

DOI: 10.31648/kpp.8928

Daniela Kalaczyńska

Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

ORCID: 0000-0003-4747-1013

kalaczynska.d@gmail.com

Rola postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec sprawców czynów zabronionych popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych. Studium prawnoporównawcze

Postępowanie terapeutyczne wobec sprawców przestępstw o charakterze seksualnym, a przede wszystkim warunkujący to postępowanie dobór środków reakcji karnoprawnej, jest od lat przedmiotem licznych rozważań w doktrynie prawa karnego. Wątpliwości nie powinno budzić stwierdzenie, że trudno byłoby doszukiwać się czynów bardziej odstręczających niż te dokonane na tle wypaczonych fantazji i dewiacji seksualnych. Tym samym zjawisko przestępstw godzących w wolność seksualną człowieka znajduje w dyskursie społecznym szczególne zainteresowanie, przede wszystkim rodząc bezsprzeczne potępienie dla tego typu zachowań. Wyjątkowo negatywne odczucia budzi kwestia przestępstw seksualnych popełnianych wobec osób małoletnich, powszechnie określanych jako przestępstwa o charakterze pedofilskim.

Precyzyjne omówienie zakresu metod i działań terapeutycznych wobec danej grupy sprawców należy poprzedzić wskazaniem, że w świetle obowiązującego prawa dokonuje się podziału sprawców przestępstw seksualnych na sprawców preferencyjnych, tj. takich, u których występuje zaburzenie preferencji seksualnych, określane mianem parafilii, oraz wyróżnia się tzw. sprawców zastępczych (sytuacyjnych), których czyny mogą mieć związek z odurzeniem alkoholowym, nadużywaniem substancji psychoaktywnych, jak i z występowaniem zaburzeń osobowości czy niepełnosprawności intelektualnej¹.

¹A. Krasowska, A. Jakubczyk, W.M. Czernikiewicz, M. Wojnar, T. Nasierowski, *Impulsywność sprawców przestępstw seksualnych – nowe koncepcje czy powrót do źródeł*, „Psychiatria Polska” 2013, t. XLVII, nr 4, s. 730, http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_4_2013/727Krasowska_PsychiatrPol2013_47_4.pdf (dostęp: 20.06.2022).

Niniejszy artykuł stanowi próbę odpowiedzi na poszczególne pytania, które zdają się krążyć wokół tematu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego właściwego dla sprawców jednych z najbrutalniejszych czynów zabronionych. Prymarnym pytaniem będzie przede wszystkim to, czy obecnie dobierane metody terapeutyczne wobec takich sprawców są wystarczająco skuteczne, aby zmniejszyły ryzyko recydywy seksualnej i tym samym czy skutki podjętej w stosunku do nich rehabilitacji mogą być gwarantem bezpieczeństwa społecznego? Syntetyczne przedstawienie modelu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zostało skoncentrowane wokół grupy sprawców przestępstw seksualnych dotkniętych parafilią. Niniejsze rozważania mają na celu m.in skondensowanie zagadnień z zakresu nauk prawnych, medycznych oraz psychologicznych, układając je w zbiorczą całość. Nade wszystko uwzględniona została wykładnia najważniejszych norm prawnych warunkujących właściwe podejmowanie działań w przedmiotowym zakresie i stanowi ona podłoże dla rzeczonych rozważań.

Na wstępie trzeba wyraźnie zaznaczyć definicję przestępstwa seksualnego, bowiem przez termin ten należy rozumieć wszelkiego rodzaju zachowania będące ściśle związane z życiem seksualnym człowieka, które jednocześnie pozostają zakazane przez ustawodawstwo danego kraju². Niemniej jednak konstrukcja ta pozostawia pewną lukę na gruncie typizacji zachowań ludzkich w sferze seksualności. Biorąc pod uwagę fakt, że ustawodawstwa poszczególnych państw mogą znacznie się od siebie różnić, stwierdza się, iż nie jest możliwe rozwinięcie powyższej koncepcji genezy danego przestępstwa w kierunku normatywnym, tj. w zakresie ustalenia wspólnego mianownika na płaszczyźnie międzynarodowej.

Polski Kodeks karny sytuuje przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności w rozdziale XXV, są to następująco: przestępstwo zgwałcenia (art. 197), przestępstwo wykorzystania seksualnego osoby bezradnej lub niepoczytalnej (art. 198), przestępstwo nadużycia stosunku zależności (art. 199), przestępstwo obcowania płciowego z małoletnim (art. 200), przestępstwo nawiązywania kontaktu z osobą małoletnią i uwodzenia za pośrednictwem systemu teleinformatycznego lub sieci telekomunikacyjnej (art. 200a) – tzw. *grooming*³, przestępstwo propagowania zachowań o charakterze pedofilskim (art. 200b), przestępstwo kazirodztwa (art. 201), przestępstwo pornografii (art. 202), przestępstwo zmuszania do prostytucji (art. 203), przestępstwo stręczycielstwa i sutenerstwa (art. 204)⁴.

Nie sposób nie zauważyć, że ustawodawca poświęcił znaczną część powyższych regulacji osobom będącym poniżej 15 roku życia. Ujęcie normatywne w danym zakresie niewątpliwie przyznaje ochronę wolności seksualnej oraz prawidłowego rozwoju seksualnego nieletnim.

²B. Holyst, *Psychologia kryminalistyczna*, Warszawa 2004, s. 268.

³Regulacja wprowadzona do Kodeksu karnego ustawą z dnia 5 listopada 2009 r. o zmianie ustawy Kodeks karny, ustawy Kodeks postępowania karnego, ustawy Kodeks karny wykonawczy, ustawy Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2009 r., Nr 206, poz. 1589 ze zm.).

