

TRETMAN PEDOFILA

Dijana Jerković

Ivana Maurović

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko rehabilitacijski fakultet
Odsjek za poremećaje u ponašanju

SAŽETAK

Rad sadrži definiciju pedofilije, daje pojašnjenje pojmovne i terminološke različitosti u definiranju ove pojave, te prikaz različitih teoretskih pristupa epidemiologiji i fenomenologiji pedofilije, te karakteristikama pedofila.

Ciljevi tretmana pedofila su: 1. smanjiti pedofilski interes za djecu; 2. utemeljiti seksualno zani-manje za odrasle; 3. smanjiti stavove i vjerovanja koja potiču pedofilno ponašanje; 4. razviti prosocijalno ponašanje; 5. rješiti unutarpsihičke konflikte; 6. održati postojeće stanje i prevenirati recidivizam. U svrhu ostvarenja ovih ciljeva rabljene su bihevioralne, kognitivne, farmakološke metode i tehnike, te različite vrste psihoterapije. Najuspješnijom se pokazala kognitivno-bihevioralna metoda.

Ključne riječi: Pedofilija, tretman pedofila

1. UVOD

Praksa dijagnosticiranja i tretmana pedofilnog ponašanja je mlado i gotovo neistraženo područje na kojem se radi tek posljednjih 20-tak godina (Ib-botson, 2003). No, u zadnje vrijeme javnost je sve više zaokupljena informacijama o povećanju seksualne zloporabe djece, a u okviru toga i pedofilije (Rosenberg, 2002). U skladu s povećanjem prijave raste i motivacija profesionalaca za pronalaženjem učinkovitog tretmana kojim bi se tretirali seksualni prijestupnici i time smanjio recidivizam.

Pedofilija je poremećaj u kojem je primarni seksualni interes usmjeren na prepubertetsku djecu. Iako je pedofilno ponašanje nezakonito i bolno za žrtve, počinitelji su uvjereni kako su njihove aktivnosti dobre za djecu, kako time pridonose razvoju djece ili kako djeca uživaju u tim aktivnostima (Rosenberg, 2002).

Upravo je pedofilija najčešći oblik parafilija. U DSM-IV (Davison, Neale, 1999: 395) parafilije predstavljaju grupu poremećaja kod kojih su seksualno privlačni neuobičajeni objekti, a seksualne aktivnosti neobične po svojoj prirodi; ukratko, postoji

devijacija, odstupanje (*para*) u tome što je osobi privlačno (*-philia*). Ova privlačnost treba biti snažna i trajati barem šest mjeseci. Dijagnoza se postavlja samo ako je osoba postupala u skladu s tim potrebama ili zbog njih doživjela značajnu nelagodu. Važno je napomenuti da ljudi mogu imati ista maštanja i potrebe kao što ima parafilicar, ali da ne budu dijagnosticirani, ako se maštanja ne ponavljaju i nisu intenzivna, te ako on (ili ona) nije nikad djelovao/la u skladu s tim poticajima ili nije zbog toga znatno uznemiren/a.

Gotovo 20% djece u Americi je na različite načine seksualno zlostavljano. Češće su zlostavljani od strane poznatih osoba, obiteljskih prijatelja i rodbine nego od nepoznatih. Manje od 3% prijavljenih seksualnih zlostavljanja se dogodilo od strane žrtvama nepoznatih osoba. (Morrison, 1995, prema Pedophilia; Finkelhor, 1994).

Pedofilske aktivnosti su različite i mogu uključivati promatranje djece, razodijevanje, dodirivanje djetetovih ili napadačevih genitalija, oralni seks... Jedan je dio zlostavljača i sam bio žrtva zlostavljanja, pa je tretman bitan ne samo za sprječavanje recidivizma, već i sprječavanje stvaranja no-

vih pedofila. Kako je riječ o kompulziji, tretmani su fokusirani na mijenjanje, kontrolu ili preusmjerenje pedofilskih sklonosti i ponašanja (Ruggles, 2001-03).

U Hrvatskoj gotovo da i nema nikakvih podataka o pedofiliji. No to ne znači da ovaj problem nije prisutan i u RH, već se jednostavno nije istraživao.

2. PEDOFILIJA

Pedofili (grč. *pedos* = dijete; grč. *philia* = ljubav) su odrasle osobe, obično muškarci kako pokazuju policijski zapisi, koji seksualno zadovoljenje nalaze kroz fizički i seksualni kontakt s djecom predpubertetske dobi s kojom nisu u srodstvu (Davison, Neale, 1999:398). DSM-IV postavlja zahtjev da je krivac star barem 16 godina i najmanje 5 godina stariji od djeteta. Ključna je prisutnost intenzivnih, ponavljajućih seksualnih fantazija, poriva ili ponašanja u posljednjih 6 mjeseci, a prema djeci do 13. godine. Međutim, postoji i podvrsta pedofilije koja uključuje preferenciju prema maloljetnim osobama u pubertetu, tzv. hebefilija, nazivana još i efebofilija (Modly, 1999:103). Dok je pedofilija uvrštena u DSM-IV, hebefilija nije (American Psychiatric Association, 2000). Također je potrebno razlikovati pedofiliju od incesta. Incest ili rodoskrvnuće definira se kao spolni odnošaj ili s njim izjednačena spolna radnja s rodom po krvi u ravnjoj lozi ili s bratom ili sestrom (Kovčo, 1998: 660).

Pri razmatranju ovog problema potrebno je imati u vidu pojmovne i terminološke razlike u objašnjavanju ove pojave. Naime, počinitelj kaznenog djela može i ne mora biti pedofil, kao što i pedofil ne mora djelovati prema svojim impulsima, tj. ne mora biti počinitelj (Cloud, 2002).

Za identifikaciju pedofilskih sklonosti kod počinitelja kaznenih djela na štetu djece i maloljetnika često se upotrebljava penilni (lat. *penis* = muški spolni ud) pletizmograf. Riječ je o instrumentu koji mjeri i snima penilnu erekciju koja nastaje kao reakcija na različite seksualno devijantne stimulanse (Langevin, 1983; Hall, 1996). Pletizmograf se koristi ne samo za identifikaciju pedofila, već i za periodične evaluacije tijekom tretmana. Ipak, instrument ima i neka ograničenja. Naime, ne može se koristiti kao dokazni materijal za utvrđivanje počinjenog delikta na štetu djeteta, ukoliko osumnjičena osoba negira djelo (Maletzky, 1991).

2.1. Etiologija

Točan uzrok ili uzroci pedofilije nisu poznati. Međutim, različite teorije spominju čimbenike koji pridonose razvoju pedofilije. U skladu s tim, navode se podaci da je ovaj poremećaj prisutan kroz generacije unutar određene obitelji, što može biti posljedica

genetskih čimbenika ali i različitih oblika učenja (Howells, 1981).

Pretpostavlja se da i drugi čimbenici, kao što su abnormalnosti muških spolnih hormona ili abnormalnosti serotonina utječu na nastanak pedofilije (Langevin, 1983; Feierman, 1990; Hall, 1996), no te hipoteze nisu nikada dokazane, kao ni hipoteza da seksualno zlostavljana djeca i sami postaju zlostavljači u odrasloj dobi. Naime, Cloud (2002) tvrdi kako je samo trećina pedofila bila zlostavljana u djetinjstvu.

