

Praca poglądowa Review

DOMINIKA BERENT¹, ANDRZEJ DEPKO², MONIKA TALAROWSKA¹,
ANTONI FLORKOWSKI¹, PIOTR GAŁECKI¹

Współczesne metody postępowania terapeutycznego w pedofilii

Current methods of treatment of pedophilia

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Poradnia Seksuologiczna Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska

STRESZCZENIE

Artykuł ma na celu podsumowanie wiedzy na temat obecnie stosowanych metod leczenia pedofilii oraz regulacji prawnych i wątpliwości etycznych z nimi związanych. Wiedzę tę czerpiemy głównie z badań, do których kwalifikowani są przestępcy seksualni, grupy zróżnicowane pod względem struktury parafilii i tym samym trudne do porównania. Dodatkowo ocena skuteczności danej metody leczenia opiera się na subiektywnych relacjach badanych grup na temat zmian nasilenia zaburzonych fantazji i zachowań seksualnych, co podważać może wiarygodność wyników. Metodami leczenia przedstawionymi w niniejszym artykule są: chirurgiczna kastracja, leczenie farmakologiczne i psychoterapia. Omówione hormonalne leczenie farmakologiczne dotyczy: medroksyprogesteronu, cyproteronu, analogów gonadoliberyny, a inne niż hormonalne: leków z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny, przeciwpsychotycznych, topiramatu i naltreksonu.

SUMMARY

This is to summarize knowledge about currently used methods of treatment of pedophilia. It comes mainly from studies enrolling groups of sex offenders, non-comparable according to the structure of paraphilia across the studies. Moreover, the assessment of treatment efficacy predominantly relies on self-reporting of changes in intensity of deviant sexual fantasies and behaviours, which seems to make the reliability of such a method questionable. Here shown methods of treatment are: surgical castration, pharmacological treatment and psychotherapy. Presented hormonal pharmacological treatment contains: medroxyprogesterone acetate, cyproterone acetate, gonadorelin analogues; non-hormonal: selective serotonin reuptake inhibitors, antipsychotics, topiramate, naltrexone.

Słowa kluczowe: pedofilia, metody leczenia

Key words: pedophilia, methods of treatment

WSTĘP

Pedofilia, jest to zaburzenie preferencji seksualnych (parafilii), polegające na erotoseksualnej zależności od szczególnego, nieakceptowanego społecznie bodźca, niezbędnego do uzyskania podniecenia seksualnego, sprawności seksualnej lub/i satysfakcji. W przypadku pedofilii tym bodźcem erotycznym jest osobnik bez cech dojrzałości płciowej – dziecko. Oznacza to, że zdolność do uzyskania podniecenia seksualnego, sprawności i satysfakcji seksualnej jest

uzależniona od tego czy podejmuje on kontakt seksualny z dzieckiem, czy też nie. Dziecko jest dla pedofila preferowanym bodźcem seksualnym.

W przypadku pedofilii angażowanie lub fantazjowanie o angażowaniu się w aktywność seksualną z dziećmi przed okresem pokwitania jest stałym i wyłącznym sposobem osiągania podniecenia seksualnego i orgazmu. Klasyfikacja ICD-10 definiuje pedofilię (F.65.4) jako „utrwaloną lub dominującą skłonność do aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed pokwitaniem. Sprawca ma, co naj-

mniej 16 lat i jest, co najmniej 5 lat starszy od swojej ofiary”. Dla rozpoznania, konieczne jest, aby sprawca realizował swój popęd, jak również odczuwał z tego powodu wyraźne cierpienie oraz zaburzenie utrzymywało się, co najmniej przez 6 miesięcy (ICD-10, 2000).

Zgodnie z DSM-IV rozpoznanie pedofilii stosowane jest w odniesieniu do tych pacjentów wykorzystujących seksualnie dzieci, u których występują „przez przynajmniej sześć miesięcy powracające, silnie podniecające fantazje seksualne, impulsy seksualne lub zachowania związane z aktywnością seksualną z osobami, które nie wkroczyły jeszcze w okres dojrzewania (poniżej 13. roku życia). Fantazje, impulsy lub zachowania powodujące klinicznie znaczący dyskomfort lub upośledzenie w społecznym, zawodowym lub innym obszarze funkcjonowania” (DSM-IV, 2000).

Szczegółowa analiza zachowania dorosłego człowieka podczas czynu pedofilnego pozwala zwykle uzyskać wyjaśnienie, czy mamy do czynienia z zachowaniem pedofilnym motywowanym pedofilią czy też z motywacją zastępczą. W zastępczych czynach pedofilnych, dorosły człowiek realizuje swój popęd seksualny z dzieckiem wyłącznie z konieczności, ponieważ z różnych powodów ma utrudniony lub uniemożliwiony kontakt seksualny z dorosłym partnerem. Dziecko w tych przypadkach stanowi substytut dorosłej osoby.

Jeżeli przy ustalaniu rozpoznania brany jest pod uwagę konkretny czyn, wówczas należy wykluczyć działanie substancji psychoaktywnych i inne stany, mogące mieć wpływ na krytycyzm w czasie jego popełniania, np. mania. Przypadki te, w przeciwieństwie do popełnianych przez pedofilów, zawsze stoją w opozycji do wcześniejszych zachowań i fantazji seksualnych (DSM-IV, 2000).

