

Problemy kliniczne w terapii zaburzeń preferencji seksualnych – część druga

Clinical issues in the therapy of the sexual preferences disorders – part two

Piotr Gałęcki*, Monika Talarowska*, Antoni Florkowski*, Joanna Mossakowska*,
Andrzej Depko**

*Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

**Poradnia Seksuologiczna Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska

Streszczenie

Dewiacja seksualna (parafilia) jest to stan erotoseksualnej, powtarzającej się reaktywności lub obsesyjnej zależności od niezwyklego, nieakceptowanego bodźca zmysłowego lub istniejącego w fantazji, niezbędnego do uzyskania lub podtrzymania podniecenia seksualnego i/lub orgazmu. Zgodnie z kryteriami zawartymi w ICD-10, aby postawić pewne rozpoznanie zaburzeń preferencji seksualnych muszą być spełnione następujące warunki: 1. Osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykle przedmiotów lub działań, 2. Osoba zarówno realizuje ten popęd, jak i odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie, 3. Opisana preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy. Celem części pierwszej pracy jest charakterystyka wybranych parafilii (pedofilia, fetysyzm, ekshibicjonizm, oglądactwo, tranzwestytyzm fetyszystyczny, sadyzm) oraz przybliżenie zagadnień związanych z obecnie dostępnym leczeniem biologicznym (farmakoterapią i leczeniem chirurgicznym). W części drugiej, autorzy przedstawili podstawowe zagadnienia związane z psychoterapią (indywidualną oraz grupową) zaburzeń preferencji seksualnych.

Summary

Sexual deviation (paraphilia) is a psychosexual disorder, erotosexual state in which sexual gratification is obtained through highly unusual practices that are harmful or humiliating to others or socially repugnant. According to the ICD-10 diagnostic criteria paraphilia is a mental disorder characterized by recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors generally involving nonhuman objects, suffering or humiliation of oneself or one's partner or children or other non-consenting persons, that occur over a period of at least 6 months, causing significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning. The aim of the study is to describe several paraphilias (pedophilia, fetishism, exhibitionism, voyeurism, transvestitism, sadism) and to present the main issues which are connected with biological therapy (pharmacotherapy and surgical treatment) – the first part of the article. In the second part - psychotherapy (individual and group psychotherapy) of the sexual preferences disorders was described.

Słowa kluczowe: parafilia, farmakoterapia, psychoterapia
Key words: pharaphilia, pharmacotherapy, psychotherapy

Leczenie biologiczne: farmakoterapia

Leczenie biologiczne zaburzeń preferencji seksualnej opiera się przede wszystkim na stosowaniu preparatów, które obniżają poziom testosteronu w surowicy. Testosteron zarówno u kobiet jak i u mężczyzn w sposób kluczowy wpływa na popęd seksualny i przez to moduluje zachowania seksualne człowieka. Obecnie stosowane są na świecie trzy grupy leków w biologicznej terapii parafilii: antyandrogeny, leki hormonalne oraz inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, *Sertonin Selective Reuptake Inhibitors*). Ich skuteczność zależy w dużej mierze od regularności przyjmowania. Przerwanie terapii farmakologicznej oznacza również przerwanie działania leków. Wymienione preparaty nie zmieniają jednak obiektu zainteresowań seksualnych pacjenta. W przypadku współwystępowania

towarzyszących zaburzeń psychicznych (np. depresji), stosuje się właściwe leczenie [1,2,3,4].

Antyandrogeny

Androgeny są grupą męskich hormonów płciowych, z których testosteron odgrywa najistotniejszą rolę biologiczną. Leczenie antyandrogenowe opiera się na stosowaniu preparatów blokujących produkcję i/lub aktywność biologiczną męskich hormonów płciowych. Obecnie stosowane są dwa preparaty: *cypoterone acetate* (CPA; Androcur) oraz *medroxyprogesterone acetate* (MPA; Depo-Provera) [1,5,6]. Oba preparaty są syntetycznymi progesteronami obniżającymi stężenie testosteronu w surowicy. Aktywność biologiczna tych preparatów skutkuje klinicznie obniżeniem libido, osłabieniem erekcji, ejakulacji oraz

