

Pedofília – kérdések a jelenség medikalizációja és demedikalizációja kapcsán

Tisztelt Szerkesztőség!

A kulturális antropológiai megfigyelések arról tanúskodnak, hogy a felnőtt-gyermek szexuális kapcsolat egyes kultúrákban ritualizált és intézményesített formában megszokott jelenség volt, de az ókori Görögországban és a Római Birodalomban is teljesen természetes volt, hogy felnőtt szexuális kontaktusba lépjen nemileg alig érett fiatallal. Bizonyos kultúrákban ma is gyakori a gyermeknasság vagy gyermekházasság (12 éves kor környékén), illetve az a gyakorlat, hogy a leánygyermeket a szülők idősebb férjhez adják férjhez, mely gyakorlatot a helyi törvények nem tiltják. Férfiak esetében az első menstruáción átesett nőkhöz való szexuális vonzódás evolúciós szempontból adaptívnek számít, annak ellenére, hogy a nők termékenysége az első menstruáció utáni első 1–2 évben csökkent, ami azt a célt szolgálja, hogy biztosak lehessenek abban, hogy ők az apjuk a születendő utódoknak. A jelen nyugati társadalmak a felnőtt-gyermek között létesülő szexuális cselekményt általában ellenzik, valamint a jelenséget törvényekben is tiltják, arra hivatkozva, hogy a gyermek testi és szellemileg éretlen, ugyanakkor az, hogy kit tekintünk érettnak vagy éretlennek, társadalmi-kulturális konstrukció.

A pedofiliát mint betegséget elsőként *Richard von Krafft-Ebing* bécsi pszichiáter írta le 1886-ban a *Psychopathia sexualis* című művében [1], és a jelenség medikalizációját ezen aktustól datáljuk. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai kézikönyvének (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders = DSM*) ötödik kiadása előtt heves vita bontakozott ki a jelenség diagnosztikus kritériumairól, de egyesek a jelenség betegség/zavar jellegét is megkérdőjelezték. A pedofiliával kapcsolatban a diagnosztikus rendszerekben bekövetkezett változások a pedofília medikalizációját és demedikalizációját tükrözik.

Az 1952-ben megjelent DSM-I. a gyermekek iránti szexuális vonzódás jelenségét szexuális devianciának tartotta, és a szociopata személyiségzavarok közé sorolta [2]. Kóddal először 1968-ban a DSM-II.-ben látják el ezen szexuális megnyilvánulást [3]. A szociopata személyiségzavarok helyett az „egyéb nem pszichotikus elmezavarok” közé mint szexuális deviancia került besorolásra a jelenség, a homoszexualitás

