na etapie diagnozy i określania obszarów problemowych, planowania terapii i integrowania dostępnych metod interwencji.

Zamieszczone w pracy rekomendacje terapeutyczne nie zawsze znajdują zastosowanie w leczeniu niedojrzałości psychoseksualnej pedofilów. Nie wszystkie wymienione w tabeli 2 metody pracy da się wdrożyć, np. w przypadku sprawców dodatkowo obciążonych deficytami w funkcjonowaniu poznawczym, chorobami psychicznymi czy zaburzeniami osobowości [por. 22]. Wskazane w artykule formy pracy terapeutycznej różnią się między sobą skutecznością działania. Metaanaliza Lösela i Schmuckera [25] pokazuje, że najsilniejszy efekt na obniżenie wskaźnika recydywy wywiera zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w terapii sprawców przestępstw seksualnych. Nie każda interwencja sprawdza się w każdej sytuacji terapeutycznej, stąd od decyzji terapeuty zależy jej wdrożenie w konkretnym przypadku.

### Wnioski

1. Przedstawiona w artykule klasyfikacja niedojrzałości psychoseksualnej może być użyteczna dla praktyków z uwagi na jej integracyjny i holistyczny charakter.

2. Klasyfikacja nie ma charakteru uniwersalnego — dojrzałość i niedojrzałość odnosi się do wieku biologicznego jednostki. Kryteria zdefiniowano dla okresu dorosłości.

3. Klasyfikacja ma charakter kontekstualny — podkreśla się wagę kontekstu (wewnętrznego i zewnętrznego), w jakim prezentowane jest zachowanie seksualne. Zachowanie seksualne jest niedojrzałe, jeśli osoba, posiadając możliwość podejmowania różnego rodzaju aktywności seksualnych — nie wykorzystuje tego potencjału, preferując zachowania bardziej infantylne i/lub mniej satysfakcjonujące. Istotne znaczenie ma również ocena adaptacyjności zachowań seksualnych dla całościowego funkcjonowania jednostki.

4. Postawienie diagnozy niedojrzałości psychoseksualnej z wykorzystaniem zaproponowanej klasyfikacji wymaga współpracy psychologa seksuologa lub lekarza seksuologa z lekarzami różnych specjalności (w tym urologa, ginekologa, endokrynologa).

5. Diagnoza niedojrzałości psychoseksualnej sprawcy przestępstwa seksualnego wobec dziecka ukierunkowuje plan jego terapii. Zidentyfikowane obszary deficytowe

mogą być przeformułowane na cele terapeutyczne służące rozwijaniu dojrzałości psychoseksualnej, która wyposażając pacjenta w nowe kompetencje zwiększałaby atrakcyjność niedewiacyjnych zachowań seksualnych i tym samym zmniejszałaby ryzyko powrotu do czynu.

### Piśmiennictwo

1. Bancroft J. Seksualność człowieka. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009.
2. Kowalczyk R, Ciesielska B. Zaburzenia preferencji seksualnych (parafilie). W: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V, red. Podstawy seksuologii. Warszawa: PZWL; 2015, s. 226–238.
3. Marcinek P, Kapała A. Pedofilia w opiniowaniu sądowo-seksuologicznym. *Seksuol. Pol.* 2012; 10(2): 76–84.
4. Beisert M. Seksualność w cyklu życia człowieka. Warszawa: PWN; 2009.
5. Harwas-Napierała B, Trempała J. Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia. Warszawa: PWN; 2009.
6. Główny Urząd Statystyczny. Trwanie życia w 2013 r. Warszawa: ZWS; 2014.
7. Kernberg OF. Związki miłosne. Norma i patologia. Poznań: Zys i S-ka; 1998.
8. Imieliński K, Dulko S. Przekleństwo Androgyne. Kraków: Arc-en-ciel; 2001.
9. Godlewski J. Wybrane zagadnienia seksuologii. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria (t.1)*. Warszawa: WL PZWL; 1987.
10. Sternberg RJ. A triangular theory of love. *Psychol. Rev.* 1986; 93: 119–135.
11. Wojciszke B. Psychologia miłości. Gdańsk: GWP; 1994.
12. Blanchard R, Klassen P, Dickey R, Kuban ME, Blak T. Sensitivity and specificity of the phallometric test for pedophilia in nonadmitting sex offenders. *Psychol. Assess.* 2001;13:118–126.
13. Blanchard R, Kuban ME, Blak T, Cantor JM, Klassen P, Dickey R. Phallometric comparison of pedophilic interest in nonadmitting sexual offenders against stepdaughters, biological daughters, other biologically related girls, and unrelated girls. *Sex. Abuse* 2006;18: 1–14.
14. Ward T, Polaschek DL, Beech AR. Theories of sexual offending. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2006.
15. Dreznick MT. heterosocial competence of rapists and child molesters: a meta-analysis. *J. Sex. Res.* 2003; 40(2): 170–178.
16. Hanson RK, Morton-Bourgon K. Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis. Ottawa: Public Safety and Emergency Preparedness Canada; 2004.
17. Starzyk KB, Marshall WL. Childhood, family, and personological risk factors for sexual offending. *Aggress. Violent Behav.* 2003; 8: 93–105.
18. McPhail IV, Hermann CA, Nunes KL. Emotional congruence with children and sexual offending against children: a meta-analytic review. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2013; 81(4): 737–749.
19. Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender. New York: Plenum Press; 1990.
20. Ward T, Hudson SM. A self-regulation model of relapse prevention. W: Laws DR, Hudson SM, Ward T, red. *Remaking relapse prevention with sex offenders: a sourcebook*. Newbury Park: Sage; 2000, s. 86–87.
21. Shursen A, Brock LJ, Jennings G. differentiation and intimacy in sex offenders relationships. *Sex. Addict. Compulsivity* 2008; 15: 14–22.

22. Beech AR, Craig LA, Browne KD. Assessment and treatment of sex offenders. Chichester: Wiley-Blackwell; 2009.
23. Marshall WL, Marshall LE, Serran GA, Fernandez YM. Treating sexual offenders. An integrated approach. NY, London: Routledge Taylor & Francis; 2006.
24. Marcinek P, Brzeska A, Kapała A, Peda A, Szumski F. Niedojrzałość psychoseksualna jako termin diagnostyczny. *Seksuol. Pol.* 2011; 9(1): 38–42.
25. Lösel F, Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *J. Exp. Criminol.* 2005; 1: 117–146.

adres: [marta.szymanska-pytlinska@amu.edu.pl](mailto:marta.szymanska-pytlinska@amu.edu.pl)