spermatogenezy. Copper i wsp. [7] wykazali, że zarówno CPA jak i MPA zmniejszają ilość myśli i fantazji seksualnych, częstość masturbacji oraz samoistnych erekcji. Z kolei Grossman i wsp. [8] w swojej meta-analizie ujawnili, że osoby popełniające przestępstwo na tle seksualnym, rzadziej dokonują go ponownie, gdy są leczone antyandrogenami, w porównaniu do badanych tych, którzy takiej terapii nie stosują. W trakcie terapii antyandrogenami możemy spodziewać się objawów niepożądanych takich jak: wzrost aktywności enzymów wątrobowych, hiperinsulinomia, cukrzyca, wzrost masy ciała, hiperkaliemia, wzrost ryzyka zakrzepicy, nadciśnienie tętnicze, ginekomastia i inne objawy feminizacji.

Leki hormonalne

Preparaty z tej grupy są agonistami podwzgórzowego hormonu gonadotropowego (GnRH, *gonadotropin releasig hornome*). Ich stosowanie skutkuje zahamowaniem wydzielania przez przysadkę mózgową hormonu luteinizującego i w konsekwencji zmniejszoną produkcją testosteronu przez jądra. Obecnie stosowane są dwa preparaty z tej grupy: *octan leuproreliny* (Eligard) oraz *octan triptoreliny* (Trelstar). Preparaty z tej grupy uznaje się za leki powodujące tzw. „chemiczną kastrację”. Ich stosowanie u pacjentów z parafilią powoduje obniżenie popędu płciowego, zmniejszenie częstości fantazji seksualnych, pragnień oraz zachowań seksualnych. Stosowanie agonistów GnRH wywołują może osteopenie, wzrost masy ciała, hiperglikemię, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, bezsenność. Badania pilotażowe porównujące stosowanie antyandrogenów i agonistów GnRH wskazują, że leki z drugiej grupy są skuteczniejsze i bezpieczniejsze w terapii zaburzeń preferencji seksualnych [4,7]

Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI)

Preparaty te są bezpiecznymi, skutecznymi i szeroko stosowanymi środkami w leczeniu zaburzeń depresyjnych i lękowych. Wykazują także działanie w terapii parafilii, chociaż farmakologiczny mechanizm ich działania w tej grupie chorych jest mało poznany. Uważa się, że ich działanie może być wynikiem redukcji lęku, napięcia oraz natrętnych myśli związanych z oczekiwaniem spełnienia fantazji seksualnych [4,9]. Skuteczność preparatów z grupy SSRI (stosowana jest: fluoksetyna, sertralina, fluwoksamina, paroksetyna oraz klomipramina) tłumaczy się również podobieństwem parafilii do spektrum zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych (OCD, *obsessive-compulsive disorders*) [10]. W trakcie terapii wymienionymi lekami obserwuje się zwiększoną zdolność do kon-

troli niechcianych impulsów, a także zmniejszenie liczby natrętnych ruminacji i fantazji dotyczących aktu seksualnego. Coskun i wsp. [11] donoszą o skuteczności stosowania mirtazapiny (15 mg/dzień przez okres 10 tygodni) w leczeniu objawów fetysyzmu u 13-letniego chłopca z rozpoznaniem autyzmu, a Fedoroff [12] wspomina o efektywnym stosowaniu buspironu (*buspirone hydrochloride*) w leczeniu transwestytyzmu fetyszystycznego.

Leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne może opierać się na stosowaniu zabiegów neurochirurgicznych lub kastracji. Polega na stereotaktycznym usunięciu części podwzgórza, w celu zahamowania produkcji męskich hormonów płciowych oraz zmniejszenia pobudzenia seksualnego i zachowań impulsywnych. Zabiegi obarczone są znaczną liczbą poważnych objawów ubocznych przy niskiej skuteczności w niwelowaniu zachowań parafialnych, dlatego dyskusje ich dotyczące mają raczej kontekst historyczny [13]. Chirurgiczna kastracja jest zabiegiem nieodwracalnym, na temat którego toczą się liczne dyskusje lekarzy, prawników i etyków [13]. Dopuszczalna jest ona jednak w niektórych stanach w USA u recydywistów popełniających przestępstwa na tle seksualnym. Stürup [14] dokonał analizy ponownych przestępstw osób poddanych chirurgicznej kastracji w wieloletniej obserwacji. Zaobserwował ponowne zachowania przestępcze związane z parafilią tylko u około 4% obserwowanych, gdzie analogiczny wskaźnik u osób nie poddanych zabiegowi chirurgicznemu wynosił ok. 43%.

