



T U R I N Y S
C O N T E N T S

VYRIAUSIASIS REDAKTORIUS
 Robertas BUNEVIČIUS, Palanga, Lietuva

EDITOR-IN-CHIEF
 Robertas BUNEVIČIUS, Palanga, Lithuania

SRITIES REDAKTORIAI

Klinikinės psichiatrijos
 Leo SHER, New York, JAV

Psichofarmakologijos
 Jaanus HARRO, Tartu, Estija

FIELD EDITORS

Clinical Psychiatry
 Leo SHER, New York, USA

Psychopharmacology
 Jaanus HARRO, Tartu, Estonia

REGIONINIAI REDAKTORIAI

Estijai
 Eduard MARON, Talinas, Estija

Latvijai
 Elmars RANCANS, Riga, Latvija

Lietuvai
 Dainius PŪRAS, Vilnius, Lietuva

Lenkijai
 Wieslaw J. CUBALA, Gdanskas, Lenkija

REGIONAL EDITORS

For Estonia
 Eduard MARON, Talin, Estonia

For Latvia
 Elmars RANCANS, Riga, Latvia

For Lithuania
 Dainius PŪRAS, Vilnius, Lithuania

For Poland
 Wieslaw J. CUBALA, Gdansk, Poland

ATSAKINGOJI REDAKTORĖ

Aurelija PODLIPSKYTĖ, Palanga, Lietuva

ASSISTANT EDITOR

Aurelija PODLIPSKYTĖ, Palanga, Lithuania

ATSAKINGOJI SEKRETORĖ

Solveiga BLAŽIENĖ, Kaunas, Lietuva

EXECUTIVE SECRETARY

Solveiga BLAŽIENĖ, Kaunas, Lithuania

REDAKCIJOS KOLEGIJA

Virginija ADOMAITIENĖ, Kaunas, Lietuva

Lembit ALLIKMETS, Tartu, Estija

Vita DANILEVIČIŪTĖ, Vilnius, Lietuva

Gintautas DAUBARAS, Vilnius, Lietuva

Algirdas DEMBINSKAS, Vilnius, Lietuva

Antanas GOŠTAUTAS, Kaunas, Lietuva

Darius LESKAUSKAS, Kaunas, Lietuva

Vanda LIESIENĖ, Kaunas, Lietuva

Alvydas NAVICKAS, Vilnius, Lietuva

Julius NEVERAUSKAS, Kaunas, Lietuva

Artūras PETRONIS, Torontas, Ontarijas, Kanada

Sigita PLIOPLYS, Čikaga, Ilinojus, JAV

Arthur J. PRANGE, Čapel Hilas, Šiaurės Karolina, JAV

Robert STERN, Providensas, Rod Ailendas, JAV

Roma ŠERKŠNIENĖ, Kaunas, Lietuva

Giedrius VARONECKAS, Palanga, Lietuva

EDITORIAL BOARD

Virginija ADOMAITIENĖ, Kaunas, Lithuania

Lembit ALLIKMETS, Tartu, Estonia

Vita DANILEVIČIŪTĖ, Vilnius, Lithuania

Gintautas DAUBARAS, Vilnius, Lithuania

Algirdas DEMBINSKAS, Vilnius, Lithuania

Antanas GOŠTAUTAS, Kaunas, Lithuania

Darius LESKAUSKAS, Kaunas, Lithuania

Vanda LIESIENĖ, Kaunas, Lithuania

Alvydas NAVICKAS, Vilnius, Lithuania

Julius NEVERAUSKAS, Kaunas, Lithuania

Artūras PETRONIS, Toronto, Ontario, Canada

Sigita PLIOPLYS, Chicago, Illinois, USA

Arthur J. PRANGE, Chapel Hill, North Carolina, USA

Robert STERN, Providence, Rhode Island, USA

Roma ŠERKŠNIENĖ, Kaunas, Lithuania

Giedrius VARONECKAS, Palanga, Lithuania

LIETUVIŲ KALBOS REDAKTORĖ

Teresė LESKAUSKIENĖ

LITHUANIAN LANGUAGE EDITOR

Teresė LESKAUSKIENĖ

MAKETUOTOJAS

Rokas RAŠKAUSKAS

LAYOUT

Rokas RAŠKAUSKAS

Oficialus Lietuvos biologinės psichiatrijos draugijos (LBPD) leidinys
 Remiamas Kauno medicinos universiteto Psichofiziologijos ir reabilitacijos instituto
 LEIDĖJAS © UAB „Sveikatos ir medicinos informacijos agentūra“
 Tvirtovės al. 90A LT-50185 Kaunas. Tel. (8 37) 331009, faksas (8 37) 331534
 ir Kauno medicinos universiteto Psichofiziologijos ir reabilitacijos institutas
 Vydino al. 4 LT-00135 Palanga. Tel. (8460) 30017, faksas (8 460) 30014
 VIRŠĖLYJE – Jono Vaikaso piešinys „Maldą“ (2009) iš psichiatrės D. Survilaitės
 kolekcijos
 PUSLAPIS INTERNETE <http://www.pri.kmu.lt/biological-psychiatry.htm>
 SPAUSDINO IĮ S. Jokužio leidykla-spaustuvė

REDAKCIJOS SKILTIS

Parafilijų ir seksualinės prievartos gydymas..... 2

MOKSLO DARBAI

Leo SHER

Suicidal behavior in comorbid depression
 and post-traumatic stress disorder..... 3

Robertas BUNEVIČIUS, Susan S. GIRDLER

Child sexual abuse and stress reactivity in women with
 premenstrual dysphoric disorder..... 9

Palmira RUDALEVIČIENĖ, Andrius NARBKOVAS

The impact of sexual abuse in childhood on the risk of
 suicidal and homicidal behavior in adulthood..... 15

GYDYMO REKOMENDACIJOS

Florence THIBAUT, Flora de la BARRA, Harvey GORDON, Paul COSYNS, John M.W. BRADFORD ir WFSBP seksualinių sutrikimų gydymo rekomendacijų darbo grupė

Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų
 federacijos (angl. *WFSBP*) biologinio parafilijų
 gydymo rekomendacijos..... 19

TYRIMO ATASKAITA

Mantas LIESIS, Margarita DOBRYNINA

Lytinius nusikaltimus padariusiems asmenims taikytinų
 prevencinių priemonių tyrimo ataskaita..... 60

INSTRUMENTUOTĖ

Justė BUNEVIČIŪTĖ, Andrius KAZLAUSKAS

Seksualinės ir fizinės prievartos patirties klausimyno
 aprašymas..... 78

PSICHOFARMAKOLOGIJOS AKTUALIJOS

Elmars RANCANS

Apžvalginis tyrimas, skirtas įvertinti gydymo režimo
 laikymąsi, veiksmingumą ir saugumą gydant ūminę
 šizofreniją kvetiapienu (*Nantard*)..... 82



Kviečiame į tobulinimosi kursus!

Komandinio darbo kursai (60 val.)

Skirti ambulatorinę psichikos sveikatos priežiūrą vykdančioms specialistams (psichiatrams, psichologams, psichoterapeutams, socialiniams darbuotojams, slaugytojams, logopedams, ergoterapeutams, kineziterapeutams). Kiekvienai grupei 60 val. kursas bus vedamas per du kartus blokais po 30 valandų.

- **I grupė** – 2010 m. gegužės 25–28 d. ir 2010 m. rugsėjo 21–24 d. Palangoje
- **II grupė** – 2010 m. spalio 26–29 d. ir 2011 m. sausio 25–28 d. Kauno apskrityje
- **III grupė** – 2010 m. lapkričio 23–26 d. ir 2011 m. kovo 1–4 d. Tauragės ir Telšių apskrityse
- **IV grupė** – 2011 m. vasario mėn. 15–18 d. ir 2011 m. gegužės 24–27 d. Kauno apskrityje
- **V grupė** – 2011 m. balandžio 5–8 d. ir 2011 m. rugpjūčio 23–26 d. Kauno apskrityje
- **VI grupė** – 2011 m. rugsėjo 27–30 d. ir 2011 m. gruodžio 13–16 d. Šiaulių apskrityje

Psichikos sveikatos priežiūra bendrojoje medicinoje (30 val.)

Mokymo programa kardiologijos, traumatologijos ir onkologijos srityje dirbantiems specialistams.

- **I grupė** – 2010 m. spalio mėn. Palangoje
- **II grupė** – 2011 m. birželio mėn. Kauno apskrityje
- **III grupė** – 2012 m. kovo mėn. Vilniaus apskrityje

Norinčiuosius dalyvauti šiuose kursuose arba gauti papildomą informaciją, kviečiame skambinti

tel. **8 615 67921** arba rašyti el. laiškus mstaniute@ktl.mii.lt

Kognityvinės elgesio terapijos kursai (150 val.)

Skirti psichiatrams, vaikų ir paauglių psichiatrams, psichologams

- **I grupė** – 2010 m. rugsėjo – gruodžio mėn., Kaune
- **II grupė** – 2011 m. gegužės ir rugsėjo mėn., Palangoje

Norinčiuosius dalyvauti šiuose kursuose arba gauti papildomą informaciją, kviečiame skambinti

tel. **8 610 31301** arba rašyti el. laiškus litacbt@gmail.com

Kursus finansuoja Europos socialinis fondas, todėl dalyvaujantiems už kursus **mokėti nereikės**. Kursų dalyviai gaus specialią mokymosi medžiagą. Kursų dalyviams bus išduodami Kauno medicinos universiteto kvalifikacijos kėlimo pažymėjimai.

6th Baltic Symposium of Biological Psychiatry

PARAPHILIAS AND SEXUAL ABUSE

Palanga, Lithuania, April 23–24, 2010

Organizing Committee:

Robertas Bunevičius (Chairman), Lithuania
Florence Thibaut, France
Elmars Rancans, Latvia
Julius Neverauskas, Lithuania
Ona Davidonienė, Lithuania
Aurelijus Gutauskas, Lithuania
Mantas Liesis, Lithuania
Aurelija Podlipskytė, Lithuania
Narseta Mickuvienė, Lithuania

Secretariat:

Solveiga Blažienė, Lithuania
Reda Repečkaitė, Lithuania
Margarita Staniūtė, Lithuania
Dalia Stroputė, Lithuania
Gintarė Jatautaitė, Lithuania
Nijolė Kažukauskienė, Lithuania
Elena Bovina, Lithuania

Friday, April 23, 2010, Hotel “Gabija”

- 12.00–12.10 Opening ceremony. Chair: Robertas Bunevičius, Lithuania
12.10–13.00 **Florence Thibaut, France.** Plenary lecture. Guidelines for the biological treatment of paraphilias
13.00–13.30 Coffee-break
Session 1 Chair: Aurelijus Gutauskas, Lithuania and Elmars Rancans, Latvia
13.30–13.50 **Danguolė Survilaitė, Lithuania.** Paraphilias in the eponyms and art
13.50–14.10 **Andrius Narbekovas, Lithuania.** Moral issues in human sexuality
14.10–14.30 **Dainius Pūras, Lithuania.** Protection of children from sexual abuse - search of effective preventive strategies
14.30–14.50 **Mantas Liesis, Lithuania.** Legal possibilities to practice castration for sexual crimes against children in Lithuania
14.50–15.20 Coffee-break
Session 2 Chair: Onutė Davidonienė, Lithuania and Narseta Mickuvienė, Lithuania
15.20–15.40 **Birutė Žilaitienė, Lithuania.** Natural andropause and sexual behavior
15.40–16.00 **Palmira Rudalevičienė, Lithuania.** The impact of sexual abuse in childhood on the risk of suicidal and homicidal behavior in adulthood. Presentation of two cases
16.00–16.20 **Robertas Bunevičius, Lithuania.** Child sexual abuse and mental disorders in women
16.20–16.40 **Daiva Deltuvienė, Lithuania.** Possibilities of cognitive behavioral psychotherapy in treatment of paraphilias
16.40–17.40 Debate

Saturday, April 24, 2010, Rotunda of the Palanga Botanical Park

- 10.00–15.00 Traditional annual march for medical professionals “*CURA TE IPSUM*”

Lietuvos biologinės psichiatrijos draugija (LBPD), Kauno medicinos universiteto Psichofiziologijos ir reabilitacijos institutas

6-asis Baltijos šalių biologinės psichiatrijos simpoziumas

PARAFILIJOS IR SEKSUALINĖ PRIEVARTA

2010 m. balandžio 23–24 d., Palanga

Penktadienį, 2010 m. balandžio 23 d., viešbutyje „Gabija“

- 12.00–12.10 Simpoziumo atidarymas. Pirmininkauja – Robertas Bunevičius, Lietuva
12.10–13.00 **Florence Thibaut, Prancūzija.** Parafilijų biologinio gydymo nuorodos
13.00–13.30 Kavos pertrauka
I dalis, pirmininkauja – Aurelijus Gutauskas, Lietuva ir Elmars Rancans, Latvija
13.30–13.50 **Danguolė Survilaitė, Lietuva.** Parafilijos eponimuose ir mene
13.50–14.10 **Andrius Narbekovas, Lietuva.** Moraliniai žmogaus lytiškumo aspektai
14.10–14.30 **Dainius Pūras, Lietuva.** Vaikų apsauga nuo seksualinės prievartos - veiksmingos prevencijos paieškos
14.30–14.50 **Mantas Liesis, Lietuva.** Kastracijos taikymo už lytinius nusikaltimus prieš vaikus teisinės galimybės Lietuvoje
14.50–15.20 Kavos pertrauka
II dalis, pirmininkauja – Ona Davidonienė, Lietuva ir Narseta Mickuvienė, Lietuva
15.20–15.40 **Birutė Žilaitienė, Lietuva.** Natūrali andropauzė ir seksualinis elgesys
15.40–16.00 **Palmira Rudalevičienė, Lietuva.** Vaikystėje patirtos seksualinės prievartos pasekmės – suicidinio elgesio ir polinkio į žudymą rizika suaugus. Dviejų atvejų pristatymai
16.00–16.20 **Robertas Bunevičius, Lietuva.** Moterų psichikos sveikata ir seksualinė prievarta patirta vaikystėje
16.20–16.40 **Daiva Deltuvienė, Lietuva.** Kognityvinės elgesio psichoterapijos galimybės parafilijų gydyme
16.40–17.40 Diskusijos

Šeštadienį, 2010 m. balandžio 24 d., Palangos botanikos parke prie rotundos

- 10.00–15.00 Tradicinis sveikatingumo renginys „Pasirūpink ir savo sveikata“



RICHTER PSICHIATRIJA
prasmingai partnerystei

Nantarid[®]

kvetiapinas



MAŽIAU TABLEČIŲ PER DIENĄ

daugiau galimybių šizofrenijai gydyti



GEDEON RICHTER

Nantarid plėvele dengtos tabletės. Receptinis vaistas. ATC kodas yra N05A H04. Vienoje tableteje yra 100 mg, 200 mg, 300 mg kvetiapino. Pakuotėje yra 60 tablečių. **Indikacijos:** šizofrenijos gydymas; vidutinio sunkumo ir sunkių manijos epizodų gydymas. **Vartojimo būdas, dozavimas:** gerti du kartus per parą valgio metu arba nevalgius. *Šizofrenijos gydymas suaugusiems:* Pirmąsias keturias gydymo dienas vartojamos tokios paros dozės: pirmą dieną – 50 mg, antrą – 100 mg, trečią – 200 mg, ketvirtą – 300 mg. Vėliau dozė palaipsniui didinama iki įprastinės veiksmingos, dažniausiai 300–450 mg paros dozės. Atsižvelgiant į organizmo reakciją į gydymą bei vaistinio preparato toleravimą, pacientui galima skirti individualią 150–750 mg paros dozę. *Manijos epizodų, susijusių su bipoliniu sutrikimu, gydymas:* Pirmąsias keturias gydymo dienas vartojamos tokios paros dozės: pirmą parą – 100 mg, antrą – 200 mg, trečią – 300 mg, ketvirtą – 400 mg. Toliau dozę galima dar padidinti ir šeštą gydymo dieną vartoti 800 mg paros dozę, bet per parą dozės negalima didinti daugiau nei po 200 mg. Atsižvelgiant į organizmo reakciją į gydymą bei vaistinio preparato toleravimą, pacientui galima skirti individualią nuo 200 iki 800 mg paros dozę. Įprastinė veiksminga paros dozė – 400–800 mg. *Senyviems pacientams* NANTARID, kaip ir kitus vaistus nuo psichozės, reikia vartoti atsargiai, ypač gydymo pradžioje. **Kontraindikacijos:** padidėjęs jautrumas veikliajai arba bet kuriai pagalbinei vaistinio preparato medžiagai. Draudžiama vartoti kartu su citochromo P-450-3A4 inhibitoriais, pvz., ŽIV proteazių inhibitoriais, priešgrybeliniais azolo preparatais, eritromicinu, klaritromicinu ir nefazodonu. **Specialūs įspėjimai ir atsargumo priemonės:** ligoniams, kurie serga širdies ir kraujagyslių ar smegenų kraujagyslių ligomis arba yra kitokių būklių, dėl kurių gali pasireikšti hipotenzija, NANTARID vartoti reikia atsargiai. Kvetiapinas gali sukelti ortostatinę hipotenziją, ypač pradinio dozės didinimo laikotarpiu. Tokiu atveju dozę reikia sumažinti arba ją didinti palaipsniui. Pacientams, kuriems buvo traukulys, kaip ir kitus vaistinius preparatus nuo psichozės, rekomenduojama vartoti atsargiai. Jei atsiranda piktybinis neuroleptinis sindromas, pasireiškiantis hipertermija, sąmonės sutrikimu, raumenų sąstingiu, autonominės nervų sistemos nestabilumu, kreatino fosfokinazės koncentracijos padidėjimu, reikia nutraukti NANTARID vartojimą. Diabeto ligonius reikia atidžiai stebėti. Kartu su QT intervalą ilginančiais vaistais kvetiapino skiriama atsargiai, ypač jeigu pacientas senyvas, serga paveldimu ilgo QT sindromu, staziniu širdies nepakankamumu arba širdies hipertrofija, taip pat kai sumažėjusi kalio ar magnio koncentracija kraujyje. Vartoti kartu su kitais neuroleptikais negalima. NANTARID vartojimą rekomenduojama baigti palaipsniui. **Sąveika su kitais vaistiniais preparatais:** kvetiapiną vartojant kartu su kepenų fermentų aktyvumą didinančiais vaistiniais preparatais (pvz., karbamazepinu ar fenitoinu), ženkliai sumažėja kvetiapino plazmos koncentracija. Tai gali turėti įtakos gydymo NANTARID veiksmingumui. Pacientams, kurie vartoja kepenų fermentų aktyvumą didinančių vaistinių preparatų, NANTARID galima skirti tik tuomet, jei gydytojas nusprendžia, jog gydymo NANTARID galima naudoti bus didesnė nei gydymo kepenų fermentų aktyvumą didinančiais vaistiniais preparatais nutraukimo rizika. Kartu su kitais centrinio veikimo vaistais ir alkoholiniais gėrimais NANTARID vartojamas atsargiai. Kvetiapiną reikia atsargiai skirti vartoti kartu su vaistiniais preparatais, kurie gali ilginti QT intervalą. Draudžiama vartoti kvetiapino kartu su CYP3A4 inhibitoriais. Kvetiapino nerekomenduojama vartoti kartu su greipfrutų sultimis. **Nepageidaujamas poveikis:** dažniausias NANTARID nepageidaujamos reakcijos yra mieguistumas, galvos svaigimas, burnos džiūvimas, lengva astenija, vidurių užkietėjimas, tachikardija, ortostatinė hipotenzija ir dispepsija. Vartojant kvetiapino yra būvę svorio priaugio, sinkopės, piktybinio neuroleptinio sindromo, leukopenijos, neutropenijos ir periferinės edemos atvejų. **Rinkodaros teisių turėtojas:** Gedeon Richter PLC., Vengrija. **Atstovas Lietuvoje:** Gedeon Richter atstovybė Lietuvoje, Maironio g. 23–3, LT-01125 Vilnius. **Paskutinis teksto peržiūros data:** 2008 02 11.

Parengta pagal „Preparato charakteristikų santrauką“.

Parafilijų ir seksualinės prievartos gydymas

Robertas BUNEVIČIUS

Lietuvos biologinės psichiatrijos draugijos prezidentas

Kauno medicinos universiteto Psichofiziologijos ir reabilitacijos institutas, Palanga, Lietuva

Sveikinu visus VI Baltijos šalių biologinės psichiatrijos simpoziumo dalyvius, susirinkusius Palangoje. Simpoziumo tematiką „Parafilijos ir seksualinė prievarta“ nulėmė keletas aplinkybių.

Pastaraisiais metais pedofilijos skandalai sukūrė ne tik Baltijos šalis, Latviją ir Lietuvą, bet ir Prancūziją, Vokietiją, Airiją, JAV, pasiekdami aukščiausius politikos, teisės saugos ir bažnytinės hierarchijos sluoksnius ir sulaukė plataus rezonanso visuomenėje. Seksualinė prievarta ir pedofilija bei kitos parafilijos yra ne tik etikos, moralės ar teisės saugos sritis. Parafilijos nuo *Krafft-Ebing* ir *Kraepelin* bei *Freud* laikų priskiriamos psichikos sutrikimams, taigi, yra medicininė problema, apimanti ne tik medicininio įvertinimo, diagnozavimo ar klasifikavimo klausimus, bet ir gydymo aspektus. Savo ruožtu parafilijų gydymo metodų taikymas kelia ne tik medicininis bet ir etinius, moralinius ir teisinius klausimus. Kam, kada, kaip ir kokią parafilijų gydymą galima taikyti, svarsto ne tik medikai, bet ir teisininkai, dvasininkai, visuomenės veikėjai. Ypač kontraversiškas yra įvairių kastracijos metodų (tiek cheminių, tiek fizinių) panaudojimas gydant parafilijas ir seksualinę prievartą.

Pasaulinė biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (angl. *WFSBP*) darbo grupė, vadovaujama *WFSBP* prezidentės prof. *Florence Thibaut* (Prancūzija), parengė naujas parafilijų biologinio (medicininio) gydymo rekomendacijas, skirtas gydytojams praktikams. Į darbo grupę buvo suburti šios srities ekspertai iš viso pasaulio. Darbo grupė, rengdama rekomendacijas, apibendrina tiek literatūros duomenis, tiek klinikinę ekspertų patirtį. Įdomu pažymėti, kad prof. *Thibaut* yra ne tik teoretikė, ji turi ir turtingą parafilijų gydymo patirtį, įskaitant gydymą hormonais. Simpoziume prof. *Thibaut* plenarinėje paskaitoje pristatys *WFSBP* darbo grupės parengtas parafilijų gydymo rekomendacijas ir pasidalins savo klinikinę patirtimi. Šių rekomendacijų vertimą lietuvių kalba rasite šime žurnalo numeryje [1].

Kartu su *WFSBP* rekomendacijomis žurnale rasite ir labai įdomią studiją, kurią atliko Lietuvos teisės instituto specialistai, skirtą prevencinėms priemonėms (tarp jų ir medicininių) seksualinius nusikaltimus padariusiems asmenims [2]. Ši studija padės geriau suvokti *WFSBP* gydymo rekomendacijų pritaikymo Lietuvoje galimybes. Žurnale pateikiams ir diagnostinis instrumentas, skirtas kokybiniam patirtos seksualinės ir fizinės prievartos vertinimui [3].

Greta biologinio gydymo rekomendacijų simpoziume gerai žinomi ekspertai apžvelgs psichoterapijos galimybes bei kitus medicininius, kultūrinius, teisinius, moralinius bei etinius klausimus, susijusius su parafilijomis [4, 5].

Welcome to the 6th Baltic Symposium of Biological Psychiatry in Palanga, Lithuania. Several factors have determined the main track of the Symposium ‘Paraphilias and Sexual Abuse’.

In recent years pedophilia and sexual abuse had made a row not only in the Baltic states, Latvia and Lithuania, but also have shocked France, Germany, Ireland and US, involving tops of political, legal and religious hierarchy and attaining public interest. Sexual abuse and pedophilia as well as other paraphilias cover not only moral, ethical and legal issues. Paraphilias from the times of *Krafft-Ebing* and *Kraepelin* as well as *Freud* is also considered as mental disorder and medical issue involving medical evaluation, diagnosis, classification as well as treatment. On the other hand, specific treatments of paraphilias are not limited to medical issues and also cover ethical, moral and legal questions. To whom, how, when and what treatments for paraphilia may be prescribed is discussed by doctors, as well as by lawyers, clerics and politicians. Use of castration (chemical or physical) in treatment of paraphilias is especially controversial.

The Task Force of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry (*WFSBP*) led by the president of the *WFSBP* professor *Florence Thibaut* (France) prepared guidelines for the biological (medical) treatments of paraphilias. Guidelines are designed for clinicians. Experts of the field from all over the world worked together in this task force. They reviewed the literature as well as summarized their clinical experience. It is interesting to mention that professor *Thibaut* is not only a scholar, she also has a rich clinical experience in management of paraphilias, including by means of hormonal treatment. At the Symposium professor *Thibaut* in her plenary lecture will present treatment guidelines and will share her rich clinical experience. Lithuanian translation of the guidelines you will find in this issue of the journal [1].

Together with the *WFSBP* treatment guidelines interesting study arranged by the experts from the Lithuanian Law Institute on legal bases for prevention measures (including medical interventions) for sexual offenders in Lithuania is published in this issue of the journal [2], providing legal insight for implementations of the *WFSBP* treatment guidelines in Lithuania. In this issue of the journal Lithuanian reader also will find diagnostic tool for the assessment of the perceived sexual and physical abuse [3].

At the Symposium in parallel to biological treatments psychotherapeutic methods as well as other medical, cultural, legal, moral and ethical issues related to paraphilias will be discussed by prominent national and international speakers [4, 5].

LITERATŪRA/REFERENCE

1. Thibaut F., de la Barra F., Gordon H., et al. Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (angl. *WFSBP*) biologinio parafilijų gydymo rekomendacijos // *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* – 2010, vol. 12(1), p. 19–59.
2. Liesis M., Dobrynina M. Lytinius nusikaltimus padariusiems asmenims taikytinų prevencinių priemonių tyrimo ataskaita // *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* – 2010, vol. 12(1), p. 60–77.
3. Bunevičiūtė J., Kazlauskas A. Seksualinės ir fizinės prievartos patirties klausimyno aprašymas // *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* – 2010, vol. 12(1), p. 78–81.
4. Bunevičius R., Girdler S.S. Child sexual abuse and stress reactivity in women with premenstrual dysphoric disorder // *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* – 2010, vol. 12(1), p. 9–14.
5. Rudalevičienė P., Narbekovas A. The impact of sexual abuse in childhood on the risk of suicidal and homicidal behavior in adulthood // *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija* – 2010, vol. 12(1), p. 15–18.

Suicidal behavior in comorbid depression and post-traumatic stress disorder

Suicidinis elgesys esant depresiniam ir potrauminio streso sutrikimams

Leo SHER

Department of Psychiatry, Columbia University and New York State Psychiatric Institute, New York, USA

SUMMARY

Suicide is a major public health problem. Suicide accounts for about one million deaths resulting from about ten million suicide attempts with significant socioeconomic costs and consequences. Among suicide victims, 60% suffer from depression, about 30% have other psychiatric illnesses, including post-traumatic stress disorder (PTSD) and about 10% have no established psychiatric diagnoses. PTSD is a frequent psychiatric illness. PTSD is often comorbid with major depressive disorder (MDD) and other psychiatric conditions. I have earlier suggested that some or all individuals diagnosed with comorbid PTSD and MDD may have a separate psychobiological condition that can be termed "post-traumatic mood disorder" (PTMD). The idea was based on the fact that a considerable number of research observations found that individuals suffering from comorbid PTSD and MDD differed clinically and biologically from persons with PTSD alone or MDD alone. Patients with co-occurring PTSD and MDD are characterized by greater severity of symptoms and the higher level of impairment in social and occupational functioning compared to individuals with PTSD alone or MDD alone. Biological data supporting the concept of PTMD include the findings from neuroendocrine challenge, cerebrospinal fluid, neuroimaging, sleep and other studies. PTMD is associated with suicidal behavior. It is important to develop interventions to prevent PTMD in traumatized individuals, measures to prevent suicidal behavior in this patient population, and to study psychobiology of PTMD in order to develop treatments for PTMD. Priorities for intervening to reduce suicidal behavior in traumatized persons lie with interventions focused upon the improved identification and treatment of individuals with psychiatric disorders including PTMD.

SANTRAUKA

Savižudybės yra svarbi visuomenės sveikatos problema. Savižudybės sudaro maždaug milijoną mirčių, kylančių iš maždaug dešimt milijonų suicidinių bandymų ir palieka reikšmingas socialines ekonomines pasekmes. 60 proc. savižudybės aukų kenčia nuo depresijos, apie 30 proc. turi kitus psichikos sutrikimus, įskaitant potrauminį streso sutrikimą (angl. *post-traumatic stress disorder*, PTSD), ir apie 10 proc. neturi jokios nustatytos psichiatrinės diagnozės. PTSD yra dažnai pasitaikanti psichikos liga, dažnai kartu einanti su didžiąja depresija (angl. *major depressive disorder*, MDD) ir kitais psichikos sutrikimais. Aš anksčiau maniau, kad kai kurie ar visi asmenys, kuriems diagnozuotas potrauminis streso sutrikimas su didžiąja depresija, gali būti atskiros psichobiologinės būsenos, kurią galima pavadinti „potrauminiu nuotaikos sutrikimu“ (angl. *post-traumatic mood disorder*, PTMD). Idėja buvo pagrįsta faktu, kad didelis mokslinių stebėjimų skaičius rodo, kad asmenys, kenčiantys nuo komorbidinio PTSD ir MDD, kliniškai ir biologiškai skyrėsi nuo asmenų sergančių PTSD ar MDD. Pacientams su komorbidiniu PTSD ir MDD sutrikimu yra būdingi daug stipresni simptomai ir gilesni socialinio ir profesinio funkcionavimo pažeidimai lyginant su asmenimis, patiriančiais pavienį PTSD ar MDD. PTMD koncepciją palaikantys biologiniai duomenys apima neuroendokrininės sistemos, cerebrospinalinio skysčio, neurologinio vaizdo, miego ir kitų tyrimų rezultatus. PTMD yra susijęs su suicidiniu elgesiu. Svarbu sukurti intervencijas, trukdančias PTMD išsivystymą traumuotiems asmenims, bei priemones, padedančias išvengti suicidinio elgesio šiai pacientų grupei, ir tyrinėti PTMD psichobiologiją tam, kad patobulinti PTMD gydymą. Prioritetai skiriami intervencijoms, mažinančioms traumuotų pacientų suicidinį elgesį, kartu su priemonėmis nukreiptomis į geresnį psichikos sutrikimų, įskaitant ir PTMD diagnozavimą bei gydymą.

SUICIDE AS A MEDICAL AND SOCIAL PROBLEM

Suicide is a major public health problem. Suicide accounts for about one million deaths resulting from about ten million suicide attempts with significant socioeconomic costs and consequences [1]. If every suicide affects at least six family members or friends, then every year in the world there would be about 6 million new survivors. Suicide rates range from 4.0 per 100 000 in Mexico (in 2006) to 6.4 per 100 000 in the UK (in 2007) and 30.4 per 100 000 in Lithuania (in 2007) [2–4]. In the US, suicide was ranked as the 11th leading cause of death among persons ages 10 years and older, accounting for

33,289 deaths in 2006 [5]. It is the fifth leading cause of years of potential life lost before the age of 65 in the US.

Risk factors for suicidal behavior may be thought of as leading to or being associated with suicide; that is, people "possessing" the risk factor are at greater potential for suicidal behavior [6–8]. Protective factors, on the other hand, reduce the likelihood of suicide. They enhance resilience and may serve to counterbalance risk factors. Risk and protective factors may be biopsychosocial, environmental or sociocultural in nature. Although this division is somewhat arbitrary, it provides the opportunity to consider these factors from different perspectives. Understanding the interactive relationship

Address for correspondence: Leo Sher, Department of Psychiatry Columbia University 1051 Riverside Drive, Suite 2917, Box 42 New York, NY 10032, USA; e-mail: DrLeoSher@gmail.com

between risk and protective factors in suicidal behavior and how this interaction can be modified are challenges to suicide prevention. Unfortunately, the scientific studies that demonstrate the suicide prevention effect of altering specific risk or protective factors remain limited in number. However, the impact of some risk factors can clearly be reduced by certain interventions such as providing lithium for bipolar disorder or strengthening social support in a community [6, 7].

Suicide is not simply a logical response to extreme stress and this conclusion led to the hypothesis of a stress diathesis model of suicidal behavior [6, 7]. The diathesis or predisposition to suicidal behavior is a key element that differentiates psychiatric patients who are at high risk from those at lower risk. The objective severity of the psychiatric illness or number of recent life events do not assist in identifying patients at high risk for suicide attempt. Instead it is the impact of the illness or life events on the person that varies greatly and is correlated with suicidal behavior.

Suicidal behavior has been conceptualized as a continuum of thoughts and behaviors ranging from suicidal ideation to completed suicide. Research delineated seven distinct categories of 'suicidality': (1) completed suicide, (2) suicide attempt, (3) preparatory acts toward imminent suicidal behavior, (4) suicidal ideation, (5) self-injurious behavior without intent to die, (6) non-deliberate self-harm, and (7) self-harm behavior with unknown suicidal intent [9]. Among suicide victims, 60% suffer from depression, about 30% have other psychiatric illnesses, including post-traumatic stress disorder (PTSD) and about 10% have no established psychiatric diagnoses [6, 8].

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a frequent psychiatric illness precipitated by exposure to a psychologically distressing event. PTSD first appeared in the Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM-III) in 1980 [10, 11], arising from studies of the Vietnam war, and of civilian victims of natural and man-made disasters [12, 13]. However, the study of PTSD dates back more than 100 years. Before 1980, post-traumatic syndromes were recognized by different names, including railway spine, shell shock, traumatic (war) neurosis, concentration-camp syndrome, and rape-trauma syndrome [11, 12]. The symptoms described in these syndromes overlap considerably with what we now recognize as PTSD. According to the most recent edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM-IV-TR) [14], the essential feature of PTSD is the development of characteristic symptoms following exposure to an extreme traumatic stressor characterized by direct personal experience of an event that involves actual or threatened death or serious injury, or other threat to one's physical integrity; or witnessing an event that involves death, injury, or a threat to the physical integrity of another person; or learning about unexpected or violent death, serious harm, or threat of death or injury experienced by a family member or other close associate. The person reacts to this event with fear and helplessness, and tries to avoid being reminded of it.

PTSD holds an important place in psychiatric thinking for several reasons. First it is one of the few disorders (besides disorders induced by substances or general medical conditions) in which an etiology is specified, despite the effort

of DSM-IV to be atheoretical. As a consequence it has become a paradigm for understanding the role of the environment in psychopathology. Throughout the history of the concept of PTSD there has been a tension between an emphasis on factors relating to the host and factors relating to the nature of the trauma in the understanding of the etiology of this disorder.

PTSD is characterized by the presence of three distinct, but co-occurring, symptom clusters [11, 14]. Reexperiencing symptoms describe spontaneous, often insuppressible intrusions of the traumatic memory in the form of images or nightmares that are accompanied by intense physiological distress. Avoidance symptoms involve restricting thoughts and distancing oneself from reminders of the event, as well as more generalized emotional and social withdrawal. Hyperarousal symptoms reflect more overt physiological manifestations, such as insomnia, irritability, impaired concentration, hypervigilance, and increased startle responses. These symptoms must be severe enough to impair social, occupational, or interpersonal function and co-occur for at least 1 month. The impairment from PTSD is amplified by poor coping strategies, substance abuse, co-occurring mood and anxiety disorders, lack of social support, and the accelerated development of stress-related medical conditions. A large body of research indicates that there is a correlation between PTSD and suicide [11, 14]. There is evidence that traumatic events such as sexual abuse, combat trauma, rape, and domestic violence generally increase a person's suicide risk.

PTSD is a disorder of forgetting perhaps even more than of remembering [15, 16]. It is the inability to forget the trauma that leads to the pathology and suffering in PTSD. Forgetting is a critical component of recovery. Of course, if we could not forget, our brains would rapidly be cluttered with information and observations and perhaps more limited in cognitive control functions for other activities.

War, terrorism, and natural disasters like a recent earthquake in Haiti create large populations in distress [15]. Not all distress amounts to mental disorder, but fear, worry, insomnia, and changes in health-risk behaviors all contribute to the health burden of mass violence and are targets for early public health intervention. Substantial evidence supports essential principles of immediate and midterm mass trauma interventions that are now described as psychological first aid [17].

About 30 armed conflicts are occurring now around the globe involving more than 25 countries [18, 19]. For those in the United States and the United Kingdom, Iraq and Afghanistan are the present teachers of lessons long known and too often forgotten. Epidemiological surveys conducted during the current conflicts in Iraq and Afghanistan suggest that as many as 13% to 17% of service members screen positive for PTSD [20].

THE CONCEPT OF POST-TRAUMATIC MOOD DISORDER

PTSD and major depression are frequently comorbid. For example, Brown and colleagues [21] assessed lifetime anxiety and mood disorders comorbidity in a community sample of outpatients and found that PTSD was the anxiety disorder most likely to be associated with MDD, with 69% of individuals with PTSD also meeting criteria for MDD. Findings from the National Comorbidity Survey indicated that 78% of individuals meeting criteria for both disorders reported that their PTSD preceded the MDD [22].

Many research groups reported that individuals with comorbid PTSD and MDD were characterized by greater severity of symptoms and the higher level of impairment in social and occupational functioning compared to individuals with PTSD alone [23–30]. One study found that comorbidity of PTSD and MDD was associated with more severe symptoms as well as higher levels of disability on all indices (global dysfunction, distress, social impairment, and occupational disability) [30]. Another research group observed that a severity of overall symptoms was three-to fivefold greater in subjects with comorbid PTSD and MDD compared to those with PTSD alone [25]. A large-scale epidemiological survey found that the comorbid group was five times more likely to manifest functional impairment compared to those diagnosed with PTSD alone [23]. A recent study reported that patients with comorbid PTSD and MDD had higher objective MDD, impulsivity, and hostility scores and were significantly more likely to have made a suicide attempt compared to subjects with MDD alone [31]. We found that depressed subjects with comorbid PTSD tended towards earlier age of first hospitalization and a higher number of hospitalizations compared to depressed individuals without comorbid PTSD [32].

Maes et al. [33] reported that there is an association between PTSD with concurrent major MDD and lower affinity of alpha-2 adrenoreceptors, as well as higher plasma tyrosine availability to the brain, not found in patients suffering from PTSD alone. This indicates that monoaminergic mechanisms may play a role in the pathophysiology of comorbid PTSD and MDD.

Woodward et al. [34] found that patients with comorbid PTSD and MDD exhibited less slow wave sleep and less facial (mentalis) electromyographic activity, compared with PTSD patients without comorbid MDD. Patients with comorbid PTSD and MDD did not exhibit the classic rapid eye movement sleep architectural modifications associated with unipolar depression, despite the fact that several other psychophysiological indices of dysphoria were detectable in their sleep.

Cortisol response to placebo or fenfluramine was examined in depressed patients with or without comorbid PTSD and in a control group of healthy volunteers [35]. Depressed patients with comorbid PTSD had the lowest plasma cortisol; depressed patients without comorbid PTSD had the highest plasma cortisol; and healthy volunteers had intermediate levels.