Większość pedofilów nie postrzega własnych preferencji seksualnych jako wystarczająco egodystycznych, aby z własnej woli zasięgnąć porady lekarskiej/psychologicznej i rozpocząć leczenie (Hall i Hall, 2007).

Rokowanie w pedofilii jest niepomyślne. Na wieloletnie utrzymywanie się aktywności seksualnej ukierunkowanej na dzieci, wskazują Dickey i wsp. (2002). Wśród nadal aktywnych przestępców seksualnych w starszych grupach wiekowych, licznie nad gwałcicielami i sadystami seksualnymi, przeważają pedofile.

Niewiele jest badań dotyczących leczenia samej tylko pedofilii. W piśmiennictwie anglojęzycznym, dostępne są publikacje o leczeniu przestępców seksualnych, wśród których obecni są m.in. pedofile. Grupy badanych są zróżnicowane pod względem struktury parafilii i tym samym trudne do porównania. Dodatko-

wo, wyniki większości badań oparte są na subiektywnej ocenie pacjentów własnych fantazji i zachowań seksualnych. Może to podważać wiarygodność wyników (Wincze i wsp., 1986; Schober i wsp., 2005).

Istotna dla leczenia pedofilii jest współchorobowość psychiatryczna. Raymond i wsp. (1999) potwierdzili współistnienie choroby psychicznej z pierwszej osi diagnostycznej wg DSM-IV aż u 42 z 45 objętych badaniem pedofilów, przy czym były to według częstości występowania: zaburzenia afektywne, zaburzenia lękowe, zespoły uzależnienia od substancji psychoaktywnych, inne parafilie, dysfunkcje seksualne. Warto zwrócić uwagę, że współistniejące jednostki chorobowe stanowią dodatkowe źródło dyskomfortu, które może wzmacniać podejmowanie pedofilijnych czynności seksualnych. Odrębny problem stanowi upośledzenie umysłowe. Mężczyźni upośledzeni umysłowo popełniają przestępstwa seksualne 2 razy częściej niż ci w normie intelektualnej (Gibbens i Robertson, 1983; Hawk i wsp., 1993). Sajith i wsp. (2008) wskazują na brak wystarczającej liczby badań nad leczeniem pedofilów upośledzonych umysłowo.

Prezentowany artykuł ma na celu przedstawienie współczesnego postępowania terapeutycznego w pedofilii. Aktualnie stosowane są trzy rodzaje metod leczenia: chirurgiczne, farmakologiczne oraz psychoterapia. Znane są metody leczenia chirurgicznego i farmakologicznego oraz psychoterapia. Do chirurgicznego zaliczamy, przeprowadzane w powojennych Niemczech, operacje neurochirurgiczne (Roeder, 1966; Roeder i wsp., 1972) oraz kastrację chirurgiczną (orchidectomię). Leczenie farmakologiczne dzielimy natomiast na hormonalne i niehormonalne. Kastracja farmakologiczna i chirurgiczna budzi wątpliwości etyczne. Wskazuje się, że naruszają one prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego oraz prawo do zawarcia małżeństwa ujęte w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka (Harrison i Rainey, 2009; Rainey i Harrison, 2008).

LECZENIE PEDOFILII – REGULACJE PRAWNE

W USA od 2003 roku, chirurgiczna kastracja przestępców seksualnych (w tym pedofilów) jest dopuszczalna prawnie w pięciu stanach: Kalifornii, Iowa, Luizjanie, Teksasie i na Florydzie. Z wyjątkiem Teksasu, pozostałe oferują przestępcom seksualnym alternatywne leczenie w postaci kastracji chemicznej (Scott i Holmberg, 2003). Leczenie rozpoczynane jest na wniosek zainteresowanego. Określono, że przeznaczone jest dla przestępców groźnych, dokonują-

cych brutalnych przestępstw seksualnych (Sexually Violent Predators, SVP). Definicje SVP obowiązujące w każdym ze stanów różnią się między sobą. Ogólnie, za SVP uważana jest osoba skazana wyrokiem sądu za brutalne przestępstwo seksualne; zaburzona psychicznie, a popełniane brutalne przestępstwa są wynikiem tego zaburzenia (Weinberger i wsp., 2005).

W Polsce, w czerwcu 2010 roku weszła w życie nowelizacja ustawy Kodeks karny, ustawy Kodeks postępowania karnego, ustawy Kodeks karny wykonawczy oraz ustawy o Policji. Zaostrzono kary dla pedofilów i przewidziano obowiązkowe leczenie w postaci leczenia farmakologicznego lub psychoterapii (Dz. U. Nr 206, poz. 1589).

O konieczności podjęcia leczenia decydować ma sąd na 6 miesięcy przed warunkowym zwolnieniem lub przed wykonaniem kary. Umieszczenie w zakładzie zamkniętym lub skierowanie na leczenie ambulatoryjne ma być obowiązkowe w przypadku gwałtu pedofilskiego (na osobie poniżej 15. roku życia) lub kazirodczego (na osobie spokrewnionej). Realizowanie zapisów ustawy w praktyce – w Polsce nie istnieją placówki przystosowane do prowadzenia leczenia pedofilów oraz nie określono warunków jego refundacji – pozostaje sprawą wciąż otwartą (http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/426177,nie_ma_pieniedzy_na_kastracje_pedofilow_bo_nfz_o_nich_zapomnial.html; http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/374413,prezydent_podpisal_ustawe_o_chemicznej_kastracji_pedofilow.html).