⁴Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.), dalej: k.k.

W art. 200 k.k. jako rodzajowy przedmiot ochrony wyróżnia się obyczajność, natomiast indywidualnym przedmiotem ochrony bezsprzecznie jest dobro małoletniego⁵. Przepis ten pozostaje zatem relewantny w kontekście szczególnej ochrony dzieci przed nadużyciem seksualnym. Ustawodawca uwzględnił psychologiczne aspekty zagrożeń, jakie wpływają na rozwój moralny, psychiczny i fizyczny osób małoletnich, w związku z czym ujęcie prawnokarne czynów w art. 200 k.k. ma na celu również przekonanie, że wczesna inicjacja seksualna pozostawia często nieodwracalną dysfunkcję w sferze emocjonalnej pokrzywdzonego.

Znamiona czynów zabronionych ujętych w rozdziale XXV k.k. mogą wypełniać zarówno sprawcy preferencyjni, jak i sprawcy zastępczy (sytuacyjni). Niniejsze opracowanie, jak już wspomniano, obejmuje analizą pierwszą grupę sprawców, tj. dotkniętych parafilią, poprzez wykładnię poszczególnych przepisów prawa karnego oraz zagadnień w wymiarze interdyscyplinarnym.

Termin parafilia zarezerwowany jest dla nomenklatury medycznej, jednak określenie to wywołuje wiele kontrowersji zarówno w literaturze, jak i bezpośrednio w sferze diagnostycznej. Zdaje się, że taka postać rzeczy może mieć miejsce poprzez występujące rozbieżności w klasyfikacji zaburzeń preferencji seksualnych i wynikać przede wszystkim z samej zawilej natury zaburzenia. Przyjmuje się, że można dokonać podziału parafilii z uwagi na wybór nietypowego obiektu seksualnego (zoofilia, pedofilia, nekrofilia) oraz ze względu na nietypowe praktyki seksualne (froteryzm, ekshibicjonizm, voyeuryzm)⁶. Obecnie klasyfikacji zaburzeń preferencji seksualnych dokonuje się na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ed.10*), opracowanej przez Światową Organizację Zdrowia (w Polsce obowiązującą od 1996 r.), oraz poprzez opracowany w 1994 r. przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne system klasyfikacyjny DSM-V⁷. Należy zaznaczyć, że klasyfikacja DSM-V nie jest obowiązującym systemem klasyfikacyjnym w Polsce (obowiązuje wyłącznie system ICD)⁸. Jednak zauważa się, że system DSM-V stanowi podstawową metodykę diagnostyczną w obrębie prowadzonych na świecie badań naukowych⁹. Należy zaakcentować, że Światowa Organizacja Zdrowia w 2018 r. zakomunikowała o wejściu w życie nowej (jedenastej) wersji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-11*). Opracowanie powstało przy współpracy Amerykańskiego

⁵M. Mozgawa, [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Praktyczny komentarz*, Warszawa 2010, s. 416.

⁶A. Choromańska, D. Mocarska, *Dewiacje i przestępstwa seksualne – klasyfikacja, aspekty prawne*, Szczytno 2009, s. 11–18.

⁷H.J. Moller, *Możliwości i ograniczenia DSM-V w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych*, „Psychiatria Polska” 2018, t. LII, nr 4, s. 612, DOI: 10.12740/PP/91040.

⁸Zob. także: World Health Organization, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 – opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, red. przekł. pol. S. Puzyński, J. Wciórka, wyd. drugie, Kraków 2000, s. 168.

⁹A. Depko, K. Eichstaedt, P. Gałęcki, A. Krasowska, *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa, w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń*, wyd. czwarte, Warszawa 2022, s. 249.

Towarzystwa Psychiatrycznego z uwagi na próbę stworzenia bardziej kompatybilnej klasyfikacji zaburzeń psychicznych w stosunku do systemu DSM-V (przedkłada się to na skorygowanie rozbieżności pomiędzy ICD-10 i DSM-V m.in. w zakresie kryteriów diagnostycznych parafilii)¹⁰. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-11 oficjalnie zaczęła obowiązywać od 1 stycznia 2022 r., jednakże zarówno Polska, podobnie jak inne państwa, dysponuje pięcioletnim okresem przejściowym na jej wdrożenie.

Trzonem postępowania diagnostycznego w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych jest, zgodnie z art. 202 § 3 Kodeksu postępowania karnego¹¹, opinia sądowo-seksuologiczna, opracowana przez biegłego lekarza seksuologa na zlecenie sądu bądź prokuratora. W ślad za wskazaną normą prawną powołanie biegłego lekarza seksuologa musi być poprzedzone uzasadnionym podejrzeniem występowania zaburzeń preferencji seksualnych. Niewątpliwie wskazane organy zobligowane są do powołania biegłego lekarza seksuologa w momencie wystąpienia wszelkich wątpliwości co do zaburzenia preferencji seksualnych oskarżonego. Decyzji tej można jednak przypisać swego rodzaju subiektywizm, bowiem zarówno prokurator w postępowaniu przygotowawczym, jak i sąd w postępowaniu rozpoznawczym, na podstawie zgromadzonego materiału dowodowego, mogą stwierdzić, że sprawa oskarżonego wiąże się z jego zaburzeniem preferencji seksualnych. Jednak wielokrotnie w orzecznictwie można spotkać się ze stanowiskiem przemawiającym za tym, że decyzja o powołaniu biegłego lekarza seksuologa powinna nastąpić po uprzednio przeprowadzonym badaniu przez biegłych psychiatrów i zostać podjęta przez organ na podstawie złożonego przez nich wniosku (art. 202 § 2 k.p.k.)¹². Natomiast w wyroku z 4 grudnia 2018 r. w sprawie II KK 114/18 Sąd Najwyższy orzekł, że „potrzeba powołania biegłego lekarza seksuologa aktualizuje się z chwilą, gdy ujawnią się wątpliwości co do zaburzenia preferencji seksualnych oskarżonego”, tym samym zaznaczając, że rola biegłego seksuologa nie generuje wydania opinii odrębnej, ale skupia się na udziale w wydaniu opinii kompleksowej wraz z biegłymi lekarzami psychiatrami, na podstawie wspólnie przeprowadzonego badania celującego w ocenę stanu zdrowia psychicznego oskarżonego¹³.