We compared the effect of age on cortisol levels in depressed patients with or without comorbid PTSD and in healthy volunteers [36, 37]. We found that cortisol levels increased with age in depressed patients with PTSD alone; they did not increase in depressed patients with comorbid PTSD or in healthy volunteers. We also observed that the number of previous major depressive episodes was a predictor of the cortisol response to fenfluramine administration in depressed patients without PTSD, but not in depressed patients with comorbid PTSD.

We also reported that depressed subjects with comorbid PTSD had higher cerebrospinal fluid (CSF) homovanillic acid (HVA) levels compared with depressed subjects without comorbid PTSD or healthy volunteers [32]. Higher CSF HVA was present after adjustment for sex, lifetime aggression severity and depression scores, alcoholism, tobacco smoking, comorbid cluster B personality disorder, reported childhood abuse, and psychosis.

Davidson et al. [38] investigated the relationship between chronic PTSD and family psychiatric morbidity. A shared liability for PTSD and MDD, with familial loading for MDD predicting chronic PTSD in trauma survivors was found.

Koenen et al. [39] analyzed data from about 7,000 members of the Vietnam Era Twin Registry. They found substantial genetic overlap between PTSD and MDD and suggested that genes implicated in the etiology of MDD are strong candidates for PTSD and vice versa.

Subjects with PTSD without comorbid MDD and patients with PTSD with comorbid MDD were examined using the script-driven symptom-provocation paradigm adapted to functional magnetic resonance imaging [40]. This study found different patterns of brain activation in subjects with PTSD without comorbid MDD compared to patients with PTSD with comorbid MDD.

PTSD patients with comorbid MDD relative to both healthy controls and trauma-exposed control subject showed reduced norepinephrine transporter expression in the left thalamus [41]. PTSD patients without comorbid MDD did not show differences in norepinephrine transporter expression relative to healthy controls and trauma-exposed control subject, i.e., PTSD patients showed reduced left thalamic norepinephrine transporter expression only when having comorbid MDD.

The dexamethasone suppression-corticotrophin releasing hormone (DEX-CRH) test has shown to be a more sensitive test to assess HPA-axis dysregulation in MDD and therefore may provide a useful test tool to probe HPA-axis regulation in MDD and PTSD [42,43]. To evaluate the effect of PTSD on HPA-axis regulation, the response to a DEX-CRH test between male veterans with PTSD and male veterans, who had been exposed to similar traumatic events during their deployment, without PTSD was compared [44]. Patients and controls were matched on age, year and region of deployment. The DEX-CRH test did not reveal HPA-axis abnormalities in PTSD patients as compared to trauma controls. PTSD patients with a co-morbid MDD showed an attenuated ACTH response compared to PTSD patients without co-morbid MDD, suggesting the presence of subgroups with different HPA-axis regulation within the PTSD group. Altered sensitivity of the CRH receptors at the pituitary or differences in AVP secretion might explain these differences in response.

In summary, clinical and neurobiological evidence strongly suggests that patients suffering from comorbid PTSD and MDD differ clinically and biologically from individuals with PTSD alone or MDD alone. I have previously suggested that some or all individuals diagnosed with comorbid PTSD and MDD have a separate psychobiological condition that can be termed “post-traumatic mood disorder” (PTMD) [45,46].

THE CONCEPT OF PTMD AND SUICIDAL BEHAVIOR

War veterans

Since October 2001, approximately 1.64 million U.S. troops have been deployed for Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom (OEF/OIF) in Afghanistan and Iraq [47]. The war in Iraq has presented Soldiers and Marines with a unique set of stressors that are chronic in nature, including civilian threats such as guerilla warfare tactics and terrorist

actions [20, 47, 48]. Soldiers and Marines need to maintain constant vigilance to deal with unpredictable threats like roadside bombs, and to discern safe civilians from potential enemy combatants [49]. Military personnel involved in the OEF face similar problems in Afghanistan.

Early evidence suggests that the psychological toll of these deployments—many involving prolonged exposure to combat-related stress over multiple rotations—may be disproportionately high compared with the physical injuries of combat. In the face of mounting public concern over post-deployment health care issues confronting OEF/OIF veterans, several task forces, independent review groups, and a President's Commission have been convened to examine the care of the war wounded and make recommendations. The challenge of identifying veterans or active duty military who are suffering from PTSD, MDD, and/or those at risk for suicide has been receiving high-profile attention within the military and the Department of Veterans Affairs, as well as on Capitol Hill. Concerns have been most recently centered on two combat-related injuries in particular: posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury [50–52]. Many recent reports have referred to these as the signature wounds of the Afghanistan and Iraq conflicts. With the increasing incidence of suicide and suicide attempts among returning veterans, concern about depression is also on the rise. It has been estimated that nearly 20% of members of the military service (about 300,000 individuals) who have returned from Iraq and Afghanistan report symptoms of PTSD or MDD.

The risk of suicide attempts among the PTSD population is six times greater than in the general population [53, 54] and even higher among treatment seeking war veterans with PTSD [55]. In fact, war veterans are two times more likely to die of suicide than are nonveterans [56]. Considering these statistics, it is possible that many soldiers returning from Iraq and Afghanistan may at some time experience suicidal ideation or make a suicide attempt.

The comorbidity of one or more disorders with PTSD significantly impacts the likelihood that veterans may choose suicidal behavior as an avenue for relief [57]. Comorbidity of PTSD and mood disorders is high, compounding symptom severity and social dysfunction. Some 40% of PTSD patients acutely, and up to 95% lifetime, also meet MDD criteria [58]; and up to 34% meet criteria for dysthymic disorder [59]. Persons with PTSD and comorbid MDD are at a high risk for suicidal behavior [45, 46, 60–62]. Comorbidity of PTSD and MDD is associated with increased illness burden, poorer prognosis, and delayed response to depression treatment [45]. In one study, veterans were assessed for suicidal thinking and behaviors, and symptoms of PTSD and depression [58]. Thoughts of ending one's life and a previous suicide attempt were significantly correlated with a diagnosis of PTSD. Veterans with a diagnosis of PTSD and MDD or dysthymia were also more likely to report suicidal thinking and behaviors than veterans with only one of the diagnoses.

I have recently proposed a model of suicidal behavior in war veterans with PTMD [63]. The model consists of the following components: 1) genetic factors; 2) prenatal development; 3) biological and psychosocial influences from birth to mobilization/deployment; 4) mobilization/pre-deployment stress; 5) combat stress, traumatic brain injury,

and physical injury; 6) post-deployment stress; 7) biological and psychosocial influences after the deployment; 8) trigger (precipitant) of a suicidal act; and 9) suicidal act. The first four components determine vulnerability to combat stress. The first seven components determine predisposition to suicidal behavior, a key element that differentiates PTMD patients who are at high risk from those at lower risk. Suicidal behavior in PTMD can be attributed to the coincidence of a trigger with a predisposition for suicidal behavior.

Most likely, precipitants of suicidal acts in war veterans include interpersonal losses or conflicts, financial trouble, and job problems. Symptoms such as melancholia, insomnia, psychosis, extreme hopelessness, mixed or transitional bipolar states, alcohol and substance abuse, marked impulsivity, a poor response to medication, definite plans for committing suicide, a history of prior attempts, and a family history of suicide increase suicide risk in war veterans.

Victims of childhood abuse

In 1996 The Task Force on Adolescent Assault Victim Needs reported that the onset of PTSD in childhood or adolescence can cause life-long impairment because it can interfere with normal adolescent development and prevent children from acquiring the basic life skills needed to become independent and self-sufficient adults [64]. Indeed, there is a growing evidence of the impact of childhood trauma on the developing brain of children and adolescents [65]. Middle adolescence is an age at which major structural change occurs in the brain [66]. Trauma during this period of rapid brain development may arrest neurological development or produce a regression to an earlier stage of neural structure.

Psychological trauma that occurs early in the life cycle, tends to result in a chronic inability to modulate emotions, thus augmenting the risk of getting involved in indiscriminate relationships with others in which old traumas are, somehow, re-enacted or, in some cases, leading to the loss of social bonds [65, 67–73]. It may also lead to new trauma as a result of psychiatric pathology, maladaptive personality features, impulsive behavior, alcohol and/or drug abuse and other factors.

Children seem to be more sensitive to the effects of trauma and early life trauma exposure may induce a complex sequence of events that leads to the development of a variety of psychiatric disorders in adulthood, including depression, PTSD, and comorbid depression and PTSD [61, 74–76]. In a study of a group of severely maltreated children, the presence of PTSD was strongly correlated with the co-existence of at least one more formal psychiatric diagnosis including depression which underlies the gravity of the consequences of child maltreatment [74]. A study of large group adolescents who had attempted suicide, confirmed the existence of previous exposure to childhood abuse and neglect compared to non-suicidal controls [77]. Some studies have supported a relationship between childhood sexual abuse and depression (as well as an increase in suicidal risk) both in males and females [78–82]. Patients with histories of sexual abuse are said to represent a subgroup of depressed patients who are at high risk for psychiatric morbidity and a prolonged episode of depression [82]. The co-occurrence of a major depressive episode and PTSD, i.e., PTMD, enhances the risk for suicidal behavior in victims of childhood maltreatment [83]. We have

compared depressed subjects without a history of alcoholism in first-degree relatives and depressed individuals with a history of alcoholism in first-degree relatives, and showed that the latter group had a significantly higher prevalence of reported childhood physical and sexual abuse and PTSD, made more suicide attempts and had greater intent to die at the time of their most lethal suicide attempt, compared to the group of depressed subjects without a family history of alcoholism [84]. In a general population study in a city in Turkey, it was found that participants with a dissociative disorder had higher rates of borderline personality disorder, somatization disorder, major depression, PTSD, and history of suicide attempt than the participants without a dissociative disorder [85].

It is important to note that a very serious consequence of PTSD during adolescence is its association with the heavy use of alcohol and/or other drugs [76, 86, 87]. Adolescents are frequently exposed to socially pathological alternatives such as substance abuse, promiscuity, and criminal activity. Most do not succumb to these temptations, because they have sufficient family support and lack impulsive predispositions. But those who are vulnerable are not protected and may develop psychopathological conditions. Substance abuse has immediate consequences in the form of increased accidents, injuries, and long-term effects in terms of occupational and familial instability and early mortality. Furthermore, substance abuse, in itself, is often a risk factor for additional traumatic exposures either through accidents or interpersonal violence. The use of alcohol and/or other drugs is associated with suicidal behavior.

In summary, multiple lines of evidence suggest that a history of childhood abuse and neglect not only affects the neuropsychological development of the individual but also increases the risk of suicidal behavior in the future in a variety

of diagnostic conditions, including depression, PTSD and, probably PTMD.

CONCLUSION

Suicide prevention measures in individuals with comorbid depression and PTSD (PTMD) include:

- recognition of psychiatric problems;
- treating PTMD and other psychiatric conditions;
- preventing a relapse when the patient is in remission;
- treating suicidal ideation;
- treating medical and neurological disorders;
- social support;
- suicide prevention hotlines;
- reducing stigma for mental illness;
- reducing access to lethal means.

Treating suicidal ideation is important because suicidal ideation is one of the main predictors of suicidal acts [88–93]. Suicidal ideation in war veterans may lead to suicide or a highly lethal suicide attempt because war veterans know how to use firearms. Therefore, treating suicidal ideation is key in preventing suicide among war veterans. Both psychological and pharmacological treatments can be used to treat suicidal ideation.

Mental health pathology related to traumatic stress is a critical medical and social problem. It is important to develop interventions to prevent suicidal behavior in individuals with comorbid depression and PTSD (i.e., PTMD), and to study psychobiology of comorbid depression and PTSD (i.e., PTMD) in order to develop treatments for PTMD. Priorities for intervening to reduce suicidal behavior in traumatized individuals lie with interventions focused upon the improved recognition, treatment and management of individuals with psychiatric disorders including PTMD.

REFERENCES

1. Carballo J.J., Akamnonu C.P., Oquendo M.A. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings // *Arch Suicide Research*. – 2008, vol. 12 (2), p. 93–110.
2. World Health Organization. Suicide rates (per 100,000), by gender, Mexico, 1960–2006. http://www.who.int/mental_health/media/mexi.pdf Accessed January 20, 2010.
3. World Health Organization. Suicide rates (per 100,000), by gender, Lithuania, 1981–2007. http://www.who.int/mental_health/media/lith.pdf Accessed January 20, 2010.
4. World Health Organization. Suicide rates (per 100,000), by gender, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, 1950–2007. http://www.who.int/mental_health/media/unitkingd.pdf Accessed January 20, 2010.
5. Centers for Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/statistics/leading_causes.html Accessed January 20, 2010.
6. Sher L., Oquendo M.A., Mann J.J. Risk of suicide in mood disorders // *Clinical Neuroscience Research*. – 2001, vol. 1(5), p. 337–344.
7. Mann J.J. The neurobiology of suicide // *Nature Med.* – 1998, vol. 4, p. 25–30.
8. Moscicki E.K. Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies // *Psychiatric Clinics of North America*. – 1997, vol. 20, p. 499–517.
9. Posner K., Oquendo M.A., Gould M., Stanley B., Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants // *Am. J. Psychiatry*. – 2007, vol. 164, p. 1035–1043.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. – Washington, DC, American Psychiatric Association. 1980. p. 236–238.
11. Schnurr P.P., Friedman M.J., Bernardy N.C. Research on posttraumatic stress disorder: epidemiology, pathophysiology, and assessment // *J. Clin. Psychol.* – 2002, vol. 58, p. 877–889.
12. Saigh P.A., Bremner J. The history of posttraumatic stress disorder. In: Saigh P.A., Bremner J., (eds.). *Posttraumatic Stress Disorder. A Comprehensive Text*. – Boston: Allyn & Bacon, 1999, p. 1–17.
13. Hageman I., Andersen H.S., Jorgensen M.B. Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2001, vol. 104, p. 411–422.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text Revision. – Washington DC, American Psychiatric Association, 2000. p. 463–468.
15. Ursano R.J., Benedek D.M., Fullerton C.S. Posttraumatic Stress Disorder: Neurobiology, Psychology, and Public Health // *Psychiatric Times*. – 2008, vol. 25(3). <http://www.consultantlive.com/pathologic-processes/article/10168/1147506?pageNumber=2> Accessed August 7, 2008.
16. Kuhl B.A., Dudukovic N.M., Kahn I., Wagner A.D. Decreased demands on cognitive control reveal the neural processing benefits of forgetting // *Nat. Neurosci.* – 2007, vol. 10, p. 908–914.
17. Hobfoll S.E., Watson P., Bell C.C., et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence // *Psychiatry*. – 2007, vol. 70, p. 283–315.
18. Project Plowshares Armed Conflicts Report 2007 Summary. Available at: <http://www.plowshares.ca/libraries/ACRText/Summary2006.pdf>. Accessed August 5, 2008.
19. <http://www.globalsecurity.org/military/world/war/index.html> Accessed August 8, 2008.
20. Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C., et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems and barriers to care // *N. Engl. J. Med.* – 2004, vol. 351, p. 13–22.
21. Brown T.A., Campbell L.A., Lehman C.L., Grisham J.R., Mancill R.B. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample // *J. Abnorm. Psychol.* – 2001, vol. 110, p. 585–599.
22. Kessler R.C., Sonnega A., Bromet E., Hughes M., Nelson C.B. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1995, vol. 52, p. 1048–1060.
23. Mollica R.F., McInnes K., Sarajlic N., et al. Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia // *J. Am. Med. Assoc.* – 1999, vol. 282, p. 433–439.
24. Shalev A.Y., Freedman S., Peri T., et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma // *Am. J. Psychiatry*. – 1998, vol. 155, p. 630–637.
25. Karam E.G. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and depression. In: Fullerton C., Ursano R.J. (eds.). *Posttraumatic Stress Disorder: Acute and Long-Term Responses to Trauma and Disaster*. Progress in Psychiatry Series, No. 51. – American Psychiatric Press, Washington, DC, 1997, p. 77–90.
26. Moore L.J., Boehnlein J.K. Posttraumatic stress disorder, depression, and somatic symptoms in U.S. Mien patients // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1991, vol. 179, p. 728–733.
27. Skodol A.E., Schwartz S., Dohrenwend B.P., et al. PTSD symptoms and comorbid mental disorders in Israeli war veterans // *Br. J. Psychiatry*. – 1996, vol. 169, p. 717–725.
28. Koren D., Arnon L., Klein E. Acute stress response and posttraumatic stress disorder in traffic accident victims: a one-year prospective, follow-up study // *Am. J. Psychiatry*. – 1999, vol. 156, p. 367–373.
29. Mintz J., Mintz L.I., Arruda M.J., Hwang S.S. Treatments of depression and the functional capacity to work // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1992, vol. 49, p. 761–768.
30. Momartin S., Silove D., Manicavasagar V., Steel Z. Comorbidity of PTSD and depression: association with trauma exposure, symptom severity and functional impairment in Bosnian refugees resettled in Australia // *J. Affect. Disord.* – 2004, vol. 80, p. 231–248.

31. Oquendo M., Brent D.A., Birmaher B., et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior // *Am. J. Psychiatry.* – 2005, vol. 62, p. 560–566.
32. Sher L., Oquendo M.A., Li S., et al. Higher cerebrospinal fluid homovanillic acid levels in depressed patients with comorbid post-traumatic stress disorder // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2005, vol. 15, p. 203–209.
33. Maes M., Lin A.H., Verkerk R., et al. Serotonergic and noradrenergic markers of post-traumatic stress disorder with and without major depression // *Neuropsychopharmacology.* – 1999, vol. 20, p. 188–197.
34. Woodward S.H., Friedman M.J., Bliwis D.L. Sleep and depression in combat-related PTSD inpatients // *Biol. Psychiatry.* – 1996, vol. 39, p. 182–192.
35. Oquendo M.A., Echarvarria G., Galfalvy H.C., et al. Lower cortisol levels in depressed patients with comorbid post-traumatic stress disorder // *Neuropsychopharmacology.* – 2003, vol. 28, p. 591–598.
36. Sher L., Oquendo M.A., Galfalvy H.C., Cooper T.B., Mann J.J. Age effects on cortisol levels in depressed patients with and without a history of post-traumatic stress disorder, and healthy volunteers // *J. Affect. Disord.* – 2004, vol. 82, p. 53–59.
37. Sher L., Oquendo M.A., Galfalvy H.C., Cooper T.B., Mann J.J. The number of previous depressive episodes is positively associated with cortisol response to fenfluramine administration. In: Yehuda R., McEwen B. (eds.). *Biobehavioral Stress Response: Protective and Damaging Effects.* – Ann. NY Acad. Sci. 2004, vol. 1032, p. 283–286.
38. Davidson J.R., Tupler L.A., Wilson W.H., Connor K.M. A family study of chronic post-traumatic stress disorder following rape trauma // *J. Psychiatr. Res.* – 1998, vol. 32, p. 301–309.
39. Koenen K.C., Fu Q.J., Ertel K., et al. Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men // *J. Affect. Disord.* – 2008, vol. 105(1–3), p. 109–115.
40. Lanius R.A., Frewen P.A., Girotti M., et al. Neural correlates of trauma script-imagery in posttraumatic stress disorder with and without comorbid major depression: a functional MRI investigation // *Psychiatry Res.* – 2007, vol. 155(1), p. 45–56.
41. Czermak C., Ding Y., Henry S., et al. Norepinephrine transporter imaging in posttraumatic stress disorder // 46th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Boca Raton, Florida, December 9–13, 2007. Abstracts. Program No. 133.
42. Sher L., Cooper T.B., Mann J.J., Oquendo M.A. Modified dexamethasone suppression – corticotropin-releasing hormone stimulation test: a pilot study of young healthy volunteers and implications for alcoholism research in adolescents and young adults // *Int. J. Adolesc. Med. Health.* – 2006, vol. 18(1), p. 133–137.
43. Ising M., Kunzel H.E., Binder E.B., et al. The combined dexamethasone/CRH test as a potential surrogate marker in depression // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* – 2005, vol. 29(6), p. 1085–1093.
44. de Kloet C., Vermetten E., Lentjes E., et al. Differences in the response to the combined DEX-CRH test between PTSD patients with and without co-morbid depressive disorder // *Psychoneuroendocrinology.* – 2008, vol. 33(3), p. 313–320.
45. Sher L. The concept of post-traumatic mood disorder // *Med. Hypotheses.* – 2005, vol. 65(2), p. 205–210.
46. Sher L. Posttraumatic mood disorder: a new concept // *Can. J. Psychiatry.* – 2005, vol. 50(2), p. 127–128.
47. Tanielian T., Jaycox L.H., et al. *Invisible Wounds of War. Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery.* – Santa Monica, CA.: RAND Corporation, 2008.
48. Hoge C.H., Castro C.A., Messer S.C., et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health problems, and barriers to care // *N. Engl. J. Med.* – 2004, vol. 351(1), p. 13–22.
49. Litz B.T. A brief primer on the mental health impact of the war in Iraq and Afghanistan. A National Center for PTSD fact sheet. – Boston.: National Center for PTSD; 2005.
50. Friedman M.J. Acknowledging the psychiatric cost of war // *N. Engl. J. Med.* – 2004, vol. 351(1), p. 75–77.
51. Hebert B. Wounds You Can't See // *The New York Times.* – 2008, Jun 24.
52. Asnis G.M., Kohn S.R., Henderson M., Brown N.L. SSRIs versus non-SSRIs in posttraumatic stress disorder: an update with recommendations // *Drugs.* – 2004, vol. 64(4), p. 383–404.
53. Kessler R.C. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000, vol. 61, suppl 5, p. 4–12.
54. Zivin K., Kim H.M., McCarthy J.F., et al. Suicide mortality among individuals receiving treatment for depression in the Veterans Affairs health system: associations with patient and treatment setting characteristics // *Am. J. Public Health.* – 2007, vol. 97(12), p. 2193–2198.
55. Tarrier N., Gregg L. Suicide risk in civilian PTSD patients. Predictors of suicidal ideation, planning and attempts // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2004, vol. 39, p. 655–661.
56. Shaley A.Y., Freeman S., Peri T., et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma // *Am. J. Psychiatry.* – 1998, vol. 155, p. 630–637.
57. Keane T.M., Wolfe J. Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies // *J. Applied Social Psychology.* – 1990, vol. 20, p. 1776–1788.
58. Kramer T.L., Lindy J.D., Green B.L., Grace M.C., Leonard A.C. The comorbidity of post-traumatic stress disorder and suicidality in Vietnam veterans // *Suicide Life Threat Behav.* – 1994, vol. 24(1), p. 58–67.
59. Oquendo M., Brent D.A., Birmaher B., et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior // *Am. J. Psychiatry.* – 2005, vol. 162(3), p. 560–566.
60. Oquendo M.A., Friend J.M., Halberstan B., et al. Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior // *Am. J. Psychiatry.* – 2003, vol. 160, p. 580–582.
61. Sher L. The concept of post-traumatic mood disorder and its implications for adolescent suicidal behavior // *Minerva Pediatr.* – 2008, vol. 60(6), p. 1393–1399.
62. Campbell D.G., Felker B.L., Chuan-Fen L., et al. Prevalence of PTSD-Depression comorbidity: Implications for clinical practice guidelines and primary care interventions // *J. Gen. Intern. Med.* – 2007, vol. 22, p. 711–718.
63. Sher L. A model of suicidal behavior in war veterans with posttraumatic mood disorder // *Med. Hypotheses.* – 2009, vol. 73(2), p. 215–219.
64. The Task Force on Adolescent Victim Needs. A review of the issues and a model protocol // *Pediatrics.* – 1996, vol. 98, p. 991–1001.
65. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health // *Child Abuse & Neglect.* – 2002, vol. 26(6-7), p. 715–729.
66. Pynoos R.S., Steinberg A.M., Ornitz E.M., Goenjian A.K. Issues in the developmental neurobiology of traumatic stress // *Ann. NY Acad. Science.* – 1997, vol. 821, p. 176–193.
67. Cloitre M., Scarvalone P., Difede J.A. Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women // *J. Trauma Stress.* – 1997, vol. 10(3), p. 437–452.
68. Lundqvist G., Svedin C.G., Hansson K. Childhood sexual abuse. Women's health when starting in group therapy // *Nord J. Psychiatry.* – 2004, vol. 58(1), p. 25–32.
69. Seedat S., Stein M.B., Forde D.R. Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women // *Violence Vict.* – 2005, vol. 20(1), p. 87–98.
70. Gwandure C. Sexual assault in childhood: risk HIV and AIDS behaviours in adulthood // *AIDS Care.* – 2007, vol. 19(10), p. 1313–1315.
71. Blaauw E., Arensman E., Kraaij V., Winkel F.W., Bout R. Traumatic life events and suicide risk among jail inmates: the influence of types of events, time period and significant others // *J. Trauma Stress.* – 2002, vol. 15(1), p. 9–16.
72. van der Kolk B.A., Houtsteter A., Herron N., Fislis R.E. Trauma and the development of borderline personality disorder // *Psychiatr. Clin. North Am.* – 1994, vol. 17(4), p. 715–730.
73. Davies-Netzel S., Hurlburt M.S., Hough R.L. Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness // *Violence Vict.* – 1996, vol. 11(2), p. 129–142.
74. Famularo R., Fenton T., Kinscherrff R., Ayoub C., Barnum R. Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic stress disorder // *Child Abuse & Neglect.* – 1996, vol. 20(10), p. 953–961.
75. Donnelly C.L. Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder // *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* – 2003, vol. 12(2), p. 251–269.
76. Lubit R., Rovine D., DeFrancisci L., Eth S. Impact of trauma on children // *J. Psychiatr. Practice.* – 2003, vol. 9(2), p. 128–138.
77. Deykin E.Y., Alpert J.J., McNamara J.J. A pilot study of the effect of exposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behaviour // *Am. J. Psychiatry.* – 1985, vol. 142(11), p. 1299–1303.
78. Boudewyn A.C., Liem J.H. Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood // *J. Trauma Stress.* – 1995, vol. 8(3), p. 445–459.
79. Boudewyn A.C., Liem J.H. Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood // *J. Traum. Stress.* – 1995, vol. 8(3), p. 445–459.
80. Bifulco A., Moran P.M., Baines R., Bunn A., Standford K. Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression // *Bull Menninger Clin.* – 2002, vol. 66(3), p. 241–258.
81. Ullmann S.E., Brecklin L.R. Sexual assault history and suicidal behaviour in a national sample of women // *Suicide Life Threat Behav.* – 2002, vol. 32(2), p. 117–130.
82. Zlotnick C., Mattia J., Zimmerman M. Clinical features of survivors of sexual abuse with major depression // *Child Abuse & Neglect.* – 2001, vol. 25(3), p. 357–367.
83. Oquendo M., Brent D.A., Birmaher B., et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behaviour // *Am. J. Psychiatry.* – 2005, vol. 162(3), p. 560–566.
84. Sher L., Oquendo M.A., Consason A.H., et al. Clinical features of depressed patients with or without a family history of alcoholism // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2005, vol. 112(4), p. 266–271.
85. Sar V., Akyüz G., Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population // *Psychiatry Res.* – 2007, vol. 149(1-3), p. 169–176.
86. Ganz D., Sher L. Suicidal behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse // *Minerva Pediatrica.* – 2009, vol. 61(3), p. 333–347.
87. Najjar F., Weller R.A., Weisbrot J., Weller E.B. Post-traumatic stress disorder and its treatment in children and adolescents // *Curr. Psychiatry Rep.* – 2008, vol. 10(2), p. 104–108.
88. Beck A.T., Brown G.K., Steer R.A., Dahlsgaard K.K., Grisham J.R. Suicidal ideation as its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients // *Suicide Life Threat Behav.* – 1999, vol. 29, p. 1–9.
89. Bulik C.M., Carpenter L.L., Kupfer D.J., Frank E. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression // *J. Affect. Disord.* – 1990, vol. 18(1), p. 29–37.
90. Drake R.E., Gates C., Cotton P.G., Whitaker A. Suicide among schizophrenics. Who is at risk? // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1984, vol. 172(10), p. 613–617.
91. Oquendo M.A., Galfalvy H., Russo S., et al. Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder // *Am. J. Psychiatry.* – 2004, vol. 161(8), p. 1433–1441.
92. Mann J.J., Ellis S.P., Watermaux C.M., et al. Classification trees distinguish suicide attempters in major psychiatric disorders: a model of clinical decision making // *J. Clin. Psychiatry.* – 2008, vol. 69(1), p. 23–31.
93. Galvafy H.C., Oquendo M.A., Mann J.J. Evaluation of clinical prognostic models for suicide attempts after a major depressive episode // *Acta Psych. Scand.* – 2008, vol. 117(4), p. 244–252.

Child sexual abuse and stress reactivity in women with premenstrual dysphoric disorder

Seksualinė prievarta vaikystėje ir reagavimas į stresą moterims, sergančioms premenstruaciniu disforiniu sutrikimu

Robertas BUNEVIČIUS¹, Susan S. GIRDLER²

¹Institute of Psychophysiology and Rehabilitation, Kaunas University of Medicine, Palanga, Lithuania

²Department of Psychiatry, University of North Carolina at Chapel Hill, USA

SUMMARY

The aim of this report is a detailed review of three published studies on sensitivity of stress system in women with established diagnoses of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in association with histories of sexual and physical abuse as well as with treatment with clonidine. It was reported that:

1. Histories of sexual and physical abuse are associated with persistent alterations in stress-responsive systems in women, even in the absence of current psychiatric illness or medication use. PMDD women may be more vulnerable to the effects of abuse experiences on α -adrenergic receptor function as only PMDD women with abuse exhibited greater vascular tone and blood pressure levels relative to non-abused PMDD women.
2. Clonidine challenge probe indicate that the autonomic nervous system differences in abused PMDD women may be mediated, at least in part, by alterations in presynaptic α_2 -adreno receptor function. The use of a long lasting challenge with clonidine may be an useful tool for assessing sensitivity of central presynaptic α_2 -adreno receptor, when appropriate variables are measured.
3. There were found no evidence for the clinical efficacy of clonidine to treat premenstrual symptoms in a general group of women with PMDD. Moreover, the unfavorable profile of side effects seen with clonidine diminishes its usefulness in the treatment of PMDD.

Key words: Premenstrual dysphoric disorder, norepinephrine, alpha adreno receptor, clonidine, Trier social stress test.

SANTRAUKA

Šio straipsnio tikslas – detaliai apžvelgti tris straipsnius apimančius moterų sergančių premenstruaciniu disforiniu sutrikimu (PMDS) ir patyrusių seksualinę ar fizinę prievartą vaikystėje streso sistemos jautrumą, bei įvertinti taikytą gydymą klonidinu.

1. Seksualinės ir fizinės prievartos anamnezė yra susijusi su streso sistemos sutrikimais nepriklausomai nuo psichiatrinio sutrikimo buvimo ar gydymo. Moterys sergančios PMDS gali jautriau (per α -adrenerginius receptorių) reaguoti į patirą prievartą, nes prievartą patyrusių PMDS moterų, lyginant su prievartą nepatyrusioms PMDS moterimis, yra didesnis kraujagyslių tonas ir kraujo spaudimas.
2. Gydymas klonidinu parodė kad prievartą patyrusių PMDS moterų autonominės nervų sistemos funkcija lyginant su prievartos nepatyrusių yra, bent iš dalies, medijuojama presinaptinės α_2 -adreno receptorių funkcijos. Ilgalakis klonidino mėginys gali būti naudingas instrumentu vertinant presinaptinių α_2 -adreno receptorių aktyvumą.
3. Klonidinas nebuvo efektyvus gydant premenstruacinius simptomus moterims sergančioms PMDS. Dar daugiau, nepalankus nepageidaujamo poveikio spektras mažina klonidino taikymo galimybes sergančioms PMDS moterims.

Raktžodžiai: Premenstruacinis disforinis sutrikimas, norepinefrinas, alfa adreno receptoriai, klonidinas, Trierio socialinio streso testas.

INTRODUCTION

Population-based surveys in developed countries such as US have indicated that 13–27% of women were sexually abused as children. When adult sexual abuse and other forms of physical abuse are included, more than one third of women from the general population have had these experiences. The public health significance of abuse in women is underscored by the well-established links between histories of abuse and psychiatric as well as medical. Abuse rates for women in Lithuania are not established. However, having in mind high levels of aggressiveness of population in Lithuania, evident by very high suicide and homicide prevalence, it may be expected that proportion of sexual and physical abuse against women should be high in this country.

It is established that persistent alterations in neurobiological systems known to be stress responsive may contribute to the

development of psychiatric illness in women with histories of physical and sexual abuse. The stress response system that has been most studied to date in relation to traumatic or abuse histories in humans is the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis. Post-traumatic patients demonstrate mixed finding for lower cortisol concentrations or blunted cortisol reactivity to challenge. Fewer studies have examined noradrenergic function related to trauma or abuse suggesting increased noradrenergic (NE) activity in adults with prior traumatic stress [1]. The important interactive effects of depressive disorder and histories of abuse on HPA axis function have been reported. On the other hand strong evidence exist suggesting that histories of abuse have persistent effects on HPA axis function in women in the absence of current depression.

Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) is estimated to afflict 5 to 8% of women in their reproductive years. Dysfunction in a variety of neurotransmitters has been implicated in PMDD,

Address for correspondence: Robertas Bunevičius, Vydūno al., 4, 00135 Palanga, Lithuania; e-mail: rob@ktl.mii.lt

including norepinephrine. Evidence suggests that women with severe premenstrual syndrome (PMS) and/or PMDD exhibit dysregulation in centrally-mediated adrenergic activity, adrenergic receptor (AR) functioning, and increased serum NE concentration at rest and during mental stress.

In prior research on sexual abuse and autonomic function in non-PMDD women, it has been difficult to assess the independent role of abuse history on neuroendocrine functioning, since many of the abused women had co-morbid post-traumatic stress disorder (PTSD). PMDD women with no current PTSD or other psychopathology, and who were not using medication, a history of abuse is associated with altered sympathetic function as reflected in resting NE levels and heart rate, AR responsivity to isoproterenol challenge, and NE reactivity to mental stress. Another strategy for investigating alterations in sympathetic function is to employ an adrenergic agent as a challenge test. Clonidine, a selective partial α_2 -AR agonist, has multiple effects on noradrenergic function. The rapid action of clonidine is mediated by stimulation of postsynaptic α_2 -AR and has been used as a challenge test in psychiatry as a means of measuring sensitivity of α_2 -AR in the brain, evident by increased growth hormone release from pituitary after clonidine. In contrast to a rapid action, longer-term effects of clonidine are mediated by stimulation of presynaptic α_2 -AR, where stimulation mediates biofeedback inhibition of noradrenergic activity. Such an inhibition in central sympathetic outflow is observed after oral administration of clonidine and is responsible for its cardiovascular action and behavioral effects [2].

Consistent with the evidence for heightened adrenergic function in PMDD, pharmacological agents whose mechanism of action involves augmenting NE activity have not proven effective for the treatment of PMDD. In contrast, medications blocking sympathetic activity have proven effective for premenstrual symptoms. Both the selective β_1 -AR blocker atenolol and the non-selective β -AR blocker propranolol were demonstrated to be effective in the treatment of PMS. Another pharmacological strategy to suppress noradrenergic activity is to stimulate α_2 -AR by clonidine suppressing NE output.

The aim of this report is a detailed review of published studies on sensitivity of stress system in women with established diagnoses of PMDD in association with histories of sexual and physical abuse as well as with treatment with clonidine.

METHODS

This is a review of three studies performed at the Department of Psychiatry of the University of North Carolina at Chapel Hill on impact of child physical and sexual abuse on biological profiles in women with PMDD in relation to challenge with clonidine.

SUBJECTS

Twenty-five women prospectively diagnosed with PMDD and 42 non-PMDD controls were included to the study. All subjects were in good health, and none were taking any prescription medication, including oral contraceptives or psychotropic agents. Fourteen women agreed to participate in a subsequent clonidine intervention study. The protocol was approved by the University of North Carolina at Chapel Hill Committee on Protection of the Rights of Human Subjects.

PROCEDURES

Assessment of PMDD

The prospective record of the impact and severity of menstrual symptoms (PRISM) calendar was used to classify PMDD women. In addition to symptom severity ratings, the PRISM calendar also incorporates measures of life-style impact, life events and the use of medications. Calendars were completed daily for 2 to 3 menstrual cycles.

Psychiatric histories

Structured clinical interviews (SCID) based on DSM-III-R criteria for Axis I disorders were conducted. All diagnoses were based upon a consensus diagnostic session with a psychiatrist. For past major depressive disorder (MDD), 7 months in full remission was required before testing. For other Axis I disorders, 3 years in full remission was required.

Sexual abuse histories

Subjects were asked about sexual abuse histories using a modified version of a validated interview (Leserman et al., 1997).

The version employed in the current study was modified by reducing the total number of questions, by excluding 'attempted' sexual abuse incidents, and by clarifying the definition of child sexual abuse (up to age 12). To meet criteria for sexual abuse incidents as an adult, there had to be clear threat of harm or force (pressure for sexual activity was not sufficient). To meet criteria as a child, the threat of force did not have to be as clearly established if it was implied by the age differential between perpetrator and victim. Sexual abuse was defined as any of two types of sexual experiences: those involving forced sexual touching (including oral sex and vaginal penetration with objects), and those involving intercourse.

Trier Social Stress Test (TSST)

Modified version of the TSST was used. The TSST is a stress test that reliably induces large and consistent HPA and cardiovascular responses. The TSST involves four components:

1. Pretask instructions: During pretask instructions, subjects were introduced to the "selection committee" who would later listen to their job talk. Subjects were also given the instructions for the mental arithmetic task. The duration of the instruction period averaged 5 min.

2. Speech preparation period: During this period, subjects were left alone for 5 min to prepare their talk.

3. Job speech: Immediately following the preparation period, the selection committee returned to the testing room and asked the subject to deliver his or her talk describing to the committee why he or she would be the perfect applicant for the position. If the subject finished before 5 min, the committee responded in a standardized way with prepared questions to ensure that the subject spoke for the entire period. Talks were tape recorded. Cardiovascular measures were taken at Minutes 1, 3, and 5 and averaged. Blood was sampled for plasma NE at the end of Minute 2.

4. Paced Auditory Serial Addition Test (PASAT): The PASAT involves the tape-recorded presentation of numbers from 1 to 9 and lasted 8.5 min. Subjects added each number presented on the tape to the immediately preceding number and stated the answer aloud. There were four series of

numbers, with progressively shorter interdigital intervals. The experimenter remained in the room to monitor performance. Cardiovascular measures were taken once each of the four series and averaged. Blood was sampled for plasma NE at the end of minute 2.

Stress recovery

Subjects rested quietly alone for 10 min. Blood was sampled at the end of this recovery period to capture the delayed plasma cortisol response to the TSST.

β -Adrenergic receptor responsivity testing

Mental stress testing was followed by a 20 min recovery period, during which the subject rested quietly in the supine position. Blood pressure was measured continuously using the Finapres (Ohmeda, Madison, WI) non-invasive blood pressure monitor. The standardized isoproterenol sensitivity test was used to evaluate β 1-AR responsiveness in terms of the chronotropic dose of isoproterenol required to increase HR by 25 beats/min (CD25). Progressively increasing bolus doses of isoproterenol (0.125, 0.25, 0.5, 1.0, 2.0, and 4.0 mg) were injected until an increase in HR of at least 25 beats/min was observed. HR responses following each dose were computed as the shortest of three successive ECG R-R intervals following drug injection, compared to the shortest three R-R intervals at rest (preinjection). The linear regression model of log dose/HR response for each subject was used to determine CD25 exactly by interpolation. The CD25 measure provides an index of cardiac β 1-AR responsiveness. A vascular β 2-AR responsiveness index was also derived by determining the vasodilatory dose of isoproterenol required to decrease TPR by 40% (VD40), using log dose/TPR response interpolation. Both the CD25 and VD40 indices are inversely related to receptor responsiveness.