Chirurgiczna kastracja ze względu na swą nieodwracalność, trwałe uszkodzenie ciała budzi wątpliwości etyczne. W Europie dozwolona jest prawnie w Czechach, co jest krytykowane przez Europejską Radę Europy (http://www.pardon.pl/artikul/7725/kastracja_pedofilow_i_gwalcicieli_zostanie_zakazana_w_europie).

KASTRACJA CHIRURGICZNA I FARMAKOLOGICZNA

Głównym celem obydwu metod jest doprowadzenie do obniżenia poziomu androgenów we krwi, co skutkuje spadkiem libido oraz zaburzeniem sprawności seksualnej. Zarówno jedna jak i druga ma swoich zwolenników i przeciwników.

Obowiązuje pogląd, że leczenie pedofilii jest skuteczne wtedy, gdy pedofil jest zmotywowany do leczenia i z własnej nieprzymuszonej woli deklaruje chęć jego podjęcia.

Część badaczy uważa, że wielu przestępców seksualnych składa prośbę o chirurgiczną kastrację, kierując się obietnicą skrócenia wyroku więzienia

i uniknięcia powięziennej instytucjonalizacji (Scott i Holmberg, 2003; Weinberger i wsp., 2005; Batchoo, 2007). Pedofile niezdecydowani do leczenia, po wykonanym zabiegu orchidectomii, poszukują sposobu na przywrócenie utraconej sprawności seksualnej. Odnotowano przypadki pacjentów, którzy w tym celu z powodzeniem suplementowali androgeny (Weinberger i wsp., 2005; La Fond, 2005; Seto, 2008; Hansen, 1991). Opisano przypadki popełnienia poważnych czynów przestępczych, w tym morderstw na tle seksualnym, pomimo przeprowadzenia orchidectomii (Raboch i wsp., 1987; Stone i wsp., 2000). Potrzebę właściwej klasyfikacji SVP do chirurgicznej kastracji, postulował La Fond (2005). Polegać miała na ocenie ryzyka popełnienia kolejnego przestępstwa seksualnego i oceny motywacji SVP do poddania się chirurgicznej kastracji. La Fond zaproponował klinicystom trzy metody oceny ryzyka popełnienia kolejnego przestępstwa seksualnego, jednak żadna z nich nie okazała się niezawodna. Dominuje pogląd, iż brak jest psychologicznych narzędzi diagnostycznych, które pozwoliłyby na ocenę, u których SVP chirurgiczna kastracja przyniesie największe korzyści (Edwards, 2009). Dane dotyczące skuteczności kastracji chirurgicznej wskazują na znaczny spadek recydywy wśród przestępców seksualnych, co sugerować może, że większość z nich decyduje się na zabieg świadomie, będąc zdecydowanymi do leczenia (Raboch i wsp., 1987; Edwards, 2009).

Kastracja farmakologiczna wymaga zdyscyplinowania ze strony pacjenta, który regularnie musi zgłaszać się celem przyjęcia kolejnej dawki leku. Brak konieczności współpracy ze strony pacjenta wysuwany jest jako zasadniczy argument na korzyść kastracji chirurgicznej jako definitywnej metody leczenia. Z uwagi na możliwość wspomnianej suplementacji androgenów racjonalnym byłoby utrzymywanie kontaktu terapeutycznego z pacjentami po orchidectomii. Na korzyść kastracji farmakologicznej przemawia fakt, że niekorzystny wpływ niedoboru androgenów na stan somatyczny pacjenta jest odwracalny, co nie jest możliwe w przypadku kastracji chirurgicznej (Rosler i Witztum, 1998). W tym celu stosowana jest lecznicza suplementacja hormonalna. Uważa się, że jest ona skuteczniejsza wśród pacjentów poddanych kastracji farmakologicznej niż chirurgicznej (Weinberger i wsp., 2005).

Kastracja chirurgiczna

Chirurgiczna kastracja polega na obustronnym usunięciu jąder, co prowadzi do znacznego obniżenia poziomu androgenów we krwi, a zwłaszcza testosteronu. Powoduje to zmniejszenie popędu płciowego,

a także niedyspozycję erekcyjną. Zabieg przeprowadzany jest ambulatoryjnie w znieczuleniu miejscowym (Weinberger i wsp., 2005; Seto, 2008).

Chirurgiczna kastracja jest zabiegiem nieodwracalnym, prowadzącym do trwałego uszkodzenia ciała. Następstwami są: zmiany w dystrybucji tkanki tłuszczowej, metabolizmie, zaburzenia czynności sekrecyjnej przysadki; zmniejszenie siły mięśniowej; „uderzenia gorąca”; osteopenia; nadmierna potliwość; zmniejszenie owłosienia; depresja; apatia; tendencje suicydalne; chwiejność emocjonalna (Schober i wsp., 2005; Stone i wsp., 2000; Rosler i Witzum, 1998; Murray, 2000; Dickey i wsp., 2002; Winsdale i wsp., 1998).