Niemniej jednak w omawianym aspekcie szczególnie należy zwrócić uwagę na uchwałę składu 7 sędziów Sądu Najwyższego z 25 września 2013 r. w sprawie I KZP 8/13¹⁴, w której ujęta teza stanowi klarowną odpowiedź na licznie pojawiające się w doktrynie pytania dotyczące traktowania przepisu art. 202 § 3 k.p.k. jako *lex specialis* wobec art. 202 § 2 k.p.k. Sąd Najwyższy dokonał bowiem rozstrzygnięcia występujących rozbieżności w wykładni prawa, przyjmując uchwałę, że zarówno decyzja sądu, jak

¹⁰ P. Krawczyk, Ł. Świącicki, *ICD-10 vs. ICD-11 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska” 2020, t. LIV, nr 1, s. 9, DOI: 10.12740/PP/103876.

¹¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997 r., Nr 89, poz. 555), dalej: k.p.k.

¹² Postanowienie SN z 2 czerwca 2015 r., sygn. akt V KK 36/15, Lex nr 1750151.

¹³ Wyrok SN z 4 grudnia 2018 r., sygn. akt II KK 114/18, Lex nr 2603598.

¹⁴ OSNKW 2013, Nr 10, poz. 83.

i prokuratora w postępowaniu przygotowawczym, dotycząca powołania biegłego lekarza seksuologa do udziału w wydaniu opinii w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych oskarżonego (art. 202 § 3 k.p.k.), nie jest uzależniona od złożenia wniosku przez biegłych lekarzy psychiatrów, o których stanowi art. 202 § 2 k.p.k.¹⁵ Rzecz jasna nie wyklucza się możliwości złożenia takiego wniosku przez biegłych lekarzy psychiatrów, jednak należy mieć na względzie, że norma wyrażona w art. 202 § 3 k.p.k. została przez ustawodawcę wyraźnie oddzielona od sytuacji określonej w art. 202 § 2 k.p.k. i bezspornie świadczy o tym, kto i w jakich okolicznościach powołuje biegłego lekarza seksuologa.

Podobne stanowisko w omawianym aspekcie zajął Jacek Sobczak w swojej publikacji *Prawo a medycyna – studia i szkice*. Ponadto wskazał, że faktyczne przyznanie kompetencji organom procesowym w zakresie podjęcia decyzji o potrzebie powołania biegłego lekarza seksuologa może budzić wiele wątpliwości, mając na względzie że nie zawsze preferencje seksualne świadczą o występowaniu zaburzeń. Tym samym autor ten podkreślił, że biegłym opiniującym w przedmiocie zaburzeń preferencji seksualnych może być wyłącznie osoba będąca lekarzem seksuologiem, a nie seksuologiem (tj. psychologiem-seksuologiem)¹⁶.

Jeżeli jednak przyjrzeć się *ratio legis* art. 202 § 3 k.p.k., który docelowo wymaga od organów uprzedniego ustalenia, czy u danego oskarżonego mogą występować zaburzenia preferencji seksualnych, to przekonującą przesłanką, aby ustaleń tych dokonać po zasięgnięciu opinii np. biegłego psychologa seksuologa, będzie płaszczyzna art. 193 k.p.k.¹⁷ Norma ta *explicite* zakłada, że jeżeli stwierdzenie okoliczności mających istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy wymaga wiadomości specjalnych, zasięga się opinii biegłego bądź biegłych. Regulacja ta nie wyklucza zatem możliwości powołania przez organ biegłych z zakresu różnych specjalności i przeprowadzenia przez nich badania wspólnie, a następnie wydania jednej opinii kompleksowej (art. 193 § 3 k.p.k.).

Warto zaznaczyć, że biegły psycholog może piastować funkcję samodzielnego biegłego, bowiem konstruuje on obszerny obraz kliniczny poprzez analizę osobowości oskarżonego, rozpatruje motywy zachowania w zakresie poczytalności (*in tempore criminis*), w związku z czym opinia ta może uzewnętrznić dysfunkcje seksualne (uwarunkowane np. organicznymi czy psychogennymi czynnikami) i stanowić podstawę do powołania przez organ z art. 202 § 3 k.p.k. biegłego lekarza seksuologa¹⁸. Opinia sądowo-seksuologiczna bezwzględnie powinna mieć charakter kompleksowy, tzn. spełniać wszystkie wymogi formalne wywodzone z art. 200 k.p.k. W przypadku klarownej diagnozy parafilii opinia biegłego lekarza seksuologa powinna obejmować ocenę ryzyka recydywy seksualnej, jak i sugestie w przedmiocie orzeczenia wobec oskarżonego przez sąd środka zabezpieczającego. Opinia obwarowana negatywną prognozą lekarską

¹⁵ Uchwała SN z 25 września 2013 r., sygn. akt I KZP 8/13, Lex nr 1371924.

¹⁶ J. Sobczak, *Prawo a medycyna – studia i szkice*, Poznań 2018, s. 93–94.

¹⁷ A. Łakomy, *Opiniowanie w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych – uwagi na tle art. 202 § 3 k.p.k.*, www.gov.pl/web/prokuratura-krajowa/wpp-numer-3-2015 (dostęp: 25.06.2022).