Physiological recording procedures

During laboratory testing, blood pressures (BP) were recorded non-invasively using the auscultatory technique. A semi-automated blood pressure monitor was used to operate the blood pressure cuff, with cuff pressure and Korotkoff sounds (K-sounds) recorded in analogue form and displayed on a computer screen. Systolic blood pressure (SBP) corresponded to the onset of K-sounds and diastolic blood pressure (DBP) corresponded to the disappearance of K-sounds. Manual stethoscopic readings were taken initially using a sphygmomanometer in order to insure correct placement of the microphone. Impedance cardiography was used to permit non-invasive monitoring of cardiac performance. A custom-designed impedance cardiograph (HIC-100, Bioimpedance Technology Inc., Model 100, Chapel Hill, NC, USA) was used in conjunction with a tetrapolar band electrode configuration to record impedance dZ/dt and Z_0 signals. Impedance and electrocardiogram signals were processed on-line by specialized computer software (BIT, Chapel Hill, NC) with subsequent manual editing to improve accuracy. For each minute of interest, a 30 s continuous sample of waveforms (obtained concurrently with BP) was processed to generate an ensemble-averaged cardiac cycle, from which stroke volume (SV) was determined by means of the equation and heart rate (HR) was determined by the mean interbeat interval. Cardiac output (CO) and total peripheral resistance (TPR) for these same minutes were then calculated using standard formula.

Laboratory testing procedures

Each subject was tested twice, once during her early follicular phase (days 2–6) and once 8–12 days after home urine testing revealed the luteinizing hormone surge. All cycles were later confirmed to be ovulatory using serum progesterone. Cycle phase at first testing was counterbalanced within groups. Before testing, subjects were instructed to refrain from all over-the-counter medications for 24 hr, caffeine for 8 hr, and nicotine for 1 hr. All laboratory test sessions began between 0730 and 0900.

During pretreatment luteal phase testing and during luteal phase testing following 2 months of clonidine versus placebo treatment, subjects were exposed to the following, identical testing procedures. Immediately upon arriving at the laboratory, subjects were instrumented for cardiovascular monitoring. Next, an intravenous (IV) line was established in an arm vein and once in place, a curtain was drawn that prevented the subject from viewing the IV. A minimum of 15 min elapsed between establishing the IV and beginning stress testing.

Clonidine intervention

A randomized, placebo-controlled, double-blind, cross-over design was used to determine treatment and the autonomic effects of oral clonidine. Thus, each woman was treated for 2 months with oral clonidine (0.3 mg/day, divided as 0.1 mg/capsule) and for 2 months with a masked, oral placebo, counterbalancing order of clonidine versus placebo. In order to increase tolerance to the sedative effects associated with clonidine, dose was titrated according to the following schedule: week 1=0.1 mg/day; week 2=0.1 mg, b.i.d.; and week 3=0.1 mg in the morning and 0.2 mg in the evening. In order to minimize placebo effects, the antihistamine loratadine (Claritin¹) was chosen as an active placebo and administered according to the same schedule as clonidine (total dose=10 mg/day divided, into 3.33 mg/capsules). Loratadine is a second generation antihistamine, distinct from the first generation antihistamines as it does not readily penetrate the blood brain barrier and is free of effects on the central nervous system and does not affect cardiovascular measures. Thus, while loratadine should exert no central or cardiovascular effects in the present study, the use of an active placebo was intended to instill an expectation on the part of the participants that they were taking an active drug, thereby minimizing differences in expectations between the treatment and placebo conditions.

No PMDD subject dropped out during the clonidine intervention phase, though one subject who was assigned to receive placebo first dropped out during the second week on placebo. Another subject was lost to follow-up prior to initiating any treatment regimen. Thus, the 12 PMDD women who completed all aspects of the protocol in full compliance comprise this report.

Hormone and neuroendocrine assays

Plasma levels of NE were determined using the high performance liquid chromatography (HPLC) technique. The lower limit of quantification with this system is 25 pg/ml, and the intra- and inter-day coefficients of variation are less than 10%. Serum levels of progesterone were determined using RIA kits from ICN Pharmaceuticals, Inc. The specificity of the antiserum for progesterone is very high, showing only 0.01–2.5%

crossreactivity with other steroid compounds. Progesterone levels <3 ng/ml in the luteal phase of the cycle were considered reflective of an anovulatory cycle. Based on this criterion, all women included in this report exhibited ovulatory cycles during pretreatment, clonidine and placebo sessions.

DATA ANALYSIS

First analytical approach involved comparing abused and non-abused PMDD women for pretreatment differences in resting and, where relevant, stress-induced measures. Thus, the two groups were compared for differences that existed during the luteal phase test session that preceded randomization to treatment. These luteal phase levels constituted the pretreatment comparison data for examining treatment-related effects (see below). For the cardiovascular measures taken at rest and during mental stressors, data were analyzed using a 2 (Group) \times 3 (Condition: Rest, Speech, Math) repeated measures analysis of variance (ANOVA), with condition as the repeated factor. For measures of β -adrenoceptor responsivity (CD25 and VD40 values), pretreatment comparisons were made using a one factor (Group) ANOVA.

In order to examine drug effects, for each dependent measure a delta score was created separately for clonidine and placebo conditions (treatment level – pretreatment level) such that negative values represented a decrease in the measure with drug while a positive value represented an increase. For the cardiovascular measures, data were then analyzed using a 2 (Group) \times 2 (Drug: clonidine or placebo) \times 3 (Condition) repeated measures ANOVA with Drug and Condition as the repeated factor. Where significant interactions emerged, subsequent simple effects analyses were conducted in order to determine the source of the effect. Paired comparisons t-tests were also employed to examine whether clonidine-associated changes in adrenergic measures were significantly different from zero.

RESULTS

A greater proportion of PMDD women relative to non-PMDD women had histories of both physical abuse (44% vs. 21%, $p=0.05$), and sexual abuse (40% vs. 14%, $p=0.08$).

PMDD women with abuse histories had greater body mass index than did non-abused PMDD women.

As expected, all women with histories of abuse ($n=24$) were more likely to meet criteria for histories of depression than were non-abused women (71% vs. 37%, $p<0.01$). However, the abused PMDD and abused non-PMDD groups did not differ in the proportion with prior depression (67% and 75%, respectively), nor did the non-abused groups (46% and 33%). In the PMDD sample only, 33% of the PMDD women with abuse histories also had histories of posttraumatic stress disorder (PTSD) compared with 0% of the non-abused PMDD women, ($p<0.05$), whereas abuse was not associated with different rates of prior PTSD in non-PMDD women.

Effects of Abuse Histories

All women with histories of abuse, regardless of PMDD diagnosis or menstrual cycle phase, exhibited significantly lower plasma NE concentrations at rest and during mental stressors relative to non-abused women, main effect of abuse ($p<0.05$). All women with histories of abuse also had significantly greater HR levels at rest and during stressors in

both cycle phases, main effect of abuse ($p<0.05$). Subsequent simple effects analyses conducted separately in the two cycle phases revealed that only in the follicular phase did abused women tend to have lower plasma cortisol at rest and poststress relative to non-abused women ($p<0.10$).

Only for the PMDD women was prior abuse associated with elevated VRI measures at rest and during stress in both cycle phases ($p=0.05$). Similarly, for blood pressure only for PMDD women was prior abuse associated with significantly elevated SBP ($p<0.05$) and DBP.

There were no group or abuse-related effects for stroke volume index or CI. With the exception of cortisol, for each dependent measure significant main effects of condition were obtained ($p<0.05$), reflecting the significant change from baseline to stressors. Failure to observe a significant condition effect for cortisol (i.e., stress effect) was likely due to the fact that we tested all subjects in the morning, when diurnal effects on cortisol are greatest.

As expected, all PMDD women, regardless of abuse history, had greater symptom severity ratings, especially in the luteal phase ($p<0.0001$). An overall effect of abuse was also obtained, reflecting the generally greater symptom levels in abused versus non-abused women, ($p<0.05$), which was explored by examination of all least-squares means comparisons. These comparisons indicated that in the follicular phase, PMDD women with abuse had greater symptom severity for anger, irritability, depression, and headache than did non-abused PMDD women (all $p<0.05$), whereas abused, non-PMDD women had greater depression and fatigue ratings than did non-abused, non-PMDD women ($p<0.05$). In the luteal phase, the only significant effects to emerge regarding abuse histories were for the non-PMDD women, as abused, non-PMDD women had greater irritability ($p<0.05$) than did non-abused, non-PMDD women.

Effects of clonidine

As anticipated, for all PMDD women, clonidine significantly reduced circulating plasma NE concentrations relative to placebo ($p=0.01$), and significantly reduced both resting and stress HR, SBP and DBP, when compared with placebo ($p<0.05$). The effects of clonidine on β -AR function also was significantly different from placebo effects, clonidine increased both β_1 - and β_2 -AR responsivity as reflected in the greater decreases in CD25 and VD40 values relative to placebo ($p<0.05$). There were no significant effects of clonidine on CO or TPR.

A significant Drug \times Abuse interaction was also obtained ($p<0.05$). Subsequent simple effects analyses conducted separately in the two groups indicated that, relative to placebo levels, clonidine lowered HR to a greater extent in the sexually abused PMDD women ($p<0.01$) than in the non-abused PMDD women ($p<0.05$), resulting in a significant group difference in the effects of clonidine on HR during the speech stressor ($p<0.01$).

The ability of the stressors to differentiate sexually abused from non-abused PMDD women was also evident for SBP as reflected in a significant Condition \times Abuse interaction ($p<0.05$). Simple effects analyses conducted separately for each condition revealed that speech stress differentiated sexually abused PMDD women from non-abused PMDD women ($p=0.05$), during clonidine treatment ($p<0.05$). A similar tendency was seen for math stress. These effects are supported

by the results of the paired comparisons t-tests showing that only for the sexually abused women were the reductions in SBP significant from zero ($p < 0.05$). Clonidine-associated reductions in DBP during speech stress were significant only in the sexually abused women ($p < 0.05$), but significant in both groups during math stress ($p < 0.05$).

In contrast to greater effects of clonidine in sexually abused women for measures of BP and HR, there was a tendency for the non-abused PMDD women to exhibit greater reductions in plasma NE with clonidine than the abused group ($p < 0.10$), as supported by paired comparisons t-tests indicating that only in the non-abused group was the reduction in NE seen with clonidine significant from zero ($p < 0.05$). Consistent with their greater clonidine-induced reductions in NE, only for non-abused PMDD women was the decrease in CD25 (i.e., increase in β 1-AR responsivity) and VD40 (i.e., increase in β 2-AR responsivity) statistically significant ($p < 0.05$) after clonidine treatment, contributing to a significant group difference in VD40 ($p < 0.05$) after clonidine.

Analyses of variance indicated that while clonidine and placebo had no effect on the depression or anxiety scales, there were treatment effects seen for some PMDD symptoms such as depression ($p < 0.04$), irritability ($p < 0.008$), lack of control ($p < 0.03$), breast tenderness ($p < 0.03$), headache ($p < 0.03$) and concentration of NE ($p < 0.04$). Post hoc analyses revealed that, when compared with pretreatment levels, placebo significantly affected five of the seven PMDD symptoms, improving symptoms of depression, lack of control, breast tenderness and headache; but unexpectedly, increasing symptoms of irritability. Clonidine affected only two symptoms, improving lack of control and worsening irritability, in comparison with pretreatment levels.

As expected, the effect of treatment on NE concentration was significant ($p < 0.04$). In contrast to the clinical data, post hoc analyses revealed that relative to pretreatment levels, the decrease in concentration of NE was significant only after clonidine treatment ($p < 0.05$) but not after placebo treatment. Thus, at the end of the treatment period plasma NE concentration was significantly lower in the clonidine compared with placebo condition ($p < 0.05$).

DISCUSSION

The results of these studies add to a divergent yet growing body of knowledge indicating that early life exposure to abuse leads to persistent and long-term dysregulation in stress-responsive systems. Moreover, these studies are among the first to demonstrate persistent cardiovascular and neuroendocrine dysregulation in women with histories of abuse who are not currently suffering from psychiatric illness or using psychotropic medications. These studies are also among the first to examine noradrenergic mechanisms (without and with clonidine challenge) in adult survivors of abuse. It was found that irrespective of PMDD diagnosis or menstrual cycle phase, women with histories of abuse had lower circulating plasma NE concentrations at rest and during stress.

It should be noted that these findings of reduced plasma NE coupled with greater HR at rest and during stressors in abused women may at first seem paradoxical, as catecholamines, including NE, act to stimulate HR increases via stimulation of β -adrenergic receptors. However, this

finding is, in fact, consistent both with pharmacological theory and with the findings from our earlier study showing lower circulating plasma NE coupled with increased β -adrenergic receptor responsivity in PMDD women with histories of abuse (Girdler et al., 2003). Increased β -AR responsivity would be consistent with pharmacological up-regulation of the receptors in response to diminished agonist (i.e., diminished NE) and would mediate, at least in part, the increased HRs that we documented in all abused women in the present study. This hypothesis is speculative, however, as no assessment of β -AR responsivity was made in these studies.

Although only a trend, our finding of lower cortisol in abused women, at least in the follicular phase, is consistent with many studies on HPA axis function in abused women, reporting lower cortisol concentrations or blunted response. However, our results suggest that the hypocortisolemia noted in so many studies of traumatized individuals may represent a persistent effect of the exposure to traumatic stress and is not necessarily a result of current comorbid clinical depression or PTSD or the use of psychotropic medications. These findings, taken together, are in keeping with the emerging evidence that chronic or severe stress exposure can result in persistent alterations in neurobiological systems that are stress responsive and that this can be manifest in hyporesponsiveness of the system to subsequent stressors.

It has been suggested, that a genetic vulnerability coupled with early stress in a critical and plastic period of development, may result in persistent alterations in neurobiological systems that are known to be stress responsive, resulting in dysregulation in stress responsiveness to even mild stressors in adulthood and forming the basis for the development of mood disorders. Despite the fact, that none of the women in the present study met diagnostic criteria for a current mood disorder, our finding expose, that all women with histories of abuse, who displayed persistent dysregulation in measures reflecting both the HPA axis as well as the sympathetic nervous system, had more severe daily emotional and physical symptom ratings than did non-abused women suggests a persistence of mood disturbance associated with abuse history even in the absence of meeting current clinical criteria. It is interesting to note, however, that greater symptom levels in abused versus non-abused PMDD women were evident only in their follicular phase. Although the reason for this remains unknown, we hypothesize that the magnitude of symptom severity evident in the luteal phase for all PMDD women, a defining feature of their disorder, may override the more subtle influence of abuse histories on symptom severity [1].

Clonidine treatment

We found that PMDD women with prior sexual abuse responded differently to a long acting challenge with clonidine than PMDD with no history of sexual abuse. Women with prior sexual abuse showed greater reductions in BP and HR with clonidine than non-abused women, even when controlling for pretreatment differences in BP, and this effect was especially robust during mental stressors as compared with baseline rest. While one explanation for the greater BP and HR reductions with clonidine in the sexually abused group relates to their higher pretreatment levels and thus, may reflect a regression to the mean with repeat testing, the strict counterbalancing

of order of clonidine versus placebo, combined with the statistical control for pretreatment values argues against this interpretation in favor of one involving sympathetic nervous system mechanisms associated with a history of sexual abuse.

In contrast, in PMDD women with no prior history of sexual abuse, clonidine reduced plasma NE concentrations and increased β -AR responsivity to a greater extent than in PMDD women with prior sexual abuse. The effects of clonidine on β -AR responsivity in non-abused PMDD women are likely secondary to their greater reductions in plasma NE concentrations, an interpretation consistent with pharmacological theory, since diminished levels of agonist would be expected to up-regulate receptors. While at first, it may seem paradoxical that the reductions in circulating NE were greater in the non-abused PMDD women, one possibility is that the greater reduction in NE with clonidine in the non-abused group reflects the law of initial value, since they had nonsignificantly higher pretreatment NE concentrations.

Another plausible explanation for the lower pretreatment NE concentrations coupled with the diminished reduction in NE with clonidine seen in the sexually abused PMDD group is consistent with Selye's model of the general adaptation syndrome. There is now considerable evidence that dysregulation of the stress systems, resulting from exposure to chronic or severe stressors, may be expressed either as hyperfunction or as hypofunction in neurohormonal systems. Hypo-function in neuroendocrine systems might result from chronic hyperstimulation of the stress axes that eventually leads to a down-regulation in the system.

Thus, lesser decreases in NE concentration in response to a long-term clonidine challenge, as we observed in sexually abused PMDD women, may indicate hyposensitivity of presynaptic α 2-AR in this subgroup of PMDD patients in the same way that short-term clonidine challenge tests indicate hyposensitivity of postsynaptic α 2-ARs in other psychiatric populations. While speculative, this could account for the differentially greater effects of clonidine on BP and HR in sexually abused PMDD women, contrasted with the greater effects of clonidine on plasma NE in non-abused PMDD women.

Owing to the small sample size, especially the small cell sizes generated as a function of sexual abuse, the present results should be considered preliminary and interpreted accordingly. Another limitation of the present study is the lack of a non-PMDD comparison sample, the inclusion of which would have allowed for interpretations regarding whether PMDD women are more vulnerable to abuse-associated adrenergic dysregulation, or whether all sexually abused women would have responded differently to clonidine than non-abused women. Despite these limitations, the study has several notable strengths that should also be underscored. First, we used very strict diagnostic criteria to confirm PMDD, we employed validated structured interview to confirm abuse histories, and we examined the effects of clonidine using a double-blind, randomized, placebo-controlled design. Second, we excluded

women with current psychiatric disorders, somatic disorders or who were receiving any pharmacological treatment, thereby addressing confounds that exist in the vast majority of prior studies of abuse and autonomic function [2].

The results of our study have not confirmed positive effects of clonidine on premenstrual symptoms in women with PMDD. In contrast to the only other placebo controlled trial of clonidine to treat premenstrual symptoms (Giannini et al., 1988), this study did not demonstrate that clonidine was superior to placebo in treating patients with PMDD.

While it is possible that reduced statistical power due to a small sample size may have affected the likelihood of detecting beneficial effects of clonidine, the direction of the differences towards reduced premenstrual symptoms when patients were receiving placebo renders this possibility unlikely. Though the reduction in premenstrual symptoms with placebo is no greater than would be anticipated as part of the 'placebo' effect, when contrasted with the negative side effects of clonidine, a greater benefit/risk ratio is seen for placebo.

The fact that no clinical benefit of clonidine was found but a significant decrease in plasma NE concentrations with clonidine, not seen with placebo, confirms that the women were compliant with the treatment regimen, but it also suggests that alterations in NE concentration may not play a primary role in the pathophysiology or manifestation of clinical symptoms of PMDD. Clonidine, a centrally acting α 2-AR agonist, stimulates α 2-ARs that are autoreceptors on noradrenergic nerve terminals, and decreases NE output but has no clinical benefit on PMDD symptoms. On the other hand, stimulation of central noradrenergic output has no significant clinical effect in PMDD either. This is supported by pharmacological studies that demonstrate an ineffectiveness of noradrenergic antidepressants in the treatment [3].

CONCLUSIONS

1. Histories of sexual and physical abuse are associated with persistent alterations in stress-responsive systems in women, even in the absence of current psychiatric illness or medication use. Our results also suggest, however, that PMDD women may be more vulnerable to the effects of abuse experiences on α -adrenergic receptor function as only PMDD women with abuse exhibited greater vascular tone and blood pressure levels relative to non-abused PMDD women.

2. The results of the clonidine challenge probe indicate that the autonomic nervous system differences in abused PMDD women may be mediated, at least in part, by alterations in presynaptic α 2-AR function. The use of a long lasting challenge with clonidine may be an useful tool for assessing sensitivity of central presynaptic α 2-AR, when appropriate variables are measured.

3. There were found no evidence for the clinical efficacy of clonidine to treat premenstrual symptoms in a general group of women with PMDD. Moreover, the unfavorable profile of side effects seen with clonidine diminishes its usefulness in the treatment of PMDD.

REFERENCES

1. Girdler SS, Leserman J, Bunevicius R, Klatzkin R, Pedersen CA, Light KC. Persistent alterations in biological profiles in women with abuse histories: influence of premenstrual dysphoric disorder. *Health Psychol.* 2007 Mar;26(2):201-13.
2. Bunevicius R, Hinderliter AL, Light KC, Leserman J, Pedersen CA, Girdler SS. Histories of sexual abuse are associated with differential effects of clonidine on autonomic function in women with premenstrual dysphoric disorder. *Biol Psychol.* 2005 Jul;69(3):281-96.
3. Bunevicius R, Hinderliter AL, Light KC, Pedersen CA, Girdler SS. Lack of beneficial effects of clonidine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder: results of a double-blind, randomized study. *Hum Psychopharmacol.* 2005 Jan;20(1):33-9.

Gauta: 2010 01 15
Pirmta spaudai: 2010 03 30

The impact of sexual abuse in childhood on the risk of suicidal and homicidal behavior in adulthood

Vaikystėje patirtos seksualinės prievartos pasekmės – suicidinio elgesio ir polinkio į žudymą rizika suaugus

Palmira RUDALEVIČIENĖ, Andrius NARBKOVAS
Mykolas Romeris University, Vilnius, Lithuania

SUMMARY

Sexual abuse is lifetime experience. Psychiatrists become involved in managing the problem through the effects on development and psychological functioning through the lifetime course. There is strong evidence confirming clinical impression of wide range of psychopathology associated with child sexual abuse appearing in adult life. Many survivors only break the silence in adulthood, while some never do [1]. As an adult the survivor's inability to trust anyone prevents them from seeking help, which in turn leads to feelings of isolation. To a certain degree statistics reveal how many survivors are abused; but they cannot show how individual cases are affected. The pain and legacy of abuse do not diminish over time – each survivor always carries the hurt and loss within. Society still expects them to have come to terms with it and put it behind [2]. The psychological and physical effects of sexual abuse can be devastating and long lasting [3]. Depressive symptoms are commonly reported. The depressive feelings are usually combined with shame, guilt, and a sense that victim has been permanently damaged. Poor impulse control and self-destructive and suicidal behaviors are reported to be high. Posttraumatic stress disorder and dissociative disorder are seen in some patients who have been sexually abused. Sexual abuse is a common preexisting factor in the development of dissociative identity disorder (also known as multiple personality disorder), increased risk of suicidal behavior, violent acts, and substance abuse [3–5]. Two cases of sexual abuse in childhood and its impact on the development of psychopathology in adult age are being presented. One was met during the clinical practice in the United Kingdom, and demonstrates numerous symptoms of acute psychopathology with high risk of suicide, bearing a history of sexual abuse, which started at the age of four, by her father; another case is of Lithuanian patient, who was sexually abused by her grandfather at the age since eight up to thirteen, with social phobia developed and social integrity damaged, inability to build both social and interpersonal relations, high risk of suicide and attempts, and homicidal fantasies.

Key words: childhood sexual abuse, adult survivors, psychopathology, suicide, homicide.

SANTRAUKA

Seksualinės prievartos pasekmės jaučiamos visą gyvenimą. Psichiatrai ėmėsi spręsti šią problemą per jos poveikį asmenybės vystymuisi ir psichologiniam funkcionavimui gyvenimo eigoje. Yra tvirtų įrodymų apie plataus spektro psichopatologiją, kuri išsivysto suaugusiems, vaikystėje patyrusiems seksualinę prievartą. Dauguma seksualinės prievartos aukų prabyla tik kai suauga, o kai kurie niekuomet neprabyla. Aukos negalėjimas niekuo pasitikėti neleidžia jai ieškoti pagalbos, kas savo ruožtu veda prie izoliacijos jausmo atsiradimo. Tam tikru laipsniu statistika rodo, kiek yra aukų, tačiau ji neatskleidžia, kokios pasekmės yra konkrečiais atvejais. Prievartos skausmas ir prisiminimai neblėsta laikui bėgant – kiekviena prievartos auka savo viduje nuolat nešiojasi nuoskaudos ir praradimo jausmą. Visuomenė gi mano, kad auka su tuo susitaikė ir paliko praeityje. Seksualinės prievartos psichologinės ir fizinės pasekmės gali būti itin destruktivos ir ilgai išliekančios. Paprastai pastebimi depresijos simptomai. Depresija dažnai sumišusi su gėdos, kaltės jausmu ir pojūčiu, kad žala padaryta visam laikui. Būdingas nevaldomas impulsyvumas, polinkis į autodestrukciją ir savižudybę. Kai kuriems pacientams, vaikystėje patyrusiems seksualinę prievartą, atsiranda potrauminio streso sindromas ir disociacija. Seksualinė prievarta – įprastas faktorius, lemiantis disociatyvų tapatumo sutrikimą (taip pat žinomą kaip daugybinis asmenybės sutrikimas), padidinto polinkio į savižudybę, smurtą ir piktnaudžiavimą narkotinėmis medžiagomis riziką. Pateikiame du seksualinės prievartos vaikystėje ir jos poveikio psichopatologijos išsivystymui suaugus atvejus. Apie vieną atvejį sužinojau klinikinės praktikos Jungtinėje Karalystėje metu – buvo akivaizdūs sunkios psichopatologijos simptomai, didelė savižudybės rizika. Viso to priežastis – seksualinė prievarta nuo ketverių metų iš aukos tėvo pusės. Kitas atvejis – lietuvių pacientė, kurią seksualiai išnaudojo jos senelis nuo aštuonerių iki trylikos metų, ko pasekmėje išsivystė socialinė fobija ir buvo pažeista socialinė integracija, atsirado nesugebėjimas kurti visuomeninius ir asmeninius santykius, didelė savižudybės ir bandymų ją įvykdyti rizika bei su žmogžudyste susijusios fantazijos.

Raktžodžiai: seksualinė prievarta vaikystėje, suaugusios aukos, psichopatologija, suicidas, homicidas.

INTRODUCTION

Finkelhor (1994) defines child's sexual abuse as sexual activities which involve a child and an adult, or significantly older child. There are two elements: the sexual activities and the abusive condition. Contact sexual activities include penetrative acts (e.g. penile, digital, or object penetration of the vagina, mouth, or anus) and non-penetrative acts (e.g. touching or sexual kissing of sexual parts of the child's body, or through the child touching sexual parts of the abuser's body). Non-

contact sexual activities include exhibitionism, involving the child in making or consuming pornographic material, or encouraging two children to have sex together [6].

The abusive condition is founded on the premise that children cannot generally give consent to sex, because of their dependent condition.

Half the sexual abuse cases coming to the attention of welfare agencies involve penetration or orogenital contact. The proportion is less in community samples, because reported cases tend to be more serious in nature.

Address for correspondence: Palmira Rudalevičienė, Dr. psichiatrė, e-mail: palmirarudalev@yahoo.com

Abuse perpetrated by a caretaking adult normally consists of increasingly severe sexual contact over time, with parallel increases in coercion and threats to the child if the 'secret' is disclosed. As the physical acts and psychological climate worsen, so the child's reluctance to disclose the predicament deepens.

According to Jones (1996) the prevalence of child sexual abuse ranges from 5-30% of the population (in the United Kingdom), principally because of differences in sampling, interview, and definitions (e.g. inclusion of non-contact abuse). Nevertheless, it is that higher rates are found in subsections of the community, including those in contact with psychiatric services [7].

In the United States each year 150,000 to 200,000 new cases of child sexual abuse are reported. An estimated one of every three to four girls will be sexually assaulted by the age of 18 years, and an estimated one of every seven to eight boys will be sexually assaulted by the age of 18 years. The actual occurrence rates are likely to be higher than those estimates, because many maltreated children are unrecognized, and many are reluctant to report the abuse [8].

The effects of sexual abuse are inextricably linked with two other important dimensions which are often impossible to separate from sexual trauma itself. These are the context within which sexual abuse occurs, and subsequent life events [9-14].

Sexual abuse in childhood brings the signs of this traumatic experience into the adulthood life [5]. Mental health professionals, psychiatrists included, must be alert in reading the signs of this experience, interpreting clinical symptoms, conducting interview, constructing help and management plan. Two cases I present differ in their management. The first one represents a country (the United Kingdom), where services for management of child sexual abuse and adult survivors of sexual abuse in childhood, are very much developed and have a lot to offer. Lithuanian case, demonstrates high stigma, "non existence" status, occasional seeking for private help. Professional supervision should be essential, what was available in the United Kingdom, but not in Lithuania. Helping for survivors of sexual abuse is not only professional duties, but very hard emotional work, as well. It is impossible to remain indifferent to patients. Each session could become an explosion of survivors' emotions [15]. Symptoms discovered require immediate management. Dealing with dissociated personality demands from a psychiatrist very high sensitivity as well as professional knowledge. Khan (1971) states the necessity to hear with eyes, as an impression is the same, as one does looking at a phased image on the television screen [16]. Schwartz states that dealing with such cases becomes a potent integration for all psychotherapists of where they have been, where they are, and where they are going [17]. Bloom (1997), during her work with survivors of childhood sexual abuse, confesses: "As a result, we have learned a great deal about what is important to human beings—and some important lessons about how human systems succeed and how they fail. My world view has changed almost entirely as a result of what I have learned about what happens to human beings who are exposed to overwhelming stress ..." [18]. Lives of survivors are viewed as broken into pieces [18].

A traumatic event threatens the person's view of the world, the self, and the future. Rich psychopathology is found in the

presentations of adult survivors of past sexual abuse in their childhood.

METHOD

Episodes of two cases of sexual abuse in childhood and its impact on the development of psychopathology in adult age are being presented. One was met during the clinical practice in the United Kingdom, and demonstrates numerous symptoms of acute psychopathology with high risk of suicide, bearing a history of sexual abuse, which started at the age of four, by her father; another case is of the Lithuanian patient who was sexually abused by her grandfather at the age since eight up to thirteen, with social phobia developed and social integrity damaged, inability to build both social and interpersonal relations, high risk of suicide and attempts, and homicidal fantasies. Names of the patients have been changed, as well as some personal details. Their permission was given in the context "to tell and educate others, and maybe help other similar victims".

1. Tracey was my English patient, seen four times by myself, during my 10 months Locum clinical practice in General Adult Psychiatry in the United Kingdom. She was first referred to me by her care co-ordinator, for medication review, as she started experiencing both visual and auditory hallucinations. She was a lady in her late forties, she lived on benefits with her husband; their adult children lived separately. She began seeing a huge image of an Angel, with big wings, who was telling her to go to the mall and take away a coat. She was responding to him that this was not correct, but he answered "correct, otherwise you'll get cold". She tried asking her husband for assistance and requested him to say to the Angel that she was not willing to steal things, but her husband answered he did not see anything, and did not hear, and asked Tracey to leave him alone. Tracey became even more upset as she decided maybe they both were against her. She told her husband: "How couldn't you see, if he is so huge, hardly fits in the room, and his wings are so big." Tracey told me: "I saw him, as I see you now". She also started getting agitated during the interview and was almost to cry. She added saying to me: "I am scared", "I am so scared that I do not want to live. I am very much alone, no one trusts me", "I prefer to die, as this is very painful, I have no strength to suffer anymore".

2. Anna was a young good looking lady, 36 years old, always dressed in an extravagant way, with a scarf, like a turban, on her head, divorced three times, currently living on her own. She was educated in one of the world capital's universities, back to Lithuania. She was a lecturer at a high school. She developed social phobia and was feeling restless among the students during her lectures. She started avoiding lectures, meeting students and colleagues, became scared to enter the classroom at all. She began to abuse alcohol at home in order to get a release. She was taken to me by her mother who was a doctor herself. Anna did not want to speak in front of her mother, and asked her to leave my office. Anna knew that I was working with survivors of childhood sexual abuse, so she started talking to me formulating her problems at the very first interview. "I know the reason of my damn state and my spoiled life". Anna was rude, full of sarcasm, she spoke with a raised voice. Anna demonstrated the feelings of being angry, did not want me to interrupt her and demanded me to listen.

She told me she had been sexually abused in childhood by her grandfather. "My mother was taking me to the village, to spend my summer holidays with my grandmother and grandfather. I had to sleep in one bed with them, in the middle. He started to please himself in the mornings when my grandmother awaked first and went away to take care of animals. He was touching me under my night wear and ejaculating on my naked body. He was laughing and saying I was good, and leaving me alone in a bed, following grandmother. This lasted several summers, since my age of eight, but when I was thirteen I resisted him. He used force. I told I would tell grandmother, but he laughed rudely saying that grandmother would not trust. And this was true. My grandmother got very angry at me and began to shout how such a big girl could tell such nasty nonsenses. My mother told the same. I wanted to tell everybody during some family gathering in the village and warned my mother I would do so, then she locked me and did not allow to attend the event at all. I ran away, and never ever was back to that village. This is a hell place. My mother began to dislike me. Since then we only argue, for any reason, until now. I never phone her, I do not want to visit her. During all my life my hottest desire was to kill him, and I had very sweet fantasies killing him in my mind. My happiest day was when he died several years ago. I did not attend the funeral, but drank champagne in privacy for that occasion, saying: "Go to hell, there is your place!" All my three husbands I left when only I got pregnant from each of them, I aborted children of every of them. I hate all men. I hate my mother. I am very much alone, and want to remain alone. I have no life. I hate myself. I am all dirty. Both my body and my inside. I am not sure what I am doing in this cruel world. Still when I sleep at night I see dreams how he urinates on me. I will never get rid of that devil. And my mother is a disaster, too. I will never give a birth to any children, as they could be born with damaged genes. Whenever I start doing anything like other people do, that devil comes and takes my breath away. I think that my students are aware, they laugh at me."

DISCUSSION

Two cases presented demonstrate psychopathology, which were brought in for the help of mental health services by survivors of child sexual abuse. The first one is more associated with acute psychopathology, thought disorder, and symptoms of severe depression. The second one demonstrates dissociated personality with social phobia developed. In both cases suicidal thoughts are present, the risk of suicide is high; both clients do not see the meaning in their lives. Symptoms of PTSD (posttraumatic stress disorder) are present in both cases, too.

Tracey was referred by her care coordinator because of sudden relapse, arguments at home, agitation, visual and auditory command and comment hallucinations. Symptoms of anxiety and severe depression were present too. She was at a high risk of suicide; her mind was preoccupied with thoughts of suicide. Tracey experienced a tremendous sense of guilt, she was blaming herself for her son's drug abuse, for her husband having psoriasis, for being not a perfect parent. She feared something dreadful would happen to her husband and children.

I learnt about Tracey's sexual abuse from her medical records, and could talk about this experience during the first time I saw her. She told me her father started to abuse her

sexually when Tracey was 3-4 years old, he abused her older sister too. He was taken to prison, as he abused other children too, boys and girls. Tracey was told that her father died. But she explained to me that she did not attend his funeral, so she could not be sure about his death. "I never saw him in coffin, so may be he could be alive and he could come and kill me". Tracey was sure that the Angel she saw was her dad, that's why he taught her to steal the coat. She had recently seen Father chiselling at the bedroom door frame. Believed he was really there, was not sure anymore he was actually dead. Asked husband for reassurance and confirmation but this did not convince Tracey, she got out of bed to touch the door frame; she believed she could feel that the wood had been chiselled. Tracey reported poor sleep, she told me she was afraid to go to bed in order not to see bad dreams and nightmares. She reported that the male voice who was "actually him" told her that in 2012 the world would come to an end. She avoided going out in order people would not be strange about her, as they probably knew who her father was – they also were able to read her mind.

She hardly responded to administered high doses of antipsychotics and antidepressants. I referred Tracey, parallel to psychopharmacotherapy, both for individual and group psychotherapy, SAGE course (sexual abuse group's education), and to crisis intervention group, who was seeing Tracey twice per day. She wanted to see me soon again, as she told to her care co-ordinator that she felt better after talking openly about her childhood experience. She also expressed willingness to see a priest and to discuss with him where could be her any possible fault, sin or punishment, if she was put into such a position while being an innocent child. Her care co-ordinator referred Tracey to pastoral counselling, too.

Lastly, later on, she was found in the street in night wear (in January), as the voices told her to go and "never come back again" and Tracey automatically followed the command.

Pastoral counselling is very helpful in healing survivors of childhood sexual abuse, especially if patient is a religious person and holds personal religious beliefs. Fact of child sexual abuse brings a lot of confusion into existence, and raises essential question and concerns, such as Tracey expressed: about possible punishment, sin or fault. Psychiatrist and a priest could share their competencies at this point. Parallel to the input of psychiatrist's, the contribution of pastoral counselor to the entire problem of sexual abuse is significant because childhood sexual abuse raises many issues of faith. Secular counselors may address well the issues of sexual abuse, but they often ignore the faith dimension so critical to the healing process, which must integrate the various personal dimensions: intellectual, physical, social, emotional and spiritual [19, 20]. For a victim to heal, her faith must be an issue that is brought into the therapeutic process. It means that the life assumption, faith in a supreme being, the meaning of life, and the role of evil must be food for discussion and growth if the patient is going to move toward health [20]. The case of Tracey is very good illustration of it. Tracey's even acute psychopathology holds a content of religious background: she is seeing visual hallucinations of Angel, and is ambivalent of his true presentation. The clinical psychologies try to interpret individual lives; theology tries to interpret life – life as a whole,

in its entirety. And if this is so, both disciplines must face the question of the framework of meaning from which they make their interpretive judgments [21]. In our case, Tracey wanted to be seen by priest, and she also wanted to be referred to him by mental health services providers, in order the responsibilities should be shared and explanations given to her.

Anna was seeking for help as she felt she could lose her job because of alcohol abuse and social phobia, which was not compatible with duties of a lecturer. I saw her several times until she did not come back some time. She was extravagant, arrogant, but during sessions she was becoming weak and dependent, crying, shouting, and then saying she hates me for making her express herself in such a way. She was never performing the homework recommended by me. She was not willing to take medications, but I was happy with that because I was not sure she would not commit suicide by overdosing. As our sessions proceeded, she became slightly gentle, her voice became more soft and gentle, and her eye contact became more prolonged. That's all positive I was able to achieve with Anna before she disappeared.

Anna's case, her disappearance from therapy, demonstrates, she did not want to get rid of her traumatic experience. Pathological pattern of her reactions, she learnt in childhood and was using all her life, had become normal for Anna, the way she was able to express herself. Normal life was not normal for Anna, scared and confused her. I also predicted difficulties for positive dynamics, as Anna was really very much alone. She could get a support only attending psychiatric office, but no comfort in her own private life she was not able to achieve, no understanding, no trust, no one she could share

her feeling openly and would be believed [5, 15, 16, 18].

Adult survivors of childhood sexual abuse often suffer from the posttraumatic stress disorder. Both our presented patients meet criteria for PTSD. They both experienced an event that involved actual threat to their development, integrity of self; their response involved intense fear, helplessness, even horror; this traumatic event (sexual abuse by father in Tracey's case, and sexual abuse by grandfather in Anna's case) is being persistently reexperienced in intrusive recollections of the event, thoughts, perceptions, desires, dreams, intense psychological distress at exposure to internal or external cues that symbolize an aspect of the traumatic event, restricted range of affect (unable to have loving feelings, described by Anna), irritability or outbursts of anger. [22, 23].

Recent studies indicate, that with untreated PTSD we have a dysfunctional individual that has the potential to have an extremely adverse impact on themselves and others [24]. Because of high stigma in Lithuania, it is very hard to monitor help to such cases as Anna's presented, and similar cases of adult survivors of childhood sexual abuse. We should also have in mind these cases, who never seek for help, and continue live between us untreated [1].