Ministerstwo Sprawiedliwości USA donosi, że przestępcy seksualni znacznie rzadziej niż inni przestępcy zwolnieni z więzienia, ponownie popełniają przestępstwo – 43 vs 68% (Bureau of Justice Statistics, 1994). Większość badaczy szacuje, że recydywa wśród SVP dotyczy 70-80% z nich (Miller, 2003). Po kastracji chirurgicznej zmniejsza się do 0-10% (Weinberger i wsp., 2005).

Leczenie farmakologiczne – metody hormonalne

Kastracja farmakologiczna polega na stałym i regularnym podawaniu antyandrogenów (androgen depleting drugs, ADDs) (La Fond, 2005; Seto, 2008), co prowadzi do obniżenia libido i zaburzenia sprawności erekcyjnej. Czas niezbędny do uzyskania efektu terapeutycznego wynosi od 3 do 10 miesięcy od rozpoczęcia leczenia (Rosler i Witzum, 1998).

Medroksyprogesteron (medroksyprogesterone acetate, MPA), progestagen, obniża poziom testosteronu poprzez dwa mechanizmy. Hamuje wydzielanie hormonu luteinizującego i folikulotropowego, co skutkuje zmniejszeniem syntezy androgenów w jądrach. Ponadto zwiększa aktywność enzymatyczną reduktazy wątrobowej katabolizującej testosteron. Nie wykazuje działania receptorowego (Albin i wsp., 1973). Zwykle stosuje się dawkę 300–500 mg/tydzień domięśniowo (Gijs i Gooren, 1996). Badania wskazują, że MPA powoduje zmniejszenie nasilenia fantazji seksualnych i popędu płciowego wśród przestępców seksualnych (Berlin i Meinecke, 1981; Gagne, 1981; Hucker i wsp., 1988; Kravitz i wsp., 1995). Jednak w randomizowanym badaniu, porównującym skuteczność MPA i techniki psychoterapii u przestępców seksualnych, brak było istotnej różnicy w odpowiedzi między zastosowanymi metodami leczenia (McConaghy i wsp., 1988). Z kolei w badaniu otwartym Fedoroffa i wsp. (1992), dodatkowe zastosowanie MPA wśród uczestników psychoterapii grupowej, skutko-

wało w ocenie 5-letniej znaczącym spadkiem częstości recydywy (15% vs. 68%). Zmniejszenie częstości recydywy wśród przestępców seksualnych otrzymujących MPA, zarówno w zakresie przestępstw seksualnych jak i ogólnej liczby przestępstw w obserwacji 5-letniej, potwierdza również Maletzky i wsp. (2006). Do działań niepożądanych MPA zalicza się: bóle brzucha, zespół Cushinga, depresję, cukrzycę, mlekotok, kamicyę pęcherzyka żółciowego, uszkodzenie wątroby, „uderzenia gorąca”, nadciśnienie tętnicze, chorobę zatorowo-zakrzepową (Schober i wsp., 2005; Rosler i Witzum, 1998; Dickey i wsp., 2002; Saleh i Berlin, 2003)..

Octan cyproteronu (cyproterone acetate, CPA), syntetyczna pochodna progesteronu, jest kompetycyjnym antagonistą jądrowych receptorów dla androgenów oraz w mechanizmie ujemnego sprzężenia zwrotnego hamuje przysadkowe wydzielanie gonadotropin, co skutkuje zmniejszeniem produkcji androgenów w jądrach. W praktyce klinicznej stosowana jest dawka 50-200 mg/d doustnie lub 300-600 mg raz na tydzień lub raz na dwa tygodnie w formie iniekcji domięśniowych depot (Gijs i Gooren, 1996). CPA zmniejsza nasilenie parafilijnych fantazji i zachowań seksualnych (Bradford i Pawlak, 1993; Cooper, 1995). Badacze podkreślają, że CPA wpływa na zmniejszenie częstości występowania recydywy do 0%-30% (Meyer i Cole, 1997). Objawy niepożądane CPA to: depresja, zmęczenie, ginekomastia, uszkodzenie komórki wątrobowej, anemia mikrocytarna, niedokrwienie mięśnia sercowego, duszność, choroba zatorowo-zakrzepowa (Schober i wsp., 2005; Rosler i Witzum, 1998; Murray, 2000; Dickey i wsp., 2002; Saleh i Berlin, 2003).

Analogi gonadoliberyny, podawane w formie długodziałającej, prowadzą do zahamowania wydzielania hormonów tropowych, czego konsekwencją jest zatrzymanie syntezy testosteronu i dihydrotestosteronu w jądrach. Najczęściej stosowane są leuprorelina, triptorelina, goserelina (Rosler i Witzum, 1998).

Leuprorelina podawana jest w formie iniekcji podskórnych lub domięśniowych w dawce 3,75 mg co 4 tygodnie lub 11,25 mg co 3 miesiące (Sajith i wsp., 2008).

Triptorelinę zwykle podaje się w formie iniekcji domięśniowych lub podskórnych w dawce 3,75 mg, co 4 tygodnie (Sajith i wsp., 2008). Hoogeveen i Veer (2008) opisują przypadek 35-letniego pacjenta z umiarkowanym upośledzeniem umysłowym i parafilją, u którego z powodzeniem zastosowano triptorelinę po wcześniejszym nieskutecznym leczeniu selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)

i neuroleptykami. Triptorelina w opisywanym przypadku została odstawiła po 37 miesiącach z powodu wystąpienia osteoporozy, co doprowadziło do nawrotu zachowań parafilnych.