sal vagy a sadizmussal együtt. Az 1980-ban megjelent DSM-III.-ban a pedofília a parafilák közé kerül [4]. A parafília és a pedofília fogalmak itt jelentek meg először a DSM-ben, és elsőként határozták meg a megnyilvánulást kritériumok alapján, nevezetesen két kritérium teljesülését írták elő ahhoz, hogy a diagnózis megállapítható legyen. A DSM-III.-ban szerepelt az atípusos parafília, míg a DSM-III-R-ben [5] ez helyettesítésre került a 'parafília külön megnevezés nélkül' kategóriával. A DSM-III-R-ben a pedofília diagnosztikus kritériumai bővülnek, megjelenik az a kritérium, miszerint a szexuális fantáziáknak, szexuális készletetnek vagy magatartásnak legalább hat hónapon keresztül fenn kell állnia (A kritérium), valamint hogy a személy számára a készletnek jelentős distresszt kell okoznia (B kritérium). *Dobrenwend és Dobrenwend* szerint a tünetek időbeli stabilitása nélkülözhetetlen, mivel az érvényes diagnózisoknak ki kell zárniuk a lehetséges átmeneti stresszorokat, melyek a zavar tüneteit utánozhatják [6]. Nem világos viszont, hogy miért éppen hat hónap ez az időtartam. Az 1994-ben megjelent DSM-IV. [7] már valamennyi kategória kritériumaként tartalmazza, hogy a kóros készletnek legalább hat hónapon keresztül fenn kell állnia. A DSM-IV. pedofiliadiagnosztikus kritériumai a következők: intenzív szexuális fantáziák, szexuális készletetek vagy magatartás legalább 6 hónapon keresztül ismétlődően, melynek keretében serdületlen gyermek(ek)kel történik szexuális cselekvés (A kritérium); a személy viselkedése a szexuális készletetek és fantáziák hatására klinikailag jelentős distresszt vagy kárt okoz (B kritérium); és az elkövető legalább 16 éves és legalább 5 évvel idősebb a szexuális aktivitásban részt vevő gyermek(ek)nél (C kritérium). A DSM-IV. parafilafejezetében a legnagyobb változás az volt, hogy a „jelentős” kritériumot a DSM-ben széleskörűen igyekeztek elterjeszteni. Ez azon aggodalmakra való reflektálás volt, hogy a jelenség kevésbé súlyos, nem patológias megjelenését is helytelenül zavarként címkézték [8]. Ennélfogva a DSM-IV.-ben a „jelentős” kritériumot minden egyes parafilias diagnózishoz hozzáadták, ezzel elismerve annak tényét, hogy a parafilias készletés önmagában még nem feltétlenül igazolja a klinikai parafilias diagnózist [8]. A DSM-IV. a pedofiliák több szubtypusát különböztette meg az áldozat neme, a családi kapcsolat és a gyermekek iránti szexuális vonzalom kizárólagossága alapján. A későbbi DSM-rendszerek is követték ezt a gyakorlatot. A DSM-IV. a parafiliasakat impulzuskontroll-zavarként írta le. *Cosyns*

megjegyzi, hogy a parafiliasok feszültséget vagy készletet éreznek a szexuális cselekvés előtt, valamint élvezetet élnék át a cselekvés alatt, és a cselekvés a feszültség enyhülését okozza [9]. *O'Donohue és mtsai* hangsúlyozzák, hogy a DSM-IV. A kritériumában az „intenzív” és az „ismétlődő” fogalmak használata, melyek célja a parafilias fantáziák és cselekvések gyakoriságának és minőségének leírása, homályosak és szubjektívek [10]. Az „intenzív”-nek, valamint az „ismétlődő”-nek (azon kívül, hogy egynél több) nincs pontos, objektív meghatározása. Vagyis a DSM-velejáró mennyiségi indikátorokat ír elő, azonban nem határozza meg pontosan a mennyiségek kritikus küszöbértékeit [11]. A DSM-IV. B kritériuma hasonlóan homályos, amikor „klinikailag jelentős distressz”-ről, „cselekvés”-ről és „kár”-ról ír, ugyanis nem világos, hogy mit értünk pontosan e fogalmakon [11]. *Blanchard* szerint azon állásfoglalást, hogy a pedofília (és más parafilias) diagnózisának kritériumait tünetekre (A kritérium) és distresszre, károsodásra (B kritérium) osztjuk, nem kísérte a megfelelő terminológia hozzáigazítása. Ez azt eredményezte, hogy nem szükséges, hogy a distresszt vagy a károsodást a parafilias maga okozza [11]. Ennek megfelelően ha a fantáziák, szexuális készletetek nem nyilvánulnak meg cselekvésben, vagy ha a személy nem érez distresszt készletetési és fantáziái miatt, hanem csak maszturbálásban éli ki azokat, abban az esetben nem állítható fel a diagnózis. *Blanchard* felteszi a kérdést, hogy vajon lehetséges-e az, hogy valaki élethosszig tartó szexuális készletet érez, amelyet soha nem él ki, és emiatt nem frusztrált [11]. Amennyiben a valódi kielégülés hiánya egyáltalán nem okoz distresszt, abban az esetben vajon valóban jelen van-e a készletet? Az sem tűnik életszerűnek, hogy az az egyén, aki gyermekek iránt érez szexuális vonzalmat, ne legyen valamilyen módon szociálisan sérült, ugyanis a társadalmi normák ezt diktálják [11]. A DSM-IV. már megkülönböztette a pedofilia kizárólagos (azaz gyermek iránt érdeklődő), illetve nem kizárólagos altípusát. A pedofília DSM-IV-TR szerinti meghatározása, hogy az illetőnek szexuális fantáziái, vonzalma vagy magatartása van prepubertáskorú gyermekek irányában (általában 13 éves vagy ennél fiatalabb gyerekek iránt) legalább 6 hónapig [12]. A definíció nem különbözteti meg azokat, akik kiélik, és azokat, akik nem élik ki cselekedetben szexuális hajlamukat, valamint a diagnózis nem vonatkozik azokra, akik nem teljesítik a 6 hónapos kritériumot. A DSM-IV-TR B kritériuma az exhibicioniz-