Hipoteze temeljene na razvojnim teorijama navode kako je pedofilija rezultat averzivnih iskustava iz djetinjstva, kao što je negativna socijalizacija, zanemarivanje, neadekvatne socijalne vještine, školski problemi, rana seksualna iskustva... (Freund, Kuban, 1993). Neki kognitivni teoretičari (Li, 1990) smatraju pedofiliju oblikom seksualne agresije koja je rezultat kognitivnih distorzija pojedinca (npr. mišljenje da je ponašanje dobro za žrtvu ili da barem nije štetno).

Nathan, Gorman i Salkind (1999, prema Pedophilia) su proveli različita istraživanja vezana uz čimbenike koji pridonose pedofiliji. Na temelju svojih zapažanja postavili su tri potencijalna bitna čimbenika:

a) bihevioralno učenje po modelu

Dijete, koje je žrtva ili promatrač neadekvatnog seksualnog ponašanja, uči imitacijom, a u kasnijoj životnoj dobi internalizira ova ponašanja i ponaša se u skladu s njima.

b) kompenzacijski model

Prisutnost deprivacija u normalnim seksualnim kontaktima utječe na seksualno zadovoljenje kroz društveno manje prihvatljive oblike ponašanja.

c) fiziološki model

Fokusira se na odnose između hormona, ponašanje središnjeg živčanog sustava sa posebnim naglaskom na vezu agresivnosti i muških spolnih hormona.

Među psihoanalitičkim hipotezama spominju se čimbenici poput neseksualnih osnova seksualnog zlostavljanja djece. Navode se idealizacija djetinjstva, potreba za nadmoći, onesposobljavajuća anksioznost vezana za seksualne odnose s odraslom osobom, te osjećaj socijalnog i profesionalnog neuspjeha u svijetu odraslih (Lanyon, 1986, prema Davison, Neale, 1999: 396).

2.2. Obilježja počinitelja

Govoreći općenito o pedofilima Bartol (1995, prema Kovčo, 1998) navodi kako su pedofili uglavnom muškarci. Ukoliko je počinitelj žena, zlo-

stava djeteta najčešće se odvija u sudioništvu s muškim partnerom (Ruggles, 2001-2003; Wakefield, Underwager, 1991a).

Pedofil može djelovati individualno ili biti učlanjen u neku organizaciju (npr. NAMBLA= North American Man/Boy Love Association). Pedofilske organizacije vrlo su djelatne: tiskaju pornografske časopise i pornografske slike; izrađuju vodiče za dječje bordele i agencije koje se bave podvođenjem djece; organiziraju se pedofilska putovanja u zemlje Azije, Bliskog istoka, Južne Amerike i druge zemlje (npr. vodič pod nazivom "Spartakis" tiska se u preko 60.000 primjeraka godišnje); sve više se za pedofilske svrhe koristi Internet mreža. Neki pedofili prepoznaju da je njihovo ponašanje kriminalno, nemoralno i neprihvatljivo u društvu pa nastoje djelovati u tajnosti. Drugi su pak otvoreni i transparentni u svojim aktivnostima, ističu «normalnost pedofilije» i koriste različite ublažavajuće termine kao što je tzv. «intergeneracijska intimnost» (Modly, 1999:102).

Ukoliko je pedofil bio žrtva zlostavljanja u djetinjstvu, često će birati dijete istih godina koliko je sam imao u vrijeme zlostavljanja (Garber, 2003, prema Quinn, 2003). Prema Garberovom mišljenju, kad preferirano dijete odraste, pedofil gubi interes za njega i traži drugo dijete odgovarajuće dobi. Postajući zlostavljač, bivša žrtva je sposobna ponovno proživjeti vlastito zlostavljanje, no ovaj put uz osjećaj kontroliranja situacije.

Kao i kod većine odstupajućih seksualnih ponašanja, i kod pedofilije postoji snažna subjektivna privlačnost koja pedofile vodi djetetu. Klinička promatranja pokazuju da su pedofili osobe niske socijalne zrelosti, niskog samopoštovanja i kontrole poriva, te slabih socijalnih vještina (Gebhard, 1965, prema Davison, Neale 1999: 398). Ipak, iz više razloga potrebna je opreznost u zaključcima o ličnosti pedofila. Okami i Goldberg (1992) navode kako neke od počinitelja karakterizira sramežljivost, usamljenost i nisko samopoštovanje. Ipak, u usporedbi sa počiniteljima drugih kaznenih djela navedene karakteristike nisu značajnije naglašene. Također, one mogu biti i posljedica društvene reakcije na pedofiliju.

U svrhu što boljeg razumijevanja obilježja ličnosti i ponašanja pedofila, stvorene su i neke tipologije. Najuzna klasifikacija koju spominje Ruggles (2001-03) razlikuje isključivi tip (privlače ga isključivo djeca) i neisključivi tip pedofila (privlače ga i djeca i odrasli).

• Rosenberg (2002) razlikuje: 1. preferirajući tip (preferira specifičan tip djeteta, npr. određeni spol, godine, boju kose i sl.); 2. oportunistički tip (može i ne mora imati preferencije, ali će iskoristiti

sve prilike za zadovoljenje svojih potreba); 3. nediskriminativni tip (metodom slučaja bira svoju žrtvu, često djeluje na javnim mjestima, primjenjuje silu i nerijetko ubija dijete). Ovo je ujedno najopasniji ali i najrjeđi tip.

• Tretmanski centar u Massachusettsu (Bartol, 1995, prema Kovčo, 1998:654) razvio je četiri ključna pedofilska obrasca: 1. fiksirani pedofil; 2. regresivni tip, 3. eksploativni tip, 4. agresivni ili sadistički tip.

Fiksiranog (ili nezrelog) zlostavljalca djece karakterizira dugotrajna i isključiva preferencija za djecu u seksualnom i dugotrajnom druženju. On nikada nije bio sposoban razviti zreli odnos sa odraslim vršnjacima. Seksualni kontakt obično se događa kad pedofil i dijete razvijaju dobar odnos. Rijetko očekuje genitalni snošaj, već se zadovoljava diranjem i milovanjem djeteta. Pri tom je uporaba sile rijetka.

Regresivni pedofil ima uglavnom normalnu adolescenciju, no kasnije razvija osjećaje muške neadekvatnosti i sumnje u sebe. Obično preferira žrtve koje ne poznaje, očekuje genitalni snošaj sa svojom, u pravilu ženskom žrtvom. Nakon počinjenog delikta iskazuje krivnju. Ova se činjenica smatra dobrom osnovom za rehabilitaciju.

Eksploativni pedofil traži djecu primarno za zadovoljavanje seksualnih potreba. Obično ne poznaje svoju žrtvu. Ako je potrebno, koristit će se agresijom. Odnosi ovog tipa pedofila sa vršnjacima su nepredvidivi. Upravo njegove neadekvatne interpersonalne vještine mogu biti osnovni razlog odabira djece kao žrtava. Tretmanska prognoza je loša.

Agresivni pedofil ima dugu povijest antisocijalnog ponašanja. Razlozi viktimiziranja djece su i seksualni i agresivni. Mnogi preferiraju žrtvu svoga spola. Tretmanske prognoze za ovaj tip pedofila vrlo su pesimistične. Ipak, pozitivno je to što je ovaj tip pedofila vrlo rijedak.