Psychoterapia

Każda forma psychoterapii wymaga motywacji, zaangażowania, bliskiej współpracy z terapeutą [15]. W przypadku dewiacji jej celem powinno być nabycie umiejętności kontrolowania swoich zachowań seksualnych w taki sposób, aby uzyskać zaspokojenie seksualne w granicach przewidzianych przez powszechne normy [16]. W psychoterapii zaburzeń seksualnych wyróżnia się trzy podstawowe kierunki, odmiennie wyjaśniające ich etiologię oraz tłumaczące sposoby leczenia:

1. **Koncepcje intrapsychiczne** – reprezentowane przez przedstawicieli psychoanalizy oraz neopsychoanalizy, którzy źródeł zaburzeń poszukują między innymi w osobistych wczesnodziecięcych doświadczeniach. W trakcie indywidualnego rozwoju kształtuje się stosunek do świata obejmujący między innymi sferę seksualną [17,18,19]. Zdaniem Langevin i wsp. [20] oraz Blanchard [21] w etiologii parafilii istotną rolę może odgrywać kolejność urodzenia dziecka w rodzinie, starszy wiek matki (powyżej 30r.ż.) oraz liczba rodzeństwa (osoby ze

skłonnościami pedofilnymi istotnie częściej przychodzą na świat jako ostatnie dziecko w rodzinie wielodzietnej, a sprawcy przestępstw na tle seksualnym rzadziej bywają jedynakami, w porównaniu do osób z grupy kontrolnej). Zdaniem Marshall [22], źródeł męskiego ekshibicjonizmu należy poszukiwać w nieświadomym przeżywaniu poczucia winy.

2. **Koncepcje behawioralno-poznawcze** – parafilie są wynikiem procesów uczenia się i działania bodźców pochodzących z otoczenia. Zniekształcenia poznawcze, stereotypy i przekonania dotyczące sfery życia seksualnego, to główne aspekty determinujące wzorzec zachowań sprawców, wokół których koncentruje się praca terapeutyczna [19]. Nie bez znaczenia jest również charakter pierwszych kontaktów seksualnych.

3. **Koncepcje interakcyjne** – kładą nacisk na relacje międzyludzkie [15]. Badania pokazują, że od 28 do 93% osób o skłonnościach pedofilnych było molestowanych seksualnie w dzieciństwie [23,24]. Znaczenie ma również doświadczanie przemocy emocjonalnej w dzieciństwie oraz obecność w tym okresie zaburzeń zachowania. Repique [25] wspomina z kolei o nadmiernie konwencjonalnych rodzicach, hamujących ekspresję potrzeb seksualnych dziecka.

Psychoterapia indywidualna

W ramach **psychoterapii indywidualnej** dewiacji seksualnych najczęściej stosuje się następujące metody psychoterapeutyczne:

a) **Metody psychoterapii dynamicznej (psychoanalitycznej)** – wyjaśnianie przyczyn i mechanizmów zaburzenia poprzez analizę wypartych pragnień seksualnych, irracjonalnych obaw i rozwiązanie wewnętrznych konfliktów. Terapeuta stara się dotrzeć do nieświadomych przyczyn objawów poprzez stosowanie szeregu technik: swobodnych skojarzeń, czynności pomysłowych, analizę oporu, interpretację snów, przeniesienia i przeciwprzeniesienia. Przedmiotem psychoanalizy jest: przerzucanie na partnera dziecięcych związków z rodzicem, sposób odnoszenia się do seksualności w rodzinie pochodzenia, pierwsze doświadczenia seksualne, zawody miłosne, seksualne traumy [26]. Celem terapii jest uzyskanie przez pacjenta wglądu w procesy leżące w nieświadomości i wpływające na nasze zachowanie. Uświadomienie wypartych potrzeb seksualnych i rozwiązanie wewnętrznych konfliktów pozwoli na prawidłową ekspresję seksualności [15].

