

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Ορέστης Γιωτάκος*

Παιδοφιλία

Αιτιολογία - Εκτίμηση - Αντιμετώπιση



Διαγνωστική Προσέγγιση

Ορισμός

Ο όρος "παιδοφιλία" χρησιμοποιήθηκε επίσημα για πρώτη φορά στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) για να περιγράψει μία ειδική κατηγορία ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά (child molesters), και παρουσιάζουν κάποια ειδικά χαρακτηριστικά. Τόσο το DSM-III όσο και το DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), όριζαν την παιδοφιλία σαν "επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές τάσεις και φαντασιώσεις που αφορούν σεξουαλική δραστηριότητα με παιδιά". Σύμφωνα με το κριτήριο αυτό δεν απαιτείται σωματική δραστηριότητα και επομένως η διάγνωση της παιδοφιλίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν επιθυμία αλλά δεν την διαπραττουν, ενώ δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που δεν έχουν παρεκκλίνουσες φαντασιώσεις και επιθυμίες αλλά όμως έχουν κακοποιήσει σεξουαλικά ένα παιδί. Ο Marshall (1997), βρήκε ότι δεν υπήρχαν επαναλαμβανόμενες επιθυμίες και φαντασιώσεις στο 60% των παιδοφίλων και στο 75% των αιμομικτών. Επομένως οι επαναλαμβανόμενες επιθυμίες και φαντασιώσεις δεν φαίνεται να είναι παθολογικές για όλα τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά. Αρκετοί κλινικοί αγνοούν τα κριτήρια του DSM, ιδίως όταν πρόκειται να εισάγουν τα άτομα αυτά σε θεραπεία, και χρησιμοποιούν τον όρο "child molesters" (άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά) αντί του όρου "pedophiles" (παιδόφιλοι).

Διαγνωστικά κριτήρια

Η πλέον πρόσφατη μορφή του DSM, το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ορίζει ως εξής τα διαγνωστικά κριτήρια για την παιδοφιλία:

A. Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές τάσεις, φαντασιώσεις ή συμπεριφορές που περιλαμβάνουν σεξουαλική δραστηριότητα με παιδιά (μικρότερα των 13 ετών)". Αυτές οι τάσεις, φαντασιώσεις ή συμπεριφορές υποδεικνύουν παιδοφιλία μόνο εάν B. Προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας". Ο παιδόφιλος επίσης θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 16 ετών και τουλάχιστον 5 έτη μεγαλύτερος από το παιδί. Στην περίπτωση όμως των εφήβων δρατών αυτός ο περιορισμός ενδέχεται να μην ισχύει και η απόφαση για την διάγνωση έγκειται στην κρίση του κλινικού.

Εκτός από τα κριτήρια αυτά, το DSM-IV κάνει κάποια σχόλια σχετικά με τους παιδόφιλους. Για παράδειγμα τονίζει ότι, "αυτοί που έλκονται από κορίτσια προτιμούν ηλικίες 8-10 ετών, ενώ αυτοί που έλκονται από αγόρια προτιμούν λίγο μεγαλύτερες ηλικίες", και "αυτοί που έλκονται από αγόρια έχουν διπλάσιες πιθανότητες για υποτροπή". Το DSM-IV αν και δεν κάνει λόγο για επικράτηση φύλου στην περίπτωση της παιδοφιλίας, στο γενικό μέρος αναφέρει ότι "εκτός από την περίπτωση του μαζοχισμού, οι παραφιλίες σπανιότατα διαγνώσκονται σε γυναίκες". Από κλινικές παρατηρήσεις φαίνεται ότι κάποιοι παιδόφιλοι φαίνεται να έλκονται σεξουαλικά αποκλειστικά από παιδιά, ενώ κάποιοι άλλοι και από ενήλικες.

Σχολιασμός κριτηρίων

Αρκετοί κλινικοί εκδηλώνουν τον προβληματισμό τους σχετικά με την ικανότητα των διαγνωστικών κριτηρίων (Marshall, 1997). Το γεγονός ότι για να διαγνωστεί παιδοφιλία απαιτείται η ύπαρξη σημαντικής δυσφορίας ή διαταραχής στη λειτουργικότητα μπορεί

* Ψυχίατρος

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

να δυσχεράνει τη διάγνωση κάποιων περιστατικών. Για παράδειγμα, ένα άτομο που κακοποιεί σεξουαλικά τα παιδιά και οδηγείται σε αυτό από συνεχείς φαντασιώσεις και επιθυμίες αλλά δεν παρουσιάζει δυσφορία ή ενοχλήσεις από τη συμπεριφορά αυτή, μπορεί να μην χαρακτηριστεί παιδόφιλος;

Η ηλικία του παιδιού επίσης φαίνεται να δημιουργεί προβλήματα. Αν και η ύπαρξη ορίου ηλικίας είναι απαραίτητη, ο καθορισμός της έναρξης της εφηβείας στα 13 δείχνει λίγο αυθαίρετος. Είναι ο κλινικός σε θέση να καθορίσει την ηλικία του θύματος σύμφωνα με τις δηλώσεις του δράστη; Πολλοί από τους δράστες δηλώνουν ότι το θύμα είχε πρώιμη ανάπτυξη και εφηβεία ή ότι έδρασαν πριν το θύμα κλείσει τα 13. Πολλοί κακοποιούν σεξουαλικά εφήβους οι οποίες/οι δείχνουν πολύ νεώτερες/οι. Δεν θα μπορούσαν αυτοί να διαγνωστούν σαν παιδόφιλοι; Εάν στο DSM υπήρχε διάγνωση για "σεξουαλικά επιθετική πράξη" (αυτό που ευρέως ονομάζεται "βιασμός"), πιθανόν το πρόβλημα αυτό να είχε λυθεί, δεδομένου ότι η ηλικία του θύματος θα ήταν ανεξάρτητη από μία αρχική ένταξη του ατόμου σε κάποια διαγνωστική κατηγορία.

Το θέμα επίσης της ηλικίας του δράστη δημιουργεί διαγνωστικά προβλήματα. Σύμφωνα με τις οδηγίες του DSM, σχετικά με τη διαφορά ηλικίας δράστη και θύματος, δεν θα πρέπει να θεωρείται παιδόφιλος ο δράστης που βρίσκεται στην εφηβική ηλικία. Δεδομένου του μεγάλου αριθμού εφήβων σεξουαλικών παράπτωμάτων η διαγνωστική προσέλαση στην ομάδα των ατόμων αυτών είναι δυσχερέστατη.