• Holmes i Holmes (1996) daju sljedeću tipologiju pedofila:

1. situacijski pedofili

To su osobe koje nemaju stvarni seksualni interes za djecu, ali u određenim životnim situacijama, osobito stresnim, mogu eksperimentirati s djecom. Podvrste situacijskih pedofila su *regresivni*, *moralno* i *seksualno nekritični pedofili*, *navinjeni* ili *neadekvatni pedofili* (Burgess, Groth, Holmstrom, 1978).

2. preferencijski pedofili

Ovo je vrlo opasan tip pedofila, jer percipiraju djecu kao izvor užitka. Podvrste ovog tipa su *sa-*

distički pedofili (mysopedi), zavodnički pedofili, fiksirani tip pedofila (Burg, 1983; Holmes, 1991).

Još sredinom dvadesetog stoljeća dva teoretski potpuno suprotna psihološka pravca došla su, neovisno jedan o drugom, do istog zaključka (Abel i Harlow, 2002). Naime, i psihoanalitičari i bihevioristi su zaključili kako fantazije koje potječu iz ranih seksualnih iskustava u djetinjstvu predstavljaju kritičnu točku u razvoju odraslih seksualnih interesa. Polazeći od tog saznanja, Abel i Harlow (2002) su proveli istraživanje o povezanosti seksualnih fantazija i seksualnih interesa. Metodom samoiskazivanja podijelili su uzorak od 3595 muškaraca zlostavljača djece u dvije skupine: oni kod kojih su prisutne seksualne fantazije vezane uz djecu (59%) i oni kod kojih nema fantazija (41%). Istraživanjem je utvrđena statistički značajna pozitivna povezanost između fantazija i broja žrtava, kao i s učestalošću zlostavljanja.

Teza da homoseksualni muškarci zlostavljaju dječake, a heteroseksualni djevojčice, u ovom se istraživanju nije pokazala točnom. Naime, 51% muškaraca koji su se izjasnili kao isključivo heteroseksualni, zlostavljali su samo dječake. S obzirom na zlostavljanje samih zlostavljača u ranijim razdobljima njihovog života, utvrdilo se da su zlostavljani (47%) ranije započeli sa svojom kriminalnom karijerom, te su imali više žrtava. Čak 76% zlostavljanih pedofila počelo je zlostavljati prije 20-e godine života (Abel i Harlow, 2002). Ove činjenice upućuju na važnost rane identifikacije zlostavljanih dječaka i rane intervencije uz različite terapije kojima će moći naučiti kontrolirati svoje potrebe za seksualnim zlostavljanjem djece.

Prema podacima Interpola (Modly, 1999:102) oko 80% uhićenih pedofila je seropozitivno na virus HIV-a, što posebno dodatno ugrožava problem pedofilije.

3. TRETMAN PEDOFILA

Programi tretmana pedofila većinom su izrađeni za osuđene muškarce u zatvorima i psihijatrijskim ustanovama. Postoji nekoliko loših karakteristika postojećih programa. Naime, programi ne selekcioniraju počinitelje različitih seksualnih delikata, pa su pedofili tretirani na isti način kao i počinitelji drugih seksualnih delikata (Zessen, 1990). Isti program imaju pedofili koji su zlostavljali 3-godišnje dijete, kao i oni koji su imali seksualni odnos sa 14-godišnjakom. Problem tretmanskih programa je i u utvrđivanju motivacije korisnika. Naime, vrlo je bitno utvrditi je li želja pojedinca za promjenom unutarnja ili je prividna, tj. pod utjecajem želje za što bržim napuštanjem institucije (Zessen, 1990).

Često se od osumnjičene osobe zahtijeva da pristupi tretmanu kao uvjet za kontakt s vlastitom djecom, pa je nemoguće sa sigurnošću utvrditi motivaciju za tretman. Uvjet pristupanja tretmanu je i priznanje krivnje, a taj čimbenik može spriječiti kako nevinu osobu, tako i počinitelja u razrješavanju vlastite situacije. Počinitelju treba vremena da prizna krivnju, a nevinoj osobi je to gotovo nemoguće, posebno stoga što tada mora opisati sve pojedinosti delikta kojeg zapravo nije počinio (Wakefield i Underwager, 1991b).

Furby, Weinrott, Blackshaw (1989) kao najbolju reakciju na pedofilno ponašanje predlažu probaciju s tretmanom, te neko određeno vrijeme u zatvoru. Smatraju da se takvim osobama treba ponuditi tretman kao zamjenu za kaznu. Tako bi optuženik imao priliku izliječiti se, izbjeći gubitak odnosa s obitelji, gubitak posla i osramoćenje.

Lipton (1986, prema Wakefield, Underwager 1991b) navodi čimbenike koji pridonose neuspjehu rehabilitacije. To su: 1. otpor prema promjeni; 2. prisilan sistem korekcije ponašanja; 3. nedostatak teoretske baze za tretmanski program; 4. neuspjeh u provođenju programa; 5. nesposobnost primjene naučenog u svijetu izvan institucije.

Gendreau (1986, prema Maletzky, 1996) dodaje da neuspješni programi koriste pristupe koji su neprikladni optuženicima, rigidni, nametnuti i rabe jedino negativne potkrepljivače. Isti autor opisuje osobine uspješnih rehabilitacijskih programa. Takvi programi uključuju socijalno učenje, kognitivno-bihevioralne metode umjesto psihodinamskih i fleksibilni su. Temelje se na autoritetu, postavljanju pravila i granica, na adekvatnim načinima rješavanja problema, uspostavljanju dobrih interpersonalnih odnosa, a najuspješniji programi su oni koji koriste bihevioralne modifikacijske tehnike, nagrađuju prosocijalno ponašanje te mijenjaju antisocijalne stavove i vrijednosti koji dovode do kriminalnog ponašanja. Ovakav tretman, navodi Gendreau, smanjuje recidivizam za 53%.

Ciljevi tretmana pedofilije su: smanjiti pedofilske interese, utemeljiti seksualno zanimanje za odrasle, smanjiti stavove i vjerovanja koja potiču pedofilno ponašanje, razviti prosocijalno ponašanje, riješiti unutarpsihičke konflikte, održati postignuto u tretmanu i prevencija recidivizma.

• Smanjiti pedofilske interese

Ono što pedofile razlikuje od nepedofila jesu seksualne fantazije ili potrebe koje uključuju djecu mlađu od 13 godina. Konstruirani su raznoliki tretmani kako bi se reducirali pedofilski seksualni interesi za djecu, a time i pedofilno ponašanje (Elias, 1995).

A) BIHEVIORALNE INTERVENCIJE

Bazirane su na ideji kondicioniranja (Langevin, 1983). U narednom tekstu objašnjene su neke od bihevioralnih tehnika (prikrivene senzacije, olfaktorne senzacije, zasićenost), te kognitivno-bihevioralna (imaginarna desenzitizacija).

1. Prikrivene senzacije

Pedofile se uči prepoznati lanac događaja koji dovodi do pedofilnog ponašanja te povezati te događaje sa potencijalno negativnim posljedicama kao što su javno ponižavanje, gubitak kontakta sa članovima obitelji, gubitak posla i dr. (Elias, 1995).