Goserelina dostępna jest w postaci implantów podskórnych i umieszczana za pomocą ampułkostrzykawki zwykle pod skórą przedniej ściany brzucha. Podawana jest w dawkach 3,6 mg co 4 tygodnie lub 10,8 mg co 12 tygodni (Sajith i wsp., 2008). Wyniki badań, oparte na subiektywnej ocenie poprawy przez pacjentów, wskazują na skuteczność analogów gonadoliberyny w zmniejszaniu nasilenia fantazji i zachowań seksualnych w przebiegu różnych parafilii, w tym pedofilii. Okazują się być skuteczne u pacjentów, u których wcześniejsze leczenie CPA i SSRI nie przyniosło efektu terapeutycznego (Schober i wsp., 2005; Rosler i Witztum, 1998; Briken i wsp., 2001; Briken i wsp., 2003) i efekt ten utrzymuje się w czasie 6-miesięcznej do nawet 7-letniej obserwacji, jeżeli utrzymywane jest regularne leczenie (Briken i wsp., 2003). Działaniami niepożądanymi analogów gonadoliberyny są: anafilaksja, anorexia, arytmia, astenia, nadciśnienie, leukopenia, niedokrwienie mięśnia sercowego, osteopenia, obrzęki obwodowe, choroba zatorowo-zakrzepowa, zakażenia dróg moczowych (Schober i wsp., 2005; Rosler i Witztum, 1998; Murray, 2000; Dickey i wsp., 2002; Saleh i Berlin, 2003).

W czasie terapii analogami gonadoliberyny przez pierwsze 2-3 tygodnie obserwuje się podwyższenie osoczowego stężenia testosteronu, co skutkuje wzmożeniem libido. Zaleca się podawanie w tym czasie flutamidu, czystego antagonisty receptorów androgenowych lub podawanie CPA na tydzień przed rozpoczęciem terapii i kontynuowanie przez pierwsze 2-4 tygodnie leczenia analogiem gonadoliberyny (Reilly i wsp., 2000; Thompson, 2001).

Przeciwwskazaniami do stosowania ADDs są: wiek poniżej 18. roku życia, niezakończony rozwój jąder, niepełna dojrzałość tkanki kostnej, zaburzenia czynności przysadki, nadwrażliwość na substancje czynną leku. Powinno się unikać podawania ADDs, a w szczególności MPA i CPA, u pacjentów z nowotworami złośliwymi (z wyjątkiem raka gruczołu krokowego), wyniszczeniem, chorobami wątroby, zakrzepicą i zatorowością, cukrzycą i angiopatią cukrzycową, anemią sierpowatokrwinkową, depresją. Zaleca się, aby przed wdrożeniem terapii ADDs wykonać następujące badania kontrolne: osoczowy poziom testosteronu, hormonu lutropowego i folikulotropowego, badanie morfologiczne z pełnym rozmazem krwinkowym, glikemię na czczo, ocenę czynności nerek i wątroby, badanie elektrokardiograficzne, densytometrię (Sajith i wsp., 2008).

Leczenie farmakologiczne – metody niehormonalne

Oprócz preparatów hormonalnych w leczeniu parafilii stosowane są również: SSRI, topiramate, neuroleptyki, naltrekson.

Część badaczy wskazuje, że SSRI mogą być pomocne w leczeniu pedofilii. Uzasadnia się to faktem, że w pedofilii, podobnie jak w OCD (Obsessive – Compulsive Disorder), treści seksualne przyjmują postać myśli natrętnych i wiążą się z odczuwaniem wewnętrznego dyskomfortu (Cohen i Galynker, 2002). Działania niepożądane leków z grupy SSRI w postaci obniżenia libido, zaburzeń erekcji, ejakulacji i orgazmu, mogą dodatkowo wpływać na powodzenie leczenia pedofilii (Schober i wsp., 2005; Stone i wsp., 2000; Cohen i Galynker, 2002; Lane, 1997; Chow i Choy, 2002). Przypuszcza się, że dzięki uzyskanej w czasie terapii SSRI poprawie w zakresie obniżonego nastroju i lęku, pacjent będzie zdolny rozwijać niezaburzone zachowania seksualne (Greenberg i wsp., 1996; Kafka, 1997).

Otwarte badania nad zastosowaniem SSRI w grupach chorych, przejawiających różne zaburzenia zachowań seksualnych, od publicznej masturbacji do przestępstw seksualnych, wskazują na poprawę w zakresie nasilenia zaburzonych fantazji i zachowań seksualnych u ponad 2/3 kwalifikowanych do badań pacjentów (Greenberg i wsp., 1996; Kafka, 1997). Stein i wsp. (1992) podają, że w ocenie retrospektywnej, SSRI największą korzyść terapeutyczną przynoszą w zakresie obsesji seksualnych, a najmniejszą – w zakresie zaburzonych zachowań seksualnych. Adi i wsp. (2002) natomiast, dokonując przeglądu badań klinicznych, wskazują, że większość z nich potwierdza skuteczność Saris, zarówno w zakresie częstości masturbacji jak i fantazji seksualnych.