Ο Marshall (1997), διατυπώνει τις αμφιβολίες του για την παρατήρηση του DSM-IV, σχετικά με την παιδοφιλική προτίμηση κοριτσιών 8-10 χρονών. Επιπλέον, για την παιδοφιλική προτίμηση αγοριών βρήκε ότι, τα δύο τρίτα των δραστών που ήταν ετεροφυλόφιλοι είχαν προτίμηση για αγόρια 5-10 ετών, ενώ το ένα τρίτο που ήταν ομοφυλόφιλοι είχαν προτίμηση για αγόρια εφηβικής ηλικίας (Marshall et al, 1988). Σχετικά με την παρατήρηση του DSM-IV για την έναρξη της διαταραχής περί την εφηβεία, βρέθηκε ότι οι μισοί τουλάχιστον παιδόφιλοι αρχίζουν τη δράση τους κατά την ενηλικίωση, αρνούμενοι επιπλέον τέτοιου τύπου φαντασιώσεις νωρίτερα (Marshall et al, 1991). Σχετικά με την παρατήρηση του DSM-IV για μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής των δραστών με αγόρια, μακροχρόνια παρακολούθηση έδειξε ίση επικινδυνότητα υποτροπής σε δράστες έναντι αγο-

ριών και έναντι κοριτσιών (Marshall & Barbaree, 1988). Τέλος, σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, η συμμετοχή των γυναικών σε τέτοιου τύπου σεξουαλική παραπτώματα δεν φαίνεται να είναι αμελητέα (Matthews et al, 1989).

Η ασαφής φύση των διαγνωστικών κριτηρίων ώθησαν αρκετούς ερευνητές να υιοθετήσουν πιο χαλαρά κριτήρια. Για παράδειγμα, οι Abel et al (1988), μη χρησιμοποιώντας το κριτήριο που απαιτεί δημηνη παρουσία των συμπτωμάτων, βρήκαν ότι, 61,4% των παιδόφιλων με προτίμηση κορίτσια, 54,2% των παιδόφιλων που προτιμούν αγόρια, και 46% των αιμομικτών, έχουν τουλάχιστον τρεις επιπλέον παραφιλίες. Αντίθετα, οι Marshall et al (1991), υιοθετώντας αυστηρότερα κριτήρια βρήκαν ότι μόνο 12% των παιδόφιλων ανέφεραν τουλάχιστον μία παραφιλία.

Κατηγοριοποίηση

Τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά ομαδοποιούνται συχνά σύμφωνα με το φύλο του θύματος και τη σχέση του δράστη με το θύμα. Διαχωρίζονται λοιπόν στα άτομα που διαπράττουν αιμομιξία, τα οποία έχουν σεξουαλική σχέση με τα παιδιά τους, και στα άτομα που δεν έχουν κάποια βιολογική ή νομική σχέση με το θύμα. Η δεύτερη ομάδα διαχωρίζεται επιπλέον ανάλογα με το φύλο του θύματος, σε ετεροφυλόφιλους και ομοφυλόφιλους. Το γεγονός όμως αυτό περιπλέκει την κατάσταση εάν σκεφτεί κανείς ότι η αναλογία ετεροφυλόφιλων και ομοφυλόφιλων, σύμφωνα με την επιθυμία έναντι των ενηλίκων, είναι 2:1.

Διαχωρισμός επίσης θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την παιδοφιλική κατεύθυνση των ατόμων που κακοποιούν τα παιδιά. Όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι παιδόφιλοι όλοι αυτοί που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά, ενώ μπορεί να υπάρχουν παιδόφιλοι που δεν έχουν κακοποιήσει παιδιά. Ο ορισμός του DSM-IV δεν είναι σε θέση να οριοθετήσει επαρκώς τα περιστατικά. Επιπλέον, σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό που απαιτεί ο δράστης να είναι τουλάχιστον 16 ετών και 5 χρόνια μεγαλύτερος από το θύμα, υπάρχει δυσκολία στην ταξινόμηση των εφήβων δραστών.

Επιδημιολογία

Έρευνες σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι τουλάχιστον 7% των γυναικών και 3% των ανδρών έχουν κάποια εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης κατά την

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

παιδική ηλικία (Finkelhor, 1994). Οι κοινωνικές επιπτώσεις αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο, αφού έχει φανεί ότι μπορεί να προκληθούν ποικίλες ψυχολογικές καταστάσεις, όπως, κατάχρηση ουσιών, σεξουαλική εκδραμάτιση, και αυτοκτονική συμπεριφορά (Beitcham, 1992). Υπάρχει έντονη τάση να υποαναφέρεται η δράση των ατόμων αυτών, ενώ συγχρόνως υπάρχει αυξημένη τάση υποτροπής σε παρόμοια δράση μετά την σύλληψή τους (Hanson et al, 1993).

Ευρεία έρευνα στις ΗΠΑ (American Humane Association, 1988), έδειξε ότι 2 εκατομμύρια παιδιών στη χώρα αυτή έχουν κακοποιηθεί, ενώ το 16% αυτών έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά. Οι αριθμοί αυτοί υποδεικνύουν 300.000 περίπου περιπτώσεις παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ανά έτος. Τα θύματα υπολογίζονται ότι στο 77% είναι κορίτσια μέσης ηλικίας 9,2 έτη. Οι δράστες στο 82% υπολογίζεται ότι είναι άνδρες. Έρευνα στον Καναδά (Committee on Sexual Offenses against Children and Youths, 1984), έδειξε ότι το ένα τρίτο των ανδρών και πάνω από τις μισές γυναίκες στη χώρα αυτή ανέφεραν ότι είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά, ενώ σε πάνω από τα τέσσερα πέμπτα το γεγονός αυτό συνέβη πριν τα 18.