Postojeće evaluacije ove tehnike temelje se na nekontroliranim studijama slučajeva s vrlo malim brojem ispitanika, rezultati su nekonzistentni, pa njena učinkovitost nije dokazana (Rosenberg, 2002).

2. Olfaktorne senzacije

Tehnike averzivnog uvjetovanja pokazale su se vrlo uspješnima ukoliko su rabljene kontinuirano i pouzdano (Rosenberg, 2002). Temelje se na povezivanju neugodnog stimulansa s devijantnom seksualnom fantazijom, kao što su npr. šokiranje klijenta ili navođenje klijenta da pri svakom devijantnom impulsu pomiriši trulo meso (Quinsey i sur., 1976).

3. Zasićenost

Cilj ove tehnike je smanjiti neprimjerene seksualne interese kroz njihovo povezivanje s dosadom (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999). Pacijenta se upućuje da masturbira na ne-devijantne seksualne fantazije do orgazma, a nakon toga da nastavi masturbirati zamišljajući svoje devijantne fantazije (Elias, 1995). Druga varijacija ove tehnike je *verbalno zasićenje* (Crawford, 1981). Naime, pacijent nakon orgazma oko 30 min sluša devijantne seksualne fantazije snimljene na kazetofonu. Evaluacija ove tehnike provedena na vrlo malom uzorku, bez kontrolne grupe, pokazala je kratkotrajnu učinkovitost (Maletzky, 1991).

B) PSIHOKIRURGIJA

1. Kastracija

Cilj kastracije, odnosno uklanjanja testisa koji su zaduženi za proizvodnju testosterona, je eliminirati seksualni nagon kako bi počinitelj izgubio motivaciju za seksualni prijestup (Langevin, 1983). Istraživanja su pokazala da su ovakvi tretmani uspješni (Bradford 1988; Bertrand, 2000; Prentky 1997, prema Kovčo, 2003). Stürüp (1968) izvještava da je od ukupno 3186 seksualnih prijestupnika, na-

kon ovakvog tretiranja, njih 2,2% učinilo recidiv. To potvrđuju i neka istraživanja provedena od 1940.-1950. u Europi (Langevin, Lang, 1985).

Unatoč izvješćima o smanjenju recidivizma, Američko udruženje za tretman počinitelja seksualnih delikata (1997, prema Kovčo, 2003) protivi se uporabi kirurške kastracije, i to zbog dva razloga: postoje alternativne i manje invazivne metode tretmana s istim učinkom, te određeni broj kastriranih osoba može zadržati seksualno funkcioniranje. Naime, počiniteljev kapacitet za postizanje erekcije i ejakulacije trajno je oštećen, no seksualni delikti u mnogim slučajevima uključuju više od korištenja penisa za izvršenje djela. Mogu se javiti i razne nuspojave: promjene u metabolizmu, problemi sa srcem, disanjem, osteoporoza; ali i psihološki problemi kao depresija, ljutnja, osjećaj neadekvatnosti, izolacija, te pasivnost (Crawford, 1981).

U Hrvatskoj prema čl. 15. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, primjena kastracije nije dopuštena (Kozarić-Kovačić i sur., 1998:259).

C) FARMAKOLOŠKE INTERVENCIJE

Farmakološki tretman pedofila temelji se na pretpostavci da je njihovo ponašanje seksualno motivirano, te da će inhibicija seksualnih nagona smanjiti neprihvatljivo seksualno ponašanje. Cilj ovakve terapije je smanjiti devijantne seksualne potrebe, fantazije i ponašanje, te poticati normalne (Bradford, 1995).

Većina autora koja se bavila učinkovitošću kemijske terapije, kao i Američko društvo za tretman počinitelja seksualnih delikata, preporuča da se ovakav tretman koristi samo u slučajevima u kojima su se drugi oblici tretmana pokazali neuspješnima ili u kojima je prognoza vrlo nepovoljna, i to samo uz suglasnosti počinitelja i s popratnom psihoterapijom (Cohen, 1999, prema Kovčo, 2003).

Najčešći farmakološki tretman uključuje:

1. Androgene

1.1. Cyproteron Acetat, CPA

CPA ima antiandrogenski, antigonadotropni i progesteronički učinak. Utječe na receptore androgena u organizmu, blokira unutarstanične testosterske receptore te unutarstanični metabolizam androgena (Bradford 1983, Neumann 1977, prema Bradford, 1993). Zbog redukcije testosterona u plazmi i blokade receptora smanjuje se seksualni nagon, fantazije i seksualne potrebe (Keiberg test, Schering 1983, prema Bradford, 2000). Kao posljedica uzimanja CPA, mogu se pojaviti različite nuspojave: povećavanje tjelesne težine, nagle promje-

ne raspoloženja, rast grudi, sterilitet, ginekomastia, hipersomnia, depresija, promjene u funkcioniranju adrenalina, oštećenja jetre i mišića i dr. (Langevin, 1983).

2. Hormonalna sredstva bez specifičnog antiandrogenskog profila

2.1. Medroxyprogesteron acetat, MPA

MPA smanjuje količinu testosterona u jetri, a time i u plazmi. Dovodi do smanjenja seksualnih fantazija, libida, te seksualne aktivnosti (Gagne 1981, Walker & Meyer 1981), a pokazalo se da utječe i na smanjenje seksualnih potreba i agresivnosti (Walker & Meyer, 1981). Moguće nuspojave su: debljanje, gastrointestinalni poremećaji, rast dojki, sterilitet, depresija, nesanica, noćne more, hipertenzija, oštećenja jetre i mišića i dr. (Langevin, 1983). Meyer i sur. (1992, prema Bradford, 1998) proveli su istraživanje na 40 pedofila tretiranih sa 400 mg MPA dnevno u periodu od 6 mj. do 12. god. Kontrolnu skupinu činili su pedofili tretirani psihoterapijom. 18% ispitanika eksperimentalne skupine je recidiviralo tijekom terapije, a njih 35% po završetku terapije. Iz kontrolne skupine recidiviralo je 55% ispitanika.

2.2. Lutenizirajući otpuštajući hormon LHRH

LHRH umara hipotalamo-hipofiznu os, što dovodi do inhibicije gonadotropne sekvence (Thibault i sur., 1993). Dickey (1992, prema Rosler i Witztum, 1998) je našao da su pedofili koji su recidivirali nakon MPA i CPA terapije, uspješno liječeni sa LHRH.

3. Inhibitori serotonina

3.1. Selektivni serotoninški inhibitor, SSRIs

Poznati antidepresiv, a njegova uloga je značajna u liječenju opsesivno-kompulzivnih poremećaja (Bradford, 1991). Greenberg (1997) je proveo istraživanje na uzorku od 94 parafilicara (većinom pedofila), tretiranih sa SSRIs. Kontrolnu skupinu činilo je 104 parafilicara tretiranih samo psihoterapijom. Parafilicarske fantazije su se u mnogo većoj količini smanjile kod osoba tretiranih sa SSRIs. Budući su nuspojave nakon konzumacije SSRIs mnogo blaže od onih nakon uzimanja antiandrogena i hormona, često se rabi kombinacija tih lijekova kako bi se smanjile nuspojave zbog spomenuta dva lijeka.