b) **Samokontrola** – zachęca się pacjenta do zachowań alternatywnych, osłabiających tendencje dewiacyjne. Terapeuta dąży do poznania i określenia czynników wyzwalających działania niepożądane, co ma pozwolić pacjentowi na przerwanie cyklu reakcji niepożądanych, poprzez

zachowania alternatywne, odwracające jego uwagę. Samokontrola może obejmować również unikanie sytuacji, miejsc lub ludzi wyzwalających niepożądane zachowania dewiacyjne [15]. Oddziaływania terapeutyczne mają na celu wykształcenie społecznie akceptowanych sposobów radzenia sobie w sytuacji narastania pobudzenia seksualnego, któremu towarzyszą określone stany afektywne [19].

c) **Leczenie awersyjne (odwykowe)** – „oduczenie” niepożądanych zachowań poprzez łączenie ich z nieprzyjemnym bodźcem (np. drażnienie prądem elektrycznym, czy lek wywołujący chwilowy paraliż). Celem terapii jest zmniejszenie atrakcyjności bodźca wyzwalającego niepożądane zachowanie. Metoda ta stosowana jest wówczas, gdy inne techniki, mające na celu wyeliminowanie niepożądanych zachowań zawodzą. W przypadku parafilii, kara stosowana jest zaraz po pojawieniu się dewiacyjnego wyobrażenia. Zmiany w funkcjonowaniu pacjenta można zaobserwować po 10-15 sesjach. Przyjmuje się, że opisywana metoda jest skuteczna, eliminuje bowiem niewłaściwe zachowania, jednak na krótki czas. Nie prowadzi do trwałych zmian. Zalecane jest, aby w tym samym czasie pacjent był uczony zachowań poświadanych, na drodze technik warunkowania sprawczego [27,28].

d) **Techniki warunkowania sprawczego** – polegają na wzmacnianiu (nagradzaniu) zachowań poświadanych, przy jednoczesnym ignorowaniu (braku wzmocnienia) zachowań niepoświadanych. Jeżeli po danej reakcji pacjenta nastąpi wzmocnienie, jest prawdopodobne, że reakcja ta wystąpi ponownie. Istotne jest, aby nagroda stosowana była bezpośrednio po poświadanej reakcji, bez odroczenia jej w czasie [29].

e) **Trening umiejętności społecznych** - nabywanie umiejętności prawidłowego wnioskowania, rozpoznawania problemów oraz ich konstruktywnego rozwiązywania, a także modyfikowania konkretnych zachowań poprzez modelowanie (naśladowanie drugiej osoby), odgrywanie ról oraz trening umożliwiający wyćwiczenie praktycznych umiejętności (np. podczas trwania interakcji w kontakcie: pacjent–pacjent, pacjent–terapeuta) [16].

f) **Metody racjonalno-wyjaśniające i racjonalno-emotywne** – opierają się na odwoływaniu się do wiedzy pacjenta oraz jego logicznego i krytycznego myślenia. Jest to metoda wyjaśniania, pouczania, perswazji, reorientacji wykorzystująca interpretację, objaśnianie, tłumaczenie, udzielanie informacji, korygowanie niewłaściwych postaw, uspokajanie i dostarczanie wsparcia [9]. Wyjaśnia się pacjentowi mechanizmy rządzące seksualnością człowieka, mechanizmy powstawania zaburzeń, aby zmienić fałszywe przekonania dotyczące tej sfery życia i obniżyć lęk [15].

Psychoterapia grupowa

W przypadku dewiacji seksualnych zaleca się stosowanie metod terapii grupowej, wykorzystującej procesy dynamiczne zachodzące pomiędzy samymi pacjentami [16]. Może być ona zbliżona do zasad terapii prowadzonej wśród osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Skoncentrowana jest jednak na nieprawidłowo-

ściach w pełnieniu ról seksualnych [30]. Jej celem w leczeniu dewiacji seksualnych jest: uzyskanie poczucia bezpieczeństwa w następstwie relacji z innymi osobami o podobnych problemach, re-edukacja seksualna, zmiana postaw, eliminacja irracjonalnych poglądów, poprawa komunikacji i socjalizacja [15,31].