Είναι γενικά γνωστό ότι τα δεδομένα από τις επίσημες αναφορές τείνουν να υποεκτιμούν σημαντικά τη πραγματική συχνότητα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Οι έρευνες σε δείγματα γενικού πληθυσμού φαίνεται να αναπαριστούν καλύτερα την πραγματική εικόνα, μπορεί όμως να μην περιέχουν ενδιαφέροντα δεδομένα από άτομα που αρνούνται να συμμετάσχουν. Η συμμετοχή σε τέτοιου τύπου έρευνες κυμαίνεται από 60-90%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι το ποσοστό των θυμάτων μειώθηκε σημαντικά όταν η συμμετοχή αυξήθηκε (Haugaard, 1987), γεγονός που υποδεικνύει ότι ο βαθμός συμμετοχής στις έρευνες αυτές φαίνεται να επηρεάζει τα αποτελέσματα με έναν μη κατανοητό τρόπο. Οι μέχρι στιγμής έρευνες επίσης έχουν χρησιμοποιήσει δείγματα που δεν είναι αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού, ενώ επιπλέον δεν είμαστε σε θέση να εκτιμήσουμε την ειλικρίνεια των απαντήσεων (Marshall, 1997).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Ένας παράγοντας που μπορούμε να πούμε με

ασφάλεια ότι αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση είναι το ανδρικό φύλο, δηλαδή, ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κακοποιήσουν σε σχέση με τις γυναίκες.

Ένας άλλος παράγοντας είναι η ενσυναισθησία (empathy). Βρέθηκε ότι, τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά έχουν ιδιαίτερη έλλειψη ενσυναισθησίας απέναντι στα θύματά τους, παρουσιάζουν κάποια ενσυναισθησία απέναντι στα θύματα των άλλων δραστών, και δείχνουν φυσιολογική ενσυναισθησία απέναντι σε όλα τα υπόλοιπα παιδιά (Marshall, et al, 1994). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι δράστες έχουν την ιδιότητα να περιορίζουν την ενσυναισθησία απέναντι στα θύματά τους, να διαστρέφουν τον τρόπο που τα αντιλαμβάνονται, φτάνοντας έτσι εύκολα στην κακοποίηση.

Αναφέρθηκε επίσης ότι τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά έχουν εξαιρετικά χαμηλή αυτοπεποίθηση, ενώ το 60% αυτών έχουν σημαντική πτώση στην αυτοεκτίμηση το χρονικό διάστημα πριν την διάπραξη (Pithers et al, 1989). Η έλλειψη ερωτικής σχέσης και η μοναχικότητα των ατόμων αυτών φαίνεται να πηγάζει από την υιοθέτηση δυσλειτουργικών και ανεπαρκών μορφών προσκόλλησης (Garlick et al, 1996).

Η μορφή και ο χρόνος έναρξης των παρεκκλινοτών φαντασιώσεων αποτελεί σημαντικό κινητήριο παράγοντα, αν και τα αποτελέσματα για την επικράτησή τους είναι αντικρουόμενα. Ποσοστά που κυμαίνονται από 20-50% των δραστών ανέφεραν ύπαρξη φαντασιώσεων πριν τη διάπραξη (Abel et al, 1987).

Ένας άλλος σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας είναι οι γνωσιακές διαστρεφές. Οι ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο αυτό για να συμπεριλάβουν ποικίλα χαρακτηριστικά σκέψης, όπως, ελαχιστοποίηση, άρνηση, και απόδοση ευθυνών σε άλλους ή διαταραγμένες αντιλήψεις σχετικά με τη συμπεριφορά των παιδιών, ή ακόμα και την σεξουαλικότητα των παιδιών (Pithers et al, 1989). Οι Abel et al (1989), χρησιμοποιώντας την Γνωσιακή Κλίμακα των Abel et al (1984), βρήκαν ότι τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά έχουν πληθώρα διαταραγμένων γνωσιών όπως ότι, τα παιδιά ενδιαφέρονται να έχουν σεξουαλικές εμπειρίες με τους μεγάλους ή ότι διασκεδάζουν και ωφελούνται από τις εμπειρίες αυτές.

Ανάμεσα στους πρώιμους προδιαθεδικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι σχέσεις γονέα-παιδιού. Πράγματι, ανιχνεύθηκαν διαταραγμένες σχέσεις με-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ταξύ δράστη στη παιδική ηλικία και γονέων του. Ο τύπος μάλιστα των σχέσεων αυτών θεωρήθηκε αιτιολογικός για την μετέπειτα πορεία του δράστη (Marshall et al, 1993). Συχνές επίσης είναι οι αναφορές για πρώιμη σεξουαλική κακοποίηση των δραστών στη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 0-67%, ανάλογα με τον ορισμό της σεξουαλικής κακοποίησης (Hanson & Slater, 1988). Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι το 50% των σεξουαλικών και το 20% μη-σεξουαλικών φυλακισμένων παραπτωμάτων υπήρξαν θύματα σωματικής σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία (Dhawan & Marshall, 1996). Ερώτημα παραμένει γιατί αυτή η εμπειρία να οδηγεί σε διάπραξη κακοποίησης κατά την ενηλικίωση αντί στην αναστολή τέτοιων πράξεων. Εάν η πρώιμη σεξουαλική κακοποίηση βιώνεται σαν τραυματική γιατί τότε ένα άτομο να κακοποιεί κάποιον άλλο;

Η εφηβία που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά

Τα τελευταία χρόνια η βιβλιογραφία δείχνει ότι ένα μεγάλο μέρος των εφήβων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά είναι πραγματικοί και όχι περιστασιακοί δράστες. Για τον λόγο αυτόν, η ομάδα αυτή των δραστών διερευνάται με παρόμοιο τρόπο που διερευνώνται οι ενήλικες δράστες. Έφηβοι δράστες έχουν εκτιμηθεί με τη φαλλομετρική μέθοδο, έχοντας όμως ανακύψει δεοντολογικά προβλήματα. Υπήρξε ο φόβος ότι η παρουσίαση σε νεαρά αγόρια ερωτικού υλικού με μικρά παιδιά θα μπορούσε να ενθαρρύνει την παρέκκλιση (Marshall, 1997).

Έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών που μεγαλώνοντας κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά. Κάποιοι υποθέτουν έναν κύκλο κακοποίησης όπου η παιδική σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί μοντέλο για την μετέπειτα σεξουαλική κακοποίηση με δράστες τα πρώην θύματα. Τα δεδομένα δείχνουν ότι ένας δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά είτε έχουν κακοποιηθεί ενώ ήταν παιδιά, είτε έχουν δοκιμαστεί από στέρηση ή γενικότερου τύπου κακοποίηση (Marshall et al, 1993). Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι η παιδική ηλικία των ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά χαρακτηρίζεται από ασταθείς (Awad et al, 1984) ή διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις (Saunders et al, 1986). Επίσης βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα εχθρικότητας και σωματικής κακοποίησης (Finkelhor, 1979),

καθώς και αμέλειας από πλευράς των γονέων τους (Davidson, 1983).