- **Utemeljiti seksualno zanimanje za odrasle**

Kod većine pedofila postoji seksualno zanimanje i za odrasle, dok samo 11% pedofila ne pokazuje takve sklonosti (Elias, 1995). Neke od teh-

nika koje se koriste kako bi se utemeljilo seksualno zanimanje za odrasle su:

A) IZLAGANJE

Smatra se da bi se zanimanje pedofila za odrasle moglo postići kada bi im se redovito puštali erotski filmovi koji bi prikazivali seksualni odnos dvoje odraslih ljudi. Tada bi pedofili posjedovali eksplicitne fantazije koje bi mogli iskoristiti tijekom samozadovoljavanja, odnosno seksualnog odnosa s odraslom osobom (Elias, 1995).

B) UVJETOVANA MASTURBACIJA

Pacijentima se daje devijantni stimulans (audio/vizualni), ili oni zamišljaju devijantne sadržaje kako bi se uzbudili, a neposredno prije orgazma stimulans ili fantazije se zamijene onima nedevidijantnog sadržaja (Crawford, 1981).

Rezultati raznih istraživanja o učinkovitosti ove tehnike su različiti. Oni koji upućuju na njenu uspješnost moraju se uzeti sa rezervom, obzirom se ne može sa sigurnošću utvrditi da pacijent nije zamišljao devijantni sadržaj (Council of Scientific Affairs of the American Medical Association, 1987).

C) SISTEMATSKA DESENZITIZACIJA

Ovom tehnikom nastoji se smanjiti tjeskoba koja se javlja kada pedofil zamišlja seksualni odnos sa odraslom ženom. U stanju opuštenosti pacijentu se opisuje romantično/seksualna situacija sa odraslom ženom, i to ona koja izaziva najmanju količinu tjeskobe. Nakon toga slijede tehnike relaksacije. Zatim se opisuju situacije koje izazivaju sve veću količinu anksioznosti, pa ponovno relaksacija (Maletzky, 1991).

- **Smanjiti stavove i vjerovanja koja potiču pedofilno ponašanje**

Pedofili najčešće razvijaju različite obrambene mehanizme (racionalizaciju, negiranje i dr.), pomoću kojih se odbijaju suočiti sa vlastitim devijantnim porivima. Metode navedene u daljnjem tekstu rabe se kako bi suočile pedofile sa tim distorzijama i normalizirale njihova kognitivna vjerovanja (Elias, 1995). To su kognitivne metode (Center of Sex Offender Management, 1999) koje se obično rabe s grupom pacijenata. Bazirane su na pretpostavci da je zlostavljачko ponašanje posljedica iracionalnih vjerovanja, antisocijalnih stavova, zlostavljачkih misli, nedostatku seksualne educiranosti, te socijalnih vještina.

A) OSVJEŠTAVANJE PORICANJA

Zlostavljачa se konfrontira sa njegovim pokušajima minimalizacije, racionalizacije te poricanja

vlastitog devijantnog seksualnog ponašanja (Hall, 1996).

B) EKSTERNALIZACIJA KOGNITIVNIH DISTORZIJA

Pedofili "zlostavljaju" lutku obučenu u dječju odjeću, verbalizirajući pritom uvjerenja koja se inače javljaju u situacijama zlostavljanja. Nakon toga, terapeut s članovima grupe raspravlja o negativnim posljedicama tih uvjerenja, kao i o mogućim ispravnim uvjerenjima (Center of Sex Offender Management, 1999).

C) KOGNITIVNO RESTRUKTURIRANJE

Pedofile se navodi na izjašnjavanje o razlozima zbog kojih vjeruju da su njihova djela opravdana. Potom raspravljaju zašto su ti razlozi neispravni i logički neprihvatljivi (Elias, 1995).

D) TRENING EMPATIZIRANJA SA ŽRTVOM

Pedofile se upućuje na najčešće posljedice koje iskuse djeca nakon zlostavljanja. Čita im se iskaz žrtve nakon čega oni moraju ponoviti napisano, prvo iz perspektive zlostavljača, a zatim iz perspektive žrtve (Hall, 1996).

• Razviti prosocijalno ponašanje

Pedofili uče vještine koje će im pomoći u ophođenju s drugim ljudima. Metode su kognitivnog tipa.

A) UČENJE SOCIJALNIH VJEŠTINA

Uče se u grupi, i to igranjem uloga. Njihovo je usvajanje od iznimne važnosti za (re)socijalizaciju pedofila te za implementaciju seksualnog zanimanja za odrasle (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999).

B) TRENING ASERTIVNOSTI

Zlostavljače se uči interakciji sa ženama, te načinima izražavanja misli i osjećaja koji uključuju poštovanje prava drugih, ali i brigu o sebi (Crawford, 1981).

C) SEKSUALNA EDUKACIJA

Tehnika pomoću koje se zlostavljačima daju podaci o seksualnosti i seksualnim devijacijama. Također ih se podučava da seksualno ignoriranje može povećati tjeskobu kod odraslog partnera (Hall, 1996).

• Riješiti unutarpsihičke konflikte

Pacijentu se nastoji pomoći u rasvjetljenju unutarpsihičkih konflikata, te razumijevanju i kon-

troliranju ponašanja (Langevin, 1983). Metode koje se rabe za postizanje ovog cilja su:

A) PSIHODINAMSKA PSIHOTERAPIJA

Bazira se na neriješenim psihoseksualnim konfliktima, koji zbog straha od kastracije dovode do pedofilskog ponašanja (Elias, 1995).

B) OBITELJSKA SISTEMSKA TERAPIJA

Sve devijacije, ovisno o njihovim stupnju, mogu izbaciti obitelj iz ravnoteže. Ovom terapijom nastoji se pomoći obitelji pedofila, te poboljšati obiteljsku atmosferu (Elias, 1995).

C) TRETMAN SEKSUALNE OVISNOSTI

Ovdje se koristi model od 12 koraka preuzet od pristupa Anonimnih Alkoholičara (Elias, 1995).

D) TRAUMA MODEL TRETMAN

Ovaj tretman se bazira na uvjerenju da je ponašanje pedofila rezultat njihova zlostavljanja dok su bili djeca. Nastoji im se pomoći ne samo da zaustave zlostavljačko ponašanje, nego i da uvide i raščiste posljedice vlastitog zlostavljanja (Elias, 1995).

E) INDIVIDUALNA PSIHOTERAPIJA

Terapeut nastoji pomoći pacijentu pokazujući zanimanje, poštivanje i razumjevanje za njega (Crawford, 1981). Potiče ga na otvorenost i iskrenost. Ova terapija ima dvije faze, terapiju identiteta i realizacijsku terapiju (Zessen, 1990).

F) GRUPNA TERAPIJA

Programi grupnog tretmana konstruirani su za populaciju osuđenih muškaraca u zatvorenim institucijama. Program se bazira na shvaćanju da interes za djecu može biti izvor socijalnih i psiholoških problema te da može biti riješen koristeći se sistemom socijalne podrške. Ona može biti postignuta jedino u malom krugu ljudi, najčešće drugih pedofila, i to kroz različite grupe samopomoći ili kroz neformalne situacije (kao "mreža prijatelja"). Većina pedofila uključena je u jedan ili dva kruga ljudi (Zessen, 1990). Dakle, grupna terapija: suočava pojedinca sa racionalizacijom i negiranjem, stvara ozračje podrške koja omogućuje raspravu i tretman, ima strategije za uspješno sprječavanje recidivizma, potiče empatiju za druge članove. Nepoznata je učinkovitost grupne terapije. Ne postoje kontrolirana i provjerena istraživanja, postojeća se baziraju na kontradiktornim premisama, a ne oslanjaju se niti na jednu postojeću dokazanu teoriju (www.fredberlin.com.).