Tab. 1. Właściwości grup terapeutycznych [31]

1.	Grupa jest zdolna wytworzyć u pacjenta poczucie przynależności do zespołu, którego członkowie mają podobny cel – wyleczenie się.
2.	Dostarcza poczucia wsparcia i zrozumienia.
3.	Grupa wytwarza normy, kontrolujące zachowania pacjentów i zmuszające ich do dostosowania się do wymagań.
4.	Grupa pokazuje pacjentowi, jak jest spostrzegany przez innych ludzi.
5.	Grupa pokazuje w jaki sposób pacjent nawiązuje interakcje społeczne i jakie role pełni w małych systemach społecznych.
6.	Grupa jest źródłem korektywnych doświadczeń emocjonalnych.
7.	Grupa modeluje pożądane dla pacjenta zachowania.

Przestępstwa o charakterze seksualnym

Oddziaływania terapeutyczne w przypadku przestępstw o charakterze seksualnym wydają się szczególnie trudne. Z jednej strony mamy bowiem do czynienia z przestępcą, który powinien ponieść zasłużoną karę, a z drugiej z pacjentem cierpiącym na specyficzne zaburzenie. Wśród sprawców zabójstw na tle seksualnym dominują osoby o skłonnościach sadystycznych (od 70 do 82%), wojerystycznych, fetyszyści oraz transwestyci [32]. Osoby z wymienionych grup istotnie częściej dopuszczają się wielokrotnych zabójstw, pierwsze przestępstwa popełniając w młodszym wieku [33]. Wyniki badań dotyczących czynników ryzyka recydywy wśród przestępców seksualnych wskazują, że kara pozbawienia wolności sama w sobie nie zmniejsza znacząco prawdopodobieństwa powrotu do zachowań dewiacyjnych [16]. Koniecznością wydaje się poddanie przestępców seksualnych specjalistyczną terapią w trakcie izolacji oraz działaniami systemowymi obejmującymi wsparcie, nadzór i kontrolę po opuszczeniu zakładów karnych [19,34].

Celem leczenia pacjentów z perwersją jest:

1. Pomoc w przezwyciężaniu oporu wobec okre-

ślenia i leczenia dewiacyjnego podniecenia seksualnego, 2. Rozwijanie empatii wobec ofiar, 3. Identyfikacja deficytów społecznych, 4. Określenie nieadekwatnych nawyków radzenia sobie z błędami poznawczymi, 5. Stworzenie programu zapobiegania ponownemu dopuszczeniu się przestępstw seksualnych (prewencja): 5.1. Unikanie sytuacji prowokujących potencjalnie do perwersyjnego zachowania. Zdaniem Marcinka i Pedy [16] program terapeutyczno-resocjalizacyjny powinien wykorzystywać założenia podejścia poznawczo-behawioralnego, teorii społecznego uczenia się, psychoanalizy, teorii systemowej i modelu terapii zapobiegania nawrotom. W omawianym przypadku często wykorzystywana jest terapia grupowa, również w postaci psychoedukacji [35].

Motywacja do podjęcia terapii

Żadna z wymienionych metod terapii nie odniesie skutku w przypadku braku motywacji pacjenta do zmiany [23]. Fakt występowania klinicznych symptomów nie zawsze skłania do poszukiwania pomocy. Poniżej przedstawiono czynniki mające wpływ na rozpoczęcie i kontynuowanie leczenia.

Tab. 2. Czynniki motywujące do podjęcia terapii [36]

1.	Poczucie utraty nadziei i poczucie klęski.
2.	Spółeczna izolacja.
3.	Pragnienie dokonania zmiany we własnym sposobie funkcjonowania.
4.	Dostrzeganie możliwych korzyści z uczestnictwa w psychoterapii.