Με βάση τα δεδομένα αυτά οι Marshall et al (1993), υπέθεσαν ότι υπάρχει δυσλειτουργικότητα στο δεσμό προσκόλλησης μεταξύ γονέων και νέου αγοριού, γεγονός που προδιαθέτει σε ανεπιτυχή πρότυπα για μελλοντικές σχέσεις. Ο νέος ενήλικας συνεπώς, αναπτύσσοντας δυσπιστία ή αμφιβολία στις ερωτικές σχέσεις, θα οδηγηθεί εύκολα σε σχέσεις με παιδιά τα οποία ελέγχονται εύκολα και δεν φαντάζονται απειλητικά. Το συνυπάρχον μάλιστα ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης θα οδηγήσει σε σχέση με παιδιά χωρίς ίχνος ενσυναίσθησίας. Όλα αυτά τα ελλείμματα, μαζί με την ανάγκη για κυριαρχία, μπορεί να οδηγήσουν τον νέο ενήλικα σε σεξουαλική σχέση με παιδιά, σαν αποτέλεσμα συνάντησης των σεξουαλικών αναγκών των με την ανάγκη για δημιουργία κάποιας σεξουαλικής σχέσης.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η διάγνωση της παιδοφιλίας μπορεί να γίνει με τη βοήθεια 1. Της συνέντευξης του ατόμου σχετικά με τις σεξουαλικές φαντασιώσεις, τάσεις και συμπεριφορές, 2. Των ψυχομετρικών κλιμάκων που μετρούν σεξουαλικές επιθυμίες, και 3. Των φαλλομετρικών μεθόδων που μετρούν σεξουαλική διέγερση έναντι ποικίλων ηλικιακών ομάδων και φύλων. Απαραίτητη φυσικά είναι η λήψη λεπτομερούς ιατρικού και ψυχιατρικού ιστορικού, περιλαμβανομένων πληροφοριών που αφορούν ιστορικό κακοποίησης, αριθμό και ποιότητα ερωτικών σχέσεων, ηλικία έναρξης παρεκκλίνουσας σεξουαλικής συμπεριφοράς, συνύπαρξη άλλων παραφιλιών, και λεπτομερές σεξουαλικό εγκληματολογικό ιστορικό.

Εξακολουθεί να μην είναι ξεκάθαρο το μέγεθος παιδοφιλικής διέγερσης των ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά. Οι μη-αιμομίκτες παρουσιάζουν σαφώς υψηλότερη διέγερση, ενώ οι αιμομίκτες φαίνεται ότι παρουσιάζουν παρόμοια διέγερση με αυτή του γενικού πληθυσμού (Freund 1987, Abel et al, 1981). Οι Barbaree και Marshall (1989), βρήκαν ότι το 48% των μη-αιμομικτών με κορίτσια, το 28% των αιμομικτών με κόρη, αλλά και το 15% του νορμάλ δείγματος έδειξαν ισχυρή σεξουαλική διέγερση με παιδιά.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα σχετικά με την ψυχοπαθολογία των ατόμων αυτών. Βρέθηκε ότι λιγότεροι από 5% πάσχουν από ψυχιατρική συνδρομή, ενώ η κύρια διάγνωση σε επίπεδο προσωπι-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

κότητας είναι η διαταραχή προσωπικότητας ψυχοπαθητικού τύπου. Οι Abel et al (1985) όμως βρήκαν ότι μόνο 12% αυτών που παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία είχαν διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας ψυχοπαθητικού τύπου, ενώ οι Serin et al (1994), βρήκαν ότι 7,5% μόνο σκόραραν υψηλά στην κλίμακα ψυχοπαθητικότητας του Hare.

Κλίμακες

Αρκετές κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για τον υπολογισμό του σεξουαλικού ενδιαφέροντος για παιδιά. Σπουδαιότερες είναι η Abel Child Cognitions Scale (Abel et al, 1989), η Clarke Sexual History Questionnaire (Paitich et al, 1977), και η Multiphasic Sex Inventory (Nichols & Molinder, 1984). Αυτές, αν και έχουν δείξει κάποια αξιοπιστία, δεν έχει αποδειχθεί η χρησιμότητά τους σε άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά παιδιά. Οι αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες, λόγω της φύσης των ερωτήσεων, είναι αρκετά ευάλωτες και οι δράστες συχνά αρνούνται το σεξουαλικό τους ενδιαφέρον για τα παιδιά. Αυτός είναι ο λόγος που από παλιά δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση σε ανάπτυξη τεχνικών, όπως η φαλλομετρία, η οποία δεν επηρεάζεται από την προσποίηση.

Πολλές έρευνες που χρησιμοποίησαν το MMPI έδειξαν ποικίλου βαθμού μη-ειδικές παρεκκλίσεις. Πρόσφατη ανασκόπηση όμως έδειξε ότι ελάχιστες από τις μελέτες αυτές έδειξαν ότι κάποια δείγματα είναι πράγματι εκτός των φυσιολογικών ορίων (Marshall & Hall, 1995).

Φαλλομετρικές τεχνικές

Υπήρξαν αρκετές ενδείξεις διακριτικής ικανότητας των φαλλομετρικών μεθόδων. Βρέθηκε ότι, οι μη-παραπρωματίες δείχνουν ισχυρή διέγερση σε ερεθίσματα που αφορούν ενήλικες γυναίκες, και λιγότερη διέγερση σε γυναίκες μικρότερες των 15 ετών. Οι παιδόφιλοι έδειξαν μεγαλύτερη απαντητικότητα σε παιδιά, ενώ οι αιμομίκτες έδειξαν προφίλ απαντητικότητας αρκετά κοντά στο φυσιολογικό, με μικρότερη όμως διέγερση στις ενήλικες γυναίκες σε σχέση με τους μη-παραπρωματίες (Quinsey, 1993).