• Održati postignuto u tretmanu i prevencija recidivizma

Tretmanski programi koji se rabe za održanje postignutog prihvatljivog ponašanja su (Elias, 1995; Laws, 1989):

A) TERAPIJA ODRŽAVANJA POSTIGNUTOG STANJA

Ovo je najčešće terapija kognitivno – bihevioralne orijentacije.

B) SOCIJALNA KONTROLA

Uključuje članove klijentove obitelji, kolege s posla ili drugu socijalnu grupu, a bitna je za održavanje nadzora nad pedofilom u vanjskom svijetu.

C) PREVENCIJA RECIDIVIZMA

Ovaj tretman uključuje: identifikaciju čimbenika koji su inhibirali motivaciju pedofila za promjenom ponašanja te vrednovanje tih čimbenika, identifikaciju situacija visokog rizika, stjecanje suportivne mreže koja će pomoći pedofilu u prelasku ka nepedofilskom ponašanju, strukturiranje životnog stila, uključivanje u aktivnosti koje smanjuju tenziju i minimiziraju stresore koji potiču kriminalno ponašanje, učenje tehnika kontrole i drugih mehanizama za sprječavanje recidivizma, utvrđivanje kriterija koje pedofili mogu koristiti kako bi uvidjeli trebaju li daljnji tretman.

3.1. Uspješnost tretmana

Uspješnost tretmana prosuduje se prema jednostavnom kriteriju: recidivu (Zessen, 1990). Iako je kriterij jasan, zbog velike tamne brojke nije jednostavno provesti istraživanje uspješnosti tretmana. Postoji podatak da prosječan pedofil počini 13 napada prije negoli je uhićen (Etzioni, 1990). Najčešći razlog je zastrašivanje djece od strane pedofila, ili je počinitelj vrlo blizak rođak djetetu pa obitelj nastoji zataškati slučaj.

Ne postoji niti jedno istraživanje uspješnosti tretmana koje zadovoljava sve uvjete dobro konstruiranog i znanstvenog istraživanja. Većina istraživanja pati od metodološke slabosti, neujednačenosti i nesuglasnosti. Postoji tek nekoliko izvještaja koji uspoređuju različite tipove tretmana, koriste kontrolne uzorke, imaju odgovarajuće rezultate, mjerenje i provjeru istih (Borzetski, Wormith, 1987).

Unatoč tome, pristup koji je najviše podržavan je kognitivno-bihevioralni (Anderson, Shater, 1979; Dixen, Jenks 1981; Lingerin, 1983; Quintey, 1977, prema Wakefield, Underwager, 1991b) Kod ovog pristupa terapeut je slobodan konstruirati vrlo individualizirane i prilagodljive tretmanske pristu-

pe koji mogu biti mijenjani s obzirom na napredak tretmana. Dwyer (1990, prema Hall, 1996) navodi podatak da tijekom tretmanskog pristupa koji uključuje kognitivno restrukturiranje, učenje socijalnih vještina, psihodinamski tretman te obiteljsku terapiju dolazi do značajnog opadanja pedofilskih fantazija. Uspješnost ovakve vrste tretmana potvrđuje i Annan (1989; prema Bradford, 2000) s podatkom da se korištenjem ovog tipa tretmana stopa recidivizma smanjuje za 85% do 95%. Isti autor navodi da je dobar program prevencije individualiziran, uključuje kognitivno-bihevioralne tehnike kao averzivno uvjetovanje, kognitivno restrukturiranje, zaustavljanje pedofilskih misli, senzitivizaciju, zasićenje, prikriveno jačanje, modeliranje, igranje uloga, učenje socijalnih vještina i trening opuštanja. Zlostavljače se uči uočiti situacije visokog rizika, kontrolirati vlastite potrebe, razviti uspješnije vještine suočavanja s problemima, održavati uravnotežen životni stil kako bi dobili osjećaj kontrole nad vlastitim životom kao i osjećaj samoefikasnosti.

Pithers i Cumming (1989, prema Wakefield, Underwager, 1991b) su uspoređivali recidivizam pedofilnog ponašanja kod pedofila koji su prošli kognitivno-bihevioralnu terapiju i kod onih koji su prošli grupnu terapiju, te našli stopu recidivizma od 3% kod prvih, te 18 % kod druge skupine. Zaključuju da je kognitivno-bihevioralna terapija uspješnija od grupne.

Crawford (1981) navodi podatak da su se kognitivno-bihevioralne metode pokazale uspješnima od 30% do 57% slučajeva.

4. PRIMJER PROGRAMA ZA ODVRAĆANJE OD PEDOFILSKIH SKLONOSTI (RESPECT)

RESPECT SISTEM (www.users.unmmasmed.edu) se bavi problemima negiranja, empatiziranja sa žrtvom te slabim samopouzdanjem, a sve kroz grupnu interakciju. Ime sistema, RESPECT (poštovanje) jeste akronim koji predstavlja svaki pojedinačni korak koji ispitanik mora proći kako bi počeo vjerovati u sebe i zadobio povjerenje zajednice. Kada novi član pristupi grupi, dobiva R-E-S-P-E-C-T karticu. Također mu je dana mogućnost da kupi tu karticu za \$ 7.00, te da mu se vrati po \$ 1.00 nakon svakog uspješno završenog koraka. Ovakav način klijentu omogućuje konkretan feedback o napredovanju u tretmanu, te ukazuje na pripadanost grupi. Poštovanje je zadnje što klijent očekuje, stoga se nemalo iznenadi na prvom sastanku kada terapeut kaže: "Poštujem te. Možeš izabrati sudjelovanje ili nesudjelovanje. Izbor je tvoj"

Prvi korak je REALITY (realnost):

Ovaj im korak nastoji ukazati na realnost. Na početku svakog grupnog sastanka grupa izabire voditelja. Ukoliko nema dobrovoljaca terapeut preuzima ulogu vode te vodi razgovor. Uloga vode povezana je s osjećajem odgovornosti i dovodi do osjećaja samopoštovanja. Voda navodi zašto je u grupi, opisuje zločin koji je počinio, a pri tome ne smije upotrebljavati riječi koje upućuju na nevinost. Priznanje jednog člana može potaći i druge članove na priznanje.

Sljedeći korak je EMPATHY (empatija):

Ovdje se često upotrebljava igranje uloga, te nije rijetko da različita zlostavljanja iz djetinjstva izadu na vidjelo.