¹⁸ Z. Lew-Starowicz, *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000, s. 395–396.

odgrywa zatem kluczową rolę w aspekcie podjęcia przez sąd działań mających na celu zapobieżenie powrotu sprawcy do przestępstwa seksualnego (art. 202 § 5 k.p.k. w zw. z art. 93b k.k.). Dlatego też dyspozycja art. 93b k.k. uprawnia sąd do nałożenia już w wyroku skazującym na sprawcę obowiązku poddania się terapii zaraz po opuszczeniu przez niego zakładu karnego. Katalog środków zabezpieczających ustawodawca ujął w art. 93a k.k. i są to:

- elektroniczna kontrola miejsca pobytu,
- terapia,
- terapia uzależnień,
- pobyt w zakładzie psychiatrycznym (przepis ten stanowi katalog zamknięty).

Środki zabezpieczające definiuje się jako te, które stoją na straży ochrony społeczeństwa przed określoną grupą sprawców stanowiący zagrożenie publiczne z uwagi na występujące u nich zaburzenia psychiczne. Wspomniane środki mogą substytuować karę, w sytuacji gdy nie jest możliwe jej orzeczenie bądź orzekane są w jej miejsce lub – obok niej – także z chwilą gdy jest ona możliwa do orzeczenia¹⁹. Ponadto dyspozycję do zastosowania wobec sprawcy środków zabezpieczających nadaje sądowi art. 93c k.k., który uściśla kategorię sprawców, wobec których takie środki mogą zostać podjęte. Należy zauważyć, że w świetle obowiązującego prawa środek zabezpieczający w postaci umieszczenia sprawcy w zakładzie psychiatrycznym może mieć miejsce tylko w zdefiniowanych ustawą sytuacjach. Niemniej jednak zaburzenia preferencji seksualnych stanowią podstawę do zastosowania przez sąd normy z art. 93g § 3 k.k. w zw. z art. 93c pkt 3 k.k. wówczas, gdy zachodzą przesłanki do rozpoznania wysokiego prawdopodobieństwa, że skazany ponownie popełni przestępstwo przeciwko życiu, zdrowiu lub wolności seksualnej w związku z takimi zaburzeniami²⁰.

Regulacje w przedmiocie oddziaływania leczniczo-terapeutycznego wobec sprawców z diagnozą parafilii to opisany w poprzednim akapicie art. 93b k.k., nadający sądowi imperatyw nałożenia na skazanego obowiązku poddania się terapii po opuszczeniu przez niego zakładu karnego. Następnie akcentuje się znaczenie treści art. 63 k.k., zgodnie z którym sąd może orzec w wyroku skazującym na karę pozbawienia wolności o konieczności odbywania tej kary przez skazanego w systemie terapeutycznym. Należy podkreślić, że w myśl art. 96 § 1 Kodeksu karnego wykonawczego²¹ odbywanie kary we wskazanym systemie jest skierowane do sprawców przestępstw popełnionych w związku z zaburzeniami preferencji seksualnych obligatoryjne. Inkluzywność tego przepisu odnosi się do znaczenia postępowania sądowego w zakresie opiniowania przez biegłych lekarzy seksuologów w przedmiocie diagnozy parafilii i dalszego postępowania ze sprawcą. Warto jednak pochylić się nad wymiarem art. 117 k.k.w., bowiem przepis ten jednocześnie wskazuje, że objęcie leczeniem i rehabilitacją skazanego

¹⁹ M. Szejnkowska, A. Chodorowska, *Regulacje prawne dotyczące sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych – wybrane zagadnienia*, „Studia Prawnoustrojowe” 2015, nr 27, s. 248.

²⁰ A. Łakomy, op. cit.

²¹ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557), dalej: k.k.w.

powinno być poprzedzone jego wyraźną zgodą. Z drugiej strony wprowadza wyjątek od zasady dobrowolności poddania się przez skazanego odpowiednim oddziaływaniom leczniczym. Ustanawia on bowiem, że w sytuacji niewyrażenia przez skazanego zgody na zastosowanie leczenia bądź rehabilitacji sąd penitencjarny orzeka o objęciu go systemem terapeutycznym odbywania kary bez jego zgody. Przepis ten na przestrzeni lat podlegał licznym nowelizacjom, a następnie wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z 11 marca 2021 r. został uznany za częściowo niezgodny z Konstytucją RP, w zakresie w jakim nie określa czasu trwania przymusowego leczenia bądź przymusowej rehabilitacji skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu (uznany za niezgodny z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 oraz art. 47 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP), następnie w zakresie w jakim nakłada na sąd obowiązek orzeczenia o zastosowaniu leczenia lub rehabilitacji wobec skazanego, u którego stwierdzono uzależnienie od alkoholu (niezgodny z art. 41 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP), oraz w zakresie w jakim nie przewiduje zaskarżenia postanowienia o przymusowym leczeniu lub przymusowej rehabilitacji skazanego (niezgodny z art. 78 Konstytucji RP)²². Jednakże zaznacza się, iż częściowa utrata mocy danej regulacji nie obejmuje skazanych z zaburzeniami preferencji seksualnych, w związku z czym w dalszym ciągu możliwe jest podjęcie przez sąd penitencjarny decyzji o zastosowaniu leczenia bez ich zgody. Natomiast z perspektywy doświadczeń klinicznych wynika, że wewnętrzne zaakceptowanie leczenia pomaga w osiągnięciu maksymalnej skuteczności każdej podjętej terapii²³.