CONCLUSION

We have found rich psychopathology, when dealing with cases of adult survivors of sexual abuse in their childhood: severe depression, anxiety, poor sleep, visual and auditory hallucinations, thought disorder, pathological guilt, PTSD symptoms, social phobia, suicidal thoughts and intentions, homicidal fantasies.

REFERENCES

1. Davies V., Andrew H., Pearce C. Betrayal of trust. Understanding and overcoming the legacy of childhood sexual abuse. Ashgrove press limited, Bath, 1995.
2. Bass E., Thornton L. (Eds). I never told anyone: Writings by women survivors of child sexual abuse. Harper and Row, New York, 1983.
3. Herman J. L., Perry C., Van der Kolk B.A. Childhood trauma in borderline personality disorder // *Am J Psychiatry*. – 1989, vol. 146, p.490–495.
4. McCall G.J. Risk factors and sexual assault prevention // *J Intersers Violence*. – 1993, vol. 8(2), p. 277–295.
5. Rudalevičienė P. Seksualinės prievartos sukelta trauma, psichopatologijos išsivystymas // *Sveikatos Mokslai*. 2006, vol.16(1–2), p. 31–34.
6. Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse // *Future of Children*. 1994, vol. 4, p.31–53.
7. Jones D. Management of the sexually abused child // *Advances in Psychiatric Treatment*. 1996, vol. 2, p. 39–45.
8. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Guidelines for the clinical evaluation of child and adolescent sexual abuse // *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988, vol. 27, p. 655.
9. Briere J., Runtz M. Symptomatology associated with childhood sexual victimisation in a non-linear adult sample // *Child abuse and neglect*. 1988, vol. 12, p. 51–59.
10. Beithman J., Zucker K., Hood J., et al. A review of the short term effects of child sexual abuse // *Child abuse and neglect*. 1991, vol. 15, p. 537–556.
11. Beithman J., Zucker K., Hood J., et al. A review on the long term effects of child sexual abuse. *Child abuse and neglect* // 1992, vol.16, p. 101–118.
12. Mullen P.E., Martin J.L., Anderson J.C., et al. Childhood sexual abuse and mental health in adult life // *British Journal of Psychiatry*. 1993, vol. 163, p. 721–732.
13. Welch S.L., Fairburn C.G. Sexual abuse and bulimia nervosa: three integrated case control comparisons // *American Journal of Psychiatry*. 1994, vol. 151, p. 402–407.
14. Vize S.L., Cooper P. J. Sexual abuse in patients with eating disorder, patients with depression, and normal controls: a comparative study // *British Journal of Psychiatry*. 1995, vol. 167, p. 80–85.
15. Davies J.M. A relational psychoanalytic approach to the treatment of adult survivors of childhood sexual abuse // 12th Annual summer seminars offered by Harvard Medical School department of continuing education. 2001, vol. 1, p. 1–48.
16. Khan M.R. To hear with eyes. Clinical notes on body as subject and object. In: *The privacy of self*. New York, International University Press, 1974.
17. Schwartz M., in the book: *Creating sanctuary: toward the evolution of sane societies*, written by Bloom S.L., Routledge 1997, p. 1.
18. Bloom S.L., *Creating sanctuary: toward the evolution of sane societies*, Routledge 1997.
19. Rudalevičienė P., Narbekovas A. Psichiatro ir kunigo bendradarbiavimas-gydytojo praktikoje išskylanti būtinybė, iniciatyva // *Sveikatos Mokslai*. 2005, vol. 38(1), p. 62–68.
20. Cheston S.E. Counseling Adult survivors of childhood sexual abuse in: *Clinical Handbook of Pastoral Counseling*, ed. Wicks R.J. and Parson R.D., New Jersey: Paulist Press. 1993. p. 486.
21. Browning don S. Religious thought and the modern psychologies: A critical conversation in the theology of culture. Philadelphia: Fortress Press. 1988. p. 7.
22. Gerson B.P.R., Carlier I.V.E. Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept // *Br J Psychiatry*. 1992, vol. 161, p.742.
23. Mellman T.A., Randolph C.A., Brawman-Mintez O., Flores L.P., Milanes F.J. Phenomenology and course of psychiatric disorders associated with combat-related stress disorder // *Am J Psychiatry*. 1992, vol. 149, p. 1568.
24. Cassels C. Vast majority of veterans with PTSD do not receive sufficient treatment. *Medscape medical news*, March 19, 2010.

Gauta: 2010 02 01
Priimta spaudai: 2010 03 30

Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (angl. *WFSBP*) biologinio parafilijų gydymo rekomendacijos

Spausdinama WFSBP, Taylor & Francis, Lietuvos biologinės psichiatrijos draugijos leidimu. Versta iš Thibaut F., de la Barra F., Gordon H., et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Paraphilias. The World Journal of Biological Psychiatry. – 2010, vol. 11 (spaudoje).

Florence THIBAUT¹, Flora de la BARRA², Harvey GORDON³, Paul COSYNS⁴, John M.W. BRADFORD⁵
ir WFSBP seksualinių sutrikimų gydymo rekomendacijų darbo grupė*

¹Ch. Nicolle universitetinė ligoninė, INSERM U 614, Medicinos fakultetas, Rouen universitetas, Prancūzija,

²Rytų psichiatrijos ir psichinės sveikatos departamentas, Čilės universitetas. Clinica las Condes, Čilė,

³Littlemore Psichinės sveikatos centras, Oxfordas, OX4 4XN; Oxfordo Teismo Psichiatrijos universitetas,
Didžioji Britanija,

⁴Antverpeno universitetas, Belgija,

⁵Teismo Psichiatrijos divizijos, Otavos universitetas; Queen's universitetas; Kriminologijos mokykla, Otavos
universitetas, Kanada

SANTRAUKA

Tikslas. Pagrindinis šių rekomendacijų tikslas įvertinti farmakologinių veiksnių vaidmenį gydant ir valdant parafilijas, ypač suaugusių vyrų. Kadangi biologinis gydymas taikomas kompleksškai, tam tikrų psichosocialinių ir psichoterapinių intervencijų vaidmuo taip pat trumpai aprašytas šiame straipsnyje. Šios rekomendacijos skirtos praktikos gydytojams, kurie diagnozuoja ir gydo parafilijas. Šių rekomendacijų tikslas pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir padėti gydytojams atlikti klinikinius sprendimus.

Metodai. Šių rekomendacijų tikslas – pateikti apibendrintą ekspertų iš skirtingų žemynų parafilijų gydymo taktiką. Norint pasiekti šį tikslą, buvo atlikta išsami anglų kalba paskelbtos literatūros paieška MEDLINE/PubMed (1990–2009 m. apie SSRI) (1969–2009 m. apie gydymą antiandrogenais) ir papildyta kitais šaltiniais, bei apžvalginiais straipsniais.

Rezultatai. Gydymo rekomendacijos buvo įvertintos pagrįstumo, efektyvumo, saugumo, tolerancijos ir tinkamumo požiūriu.

Išvados. Pasiūlytas šešių lygių algoritmas įvairioms parafilijoms gydyti.

Raktažodžiai: parafilija, seksualiniai prievartautojai, antiandrogenai, antidepresantai, gydymo rekomendacijos.

ABSTRACT

Objectives. The primary aim of these guidelines was to evaluate the role of pharmacological agents in the treatment and management of paraphilia, with a focus on the treatment of adults males. Because such treatments are not delivered in isolation, the role of specific psychosocial and psychotherapeutic interventions was also briefly covered. These guidelines are intended for use in clinical practice by clinicians who diagnose and treat patients with paraphilia. The aim of these guidelines is to improve the quality of care and to aid physicians in clinical decisions.

Methods. The aim of these guidelines was to bring together different views on the appropriate treatment of paraphilias from experts representing different continents. To achieve this aim, an extensive literature search was conducted using the English-language-literature indexed on MEDLINE/PubMed (1990–2009 for SSRIs) (1969–2009 for antiandrogen treatments), supplemented by other sources, including published reviews.

Results. Each treatment recommendation was evaluated and discussed with respect to the strength of evidence for its efficacy, safety, tolerability and feasibility.

Conclusions. An algorithm was proposed with six levels of treatment for different categories of paraphilias.

Key words: paraphilia; sex offenders; antiandrogens; antidepressants; treatment guidelines.

1. ISTORINĖ PERSPEKTYVA

Visos civilizacijos nustatydavo tam tikras priimtino seksualinio elgesio ribas ir normas. Seksualinio elgesio papročiai ir tradicijos skirtingose kultūrose tam tikru laipsniu skyrėsi ir, laikui bėgant, kito. Per šį istorinį kontekstą akivaizdu, kad visuomenei reikia seksualinio nukrypimo koncepcijos, tačiau ji priklauso nuo kintančių visuomenės nuostatų. Biblijinis Izraelis ir Senovės Graikija yra geri pavyzdžiai istorinės religinės ir pasaulietiškos įtakos, kur religija labiau siejama su moraliniu seksualinio nuokrypio smerkimu, o

pasaulietiškas siejamas su didesniu liberalizmu (angl. *Group for Advancement of Psychiatry*, 2000).

Daugelis veiksnių yra susiję su visuomenės požiūriu į tam tikrą seksualinį elgesį ir su tuo, kas yra laikoma seksualiniu nukrypimu. Pavyzdžiui, ar buvo pareikštas sutikimas tam tikram seksualiniam elgesiui, vieta, kur buvo išreikštas seksualinis elgesys, dalyvaujančių asmenų amžius, lytinio akto pobūdis, ar buvo kokia nors baimė ar galimybė būti sužalotam, kaip dažnai seksualinės praktikos buvo atliekamos, ar kitam asmeniui patiko toks seksualinis elgesys (Hensley ir Tewksbury, 2003).

Adresas susirašinėti: Prof F THIBAUT Psichiatrijos skyrius, Charles Nicolle universitetinė ligoninė, 1 rue de Germont 76031 Rouen, Prancūzija, el. paštas: Florence.Thibaut@chu-rouen.fr

*WFSBP seksualinių sutrikimų gydymo darbo grupė: Florence Thibaut (Primininkė, Prancūzija), Paul Cosyns (Vicepirmininkas, Belgija), John MW Bradford (Vicepirmininkas, Kanada), Flora de la Barra (Sekretorė, Čilė), Harvey Gordon (Didžioji Britanija), Ariel Rosler (Izraelis).

Tik XIX a. pabaigoje seksualinis nukrypimas buvo pradėtas laikyti medicininu reiškiniu, kai vokiečių psichiatras Krafft-Ebing (1886) aprašė seksualinių žmogūdysčių atvejus straipsnyje „*Psychopathia Sexualis*“. Daugiau kaip prieš šimtmetį atskleidamas parafilijos sampratą, Krafft-Ebing akcentavo sąsają tarp seksualinės fantazijos ir kompulsinio potraukio žudyti (Schlesinger, 2004). Vokietijos psichiatrų susidomėjimą seksualiniais nukrypimais XX a. pradžioje atspindi dar vienas puikus vokiečių psichiatras Emil Kraepelin (Johnstone, 1913), kuris aprašė atvejį apie vyrą, turintį pedofiliškų polinkių.

Nepaisant to, kad XX a. klinikinė psichiatrija pradžioje medikalizavo seksualinius nukrypimus, tačiau vėliau pagrindinis dėmesys buvo suteiktas į psichoanalitinę sampratą ir gydymą. Ankstyvoji Freud seksualumo teorija yra laikoma psichoanalizės pagrindu, stengiantis suprasti seksualinius nukrypimus (Rosen, 1997; Freud, 1905/1953). Vėliau, visą šimtmetį, vyravusios psichoanalitinės idėjos turėjo įtakos seksualinių nukrypimų vertinimui ir gydymui (Fenichel, 1954; Stoller, 1975; Kernberg, 1991; Rosen, 1997).

Greta psichoanalitinio požiūrio į seksualinius nukrypimus, kaip psichologinio lytinio brendimo raidos anomalijas, buvo ir kitas požiūris, kad seksualiniai nukrypimai yra organinės kilmės. Pats Freud manė, kad perversijas sąlygoja tiek biologiniai, tiek raidos veiksniai (Rosen, 1997). Didžiosios Britanijos autorius Havelock Ellis (Ellis, 1933) ir vokiečių gydytojas Magnus Hirschfeld (1948) bandė reformuoti visuomenės požiūrį į seksualinį elgesį, ypač į homoseksualumą, teigdami, kad toks elgesys yra daugiau medicininis sutrikimas nei nuodėmė.

Išgelbėję parafilijas nuo požiūrio, jog tai yra nuodėmė, ir jas apibrėžę kaip perversijas, psichoanalitikai susilaukė daug kritikos, o pokyčiai įvyko po Antrojo pasaulinio karo (angl. *Group for Advancement of Psychiatry*, 2000). Populiariuose psichikos sutrikimų vadovėliuose šie sutrikimai dabar vertinami atsižvelgiant į vieningas tarptautinių klasifikacijų tradicijas, sukurtas Pasaulio sveikatos organizacijos (PSO) ir Amerikos psichiatrų asociacijos.

Seksualinio nukrypimo sampratos raida sąlygojo tam tikrą painiavą dėl jos pagrįstumo kaip būklės, bet ne kaip seksualinio gyvenimo būdo arba kai kuriais atvejais kaip kriminalinio seksualinio elgesio. Požiūris į parafilijas, kaip į tikras medicininės būklės, pagrįstas jų įtraukimu į tarptautines klasifikacijas, kur jos traktuojamos kaip sutrikimai, nes jos gali būti diagnozuojamos pagal įvairius apibrėžtus simptomus ir elgesį, taip pat jos gali būti laikomos kaip impulsų kontrolės sutrikimų forma (Pearson, 1990), kaip obsesinio-kompulsinio spektro sutrikimas (Stein ir kt., 1992) arba kaip lytinio brendimo anomalija. Be to, kaip anksčiau minėta, parafilijos gali būti susijusios su kitais psichikos sutrikimais (Gordon ir Grubin, 2004), su padidėjusia rizika pakenkti sau ar kitiems, taip pat jos gali būti veiksmingai gydomos. Tačiau parafilijų, kaip medicininės būklės, pagrįstumas yra dviprasmiškas, nes daugelyje šalių jos neįtrauktos į psichikos sveikatos teisės aktus tam, kad būtų galima priverstinai gydyti (Gordon, 2008). Papildomų diskusijų ir aiškumo reikia, kad būtų išspręstos kai kurios parafilijų diagnozės problemos, pavyzdžiui, ar seksualinės fantazijos yra pakankamas parametras sutrikimui apibrėžti, ar turi būti akivaizdus elgesys; arba atvejai kai seksualinės fantazijos yra neigiamos, bet yra akivaizdus seksualinis elgesys; parafilinių fantazijų ar elgesio trukmė; ar galima konstatuoti parafiliją, kai nėra kontakto galimybės su

potencialia auka, pavyzdžiui, kalėjime; fantazijų ir seksualinio potraukio intensyvumo įvertinimas bei profesinės ar socialinės būklės pablogėjimas (Laws ir O'Dinohue, 1997; Marshall, 2006).

Parafilijų gydymo pradžią būtų galima atsekti nuo XIX a. pabaigos, nors tai nėra tiesiogiai susiję su koncepcija, kad seksualinis nukrypimas yra medicininis sutrikimas. Pirminis gydymo būdas buvo chirurginė kastracija, pirmą kartą panaudota gydymo tikslams 1892 m. Šveicarijoje, pacientui sergančiam silpnaprotyste, neuralginiu sėklidžių skausmu bei hiperseksualumu (Sturup, 1972). Danijos psichiatras Sturup (1972) savo straipsnyje nurodo, kad kastracija buvo žinoma nuo senų laikų; ji minima Graikų mitologijoje, vėliau autokastracija buvo naudojama dėl religinių priežasčių ankstyvuoju krikščionybės laikotarpiu; taip pat kastracija buvo naudojama kitur dėl teisinių priežasčių seksualiniams nusikaltėliams tramdyti, ir kaip būdas ruošti eunuchus Rytų haremams, vaikinų sopranus Italijos operai iki XVIII a. Per XX a. chirurginė kastracija seksualiniams prievartautojams buvo taikoma ne tik JAV, bet ir kai kuriose Europos šalyse, įskaitant Daniją, Norvegiją ir Nyderlandus, taip pat Vokietiją ir Šveicariją (Bremer, 1959; Langeluddeke, 1963; Sturup, 1972; Cornu, 1973; Heim ir Hirsch, 1979; Ortmann, 1980; Heim, 1981; Wille ir Beier, 1989). Šių Europos šalių pacientų diagnozės ir seksualinių nusikaltimų tipas buvo įvairus, bet chirurginis kastravimas, atrodo, žymiai sumažino seksualinės prievartos recidyvus. Seksualinių prievartautojų chirurginė kastracija Europoje buvo nutraukta 1970m., nors ji vis dar su tam tikrom apsaugos priemonėmis taikoma Vokietijoje. Kaip seksualinių prievartautojų gydymo metodas kastracija niekada nebuvo patvirtinta Britanijoje ir jos pagrįstumu net savanoriams yra abejojama (Stone ir Thurston, 1959). Chirurginė kastracija už seksualinius nusikaltimus buvo vėl įteisinta kai kuriose JAV valstijose 1996 m. ir vėliau (Weinberger ir kt., 2005).

Chirurginė kastracija kai kuriems seksualiniams prievartautojams buvo dominuojantis chirurginis gydymo metodas, tačiau po Antrojo pasaulinio karo Vakarų Vokietijoje tam tikras dėmesys buvo skirtas ir neurochirurginiam gydymui (Roeder, 1966; Roeder ir kt., 1972). Šio gydymo, kaip ir chirurginės kastracijos pasekmės yra negrįžtamos. Tačiau, atsižvelgiant į parafilijų gydymo sudėtingumą ir biologinius parafilijų aspektus, šios psichochirurgijos procedūros neturėtų būti visiškai pamirštos.

Iki 1940 m., buvo atlikta keletas bandymų gydyti seksualinius prievartautojus medikamentiniais metodais, t.y. estrogenais (Foote, 1944; Golla ir Hodge, 1949; Symmers, 1968), tačiau dėl feminizuojamojo šalutinio poveikio, 1960 m. estrogenų vartojimas buvo pakeistas seksualinį potraukį mažinančiais vaistais, kurie mažina testosterono poveikį. Geriamasis Ciproterono acetatas yra vartojamas daugelyje šalių, tačiau depo injekcijos Europoje taip pat yra vartojamos (Gordon ir Grubin, 2004; Sammet, 2005), o JAV medroksiprogesterono acetatas yra pasirinktinai vaistas (Meyer ir kt., 1992). Skirtingai nei chirurginė kastracija, seksualinį potraukį mažinamųjų vaistų poveikis yra grįžtamas, nutraukus jų vartojimą. Naujausias ir perspektyviausias parafilijų gydymo būdas yra liuteinizuojamojo hormono atpalaiduojančio faktoriaus agonistų vartojimas. Jis skiriamas kaip depo injekcija, mažinanti testosterono kiekį iki labai mažo kiekio, ir dėl to labai sumažina recidyvų dažnį (Rousseau ir kt., 1990; Dickey, 1992; Thibaut ir kt., 1993).

Yra ir naujų duomenų, pagrindžiančių selektyvaus serotonino reabsorbcijos inhibitorių (SSRI) vartojimą (Stein ir kt., 1992; Saleh, 2004). Tai patvirtina senas žinias, kad vyrų libido įmanoma sumažinti vartojant beveik bet kokius psichotropinius medikamentus, įskaitant benperidolį (Sterkmans ir Geerts, 1966), tioridaziną (Sanderson, 1960), depo fluphenaziną (Bartholomew, 1968), klomipraminą (Wawrose ir Sisto, 1992), litį (Cesnik ir Coleman, 1989) arba buspironą (Fedoroff, 1992).

Biologiniai aspektai yra labai svarbūs gydant sunkią parafiliją, tačiau psichoterapinis gydymas taip pat yra būtinas. Aversijos terapija buvo vykdoma iki 1980 m., bet palaipsniui užleido vietą kognityvinei elgesio terapijai. Optimali parafilijų gydymo formulė turėtų apimti dinaminį kompleksinį kognityvinės elgesio terapijos taikymą kartu su lytinį potraukį mažinančiais vaistais.

Pacientų, sergančių parafilija, gydymas, nepriklausomai nuo gydymo metodo, visada buvo pilnas klinikinių ir etinių dilemų. Buvo etinių prieštaravimų dėl psichodinaminės psichoterapijos taikymo gydant seksualinius prievartautojus (Adshead ir Mezey, 1993), dėl aversinės terapijos (King ir Bartlett, 1999), dėl chirurginės kastracijos (Alexander ir kt., 1993) ir dėl seksualinį potraukį mažinančių vaistų vartojimo (Mellela ir kt., 1989). Pagrindinis etinis klausimas dėl seksualinių prievartautojų, įskaitant parafilus, atspindi pusiausvyrą tarp visuomenės saugumo poreikio ir baumės, atsižvelgiant į visuomenės ir net profesionalų nuomonę, o ne gydymo, net jei gydymas yra tinkamas ir veiksmingas (Bowden, 1991; Berlin, 2003; Ward ir kt., 2007 m. – apie žmogaus teises gydant ir reabilituojant seksualinius prievartautojus; 2008 m. – apie kalinius, įtrauktus į mokslinių tyrimų programas).

Parafilinių seksualinių prievartautojų gydymas hormonais dažnai yra susijęs su išorinės prievartos veiksniais, tarkime, teismo sprendimu arba jų šeimos narių, darbdavių ar kitų asmenų spaudimu. Etikos požiūriu pacientui gali būti taikomas gydymas hormonais, jei yra įvykdytos visos šios sąlygos (Belgijos Etikos Patariamasis Komitetas, 2006: www.health.fgov.be/bioeth; Europos taryba, 2004):

- Po nuodugnaus psichiatrinio ištyrimo, psichiatras diagnozuoja asmeniui parafiliją.
- Gydymas hormonais skiriamas esant specifinių klinikinių požymių, simptomų ir elgesiui, atsižvelgus į asmens sveikatos būklę.
- Asmuo kelia didelį pavojų pakenkti savo sveikatai arba kitų asmenų fiziniam ar moraliniam integralumui.
- Mažiau agresyvios gydymo priemonės negalimos.
- Psichiatras, atsakingas už pacientą, sutinka informuoti pacientą ir gauti jo (jos) sutikimą, prisiimti atsakomybę už gydymo indikacijas ir tolesnius veiksmus, įskaitant somatinius aspektus, konsultuojantis su endokrinologu (jeigu tai reikalinga).
- Gydymas hormonais yra raštiško gydymo plano dalis, kuris turi būti peržiūrėtas tam tikrais laikotarpiais ir prireikus koreguojamas.

Kai seksualiniam prievartautojui taikomas priverstinis gydymas, hormoninis gydymas gali būti skiriamas psichiatro, kuris turi reikiamą kompetenciją ir patirtį, išnagrinėjus asmens skundus ir gavus jo sutikimą. Tačiau sutikimas kartais gaunamas tokiomis aplinkybėmis (pvz., įkalinimas ar kalinio perkėlimas į saugomą ligoninę), kai asmeniui taikomi tam tikri apribojimai. Nors gydymas gali pagerinti būklę ir pacientas gali

būti išrašomas iš ligoninės, tai ne visada nutinka. Tais atvejais, kai kyla abejonių dėl paciento sutikimo patikimumo, sutikimo laikymosi ar gydymo atsisakymo, priverstinis gydymas seksualiniams prievartautojams turėtų būti taikomas teismo ar kitos kompetentingos institucijos sprendimu. Teismas arba kita kompetentinga institucija turėtų:

- Veikti pagal procedūras, numatytas įstatymais, remiantis principu, kad asmuo, davęs sutikimą, turi būti stebimas ir konsultuojamas.
- Nenurodyti gydymo metodo, bet priversti seksualinius prievartautojus laikytis su psichiatru suderinto gydymo plano.

2. KLINIKINIS KONTEKSTAS

Šiame straipsnyje vartojami „seksualinio prievartautojo“ ir „parafilijos“ terminai. Siekiant paaiškinti atitinkamą šių terminų vartojimą, svarbu prisiminti, kad ne visi seksualiniai prievartautojai kenčia nuo parafilijos, bet tik dalis jų; kad ne visi pacientai, sergantys parafilija, yra seksualiniai prievartautojai (daugeliu atvejų jie tik kenčia nuo iškrypusių seksualinių fantazijų arba potraukių, arba jų iškreiptas seksualinis elgesys nesulaukė su asmeniu, kuris nesutinka su tam tikru jo seksualiniu elgesiu arba tas asmuo nėra vaikas).

2.1. Apibrėžimai ir klasifikacija

Pagal „Diagnostikos ir statistikos sutrikimų vadovo“, ketvirtosios redakcijos teksto pataisais (DSM IV-TR) arba „Tarptautinę psichikos ligų klasifikaciją“ (TLK-10) parafilija yra apibrėžiama kaip seksualinis sutrikimas, kuriam būdinga: „pasikartojančios, intensyvios fantazijos, keliančios seksualinį sujaudinimą, seksualinį potraukį ar elgesį, dažniausiai apimantis (1) objektus, kurie nėra žmonės (2), savo ar partnerio kančią ar pažeminimą, arba (3) vaikus ar kitus sutikimo negalinčius duoti asmenis, kurie įvyko per paskutinius šešis mėnesius“ (A kriterijus); kuris „sukelia kliniškai ryškų disstresą arba socialinio, profesinio bei kitų svarbių sričių funkcionavimo sutrikimą“ (B kriterijus). DSM IV-TR apibūdina aštuonis tokio pobūdžio sutrikimus (ekshibicionizmas, fetišizmas, frotazas, pedofilija, seksualinis mazochizmas, seksualinis sadizmas, vojerizmas ir transvesinis fetišizmas) kartu su liekamąja kategorija, pavadinta „parafilija, kitaip nepatikslinta“.

Terminas „parafilija“ yra kilęs iš graikų priešdėlio „para“, t.y. aplink ar šalia ir „filija“ senovės graikų žodžio meilė. Terminas „parafilija“ pirmą kartą pavartotas trečiajame DSM klasifikacijos leidime. Pirmasis DSM leidimas išspausdintas 1952 m., kur seksualiniai nukrypimai buvo klasifikuojami kaip sociopatinių asmenybės sutrikimų poklasis (Malin ir Saleh, 2007).

Pacientai, sergantys specifine parafilija, negali būti seksualiai sujaudinami nieko kito, išskyrus savo parafilinės vaizduotės ar elgesio. Pacientai, sergantys nespecifine parafilija, gali būti sujaudinti ir kitokių seksualinių fantazijų, stimulų ar elgesio, nors jų parafilija gali trukdyti kitokiai jų seksualinei preferencijai.

Dauguma parafilijų yra lėtiniai sutrikimai, kurie tęsiasi daugelį metų, kartais visą gyvenimą.

Parafilinis sutrikimas, žinoma, nėra neteisėtas. Elgesys reaguojant į parafilinius potraukius, gali būti neteisėtas ir kai kuriais atvejais nusizengusiam, sergančiam parafilija, gali būti taikomos griežtos sankcijos.

Parafilijos

Ekshibicionizmas: asmuo patiria periodiškai, stipriai, seksualiai jaudinančias fantazijas, seksualinį potraukį

arba elgesį, apimantį savo genitalijų demonstravimą to nesitikinčiam nepažystamajam. Šis demonstravimų elgesys dažniausiai pasireiškia iki 18 metų amžiaus, būklė dažniausiai tampa švelnesnė sulaukus 40 metų.

Frotažas: asmuo patiria periodišką, stiprią, seksualiai jaudinančią fantaziją, seksualinį potraukį arba elgesį liečiant ir trinantis į su tuo nesutinkantį asmenį. Paprastai šis elgesys pasireiškia paauglystėje. Dauguma frotažo aktų atsiranda, kai asmuo yra 15–25 metų, vėliau šis elgesys laipsniškai mažėja.

Vojerizmas: asmuo patiria periodišką, stiprią, seksualiai jaudinančią fantaziją, seksualinį potraukį arba elgesį stebint to neįtariantį nuogą asmenį, kuris nusirenginėja arba užsiimta seksualine veikla. Toks elgesys paprastai pasireiškia iki 15 metų amžiaus.

Fetišizmas: asmuo patiria periodišką, stiprią, seksualiai jaudinančią fantaziją, seksualinį potraukį arba elgesį su negyvais objektais (pvz., moterų apatiniais rūbais, batais...). Paprastai toks potraukis pasireiškia paauglystėje, daugiausia vyrams.

Savęs ar savo partnerio kančia ar pažeminimas (t.y. seksualinis mazochizmas ir sadizmas, atitinkamai) gali būti laikomi parafilijomis.

Seksualinis mazochizmas: asmuo patiria periodišką, stiprią, seksualiai jaudinančią fantaziją, seksualinį potraukį arba elgesį dalyvaujant aktuose (realiuose, o ne imituotose), kur asmuo yra žeminamas, mušamas, surišamas, ar kitaip kankinamas. Galiausiai tai gali sąlygoti sužalojimus, netgi mirtį.

Seksualinis sadizmas: asmuo patiria periodišką, stiprią, seksualiai jaudinančią fantaziją, seksualinį potraukį arba elgesį dalyvaujant aktuose (realiuose, o ne imituotose), kur psichologinės ir fizinės nukentėjusiojo kančios (įskaitant žeminimą) seksualiai sujaudina asmenį. Toks elgesys dažniausiai pasireiškia pilnametystėje. Seksualinis sadizmas gali būti susijęs su prievarta.

Prievartavimas neįtrauktas į šią klasifikaciją, nes tai yra agresijos išraiška, bet ne iškrypęs seksualinis elgesys. Tačiau kai kurie prievartautojai gali atitikti parafilijos kriterijus (dažniausiai ekshibicionizmo arba pedofilijos, kartais seksualinio sadizmo).

Pedofilija (apimanti vaikus) taip pat laikoma parafilija (žr. Hall ir Hall apžvalginį straipsnį, 2007).

Tai seksualinė veikla, į kurią įtraukiami lytiškai nesubrendę vaikai, paprastai 13 metų arba jaunesni. Pedofilai turi būti bent 16 metų ir bent penkiais metais vyresni nei jų aukos. Nepilnamečių pedofilų amžius nenurodomas, todėl vertiname klinikišku sprendimu (atsižvelgiant į vaiko lytinę brandą ir amžiaus skirtumą). Daugiau kaip 90 proc. pedofilų yra vyrai. Dickey ir kt. (2002) įvertino 168 seksualinius prievartautojus ir pranešė, kad pedofilai buvo vyresni palyginus su prievartautojais ir seksualiniais sadistais. Tačiau moksliskai nustatyta, kad recidyvavimas mažėja su amžiumi. Taip pat su amžiumi yra susiję ir libido pokyčiai, sąlygojami sumažėjusio testosterono kiekio.

Pedofilus gali seksualiai traukti berniukai (nuo 9 iki 40 proc. atvejų, pasak Hall, 2007), mergaitės (net dažniau) arba ir vieni ir kiti. Tie, kuriuos traukia mergaitės, paprastai renkasi 8–10 metų vaikus, o tie, kuriuos traukia berniukai, paprastai renkasi šiek tiek vyresnius vaikus. Pedofilija gali pasireikšti kraujomaiša (šeimoje), ši grupė apima 20 proc. pedofilų (Cohen ir Galinker, 2002; Cohen ir kt., 2007). Pedofilija gali būti

išskirtinė (trauka tik vaikams), arba neišskirtinė. Hall (2007) pranešė, kad iš 2500 vyrų pedofilų tik 7 proc. jų pasireiškė išskirtinė trauka tik vaikams. Terminas „hebafilijos“ vartojamas apibūdinti seksualinį potraukį vyriškosios ar moteriškosios lyties peripubertatiniais vaikams arba paaugliams. Terminas „infantofilija“ vartojamas apibūdinti asmenis, kurie domisi jaunesniais nei penkerių metų vaikais. Pedofilai taip pat gali būti klasifikuojami atsižvelgiant į tai, ar vaikų pornografija ir (arba) kompiuteris buvo naudojamas siekiant įtraukti vaikus į seksualinius santykius (Setas ir kt., 2006). Šie skirtumai yra svarbūs atrankos kriterijai seksualiniam elgesiui tirti.

Pedofilai, kurie išreiškia stiprų potraukį vaikams, gali apsiriboti vaikų nurengimu ir stebėjimu, rodyti save nuogą, masturbuotis vaikui matant, arba švelniai liečiant ir myluojant vaiką. Kiti atlieka feliaciją arba kunilingą ant vaiko ar prasiskverbia į vaiko makštį, burną ar išangę su savo pirštais, pašaliniais daiktais, arba varpa ir naudoja įvairią jėgą tą darydami. Pedofilas šią veiklą bando pateisinti racionalizavimu, esą tai duoda vaikui mokomąją vertę arba vaikas esą patiria seksualinį malonumą, arba vaikas buvo seksualiai patrauktas, ypač tais atvejais, kai seksualinė trauka pasireiškia vyriškosios lyties vaikui. Smurtas yra retai naudojamas (Cohen ir Galinker, 2002; Hall, 2007). Priekabiavimas prie vaikų nebūtinai yra pedofilijos sinonimas (Abel ir Harlow, 2001).

Parafilija, kitaip nepatikslinta, taip pat minima DSM-IV-TR klasifikacijoje. Šios parafilijos apima, bet neapsiriboja: telefoninė skatologija (nepadorūs pokalbiai telefonu), nekrofilija (lavonams), partializmas (išskirtinis dėmesys tam tirai kūno daliai), zoofilija (gyvūnams), koprofilija (fekalijoms), klizmafiliija (klizmoms) ir urofilija (šlapimui).

Aprašyta daugiau kaip 50 parafilijų tipų, dauguma iš jų yra labiau paplitusios tarp vyrų (apie 99 proc. Europoje) negu tarp moterų, tačiau moterų parafilijų daugėja JAV (Abel ir Harlow, 2001; Hall ir Hall, 2007). Išskyrus seksualinį mazochizmą, kuris yra apie 20 kartų retesnis tarp vyrų nei tarp moterų, parafilijos gana retai diagnozuojamos moterims. Parafilai dažnai turi daugiau nei vieno tipo iškrypusių seksualinių elgesį (pvz., vienas trečdalis pedofilų yra ir ekshibicionistai) (Bradford ir kt., 1992; Bradford, 1999, 2001); pasak Hall ir Hall (2007), nuo 50 iki 70 proc. pedofilų turi daugiau nei vieną parafiliją. Parafilinis seksualinis potraukis paprastai pasireiškia iki 18 metų amžiaus.

Daugelis parafilų serga ir pagrindinėmis pirmosios ašies psichikos ligomis, įskaitant afektinius sutrikimus, piktnaudžiavimą tam tikromis medžiagomis, šizofreniją ar kitus psichikos sutrikimus, demencijas (ypač temporalines ir(ar) frontotemporalines demencijas) ir kitus pažinimo funkcijų sutrikimus. Parafilija gali pasireikšti ir kartu su antrosios ašies sutrikimais, pavyzdžiui, ribinio tipo asmenybės sutrikimu ar antisocialinio tipo asmenybės sutrikimu, protiniu atsilikimu; taip pat kartu su trečiosios ašies sutrikimais, tokiais kaip, temporalinės skilties epilepsija ar galvos smegenų trauma (limbinės sistemos traumas gali pakeisti seksualinę orientaciją; ankstesnės galvos traumas gali būti pedofiliją predisponuojančiu rizikos veiksniu, ypač tada, kai galvos trauma įvyko iki šešių metų amžiaus, Blanchard ir kt., 2002), Kleine Levin ir Klüver Bucy sindromu (50 proc. pacientų išreiškia netinkamą seksualinį elgesį); Huntingtono liga (10 proc. pacientų skundžiasi dėl netinkamo seksualinio elgesio). Parafilijos taip pat gali pasireikšti pacientams, kurie gydomi dopamino

receptorių agonistais (pvz., sergantieji Parkinsono liga). Yra nedaug klinikinių duomenų apie netinkamo seksualinio elgesio susijusio su dopamino vartojimu gydymą. Dopaminerginių vaistų dozės sumažinimas ir antidepresantai arba neuroleptikai buvo pasiūlyti šio elgesio gydymui (Guay, 2008).

Parafilija nėra dažnai siejama su šizofrenija arba bipoliniu sutrikimu. Apžvalginiame straipsnyje Marshall (2006) pranešė, kad rastas tik mažas psichozinių sutrikimų paplitimas (nuo 1,7 iki 16 proc.) Tam tikrais atvejais parafilija yra antrinis sutrikimas, sukeltas psichozinių ligų, ir praeina, kai psichozė sėkmingai pagydoma; bet kartais, parafilija yra nepriklausoma nuo psichozės ir ją gali tekti gydyti atskirai (Smith ir Taylor, 1999; Baker ir White, 2002). Priklausomybės sutrikimai gali būti paplitę nuo 8 iki 85 proc., asmenybės sutrikimų paplitimas yra 33–52 proc. (tarp jų antisocialaus tipo asmenybės sutrikimas yra dažniausias), depresijos paplitimas yra 3–95 proc., nerimo sutrikimų paplitimas gali būti nuo 3 iki 64 proc., dėmesio trūkumo ir hiperaktyvumo sutrikimas (DTHS) taip pat gali sudaryti 36 proc. atvejų, valgymo sutrikimai sudaro apie 10 proc. atvejų ((Kafka ir Prentky, 1998 (110 ambulatoriškai gydomi suaugusieji); Dunsieith ir kt., 2004 (113 vyrų teismo psichiatrai diagnozavo šią ligą); Raymond ir kt., 1999 (45 vyrai pedofilai, padarę lytinį nusikaltimą)). Tarp pedofilų pastebėtas didelis sergamumas (30–55 proc.) impulsų kontrolės sutrikimais (pvz., eksplozyvumo sutrikimas, kleptomanija, piromanija, patologinis potraukis azartiniams žaidimams) (Hall ir Hall, 2007). Metodologinės paklaidos, pavyzdžiui, imčių ir diagnostikos kriterijų heterogeniškumas gali turėti įtakos skirtingiems duomenims, nustatytiems skirtingų tyrimų metu.

Nepilnamečiams seksualiniams prievartautojams sergamumas psichikos ligomis siekia nuo 60 iki 90 proc. (daugeliu atvejų asmenybės sutrikimai, tokie kaip, elgesio arba ribinio tipo asmenybės sutrikimai, medžiagų vartojimo sutrikimai, DTHS ar impulsų kontrolės sutrikimai ir nuotaikos arba nerimo sutrikimai) (Abel ir kt., 1988; Kavousi ir kt., 1988; Shaw ir kt., 1996; Galli ir kt., 1999; Bladon ir kt., 2005 (141 atvejis)); dažni mokymosi sunkumai taip pat buvo aprašyti. Nepilnamečiai prievartautojai yra heterogeniški. Gydant recidyvų dažnis yra mažesnis nei suaugusiųjų, tačiau recidyvo rizika yra didesnė tiems, kurie yra antisocialūs/impulsyvūs ir yra neįprastos/izoliuotos asmenybės (Worling, 2001).

Parafilijos dažnai yra susijusios su seksualiniu hiperaktyvumu, dažnai su kompulsiniais ir(ar) impulsyviais bruožais. Parafilijos dažnai sukelia psichologinių sutrikimų, tokių kaip kaltės jausmą, depresiją, gėdą, izoliaciją, sutrikusį gebėjimą normaliems socialiniams ir seksualiniams santykiams. Kai kuriems asmenims parafilinės fantazijos arba dirgikliai yra privalomi erotiniam sujaudinimui pasiekti ir visada įtraukiami į seksualinę veiklą. Kitais atvejais parafilija pasireiškia tik epizodiškai (streso laikotarpiu), o kitu metu asmuo gali seksualiai funkcionuoti be iškryptų dirgiklių ar fantazijų.