Treći korak je SELF_ESTEEM (samopoštovanje):

Ovo je korak slavlja. Članovi slave hrabrost koja im je trebala da prođu kroz prva dva koraka. Nastoje se prepoznati snage pojedinca koje će mu pomoći na putu do oporavka. Radi se na aktivaciji i stimulaciji što je moguće više osjetila. Atmosfera u prostoriji mora biti ugodna (klasična glazba, ugodni mirisi, atraktivne boje i okusi). Raspravlja se o snagama svakog pojedinca, upućujući ga da može uspjeti u onome što želi. Član može vidjeti, čuti i okusiti uspjeh. U ovom se koraku osobu potiče da priča o tome kada se prvi puta osjetila krivom dok se događalo nešto dobro i ugodno. Nastoji se potaći osobu da si oprosti.

Četvrti korak je PLAN:

Klijent razvija plan kako izaći na kraj s mislima o zlostavljanju, te ga upisuje u bilježnicu. Prvi korak u svakom planu treba biti misao na dijete. Slijedi predstavljanje plana ostatku grupe, rasprava i odobrenje plana. Planovi obuhvaćaju jednostavne akcije kojih se klijent treba sjetiti kada pomisli na mogućnost zlostavljanja.

Peti korak je EVALUACIJA plana:

Raspravlja se o uspješnosti plana. Plan je efikasniji što je jednostavniji. Na svakom sastanku terapeut podsjeća grupu da je nužno upotrebljavati plan. Bitno je poznavanje kako bi se uspostavile nove navike.

Šesti korak jest CHOICE (izbor):

Klijenti su zamoljeni da donesu stvari koje inače rabe u svakodnevnom životu kako bi ovaj korak bio što osobniji. Primjerice, razbijena čaša može simbolizirati dječju patnju kao posljedicu nasilja. Klijent zatim ima izbor počistiti ili ne počistiti pod. Odbije li ovaj ritual (najčešće zbog anksioznosti i nelagode) ne može ići na zadnji korak.

TRUST (povjerenje):

U posljednjem koraku klijent opisuje članovima grupe (koji su na nižim koracima) kako je

živjeti s empatijom, koristiti plan, praviti izbore te zavrijediti povjerenje u sebe i druge članove zajednice. Postoji mogućnost i vraćanja na prethodni korak, no takve situacije su rijetke jer obično postoji velika motivacija za uspjeh. Naposljetku terapeut ukazuje klijentima kako ne postoji lijek za pedofiliju. Postoji jedino zadobiveno povjerenje koje treba njegovati.

5. ZAKLJUČAK

Pedofilija je poremećaj u kojem je primarni seksualni interes usmjeren na predpubertetsku djeću (Rosenberg, 2002). U svrhu njihove identifikacije i adekvatnog tretmana nužno je poznavati obilježja njihove ličnosti i obrasce njihova ponašanja (Kovčo, 1998). Točan uzrok ili uzroci pedofilije nisu poznati. Postoje podaci da je ovaj poremećaj prisutan kroz generacije unutar određene obitelji, što može biti posljedica genetskih čimbenika ali i različitih oblika učenja (Howells, 1981).

Pri razmatranju ovog problema potrebno je imati u vidu pojmovne i terminološke razlike u objašnjavanju ove pojave. Naime, počinitelj kaznenog djela može i ne mora biti pedofil, kao što i pedofil ne mora djelovati prema svojim impulsima, tj. ne mora biti počinitelj (Cloud, 2002).

U Hrvatskoj se seksualni integritet djece i maloljetnika štiti nizom inkriminiranih ponašanja. To su: silovanje, spolni odnošaj zloupotrebom položaja, spolni odnošaj s djetetom, bludne radnje, zadovoljenje pohote pred djetetom ili maloljetnom osobom, podvođenje, iskorištavanje djece ili maloljetnih osoba za pornografiju, upoznavanje djece s pornografijom i rodoskrvuće (Kovčo, 1998). U SAD-u se pak koristi prisilni poluinstitucionalni smještaj u mentalnu instituciju počinitelja koji imaju vrlo visok rizik za recidiv, a prethodno su izdržali kaznu zatvora (Meyers 1996, prema Kovčo 2003). Prema počiniteljima se primjenjuju i zakon o registrima počinitelja seksualnih delikata (sex offender register) i zakon o izvještavanju zajednice (Magan s Law, public notification act) (Kovčo, 2003). «Kansas statut» (Bertrand, 2000), zakon priznat od strane Vrhovnog suda, zahtijeva javno priznanje osuđenog seksualnog prijestupnika nakon što je odslužio zatvorsku kaznu.

Unatoč brojnim empirijskim dokazima koji podržavaju učinkovitost određenih vrsta tretmana najčešći oblik društvene reakcije na seksualnu delinkvenciju je zatvaranje - zatvor ili obvezatno liječenje u mentalnoj instituciji (Burdon, Gallagher, 2000, prema Kovčo, 2003). Pri tom prevladava represivno-moralna filozofija usmjerena na kažnjavanje, a ne na tretman, rehabilitaciju, a unutar toga i na vraćanje odgovornosti počinitelju.

U Hrvatskoj u okviru penalnih ustanova ne postoje specifični tretmani za ovu populaciju. U zapadnoeuropskim državama i SAD-u tretman ipak postoji, a kao ciljevi navode se (Elias, 1995): 1. smanjivanje pedofilskih interesa; 2. utemeljenje seksualnog zanimanja za odrasle; 3. smanjivanje stavova i vjerovanja koja potiču pedofilsko ponašanje; 4. razvoj prosocijalnog ponašanja; 5. rješavanje unutarpsihičkih konflikata; 6. održavanje postignutog u tretmanu i prevencija recidivizma. Ostvarivanje ovih ciljeva stručnjaci vide kroz primjenu kognitivno-bihevioralnih metoda i tehnika.