Metody terapeutyczne podejmowane wobec analizowanej grupy sprawców to przede wszystkim psychoterapia w nurcie poznawczo-behawioralnym (*Cognitive Behavioral Therapy, CBT*), najczęściej przybierająca formę terapii grupowej, choć nie wyklucza się możliwości zastosowania wobec skazanego terapii grupowej z elementami terapii indywidualnej czy też wyłącznie terapii indywidualnej²⁴. Niemniej jednak sam program terapeutyczny, jak i czas jego trwania powinny być dobierane zgodnie z zasadą indywidualizacji postępowania wykonawczego, która na gruncie art. 96 § 4 k.k.w. zakłada, że karę pozbawienia wolności w systemie terapeutycznym wykonuje się w oddziale o określonej specjalizacji. W przypadku osób z zaburzeniami preferencji seksualnych jest to oddział terapeutyczny, w którym odbywają również karę skazani z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi lub upośledzeni umysłowo. Zabieg indywidualizacji ma niebagatelne znaczenie w przedmiocie właściwej organizacji wykonywania kary pozbawienia wolności, w związku z czym nadrzędną metodą klasyfikacji skazanych są badania osobopoznawcze. Przez wzgląd na konieczność przywrócenia równowagi psychicznej skazanego należy w taki sposób dążyć do dostosowania trybu odbywania przez niego kary, aby odpowiadał on w maksymalnie zbliżony sposób do jego indywidualnych

²² Wyrok TK z 11 marca 2021 r., sygn. akt SK 9/18 (Dz.U. poz. 472).

²³ B. Marciniak, *Zastosowanie środków zabezpieczających wobec sprawców szczególnie niebezpiecznych czynów zabronionych o charakterze seksualnym*, „Państwo i Społeczeństwo” 2014, t. XIV, nr 4, s. 144.

²⁴ W. Czernikiewicz, D. Baran, *Terapia grupowa preferencyjnych sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej w nurcie poznawczo-behawioralnym*, [w:] M. Rawińska (red.), *Zaburzenia seksualne a terapia poznawczo-behawioralna*, Warszawa 2018, s. 417.

potrzeb, tj. jego osobowości, sytuacji zdrowotnej, rodzinnej oraz stopnia nieprzystosowania społecznego²⁵. Rehabilitację skazanych prowadzi wyspecjalizowany zespół składający się głównie z psychologów. Wobec tego każdy oddział zobligowany jest do opracowania programu uwzględniającego w szczególności założenia merytoryczne i organizacyjne, tj. program ten powinien precyzować cele, metody oraz techniki oddziaływania, a także harmonogram i przewidziany czas jego realizacji (zazwyczaj jest to okres 12 miesięcy).

Zważywszy na zawiłą specyfikę zaburzenia, jakim jest parafilia, rekomenduje się, aby praca ze skazanymi była realizowana w kameralnych grupach. W literaturze przedmiotu wyróżnia się dodatkowo nurty terapeutyczne, takie jak terapia systemowa, behawioralna, psychodynamiczna czy eklektyczna. Natomiast największą skuteczność terapii przypisuje się podejściu poznawczo-behawioralnemu, z uwagi na statystycznie niski wskaźnik powrotności na drogę przestępczą skazanych²⁶. Biorąc pod uwagę konieczność zapobiegnięcia recydywie seksualnej, wydaje się, że programy terapeutyczne i resocjalizacyjne powinny bazować na wykorzystaniu metod interdyscyplinarnych, które obejmą w całości potrzebę kształtowania zdolności sprawcy do współżycia społecznego.

Przybliżając tematykę nurtu poznawczo-behawioralnego, należy wskazać na główny cel oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych, jakim jest dostateczne osiągnięcie przez pacjentów umiejętności panowania nad swoimi dewiacyjnymi rządami²⁷. Co istotne, zaznacza się, że parafilia jest schorzeniem porównywalnym do wszelkiego rodzaju uzależnień, w związku z czym nie jest możliwe całkowite jej wyleczenie, a wyłącznie zalecenie²⁸. Praca z takimi osobami powinna być więc zbliżona do pracy z pacjentami uzależnionymi od wszelkiego rodzaju substancji odurzających, m.in. poprzez edukację radzenia sobie w okolicznościach będących dla nich impulsem do zachowań przestępczych²⁹. Kazimierz Pospiszyl wyraża pogląd, że owa praca z osobami dotkniętymi parafilią predysponuje wręcz do konsekwentnego, dożywoтного postępowania³⁰. Model terapii poznawczo-behawioralnej ponadto zakłada, że fundamentem zewnętrznego zachowania jest sfera procesów myślowych oraz płaszczyzna emocjonalna i fizjologiczna. Niezbędnym krokiem w terapii będzie zatem rozpracowanie mechanizmów będących podstawą dewiacji seksualnych, takich jak zniekształcona ocena sytuacji, za którą idzie konieczność modyfikacji sfery poznawczej. Wskazuje się także na zależność popełnianych przestępstw seksualnych z ewentualnym wystąpieniem deficytów behawioralnych u sprawcy, tj. zachowań podyktowanych

²⁵ M. Kuć, *Indywidualizacja postępowania ze skazanymi jako zasada prawa karnego wykonawczego*, „Roczniki Wydziału Nauk Prawnych i Ekonomicznych KUL” 2005, z. 1, s. 145.

²⁶ W. Czernikiewicz, D. Baran, op. cit., s. 417.

²⁷ D. Baran, W. Czernikiewicz, *Psychoterapia grupowa preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych w nurcie poznawczo-behawioralnym*, „Seksuologia Polska” 2017, t. XV, nr 1, s. 21.

²⁸ K. Pospiszyl, *Przestępstwa seksualne*, Warszawa 2006, s. 102.