mus, frottórizmus, pedofília, szexuális szadizmus és voyeurizmus esetén azt indikálja, hogy a diagnózis akkor igazolt, ha a személy kiélte szexuális vágyait, vagy a szexuális vágyak és fantáziák jelentős distresszt vagy interperszonális nehézséget okoztak [8]. A DSM-5.-ben a „pedofília” helyett „pedofília” és „pedofiliás zavar” szerepel, hogy összhangban legyen a „parafília” és „parafilias zavar” megkülönböztetéssel [13]. A parafilias zavar diagnosztikus megállapításához mind az A, mind a B kritériumnak teljesülnie kell; amennyiben csak az A kritérium teljesül, abban az esetben a diagnózis parafiliaszindromát indikál. E koncepció szerint a parafília nélkülözhetetlen, de nem elégséges feltétele a parafiliaszindromának [8]. A DSM-5. a serdülőkor előtti életkort maximum 13 évben határozza meg, és pedofilnak az ilyen gyermek iránt vonzódo személyt tekinti, amennyiben az betöltötte a 16. életévét, vagy legalább 5 évvel idősebb a gyermeknél, aki iránt vonzódo. Az A kritérium nemcsak a vágyak meglétét írja elő, hanem azt is, hogy a vágyaknak intenzívnek kell lenniük (kvantitatív koncepció) [14]. A B kritérium előírja, hogy az egyén vagy kiélte erotizált vágyait, vagy hogy ezen vágyak vagy fantáziák interperszonális nehézségeket vagy jelentős distresszt okoztak számára [14]. A pedofiliaszindromát a DSM-5.-ben szereplő egyedüli parafiliaszindromának, melynek nincs alábbhagyási specifikátora. A DSM-5. kiadása előtt vita folyt arról, hogy a hebefília legyen-e diagnosztikus kategória, hogy utaljanak-e a kritériumokban az áldozatok számára, hogy vonják-e össze a pedofiliaszindromát a szexuális orientációval, vagy hogy hagyják-e figyelmen kívül a motivációra és a gátlások felszabadulására való összpontosítást. A kritériumok megbízhatósága és validitása kapcsán is heves szakmai vita bontakozott ki.

Egyesek szerint a pedofiliaszindromát, különösen a kizárólagos fajtáját, a szexuális orientáció egy önálló kategóriájaként, nem pedig mint a heteroszexuális vagy homoszexuális identitás ráhelyezett entitásaként kell értelmezni [15, 16]. A pedofília szexuális orientációként való azonosítása nagyban befolyásolja a jelenség politikai és jogi kezelését, a szexuális orientáció ugyanis nem preferencia kérdése, amit az egyén választ vagy tanul valamiképpen. Azon kutatók, akik ellenzik a pedofília szexuális orientációként való kezelését, úgy vélik, hogy a szexuális orientáció a szexuális motivációtól független emberi jellegzetesség, ezzel szemben a pedofiliaszindromát parafília, mely meghatározása szerint szexuálisan motivált magatartás. Azáltal, hogy a parafiliaszindromát a mentális