Οι Barbaree & Marshall (1989), χρησιμοποιώντας τη φαλλομετρική μέθοδο, παρουσίασαν πέντε ξεχωριστά μοντέλα απαντητικότητας σε άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά παιδιά και σε μη-παραπρωματίες. α. Το προφίλ "προτίμησης ενηλίκων" χαρακτηρίζεται

από ισχυρή απάντηση σε ενήλικες γυναίκες και ελάχιστη σε παιδιά. β. Το προφίλ "προτίμησης εφήβων και ενηλίκων" είναι παρόμοιο με το προηγούμενο, με ισχυρότερη την απάντηση απέναντι στις εφήβους. γ. Ένας μεγάλος αριθμός ανδρών δεν ήταν σε θέση να διαχωριστεί επειδή έδειχνε "ενδιάμεση" απαντητικότητα απέναντι σε όλες τις ηλικίες. δ. Ένας μικρός αριθμός χαρακτηρίζεται από ισχυρή απάντηση, και συνεπώς "προτίμηση παιδιών" και μικρότερη εφήβων και ενηλίκων. ε. Τέλος, το μοντέλο "προτίμησης παιδιών και ενηλίκων", το οποίο χαρακτηρίζεται από διφασική ισχυρή απαντητικότητα τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, αλλά με μικρή απαντητικότητα απέναντι σε εφήβους. Η μεγαλύτερη πλειονότητα των μη-παραπρωματιών ανήκει στο μοντέλο προτίμησης ενηλίκων, και οι υπόλοιποι ανήκουν στο μοντέλο προτίμησης εφήβου ή ενηλίκων ή στο μοντέλο της ενδιάμεσης απαντητικότητας. Οι αιμομίκτες δείχνουν προφίλ ανάμεσα στο μοντέλο προτίμησης ενηλίκων και στο μοντέλο της ενδιάμεσης απαντητικότητας. Τέλος, τα άτομα που κακοποιούν παιδιά δείχνουν να είναι μία ετερογενής ομάδα όπου, το 35% αυτών ανήκουν στο μοντέλο προτίμησης παιδιών και οι υπόλοιποι μοιράζονται ομοιόμορφα στις υπόλοιπες ομάδες. Επιπλέον φάνηκε ότι τα άτομα που ανήκουν στο μοντέλο προτίμησης παιδιών ή παιδιών και ενηλίκων είχαν χαμηλότερη νοσημοσύνη και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ενώ συγχρόνως παρουσίαζαν μεγαλύτερο αριθμό θυμάτων σε σχέση με τους άλλους παραπρωματίες. Τα άτομα αυτά επίσης έδειχναν να μην αναστέλλονται από σκηνές που περιείχαν βία, σε αντίθεση με τα άτομα των άλλων ομάδων.

Αναμφίβολα, οι φαλλομετρικές μέθοδοι μπορούν να βοηθήσουν στην εκτίμηση των θεραπευτικών αναγκών καθώς και στην εκτίμηση του κινδύνου υποτροπής. Σίγουρα όμως δεν θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στις δικαστικές διαδικασίες δεδομένης της χαμηλής ευαισθησίας που παρουσιάζουν. Άτομα που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα έναντι των παιδιών δεν παρουσίασαν τυπικό προφίλ παρεκκλίνουσας σεξουαλικότητας σύμφωνα με τις μεθόδους αυτές.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Γενικές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές

Οι θεραπευτικές πρακτικές που εφαρμόζονται δεν είναι ειδικές για παιδόφιλους αλλά είναι αυτές που εφαρμόζονται σε όλες τις σεξουαλικές παρεκ-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

κλίσεις. Οι ειδικές παρεκκλίνουσες φαντασιώσεις και τάσεις που παρουσιάζουν οι παιδόφιλοι παίζουν φυσικά σημαντικό ρόλο στις επιμέρους προσεγγίσεις. Οι γενικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις στοχεύουν στην κατανόηση της δυναμικής της σεξουαλικής παραπρωματικότητας, στην αύξηση της υπευθυνότητας του δράστη, στην αύξηση της ενσυναισθησίας, στη μείωση των γνωσιακών διαστροφών, στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, στο χειρισμό του άγχους, και στη σεξουαλική εκπαίδευση. Αρκετές από αυτές τις προσεγγίσεις δεν αναπτύχθηκαν ειδικά για σεξουαλικούς παραπρωματίες. Αναφέρονται αρκετά θεραπευτικά προγράμματα τέτοιου τύπου στη βιβλιογραφία. Οι Castell & Yalom (1972) περιέγραψαν ένα τέτοιο πρόγραμμα ψυχοδυναμικής προσέγγισης, ενώ υπάρχουν αρκετές αναφορές ομαδικής ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπείας σε φυλακές (Brancale et al, 1972). Μετα-αναλύσεις όμως έδειξαν ότι οι γενικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις δεν ήταν σε θέση να μειώσουν την υποτροπή των υπό θεραπεία δραστών (Furby et al, 1989).

Συμπεριφορικές θεραπείες

Οι περισσότεροι ερευνητές υποθέτουν ότι η παρεκκλίνουσα σεξουαλική διέγερση είναι αποτέλεσμα διαδικασίας μάθησης ή εξάρτησης. Οι θεραπείες αυτές εστιάζονται στην αλλαγή του προτύπου της σεξουαλικής απάντησης και της παιδοφιλικής κατεύθυνσης προς την σεξουαλική προτίμηση των ενηλίκων. Αν και υπάρχουν ενδείξεις θετικής επίδρασης στα πρότυπα σεξουαλικής διέγερσης δεν φαίνεται ότι η σεξουαλική προτίμηση θα μπορούσε να τροποποιηθεί. Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις στη θεραπεία των παιδόφιλων κατευθύνονται στην τροποποίηση των προτύπων διέγερσης μειώνοντας την παρεκκλίνουσα διέγερση και αυξάνοντας την φυσιολογική διέγερση. Γενικά, τρεις είναι οι πλέον χρησιμοποιημένες μέθοδοι για την μείωση της παιδοφιλικής παρεκκλίνουσας διέγερσης, οι "τεχνικές αποστροφής", η "συγκαλυμμένη ευαισθητοποίηση", και η "τεχνική κορεσμού". Αν και υπάρχουν ενδείξεις μείωσης και πιθανόν τροποποίησης της παρεκκλίνουσας διέγερσης, δεν φαίνεται να μειώνονται τα ποσοστά υποτροπής.