²⁹ K. Grzywińska-Aleksandrowicz, *Oddziaływania terapeutyczne wobec sprawców przestępstw seksualnych z diagnozą zaburzeń preferencji seksualnych oraz sprawców bez takiej diagnozy*, [w:] S. Grzesiak (red.), *Psychopedagogiczne konteksty wykonywania kary pozbawienia wolności*, Warszawa 2020, s. 32.

³⁰ K. Pospiszyl, op. cit., s. 103.

nieznajomością znormatywizowanego postępowania w życiu codziennym³¹. Należy zauważyć, że reforma myślenia może być kluczem do zmiany zachowania skazanego. Ponadto w oddziaływaniach terapeutycznych i resocjalizacyjnych kładzie się nacisk na naukę weryfikacji własnego postępowania, empatii (w tym zrozumienia uczuć ofiary), a także samokontroli i samoregulacji oraz poznania możliwości radzenia sobie z bodźcami wyzwalającymi spaczone zachowania seksualne³².

Jak wcześniej wspomniano, w stosunku do sprawców, u których istnieje wzmożone ryzyko recydywy seksualnej, ustawa dopuszcza możliwość wdrożenia środków zabezpieczających tuż po opuszczeniu zakładu karnego (art. 93d k.k. w zw. z art. 93a § 1 k.k.). Jednym z obiecujących rozwiązań jest orzeczenie terapii farmakologicznej zmierzającej do obniżenia popędu płciowego dewianta. Należy podkreślić, że tylko taki rodzaj kastracji jest dopuszczalny w polskim ustawodawstwie, o ile stan zdrowia lub życia osoby leczonej na to pozwala. Substancje znajdujące się w obrocie farmakologicznym, które stosuje się podczas terapii, to przede wszystkim antagoniści LHRH (np. digarelist) oraz analogi LHRH (triptorelina, leuprorelina, goserelina). Pierwsze z nich to środki wykazujące działanie polegające na kompetencyjnym wiązaniu się z receptorami LHRH w przednim płacie przysadki mózgowej. W następstwie ich działania dochodzi do natychmiastowego obniżenia poziomu hormonów płciowych. Jednakże dla osiągnięcia właściwego obrazu klinicznego zabieg podawania substancji należy powtarzać w formie zastrzyku co miesiąc³³. Druga grupa leków to panaceum na stałą stymulację receptorów przysadki, choć z początkiem leczenia zauważa się wyrzut poziomu męskiego hormonu płciowego i dopiero po miesięcznej kuracji poziom ten ulega obniżeniu. Wskazana substancja ma postać implantu podskórnego aplikowanego co kilka miesięcy i, co ważne, wykazuje większe powinowactwo do receptorów w przysadce mózgowej³⁴. Obserwuje się również zastosowanie w terapii farmakologicznej leków przeciwdepresyjnych z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), choć ich działanie nie zostało do końca potwierdzone³⁵.

Odnosząc się z kolei do kwestii prawnych, należy poddać analizie art. 93f § 1 k.k., który stanowi *meritum* dla sprawcy w zakresie obowiązków nałożonych na niego przez sąd. Mianowicie zgodnie z jego brzmieniem od sprawcy wymaga się stawiennictwa we wskazanej przez sąd placówce w terminach wyznaczonych przez lekarza psychiatrę, seksuologa bądź terapeutę, a następnie poddania się terapii farmakologicznej mającej na celu obniżenie popędu seksualnego, psychoterapii lub psychoedukacji w celu

³¹P. Marcinek, A. Peda, *Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej*, „Seksuologia Polska” 2009, t. VII, nr 2, s. 60.

³²K. Grzywińska-Aleksandrowicz, op. cit., s. 31.

³³T. Borkowski, R. Sosnowski, P. Chłosta, P. Dudek, *Rola i miejsce antagonistów LHRH w leczeniu zaawansowanego raka gruczołu krokowego*, „Przegląd Urologiczny” 2019, nr 6, s. 74–75.

³⁴A. Łapuć, *Leuprostin Sandoz – nowa forma leuproreliny w leczeniu hormonalnym raka gruczołu krokowego*, „Przegląd Urologiczny” 2012, nr 2, s. 44–45.

³⁵J. Stusiński, Z. Lew-Starowicz, *Leczenie przestępców seksualnych. W poszukiwaniu optymalnego modelu*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2014, nr 82, s. 51.

poprawy jego funkcjonowania w społeczeństwie³⁶. Warto również zauważyć doniosłość normy prawnej art. 199a k.k.w., bowiem na mocy danej regulacji prerogatywa orzeczenia w przedmiocie środków zabezpieczających została przyznana przez ustawodawcę sądowi, który orzekał w pierwszej instancji. W konsekwencji tego sąd zobowiązany jest do dokonania precyzyjnej analizy i w ten sposób przed zastosowaniem środka zabezpieczającego z art. 93a k.k. pod uwagę powinien wziąć wszelkie oceny kliniczne biegłych, w szczególności opinię biegłego lekarza seksuologa (art. 199b § 2 k.k.w.).