zavarok közé soroltattak, ahol a skizofrénia, a demencia és a súlyos hangulatzavarok is szerepelnek, azt sugallhatja, hogy ezen zavaroknál is lennie kell egy határozott entitásnak, mely megkülönböztethető magától a magatartástól és annak megjelenésétől, mely a tüneteket okozza. A jelen ideig azonban a tudomány adós maradt ennek bizonyításával. Egyes kutatások szerint a pedofil fantáziákról beszámoló emberek nem különböznek jelentősen azoktól, akik nem számoltak be ilyen fantáziákról. Nem mások a szocioökonómiai mutatóik, iskolázottságuk, értelmi képességeik, nem agresszívabbak, nincsen egyéb pszichés tünetük a kontrollsoporthoz képest. Az egyetlen különbség, hogy bevallják, vannak szexuális vágyaik gyermekek iránt [17, 18]. E tanulmányok nagyban hasonlítanak azon tudományos munkákra, amelyek az 1950-es években születtek, és amelyek jelentősen hozzájárultak a homoszexualitás demedikalizációjához és a jelenség DSM-ből való törléséhez.

A DSM-5. a jelenséget depatologizálta azáltal, hogy megkülönböztetésre került a prepubertás korú gyerek iránti szexuális preferencia (pedofília) és a zavar, mely akkor érvényes, ha az egyén vagy kiélte erotizált vágyait, vagy ha ezen vágyak vagy fantáziák interperszonális nehézségeket vagy jelentős distresszt okoztak számára. A pedofília önmagában nem teszi szükségessé a klinikai beavatkozást, a pedofiliaszindromát azonban jelenleg még pszichiátriai intervenciót igényel. Amennyiben a pszichiátriai zavar diagnosztikusát a szexuális kapcsolat indikálta, abban az esetben talán az egyénnek és a társadalomnak is jobb, ha a pedofiliaszindromát egyelőre mint betegséget kezeljük, nem pedig egyszerűen bebörtönözzük az elkövetőt.

Irodalom

- [1] von Krafft-Ebing R. Psychopathia sexualis: a medico-forensic study (HE Wedeck, Trans.). Putnam, New York, NY, 1965. [Original work published 1886]
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st edn.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1952.
- [3] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd edn.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1968.
- [4] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1980.

- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd edn., rev.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987.
- [6] Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. The problem of validity in field studies of psychological disorder. *J Abnorm Psychol.* 1965; 70: 52–69.
- [7] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 1994.
- [8] First MB. The inclusion of child pornography in the DSM-5 diagnostic criteria for pedophilia: conceptual and practical problems. *J Am Acad Psychiatry Law* 2011; 39: 250–254.
- [9] Cosyns P. Aggression, impulsivity and compulsivity in male sexual abusers. In: Maes M, Coccaro E (eds.) *Neurobiology and clinical views on aggression and impulsivity.* Wiley, Chichester, 1999.
- [10] O'Donohue W, Regev LG, Hagstrom A. Problems with the DSM-IV diagnosis of Pedophilia. *Sex Abuse* 2000; 12: 95–105.
- [11] Blanchard R. The DSM diagnostic criteria for pedophilia. *Arch Sex Behav.* 2010; 39: 304–316.
- [12] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn., text rev.). American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000.
- [13] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn.). American Psychiatric Association, Arlington, VA, 2013.
- [14] Berlin FS. Commentary on pedophilia diagnostic criteria in DSM-5. *J Am Acad Psychiatry Law* 2011; 39: 242–244.
- [15] Bogaert AF, Bezeau S, Kuban M, et al. Pedophilia, sexual orientation, and birth order. *J Abnorm Psychol.* 1997; 106: 331–335.
- [16] Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CW Jr, et al. Pedophilia. *JAMA* 2002; 288: 2458–2465.
- [17] Ahlers CJ, Schaefer GA, Mundt IA, et al. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *J Sex Med.* 2011; 8: 1362–1370.
- [18] Neutze J, Seto MC, Schaefer GA, et al. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sex Abuse* 2011; 23: 212–242.

Kórász Krisztián dr.