Topiramate okazał się być użyteczny w leczeniu zaburzeń kontroli impulsów, takich jak patologiczny hazard, kleptomania, napady objadania się, uzależnienie od substancji psychoaktywnych (Fong i wsp., 2005; Shiah i wsp., 2006; Khazaal i Zullino, 2006). Prawdopodobnie wynika to z jego zdolności do hamowania sekrecji dopaminy ze śródmózgowia i bezpośredniego modulowania aktywności kwasu gamma-aminomasłowego w jądrze półleżącym (Fong i wsp., 2005). W opisach przypadków wskazywano na skuteczność topiramatu w leczeniu parafilijnych i nieparafilijnych kompulsji. Stosowano dawki dobowe 50-200 mg. Skuteczność terapii pojawiała się w okresie 2-6 tygodni od początku leczenia (Fong i wsp., 2005; Shiah i wsp., 2006; Khazaal i Zullino, 2006).

W leczeniu przestępców seksualnych pomocny okazał się być również naltrekson. Podawany przez co najmniej 4 miesiące w dawce dobowej 160

mg przyniósł redukcję nasilenia fantazji seksualnych i zmniejszenie częstości masturbacji u 15 spośród 21 zakwalifikowanych do badania pacjentów. Zwiększanie dawki opioidu powyżej 200 mg na dobę nie wiązało się z odnośnieniem dalszej korzyści terapeutycznej. Zmniejszenie dawki dobowej do 50 mg, skutkowało natomiast nawrotem nieprawidłowych zachowań seksualnych. Wobec powyższego, autor jako skuteczną dobową dawkę naltreksonu wskazuje 100-200 mg. Pięciu z 6 pacjentów, u których opioid był nieskuteczny, odpowiedziało pozytywnie na leczenie leuprolidem (Ryback, 2004).

Porównywano wpływ benperidolu (pochodna butyrofenonu), chlorpromazyny, placebo na libido 12 pedofilijnych przestępców seksualnych. Nie było istotnej różnicy między trzema substancjami, jedynie dla benperidolu przestępcy potwierdzili spadek częstości fantazji seksualnych. Badacze podsumowują, że działanie benperidolu jest niewystarczające do kontrolowania poważnych zachowań antysocjalnych (Tennet i wsp., 1974). Zalecana dawka benperidolu wynosi 0,25-1,5 mg w dawkach podzielonych (Clarke, 1989; Murray i wsp., 1975).

Sherak opisuje przypadek 20-letniego przestępcy seksualnego z umiarkowanym upośledzeniem umysłowym, u którego z powodzeniem w zakresie kontrolowania zachowań seksualnych, zastosowano risperidon (Sherak, 2000).

Psychoterapia

Łączenie psychoterapii i leczenia biologicznego uznawane jest za najskuteczniejszą metodę przeciwdziałania nawracaniu pedofilijnych zachowań seksualnych (Schober i wsp., 2005). Ich uzupełnianie się tłumaczone jest faktem, że zmniejszenie libido, uzyskane na drodze farmakologicznej lub chirurgicznej, sprawia, że pacjenci wykazują lepszą odpowiedź na psychoterapię (Murray, 2000). Najbardziej efektywna wydaje się być psychoterapia poznawczo-behawioralna, w której pacjent ma zostać nakierowany na zmianę preferencji seksualnych, osiągnięcie zaspokojenia seksualnego drogą masturbacji, wykształcenie empatii w odniesieniu do ofiary i lepszego funkcjonowania społecznego, wykształcenie metod radzenia sobie ze stresem i złością, zapobieganie nawrotom (La Fond, 2005; Cohen i Galynker, 2002; Cohen i wsp., 2002; Maletzky i Steinhauer, 2002; Pithers, 1994).

PODSUMOWANIE

Dane na temat leczenia pedofilii czerpiemy głównie z badań, do których zakwalifikowani są przestępcy seksualni. Są to grupy zróżnicowane pod względem

struktury parafilii, obejmujące mniej lub bardziej liczne grupy pedofilów. Dodatkowo wyniki oparte są na subiektywnej ocenie pacjentów nasilenia własnych fantazji seksualnych i popędu seksualnego, co może podważać ich wiarygodność. Podsumowując, najskuteczniejsze w zapobieganiu nawrotom pedofilijnych zachowań seksualnych, wydaje się być stosowanie u pacjenta zarówno leczenia biologicznego (farmakologicznego lub chirurgicznego) jak i psychoterapii.