Kai kurios parafilijos gali būti susijusios su keistu seksualiniu elgesiu, tačiau jos nebūtinai yra susijusios su prievarta. Tokie pacientai gali kreiptis dėl baimės, susijusios su jų asmeniniu gyvenimu. Tuo tarpu kitų parafilų elgesys gali sąlygoti seksualinius nusikaltimus ir tai yra didelė visuomenės sveikatos problema, apibrėžiama kaip bet koks nustatytų teisinių ar moralinių seksualinio elgesio normų pažeidimas. Parafilijos gali būti graduojamos nuo lengvų iki katastrofiškų, priklausomai nuo smurto anamnezės, jei

jį yra teigiama, atsižvelgiama į aukų skaičių, jų amžių ir kankinimo laipsnį (skvarbos lygis: išskverbimas buvo, ar ne). Sunkūs atvejai apima daugiau nei vieną asmenį ar vaiką ir turi būti išskverbimas. Atlikta keletas seksualinių žudikų tyrimų. Briken ir kt., (2006) pranešė, kad tarp seksualinių žudikų, kuriems pasireiškia parafilija arba su parafilija susiję sutrikimai, seksualinis sadizmas yra labai išreikštas.

Apskritai ekshibicionistai ir pedofilai sudaro seksualinių prievartautojų daugumą. Pedofilija gali suniokoti aukų gyvenimus. Vieno pedofilo aukų skaičius yra apie dvidešimt. Cohen ir kt., (2002) pranešė, kad nežinomų aukų mediana yra 11 tiems, kuriuos traukia berniukai, o tiems, kuriuos traukia mergaitės – 1,5. Šeiminių pedofilijų aukų mediana 4,5 tiems, kuriuos traukia mergaitės, 5 tiems, kuriuos traukia berniukai. Be to, anonimiškai apklausus 377 nešeiminius pedofilus, nustatyta, kad vidutinis aukų skaičius tų pedofilų, kuriuos traukia mergaitės, sudarė 20 palyginus su 150 tų pedofilų, kuriuos traukė berniukai; šeiminių pedofilijos dažnumas buvo mažesnis atitinkamai – 1,8 ir 1,7 (Hall ir Hall, 2007). Įkalinimas gali sustabdyti pedofilą nuo neteisėto seksualinio elgesio prieš vaikus, tačiau tai nekeičia pedofilo vidinės seksualinės orientacijos. Pedofilijos gydymas suteikia humaniškesnę ir ilgalaikiškesnę sprendimą nei laisvės atėmimas ir šie metodai gali būti naudojami kartu.

2.2. Etiologija

Seksualinis susijaudinimas priklauso nuo sudėtingos nervų sistemos, hormoninių, ir genetinių veiksnių sąveikos, pasireiškiančios kultūriniame kontekste. Nepaisant ilgamečių tyrimų, parafilijų etiologija yra vis dar neaiški. Įvairūs psichologiniai, raidos, aplinkos, genetiniai ir organiniai veiksniai buvo aptariami, tačiau nė viena iš šių teorijų pilnai nepaaiškina parafilinio elgesio. Priežastys tikriausiai yra daugiafaktorinės ir tai sunkina jų gydymą.

28–93 proc. pedofilų nurodo, kad buvo prievartaujami vaikystėje, palyginus su kontroline grupe – 15 proc. (žr. apžvalginį straipsnį Hall ir Hall, 2007).

Mes sutelkėme dėmesį į pagrindinius parafilinio elgesio biologinius veiksnius.

Testosteronas yra pagrindinis androgenas, kuris gaminamas sėklidėse, ir turi didelės įtakos vyrų seksualinei raidai ir funkcijai, tiek seksualumo, agresijos, pažintinės veiklos, emocijų ir asmenybės reguliavimui (Rubinow ir Schmidt, 1996). Pirmiausia, jis yra pagrindinis veiksnys seksualiniam norui, fantazijoms ir elgesiui sukelti ir kontroliuoja spontaniškos erekcijos dažnį, trukmę. Testosterono (ir jo metabolito 5 α -dihidrotestosterono, (DHT)) poveikis audiniuose yra realizuojamas per androgeninius receptorius. Testosterono sekrecija reguliuojama pagumburio-hipofizės-sėklidžių ašies grįžtamojo mechanizmo. Pagumburis gamina gonadotropinio hormonono atpalaiduojamąjį faktorių (GnRH), kuris išskiriamas pulsuojančiu būdu ir skatina priekinės hipofizės liuteinizuojamojo hormono (LH) gaminimą. LH stimuliuoja testosterono išsiskyrimą iš sėklidžių, o tai savo ruožtu slopina pogumburio ir hipofizės hormonų sekreciją. Įrodyta, kad gydymas testosteronu atkuria naktinės varpos pabrūkimo atsaką hipogonadiniams suaugusiems vyrams, kuriems sutrikęs naktinis varpos pabrūkimas. Minimalus testosterono kiekis yra reikalingas vyrų seksualiniam potraukiui, tačiau koncentracijos riba lieka neaiški. Testosterono kiekis

nekoreliuoja su seksualinio potraukio intensyvumu. Nors varpos kietumas ir paburkimas, atrodo, yra priklausomi nuo androgenų, erekcija, reaguojant į erotinius regos dirgiklius, nėra priklausoma nuo androgenų, bet erekcija susijusi su klausos dirgikliais tikriausiai yra priklausoma nuo androgenų (Carani ir kt., 1992). Ar erekcija yra fantazijos ir lytėjimo stimuliacijos rezultatas, ar ji priklauso nuo androgenų kiekio, lieka diskutuotinu klausimu (Meston ir Fröhlich, 2000).

Nėra patikimų įrodymų, kad parafilai turi didesnį testosterono kiekį, taip pat nėra duomenų, rodančių, kad būtų padidėjusi jų androgenų receptorių veikla. Parafilams nenustatyta jokie skirtumo tarp savo seksualinio elgesio stebėsenos aprašymų ir testosterono serume kiekio (daugiau arba mažiau 300 ng/dl) (Kravitz ir kt., 1996). Tačiau pedofilams nustatytas didesnis LH atsakas į stimuliaciją GnRH palyginus su kontroline grupe ir kitais parafilais, nors bazinis LH ir testosterono kiekis buvo normalūs. Šie duomenys gali reikšti, kad pedofilai turi pagumburio-hipofizės-lytinių liaukų funkcijos sutrikimų (Gaffney ir Berlin, 1984). Tikėtina, kad, sumažinus testosterono kiekį iki kastracijos lygio, apskritai sumažėja seksualinis sujaukinimas.

Kaip rodo gyvūnų ir žmonių tyrimai *serotonino* ir *dopamino* poveikis seksualiniam elgesiui yra šiek tiek mažesnis (Bradford, 1999, 2001; Kafka 2003). Padidinus centrinę serotonino veiklą pagumburyje, galima užslopinti tam tikrų žinduolių rūšių seksualinį elgesį (Lorrain ir kt., 1999). Mažas 5-hidroksi-indolio acto rūgšties kiekis smegenų skystyje yra susijęs su išreikšta agresija, kurią jaunuoliams vyriškosios lyties primatams nulemia sutrikusi impulsų kontrolė, o testosteronas yra labiau susijęs su konkurencinga agresija (Dee Higley ir kt., 1996). Žmonėms gydymas selektyviais serotonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRI) yra susijęs su šalutiniu seksualiniu poveikiu (pvz., sumažėjusiu seksualiniu potraukiu, sutrikusiu orgazmu ir ejakuliacija), 5HT2 receptorių aktyvacija gali pakenkti seksualiniam funkcionavimui, o 5HT1A receptorių stimuliacija gali palengvinti seksualinę veiklą (Meston ir Fröhlich, 2000).

Vieno tyrimo metu nustatyta, kad pedofilija buvo susijusi su padidėjusiu katecholaminų kiekiu kraujyje plazmoje (Maes ir kt., 2001). Palyginus su kontroline grupe, devyniems pedofilams rastas didesnis kortizolio ir prolaktino atsakas į metachlorofenilpiperaziną (serotonino agonistą). Tai gali rodyti padofilų serotoninerginis sutrikimas.

Estrogenai turi mažai tiesioginės įtakos seksualiniam potraukiui tiek vyrams, tiek moterims (Meston ir Fröhlich, 2000).

Specialios smegenų dalys, reguliuojančios seksualinį elgesį.

Tiriant vyriškosios lyties gyvūnus, nustatyta, kad pažeidimai medialinėje preoptinėje smegenų zonoje, kuri jungiasi su limbine sistema ir smegenų kamienu, labai pažeidžia poravimosi elgesį (Meisell ir Sachs, 1994), pablogindami gebėjimą atpažinti seksualinį partnerį (Mc Kenna, 1999). Paraventrikulinio branduolio elektros stimuliacija sukelia varpos erekciją (Chen ir kt., 1997).

Parafilijos ar bent sutrikimai, kurie labai panašūs į parafilijas, taip pat yra siejami su smegenų trauma, ypač patirta vaikystėje (Lehne, 1984; Simpson ir kt., 1999; Langevin, 2006), temporalinės arba frontalinės skilties pažeidimais (Hucker ir kt., 1986; Langevin ir kt., 1989; Mendez ir kt., 2000), Kluver-Bucy sindromu arba epilepsija (Hill, 1957;

Mitchell ir kt., 1954), ypač vyrams.

Neseniai aštuoniems sveikiems suaugusiems vyrams naudojant pozitronų emisijos tomografą ir vizualiai sukėlus seksualinį sujaukinimą, nustatyta smegenų, tam tikrų sričių aktyvacija (Stolėru ir kt., 1999). Ji apėmė vizualinių asociacijų sritis (apatinę temporalinę žievę bilateraliai) ir paralimbines sritis, susijusias su sensorinės informacijos ir motyvacijos perdurbimu, bei autonominės nervų sistemos ir endokrininės sistemos funkcijų reguliavimu (dešinioji insula, dešinioji apatinė frontalinė žievė, kairioji pringinė *cingular* žievė). Kai kurių iš šių sričių aktyvacija teigiamai koreliavo su plazmos testosterono kiekiu. Vis dėlto ryšys tarp nervų sistemos veiklos ir iškrypusio seksualinio elgesio išlieka neaiškus.

Temporalinė skiltis dalyvauja reguliuojant erotinę diskriminaciją ir sujaukinimą, todėl reikėtų atkreipti ypatingą dėmesį pedofilijos atveju. Cohen ir kt. (2002) paskelbė apie mažesnę gliukozės metabolizmą dešinėje apatinėje temporalinėje žievėje ir viršutiniame ventraliniame frontaliname vingyje, septyniems heteroseksualiems, ne išimtiniais, ne šeiminiais pedofilams palyginus su septynių asmenų kontroline grupe. Cantor ir kt., (2008) pranešė, kad kairėje ir dešinėje temporalinėje ir parietalinėje smegenų srityse yra sumažėjęs baltosios medžiagų tūris 44 pedofilams vyrams, palyginus su 53 asmenimis nuteistais ne už lytinius nusikaltimus. Schiltz ir kt. (2007) pastebėjo sumažėjusį dešinėsios amygdalos tūrį 13 vyrų pedofilų (6 – heteroseksualai, 3 – homoseksualai, 4 – biseksualai), palyginus su 15 asmenų kontroline grupe (ne pedofilų). Ši anomalija gali pasireikšti gyvenimo pradžioje ir gali būti susijusi su aplinka arba hormonų veikla, o vėliau gali būti susijusi su lytinio potraukio pokyčiais. Amygdala gali reguliuoti seksualinį elgesį, susijusį su ankstesne seksualine patirtimi. Kai kurie pokyčiai gali būti dėl fizinės ar seksualinės prievartos vaikystėje.

Schiffer ir kt., (2007) MRI ištyrė 18 – pedofilų (9 – homoseksualai, 9 – heteroseksualai) ir palygino juos su 24 asmenų kontroline grupe (12 – homoseksualai ir 12 heteroseksualai) ir rado sumažėjusį pilkosios medžiagos tūrį pedofilų ventraliniame dryžuotajame kūne, insuloje, orbitofrontalinėje žievėje ir smegenėlėse bilateraliai.

2.3. Parafilinio elgesio paplitimas

Patikimų duomenų apie parafilijų paplitimą nėra.

Kriminalinės ataskaitos

Nedaugelis pedofilų prašo gydymo, prieš padarydami seksualinį nusikaltimą. Sutrikimo paplitimas paprastai apskaičiuojamas pagal kriminalinių įvykių ataskaitas. Prancūzijoje 22 proc. kalinių yra seksualiniai prievartautojai. Jungtinės Karalystės kalėjimuose apie 11 proc. kalinių – seksualiniai nusikaltėliai (1998); JAV nepilnamečiai sudaro 17 proc. asmenų, suimtų už seksualinius nusikaltimus (angl. *Home Office Recording Crime Statistics 1998–2001, Report UK Government, Londonas*, 1998). Moterų žaginimas ir seksualinis smurtas prieš moteris buvo dažniausias seksualinis nusikaltimas užregistruotas Jungtinės Karalystės nusikaltimų statistikoje 1998 m. Tačiau seksualinių nusikaltimų prieš vaikus paplitimas didėja. Anglijoje ir Velse 7 iš 1000 1953 m. gimusių vyrų iki 40 metų amžiaus jau buvo teisti už seksualinius nusikaltimus prieš vaikus (Marshall, 1997).

Parafilinių fantazijų paplitimas bendrojoje populiacijoje

Briere ir Runtz (1989) pranešė kad iš 193 studentų, apie 21

proc. patiria pedofilines fantazijas. Pasak Pithers (1995), 15–20 proc. studentų vyrų bei 2 proc. studenčių moterų norėtų turėti lytinius santykius su vaiku, jei tai būtų leidžiama; 40 proc. vyrų turėjo seksualinių fantazijų apie moterų prievartavimą.

Seksualinių nusikaltimų paplitimas bendrojoje populiacijoje

Apie daugelį seksualinių nusikaltimų nepranešama. Pagrindinės metodologinės paklaidos atsirado dėl seksualinės prievartos apibrėžimo, aukų amžiaus, tyrimo imties, interviu tipo (klausimynas, pokalbis akis į akį, pokalbis telefonu, klausimų kiekio ir pobūdžio), ir atsako dažnio (Goldman, 2000). Studentų apklausoje, vartojant seksualinės prievartos apibrėžimą, kad „bet kuris jauno asmens praneštas nepageidaujamas ar užgaulus atvejis prieš sukankant 18 metų“, 59 proc. moterų ir 27 proc. vyrų atsakė teigiamai. Kai apibrėžimas buvo sukonkretintas, kad „tie atvejais, kai yra bet koks įsiskverbimas arba prievartinė masturbacija, kai prievartautojas yra bent penkeriais metais vyresnis“, teigiamų atsakymų dažnis sumažėjo iki 4 proc. moterims ir iki 2 proc. vyrams (Creighton, 2002). Prancūzijoje 11 proc. moterų nuo 18 iki 39 metų pranešė turėjusios nepageidaujamus lytinius santykius (Bajos, 2008). Hall ir Hall (2007) apžvalginame straipsnyje rašė, kad nuo 17 iki 31 proc. moterų ir nuo 7 iki 16 proc. vyrų turėjo nepageidaujamus lytinius santykius iki 18 metų amžiaus.

Nacionalinė draugija už žiauraus elgesio su vaikais prevenciją pranešė, kad 2000 m. 16 proc. merginų ir 7 proc. vaikų patyrė seksualinį smurtą iki 13 metų amžiaus. 2000 m. 6 iš 10 000 vaikų, jaunesnių nei 18 metų buvo įrašyti į seksualinio išnaudojimo apsaugos registrus. Apskaičiuota, kad vidutinis aukų skaičius vienam pedofilui – apie 20 vaikų.

Seksualinės prievartos dažnis yra nepakankamai įvertintas, nes prievartautojai dažnai yra nesulaikomi arba nuteisiami (Elliot ir kt., 1995; Harris ir Grace, 1999). Pavyzdžiui, vyrai nuteisti už seksualinę prievartą prieš vaikus, teigia, kad dar bent dėl penkių seksualinio smurto atvejų jie niekada nebuvo sulaikyti (Elliot ir kt., 1995). Vieno tyrimo duomenimis, iš 360 išprievartavimo atvejų tik apie 10 proc. buvo nuteisti (Harris ir Grace, 1999).

Seksualinės prievartos pasekmės priklauso nuo jos pobūdžio. Pedofilinio išprievartavimo atveju sunkios pasekmės aukai išlieka, praėjus daugeliui metų po pirminio įvykio (Banyard ir kt., 2001; Leonard ir Follette, 2002).

Recidyvų dažnis

Recidyvas yra didelė parafilijų gydymo, ypač pedofilijos gydymo problema. Daugelis žmonių pripažįsta, kad vien įkalinimo nepakanka, siekiant išspręsti seksualinės prievartos problemą. Prievartautojų gydymas yra gyvybiškai svarbus metodas siekiant išvengti seksualinės prievartos ir sumažinant aukų skaičių.

Recidyvo sąvokos apibrėžimą reikia patikslinti. Pagal Greenberg (1998), ir Prentky ir kt. (1997) skirtingi apibrėžimai gali apimti skirtingus seksualinės prievartos būdus, neseksualinę prievartą arba ir vieną, ir kitą; nuteisimą arba informaciją apie prievartavimus, gautą iš pačių prievartautojų. Tyrimus sudėtinga palyginti dėl metodinių skirtumų: stebėjimo trukmės, parafilijų tipo, recidyvų apibrėžimo, aukų tipo, ankstesnio teistumo ir ankstesnių nusikaltimų, retrospektyviojo ar prospektyviojo tyrimo, ambulatorinių pacientų ar kalinių

gydymo būdų ir režimo laikymosi, kiek asmenų nebaigė tyrimo, tik aktyvaus gydymo laikotarpio ar trumpo stebėjimo laikotarpio po gydymo nutraukimo, statistinės analizės ir t.t.. Sudėtinga išaiškinti tuos asmenis, kurie greitai gali atkristi.

Pakartotinis teistumas už seksualinę prievartą vidutiniškai siekia 13 proc. (mažesnis šeiminių prievartautojų atveju 4 proc., lyginant su pedofilais, kurių aukos yra berniukai – 21 proc.) (Hanson ir Bussière, 1998) ir dukart (nuo 11 proc. iki 22 proc.) padažnėja po penkerių metų negydytiems prievartautojams (Morrison ir kt., 1994). Soothill ir Gibbens (1978) nustatė, kad seksualinių prievartautojų recidyvo dažnis kilo maždaug 3 proc. per metus, o stebėsenos (22 metų) pabaigoje – 48 proc. recidyvavo. Duomenys iš įkalinimo vietų rodo, kad 15 proc. vaikų išnaudotojų, kurie paliko kalėjimą, per dvejus metus vėl nuteisiami dėl seksualinio nusikaltimo (Beech ir kt., 2002). Gydyti prievartautojai rečiau pakartotinai nuteisiami nei negydyti prievartautojai po dviejų metų (5,5 proc. ir 12,5 proc. atitinkamai) ir po ketverių metų (25 proc. ir 64 proc., atitinkamai) (Marshall ir Barbaree, 1990).

Trys pakankamai naujos metaanalizės pranešė apie recidyvų dažnį ir rizikos veiksnius (Hanson ir kt., 2003; Hanson ir Morton-Bourgon, 2005, Craig ir kt., 2008). Recidyvų dažnis padidėjo nuo 15 proc. po penkerių metų iki 27 proc. po 20 metų. Pedofilai, kuriuos traukia berniukai, labiau yra linkę pakartotinai prievartauti (35 proc. po 15 metų) palyginti su tais, kuriuos traukia mergaitės (16 proc. po 15 metų), ir su tais, kurie seksualiai prievartavo šeimoje (13 proc. po 5 metų) (Harris ir Hanson 2004, 4700 seksualiniai prievartautojai).

Identifikuoti kai kurie dinaminiai rizikos veiksniai, pavyzdžiui, psichopatija ir antisocialus elgesys. Neigimas, mažas pasitikėjimas savimi, priklausomybės (daugiausia alkoholizmas arba piktnaudžiavimas narkotikais) ir gretiniai psichikos sutrikimai taip pat gali didinti recidyvo riziką. Dinaminis rizikos veiksnys galima pastebėti ir, skyrus psichoterapinį gydymą, galima juos koreguoti.

Žemiau išvardintus seksualinio prievartautojo rizikos veiksnius reikia tiksliai įvertinti, norint juos nustatyti, deja jų koreguoti negalima: ankstesnė seksualiniai prievarta (ypač išžaginimas) arba neseksualinė prievarta (ypač smurtas) didina recidyvo riziką (Hall ir Hall, 2007). Nutraukus gydymą, seksualiniai prievartautojai, turintys intelekto negalią ar liekamųjų reiškinių po galvos traumų, ypač dažnai linkę vėl prievartauti. Stipriausias pakartotos seksualinės prievartos prediktorius yra seksualinis susidomėjimas vaikais, matuojamas pletizmografijos metodu (ypač tais atvejais, kai aukos yra nežinomos). Jaunas amžius, kada pasireiškė simptomai, yra susijęs su padidėjusia recidyvo rizika (Barbaree ir kt., 2003). Ankščiau patirta seksualinė prievarta ar fizinis smurtas vaikystėje taip pat gali didinti riziką (Hanson ir Bussière, 1998). Galiausiai, prievartautojų nurodyti dideli parafiliniai interesai, didina pakartotino prievartavimo tikimybę (Hall ir Hall, 2007).

Siekiant tiksliai įvertinti seksualinių prievartautojų recidyvo riziką buvo pasiūlytos skalės, tačiau iki šiol nė viena jų pakankamai tiksliai neprognozuoja recidyvo rizikos (žr. apžvalginį straipsnį Seifert ir kt., 2005; Hall ir Hall, 2007).

2.4. Parafilo klinikinis įvertinimas

Klinikinės ir demografinės charakteristikos:

- Parafilo demografiniai duomenys: amžius, lytis, dabartinė ir ankstesnė šeiminių padėtis, vaikų skaičius (pagal amžių ir

lytį, jei yra), esamas ir buvęs darbas (su vaikais ir be vaikų), išsilavinimas.

- Tradicinės ir parafilinės seksualinės fantazijos ir veiklos (dažnumas ir rūšis); išimtinis arba neišimtinis parafilinis elgesys; parafilinio elgesio pasireiškimo amžius; parafilijų tipai ir jų kiekis; aukų lytis ir amžius; ar šeimoje užfiksuotas parafilinis elgesys ar ne (žinomos ar nežinomos aukos); ar naudojamas internetu, arba vaizdajuostėmi; smurtas, ankstesni teistumai už seksualinę ar neseksualinę prievartą; šeimos bei asmeninė psichikos sutrikimų anamnezė; seksualiniai sutrikimai, ankstesni seksualinės prievartos gydymo būdai ir ar jų laikytasi; alkoholinių gėrimų ar nelegalių narkotikų vartojimas prieš pasireiškiant parafiliniam seksualiniam elgesiui; brendimo amžius.

- Šeimos ir asmeninė psichikos sutrikimų anamnezė, bandymai žudyti, galvos smegenų traumos istorija, dabartinė demencija, ankstesnės ar dabartinės psichikos ar kitos ligos ir jų gydymas, seksualinio piktnaudžiavimo ar prievartos anamnezė.

- Empatija, susidorojimas su stresu, impulsyvumas, tarpasmeniniai santykiai, kritika, motyvacija gydytis, pažinimo funkcijos sutrikimas, neigimas, protinio atsilikimo lygis (jei yra).

Parafilijos diagnozė

Parafilijų skaičius ir rūšis.

Sergamumas pirmos ar antros ašies DSM sutrikimais (ypač priklausomybės sutrikimais ar asmenybės sutrikimais).

Sergamumas somatinėmis ligomis (jei tokių yra).

Pažinimo funkcijų įvertinimas, jei yra protinis atsilikimas arba demencija.

Nuodugnus medicininis įvertinimas, kraujospūdžio matavimas, hormonų koncentracijos nustatymas, jei reikalingas gydymas hormonais. Pradinė osteodensitometrija gali būti reikalinga, jei reikia gydymo hormonais.

3. GYDYMO METODAI

Šiuo metu parafilinio elgesio gydymo būdus galima suskirstyti į tris kategorijas: bilateralinė orchidektomija (chirurginė kastracija, žr. apžvalginį straipsnį Heim ir Hirsch, 1979); psichoterapija ir farmakoterapija. Buvo bandyta gydyti stereotaksinės neurochirurgijos metodais ir estrogenų skyrimu, bet šie būdai netaikomi dėl didelės rizikos (būdingos invaziniam metodams ir šalutinio poveikio arba komplikacijų, pavyzdžiui, krūties karcinoma, atitinkamai). Farmakoterapija ir gydymas hormonais turėtų būti kompleksinio gydymo dalis, kuri apimtų ir psichoterapiją, o daugeliu atveju ir elgesio terapiją.

3.1. Metodai ir jų ribotumai

Šios rekomendacijos skirtos klinikinės praktikos gydytojams, kurie diagnozuoja parafiliją ir gydo sergančiuosius parafilija. Šių gairių tikslas – pagerinti sveikatos priežiūros kokybę ir padėti gydytojams atliekant klinikinius sprendimus. Nors šios gairės pagrįstos turimais publikuotais moksliniais įrodymais, gydantis gydytojas yra atsakingas už vertinimą ir gydymo pasirinkimą, pagrįstą žiniomis apie konkretų pacientą. Šios rekomendacijos nepateikia, priežiūros standartų, neužtikrina palankių klinikinių baigčių. Pagrindinis gairių tikslas – įvertinti farmakologinių veiksnių įtaką parafilijų gydymui ir valdymui, ypač suaugusių vyrų gydymui. Dėl to,

kad gydymas taikomas kompleksiskai, trumpai apžvelgtas ir tam tikrų psichosocialinių bei psichoterapinių intervencijų vaidmuo.

Šių rekomendacijų tikslas – pateikti ekspertų, atstovaujančių visus kontinentus, unifikuotą parafilijų gydymo taktiką. Šiam tikslui pasiekti buvo atliekama plati literatūros anglų kalba paieška indeksuota MEDLINE/PubMed (1990–2009 m. apie SSRI) (1969–2009 m. apie gydymą antiandrogenais) ir papildyta kitais šaltiniais bei apžvalginiais straipsniais. Šiame straipsnyje pateikiamos rekomendacijos pagrįstos duomenimis iš mokslinių straipsnių recenzuojamuose žurnaluose (pagal ankstesnes WFSBP rekomendacijas, Soyka ir kt., 2008). Mokslinės literatūros duomenys buvo apibendrinti ir suskirstyti į grupes, kad atspindėtų jų jautrumą paklaidoms (Shekelle, 1999). Įvertintas kiekvienos rekomendacijos patikimumas, efektyvumas, saugumas, tolerancija ir tinkamumas. Nereikia pamiršti, kad rekomendacijų įrodymų stiprumas rodo gydymo veiksmingumą, nebūtinai jo svarbą. Buvo vartojamos keturios kategorijos, siekiant nustatyti rekomendacijų hierarchiją (susijusią su aprašytu įrodymų lygiu).

A lygis. Ši rekomendacija pagrįsta patikimais mokslinių tyrimų duomenimis. Įrodymai buvo paimti bent iš trijų didelės imties, teigiamų, atsitiktinių imčių, kontroliuojamųjų, dvigubai aklų tyrimų (AKT). Be to, bent vienas iš trijų tyrimų, buvo gerai organizuotas, placebo kontroliuojamas tyrimas.

B lygis. Ši rekomendacija pagrįsta neblogais mokslinių tyrimų duomenimis. Įrodymai buvo paimti ne mažiau kaip iš dviejų vidutinės imties, teigiamų, atsitiktinių imčių, kontroliuojamųjų, dvigubai aklų tyrimų (tai gali būti du ar daugiau lyginamieji tyrimai arba vienas lyginamasis, nekontroliuojamas ir vienas placebo kontroliuojamas tyrimas) arba vienas vidutinio dydžio, teigiamas, atsitiktinių imčių, dvigubai aklas tyrimas (lyginamasis, kontroliuojamas arba placebo kontroliuojamas) ir bent vienas perspektyvusis, gana didelės imties (imties dydis yra lygus arba didesnis kaip 50 subjektų), atviras, natūralistinis tyrimas.

C lygis. Ši rekomendacija pagrįsta minimaliais mokslinių tyrimų duomenimis. Įrodymai buvo paimti ne mažiau kaip iš vieno atsitiktinių imčių, dvigubai aklo, lyginamojo gydymo tyrimo, ir vieno perspektyviojo, atviro klinikinio tyrimo/atvejų serijos (su ne mažiau kaip 10 dalyvių), arba bent du perspektyvieji, atviri tyrimai/atvejų serijos (su ne mažiau kaip 10 dalyvių), rodantys metodo efektyvumą.

D lygis. Duomenys remiasi ekspertų nuomone (autorių ir WFSBP darbo grupės narių), duomenys pagrįsti bent vienu perspektyviuoju, atviro klinikinio tyrimu/atvejų serija (su ne mažiau kaip 10 dalyvių).

Įrodymų nebuvimas arba gera klinikinė praktika (GKP). Ši kategorija apima ekspertų nuomonėmis pagrįstus teiginius dėl bendrųjų gydymo procedūrų ir principų. Rekomendacijas parengė autoriai ir priėmė sutarimą su WFSBP darbo grupe, sudaryta iš šioje srityje dirbančių tarptautinių ekspertų.

Ribotumai

Dauguma pranešimų apie parafilijų gydymą yra atvejų aprašymai arba atvejų serijos.

Apskritai, gydymo veiksmingumo tyrimai pasižymi metodinėmis paklaidomis ir yra labai sunkiai įvykdomi dėl kelių priežasčių: mažos imties (tai nulemia klaidingai neigiamus rezultatus); sunku atlikti tyrimus su teismo, psichiatrijos pacientais; seksualinė prievarta nėra socialiai priimtina ir tie,

kurie kenčia dėl parafilijų, retai savanoriškai kreipiasi gydytis (daugumą tyrimų imčių sudarė pedofilai ar seksualiniai prievartautojai iš kalėjimų ar teisiškai įpareigotų seksualinio gydymo grupių; pedofilai, kurie sugeba kontroliuoti savo impulsus, paprastai neįtraukiami į tyrimus; dėl imčių yra galimybė, kad žemesnis IQ ir asmenybės sutrikimai labiau būdingi pedofilams, kurie buvo suimti); etinės priežastys neleidžia atlikti dvigubai aklų, placebo kontroliuojamų tyrimų su galimais prievartautojais (žr. Marshall ir Marshall, 2007); baigčių vertinimo problemų (savarankiškai pranešimai apie tradicines ir parafilines seksualines veiklas, plazmos testosterono kiekis gali būti nepatikimi rodikliai gydymo atsakui vertinti) ir t.t.

Lyginamuosius tyrimus yra sunku atlikti dėl metodologinių skirtumų: stebėsenos trukmės, parafilijų tipo, recidyvo apibrėžimo, aukų tipo, ankstesnio teistumo ir ankstesnių baudžiamųjų nuosprendžių, retrospektyviojo ar prospektyviojo tyrimo tipo, jei tyrime dalyvavo ambulatoriniai pacientai arba kaliniai, dėl gydymo būdo bei jo laikymosi, statistinės analizės.

Be to, konkrečių problemų atsiranda, kai atsitiktinę atranką bandoma pritaikyti psichologiniam gydymui (Guay, 2009). Psichoterapeutas turi reikšmingos įtakos gydymo rezultatams, jei jis arba ji geba pritaikyti gydymą kiekvieno paciento būdai, atsižvelgti į tarpasmeninius santykius ir pritaikyti psichoterapiją atsižvelgiant į kintamą motyvaciją ir nuotaikos svyravimus. Kontroliuojamojo tyrimo tipas neleidžia panaudoti daugelio veiksmingų psichoterapeuto ir paciento santykių.

3.2. Bilateralinė orchidectomija

Europoje pirmą kartą chirurginė kastracija, taikant psichiatrines indikacijas buvo atlikta Šveicarijoje 1892 m., kai „imbecilas“ buvo gydomas dėl sėklidžių neuralginio skausmo ir hiperseksualumo.

Europoje, seksualinės prievartos recidyvų dažnis apskaičiuojamas pagal pakartotinių areštų ar teistumų dažnį, kuris chirurginiu būdu kastruotiems seksualiniams prievartautojams siekė 2,5–7,5 proc. po kastravimo ir 60–84 proc. iki kastravimo (n=1200) su ilgiausia 20 metų stebėsenos trukmė (Heim ir Hirsch, 1979). Neužfiksuota jokie seksualinio potraukio ar seksualinės orientacijos pasikeitimo. Poveikis neseksualiniams nusikaltimams buvo mažiau akivaizdus. Nuo 40 iki 50 proc. asmenų buvo patenkinti kastracijos rezultatais, tuo tarpu 20–30 proc. asmenų po kastravimo dažnai patyrė depresiją. 35 proc. jaunų chirurgiškai kastruotų asmenų po chirurginės kastracijos išliko seksualinės funkcijos (seksualinis potraukis ir potencija) (Heim ir Hirsch, 1979) ir 19 iš 38 kastruotų seksualinių prievartautojų, kuriems buvo matuojama varpos erekcija, žiūrind seksualinį filmą, patirdavo pilną erekciją (Eibl, 1978). Prospektyvusis tyrimas (15 metų stebėsenos), Zverina ir kt. (1991) rado, kad 18 proc. iš 84 kastruotų seksualinių prievartautojų seksualinės funkcijos išliko 21 proc., kad galėtų palaikyti seksualinius santykius su savo seksualiniu partneriu. Neseniai apžvalginiame straipsnyje apie kastruotus seksualinius prievartautojus buvo paskelbta labai mažas recidyvų dažnis (danų tyrimas, kuriame dalyvavo 900 seksualinių prievartautojų, nurodė 1 proc. recidyvo riziką) (Weinberger ir kt., 2005). Stepan ir kt. (1989) pranešė apie padidėjusią kaulų demineralizacijos riziką šiems kastruotiems asmenims.

Kai kuriose JAV valstijose ir kai kuriose Europos šalyse

chirurginė kastracija vis dar leidžiama. Kai kuriose šalyse (pvz., Vokietijoje) „Savanoriškos kastracijos įstatymas“ leidžia savanorišką kastraciją ne jaunesniems kaip 25 metų vyrams, kai jie patys patiria problemų ir kai gali būti pavojingi. Ekspertų taryba įvertina prašymus, siekdama nustatyti, ar kastracija yra būtina norint sustabdyti tolesnius seksualinius prievartavimus. Kalifornija 1996 m. priėmė įstatymą, kuris įteisino cheminę kastraciją už pakartotinį vaikų prievartavimą. Kelios kitos valstijos planuoja išleisti tokius įstatymus (pvz., Florida, Luiziana, Ajova, Koloradas, Masačiusetas, Mičiganas, Teksasas, Vašingtonas).

Įrodyta, kad chirurginė kastracija sumažina parafilines fantazijas ir elgesį, bet prieinamos alternatyvios ir mažiau invazinės procedūros (D lygio įrodymai). Chirurginė kastracija yra uždrausta daugelyje Europos šalių. Vertėtų prisiminti, kad po kastravimo recidyvo dažnis yra vienas mažiausių tarp visų gydymo formų. Tačiau kai kurie fiziškai kastruoti pedofilai atgavo savo potenciją, vartodami egzogeninį testosteroną ir vėl prievartavo (Stone ir kt., 2000).

Pagrindinis chirurginės kastracijos poveikis – sumažinti cirkuliuojančių androgenų kiekį, pašalinant sėklides, kur pasigamina apie 95 proc. testosterono. Šiuolaikinės žinios apie gydymą hormonais išplaukia iš seksualinių prievartautojų chirurginės kastracijos tyrimų.

3.3. Psichoterapija ir elgesio terapija

Šis gydymo metodas nėra šios apžvalgos objektas.

Psichoterapija yra svarbi paciento gydymui, nors daug diskutuojama dėl jos poveikio ilgalaikiai naujų prievartavimų prevencijai. Keletas tyrimų pranešė, kad geriausia prevencija pakartotiniam prievartai prieš vaikus yra tada, kai farmakologinės medžiagos ir psichoterapija taikomi kartu (Mc Conaghy, 1998; Hanson ir Bourgon Morton, 2005).

Psichoterapija gali būti skirstoma į individualią arba grupinę (šeimos) terapiją. Dažniausiai taikomas individualios ir grupinės terapijos derinys.

Individualią terapiją atstovauja į išvalgą orientuota, kognityvinė elgesio ir palaikomoji psichoterapijos. Psichodinaminių ar psichoanalitinių terapijų apibrėžimų yra tiek, kiek yra tyrimų.

Neseniai apžvalginiame straipsnyje apie psichologines intervencijas seksualiniams prievartautojams Brooks-Gordon ir kt. (2006) vertino suaugusiuosius, kurie buvo nuteisti arba įspėti už seksualinę prievartą, arba kurie siekė gydymo arba įtarta, kad yra seksualinės prievartos rizika. Autoriai pasiūlė idomų psichoterapijos modelių taikymą seksualiniams prievartautojams gydyti. Jie siūlė, kad „gerai apibrėžta“ kognityvinė elgesio terapija yra tokia, kai aiškiai nurodomos intervencijos: 1) ryšio nustatymas tarp paciento minčių, jausmų ir veiksmų, susijusių su tam tikrais simptomais; 2) koregavimas paciento klaidingų suvokimų, neracionalių įsitikinimų ir motyvacijos klaidų, susijusių su tam tikrais simptomais; ir 3) vienas arba abu: pacientas kontroliuoja savo mintis, jausmus ir elgesį, atsižvelgdamas į tam tikrus simptomus ir (ar) skatintinas alternatyvių būdų, kaip susidoroti su tam tikrais simptomais. Psichoanalizė buvo apibrėžiama kaip reguliarios individualios sesijos kartu su apmokytu psichoanalitiku. Iš analitikų buvo reikalaujama laikytis griežtai apibrėžtos psichoanalizės technikos. Psichodinaminė psichoterapija buvo apibrėžiama kaip reguliarios individualios terapijos sesijos su

kvalifikuotu psichoterapeutu arba prižiūrimos psichoterapeuto. Terapijos sesijos buvo grindžiamos psichodinaminiais ar psichoanalitiniais modeliais. Seansams galima taikyti įvairias strategijas, įskaitant į žvalgą orientuotas, palaikomasias arba tiesiogines lanksčios veiklos taikymo terapijas. Terapeutai turėtų naudoti ne tokias griežtas, kaip psichoanalizės technikas.