Οι πλέον ενδιαφέρουσες μελέτες στον τομέα της θεραπείας αποστροφής δημοσιεύθηκαν από τους Quinsey et al (1980). Χρησιμοποίησαν "βιοανάδραση με αποστροφή μέσω ηλεκτρικής εκκένωσης" με σκοπό τη μείωση της παιδοφιλικής διέγερσης. Οι περι-

σότεροι ετεροφιλοφυλικοί παιδόφιλοι έδειξαν βελτίωση στα πρότυπα διέγερσης.

Οι Laws & Marshall (1991), εξέτασαν τη χρησιμότητα της συμπεριφορικής τεχνικής "επανεξάρτηση μέσω του αυνανισμού". Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής αυτής είναι η μη χρησιμοποίηση τεχνικών αποστροφής, που από ορισμένους θεωρούνται αντιδευνολογικές, και η δυνατότητά της να γίνει ακόμα και στο σπίτι του θεραπευομένου. Μία μορφή της τεχνικής αυτής είναι η "οργανική επανεξάρτηση", κατά την οποία, στη διάρκεια του αυνανισμού, τη στιγμή του οργασμού το άτομο τροποποιεί την παρεκκλίνουσα φαντασίωση και φαντασιώνει ένα φυσιολογικό ερέθισμα. Μία άλλη τεχνική είναι η "τροποποίηση της φαντασίωσης" κατά την οποία το άτομο τροποποιεί το περιεχόμενο των φαντασιώσεών του σύμφωνα με ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα, αλλά όχι στη διάρκεια αυνανισμού. Μία άλλη μορφή είναι ο "κατευθυνόμενος αυνανισμός" κατά τον οποίο το άτομο ενισχύεται και κατευθύνεται να αυνανίζεται αποκλειστικά με φυσιολογικά ερεθίσματα. Τέλος, η "θεραπεία κορεσμού", κατά την οποία το άτομο ενθαρρύνεται να φαντασιώνει και να αυνανίζεται με αποκλίνοντα ερεθίσματα για μεγάλα χρονικά διαστήματα, κυρίως μάλιστα αμέσως μετά την εκσπερμάτιση, ώστε να προκληθεί κορεσμός, κόπωση και τελικά απέχθεια. Γενικά, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για αποτελεσματικότητα των τεχνικών αυτών, αλλά είναι αμφίβολη η μακροχρόνια αποτελεσματικότητά τους. Έχει φανεί επίσης ότι στις τεχνικές αυτές υπάρχει ιδιοσυγκρασιακού τύπου απαντητικότητα. Τέλος, φάνηκε ότι θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν περισσότερες από μία τεχνικές ταυτόχρονα, με σκοπό την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας.

Παράλληλα με τις τεχνικές αυτές είναι χρήσιμη η κατανόηση από το άτομο των παραγόντων εκείνων που οδηγούν στη σεξουαλική παραπρωματικότητα. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να κατανοήσει ότι οι παρεκκλίνουσες φαντασιώσεις είναι περισσότερο πιθανό να συμβούν όταν αισθάνεται ψυχολογικά πιεσμένο ή υπάρχουν συναισθήματα μοναξιάς και αναξιοσύνης.

Πρόληψη υποτροπής

Η έννοια της πρόληψης υποτροπής για τους σεξουαλικούς παραπρωματίες υιοθετήθηκε από έρευνες στους χρήστες ουσιών. Οι Marlett & Gordon (1985), εξέφρασαν την εξής στρατηγική για την πρό-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

λήψη υποτροπής στα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών: Ανίχνευση των ατόμων που έχουν υψηλή πιθανότητα υποτροπής, εκπαίδευση των ατόμων στην ανίχνευση καταστάσεων που αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής ή καταστάσεων που προδιαθέτουν σε υποτροπή, και εκπαίδευση σε διάφορες τεχνικές που στοχεύουν στην μείωση των πιθανοτήτων υποτροπής. Οι Pithers et al (1983), επέκτειναν την στρατηγική αυτή στους σεξουαλικούς παραπτώματες, δίνοντας έμφαση καταρχήν στην ανίχνευση καταστάσεων υψηλής επικινδυνότητας και αργότερα στην εκπαίδευση χειρισμού των καταστάσεων αυτών με σκοπό την πρόληψη ης υποτροπής. Γενικά, οι παρεμβάσεις με σκοπό την πρόληψη υποτροπής θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε αυτές που στοχεύουν στην αύξηση της ικανότητας αυτοδιαχείρισης και σε αυτές που τροποποιούν το περιβάλλον. Δίνεται έμφαση σε γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές, έχοντας υπόψη ότι τα σεξουαλικά παραπτώματα δεν είναι μεμονωμένα συμβάντα αλλά αποτελούν κομμάτια στην γνωσιακή-συμπεριφορική αλυσίδα. Στην αλυσίδα αυτή περιγράφονται τα στάδια της συγκεκριμένης δομής της προσωπικότητας, του δυσφορικού συναισθήματος εγκατάλειψης, της εισόδου σε καταστάσεις υψηλής επικινδυνότητας και αναζήτησης πιθανού θύματος, και τέλος της δράσης επάνω σε κάποιο παιδί.

Οι Ward et al (1995), διερευνώντας τις γνωσίες της αλυσίδας αυτής υποστήριξαν τη σπουδαιότητα της εκτίμησης που κάνει ο δράστης σχετικά με τη σχέση του με το παιδί. Εάν η εκτίμηση για τη σχέση του είναι θετική η πιθανότητα υποτροπής στο μέλλον είναι αυξημένη, ενώ εάν η εκτίμηση είναι αρνητική, ο δράστης θα αντισταθεί σε μελλοντικές τάσεις κακοποίησης παιδιού. Ο θεραπευτής θα πρέπει να σχεδιάσει λεπτομερή χάρτη της αλυσίδας των γεγονότων που οδηγούν στην κακοποίηση. Οι γνωσιακοί-συμπεριφορικοί στόχοι θα πρέπει να εστιάζονται με βάση την αλυσίδα αυτή. Για παράδειγμα, θα πρέπει να διευκρινίζεται εάν παράγοντες όπως ανεργία ή κοινωνική απομόνωση είναι σε θέση να οδηγήσουν σε αναζήτηση κάποιας σχέσης με παιδιά, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε φαντασιώσεις σεξουαλικής σχέσης μαζί τους και τέλος στη σεξουαλική δράση πάνω σε αυτά. Θεραπευτικοί στόχοι επομένως είναι η ενημέρωση, ο χειρισμός του άγχους, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, η σεξουαλική εκπαίδευση, και οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις που μειώνουν την παρεκκλίνουσα σεξουαλική διέγερση.