6. LITERATURA

1. Abel, G., Harlow, N. (2002): Stop child molestation study. <http://www.stopchildmolestation.org/pages/study4.html/>
2. American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), Washington, DC.
3. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999): Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents Who Are Sexually Abusive of Others. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 12, 55-76.
4. Bertrand, C. A. (2000): A new treatment for pedophilia. <http://www.medicineuptotheminute.com/pedophilia.htm/>
5. Borzecki, M., Wormith, J.S. (1987): A Survey of Treatment Programmes for Sex Offenders in North America. *Canadian Psychology*, 28, 1, 30-44.
6. Bradford J.M.W. (1991): The role of serotonin reuptake inhibitors in forensic psychiatry. Congress of European College of Neuropsychopharmacology: The Role of Serotonin in Psychiatric Illness, 14th ECNP Monte Carlo, Monaco, 9th October.
7. Bradford J.M.W. (1993): Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Archives of Sexual Behavior* 22, 383-402.
8. Bradford J.M.W. (1995): The pharmacological treatment of the paraphilias. In Odham, J.M., Riba M.B. (eds.) *Review of Psychiatry*, 14, 29, 755-777.
9. Bradford J.M.W. (1998): Treatment of man with paraphilia. *The new England Journal of Medicine*, 338, 7, 464-465.
10. Bradford J.M.W. (2000): The Treatment of Sexual Deviation Using a Pharmacological Approach. *Journal of Sex Research*, August.
11. Burg, B. (1983): *Sodomy and the perception of evil*. NY University Press, NY.
12. Burgess, A.W., Groth, A.N., Holmstrom, L.L. (1978): *Sexual assaults of children and adolescents*. Lexington, MA.
13. Center for Sex Offender Management (1999): *Understanding Juvenile Sexual Offending Behavior: Emerging Research. Treatment Approaches and Management Practices*, December.
14. Cloud, J. (2002): Pedophilia. *Time Magazine*, Baltimore, April 29.
15. Council on Scientific Affairs of the American Medical Association (1987): "Aversion therapy", *Journal of the American Medical Association*, 158, 18, 2562-2565.
16. Crawford, D. (1981): Treatment approaches with pedophiles. In Cook, M. & Howells, K. (eds.), *Adult sexual interests in children*. London: Academic Press, 181-217.
17. Davison, G. i Neale, J.M. (1999): *Psihologija abnormalnog ponašanja i doživljavanja*, 6. izdanje, Slap, Zagreb.
18. Elias, J.E. (1995): Sex therapy and disorders-Pedophilia. <http://www.csun.edu/~sr2022/soc456/pedophilia.htm/>
19. Etzioni, A. (1990): With pedophiles rarely cured, much stricter laws are needed. <http://www.philly.com/mld/inguirer/news/editoria/3327876/htm>
20. Feierman, J. (1990): Introduction and a Biosocial Overview. In Feierman (ed.), *Pedophilia: Biosocial Dimensions*. Springer-Verlag, New York, 1-68.
21. Finkelhor, D. (1994): The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 18, 5, 409-417.
22. Freund, K., Kuban, M. (1993): Toward a testable developmental model of pedophilia: The development of erotic age preference. *Child Abuse and Neglect*, 17, 315-325.
23. Furby, L., Weinrott, M.R., Blackshaw, L. (1989): *Sex Offender Recidivism: A Review*. *Psychological Bulletin*, 105, 1, 3-30.
24. Gagne P. (1981): Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate. *American Journal of Psychiatry* 138, 5, 644-646.
25. Greenberg D.M., Bradford J.M.W. (1997): Treatment of the paraphilic disorders: A review of the role of the selective serotonin reuptake inhibitors. *Sexual abuse: A Journal of research and Treatment* 9, 4, 349-359.
26. Hall, G.C.N. (1996): *Theory-based assessment, treatment, and prevention of sexual aggression*. Oxford University Press, New York.
27. Holmes, R.M. (1991): *Sex crimes*, Sage, CA.
28. Holmes, R.M., Holmes, S.T. (1996): *Profiling violent crimes-an investigative tool*. Sage Publications Inc., California.
29. Howells, K. (1981): Adult sexual interest in children: Considerations relevant to theories of aetiology, in Cook, M., Howells, K. (eds.), *Adult sexual interest in children*, Academic Press, London, 55-94.
30. Ibbotson, H: Pedophiles remain very much mystery, research says. <http://www.angelfire.com/mi/collatera/article3.html/>

31. Kovčo, I. (1998): Organizirani kriminalitet: pedofilija i prostitucija, *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 5, 2, 641-679.
32. Kovčo-Vukadin, I. (2003): Stigmatizacija počinitelja seksualnih delikata. *Zbornik pravnog fakulteta sveučilišta u Rijeci*, 24, 2, 819-841.
33. Kozarić-Kovačić, D., Grubišić-Ilić, M., Grozdanić, V. (1998): Forenzička psihijatrija, MUP RH, Policijska akademija, Zagreb.
34. Langevin, R. (1983): *Sexual strands: Understanding and treating sexual anomalies in men*. Erlbaum, Hillsdale, New York.
35. Langevin, R., Lang, R. (1985): Psychological Treatment of Pedophiles. *Behavioral Sciences and the Law*, 3, 4, 403-417.
36. Laws, D.R. (1989): *Relapse Prevention with Sex Offenders*, The Guilford Press, New York.
37. Li, C. K. (1990): Adult sexual experiences with children. In Li, C. K., West, D.J., Woodhouse, T. P. (eds.), *Children sexual encounters with adults*, Duckworth, 139-316.
38. Maletzky, B.M. (1996): Special issue on justice and prevention. *Criminal Behavior*, 23, 1, 162-199.
39. Maletzky, B.M. (1991): *Treating the sexual offender*, Newbury Park, California: Sage Publications.
40. Modly, D. (1999): Kaznena djela protiv spolne slabosti i spolnog ćudoreda na štetu djece i maloljetnika - uloga stvarnih dokaza. *Zg, MUP RH*.
41. Okami, P., Goldberg, A. (1992): Personality Correlates of Pedophilia: Are They Reliable Indicators?, *Journal of Sex Research*, 29, 3, 297-328.
42. Pedophilia: <http://www.psychologytoday.com/htdocs/prod/50info/pto-term-pedophilia.asp>
43. Quinn, B. (2003): What drives pedophiles? <http://www.recordonline.com/archive/2003/01/12/bgpedoph.htm/>
44. Quinsey, V.L., Bergeson, S.G., Steinman, C.M. (1976): Changes in physiological and verbal responses of child molesters during aversion therapy. *Canadian Journal of Behavior Sciences*, 8, 202-212
45. Rosler A., Witzum E. (1998): Treatment of men with paraphilia with long-lasting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *The New England Journal of Medicine*, 338, 7, 416-422.
46. Rosenberg, M. (2002.): Treatment consideration for pedophiles <http://www.23epnet.com/>
47. Ruggles, T.L. (2001-2003): Profile of pedophile. <http://www.mental-health-matters.com/articles/article.php:art ID-273>
48. Stürüp, G.K. (1968): *Treatment of Sexual Offenders in Herstedvester, Denmark*. Copenhagen: Munksgaard
49. Thibault, F., Cordier, B., Kuhn, J.B. (1993): Effect of a long lasting gonadotrophin-hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilias. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87, 445-450.
50. Wakefield, H., Underwager, R. (1991a): Female child sexual abusers: A critical review of the literature. *American Journal of Forensic Psychology*, 9, 4, 43-69.
51. Wakefield, H., Underwager, R. (1991b): Sex offender treatment. *Issues in Child Abuse Accusations*, 33, 1, 7-13.
52. Walker, P.A., Meyer, W.J. (1981): Medroxy Progesterone Acetate Treatment for Paraphiliac Sex Offenders. In: Hayes, J.R. Roberts, T.K. Solway K.S. (Eds.) *Violence and the Violent Individual*, New York, SP Medical and Scientific Books, 353-373.
53. Zessen, G. van (1990): A model for group counseling with male pedophiles. *Journal of Homosexuality*, 20, 1/2, 189-198.
54. www.fredberlin.com/treatment frame.htm
55. www.users.ummasmed.edu/kennethfletcher/respec.htm

THE TREATMENT OF PEDOPHILES

Summary

The workshop contents a definition of pedophilia and describes differences between psychiatric term (pedophilia) and law term (child sexual assault).

It presents different theoretical approaches about epidemiology and fenomenology of pedophilia and characteristics of pedophiles.

All major treatment programs for pedophilia integrate components of treatment designed to do the following: 1. reduce pedophilic interests; 2. establish adult sexual interest; 3. decrease attitudes and beliefs supportive of pedophilic behavior; 4. develop prosocial behavior; 5. resolve intrapsychic conflicts; 6. maintain treatment gains and prevent relapse. Behavioral, cognitive, pharmacological methods and psychotherapies are used to achieve these goals. Cognitive-behavioral methods most effectively reduce recidivism.

Keywords: Pedophilia, treatment of pedophiles