Pedofilams gydyti dažniausiai naudojamas kognityvinis elgesio metodas (orientuotas į jų pažinimo funkcijų iškraipymus) kartu su empatijos mokymu, seksualinių impulsų kontroliavimo mokymu, atkryčio prevencija ir grįžtamuoju biologiniu ryšiu (Hall ir Hall, 2007). Beveik visuose publikuotose studijose buvo taikoma kognityvinė elgesio terapija. Seksualiniai prievartautojai vadovaujasi iškreiptu mąstymu, kuris leidžia racionalizuoti jų elgesį, įskaitant įsitikinimą, kad vaikai gali duoti sutikimą seksui su suaugusiuoju ir (ar) nukentėjusieji yra atsakingi už tai, kad buvo seksualiai prievartaujami. Seksualiniams prievartautojams skirtomis elgesio terapijomis siekiama išspręsti ir keisti šiuos iškreiptus požiūrius, taip pat kitus svarbius veiksnius, kurie gali prisidėti prie seksualinės prievartos, tokius kaip nesugebėjimas kontroliuoti pykčio, nesugebėjimas išreikšti jausmus ir bendrauti, streso valdymas, alkoholinių gėrimų ir narkotikų vartojimas arba iškreiptas seksualinis susijaudinimas. Šiaurės Amerikoje, kognityvinė elgesio terapija yra standartinis parafilijų gydymo būdas tiems, kurie kelia nedidelį pavojų aukoms (Marshall ir kt., 2005).

JAV atlikti tyrimai, naudojant skirtingas gydymo programas kalėjimuose ir bendruomenėse, nustatė, kad jos arba sumažina pakartotinių prievartavimų dažnį (Grossmann ir kt., 1999), arba nepadaro jokio statistiškai reikšmingo poveikio (Marques ir kt., 2005). Hall (1995) apžvalginiam straipsnyje pranešė apie nedidelį, bet reikšmingą gydytų asmenų recidyvų dažnio sumažėjimą, palyginus su kontroline grupe (12 kontroliuojamų klinikinių tyrimų); kompleksinė kognityvinė elgesio terapija ir gydymas hormonais buvo pranašesnis už gydymą vien elgesio terapija. Vidutinis visų gydytų grupių seksualinių recidyvų dažnis siekė 19 proc., palyginus su 27 proc. kontroline grupe (vidutinis poveikio dydis: $d = -0,24$). Didžiausias skirtumas pastebėtas palyginus gydymą baigusius asmenis su gydymo nebaigusiais asmenimis. Kai nebaigusieji gydymą buvo pašalinti iš analizės, gydymasis poveikis tapo nereikšmingu. Alexander (1999) apžvelgė 79 seksualinių prievartautojų psichosocialinio gydymo tyrimus. Vidutinis recidyvo skirtumas buvo 5 proc. gydymo naudai ($d = 0,12$). Tačiau dauguma tyrimų neturėjo kontrolinės grupės. Tokiu pačiu būdu, Gallagher, ir kt. (1999), įvertino 23 lyginamųjų grupių tyrimus taikydami psichologinę terapiją. Gydymo grupėje buvo 10 proc. mažesnis recidyvų dažnis nei kontroline grupėje, bendrasis poveikio dydis buvo didelis ($d = 0,47$) su dideliu kognityvinės elgesio terapijos poveikiu.

Išsamioje skirtingų gydymo programų metaanalizėje (Hanson ir kt., 2002) (kognityvinė elgesio $n = 29$, elgesio $n = 2$, sisteminė $n = 3$, ir kitos psichoterapijos $n = 7$, nežinoma kategorija $n = 2$ palyginus su jokia gydymu) (43 tyrimai, iš jų 23 institucijose, 17 – bendruomenėje, 3 – abejuose, 5000 gydytų seksualinių prievartautojų palyginus su 4300 negydytų) seksualinės prievartos recidyvo dažnis buvo 12,3 proc. tarp gydytų seksualinių prievartautojų palyginus su 16,8 proc. negydyta grupe per 46 mėnesių stebėsenos laikotarpį taikant įvairius recidyvo kriterijus (ŠS: 0,81, 95%PI: 0,71–0,94 su dideliu kintamumu tyrimuose, vidutiniu poveikio

dydžiu $d = 0,13$). Šie gydymo būdai buvo vienodai veiksmingi suaugusiems ir paaugliams (3 tyrimai, 237 asmenys) institucijose bei bendruomenėje. Kognityvinė elgesio terapija ir sisteminis gydymas buvo susijęs su seksualinio recidyvo sumažėjimu (nuo 17,4 iki 9,9 proc.). Senesnių gydymo formų (iki 1980 m.) poveikis menkesnis.

Kenworthy (2004) išspausdino 9 atsitiktinių imčių kontroliuojamųjų tyrimų (AKT) Cochrane metaanalizę (500 suaugusiųjų seksualinių prievartautojų, iš kurių 52 proc. buvo pedofilai, maksimali tyrimo trukmė – 10 metų). Psichodinaminės, psichoanalizės, elgesio ir kognityvinės elgesio terapijos buvo palyginamos viena su kita, su gydymu vaistais ir su standartinė įstaigos ar bendruomenės priežiūra. Iš visų tyrimų įdomiausi buvo šie: 1) kognityvinė elgesio grupinė terapija (Marques, 1994) per metus gali sumažinti pakartotinę prievartą prieš vaikus palyginus su negydytais asmenimis ($n = 155$, 1 AKT, santykinė rizika (SR), bet koks nusikaltimas: 0,41, 95%PI: 0,2–0,82, skaičius reikalingas gydyti (SRG): 6, 95%PI: 3–20), (2) didžiausias tyrimas (Romero, 1978; Romero ir Williams, 1983), palygino 231 pedofilus, ekshibicionistus arba apkaltintus dėl seksualinės prievartos, kuriems skirta psichodinaminė grupinė terapiją su negavusiais grupinės terapijos. Pakartotinis suėmimas per 10 metų buvo didesnis, bet nežymiai tarp gavusiųjų grupinę terapiją ($n = 231$, 1 AKT, SR: 1,87; 95%PI: 0,78–4,47). Taigi, remiantis Cochrane analize galima padaryti išvadą, kad klinikinių tyrimų poveikis buvo labai įvairus (nuo naudingo iki kenksmingo netgi tame pačiame tyrime): vienas tyrimas rodo, kad kognityvinis metodas pasižymėjo mažesniu pakartotiniu suėmimu per vienerius metus, kitas didelės imties tyrimas parodė, kad nėra jokios naudos iš grupės psichoterapijos, netgi rodė galimą žalą po 10 metų stebėsenos.

Losel ir Schmücker (2005) 69 tyrimų, kurie buvo sudaryti iš 80 nepriklausomų lyginamųjų tyrimų (iš viso daugiau kaip 22000 asmenų), metaanalizėje pranešė apie psichoterapijos ir farmakologinio gydymo poveikį recidyvams gydant seksualinius prievartautojus (pirminė baigtis), palyginus su tais, kurie nebuvo gydomi. Beveik pusė palyginimų lietuvių kognityvinio elgesio programas, trečdalis tyrimų buvo išspausdinti po 2000 m. 74 tyrimų duomenys apie seksualinio recidyvo dažnį parodė, kad vidutinis recidyvų dažnis buvo 11,1 proc. gydytų grupių ir 17,5 proc. lyginamųjų grupių. Kai jie palygino gydytų asmenų recidyvų dažnį su lyginamąja grupe, atsižvelgiant į gydymo poveikį ir grupės dydį, recidyvų dažnio skirtumai visiškai išnyko (11 proc. kiekvienoje grupėje). Poveikis matuojant šansų santykį (ŠS) svyravo nuo 0,17 iki 33,3. Seksualinio recidyvo ŠS vidurkis buvo labai reikšmingas (visais gydymo būdais) (ŠS: 1,70; 95%PI: 1,35–2,13; lygiavertis $d = 0,29$) su absoliučiu skirtumu tarp gydymo grupių ir palyginimo grupių 6,4 proc. (37 proc. sumažėjimas nuo pradinio lyginamosios grupės dažnio). Pastebėtas didelis heterogeniškumas. Smurtinių recidyvų ŠS vidurkis siekė 1,90 su absoliučiu skirtumu tarp gydymo ir lyginamosios grupės 5,2 proc. (44 proc. sumažėjimas nuo pradinio lyginamosios grupės dažnio). Fizinis gydymas (chirurginė kastracija) turėjo didesnę poveikį nei psichologinis gydymas (ŠS: 7,37, 95%PI: 4,14–13,11 palyginus su ŠS: 1,32, 95%PI: 1,07–1,62). Taikant ne fizinį gydymą, tik kognityvinio elgesio gydymo metodai ir klasikinė elgesio terapija turėjo didelę įtaką seksualinės prievartos recidyvams. Kai buvo taikoma tik elgesio terapija

(35 tyrimai) (ŠS buvo 1,45, 95%PI: 1,12–1,86). Nesvarbu, ar buvo taikyta individuali arba grupinė terapija žymesnių skirtumų nenustatyta. Kognityvinės elgesio terapijos poveikis buvo šiek tiek mažesnis nei pranešė Hanson ir kt. (2002) (ŠS=1,45 palyginus su 1,67, atitinkamai). Kiti metodai (į išvalgą orientuotas gydymas, bendruomenės gydymas ir kitos psichosocialinės programos) didesnės įtakos recidyvų dažniui neturėjo.

Apibendrinus galima teigti, kad kognityvinės elgesio terapijos veiksmingumas seksualiniams prievartautojams daro nedidelę įtaką recidyvų sumažėjimui (Losel ir Schmücker, 2005), bet ilgos stebėsenos tyrimuose tai kelia abejonių (Kentworthy, 2004; Maletzki ir Steinhäuser, 2002) (*C lygio įrodymai*). Taikant kitus metodus (į išvalgą orientuotas gydymas, bendruomenės gydymas ir kitos psichosocialinės programos) nenustatyta, kad sumažėtų recidyvų dažnis (*nėra jokių įrodymų lygis*). Be to, ilgesnės trukmės stebėseną, rodo didesnį recidyvų dažnį ir atrodo, kad psichologinės terapijos ilgaamžiškumas yra ribotas. Be to, dauguma šių tyrimų nebuvo atlikti su pavojingiausiais seksualiniais prievartautojais, o tai reiškia, kad jie negali būti ekstrapoliuoti visiems seksualiniams prievartautojams. Todėl reikalingi tolesni atsitiktinių imčių kontroliuojamieji tyrimai ir ilgalaikė stebėseną.

3.4. Farmakoterapija su psichotropiniais vaistais

Farmakologiniai gydymo būdai taikomi siekiant sumažinti seksualinio susijaudinimo lygį.

Psichotropiniai vaistai

Psichotropiniai vaistai parafiliniui elgesiui gydyti vartojami seniai. Nėra jokių duomenų iš atsitiktinių imčių kontroliuojamų tyrimų apie jų veiksmingumą. Deja, įrodymų lygis yra labai žemas (atvejų aprašymai, mažos imtys, mažas statistinis patikimumas, kontroliuojamųjų tyrimų trūkumas) (nėra jokių įrodymų lygis).

Ličio karbonatas (Ward, 1975; Cesnik ir Coleman, 1989; Balon 2000; Zourkova, 2000) (nebuvo atlikta kontroliuojamųjų tyrimų); tricikliai antidepresantai (klomipraminas, desimipraminas) (apžvalginis straipsnis, Kriuger ir Kaplanas 2000); mirtazapinas (Coskun ir Mukaddes, 2008); antipsichoziniai vaistai (benperidolis, tioridazinas, haloperidolis, risperidonas (Tennent ir kt., 1974; Zbytovsky, 1993; Bourgeois ir Klein, 1996) (fluoksetinas plus risperidonas 6mg per parą); Zourkova 2000 ir 2002, apžvalginiai straipsniai Hall ir Hall, 2007; Hughes, 2007); antikonvulsiniai vaistai (karbamazepinas, topiramatas, divalprotonas) (Varela ir Black, 2002; Nelson ir kt., 2001) buvo vartojami sporadiškai.

Nepastebėta jokie aiškūs veiksmingumo vartojant litį ar antikonvulsinius vaistus, kai bipolinis sutrikimas nesujęs su parafilija. Tačiau Bartova ir kt. (1978) įvertino ličio poveikį 11 pacientų, vartojusių 900 mg ličio per dieną, 5 mėn. Iškrypusios seksualinės tendencijos išnyko šešeriems pacientams, pykinimas pasireiškė dviem atvejais. Jokie perspektyvieji tyrimai neužfiksavo topiramato veiksmingumo pedofilijai gydyti, tačiau keletas atskirų atvejų parodė, kad topiramatas yra veiksmingas, bandant sumažinti nepageidaujamą seksualinį elgesį (prostitutėms, pornografijos kompulsiniams žiūrovams, kompulsinei masturbacijai) (50–200 mg dozės intervalais, reikia vartoti, kad pasireikštų laukiamas poveikis po 2–6 savaitių) (Fong ir kt., 2005; Khazaal ir Zullino, 2006; Shiah ir kt., 2006).

Antipsichozinių vaistų vartojimas, placebo kontroliuojamojo kryžminio tyrimo metu (18 sav.), vartojant chlorpromaziną 125 mg per parą, benperidolį 1,25 mg per parą ir placebo, buvo palyginta 12 pedofilų saugomų ligoninėje (Murray ir kt., 1975). Statistiškai reikšmingų skirtumų gydant nepastebėta daugumoje palyginimų. Ekstrapiramidinių šalutinių poveikių dažniausiai pastebėta skiriant benperidolį. Nepaisant retų seksualinės prievartos atvejų, susijusių su kludiesiais, tarp sergančiųjų šizofrenija, jokio aiškiaus antipsichozinių vaistų veiksmingumo nepastebėta gydant parafilijas.

Dešimt pacientų (Bartova ir kt., 1978) vartojo fluphenazino decanoatą (nuo 12,5 iki 25 mg kas 2–3 savaites į raumenis, gydymo trukmė nuo 3 iki 4 mėn.). Iškreiptos seksualinės tendencijos išnyko penkiais atvejais ir sumažėjo keturiems pacientams. Ekstrapiramidiniai simptomai ir ortostazė atsirado aštuoniems pacientams.

Atliekant triciklių antidepresantų tyrimus buvo pastebėta metodinių paklaidų. Didžioji dalis tyrimų – atvejų analizė, paskelbta tik keletas moksliniais tyrimais pagrįstų įrodymų. Įdomu tai, kad dvigubai aklas kryžminis tyrimas parodė, jog klomipraminas ir dezipraminas palyginti su placebo vienodai sumažino parafilinį elgesį aštuoniems asmenims (nuo 50 iki 70 proc., palyginus su pradiniais balais) (7 iš 15 nebaigė tyrimo) (Kruesi ir kt., 1992: 15 dalyvių sergančių parafilija (du pedofilai, 7 užsiimančių telefoniniu seksu, 4 ekshibicionistai, 1 seksualinis sadistas) ir (arba) kompulsinė masturbacija (4), amžiaus vidurkis – 31 metai, gydymo trukmė – 5 savaitės, klomipramino dozės vidurkis – 163 mg per parą (75–250), desipramino dozės vidurkis – 213 mg per parą (100–250). Nebuvo jokio išskirtinio atsako į serotinerginį antidepresantą. Dviem pacientams gydymas buvo pradėtas iš naujo pasikartojus parafilijai. Tačiau šalutinis poveikis pastebėtas vartojant klomipraminą, dėl to jo vartojimas parafilams gydyti yra ribotas (Leo ir Kim, 1995).

Atvirasis tyrimas pranešė apie naltreksono veiksmingumą, (100–200 mg per dieną, mažiausiai 2 mėn.) 15 iš 21 jaunuolių vyrų, kuriems nustatytas seksualinis hiperaktyvas ir kompulsinė masturbacija (Ryback, 2004) (sumažino seksualinių fantazijų ir masturbacijos laiką). Padidinus dozę iki >200 mg per parą, nepadidino vaisto veiksmingumo asmenims nereagavusiems į pradinę dozę. 5 iš 6 nereagavusių į gydymą naltreksonu sureagavo į gydymą leuprolidū. Atkrytis pasireiškė 13 pacientų, kuriems naltreksono dozė buvo sumažinta mažiau 50 mg per parą.

Selektyvūs serotonino reabsorbcijos inhibitoriai (SSRI)

Serotoninerginis antidepresantų vartojimas seksualiniams prievartautojams gydyti remiasi keletu faktų:

- Pirmoji grupė apima serotonino tyrimus ir tam tikrus 5HT smegenų receptorių potipius ir jų įtaką seksualiniam elgesiui. Gyvūnų modeliai parodė, kad, sumažėjus 5HT kiekiui, sustiprėja seksualinis elgesys, o sustiprėjusi centrinė 5HT veikla jį sumažina. Padidėjęs serotonino kiekis pagumburyje slopina seksualinę motyvaciją ir testosterono signalus, o padidėjęs serotonino kiekis prefrontalinėje žievėje sustiprina emocinį atsparumą ir impulsų kontrolę. Pedofilams buvo pastebėtas sumažėjęs 5HT presinapsinių neuronų aktyvumas ir padidėjęs posinapsinis 5HT_{2A} receptorių aktyvumas.

- Kiti duomenys gaunami iš klinikinių stebėjimų apimančių parafilų fantazijų, potraukio ir elgesio panašumus, lyginant

su obsesiniais kompulsiniais ir Tourette simptomais. Buvo užfiksuotos panašios smegenų anomalijos kortikostriariiniame lanke. Kadangi jau įrodyta, kad SSRI yra veiksmingi OKS gydyme, atrodo, logiška, būtų juos vartoti parafilijų ir hiperseksualumo gydymui.

- Panašumų rasta tarp 5HT nestabilumo ir tam tikrų psichopatologijų: antisocialinis impulsyvumas, nerimas, depresija ir hiperseksualumas (Beech ir Mitchell, 2005; Kafka ir Coleman, 1991). Įrodyta, kad SSRI naudojimas mažina impulsyvumą.

- Svarbus pirmosios ir antrosios ašies sergamumas buvo aprašytas tarp nepilnamečių ir suaugusių parafilų bei hiperseksualių asmenų: nuotaikos ir (ar) nerimo sutrikimai, elgesio ir impulsų kontrolės sutrikimai; DTHS, piktnaudžiavimas psichoaktyviosiomis medžiagomis ir alkoholiniais gėrimais; ribinio tipo asmenybės sutrikimas, vengiantis elgesys, šizofrenija ir antisocialaus tipo asmenybės sutrikimai. Rekomenduojama, kad šie gretutiniai sutrikimai taip pat turi būti gydomi.

- Daugiau sužinojus apie antrinį SSRI antidepresantų poveikį seksualiniam elgesiui, buvo pasiūlyta naudoti šiuos šalutinius poveikius gydant seksualinius iškrypimus. Iš tiesų, vaistai, kurie stiprina centrinį serotoninerginį aktyvumą, mažina seksualines fantazijas ir parafilinį elgesį (Jacobsen, 1992). Prievarautojai taip pat praneša apie didelį vienatvės, intymumo baimės ir izoliacijos jausmą. SSRI gali suaktyvinti afiliacinį elgesį dėl antrinio poveikio didinant vazopresino ir oksitocino kiekį, taip sukeldami papildomą teigiamą poveikį.

- Galiausiai ilgalaikis SSRI vartojimas didina BDNF kiekį, kuris pasižymi neuroprotekciniu poveikiu hipokampo, dryžuotojo kūno ir mezencefalinės srities dopaminerginiams neuronams. Tai padidina neuronų plastiškumą ir sąlygoja didesnes elgesio kaitos galimybes. Kartu su kognityvine elgesio terapija, arba intervencijomis, kuriomis siekiama pakeisti ilgalaikes asmenybės savybes ir trūkumus, kylančius iš vaikystėje patirtos prievarotos, SSRI gali sustiprinti šių terapijų poveikį.

Taigi, didindamas 5HT kiekį sinapsėse, SSRI gali turėti didelį teigiamą poveikį seksualinių prievarautojų smegenų veiklai (Bradford, 1996; Saleh, 2004).

Moksliniai tyrimai parodė, kad antidepresantai yra veiksmingiausi gydant seksualinius prievarautojus.

Per pastarąjį dešimtmetį daug atvejų aprašymų parodė, kad SSRI arba klomipraminas yra veiksmingi gydant parafilinį ir neparafilinį hiperseksualumą (Gijs ir Gooren, 1996; Bradford ir Greenberg, 1996; Balon, 1998). Įdomu tai, kad dvigubai aklas kryžminis tyrimas parodė, jog tiek klomipraminas tiek desipraminas sumažino aštuonių apciento parafilinį elgesį (7 iš 15 iškrita iš tyrimo) (Kruesi ir kt., 1992). Nebuvo jokio ryškesnio atsako į labiau serotoninerginį antidepresantą. Paroksetino veiksmingumas vienu atveju ir klomipramino šalutinis poveikis apribojo klomipramino vartojimą (Leo ir Kim, 1995; Stewart ir Shin, 1997).

Anglų kalba paskelbtos literatūros bibliografinė paieška buvo atlikta MEDLINE/PubMed bazėje (nuo 1990 iki 2009 m.). Buvo vartojami paieškos terminai: antidepresantai, seksualiniai prievarautojai. Papildomi leidiniai rasti internete. Buvo išanalizuoti šios srities moksliniai tyrimai.

Dvi metaanalizės, įvertinusios įvairių gydymo rūšių veiksmingumą gydant seksualinius prievarautojus, įtraukusios

tik į atsitiktinės atrankos kontroliuojamuosius tyrimus, rodė, kad nebuvo atlikta kontroliuojamųjų atsitiktinės atrankos tyrimų, paskelbtų apie antidepresantus (White ir kt., 2000, *Cochrane Biblioteka*; Losel ir Schmuker, 2005, angl. *Campbell Collaboration group*).

Birmingemo universiteto Sveikatos technologijų vertinimo programos komisija (Jungtinė Karalystė, Adi ir kt., 2002) atliko sisteminę peržiūrą šiuo metu turimų duomenų apie SSRI veiksmingumą gydant seksualinius prievarautojus. Paieška atlikta iki 2001 m. ir apėmė klinikinių atvejų ir kohortų kokybinę analizę, taikant Cochrane kriterijų paklaidos rizikai vertinti. Rasta 130 tyrimų, tačiau tik devyni tyrimai buvo laikomi priimtinais metaanalizei: Perilstein ir kt., 1991; Stein ir kt., 1992; Kafka ir Prentky, 1992b; Kafka, 1994; Coleman ir kt., 1992; Bradford ir kt., 1995a; Fedoroff, 1995; Greenberg ir kt., 1996; Kafka ir Hennen, 2000. Į šiuos tyrimus įtraukti 225 pacientai (3-58). Visi jie buvo atvejų serijų aprašymai, apimantys ikiepididinius ir poepididinius psichometrinius palyginimus tarp asmenų per trumpą laiką. Tik vienas tyrimas buvo atliekamas ilgiau nei vienerius metus, vienas tyrimas buvo prospektyvusis ir nė vienas iš jų nevertino recidyvų dažnio. Tyrimų grupė nurodė, kad visuose tyrimuose buvo galima paklaida, kuri galėjo turėti įtakos jų patikimumui. Pagrindinė problema buvo kontrolinės grupės nebuvimas. Skalės naudotos baigtims vertinti buvo subjektyvios. Stebėsenos laikotarpis buvo nepakankamas pagrindiniams ilgalaikiams veiksniams dėl pakartotinės prievarotos įvertinti. Daugelyje tyrimų įtrauktos heterogeniškos parafilų grupės. Ekshibicionizmas, kompulsinė masturbacija ir pedofilija buvo dažniausios parafilijos, kurioms SSRI buvo veiksmingas. Daugeliu atveju kitos diagnozės buvo susijusios su parafilijomis (daugiausia afektiniai sutrikimai arba OKS).

Nepaisant šių metodologinių ribotumų, rezultatai yra daug žadantys. Aštuoni tyrimai parodė, tam tikrą reikšmingą masturbacijos dažnio ir iškrypusių fantazijų intensyvumo, depresijos, nerimo, seksualinių aktų dažnio, varpos pabrinkimo sumažėjimą tarp parafilų ir seksualinių kompulsinių pacientų. Vienas tyrimas atliktas Stein ir kt., 1992, parodė, kad SSRI veiksmingas tik kompulsinei masturbacijai gydyti. Mokslininkai padarė išvadą, kad yra preliminarių duomenų rodančių SSRI veiksmingumą gydant seksualinius prievarautojus. Jie rekomendavo, kad būsimus tyrimus įtraukti kontrolines grupes, kurios gautų tik psichoterapiją, tik vaistus, kombinuotą gydymą, ir placebo grupę. Jų ekonominė analizė parodė galimą ekonominę efektyvumą, kai į papildomas išlaidas būtų įtraukta vaistų kaina.

Tyrimų apžvalga parodė įvairių antidepresantų veiksmingumą gydant seksualinius prievarautojus: fluoksetino (Bianchi, 1990; Kafka, 1991, Kafka ir Prentky, 1992b; Lorefice, 1991; Perilstein ir kt., 1991; Bradford ir Gratzer, 1995b; Emanuel 1991); sertralino (Kafka, 1994; Bradford ir kt., 1995a); klomipramino (Kruesi, 1992; Ruby, 1993); fluvoksamino (Zohar, 1994; Greenberg ir kt., 1996); paroksetino (Abouesh ir Clayton, 1999) ir nefazodono (Coleman ir kt., 2000 retrospektyvusis tyrimas, 14 vyrų, kuriems nustatytos neparafilinės seksualinės kompulsijos). Kafka ir Prentky (1992b) pranešė, kad fluoksetinas (20–60 mg/dieną) po 12 savaičių specifiskai sumažino parafilinio elgesio dažnį 20 vyrų parafilų (ekshibicionistai, užsiimantys telefoniniu seksu, sadistai, fetišistai, frotažai) ketvirtą savaitę, ir iškėlė hipotezę, kad SSRI gali net sukelti normalų seksualinį sujudinimą.

Fiziologinės priemonės lytiniam sujaudinimui matuoti (varpos pletizmografija) parodė pedofilinio sujaudinimo sumažėjimą (53 proc.) ir pagerino arba išlaikė normalų sujaudinimą po 12 savaičių gydymo sertralinu (Bradford, 1999, 2001).

Kai kurie autoriai palygino SSRI veiksmingumą su kitai gydymo būdais.

Retrospektyvusis tyrimas, atliktas Greenberg ir kt. (1996) su 58 parafilais, 17–72 metų amžiaus (amžiaus vidurkis – 36 metai), palygino fluvoksamino (n=16), fluoksetino (n=17) ir sertralino (n=25) veiksmingumą; 79 proc. tiriamųjų kartu gavo psichoterapiją. Pagrindinės parafilijos buvo pedofilija (74 proc.), ekshibicionizmas (14 proc.), seksualinis sadizmas (12 proc.). Gretutinės ligos buvo ribinio tipo asmenybės sutrikimas (31 proc.), depresija (28 proc.), priklausomybė nuo alkoholio (17 proc.). Rezultatai parodė, kad žymiai sumažėjo iškreiptų fantazijų intensyvumas ir dažnis nuo ketvirtos iki aštuntos gydymo savaitės, bet jokio papildomo pagerėjimo neužfiksuota dvyliktąją savaitę. Fluvoksaminas, fluoksetinas ir sertralinas buvo vienodai veiksmingi. Nepageidaujami poveikiai buvo panašūs visų vaistų (nemiga, vėlyva ejakuliacija, galvos skausmas, mieguistumas, sumažėjęs seksualinis potraukis, viduriavimas, pykinimas).

Parafilams ir hiperseksualiems vyrams nereaguojantiems į sertralina mažiausiai keturias savaites gydymas buvo pakeistas fluoksetinu ir 6 iš 9 pacientams užfiksuotas klinikinis pagerėjimas (Kafka, 1994). Pedofilai nebuvo įtraukti į šį tyrimą, dauguma asmenų turėjo gretutinių nuotaikos sutrikimų.

Kruesi ir kt., (1992) išnagrinėjo 15 parafilų dvigubai aklame klomipramino ir desipramino tyrime ir palygino su placebo. Nustatyta, kad abu vaistai buvo veiksmingi.

Fluvoksaminas (200–300 mg per parą, 1 atvejais), klomipraminas (400 mg per parą) arba fluoksetinas (60–80 mg per parą 3 atvejais) nepagerino parafilinio penkių asmenų elgesio po 2–10 mėn. gydymo (Stein ir kt., 1992, retrospektyvusis atviras tyrimas). Tačiau komorbidiniai ne seksualiniai OKS simptomai šiems pacientams palengvėjo.

Yra keletas įdomių pranešimų apie gydymą SSRI kartu su kitomis intervencijomis.

Bradford ir Greenberg (1996) pranešė, kad psichoterapija kartu su SSRI buvo veiksmingesnė nei vien psichoterapija.

Kafka ir Hennen (2000) prie SSRI pridėjo amfetaminą, metilfenidatą, pemoliną arba bupropioną tolerancijos poveikiui neutralizuoti ir depresijai ar DTHS simptomams gydyti (atviras tyrimas su 26 vyrais parafilais). Vaistų derinys sukėlė papildomą parafilijos arba su parafilija susijusių simptomų sumažėjimą. Tie patys autoriai 2006 m. paskelbė nepublikuotą informaciją apie 50–100 nebipolinių, nepsichozinių pedofilų gydymą SSRI, nuotaikos stabilizatoriais arba psichostimuliacijomis.

Greenberg ir Bradford (1997) palygino 95 pacientus, vartojusius SSRI plius psichosocialines intervencijas, su 104 asmenimis, gaunančiais tik psichosocialinį gydymą. Abi strategijos sumažino parafilinį elgesį, bet tik SSRI per 12 savaičių sumažino fantazijas ir iškreiptą potraukį.

Krauss ir Hill (2006) pranešė apie didelį parafilinių simptomų sumažėjimą atvirame, nekontroliuojamajame retrospektyviajame tyrime, kur 16 parafilų vyrų vartojo SSRI ir kartu jiems buvo skirta psichoterapija.

Vienintelis dvigubai aklas tyrimas atliktas Wainberg ir kt. (2006), palygino 20-60 mg citalopramą su placebo, skirtu 28 homoseksualiems vyrams kuriems nustatytas kompulsinis

seksualinis elgesys, 12 savaičių trukmės klinikiniame tyrime. Veiksmingumas buvo vertinamas pagal Yale-Brown OKS skalę. Gydymo poveikis nustatytas vertinant seksualinį potraukį/polinkį (p=0,05), masturbacijos dažnį (p=0,01) ir pornografijos naudojimą (p=0,05).

Dvidešimt trejų metų moteris pedofilė buvo gydoma sertralinu (50 mg per parą) (Thibaut ir Choy, 2002). Lytinio potraukio dažnumas ir intensyvumas moteriškosios lyties vaikams sumažėjo bent vieneriems metams. Taip pat sumažėjo impulsyvus elgesys.

Kritiška visų tyrimų, kurie yra susiję su SSRI skyrimu parafilams gydyti, analizė parodė, kad psichotropinių vaistų poveikio rezultatai nepakankami (*C lygio įrodymai*). Dvigubai aklas tyrimas, kurį atliko Wainberg ir kt. (2006), su vyrais kuriems nustatytas kompulsinis elgesys, negali būti apibendrinta visiems lytiniam prievartautojams.

Rösler ir Witzum (2000) pasiūlė, kad SSRI gali būti veiksmingi tik vyrams, turintiems tam tikrą OKS seksualinio elgesio komponentų. Iš tiesų vienas pasiūlytas veikimo mechanizmas yra susijęs su SSRI antiobsesiniu poveikiu, remiantis hipoteze, kad hiperseksualumas ir kai kurios parafilijos gali būti susijusios su OKS ar net su impulsų kontrolės sutrikimu (Stein ir kt., 1992).

Tačiau minėti tyrimai atkreipė dėmesį į alternatyvų parafilijų gydymą, kartu esant OKS, impulsų kontrolės sutrikimų, arba depresijai. Tačiau nepaisant didėjančio klinikinio SSRI vartojimo parafilijoms ir hiperseksualumui gydyti, dvigubai aklų kontroliuojamųjų tyrimų su šiais vaistais vis dar trūksta. SSRI įtraukti į klinikinę praktiką gydyti seksualinius prievartautojus, nors reikia daugiau tyrimų patvirtinančių vaistų efektyvumą. Keli autoriai nurodė daug priežasčių, kodėl trūksta tyrimų susijusių su seksualinių prievartautojų gydymu antidepressantais:

- Nėra pakankamo vyriausybės intereso skatinti antidepressantų skyrimą šiems pacientams, taip pat mokslinių tyrimų finansavimo.
- Etiniai barjerai, riboja dvigubai aklius tyrimus su pedofilais vyrais.
- Seksualiniai prievartautojai yra labai stigmatizuota populiacijos dalis.

Rekomendacijos skirtos SSRI seksualiniams prievartautojams gydyti:

- Yra įrodymų, kad sertralinas mažina iškrypusį seksualinį elgesį, bet neturi įtakos ar net pagerina normalų seksualumą (Bradford ir kt., 1995a; Bradford, 2000).

- Parafilijos paprastai pasireiškia paauglystėje, dažniausiai pasireiškia tik iškreiptomis fantazijomis, susijusiomis su masturbacija tarp 12 ir 18 metų. SSRI vartojimas šiuo laikotarpiu gali užkirsti kelią iškreiptam elgesiui pasireikšti (Bradford ir Fedoroff, 2006).

- Įvertinus klinikinių tyrimų duomenis, Bradford (2000), Bradford ir Fedoroff (2006) ir Kafka (1994), rekomendavo skirti SSRI lengvoms parafilijoms gydyti, jauno amžiaus parafilams, tais atvejais, jei pacientas serga OKS ir depresija, taip pat gydymui palaikyti.

Buvo parengtos rekomendacijos seksualinių prievartautojų gydymui:

- Seksualinių prievartautojų gydymo asociacija (SIGA) praktikos standartai ir rekomendacijos tiriant, gydant ir kontroliuojant suaugusius vyriškosios lyties seksualinius

prievartautojus, 2004 m., Oregonas) įtraukė SSRI į gydymo programą kaip vieną iš intervencijų kontroliuoti seksualinį sujaudinimą. Jų nuomone šis vaistas buvo patvirtintas daugelio klinikinių tyrimų ir nustatyta, kad SSRI gali turėti tam tikrą poveikį mažinant sujaudinimą, nepriklausomai nuo vaistų antidepresinių savybių. Nors ši indikacija nėra oficialiai patvirtinta, SSRI tapo standartiniu gydymu. Šios gairės rekomenduoja SSRI pacientams, kuriems nustatytas aukštas sujaudinimo lygis, kuris negali būti kontroliuojamas kognityvine elgesio terapija.

- Hill ir kt (2003) savo algoritme integruoja sunkumą ir gretutines ligas į gydymo planą, kai visi pacientai gydomi psichoterapija ir farmakoterapija dėl gretutinių ligų. Farmakoterapija rekomenduojama visiems pacientams, turintiems stiprių parafilinių fantazijų/kompulsijų ir seksualinio prievartavimo riziką. Lengvo ir vidutinio sunkumo atvejais SSRI vartojami kaip pirmojo pasirinkimo vaistai, ypač tiems pacientams, kurie turi depresijos, nerimo ar obsesinių/kompulsinių sutrikimų.

- Vaikų ir paauglių Amerikos psichiatrijos akademija (AACAP, 1999; Shaw, 1999), rekomenduoja tokį vaikų ir nepilnamečių, kurie yra seksualiniai prievartautojai, vertinimą ir gydymą: kovoti su neigimu; mažinti iškrypusį seksualinį sujaudinimą; propaguoti neiškrypusius seksualinius santykius, skatinti empatiją aukai, stiprinti tarpasmeninius ir socialinius įgūdžius; padėti suvokti vertybes; išryškinti kognityvinius iškrypimus; mokyti atpažinti vidines ir išorines seksualinės prievartos ištakas. Gydymo metodai rekomenduojami šiai amžiaus grupei yra kognityvinės elgesio intervencijos, psichosocialinės intervencijos ir SSRI. Antiandrogenų vartojimas nepatartinas jaunesniems kaip 17 metų asmenims. Tyrimai parodė, kad jie gali atitolinti brendimą ir kaulų augimą.

3.5. Estrogenai

Pirmo tyrimo duomenys publikuoti 1949 m. (Golla ir Hodge). Nepaisant gydymo veiksmingumo (Whittaker, 1959; Bancroft ir kt., 1974), aprašyta daug šalutinių poveikių (pykinimas, svorio priaugis, feminizacija, krūties vėžys, širdies ir kraujagyslių sistemos, smegenų išeminės ligos, tromboembolijos) (Fied, 1973). Transseksualams estrogenai taip pat sukelia krūties karcinomą (Symmers 1968). Jų negalima skirti seksualiniams prievartautojams gydyti, arba asmenis, kuriems nustatyta parafilija (*nėra jokių įrodymų lygis, šalutiniai poveikiai*).

3.6. Antiandrogenų arba GnRH analogų farmakoterapija

Literatūros apžvalga atlikta naudojant MEDLINE/PubMed (1969–2009). Vartoti tokie raktazodžiai: androgenų receptorių antagonistai, gonadotropiną atpalaiduojantys hormonai, ciproterono acetatas, medroksiprogesterono 17-acetatas, parafilijos, seksualiniai prievartautojai, seksualinis elgesys, incestas. Išanalizuoti visi straipsniai apie parafilijų gydymą hormonais (anglų arba prancūzų kalba). Atlikta 65 tyrimų, kurių metu skirtas gydymas hormonais, apžvalga. Iš 65 straipsnių tik keletas buvo kontroliuojamieji tyrimai.

Skiriasi kriterijai, taikomi gydymo veiksmingumui vertinti: tradicinių ir parafilinių lytinių santykių ar fantazijų dažnumas, apie kurias pranešė pacientai; plazmos testosterono kiekis; pakartotina seksualinė ar neseksualinė prievarta; varpos pletizmografija (naudojant garso ar vaizdo erotinį

stimuliavimą, prievartavimai su vaikais ir suaugusiais buvo naudojami, tačiau, anot Marshallo ir Fernandez (2000), daugelis metodologinių trūkumų gali riboti šio metodo naudojimą); įvairių tipų parafilijos; tyrimai vyko nuo kelių mėnesių iki metų; šalutiniai poveikiai daugumos tyrimų nebuvo paskelbti; daugelyje kontroliuojamųjų tyrimų buvo naudojama kryžminė metodika. Daugelyje šalių klinikinių tyrimų negalima vykdyti, kol seksualiniai prievartautojai yra įkalinti, be to, atliekant kontroliuojamuosius tyrimus, lyginti antiandrogenų gydymą su placebo ambulatoriniams pacientams yra neetiška.

3.6.1 Antiandrogenai

Be antiandrogeninio poveikio, steroidiniai antiandrogenai turi progestogeninį poveikį, kuris per grįžtamąjį poveikį pagumburio-hipofizės ašiai slopina LH sekreciją, todėl sumažėja tiek testosterono, tiek dihidrotestosterono (DHT) kiekis cirkuliacijoje. Šie junginiai paveikia DHT (androgeno, kuris vaidina dominuojantį vaidmenį androgeniniam atsakui) jungimąsi prie androgenų receptorių. Įrodyta, kad jie blokuoja androgenų įsisavinimą ląstelėse.

Medroksiprogesterono acetatas (MPA) yra progesterono derivatas, kuris veikia kaip progestogenas ir, kaip testosteronas, turi neigiamą grįžtamąjį ryšį su pagumburio-hipofizės ašimi, todėl mažina tiek GnRH, tiek LH išsiskyrimą. MPA taip pat skatina testosterono- α -reduktazę, kuri pagreitina testosterono metabolizmą ir mažina plazmos testosterono kiekį, didindamas jo klirensą. Be to, MPA didina testosterono jungimąsi su testosteroną surišančiu globulinu (TeBG), kuris mažina laisvojo testosterono kiekį ir galiausiai jis taip pat gali prisijungti prie androgenų receptorių (Southren ir kt., 1977).