Οργανικές θεραπείες

Σκοπός των οργανικών θεραπειών είναι να καταστεί τις σεξουαλικές τάσεις και συμπεριφορές ώστε η παρεκκλίνουσα σεξουαλικότητα να περιοριστεί. Αυτή η καταστολή μπορεί να επιτευχθεί: 1. Αναστέλλοντας την υποφυσιακή γοναδοτροπική λειτουργικότητα χορηγώντας αντιανδρογόνα, όπως οξεική μεδροξυπρογεστερόνη, 2. Μπλοκάροντας την ανδρογενετική δράση των οργάνων στόχων χορηγώντας αντιανδρογόνα, όπως οξεική κυπροστερόνη, 3. Αφαιρώντας τα κύρια κέντρα παραγωγής τεστοστερόνης με χειρουργικό ευνουχισμό, και 4. Καταστρέφοντας νευροχειρουργικά τις εγκεφαλικές περιοχές που επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία. Οι δύο τελευταίες μέθοδοι δεν χρησιμοποιούνται πλέον για δεοντολογικούς λόγους (Bradford, 1985).

Σκοπός της φαρμακοθεραπείας είναι η μείωση της λίμπιντο, της αποκλίνουσας σεξουαλικής φαντασίας και διέγερσης, και της συχνότητας της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Υποστηρίχθηκε αρχικά ότι η φαρμακοθεραπεία είναι σε θέση όχι μόνο να μειώσει τη λίμπιντο αλλά και να τροποποιήσει την κατεύθυνση της σεξουαλικής ορμής. Μελλοντικές έρευνες δεν έδειξαν κάτι τέτοιο, ενώ επιπλέον δεν φάνηκε κάποια εκλεκτική επίδραση στην παρεκκλίνουσα σεξουαλική διέγερση (Cooper et al, 1992).

Κάποιες μελέτες εντοπίστηκαν στην επίδραση της φαρμακοθεραπείας στην υποτροπή της σεξουαλικής παραπτώματικότητας. Μετα-ανάλυση έδειξε ότι η αποτελεσματικότητα στην υποτροπή δεν διάφερε σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών (Halls, 1995). Η οξεική μεδροξυπρογεστερόνη χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1970 (Monep, 1970), και έκτοτε χρησιμοποιήθηκε πολλές φορές σε ποικίλους πληθυσμούς. Οι Cooper et al (1992), βρήκαν ότι τόσο η οξεική μεδροξυπρογεστερόνη όσο και η οξεική κυπροστερόνη είναι εξίσου αποτελεσματικές στη μείωση των σεξουαλικών φαντασιώσεων και αυνανισμών. Το μεγαλύτερο πρόβλημα της φαρμακοθεραπείας είναι η μη-συμμόρφωση και η διακοπή. Τα ποσοστά μη-συμμόρφωσης κυμαίνονται από 30% (Meyer et al, 1985) έως 100% (Langevin et al, 1979). Η πληθώρα ανεπιθύμητων ενεργειών συνεισφέρει σημαντικά στα ποσοστά της μη-συμμόρφωσης. Η οξεική μεδροξυπρογεστερόνη για παράδειγμα μπορεί να προκαλέσει αύξηση βάρους, σμίκρυνση όρχεων, αύξηση αρτηριακής πίεσης, χολολιθίαση, και ήπιο υπερινσου-

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

λινισμό. Ανεξάρτητα με την μείωση στη λίμπιντο που προκαλείται με την φαρμακοθεραπεία, δεν φαίνεται να προκαλούνται επιθυμητές αλλαγές στις γνωσιακές διαστρεφές και στα παρεκκλίνοντα σεξουαλικά ενδιαφέροντα. Η φαρμακοθεραπεία με ουσίες που αναστέλλουν την επαναπρόσληψη σεροτονίνης (SSRIs) δείχνει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα με καλή ανοχή και συνεπώς συμμόρφωση. Τέλος τονίζεται ότι η φαρμακοθεραπεία αποτελεί πιθανόν πολύ καλή συμπληρωματική θεραπεία σε ένα ολοκληρωμένο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα (Gijs & Gooren, 1996).

Εκτίμηση θεραπειών

Μέχρι στιγμής υπάρχουν αρκετά αντικρουόμενα αποτελέσματα στις έρευνες που αφορούν στην έκβαση των θεραπευτικών προγραμμάτων. Πρωταρχικός στόχος είναι η μείωση της συχνότητας υποτροπής. Είναι γνωστό όμως ότι οι επίσημες αναφορές από τα αρχεία της αστυνομίας τείνουν να υποεκτιμούν την πραγματική διάσταση του φαινομένου της παιδοφιλίας. Εκτίμηση από ανεπίσημες πηγές δείχνει 3 φορές υψηλότερα ποσοστά (Marshall & Barbaree, 1988). Παράγοντες ανεξάρτητοι από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις δείχνουν επίσης να επηρεάζουν τη συχνότητα υποτροπής. Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι τα ποσοστά υποτροπής σε άτομα που δεν ακολούθησαν θεραπευτικό πρόγραμμα κυμαίνονται από 10-

29% στους παιδόφιλους με προτίμηση τα κορίτσια, και 13-40% στους παιδόφιλους με προτίμηση τα αγόρια. Η περίοδος παρακολούθησης επίσης φαίνεται να σχετίζεται με τα ποσοστά υποτροπής, αφού βρέθηκαν ποσοστά 12,5%, 38,5%, και 64,3% για περιόδους παρακολούθησης μέχρι 2, 4, και 10 χρόνια αντίστοιχα (Marshall & Barbaree, 1988). Άτομα με μικρό αριθμό προηγούμενων συλλήψεων δείχνουν σημαντικά μικρότερο ποσοστό υποτροπής σε σχέση με άτομα με υψηλό αριθμό συλλήψεων (Sturup, 1972).