Tab. 3. Czynniki warunkujące odmowę podjęcia psychoterapii i rezygnację z niej [36]

1. Niski status społeczno-ekonomiczny.
2. Niechęć pacjentów do przyznania się, że potrzebują pomocy (brak krytycyzmu co do istnienia problemu).
3. Obawa przed napiętnowaniem.
4. Oczekiwania co do rezultatów psychoterapii niezgodne ze stanem faktycznym (np. czas trwania, ilość sesji, charakter rezultatów, konieczność pracy własnej).
5. Niska gotowość pacjenta do zmiany.
6. Motywacja zewnętrzna (np. nakaz sądowy, presja ze strony członków rodziny, partnera).
7. Brak akceptacji terapeuty.

Podsumowanie

Pacjenci z parafiliami są notorycznie trudni w leczeniu ponieważ: 1. Doszli do perfekcji w rozwiązywaniu swoich problemów na drodze seksualnej, 2. Większość perwersji jest ego- syntoniczna, 3. Postrzegają swoją perwersję jako, co najwyżej dziwactwo (np. fetyszyści), 4. Zgłaszają się na leczenie najczęściej pod presją: 4.1. Kryzysu w małżeństwie, 4.2. Decyzji sądu, 5. W przeciwprzeniesieniu terapeutów stosunkowo często przejawia się: lęk, odraza, pogarda, przerażenie, chęć karania lub umoralniania, nienawiść, zgoda na unikanie rozmowy z pacjentem o jego perwersji, 6. Perwersji towarzyszą objawy psychopatologiczne jak np.: osobowość borderline, narcystyczna i antysocjalna. W większości krajów terapią zaburzeń seksualnych zajmują się specjaliści uzyskujący certyfikaty akredytowanych ośrodków lub organizacji naukowych [2]. Należy pamiętać, że leczenie parafilii nie prowadzi do całkowitego wyleczenia pacjentów (podobnie jak terapia uzależnienia od alkoholu), jednak nie oznacza to, że można zaprzestać prób niesienia pomocy osobom z tej grupy [30].

Piśmiennictwo

1. Hill A., Briken P., Kraus C., Strohm K., Berner W. Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.*, 2003; 47: 407-421.
2. Lew-Starowicz Z. Seksuologia XXI wieku. *Rocznik Lubuski*, 2006; 32(2): 13-18.
3. Berner W., Briken P. Paraphilia, sexual preference disorders. Diagnosis, etiology, epidemiology, treatment and prevention. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2007; 50(1): 33-43.
4. Briken P., Welzel K., Habermann N., Hill A., Berner W. Antiandrogenic pharmacotherapy of sexual offenders and home leave steps in the Forensic Psychiatric Hospital Berlin. *Psychiatr. Prax.*, 2009; 36 (5): 232-237.
5. Bradford J., Pawlak A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate. *Arch. Sex. Behav.*, 1993; 22(5): 383-402.
6. Reilly D.R., Delva N.J., Hudson R.W. Protocols for the use of cyproterone, medroxyprogesterone and leuprolide in the treatment of paraphilia. *Can. J. Psychiatry*, 2000; 45 (6): 559-563.
7. Cooper A.J., Sandhu S., Losztyn S., Cernovsky Z. A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Can. J. Psychiatry*, 1992; 37(10): 687-693.
8. Grossman L.S., Martis B., Fichtner C.G. Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatr. Serv.*, 1999; 50(3): 349-361.
9. Kratochvil S. Leczenie zaburzeń seksualnych. Warszawa; Iskry: 2002.
10. Abouesh A., Clayton A. Compulsive voyeurism and exhibitionism: A clinical response to paroxetine. *Arch. Sex. Behav.*, 1999; 28(1): 23-30.
11. Coskun M., Motavall Mukaddes N. Mirtazapine treatment in a subject with autistic disorder and fetishism. *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.*, 2008; 18(2): 206-209.
12. Fedoroff J.P. Buspirone hydrochloride in the treatment of an atypical paraphilia. *Arch. Sex. Behav.*, 1992; 21(4): 401-406.
13. Levenson J.S., Prescott D.S., D'Amora D.A. Sex offender treatment: consumer satisfaction and engagement in therapy. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.*, 2010; 54(3): 307-326.
14. Stürup G.K. Treatment of the sex offender. Castration: the total treatment. *Int. Psychiatry Clin.*, 1971; 8(4): 175-96.
15. Jasiński M. Psychoterapia osób z zaburzeniami seksualnymi. W: Grzesiuk L. red., Psychoterapia. Warszawa; Eneteia: 2006. s. 491-505.
16. Marcinek P., Peda A. Terapia sprawców przestępstw seksualnych w warunkach izolacji więziennej. *Seksuol. Pol.*, 2009; 7(2): 59-64.
17. Salton W. Perseveration in the twenty-first century: from the holocaust to the karaoke bar. *Psychoanal. Rev.*, 2004; 91(1): 99-111.
18. Gabbard G.O., Bennett T.J. Dilemmas in the psychotherapy of sexually impulsive patients. *Am. J. Psychiatry.*, 2005; 162(5): 859-865.
19. Rutkowski R., Sroka W. Projekt systemu oddziaływań terapeutycznych wobec sprawców przestępstw na tle seksualnym w okresie odbywania kary pozbawienia wolności. *Seksuol. Pol.*, 2007; 5(1): 1-8.
20. Langevin R., Langevin M., Curnoe S. Family size, birth order, and parental age among male paraphilics and sex offenders. *Arch. Sex. Behav.*, 2007; 36: 599-609.
21. Blanchard R. Quantitative and theoretical analyses of the relation between older brothers and homosexuality in men. *J. Theor. Biol.*, 2004; 230: 173-187.
22. Marshall B. Unconscious guilt as an explanation for male genital exhibitionism. *Smith College School for Social Work*; 2004.
23. Hall R., Richard C., Hall W. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin. Proc.*, 2007(82): 457-471.