MPA šiuo metu vartojamas kaip kontracepcinė priemonė, endometriozei ar krūties vėžiui gydyti. MPA buvo pirmas vaistas, kurio veiksmingumas tirtas gydant parafilijas. MPA yra vartojamas kai kuriose šalyse ir gali būti skiriamas tiek į raumenis kaip depo preparatas (150 arba 400 mg/ml) (300–500 mg per savaitę) tiek gerti (2,5, 5 ar 10 mg) (50–100 mg/parą); gerti MTA gali būti skiriama nepaisant jo nepastovios absorbcijos (Gottesman ir Schubert, 1993). Pirmasis pranešimas apie jo veiksmingumą, mažinant lytinį potraukį, paskelbtas 1958 m. (Heller ir kt., 1958). Vaisto veiksmingumas gydant parafilijas pirmą kartą buvo pastebėtas Money 1968 m. ir nuo to laiko vartojamas JAV.

Aprašyta daugiau kaip 600 atvejų skirtinguose tyrimuose, įskaitant 12 atvejų aprašymų (23 asmenys), 13 atvirųjų arba kontroliuojamųjų klinikinių tyrimų (įskaitant 3 dvigubai aklus kryžminius tyrimus).

Atvejų aprašymai

Aprašyta 12 atskirų atvejų, tai yra 23 asmenys (Berlin ir Coyle, 1981; Berlin ir Meinecke, 1981; Cordoba ir Chapel, 1983; Ross ir kt., 1987; Bourget ir Bradfordas, 1987; Cooper ir kt., 1987; Cooper, 1988; Cooper ir kt., 1990; Weiner ir kt., 1992; Stewart, 2005; Light ir Holroyd 2006; Krueger ir kt., 2006). Visi tiriamieji buvo nuo 17 iki 85 metų vyrai (13 tyrimų, dalyviai buvo vyresni kaip 65 metų, ekshibicionizmas ar padidėjęs seksualumas buvo susijęs su demencija). Pedofilija nustatyta 5 atvejais (kartu su ekshibicionizmu, protiniu atsilikimu ar šizofrenija). Vienu atveju, testosterono kiekis prieš gydymą buvo 880 ng/100 ml (Berlin ir Meinecke, 1981). MPA (100 mg per 4 savaites iki 750 mg per savaitę, į raumenis, arba po 100–300 mg per parą gerti), buvo vartojamas nuo 2 mėn. iki 4 metų. Testosterono, FSH ir LH kiekiai, klinikiniai interviu,

pačių tiriamųjų pranešimai apie lytinius santykius ir fantazijas, varpos pletizmografija (2 atvejais – naudojant garso dirgiklius, vienu atveju – naudojant naktinę pletizmografiją) buvo taikoma kaip rezultatų matavimo būdai. Visais atvejais, išskyrus vieną, iškrypęs seksualinis elgesys ir fantazijos išnyko per tris savaites; likusiu atveju, erekcijos atsakas į seksualinį garso stimulą padidėjo vartojant MPA (Cooper ir kt., 1987). Testosterono kiekis sumažėjo nuo 10 iki 20 proc. nuo pradinio lygio. Keturias savaites po gydymo nutraukimo, klinikiniai poveikiai grįžo į pradinį lygį, dviem atvejais, pasireiškė atkrytis. Kūno svorio prieaugis konstatuotas dviem, depresijos sutrikimas – vienam, antinksčių funkcijos slopinimas (MPA buvo pakeistas GnRH agonistu) užfiksuotas vienu atveju; kitais atvejais šalutinio poveikio neužfiksuota. Aštuoniais atvejais, prieš tai buvo taikomas neveiksmingas antipsichozinis gydymas. Kai kurie atvejų aprašymai patvirtina MPA skyrimą hiperseksualumui arba parafiliniam elgesi gydyti vyresnio amžiaus pacientams, sergantiems demencija. Veiksmingas MPA poveikis (300 mg per savaitę, vienerius metus) dėl iškvos reakcijų (kompulsinės masturbacijos, ekshibicionizmo ir bandymo prievartauti), aprašytas keturiems pacientams (nuo 75 iki 84 metų amžiaus), sergantiems demencija (Cooper ir kt., 1987). Ekshibicionizmas ir prievartavimo bandymas nustatytas dviem vyrams, kurie sirgo demencija (71 ir 84 metų amžiaus) buvo sėkmingai gydyti MPA (150–200 mg, 2 savaites) (Weiner ir kt., 1992).

Atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai (13 tyrimų, žr. 1 lentelę)

Iš 13 tyrimų trys buvo dvigubai akli kryžminiai tyrimai (lyginant MPA ir placebo), į tyrimus įtrauktas 51 pedofilas ir 8 seksualiniai prievartautojai (Wincze ir kt., 1986; Hucker ir kt., 1988; Kiersch 1990), 9 iš 13 buvo atvirieji tyrimai, vienas buvo retrospektyvusis tyrimas (275 seksualiniai prievartautojai, Maletzky ir kt., 2006).

Veiksmingumas, vaistų dozavimas ir gydymo trukmė

Gydymo veiksmingumas buvo matuojamas šiomis priemonėmis: pačių pranešimai apie iškrypusias ir (arba) neiškrypusias seksualines fantazijas ir aktyvumą, testosterono kiekis; pletizmografija buvo naudojama 4 tyrimuose. Pedofilija ar ekshibicionizmas buvo 27 proc. ir 15 proc. iš 600 atvejų, atitinkamai. Parafilai buvo tik vyrai nuo 14 iki 85 metų. Psichikos ligos: demencija, alkoholizmas, protinis atsilikimas ir psichopatija (daugeliu atvejų). Tik trys šizofrenija sergantys pacientai buvo įtraukti į šias studijas. MPA buvo skirtas kaip depo preparatas (100–900 mg per savaitę) ar gerti (60–600 mg per parą). Nepaisant išlikusios erekcijos funkcijos per pletizmografinius tyrimus, daugeliu atveju sumažėjo seksualinis elgesys, visiškai išnyko iškrypęs seksualinis elgesys ir fantazijos, praėjus nuo 1 iki 2 mėn. gydymo. Langevin ir kt. (1979) pranešė, kad seksualinio elgesio sumažėjimo sveikų asmenų (kontrolinėje) grupėje, kurie vartojo MPA (100 mg per parą), nenustatė.

Pakartotinis prievartavimas 334 asmenų grupėje, kurie buvo gydomi su depo MPA buvo didesnis nei asmenų gydomų ciproterono acetatu (CPA), kurių vidurkis buvo 27 proc. baigus tyrimą (nuo 6 mėn. iki 13 metų), palyginus su 50 proc. prieš gydymą (Meyer ir Cole, 1997). Penki tyrimai nustatė recidyvų padažnėjimą nuraukus gydymą MPA. Money ir kt. (1975), vartojant MPA, keliais atvejais tarp seksualinių prievartautojų su antisocialiniu elgesiu nepastebėjo jokio neseksualinių nusikaltimų sumažėjimo.

Aprašyta 12 atvejų, kai, taikant skirtingus kriterijus, pasireiškė iškrypęs seksualinis elgesys gydant MPA (Langevin ir kt., 1979; Cooper ir kt., 1987; Kiersch, 1990; Kiersch ir kt., 1992; Kravitz ir kt., 1995 ir 1996). Piktnaudžiavimas vaistais, buvusios galvos traumos, mokymosi sunkumai, vienatvė, asmenybės sutrikimai didino recidyvo riziką (Meyer ir kt., 1992). Ankstyvas gydymo nutraukimas buvo rizikos veiksnys. McConaghy ir kt. (1989) pranešė apie mažesnę MPA veiksmingumą gydant jaunuolius.

Gottesman ir Schubert (1993) nepranešė jokio iškrypusio seksualinio elgesio gydant 60 mg MPA per parą. Šie autoriai rekomenduoja mažą vaisto dozę, kai pastebimas šalutinis poveikis ir kai yra maža seksualinės prievartos rizika.

Cooper ir kt. (1986) rekomenduoja minimalią dviejų metų MPA gydymo trukmę.

Šalutiniai poveikiai

Neigiami MPA poveikiai: svorio prieaugis (18 proc.), hipertenzija, galvos skausmas (9 proc.), pykinimas, astenija, ginekomastija, mieguistumas, nemiga, kojų mėšlungis (<1 proc.), spermogramos sutrikimai, erekcijos sutrikimai, sumažėjusi sėklidžių apimtis, karščio pylimas, cukrinis diabetas (<1 proc.), tulžies akmenligė (1 proc.) (Meyer ir kt., 1992), depresija, antinksčių funkcijos slopinimas, sumažėjęs sėklidžių tūris, Cushingo sindromas (30 metų amžiaus vyriškosios lyties pedofilui gydomam MPA 300 mg per parą, 4 metus) (Krueger ir kt., 2006) ir tromboemboliniai reiškiniai (1 proc.). Plaučių embolija yra sunkus šalutinis poveikis, kuris taip pat buvo nustatytas. Jokio kaulų mineralizacijos sumažėjimo neaprašyta, bet osteodensitometrija nebuvo naudojama. Vidutinis LH plazmos kiekis ir bendras testosterono kiekis buvo gerokai mažesnis, FSH kiekis nekito (žr. apžvalginį straipsnį Guay, 2009). Gydant MPA, reikia stebėti svorį, kraujo spaudimą, gliukozės kiekį nevalgius, inkstų ir kepenų funkciją.

Taigi daug asmenų buvo gydomi MPA, tačiau dauguma tyrimų nebuvo kontroliuojamieji, buvo užfiksuotos paklaidos (mažas mėginio dydis, trumpa stebėsenos trukmė, kryžminis tyrimas, retrospektyvusis tyrimas). Be to pastebėti sunkūs šalutiniai poveikiai vartojant MPA. Naudos/rizikos santykis buvo nenaudingas MPA, todėl jo atsisakyta Europoje (C lygio įrodymai).

Testosterono, FSH, LH ir prolaktino kiekis plazmoje, kepenų funkcijos tyrimai, kraujo tyrimai, elektrokardiograma, gliukozės kiekis kraujyje nevalgius, kraujo spaudimas, svoris, kalcio ir fosfato kiekis kraujyje, inkstų funkcija, kaulų mineralinis tankis turi būti tikrinami prieš pradėdant gydymą. Taip pat turi būti asmens sutikimas.

Gydymas MPA turi būti atidžiai stebimas medikų, atliekant fizinės būklės tyrimą, ypač dėl šalutinių poveikių. Depresija, emociniais sutrikimais turi būti įvertinami kas 1–3 mėn. Kas 6 mėn. turi būti tikrinami: gliukozės kiekis kraujyje, kalcio ir fosfato kiekis kraujyje, kraujo spaudimas ir svoris. Kaulų tankis turi būti tikrinamas kiekvienais metais, kai yra padidėjęs osteoporozės rizika.

MPA negali būti skiriama, jei asmuo nesutinka, kai dar nesibaigęs brendimas, ypač tada, kai nesibaigęs kaulų augimas, jei asmuo serga antinksčių liga, nėštumo ir žindymo laikotarpiu, jei sergama sunkia hipertenzija, yra buvusios tromboembolinės ligos, jei asmuo serga krūties ar gimdos ligomis, cukriniu diabetu, sunkia depresija, alergija MPA, aktyvia hipofizės liga.

I lentelė. Išskrypusio seksualinio elgesio pokyčiai vartojant medroksiprogesterono acetatą (atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai)

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinės prievaratos elgesys Kitos būklės	Gydymo metodai	Metodai	Baigčių matavimas	Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
DVIGUBAI AKLI TYRIMAI						
Wince ir kt. (1986), JAV	n=3 vyrai (36–60 metų)	MPA 160 mg/d., gerti ir (arba) placebo (Jokio gydymo – 7 d., placebo – 14 d., MPA – 160 mg per d., nuo 42 iki 56 d., placebo – nuo 21 iki 42 d.)		Pačių asmenų pranešimai apie spontanią seksualinį elgesį Testosterono kiekis Varpos pletizmografija (vaizdiniai išskrypusio erotinio turinio stimulai), naktinė varpos pletizmografija	Sumažėjęs seksualinis aktyvumas (pačių pranešimai) mažiau pastebimas su pletizmografija Testosterono kiekio sumažėjimas su MPA Jokio padidėjimo seksualiniame elgesyje po placebo periodo	Jokių
Dvigubai aklas kryžminis kontroliuojamasis tyrimas		Gydymo trukmė – nuo 1 iki 3 mėn.				
Hucker ir kt. (1988), Kanada	n=48 vyrai Pedofilai	18 dalyvių davė sutikimą gydytis ir 11 pasiliko tyrime iki pabaigos: MPA (5) 300 mg per d., gerti Placebas (6)		Pačių pranešimai	Išskrypusio seksualinės fantazijos pranyko MPA > placebo	Nepranešta
Dvigubai aklas kryžminis tyrimas	<i>Gretutinės ligos</i> Protinis atsilikimas					
Kiersch (1990), JAV	n=8 (<40 metų amžiaus)	MPA 100–400 mg per sav. į raumenis (16 sav.) Palyginus su placebo (tūpalas į raumenis) (16 sav.)		Testosterono kiekis Pletizmografija (vaizdiniai išskrypusio ir neiškrypusio seksualinio turinio stimulai) Pačių pranešimai	Testosterono kiekio sumažėjimas su MPA Sumažėjęs atsakas į iškreiptus ir neiškreiptus seksualinius stimulius (6) Poveikis buvo toks pats kol vartojamas placebas Masturbacijos dažnio sumažėjimas (6)	Erekcijos sutrikimas(1) Gliaukoma (1) Galvos skausmas (1)
Dvigubai aklas kryžminis tyrimas	Seksualiniai prievartautojai, kurie buvo anksčiau nuteisti	Stebėsenos trukmė – nuo 22 iki 64 sav. (4 atvejai)			Vienas atveju sutvirtėjo seksualinės fantazijos su MPA Vienas seksualinės prievartos atvejis, kol buvo vartotas placebo	
ATVIRIEJI TYRIMAI						
Langevin ir kt. (1979), Kanada	n=37 vyrai ekshibicionistai	MPA 100–150 mg per d., gerti + Psichoterapija (n=15) Palyginus su psichoterapija (n=17) Palyginus su vien MPA (n=5) Stebėsenos trukmė – 15 sav.		Testosterono kiekis Klinikiniai interviu Recidyvo dažnis	Jokių seksualinės orientacijos pokyčių	
Atvirasis tyrimas						
	n=8 ekshibicionistai	MPA (100 mg per d., gerti) arba placebo		Testosterono kiekis, Pačių pranešimai Pletizmografija naudojant išskrypusius seksualinius stimulus		
	n=10 heteroseksualūs be parafilijos	MPA (100 mg per d., gerti) arba placebo		Pletizmografija		

1 lentelės tęsinys

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinės prievartos elgesys Kitos būklės	Gydymo metodai	Metodai	Baigčių matavimas	Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
Money ir kt. (1981), JAV <i>Anvirsas tyrimas</i>	n=20 vyrai (26–56 metų) Pedofilai (11) Ekshibicionistai (5) Seksualiniai sadistai (1) Vojeristai (1) Seksualiniai mazohistai (1) Transvestitai (1) Incestas (1)	MPA 150–600 mg į raumenis per sav. Stebėsenos trukmė – nuo 3 mėn. iki 5 metų	Klinikiniai interviu	n=17 jokio iškrypusto seksualinio elgesio n=3 atkryčiai (1 su alkoholiu) n=11 nustojo vartoti MPA ir atkrito	Nepranešta	
Gagne, (1981), Kanada <i>Anvirsas tyrimas</i>	n=48 Ankstesni teistumai dėl seksualinės prievartos (39) Pedofilai (27) Ekshibicionistai (6) Vojeristai (1) Incestas (3) Prievartautojai (4) Kiti (2) Trasvestitai (2)	MPA 200 mg į raumenis, nuo 2 iki 3 kartų per sav., 2 sav., tada nuo 1 iki 2 kartų per sav., 4 sav., tada 100 mg arba 200 mg kas dvi sav., 12 sav., tada 100 mg kas 1–4 sav., 8 mėn. + Psichoterapija Stebėsenos trukmė – 12 mėn.	Testosterono kiekis (1 per mėn.) Klinikiniai interviu (2 per mėn.)	n=40 pagerėjimas po 10 dienu iki 3 sav. Iškrypusto seksualinio elgesio, fantazijų ir sužadavimo sumažėjimas Testosterono kiekio sumažėjimas (25 proc. pradinio kiekio) Socialinio funkcionavimo pagerėjimas po 2–3 mėn. Panašus veiksmingumas tiems, kurie buvo teisti ir tiems, kurie nebuvo teisti	Silpnumas 3 dienas po injekcijos (40) Svorio prieaugis (maks. 9 kg) (28/48) Galvos skausmas (10) Nemiga (7) Karščio epizodai (14) Pykinimas (1) Tromboflebitas (1) Impotencija (kai testosterone kiekis pasiekė 25 proc. pradinio kiekio)	
Meyer ir kt. (1985), JAV <i>Anvirsas tyrimas</i>	n=23 vyrai (22–45 metų) (vidurkis – 29 metai) Pedofilai (12) Prievartautojai (6) Ekshibicionistai (2) Savo genetalijų sužalojimas (3) <i>Gretutinės ligos</i> Alkoholisizmas (2)	MPA nuo 300 iki 400 mg per sav., į raumenis Stebėsenos trukmė – 1–83 mėn. (vidurkis – 18 mėn.) Guldymas į lignoninę per pirmąsias 4 savaites MPA nuo 300 iki 400 mg per sav., į raumenis Stebėsenos trukmė – 1–83 mėn. (vidurkis – 18 mėn.)	Testosterono, LH, FSH kiekiai MPA kiekis Spermograma Sėklidžių tūris (kas 6 mėn.) Gydymo veiksmingumas nebuvo įvertintas	Testosterono kiekio sumažėjimas MPA plazmos kiekis > 50 ng/ml Apie gydymo veiksmingumą nepranešta	Svorio prieaugis (2/3 atvejai > 5 svarai) Padidėjęs kraujospūdis Spermogramos pokyčiai Tulžies akmenys (3) Žarnų divertikulozė (1) Cukrinis diabetas (1) Padidėjęs insulino kiekis (3) Galvos skausmas (1) (sumažinta MPA dozė) Sedacija Sumažėjęs sėklidžių tūris Laikinas kepenų fermentų padidėjimas (3) 3 partnerių neštumai vartojant MPA	

1 lentelės tęsinys

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinės prievaratos elgesys Kitos būklės	Gydymo metodai	Metodai	Baigčių matavimas	Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
Mc Conaghy ir kt. (1989), Australija <i>Anvraisis tyrimas</i>	n=45 (14–72 metų) (vidurkis – 32 metai; 6 atvejai <19 metų) Seksualiniai prievartautojai Pedofilai Ekshibicionistai Fetišistas Vojeristai	1 tyrimas. Vien psichoterapija (20) (Slaptas sensibiliaivimas, išvaizduojamas desensibiliaivimas) 2 tyrimas. MPA (4 jaunuoliai, 12 suaugusiųjų, 7 reikėjo MPA vėliau) arba psichoterapija (10) (Išvaizduojamas desensibiliaivimas) arba abu: MPA + ID (10) MPA 150 mg i r. per mėn. 4 mėn.	1 tyrimas. Vien psichoterapija (20) (Slaptas sensibiliaivimas, išvaizduojamas desensibiliaivimas) 2 tyrimas. MPA (4 jaunuoliai, 12 suaugusiųjų, 7 reikėjo MPA vėliau) arba psichoterapija (10) (Išvaizduojamas desensibiliaivimas) arba abu: MPA + ID (10) MPA 150 mg i r. per mėn. 4 mėn.	Testosterono kiekis Pačių pranešimai	1 tyrimas. Slaptas sensibiliaivimas < išvaizduojamas desensibiliaivimas 2 tyrimas. Toks pas veiksmingumas trijose grupėse, iškrypusio seksualinio elgesio sumažėjimas Mažiau veiksmingas jaunuoliams 3 atvejai be MPA – seksualinis prievartavimas 3 jaunuoliai vartojant MPA – seksualinis prievartavimas	Nieko
Meyer ir kt. (1992), IAV <i>Anvraisis tyrimas</i>	<i>Gretutinės ligos</i> Protinis atsilikimas (1) n=40 (MPA gydymas) (16–78 metų) Seksualiniai prievartautojai Pedofilai (23) Prievarautojai (7) Ekshibicionistai (10) n=21 (psichoterapija) Seksualiniai nusikaltėliai, kurie nesutiko gydomi MPA Pedofilai (14) Ekshibicionistai (6) Vojeristai (1) Jokio neigimo Jokios psichopatijos <i>Gretutinės ligos</i> Galvos trauma (5) Piktnaudžiavimas narkotikais arba alkoholiniiais gėrimais Asmenybės sutrikimai arba depresija (33proc.) Mikropenis (2)	Stebėsenos trukmė – 1 metai MPA (400–800 mg per sav. i raumenis) Palyginus su vien psichoterapija Stebėsenos trukmė – nuo 6 iki 12 metų	Testosterono, LH, FSH kiekiai Iškrypusio seksualinio elgesio recidyvų dažnis	Testosterono kiekio sumažėjimas su MPA Recidyvų sumažėjimas su MPA (7/40) Palyginus su 12/21 vien tik psichoterapija Po gydymo MPA 10 aukritimų Recidyvo rizikos veiksniai: vienatvė, narkotikų vartojimas, buvusi galvos trauma, aukštesnis pradinis testosterone kiekis	Svorio prieaugis (13) Skrandžio ir žarnyno simptomai (2) Galvos svaigimas (1) Padidėjęs kraujo spaudimas (3) Cukrinis diabetas (3) Tulžies pūslės akmenys (4) Kojų mėšlungis (2)	

1 lentelės tęsinys

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinės priešingos elgesys Kitos būklės	Gydymo metodai	Metodai	Baigčių matavimas	Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
Gottesman ir Schubert (1993), JAV <i>Antrasis tyrimas</i>	n=7 vyrai (25–47 metų) Daugiau kaip 2 parafilijom Pedofilija (3) Seksualinis sadizmas (1) Zoofilija (1) Vojerizmas (3) Ekshibicionizmas (3) Seksualinis mazochizmas (1) Fetišizmas (1) Transvestizmas (1) Telefoninė skatologija (1) <i>Gretutinės ligos</i> Hodgino liga Šizofrenija	MPA 60 mg per d. (nuo 10 iki 18 mėn.) + Psichoterapija		Testosterono, LH, FSH kiekiai (1 kartą per mėn.) Iškrypusio seksualinio elgesio pačių pranešimai Rytinės erekcijos skaičius per savaitę ir ejakuliacijų skaičius per sav.	Testosterono kiekio sumažėjimas (50–75proc.) Iškrypusių seksualinių fantazijų ir rytinių erekcijų sumažėjimas Jokio iškrypusio seksualinio elgesio (6 atvejai) Padidėjęs seksualinis potraukis (2 atvejai) gydymo pradžioje 1 atsparumo vaistams atvejais trečiąją sav. 2 atvejais ankstyvas gydymo nutraukimas (dešimtą ir dvyliktą sav.) 1 nebaigė gydymo, 1 recidyvas (išžaginimas)	Galvos skausmas pirmąją sav. (1) Svorio pritaugis (2)
Kravitz ir kt. (1995), JAV <i>Antrasis tyrimas</i>	Jokių ankstesnių farmakologinių gydymų, 4 atvejais ankstesnė psichoterapija buvo nesėkminga n=29 vyrai (18–77 metų) (vidurkis – 38 metai) Pedofilija (22) Ekshibicionizmas (6) Frotazas (1) <i>Gretutinės ligos</i> Nedidelis protinis atsilikimas (5)	MPA 300–500 mg į raumenis per sav. Stebėsenos trukmė – 6 mėn. + Psichoterapija (grupinė) (26/29)		Pačių pranešimai (iškrypusio ar neiškrypusio seksualinės fantazijos, seksualinis aktyvumas, masturbacija) Pletiznografija (prieš MPA ir kas 6 mėn.) Testosterono kiekis (kas 3 mėn.) Kraujo spaudimas ir svoris Recidyvai	Jokio iškrypusio seksualinio elgesio Neiškrypusio seksualinio elgesio sumažėjimas Testosterono kiekio sumažėjimas 1 atvejis: recidyvas su MPA (ekshibicionizmas, paties pranešimas, jokio teistumo) 7 atvejais: ankstyvas MPA nutraukimas	Plaučių embolija (1) Kojų mėšlungiai (12) Svorio pritaugis (10) Galvos skausmas (10) Astenija (7) Sedacija (5) Depresija (4) Sėklidžių skausmas Erekcijos sutrikimas (4) Hepatito virusas (1)

1 lentelės tęsinys

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinės prievartos elgesys Kitos būklės	Gydymo metodai	Metodai	Baigčių matavimas	Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
Kravitz ir kt. (1996), JAV <i>Antrasis tyrimas</i>	n=13 vyrai (24–77 metų) (vidurkis – 43 metai) Pedofilija (10) Ekshibicionizmas (3) >2 parafilijų (6) IQ vidurkis – 102	MPA į raumenis 300 mg per sav. (n=5) 400 mg per sav. (1) 600 mg per sav. (5) 900 mg per sav. (1) Stebėsenos trukmė – 6–12 mėn. (n=5) + Psichoterapija (10/13 atvejų)	Dalyviai suskirstyti į 2 grupes: Prieš gydymą normalus testosterono kiekis (9) Prieš gydymą mažas testosterono kiekis (4) (ir ilgesnė gydymo trukmė)	Daugeliu atvejų testosterono kiekio sumažėjimas Jokio iškrypusio seksualinio elgesio arba fantazijų 6 atvejais (1 grupė) ir 2 atvejais (2 grupė) Jokio žymaus skirtumo tarp MPA dozės ir tarp 1 ir 2 grupės I recidyvo atvejais su MPA	Nepranešta	
RETROSPEKTYVUSIS TYRIMAS						
Malezky ir kt. (2006), JAV <i>Retrospektyvusis tyrimas</i> (ligoninės ataskaitos)	n=275 (klimikiniai failai) Seksualiniai nusikaltėliai, ikalinti Pedofilai Ekshibicionistai Prievartautojai	1 grupė: MPA (200–400 mg/sav. į raumenis) (n=79) (daugiausia pedofilai) 2 grupė: MPA rekomenduota, bet nenaudota (n=55) depo Provera skalės balų >7 arba Statino 99 balų >4) 3 grupė: MPA nerekomenduojamas (n=141) plius elgesio terapija	Iškrypusio seksualinio elgesio recidyvas	MPA > jokio gydymo: jokio iškrypusio seksualinio elgesio su MPA lyginant su iškrypusiu seksualiniu elgesiu pastebėtu atitinkamai – 30 ir 26 proc. dalyvių 1 ir 3 grupėse	Nepranešta	

Ciproterono acetatas (CPA) yra sintetinis steroidas, panašus į progesteroną, kuris veikia kaip progestogenas ir antiandrogenai. Tiesioginis CPA junginys prie visų androgenų receptorių (įskaitant smegenų receptorius) blokuoja ląstelių testosterono įsisavinimą ir metabolizmą. CPA yra testosterono ir DHT receptorių konkurencingas inhibitorius. Be to, jis turi stiprų progestacinį veikimą, kuris sukelia GnRH ir LH sekrecijos slopinimą (Jeffcoate ir kt., 1980). CPA vartojamas daugiausia Kanadoje, Vidurio Rytuose ir Europoje ir yra užregistruota daugiau kaip 20 šalių, kur CPA vartojamas suaugusių vyrų, turinčių seksualinių nukrypimų seksualinio potraukio kontrolei taip pat neoperuojamam prostatos vėžiui gydyti (AndrocurR). CPA taip pat yra vartojamas ankstyvam brendimui ar hirsutizmui gydyti, CPA gali būti vartojamas injekcija (depo forma – (100 mg/ml), (200–400 mg vieną kartą per savaitę arba kas 2 savaites) arba tabletėmis (50 ir 100 mg) (50–200 mg per parą). JAV yra prieinamas tik mažomis dozuotėmis kartu su etinil-estradioliu. Pirmą kartą CPA buvo kliniškai pavartotas seksualiniams prievartautojams gydyti (daugiausia ekshibicionistams) Vokietijoje (Laschet ir Laschet, 1967 ir 1971), atvirame tyrime, kuris parodė, kad CPA veiksmingumas koreguojant nenormalų seksualinį elgesį siekia 80 proc.

Atvejų aprašymai

Melior ir kt. (1992) aprašė 40 metų moterį, kuriai nustatyta kompulsinė masturbacija ir seksualinė agresija. CPA (50 mg per dieną nuo J1 iki J15) ir etinilestradiolis (50 mikrogramai per parą nuo J5 iki J25 kas mėnesį) labai sumažino iškrypusias fantazijas ir erotinius sapnus. Kompulsinė masturbacija dingo. CPA vartojimas buvo nutrauktas po 6 mėn. dėl laktozės netoleravimo ir vėl skirta 25 mg dozė per parą. Ankstesnis gydymas (psichoterapija, antidepresantai, vaistai nuo psichozės) buvo nesėkmingas.

Aprašyta keturiolika ligonių, dalyvavusių 9 tyrimuose (Cooper ir kt., 1972; Lederer, 1974; Bradford ir Pawlack, 1987; Thibaut ir kt., 1991; Grinshpoon ir kt., 1991; Cooper ir kt., 1992; Byrne ir kt., 1992; Eriksson ir Eriksson, 1998; Gooren ir kt., 2001). Du pedofilai, sergantys lengvo arba vidutinio sunkumo protiniu atsilikimu, vienas ekshibicionistas, kiti nepatiksinti seksualiniai prievartautojai (amžius – 23–70 metų, o dviejų demencija buvo susijusi su seksualine dezinhibicija) vartojo CPA (nuo 50 iki 200 mg per parą arba 275 mg iki 300 mg į raumenis, kas 2 savaites), nuo 4 savaitių iki 10 metų. Stebėtas hormonų kiekis, pačių pildomos vertinimo skalės ir kai kuriais atvejais – pletizmografija. Daugeliu atveju iškrypęs seksualinis elgesys išnyko per dvi savaites, išskyrus vieną atvejį, kai CPA buvo nutrauktas po dviejų savaitių dėl šalutinio poveikio (Byrne ir kt., 1992). Cooper ir kt. (1992) pranešė apie geresnį veiksmingumą, vartojant 200 mg per parą CPA, palyginus su 100 mg per parą. Kai kurie šalutiniai poveikiai: astenija, erekcijos disfunkcija, ginekomastija (vienas pacientas buvo gydytas spinduline terapija), osteoporozė ir šlaunikaulio lūžiai (1 atvejis, 52 metų pacientas, 300 mg per dvi savaites, po 10 metų CPA vartojimo) (Gooren ir kt., 2001), depresija (1 atvejis). Vienam pacientui gydymas buvo nutrauktas po dviejų savaitių, dėl silpnumo ir raumenų masės netekimo (Byrne ir kt., 1992). Thibaut ir kt., (1991) pranešė apie sumažėjusį neseksualinį agresyvumą, kol buvo vartojamas CPA. Daugeliu atveju, testosterono kiekis sumažėjo.

Atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai (dešimt tyrimų, žr. 2,1

lenteles).

Iš 10 tyrimų, 2 buvo dvigubai akli kryžminiai lyginamieji tyrimai (CPA palyginus su etinilestradioliu, 12 seksualinių prievartautojų, Bancroft ir kt., 1974) ir (CPA palyginus su MPA, 7 pedofilai Cooper ir kt., 1992b), du dvigubai akli kryžminiai tyrimai, 9 seksualiniai prievartautojai ir 19 asmenų, turinčių parafiliją (CPA lyginant su placebo) (Cooper ir kt., 1981; Bradford ir Pawlack 1993), vienas aklas tyrimas (5 pedofilai, CPA palyginus su placebo, Cooper ir kt., 1992a), kiti 5 – atvirieji tyrimai.

Veiksmingumas, dozės ir gydymo trukmė

Apie 700 vyrų buvo įtraukti į 10 atvirųjų ir dvigubai akli kryžminių tyrimų. Apie 20 proc. pacientų buvo pedofilai. Dažniausi gretutiniai sutrikimai buvo protinis atsilikimas ir psichopatija. CPA (50–300 mg per parą, gerti arba į raumenis, 275–300 mg kas 2 savaites) buvo susijęs su žymiai labiau sumažėjusiu pačių dalyvių įvertintu seksualinių fantazijų, aktyvumo ir masturbacijos dažnumu, iškrypusio seksualinio elgesio išnykimu užregistruotas nuo 80 iki 90proc. atvejų per 4–12 savaitių. Užfiksuotas rytinės erekcijos, ejakuliacijos ir spermatogenezės sumažėjimas. Daugeliu atvejų, 100–200 mg dienos dozė buvo pakankama. Be to, 80 proc. atvejų 100 mg per parą geriamojo CPA dozė buvo pakankama. Priklausomai nuo dozės, autoriai pasiūlė, kad CPA gali būti naudojamas kaip cheminės kastracijos medžiaga arba kaip seksualinio potraukio reduktorius, išlaikanti erekciją nesant iškrypusiam seksualiniam elgesiui.

Veiksmingumas buvo matuojamas iki aštuonių metų po gydymo, 300 vyrų turinčių parafiliją (ciproterono acetatas 50–200 mg per dieną gerti arba į raumenis 300–600 mg kas 1 ar 2 savaites) (Lashet ir Lashet, 1975).

Davies (1974) pranešė apie CPA veiksmingumą penkiems iškrypusio seksualinio elgesio jaunuoliams (protinis atsilikimas nustatytas 3), tačiau CPA negalima skirti prieš brendimą ir nesipasisbaigus kaulų augimui.

Atlikti penki lyginamieji dvigubai akli kryžminiai tyrimai (2 lentelė), palygina CPA su placebo, MPA ir etinilestradioliu penkiems seksualiniams prievartautojams. Bancroft ir kt. (1974), palygino CPA poveikį su 0,01 mg etinilestradiolio du kartus per dieną. Abu vaistų deriniai vienodai sumažino lytinį potraukį, seksualinį aktyvumą ir seksualinį sujaudinimą be jokių esminių šalutinių poveikių. Pirmas dvigubai aklas CPA ir MPA lyginamasis tyrimas parodė, kad MPA ir CPA turėjo vienodą poveikį septyniems seksualiniams prievartautojams be jokių šalutinių poveikių, išskyrus tuos, kurie buvo susiję su hipoandrogenizmu (Cooper ir kt., 1992). Visų tyrimų metu nustatytas CPA, MPA ir etinilestradiolio toks pats veiksmingumas, kuris buvo didesnis palyginus su placebo. Varpos atsako vertinimo rezultatai į įvairius erotinius dirgiklius, naudojant pletizmografiją, CPA ir MPA buvo mažiau išpūdingi nei tada, kai buvo naudojamos subjektyvios vertinimo priemonės. Naudojant vizualinius erotinius stimulus, vartojantiems CPA ar MPA nenustatyta reikšmingo arba labiau kintamo skirtumo seksualiniams prievartautojams (Bancroft ir kt., 1974; Cooper ir kt., 1992). Šie duomenys sutampa su tyrimo duomenimis, kad erekcija, reaguojant į vizualinius dirgiklius, yra mažiau priklausoma nuo androgenų. Ir priešingai, gydant CPA iškrypusį susijaudinimą, naudojant falometrines priemones, nustatytas normalus testosterono kiekis (Bradford ir Pawlack, 1993a).