Wykładnia językowa wskazanego art. 93f § 1 k.k. zdaje się prowadzić do wniosku, że sąd rozstrzygający o zastosowaniu wobec skazanego terapii wskazuje wyłącznie placówkę, w której sprawca ma się stawić, a pozostałe kwestie dotyczące terminów i częstotliwości terapii pozostawia w gestii lekarza psychiatry, seksuologa bądź terapeuty. Przyjmuje się, że w związku ze zminimalizowaną w danym zakresie kompetencją sądu dokładne sprecyzowanie podejmowanych kroków oddziaływania terapeutycznego wobec sprawcy powinno spoczywać na specjalistach z dziedziny nauk medycznych i psychologii. Koncepcja ta wzmacnia jednocześnie tezę o „nierpresyjnym charakterze środków zabezpieczających”³⁷. Dokonanie kastracji farmakologicznej o ile powoduje zmniejszenie agresji seksualnej, o tyle również obarczone jest licznymi skutkami ubocznymi. Mianowicie wraz ze spadkiem testosteronu zaczynają zachodzić w organizmie zmiany, takie jak znaczna modyfikacja barwy głosu, ginekomastia, chwiejność emocjonalna (w tym depresja), zwiotczenia skóry, rozwijające się choroby układu kostnego i mięśniowego oraz wiele innych symptomów somatycznych i psychicznych³⁸. Zatem terapia farmakologiczna nie bez powodu wzbudza w ocenie publicznej kontrowersje poprzez znaczną ingerencję w ludzkie ciało. W publikacjach naukowych można znaleźć stanowiska, że takie działania godzą w integralność fizyczną poddawanej terapii osoby i tym samym stanowią nic innego jak karę cielesną przemawiającą za powiązaniem jej z nieludzkim traktowaniem³⁹, o którym stanowi art. 3 Europejskiej konwencji praw człowieka i podstawowych wolności⁴⁰. Niemniej jednak w ocenie społeczeństwa wciąż budzi trwogę niepewna skuteczność podejmowanych metod terapeutycznych, a aktualne badania wskazują, że wskaźnik powrotności na drogę przestępczą skazanych jest znacznie wyższy w grupie sprawców, u których zdiagnozowano parafilię⁴¹.

³⁶ Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553).

³⁷ K. Lipiński, [w:] J. Giezka (red.), *Kodeks karny część ogólna. Komentarz*, Warszawa 2021, s. 770.

³⁸ E. Jurgielewicz-Delegacz, *Przestępczość seksualna*, [w:] K. Zając (red.), *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju*, Warszawa 2019, s. 731.

³⁹ A. Jezusek, *Farmakologiczne obniżenie popędu seksualnego stosowane w ramach represji karnej w świetle zakazu tortur, nieludzkiego lub poniżającego traktowania*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 2009, nr 2, <http://www.uj.edu.pl/documents/4137545/cd908456-cfa2-4006-89bb-b17e758d4605#page=61> (dostęp: 29.06.2022).

⁴⁰ Dz.U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284.

⁴¹ K. Grzywińska-Aleksandrowicz, op. cit., s. 35.

Podsumowując niniejsze rozważania, należy podkreślić, że oddziaływania terapeutyczne mają na celu dokonanie maksymalnej redukcji ewentualnego powrotu sprawcy na drogę przestępstw przeciwko wolności seksualnej. Jednak trzeba mieć na względzie, że zgodnie z aktualną wiedzą żadna z metod terapii nie predysponuje do wyleczenia zaburzeń preferencji seksualnych, a jedynie ogranicza się do zniwelowania anormalnych zachowań stanowiących zagrożenie dla społeczeństwa. Podjęta analiza wykazała, w jakim kierunku powinny zmierzać działania terapeutyczne podejmowane wobec dewiantów seksualnych i bezsprzecznie należy przyjąć, że recydywie seksualnej może wyłącznie zapobiec objęcie skazanych kompleksowym programem leczniczym, sprowadzającym się do zastosowania zarówno w pracy z psychologiem, terapeutą czy seksuologiem, jak i w farmakoterapii. Warto podkreślić, że jednostki dopuszczające się przestępstw na tle seksualnym znacznie się od siebie różnią, bowiem jest wiele czynników, które mogą skłaniać do popełniania tego typu przestępstw. W przypadku sprawców dotkniętych parafilią preferencje seksualne ukierunkowane są na konkretny sposób realizacji pragnień, zachowań seksualnych, a więc pozostają one w związku ze szczególnym obiektem pożądania, na którym pragnienia te są realizowane. W odpowiedzi na postawione na wstępie pytanie w przedmiocie optymalnego zapewnienia bezpieczeństwa społecznego, stwierdza się, iż znamienne jest zapewnienie kontynuacji leczenia w warunkach wolnościowych, zmierzającego do obniżenia popędu płciowego i tym samym maksymalnego ograniczenia powrotu na drogę przestępczą skazanych. *In fine* podkreśla się konieczność współpracy środowisk prawniczych, medycznych i psychologicznych w celu nieustannego konstruowania optymalnych modeli terapeutycznych.

BIBLIOGRAFIA

Literatura

- Baran D., Czernikiewicz W., *Psychoterapia grupowa preferencyjnych sprawców czynów pedofilnych w nurcie poznawczo-behawioralnym*, „Seksuologia Polska” 2017, t. XV, nr 1.
- Borkowski T., Sosnowski R., Chłosta P., Dudek P., *Rola i miejsce antagonistów LHRH w leczeniu zaawansowanego raka gruczołu krokowego*, „Przegląd Urologiczny” 2019, nr 6.
- Choromańska A., Mocarska D., *Dewiacje i przestępstwa seksualne – klasyfikacja, aspekty prawne*, Szczytno 2009.
- Czernikiewicz W., Baran D., *Terapia grupowa preferencyjnych sprawców przestępstw przeciwko wolności seksualnej w nurcie poznawczo-behawioralnym*, [w:] M. Rawińska (red.), *Zaburzenia seksualne a terapia poznawczo-behawioralna*, Warszawa 2018.