24. Salter D., McMillan D., Richards M., Talbot T., Hodges J., Bentovim A., Hastings R., Stevenson J., Skuse D. Development of sexually abusive behaviour in sexually victimized males: a longitudinal study. *Lancet*, 2003; 361: 471-476.
25. Repique R.J. Assessment & treatment of persons with pedophilia. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.*, 1999; 37(12):19-23.
26. Sokolik Z. Czynniki leczące w psychoanalizie. W: Grzesiuk L. red., *Psychoterapia*. Warszawa; Eneteia: 2005, s. 44-49.
27. Cannon D.S., Baker T.B., Gino A., Nathan P.E. Alcohol-aversion therapy: relation between strength of aversion and abstinence. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1986; (54)6: 825-830.
28. Wilson J.E., Wilson K.M. Amelioration of sexual fantasies to sexual abuse cues in an adult survivor of childhood sexual abuse: a case study. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry*, 2008; 39(4): 417-423.
29. Hodgins D.C., Peden N. Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2008; 30: 31-40.
30. Edwards D. Mental Health's cold shoulder treatment of pedophilia. *Behav. Healt. Management*, 2004; 24(3): 32-35.
31. Tryjarska B. Psychoterapia grupowa. W: Grzesiuk L. red., *Psychoterapia*. Warszawa; Eneteia: 2006, s. 17-75.
32. Hill A., Habermann N., Berner W., Briken P. Psychiatric disorders in single and multiple sexual murderers. *Psychopathology*, 2007; 40: 22-28.
33. Långström N., Hanson R.K. High rates of sexual behavior in the general population: correlates and predictors. *Arch. Sex. Behav.*, 2006; 35(1): 37-52.
34. Auburn T., Lea S. Doing cognitive distortions: A discursive psychology analysis of sex offender treatment talk. *Br. J. Soc. Psychol.*, 2003; 42: 281-289.
35. Lothstein L.M. Treatment of non-incarcerated sexually compulsive/addictive offenders in an integrated multimodal and psychodynamic group therapy model. *Int. J. Group. Psychother.*, 2001; 51(4): 553-570.
36. Czabała J. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa; PWN: 2009.

Adres do korespondencji

Monika Talarowska
Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytet Medyczny
w Łodzi
ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź
Tel.: 42 652-12-89, Fax.: 42 640-50-58
e-mail: talarowskamonika@wp.pl\