PIŚMIENNICTWO

1. Adi Y, Ashcroft D, Browne K, Beech A, Fry-Smith A, Hyde C. Clinical effectiveness and cost consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. *Health Technology Assessment* 2002; 6: 1-66.
2. Albin J, Vittek J, Gordon GG, Altman K, Olivo J, Southren AL. On the mechanism of the antiandrogenic effect of medroxyprogesterone acetate. *Endocrinology* 1973; 93: 417-22.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Revised 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
4. Batchoo L. Voluntary surgical castration of sex offenders: Waiving the eighth amendment protection from cruel and unusual punishment. *Brooklyn Law Review* 2007; 72(2): 689-720.
5. Berlin FS, Meinecke CF. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization., review of treatment modalities., and preliminary findings. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 601-7.
6. Bradford JM, Pawlak A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Arch. Sex. Behav* 1993; 22: 383-402.
7. Briken P, Hill A, Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 890-7.
8. Briken P, Nika E, Berner W. Treatment of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonists. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 45-55.
9. Bureau of Justice Statistics. (1994). *Criminal Offenders Statistics*. <http://www.ojp.gov/bjs/crimoff.htm#recidivism>.
10. Chow EW, Choy AL. Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile. *Arch Sex Behav* 2002; 31: 211-215.
11. Clarke DJ. Antilibidinal drugs and mental retardation: a review. *Medicine, Science, and the Law*. 1989; 29: 136-46.
12. Cohen LJ, Galynker II. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J Psychiatr Pract* 2002; 8: 276-289.
13. Cohen LJ, McGeoch PG, Watras-Gans S. Personality impairment in male pedophiles. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 912-919.
14. Cooper AJ. Review of the role of two antilibidinal drugs in the treatment of sex offenders with mental retardation. *Mental Retardation* 1995; 33: 42-8.
15. Dickey R, Nussbaum D, Chevolleau K, Davidson H. Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists. *J Sex Marital Ther* 2002; 28: 211-218.
16. Dickey R, Nussbaum D, Chevolleau K, Davidson H. Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists. *J Sex Marital Ther* 2002; 28: 211-218.
17. Edwards RG. *Profiling the Sexually Violent Predator: An Examination of the Current Literature Regarding Candidacy for*

- Surgical Castration. *Mind Matters: The Wesleyan Journal of Psychology* 2009; 4: 17-26.
18. Fedoroff JP, Wisner-Carlson R, Dean S, Berlin FS. Medroxyprogesterone acetate in the treatment of paraphilic sexual disorders. *J Offender Rehab* 1992; 18: 109-23.
 19. Fong TW, De La Garza R, Newton TF. A case report of topiramate in the treatment of nonparaphilic sexual addiction. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25: 512-514.
 20. Gagne P. Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate. *Am J Psychiatry* 1981; 138: 644-6.
 21. Gibbens TC, Robertson G. A survey of the criminal careers of restriction order patients. *Br J Psychiatry* 1983; 143: 370-5.
 22. Gijs L, Gooren LJG. Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilia: an update. *J Sex Res* 1996; 33: 273-90.
 23. Greenberg DM, Bradford JMW, Curry S, O'Rourke A. A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1996; 24: 525-32.
 24. Hall R, Hall R. A Profile of Pedophilia: Definition, Characteristics of Offenders, Recidivism, Treatment Outcomes, and Forensic Issues. *Mayo Clin Proc* 2007; 82(4): 457-471.
 25. Hansen, H. Treatment of dangerous sex offenders. Helsinki, Finland: Government Printing Center.; 1991.
 26. Harrison K, Rainey B. Suppressing human rights? A rights-based approach to the use of pharmacotherapy with sex offenders. *Leg Stud* 2009; 29(1): 47-74.
 27. Hawk G, Rosenfield B, Warren J. Prevalence of sexual offences among mentally retarded criminal defendants. *Hos Comm Psychiatry* 1993; 44: 784-6.
 28. Hoogeveen J, Veer E. Side effects of pharmacotherapy on bone with longacting gonadorelin agonist triptorelin for paraphilia. *J Sex Med* 2008; 5: 626-630.
http://praca.gazetaprawna.pl/artykuly/426177,nie_ma_pieniedzy_na_kastracje_pedofilow_bo_nfz_o_nich_zapomnial.html Dostęp 17.10.2010r. Ostatnia aktualizacja 04.06.2010r
http://prawo.gazetaprawna.pl/artykuly/374413,prezydent_podpisal_ustawe_o_chemicznej_kastracji_pedofilow.html Dostęp 17.10.2010r. Ostatnia aktualizacja 27.11.2009r.
http://www.pardon.pl/artykul/7725/kastracja_pedofilow_i_gwalcieli_zostanie_zakazana_w_europie Dostęp 17.10.2010r. Artykuł z 05.02.2010.
 29. Hucker S, Langevin R, Bain J. A double blind trial of sex drive reducing medication in pedophiles. *Sexual Abuse* 1988; 1: 227-42.
 30. Kafka MP. A monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders. *Arch Sex Behav* 1997; 26: 343-58.
 31. Khazaal Y, Zullino DF. Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report. *BMC Psychiatry* 2006; 6:22.
 32. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Wydawnictwo: VESALIUS. Kraków. 2000;
 33. Kravitz HM, Haywood TW, Kelly J, Wahlstrom C, Liles S, Cavanaugh JL Jr. Medroxyprogesterone treatment for paraphiliacs. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1995; 23: 19-33.
 34. La Fond JQ. Preventing sexual violence: How society should cope with sex offenders. Washington, DC: American Psychological Association; 2005.
 35. Lane RM. Critical review of selective serotonin reuptake inhibitor-related sexual dysfunction, incidence, possible aetiology and implications for management. *J Psychopharmacol* 1997; 11: 72-82.
 36. Maletzky BM, Steinhauser C. A 25-year follow-up of cognitive/behavioral therapy with 7,275 sexual offenders. *Behav Modif* 2002; 26: 123-147.
 37. Maletzky BM, Tolan A, McFarland B. The Oregon depo-Provera program: a five-year follow-up. *Sexual Abuse* 2006; 18: 303-16.
 38. McConaghy N, Blaszczyński A, Kidson W. Treatment of sex offenders with imaginal desensitisation and/ or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 199-206.
 39. Meyer WJ, Cole CM. Physical and chemical castration of sex offenders: a Review *J Offender Rehab* 1997; 25: 1-18.
 40. Miller RD. Chemical castration of sex offenders: Treatment or punishment? In B. J. Winick & J. Q.; 2003.
 41. Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J Psychol* 2000; 134: 211-224.
 42. Murray JB. Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J Psychol* 2000; 134: 211-224.
 43. Murray MA, Bancroft JH, Anderson DC, Tennent TJ, Carr PJ. Endocrine changes in male sexual deviants after treatment with anti-androgens, oestrogens or tranquillizers. *J Endocrinology* 1975; 67: 179-88.
 44. Pithers WD. Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. *Behav Res Ther* 1994; 32: 565-570.
 45. Raboch J, Cerna H, Zemek P. Sexual aggressivity and androgens. *Br J Psychiatry* 1987; 151: 398-400.
 46. Rainey B, Harrison K. Pharmacotherapy and Human Rights in Sexual Offenders: best of friends or unlikely bedfellows? *Sexual Offender Treatment*. 2008; 3(2).
 47. Raymond NC, Coleman E, Ohlerking F, Christenson GA, Miner M. Psychiatric Comorbidity in Pedophilic Sex Offenders. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 786-788.
 48. Reilly DR, Delva NJ, Hudson RW. Protocols for the use of cyproterone, medroxyprogesterone, and leuprolide in the treatment of paraphilia. *Canad J Psychiatry* 2000; 45: 559-63.
 49. Roeder FD, Orthner H, Muller D. The stereotaxic treatment of paedophilic homosexuality and other sexual deviations. In Hitchcock L, Laitinen L, Vaernet K (eds) *Psychosurgery*. Springfield, IL: Thomas C. pp. 87-111; 1972.
 50. Roeder FD. Stereotaxic lesion of the tuber cinereum in sexual deviation. *Conf Neurologica* 1966; 27: 162-163.
 51. Rosler A, Witztum E. Treatment of men with paraphilia with a longacting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *N Engl J Med* 1998; 338: 416-422.
 52. Ryback RS. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7): 982-6.
 53. Sajith SG, Morgan C, Clarke D. Pharmacological management of inappropriate sexual behaviours: a review of its evidence, rationale and scope in relation to men with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2008; 52(12): 1078-1090.
 54. Saleh FM, Berlin FS. Sex hormones, neurotransmitters, and psychopharmacological treatments in men with paraphilic disorders. *J Child Sex Abus* 2003; 12: 233-253.
 55. Schober JM, Kuhn PJ, Kovacs PG, Earle JH, Byrne PM, Fries RA. Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability. *Arch Sex Behav* 2005; 34: 691-705.
 56. Scott CL, Holmberg T. Castration of sex offenders: Prisoners' rights versus public safety. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003; 31(4): 502-509.
 57. Seto MC. Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.
 58. Sherak DL. Pharmacological treatment of sexually offending behavior in people with mental retardation/developmental disabilities. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities* 2000; 3: 62-74.
 59. Shiah IS, Chao CY, Mao WC, Chuang YJ. Treatment of paraphilic sexual disorder: the use of topiramate in fetishism. *Int Clin Psychopharmacol* 2006; 21: 241-243.
 60. Stein DJ, Hollander E, Anthony DT, Schneier FR, Fallon BA, Liebowitz MR. Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions and paraphilias. *J Clin Psychiatry* 1992; 53: 267-71.
 61. Stone TH, Winslade WJ, Klugman CM. Sex offenders, sentencing laws and pharmaceutical treatment: a prescription for failure. *Behav Sci Law* 2000; 18: 83-110.