Οι Marshall & Barbaree (1989), ταυτοποίησαν κάποια χαρακτηριστικά των παιδόφιλων που σχετίζονται με υποτροπή. Οι δράστες που δείχνουν ισχυρά παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά, διαπράττουν πιο σοβαρές πράξεις, έχουν μεγαλύτερο αριθμό θυμάτων και πραγματοποιούν ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή κατά τη διάπραξη, έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να υποτροπιάζουν. Παρόμοια, οι δράστες με χαμηλή νοητική ικανότητα και χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής. Τέλος, οι Rice et al (1991), βρήκαν ότι, οι παιδόφιλοι που τείνουν να υποτροπιάζουν είναι περισσότεροι πιθανό να έχουν ισχυρά παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά, υψηλά σκορ ψυχοπαθητικότητας, ιστορικό προηγούμενης θεραπευτικής παρακολούθησης, διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας, και να είναι άγαμοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abel, G. G. (1989). *Paraphilias*. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 5th ed., pp. 1069-1085). Baltimore: Williams & Wilkins.
2. Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). *Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults*. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 89-103.
3. Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M. S., & Rouleau, J. L. (1988). *Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders*. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16, 153-168.
4. Abel, G. G., Becker, J. V., Mittelman, M. S., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J. L., & Murphy, W. D. (1987). *Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs*. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 3-25.
5. Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). *The measurement of the cognitive distortions of child molesters*. *Annals of Sex Research*, 2, 135-152.
6. Abel, G., Mittelman, M., & Becker, J. (1985). *Sexual offenders: results of assessment and recommendations for treatment*. In M. M. Ben-Aaron, S. I. Huckers, & C. D. Webster (Eds.), *Clinical criminology: Current concepts* (pp. 191-205). Toronto: M & M Graphics.
7. American Humane Association. (1988). *Highlights of official child neglect and abuse reporting, 1986*. Denver, CO: Author.
8. American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
9. American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
10. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
11. Awad, G. A., Saunders, E., & Levene, J. (1984). *A clinical study of male adolescent sex offenders*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 28, 105-116.
12. Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (1989). *Erectile responses among heterosexual child molesters, father - daughter incest offenders and matched nonoffenders: Five distinct age*

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

- preference profiles. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21, 70-82.
13. Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.
14. Bradford, J. M. W. (1985). Organic treatments for the male sexual offender. *Behavioral Sciences and the Law*, 3, 355-375.
15. Brancale, R., Vnocolo, A., & Prendergast, W. E. (1972). The New Jersey Program for sex offenders. In H. L. P. Resnick & M. F. Wolfgang (Eds.), *Sexual behaviors: Social, clinical, and legal aspects* (pp. 331-350). Boston: Little, Brown.
16. Castell, R., & Yalom, I. (1972). Institutional group therapy. In H. L. P. Resnick & M. F. Wolfgang (Eds.), *Sexual behaviors: Social, clinical, and legal aspects* (pp. 305-330). Boston: Little, Brown.
17. Cooper, A. J., Sandhu, S., Losztyn, S., & Cernovsky, Z. (1992). A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 687-693.
18. Davidson, A. T. (1983). Sexual exploitation of children: A call to action. *Journal of the National Medical Association*, 75, 925-927.
19. Dhawan, S., & Marshall, W. L. (1996). Sexual abuse histories of sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 7-15.
20. Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
21. Freund, K. (1987). Erotic preference in paedophilia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 339-348.
22. Furby, L., Weinrott, M. R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
23. Garlick, Y., Marshall, W. L., & Thornton, D. (1996). Intimacy deficits and attribution of blame among sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 1, 251-288.
24. Gijs, L., & Gooren, L. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *Journal of Sex Research*, 33, 273-290.
25. Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.
26. Hanson, R. K., & Slater, S. (1988). Sexual victimization in the history of child sexual abusers: A review. *Annals of Sex Research*, 1, 485-499.
27. Langevin, R., Paitich, D., Hucker, S. J., Newman, S., Ramsay, G., Pope, S., Geller, G., & Anderson, C. (1979). The effect of assertiveness training, Provera, and sex of therapist in the treatment of genital exhibitionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 275-282.
28. Laws, D. R. & Marshall, W. L. (1991). Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 13, 13-25.
29. Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of the addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
30. Marshall, W. L. (1997). Exhibitionism. In Laws, R. & O'Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 152-174). The Guilford Press.
31. Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program of child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 499-511.
32. Marshall, W. L., & Hall, G. C. N. (1995). The value of the MMPI in deciding forensic issues in accused sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 205-219.
33. Marshall, W. L., Barbaree, H. E. & Eccles, A. (1991). Early onset and deviant sexuality in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 323-336.
34. Marshall, W. L., Barbaree, H. E., & Butt, J. (1988). Sexual offenders against male children: Sexual preferences. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 383-391.
35. Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Hodgkinson, S. (1993). The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Eds.), *The juvenile sex offender* (pp. 164-181). New York: Guilford Press.
36. Matthews, R., Matthews, J. K., & Speltz, K. (1989). Female sex offenders: An exploratory study. Orwell, VT: Safer Society Press.
37. Meyer, W. J., III, Walker, P. A., Emory, L. E., & Smith, E. R. (1985). Physical, metabolic, and hormonal effects on men of long-term therapy with medroxyprogesterone acetate. *Fertility and Sterility*, 43, 102-109.
38. Money, J. (1970). Sexual dimorphism and homosexual gender identity. *Psychological Bulletin*, 74, 425-550.
39. Nichols, H., & Molinder, I. (1984). *Manual of the Multiphasic Sex Inventory*. (Available from the authors at 437 Bowes Drive, Tacoma, WA 98466).
40. Paitich, D., Langevin, R., Freeman, R., Mann, K., & Handy, L. (1977). The Clarke SHQ: A clinical sex history questionnaire for males. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 421-436.
41. Pithers, W. D., Beal, L. S., Armstrong, J., & Petty, J. (1989). Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 77-87). New York: Guilford Press.
42. Quinsey, V. L., Chaplin, T. C. & Carrigan, W. F. (1980). Biofeedback and signaled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences. *Behavior Therapy*, 11, 567-576.
43. Quinsey, V. L., Rice, M. E., Harris, G. T., & Lalumière, M. L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 512-523.
44. Rice, M. E., Quinsey, V. L., & Harris, G. T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security institution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 381-386.
45. Serin, R. C., Malcolm, P. B., Khanna, A., & Barbaree, H. E. (1994). Psychopathy and deviant sexual arousal in incarcerated sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 3-11.
46. Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L., & Siegert, R. J. (1995). Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: A theoretical framework. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 317-334.