- Depko A., Eichstaedt K., Gałecki P., Krasowska A., *Metodyka pracy biegłego psychiatry, psychologa oraz seksuologa, w sprawach karnych, nieletnich oraz wykroczeń*, wyd. czwarte, Warszawa 2022.
- Grzywińska-Aleksandrowicz K., *Oddziaływania terapeutyczne wobec sprawców przestępstw seksualnych z diagnozą zaburzeń preferencji seksualnych oraz sprawców bez takiej diagnozy*, [w:] S. Grzesiak (red.), *Psychopedagogiczne konteksty wykonywania kary pozbawienia wolności*, Warszawa 2020.
- Hołyst B., *Psychologia kryminalistyczna*, Warszawa 2004.
- Jurgielewicz-Delegacz E., *Przestępczość seksualna*, [w:] K. Zajac (red.), *Kryminologia. Stan i perspektywy rozwoju*, Warszawa 2019.
- Krawczyk P., Świącicki Ł., *ICD-10 vs. ICD-11 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*, „Psychiatria Polska” 2020, t. LIV, nr 1, DOI: 10.12740/PP/103876.
- Kuć M., *Indywidualizacja postępowania ze skazanymi jako zasada prawa karnego wykonawczego*, „Roczniki Wydziału Nauk Prawnych i Ekonomicznych KUL” 2005, z. 1.
- Lew-Starowicz Z., *Seksuologia sądowa*, Warszawa 2000.
- Lipiński K., [w:] J. Giezka (red.), *Kodeks karny część ogólna. Komentarz*, Warszawa 2021.
- Łapuć A., *Leuprostin Sandoz – nowa forma leuproreliny w leczeniu hormonalnym raka gruczołu krokowego*, „Przegląd Urologiczny” 2012, nr 2.
- Marcinek P., Peda A., *Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej*, „Seksuologia Polska” 2009, t. VII, nr 2.
- Marciniak B., *Zastosowanie środków zabezpieczających wobec sprawców szczególnie niebezpiecznych czynów zabronionych o charakterze seksualnym*, „Państwo i Społeczeństwo” 2014, t. XIV, nr 4.
- Moller H.J., *Możliwości i ograniczenia DSM-V w polepszeniu klasyfikacji i diagnozy zaburzeń psychicznych*, „Psychiatria Polska” 2018, t. LII, nr 4, DOI: 10.12740/PP/91040.
- Mozgawa M., [w:] M. Mozgawa (red.), *Kodeks karny. Praktyczny komentarz*, Warszawa 2010.
- Pospiszyl K., *Przestępstwa seksualne*, Warszawa 2006.
- Sobczak J., *Prawo a medycyna – studia i szkice*, Poznań 2018.
- Stusiński J., Lew-Starowicz Z., *Leczenie przestępców seksualnych. W poszukiwaniu optymalnego modelu*, „Przegląd Więziennictwa Polskiego” 2014, nr 82.
- Szwejkowska M., Chodorowska A., *Regulacje prawnokarne dotyczące sprawców z zaburzeniami preferencji seksualnych – wybrane zagadnienia*, „Studia Prawnoustrojowe” 2015, nr 27.
- World Health Organization, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 – opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, red. przekł. pol. S. Pużyński, J. Wciórka, wyd. drugie, Kraków 2000.

Akty prawne

- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz.U. z 1997 r., Nr 90, poz. 557).
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 1997 r., Nr 89, poz. 555).
- Ustawa z dnia 5 listopada 2009 r. o zmianie ustawy Kodeks karny, ustawy Kodeks postępowania karnego, ustawy Kodeks karny wykonawczy, ustawy Kodeks karny skarbowy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2009 r., Nr 206, poz. 1589 ze zm.).
- Konwencja o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności sporządzona w Rzymie dnia 4 listopada 1950 r. (Dz.U. z 1993 r., Nr 61, poz. 284).

Orzecznictwo

- Postanowienie SN z 2 czerwca 2015 r., sygn. akt V KK 36/15, Lex nr 1750151.
- Uchwała składu 7 sędziów SN z 25 września 2013 r. w sprawie I KZP 8/13, OSNKW 2013, Nr 10, poz. 83.
- Uchwała SN z 25 września 2013 r., sygn. akt I KZP 8/13, Lex nr 1371924.
- Wyrok SN z 4 grudnia 2018 r., sygn. akt II KK 114/18, Lex nr 2603598.
- Wyrok TK z 11 marca 2021 r., sygn. akt SK 9/18 (Dz.U. poz. 472).

Źródła internetowe

- Jezusek A., *Farmakologiczne obniżenie popędu seksualnego stosowane w ramach represji karnej w świetle zakazu tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania*, „Internetowy Przegląd Prawniczy TBSP UJ” 2009, nr 2, <http://www.uj.edu.pl/documents/4137545/cd908456-cfa2-4006-89bb-b17e758d4605#page=61>.
- Krasowska A., Jakubczyk A., Czernikiewicz W.M., Wojnar M., Nasierowski T., *Impulsywność sprawców przestępstw seksualnych – nowe koncepcje czy powrót do źródeł*, „Psychiatria Polska” 2013, t. XLVII, nr 4, http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_4_2013/727Krasowska_PsychiatrPol2013_47_4.pdf.
- Łakomy A., *Opiniowanie w zakresie zaburzeń preferencji seksualnych – uwagi na tle art. 202 § 3 k.p.k.*, www.gov.pl/web/prokuratura-krajowa/wpp-numer-3-2015.

Role of diagnostic and therapeutic procedures in application to perpetrators, who committed offences as a result of sexual preference disorders. A comparative legal analysis

Summary

The starting point for these considerations is the inclusion of the interdisciplinary context, hence legal, medical, as well as psychological aspects had to be studied to provide an accurate overview of the problem. Taking into account the broad range of material available on the subject, in this work an attempt was made to bring closer only the most crucial topics revolving around containment of paraphilia. Above all, an effort has been made to synthetically describe the procedure of dealing with preferential sexual offenders, starting from the definition of an offence, consequently portraying the judicial proceeding and ultimately concluding by addressing the practicalities of therapeutic action and potential preventive measures against sexual recidivism.

Keywords: sexual crimes, paraphilia, clinical diagnosis, sex offenders, disorders of sexual preference