62. Tennes G, Bancroft J, Cass J. The control of deviant sexual behavior by drugs: A double-blind controlled study of benperidol, chlorpromazine, and placebo. *Arch Sex Behav* 1974; 3(3): 261-271.
63. Thompson IM. Flare associated with LHRHagonist therapy. *Reviews in Urology* 2001; 3(3): 10-14.
64. Ustawa Kodeks karny, ustawa Kodeks postępowania karnego, ustawa Kodeks karny wykonawczy oraz ustawa o Policji. Dz. U. Nr 206, poz. 1589.
65. Weinberger LE, Sreenivasan S, Garrick T, Osran H. The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005; 33(1): 16-36.
66. Wincze JP, Bansal S, Malamud M. Effects of medroxyprogesterone acetate on subjective arousal, arousal to erotic stimulation and nocturnal penile tumescence in male sex offenders. *Arch Sex Behav* 1986; 15: 293-305.
67. Winsdale W, Stone TH, Smith-Bell M, Webb DM. Castrating pedophiles convicted of sex offenses against children: New treatment or old punishment? *SMU Law Review* 1998; 51(2): 349-411.

Adres korespondencyjny:

Dominika Berent

Klinika Psychiatrii Dorosłych

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

ul. Aleksandrowska 159

91-229 Łódź

tel. 42 652 94 01 wew. 343, 430, fax 42 640 50 58

adres e-mail: dominikaberent@poczta.fm