2 lentelė. Sergančių lėtinė parafilija vyrų iškrypčio seksualinio elgesio polychiai vartojant ciproterono acetatą (CPA) (atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai)

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinė prievarta Kitos būklės	Metodai	Baigčių matavimas	Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
DVIGUBAI AKLI TYRIMAI					
Bancroft ir kt. (1974), JAV	n=12 vyrai (22–34 metų)	CPA 100 mg per d. Palyginus su 0,01 mg per d. etiniloestradiolio	Seksualinis susidomėjimas, Seksualinis aktyvumas Pletizmografija Testosterono kiekis	CPA arba etiniloestradiolis: Abu vaistai reikšmingai sumažino seksualinį susidomėjimą ir aktyvumą Tik CPA sumažino atsaką į erotinį stimulą (pletizmografija)	Depresija – 1 atvejais trečiąją dieną vartojant CPA (gydymo nutraukimas)
<i>Dvigubai aklas kryžminis tyrimas</i>	Seksualiniai prievartautojai	3 kursai po 6 sav. (jokio gydymo, CPA arba estradiolis)			
Cooper (1981), Kanada	n=9 vyrai Seksualiniai prievartautojai (hiperseksualumas – 4, ekshibicionizmas – 4, vojerizmas – 2, fetišizmas – 1 ir incestas – 1 atvejais)	CPA 100 mg per d. palyginus su placebo 5 kursai po 4 sav. (Jokio gydymo, CPA 100 mg per d./ placebo, jokio gydymo, placebo/ CPA, jokio gydymo)	Testosterono kiekis Seksualinės fantazijos ir aktyvumas pastarąsias 7 d. Erekcijų skaičius per d. Seksualinis susidomėjimas ir masturbacija (vizualinė vertinimo skalė – 0–100)	Su CPA, testosterono kiekio sumažėjimas (nuo 485 iki 365), seksualinio aktyvumo sumažėjimas (nuo 0,7 iki 0,25), erekcijų kiekis (nuo 1 iki 0,35), orgazmas ir seksualinis susidomėjimas (nuo 71 iki 28) ir masturbacija (nuo 94 iki 40) ($p < 0.05$) Grįžiamasis poveikis per 30 dienų po CPA nutraukimo	Nepranešta
Cooper ir kt. (1992a), Kanada	n=5 vyrai (21–31 metų) Pedofilai	CPA 100 mg per d. arba placebo	Testosterono, LH, FSH, prolaktino kiekiai 1 kartą per mėn.	Naktinės erekcijos sumažėjimas (62 proc.) ir erekcija po seksualinio stimulo: vaizdinio (67 proc. sumažėjimas) > garsinio (23 proc. sumažėjimas)	Nepranešta
<i>Viengubai aklas kryžminis tyrimas</i>	<i>Gretutinės ligos</i> Psichopatija (2) Alkoholisizmas (1) IQ 75–89 (3 atvejai)	Stebėjimo trukmė: 16 sav. (Placebas – 4 sav., CPA 100 mg per d. – 8 sav., placebo – 4 sav.)	Naktinės erekcijos Pletizmografija (1 kartą) su garsiniais ir vaizdiniais iškreiptais ir neiškeiptais seksualiniais stimulais Naktinė varpos pletizmografija	Testosterono sumažėjimas (78 proc.), LH (42 proc.), FSH kiekiai (14 proc.) per CPA gydymą Neatlikta jokios statistinės analizės Normalizavosi iki pradinio taško per 4 sav., nutraukus CPA	Nepranešta
Cooper ir kt. (1992b), Kanada	n=10 pedofilai (3 iškrito per pirminį placebo laikotarpį) Amžiaus vidurkis – 30 metų (23–37 metų) ≥ 2 parafilijos Ekshibicionizmas – 1 Seksualinis sadizmas – 4 Prievartavimas – 1 Fetišizmas – 2 Zoofilija – 1 Transvestizmas – 2	CPA palyginus su MPA 100–200 mg per d. 7 kursai po 4 sav. (placebas – MPA arba CPA 100 mg per d. – MPA arba CPA 200 mg per d. – placebo arba CPA 100 mg per d. – MPA arba CPA 200 mg per d. – placebo)	Testosterono FSH LH kiekiai Seksualinės fantazijos Masturbacijos Rytinė erekcija Iškrūpęs seksualinis elgesys Pletizmografija (su garsiniais ir vaizdiniais iškrypūsiais ir neiškrypūsiais seksualiniais stimulais)	CPA ir MPA: veiksmingumas vienodai priklausau nuo dozės Sumažėjo seksualinių fantazijų, masturbacijos, rytinės erekcijos, varpos atsakas į erotinį stimulą, CPA ir MPA vienodas veiksmingumas nuo 4 iki 8 savaitių (maksimalus poveikis aštuntą savaitę) Sumažėjo testosterono, LH, FSH kiekiai abiejų gydymo metu, kiekiai normalizavosi po 4 savaitių placebo vartojimo Neatlikta jokių statistinių analizių	Sumažėjęs ejakuliuoto tūris
<i>Dvigubai aklas kryžminis tyrimas</i>	<i>Gretutinės ligos</i> Psichopatija – 3 Alkoholisizmas – 2 Narkotikų naudojimas – 1 Protinis atsilikimas – 1 3 atvejais neįgimas ir pacientas buvo pašalintas	Neatlikta jokios statistinės analizės			

2 lentelės tęsinys

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinė prievarta Kitos būklės	Gydymo metodai	Metodai	Baigčių matavimas	Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
Bradford ir Pawlack (1993), Kanada	n=19 vyrai (19–45 metų) Amžiaus vidurkis 30 metų Pedofilija – 12 Frotžas – 1 Prievartavimas – 2 Fetišizmas – 1 Incestas – 2 Ekshibicionizmas – 1	CPA 50–200 mg per d. Palyginus su placebo Stebėjimo trukmė – 13 mėn. (keturi 3 – mėn. gydymo kursai)	CPA 50–200 mg per d. Palyginus su placebo Stebėjimo trukmė – 13 mėn. (keturi 3 – mėn. gydymo kursai)	Testosterono, LH, FSH, prolaktino kiekiai Pletiznografija (vaizdinis stimulus) BPRS, Buss Durkee Inventorius	Reikšmingas testosterono kiekio sumažėjimas (50 proc.) ir FSH (30 proc.) Reikšmingas prolaktino kiekio padidėjimas Jokių LH pokyčių Reikšmingas seksualinio susijaudinimo ir aktyvumo sumažėjimas (nuo 5,6 ± 4,7 iki 3,6 ± 4,2) ir mažesni BPRS balai	Jokio reikšmingo šalutinių poveikių skirtumo Svorio priaugimo vidurkis su CPA – 1,3 kg
<i>Dvigubai aklas kryžminis tyrimas</i>	<i>Pašalinimo kriterijai</i> Tromboembolijos, širdies ligos, karcinoma, kepenų ląstelių ligos, psichozės, diabetas, depresija, organinė smegenų liga	50–200 mg per d. arba placebo 3 mėn. dvigubai iš eilės (CPA dozė galėjo būti keičiama kas mėn. per paskutinį gydymo kursą)	Statistinė analizė buvo atlikta	CPA > placebo ir CPA > jokio gydymo seksualinės fantazijos ir troškimai Jokių statistinių skirtumų neužfiksuota naudojant fälometriją		
ATVIRIEJI TYRIMAI						
Laschet ir Laschet (1971), Vokietija	n=110 vyrai 29 – pedofilai Ekshibicionizmas Seksualinis sadizmas	Ciproterono acetatas 50–200 mg per d. Stebėjimo trukmė: 4 mėn – 4 metai	Nepranešta			
Mothes ir kt. (1971), Vokietija	n=352 30 proc. pedofilai	CPA 100–300 mg per d. Stebėjimo trukmė – daugiausia – 3 metai	Kas metus pačių pranešimai apie seksualinį aktyvumą			
Davies (1974), JAV	n=50 vyrai 16 – seksualinių prievartautojų 4 – smurtinės seksualinės fantazijos 7 – šizofrenijos su kompulsiniu masturbavimusi	CPA 50–100 mg per d. Kai kuriais atvejais – 200 mg per d.	Klinikinis stebėjimas Jokių vertinimo skalių			
<i>Atvirasis tyrimas</i>	10 – hiperseksualumas 4 – chromosominės aberacija 7 – pagyvenusio amžiaus asmenys, turintys seksualinių sutrikimų Ekshibicionizmas				Iskrypusio seksualinio elgesio sumažėjimas	Ginek mastija (2) Pasunkėjo cukrinio diabeto eiga (1)
<i>Gretutinės ligos:</i> Protinis atsilikimas						

2 lentelės tęsinys

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinė prievarta Kitos būklės	Metodai		Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
		Gydymo metodai	Baigčių matavimas		
Laschet ir Laschet (1975), Vokietija <i>Anviris</i> <i>tyrimas</i>	n=300 vyrai	CPA Stebėjimo trukmė – 8 metai	Testosterono kiekis	Pagerėjimas 90 proc. atvejų	<i>Pradžioje:</i> Sumažėjęs erekcijų ir ejakuliacijų skaičius Spermatogenezės sumažėjimas Astenija Depresijos simptomai Svorio pritaugis 6–8 mėn. Ginekomastija (20 proc.) Sumažėjęs plaukuotumas Sumažėjęs odos riebalavimas
Bradford ir Pawlack (1993), Kanada <i>Anviris</i> <i>tyrimas</i>	n=20 vyrai (18–60 metų) 15 – pedofilija 3 – incestas 2 – pedofilija ir ekshibicionizmas <i>Pasidalinimo kriterijai</i> Karcinoma, tromboembolijos, kepenų ligos, depresija, cukrinis diabetas, alkoholizmas, psichožė	CPA 50–200 mg per d. (vidurkis – 85) Stebėjimo trukmė – 9–12 sav.	Testosterono kiekis Pletizmografija (su garsiniais iškreiptais ir neiškreiptais seksualiniais stimulais) Prieš CPA ir po – nuo 2 iki 3 mėn.	Labiau sumažėjęs testosterono kiekis pacientams su aukštesniu (7/17 atvejai) (bet normaliu > 28 nMol/L) pradiniu kiekiu Maksimalus veiksmingumas pasiektas per 8–12 sav. Sumažėjęs varpos pabrinkimas priklausau, nuo kokio tipo vizualinis stimulas buvo naudotas (iškreiptas > neiškreiptas) Sumažėjusios spontaniškos erekcijos ir neiškrypusios seksualinės fantazijos	Jokių šalutinių poveikių nepranešta

Gydymo CPA arba MPA poveikis buvo grįžtamas, 1 ar 2 mėn. po gydymo nutraukimo.

Septyni tyrimai išnagrinėjo pakartotinio prievartavimo dažnį tarp 127 asmenų, vartojančių CPA (Meyer ir Cole, 1997). Vidurkis buvo 6 proc., pasibaigus gydymo kursui (mažiau nei nustatyta su MPA), palyginus su 85 proc. prieš gydymą, po gydymo stebint nuo 2 mėn. iki 4,5 metų. Daugelį pakartotinių nusikaltimų padarė tie, kurie nesilaikė gydymo. Be to, daugelis pacientų vėl nusižengė, nutraukus gydymą. Kai kurie tyrimų duomenys parodo sumažėjusį pacientų nerimą ir irzlumą gydant CPA (Cooper ir kt., 1992; Bradford ir Pawlak, 1993b).

Daugelyje tyrimų, antiandrogenų gydymo trukmė buvo trumpesnė nei vieneri metai, išskyrus Davies (1974) tyrimą, kur jis per trejų metų trukmės stebėseną, po 5 metų įvairių parafilijų CPA gydymo nutraukimo recidyvų neužfiksavo. Pagal Cooper (1986) minimali dviejų metų gydymo trukmė yra reikalinga. Nors nėra sutarimo dėl optimalios CPA arba MPA gydymo trukmės, daugelis autorių praneša, kad 3–5 metų gydymo trukmė yra būtina (Gijs ir Gooren, 1996).

FSH ir LH serumo kiekiai arba sumažėjo, arba jų nepaveikė ciproterono acetato skyrimas. Plazmos testosterono kiekis šiek tiek sumažėjo (žr. apžvalginį straipsnį, Guay, 2009).

Šalutiniai poveikiai susiję su hipoadrogenizmu

Dažniausi šalutiniai poveikiai: silpnumas, miego sutrikimai, depresijos simptomai arba sutrikimai (Cooper ir kt., 1992), karščio pylimas, plaukuotumo pokyčiai, sumažėjusi odos riebalų ekskrecija, kojų mėšlungis, plaukų slinkimas, spermatogenezės sumažėjimas (grįžtamas), impotencija, sumažėjęs seksualinis aktyvumas ir fantazijos, sumažėjęs ejakuliacijos tūris ir osteoporozė (Gis ir Gooren, 1996; Grasswick ir Bradford, 2003).

Vienas šlaunikaulio lūžis įvyko dėl kaulų mineralų netekimo, nustatytas 52 metų pacientui po 10 metų gydymo CPA (Gooren ir kt., 2001).

Šalutiniai poveikiai susiję su CPA

Dažniausi šalutiniai poveikiai: galvos skausmas, dusulys, svorio priaugis, ginekomastija (20 proc. atvejų grįžtamoji), tromboemboliniai reiškiniai (Czerny ir kt., 2002), padidėjęs prolaktino kiekis, antinksčių nepakankamumas, arba hiperplazija (0,5 proc. atvejų) (pirmiau aprašyta jaunuoliams, gydomiems CPA (Neumann, 1997; Laron ir Kauči, 2000)), hipertenzija, širdies nepakankamumas (Reilly ir kt., 2000), sumažėjęs gliukozės toleravimas, inkstų funkcijos sutrikimas, hipofizės disfunkcija, anemija (Hill ir kt., 2003), skausmas injekcijos vietoje (depo formos), pykinimas, kepenų ląstelių pažeidimas (ypač kai CPA dozė buvo 200–300 mg per dieną, po keleto gydymo mėnesių), tai gali būti mirtina, tačiau sunkus toksinis poveikis kepenims pasireiškia retai (<1 proc.) (Heinemann ir kt., 1997). Remiantis gyvūnų tyrimų duomenimis, CPA gali sukelti kepenų ląstelių karcinomą (Kasper, 2001; Neumann ir kt., 1992). Pacientams, sergantiems prostatos vėžiu, ciproterono acetatas didina venų tromboembolijos riziką dažnį palyginus su flutamidu ar GnRH agonistų monoterapija (3,5 karto). Venų tromboembolijos arba neseniai atlikta operacija arba buvusi trauma didina riziką 4 ir 13 kartų, atitinkamai (žr. straipsnį apžvalgą „CPA šalutiniai poveikiai“, Guay, 2009).

Taigi, daugeliui tyrimų dalyvių skirtas gydymas CPA, tačiau dauguma tyrimų nebuvo kontroliuojamieji, todėl

galimos paklaidos (mažos imtys, daugeliu atvejų trumpa sekimo trukmė, kryžminis tyrimų tipas, retrospektyvusis tyrimų tipas) (įrodymų lygis C).

Be to, sunkūs šalutiniai poveikiai buvo pastebėti vartojant CPA.

Kai kuriose šalyse tabletės forma yra vienintelė prieinama vaistų forma Testosterono kiekis nesistemiškai mažėja, plazmos CPA matavimas daugelyje šalių neatliekamas. Gydymo nesilaikymas yra didelė problema vartojant CPA tabletes.

Testosterono, FSH, LH ir prolaktino plazmos kiekis, kepenų ląstelių kraujo tyrimas, kraujo kūnelių kiekio matavimas, elektrokardiogramos, gliukozės nustatymas kraujyje nevalgius, kraujo spaudimas, svoris, kalcio ir fosfato kiekis kraujyje, inkstų funkcija, kaulų mineralinis tankis turi būti tikrinami prieš pradėdant gydymą. Kepenų funkcija turi būti patikrinta prieš pradėdant gydymą ir stebima kas 3 mėn. (Reilly, 2000; Hill ir kt., 2003; Briken ir kt., 2003). Turi būti gautas informuotas sutikimas.

Šalutiniai poveikiai yra susiję su doze, todėl reikia atidžiai stebėti CPA dozę ir tai turėtų sumažinti šalutinius poveikius, tam tikrais atvejais, gali išlaikyti neiškrypusį seksualinį elgesį (Hill ir kt., 2003). CPA vartojimas turi būti atidžiai stebimas medikų, objektyviai tiriant, ypač dėl feminizuojančių šalutinių poveikių. Depresija, emocinis sutrikimas turi būti įvertintas kas 1–3 mėn. Kas 3 mėn., po to kas 3–6 mėn. biocheminis kepenų funkcijos stebėjimas yra būtinas. Kas 6 mėn. prolaktino, gliukozės kiekis kraujyje, kraujo kūnelių kiekis kraujyje, kalcio ir fosforo kiekis kraujyje, kraujo spaudimas ir svoris turi būti kontroliuojami. Kaulų mineralų tankis turi būti tikrinamas kiekvienais metais, kai yra padidėjusi osteoporozės rizika (Reilly ir kt., 2000; Hill ir kt., 2003).

Kada CPA kontraindikuotinas:

Nėra paciento sutikimo; nepasibaigęs brendimas, ypač tada, kai kaulų augimas nepasibaigęs; kepenų ligos; cukrinis diabetas; sunki hipertenzija; karcinoma, išskyrus prostatos karcinomą; nėštumas arba žindymas; ankstesnės tromboembolinės ligos; širdies arba antinksčių ligos; sunki depresija, tuberkuliozė, kacheksija, epilepsija, psichozė, alergija CPA, drepanocitozė, hipofizės ligos (Reilly ir kt., 2000; Hill ir kt., 2003).

3.6.2. Farmakoterapija vartojant GnRH analogus

Vartojusių MPA ir CPA lytinių prievartautojų gydymo rezultatai nenuoseklūs. Be to, prastas gydymo režimo laikymasis yra didelė problema, ypač vartojant geriamuosius CPA. Kadangi buvo nemažai šalutinių poveikių, įskaitant ginekomastiją, svorio priaugį, tromboembolinius reiškinius ir kepenų pažeidimą, yra poreikis kitų veiksmingų vaistų, turinčių mažiau šalutinių poveikių.

Rezultatai, gauti taikant chirurginę kastraciją, motyvavo gydymo su GnRH analogais tyrimus.

GnRH analogai stimuliuoja hipofizės LH išskyrimą, todėl laikinai padidėja testosterono kiekis serume (paūmėjimas). Po pradinės stimuliacijos nuolatinis GnRH analogų vartojimas sukelia greitą GnRH receptorių desensitizaciją, todėl sumažina LH (šiek tiek ir FSH) ir testosterono kiekį iki kastracijos lygio per 2–4 savaites (Belchetz ir kt., 1978; Mc Evoy, 1999). Jie neturi įtakos antinksčių kilmės androgenų veikimui. 40 proc. normalios kontrolinės grupės asmenų pranešė, kad sumažėjo

normalus seksualinis potraukis vartojant GnRH (Loosen ir kt., 1994). Be to, neuronai, turintys GnRH projektuojasi į hipofizę ir kitas sritis, kaip antai, uodžiamąjį stormenį ar amigdalą. Pastarajame, manoma, GnRH veikia kaip neuromodulatorius, o šis veikimas taip pat gali būti susijęs su seksualiniu elgesiu (Kendrick ir Dixon, 1985; Moss ir Dudley, 1989). Be to, intracerebroventrikulins GnRH vartojimas slopina agresiją žiurkių patinams (Kadar ir kt., 1992).

Yra trys gonadotropiną atpalaiduojamojo hormono analogai. GnRH analogai buvo patvirtinti daugelyje šalių didesnės stadijos prostatos vėžiui gydyti (Vance ir Smith, 1984; Smith, 1986), endometriozei, ankstyvam brendimui, gimdos fibromoms ir moterų nevaisingumui (in vitro apvaisinimas) gydyti.

Triptorelinas yra sintetinis dekaeptidinis agonistas, gonadotropiną atpalaiduojamojo hormono (GnRH) analogas. Triptorelinas buvo sukurtas kaip pamoato druska (3 mg – 1 mėn. formulė arba 11,25 mg – 3 mėn. formulė). Neseniai jis buvo patvirtintas Europoje grįžtamajam plazmos testosterono kiekiui sumažinti iki kastracijos lygio, siekiant sumažinti suaugusių vyrų iškrypusį seksualinį aktyvumą (triptorelinas LA 11,25 mg).

Leuprorelinas yra sintetinis GnRH analogas (GnRHa). Jis buvo sukurtas kaip kasdien į raumenis leidžiama arba kas mėnesį leidžiama depo forma (3,75 arba 7,5 mg – 1 mėn. formulė arba 11,25 mg – 3 mėn. formulė).

Goserelinas yra sintetinis GnRH analogas. Jis buvo sukurtas kaip kas dieną arba kas mėnesį (depo) leidžiamos injekcijos (3,6 arba 10,8 mg į poodį).

• Atvejų aprašymai

Triptorelinas

Hoogveen ir Van der Veer (2008) aprašė vieną atvejį, kai protiškai atsilikęs alkoholikas pedofilas 37 mėn. buvo veiksmingai gydomas triptorelinu (3,75 mg per mėn.). Ankstesnis gydymas su SSRI, antipsichoziniais vaistais ar psichoterapija buvo nesėkmingi. Bifosfonatų ir kalcio pridėta prevenciškai prie GnRHa gydymo 35 mėnesiams, bet po 37 mėn. atsirado kaulų demineralizacija, tada triptorelinas turėjo būti nutrauktas ir iškrypusios seksualinės fantazijos atsinaujino. Karščio pylimai ir erekcijos sutrikimai taip pat pastebėti gydymo metu. Testosterono kiekis sumažėjo nuo 22,8 nmol/l prieš gydymą iki 1,3 nmol/l gydymo metu.

Leuprorelinas

Allolio et al. (1985) sėkmingai gydė homoseksualų pedofilą leuprorelinu.

Rousseau ir kt. (1990) aprašė vyrą ekshibicionistą (35 metų), jam buvo skirtas kombinuotas gydymas trumpo veikimo leuprorelinu ir antiandrogeno flutamidu, jokių šalutinių poveikių per 26 savaites nepastebėta. Seksualinės fantazijos ir aktyvumas buvo vertintas pagal paties paciento pranešimus. Kartu su testosterono kiekiu sumažėjimu buvo pastebėtas iškrypusios seksualinės veiklos ir fantazijų sumažėjimas. Iškrypusi veikla visiškai baigėsi po 2–4 savaičių. 26-ą savaitę triptorelino vartojimas buvo nutrauktas ir iškrypęs seksualinis elgesys atsinaujino 2 mėn. po gydymo nutraukimo.

Dickey (1992 ir 2002) aprašė vyriškosios lyties (28 metų) pacientą su įvairiomis parafilijomis ir hiperseksualumu gydytą sėkmingai, palyginus su ankstesniu MPA gydymu (maks. 550 mg per savaitę, 32 mėnesius), arba CPA gydymu (200–500

mg per savaitę, 14 mėnesių), šešis mėn. (1992) ir 10 metų (2002) gydytą ilgai veikiančiu leuprorelinu (nuo 7,5 iki 3,75 mg per mėnesį). Jis pastebėjo, kad sėklidžių kilmės androgenų slopinimas buvo pakankamas. Testosterono kiekis sumažėjo nuo 28,9 nmol/l iki 0,8 nmol/l. Kaulų demineralizacija pasireiškė po trijų metų ir pradėtas gydymas kalciumu ir vitaminu D. Ginekomastija taip pat pasireiškė.

Vieno pedofilo atveju, paties paciento pranešimai ir falometrinių matavimų parodė žymiai didesnę seksualinio sujaudinimo ir veiklos sumažėjimą vartojant leuproreliną (7,5 mg per mėn.), palyginus su ankstesniais CPA gydymais (100 arba 200 mg per dieną) arba placebo. Tyrimas buvo kompleksinis: kryžminis 16 savaičių iš eilės, vėliau – 36 ir 42 savaites su CPA 100 ir 200 mg per dieną, atitinkamai, leuprorelinu acetatas buvo vartojamas 24 savaites po 10 savaičių išplovimo laikotarpio. Testosterono kiekis sumažėjo iki kastracijos lygio vartojant leuproreliną (Cooper ir Cernovski, 1994).

Vienu atveju buvo aprašytas sėkmingas paciento, sergančio ekshibicionizmu ir Huntingtono liga, gydymas leuprorelinu (7,5 mg per mėn.) (Rich ir Osview, 1994), kitu atveju 43 metų vyras, sergantis ekshibicionizmu, hiperseksualumu, frontotemporaline demencija ir Klüver Bucy sindromu (Ott, 1995), taip pat buvo sėkmingai gydytas. Veiksmingumas buvo praneštas trečiąjį mėnesį. Svorio priaugis, raumenų skausmas ir silpnumas taip pat užfiksuotas.

Grasswick ir Bradford (2003) pranešė, kad kaulų demineralizacija pasireiškė 1/1 atveju vartojant leuproreliną (plius CPA 300 mg per parą), lyginant su 2/4 atvejais vartojant CPA ir 2/2 atvejais po chirurginės kastracijos (plius CPA) per keturių metų stebėsenos laikotarpį septyniems vyrams parafilams nuo 36 iki 61 metų amžiaus (5 – pedofilija, 1 – atvejis seksualinis sadizmas). Kartu buvo vartojami vitaminas D ir kalcis.

Likusiais atvejais (Briken ir kt., 2004; Saleh ir kt., 2004; Saleh, 2005) aštuoni vyrai parafilai (ekshibicionizmas, pedofilija, seksualinis sadizmas arba nenurodyta parafilija) vartojo leuproreliną acetatą (7,5 mg per mėnesį arba 11,25 mg kas tris mėnesius vienu atveju) nuo kelių mėnesių iki pusantrų metų. Psichoterapija buvo taikoma su gydymu hormonais. Septyniais atvejais buvo gretutinių psichikos sutrikimų. Septyniais atvejais flutamidas buvo vartojamas nuo 15 dienų iki 6 savaičių, kartu su leuprorelinu acetatu. Be seksualinių fantazijų ir aktyvumo apie kuriuos aprašė patys asmenys, buvo matuojamas hormonų kiekis, o vienu atveju buvo atliekama pletizmografija. Pranešimai arba pletizmografija parodė, kad iškrypęs seksualinis elgesys ir fantazijos išnyksta per 1 ar 3 mėn. nuo gydymo pradžios 7 iš 8 atvejų, kartu sumažėja testosterono kiekis (vienas atkrytis įvyko pacientui vartojusiam leuproreliną acetatą). Daugeliu atveju, šalutinių poveikių neužfiksuota. Erekcijos sutrikimas užregistruotas vienu atveju.

Goserelinas

Brahams (1988) pranešė apie goserelino acetato veiksmingumą gydant homoseksualų pedofilą, kuris anksčiau naudojo seksualinę prievartą. Ankstesnis MPA (800 mg į raumenis per savaitę) ir CPA (600 mg per dieną) gydymas buvo neveiksmingas.

Czerny ir kt. (2002) pranešė apie goserelino acetato veiksmingumą penkiais atvejais.

• Atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai

Atsitiktinių imčių kontroliuojamųjų tyrimų duomenų

nepaskelbta.

Triptorelinas. Iš trijų tyrimų du buvo atvirieji perspektyvieji tyrimai (41 asmuo sergantis parafilija, įskaitant 32 pedofilus, 22 buvo seksualiniai prievartautojai, vieno mėnesio formuluotė) ir vienas retrospektyvusis tyrimas (30 seksualinių prievartautojų).

Leuprorelinas. Iš trijų tyrimų trys buvo atvirieji tyrimai (28 asmenys sergantys parafilijom, įskaitant 13 pedofilų, 16 buvo seksualiai prievartautojai, vieno ar trijų mėnesių formuluotės).

Paskelbtas vienas retrospektyvusis tyrimas su skirtingais GnRHa, palyginus su CPA (58 asmenys sergantys parafilijomis, įskaitant 16 pedofilų; iš 19 gydytų GnRH analogais 11 – leuprorelino acetatu, 3 – triptorelinu ir 5 – goserelino acetatu, palyginus su CPA, 29 atvejai).

Visų tyrimų metu, išskyrus Rösler ir Witzum (1998), CPA ar flutamidas buvo vartojamas kartu su GnRHa per pirmąsias GnRHa gydymo savaites.

Veiksmingumas, dozavimas, gydymo trukmė

Triptorelinas

Du atvirieji tyrimai vartojant triptorelino vieno mėnesio formuluotę, buvo atlikti seksualiniams prievartautojams arba parafilams gydyti (Thibaut ir kt., 1993; 1996; 1998; Rösler ir Witzum, 1998). Duomenys apibendrinti 3 lentelėje, 1 ir 2 dalyje. Thibaut ir kt. (1993) atliko pirmą atvirąjį tyrimą, kurio metu šešiams parafilnų elgesį demonstruojantiems pacientams skyrė triptoreliną. Rösler ir Witzum (1998) paskelbė kito atvirojo nekontroliuojamojo tyrimo duomenis, kurio metu skirtas triptorelinas, kur buvo tiriama 30 parafilinio elgesio pacientų.

Iš viso 72 vyrai (amžius – 15–57 metų), sergantys parafilija, buvo įtraukti į du perspektyviusius atvirojo tyrimus (n=41), vieną retrospektyviųjų tyrimą (n=30) ir vieną atvejo aprašymą. Dažniausiai gydytos parafilijos buvo pedofilija (n=33) ir ekshibicionizmas (n=7). Kai kuriais atvejais, buvo gretutinių sutrikimų susijusių su parafilijomis (protinis atsilikimas, šizofrenija arba dažniausiai – asmenybės sutrikimai). Rezultatai buvo vertinami pagal pačių pacientų pranešimus apie iškrpusį ar neiškrpusį seksualinį elgesį ir fantazijas (tipas, dažnis, intensyvumas), testosterono ir LH kiekis. Rösler Witzum (1998) tyrime buvo naudojamos dvi skalės: seksualinio potraukio intensyvumo ir simptomų skalė ir trijų pagrindinių paciento skundų klausimynas. Tiriamieji vartojo depo triptoreliną nuo keleto mėnesių iki septynių metų (3,75 mg per mėnesį). Thibaut ir kt. tyrime CPA buvo vartojama kartu su triptorelinu pirmąsias savaites siekiant išvengti elgesio paūmėjimo.

Gydant triptorelinu, jokio iškrpusio seksualinio elgesio nepastebėta ir jokia seksualinė prievarta nepasireiškė, išskyrus vieną atvejį (Thibaut ir kt., 1993). Kartu su sparčiu ir ryškiu testosterono ir LH kiekiu sumažėjimu pastebėtas neiškrpusio seksualinio elgesio sumažėjimas su maksimaliu poveikio po 2 ar 3 mėn., o iškrpusios seksualinės fantazijos išnyko. Trečdalis atvejų (13 atvejų) anksčiau nesėkmingai gydyti CPA. 10 atvejų (4 atvejai dėl GnRH analogų šalutinių poveikių) gydymas buvo staiga nutrauktas ir seksualinis elgesys atsinaujino. Trimis atvejais triptorelino vartojimas buvo atnaujintas, trimis atvejais skirtas CPA (200 mg per parą), bet gydymas buvo neveiksmingas. Vienu atveju triptorelinas buvo palaipsniui nutrauktas, vartojant didėjančią testosterono dozę

pacientui, kuris patyrė kaulų mineralų netekimą ir nepastebėta jokio recidyvo.

Tai buvo atvirieji tyrimai, be jokių palyginimų su placebo. Pletizmografija nebuvo naudojama. Tačiau visais atvejais, išskyrus vieną, triptorelinas buvo veiksmingas ir iškrpęs seksualinis elgesys visiškai išnyko gydant GnRH analogais. Be to, triptorelino veiksmingumas buvo pranašesnis nei CPA veiksmingumas 13 iš 41 atvejų.

Kadangi nauja ilgo veikimo triptorelino pamoato 3 mėn. formulė yra tokia pat veiksminga kaip 1 mėnesio formulė, pasiekiant ir išlaikant kastracijos lygio testosterono kiekį, galima tikėtis abiejų formuluočių panašaus veiksmingumo mažinant seksualinių prievartautojų seksualinį potraukį. Be to, 3 mėnesių formulė turėtų žymiai pagerinti gydymo režimo laikymąsi, nuo ko labai priklauso ilgalaikė parafilinio elgesio kontrolė. Tačiau su šiuo junginiu nebuvo atlikta kontroliuojamųjų tyrimų.

Leuprorelinas

Keturi tyrimai, kurių metu tiriamiesiems buvo skiriama leuprorelino (1 ar 3 mėnesių formules) atlikti parafilinio elgesio pacientams (Briken ir kt. 2001; Briken, 2002; Kriuger ir Kaplan, 2001; Czerny ir kt., 2002; Schober ir kt., 2005; Schober ir kt., 2006). Paskutinis tyrimas buvo dvigubai aklas tyrimas. Duomenys apibendrinti 4 lentelėje, 1 ir 2 dalyje.

107 (nuo 20 iki 61 metų) vyrai, kuriems skirta leuprorelido acetatas, buvo įtraukti į keturis atvirojo tyrimus (n=86), vienas natūralistinis tyrimas ir 9 atvejų aprašymai. Schober ir kt. (2005) tyrimas buvo „maskuotas“ kryžminis tyrimas (palyginus su placebo) (n=5), deja, šis tyrimas nebuvo skirtas leuprorelino veiksmingumui matuoti. Schober ir kt. (2005) palygino elgesio terapiją su leuprorelido acetato gydymu arba su placebo kryžminiame tyrime, įskaitant penkis pedofilus. Trimis atvejais, kai tiriamieji gavo placebo, iškrpęs seksualinis elgesys atsinaujino ir testosterono kiekis normalizavosi iki pradinio lygio.

Dažniausiai gydytos parafilijos buvo pedofilija, seksualinis sadizmas ir ekshibicionizmas. Kai kuriais atvejais parafilija nebuvo patikslinta. Protinis atsilikimas, piktnaudžiavimas alkoholiniais gėrimais ir asmenybės sutrikimai buvo dažniausi gretutiniai sutrikimai. Rezultatai buvo matuojami pagal pačių tiriamųjų pranešimus apie iškrpusį ir neiškrpusį seksualinį elgesį ir fantazijas (tipas, dažnis, intensyvumas) ar testosterono ir LH koncentracijas, pletizmografija taip pat buvo naudojama Schober ir kt. (2005) tyrime.

Kartu su sparčiai mažėjančiu testosterono kiekiu, užfiksuotas neiškrpusio seksualinio elgesio sumažėjimas, o iškrpusios seksualinės fantazijos išnyko. Tačiau vienu atveju (Briken ir kt., 2004) leuprorelinu gydomas pacientas atkrito ir atliko seksualinės prievartos aktą.

Czerny ir kt. (2002) atvirame retrospektyviame tyrime palygino GnRH analogų ir CPA veiksmingumą 58 tyrimo dalyviams. Nustatytas vienodas CPA ir GnRH analogų veiksmingumas, be pokyčių seksualiniam elgesyje trimis atvejais kiekvienoje grupėje. Seksualinių fantazijų sustiprėjimas užregistruotas vienu atveju. Be to, dviem tiriamiesiems anksčiau gydytais CPA, GnRH analogai buvo skiriami vietoje CPA dėl nepakankamo seksualinio agresyvaus impulsyvumo sumažėjimo vartojant CPA. Šiais atvejais seksualinis troškimas ir simptomų intensyvumas žymiai labiau

sumažėjo vartojant GnRH analogus, palyginus su ankstesniu CPA vartojimu.

Cooper ir Cernovsky (1994) palygino CPA ir leuprolido acetato poveikį pletizmografiniam tyrimui vienam vyriškosios lyties pedofilui. Buvo parinkta tokia gydymo seka: placebo (32 savaitės), jokie gydymo (52 savaitės), CPA 100 mg per parą (68 savaitės), CPA 200 mg per parą (42 savaitės), leuprolido acetato 7,5 mg per mėnesį (24 savaitės). Leuprolidas beveik visiškai panaikino tiek tiriamųjų praneštą, tiek falometrija nustatytą seksualinį susijaudinimą bei sumažino testosterono kiekį beveik iki nulinio lygio. Leuprolido veiksmingumas, remiantis falometrijos duomenimis ir pačių tiriamųjų pranešimais seksualiniam susijaudinimui matuoti buvo pranašesnis nei CPA (100 arba 200 mg per parą). Gydymo nebuvimas ir placebo turėjo panašų poveikį.

GnRH agonistų gydymo trukmė

Gydymo trukmė, kuri būtina pasiekti visišką iškrypusio seksualinio elgesio išnykimą ir gydymo nutraukimo sąlygos, lieka neaiškios. Veiksmingumas išliko daug metų kol buvo vartojami antiandrogenai (pavyzdžiui, maksimali stebėsenos trukmė buvo apie septyni metai gydant triptorelinu, 10 metų gydant leuprolido acetatu). Rousseau ir kt. (1990) pranešė apie recidyvą kai sėkmingas gydymas leuprorelinu ir flutamidu staiga buvo sustabdytas 26-ąją savaitę. Thibaut ir kt. (1996) tyrimo autoriai aprašė iškrypusį seksualinį elgesį arba fantazijas, atsinaujinusius per 8–10 savaites dviem tiriamiesiems, kai sėkmingas GnRH agonistų vartojimas staiga buvo nutrauktas atitinkamai po 12 ir 34 mėnesių vartojimo. Kai GnRH agonistų gydymas buvo atnaujintas, iškrypusios seksualinės fantazijos vėl išnyko. Tuo tarpu trečiuoju atveju po 4,5 metų veiksmingo gydymo su GnRH agonistais, testosteronas pamažu buvo įtrauktas į gydymą GnRH agonistais (siekiant išvengti galimų atoveiksmio poveikio iškrypusiam seksualiniam elgesiui po staigaus GnRH agonistų vartojimo nutraukimo). Kai GnRH agonistų ir testosterono gydymas buvo kartu sustabdytas po 10 mėnesių (kai testosterono kiekis buvo vėl normalus), iškrypęs seksualinis elgesys neatsinaujino. Rösler (1998) tyrimo aštuoniais atvejais gydymas GnRH agonistais buvo nutrauktas po 8–10 mėnesių, parafilija atsinaujino penkiems tiriamiesiems, kurių stebėseną buvo įmanoma. Hanson (1997) retrospektyviajame tyrimo penki asmenys nutraukė triptorelino vartojimą, kai jie išėjo iš kalėjimo, vieniems iškrypęs seksualinis elgesys atsinaujino. Dar vieniems, iškrypęs seksualinis elgesys, atsinaujino, kai triptorelinas buvo nutrauktas dėl kaulų mineralų netekimo (Hoogeveen ir Van der Veer, 2008). Kriuger ir Kaplan (2001) tyrimo vieniems tiriamiesiems leuprolido acetato vartojimas buvo sustabdytas ir iškrypęs seksualinis elgesys pasikartojė. Schoder (2005) tyrimo, kai leuprolido acetatas buvo pakeistas placebo, trims iš penkių tiriamųjų atvejais iškrypęs seksualinis elgesys atsinaujino per 2 mėn., ir vienam buvo didelė seksualinės prievartos rizika.

Thibaut ir kt. (1996) nurodo, kad minimali gydymo trukmė turėtų būti treji metai, būtina nustatyti pastovius santykius su pacientu ir leisti jam suvokti savo ligą ir farmakologinio gydymo būtinybę. Kai kuriems pacientams gali būti reikalingas gydymas visą gyvenimą.

Šalutiniai poveikiai

Kaulų mineralų netekimas

Thibaut ir kt. (1996) tyrime šeši jauni vyrai (amžius – 15–39 metai), turintys parafilinį elgesį, naudojo triptoreliną 3,75 mg per mėnesį. Gydymo trukmė svyravo nuo 9 mėn. iki 7 metų. Kai kuriems pacientams stuburo ir(ar) šlaunikaulio kaulų mineralų tankis buvo matuojamas prieš pradėdant gydymą ir kasmet. Vienam 27 metų pacientui pastebėtas stuburo ir šlaunikaulio kaulų tankio sumažėjimas (0,95 ir 0,8 g/cm³, atitinkamai) pirmaisiais gydymo triptorelinu metais, nors klinikinių požymių nebuvo, tačiau reikėjo medicininės priežiūros. 17 metų ir 30 metų normos ribos yra 1,15±0,15 ir 0,9±0,1 g/cm³, atitinkamai. Reikia pažymėti, kad 15 metų pacientui lytinis brendimas buvo pasibaigęs ir kaulų amžius buvo 16 metų ir 6 mėn., kai gydymas buvo pradėtas triptorelinu. Tolesniu stebėjimo laikotarpiu kaulų mineralų tankis gydymo metu šiam jaunam pacientui nesumažėjo.

Rösler (1998) tyrime 30 jaunų vyrų (amžiaus vidurkis – 32±8 metai) turinčių parafilinį elgesį, vartojo triptoreliną 3,75 mg per mėnesį. Gydymo trukmė svyravo nuo 8 mėn. iki 3,5 metų. Šlaunikaulio kaklelio ir juosmens slankstelių tankis buvo matuojamas prieš gydymą triptorelinu. Rezultatai buvo normalūs, išskyrus 14 metų paauglį, kurio šlaunikaulio kaklelio (78±8 proc. amžiaus normos) ir juosmeninės dalies slankstelių (85±8 proc.), kaulų mineralų tankis buvo mažesnis. Septyni anksčiau vartojo CPA. Triptorelino poveikis kaulų mineralų tankiui buvo toliau stebimas 18 vyrų. 11 vyrų sumažėjo šlaunikaulio kaklelio ir juosmens slankstelių kaulų mineralinis tankis, o 7 – nepakitė. Visai grupei stuburo juosmeninės dalies tankis sumažėjo nuo 92,8±13,0 proc., lyginant su kontroline grupe, prieš triptorelino vartojimą iki 86,5±10,7 proc. po 12 gydymo mėn.; ir šlaunikaulio kaklo tankis sumažėjo nuo 84,5±15,7 proc. iki 80,4±8,8 proc. per tą patį laikotarpį. Sumažėjimas buvo reikšmingas tik juosmeninėje stuburo dalyje (p<0,05 po 6 ir 12 gydymo mėn.). Dviem pacientams, kuriems demineralizacija progresavo skirta geriamojo kalcio ir vitamino D baigus 24 mėn. triptorelino gydymo kursą.

Hoogeveen ir Van der Veer (2008) pranešė apie kaulų demineralizaciją vienam 35 metų pacientui, po 37 mėn. gydymo triptorelinu kurso, nepaisant bifosfonatų ir kalcio vartojimo nuo 2 iki 37 mėn., triptorelinas turėjo būti nutrauktas.

Kriuger ir Kaplan (2001) pastebėjo, kad trimis iš 12, 20–48 metų pacientams demineralizacija pasireiškė 35–57 gydymo mėnesių leuprolido acetatu. Czerny ir kt. (2002) pranešė apie vieną kaulų tankio sumažėjimą tarp 29 pacientų, vartojusių GnRH analogus, vidutinė gydymo trukmė buvo 10 mėn.. Dickey ir kt. (2002) užfiksavo demineralizaciją po trejų metų leuprolido acetato gydymo 28 metų pacientui. Buvo skirta kalcis ir vitaminas D. Grasswick ir Bradforde (2003) tyrė kaulų tankį ir nustatė demineralizaciją 2/4 atvejais gydant CPA, 1/1 atveju – gydant leuprorelinu ir 2/2 atveju po chirurginės kastracijos. Stebėjimo trukmė – ketveri metai.

Kasmetinę osteodensitometriją rekomenduoja visi autoriai, taip pat kalcio ir vitamino D papildus, kai mažėja kaulų tankis. Nors kalcio ir vitamino D naudojimas osteoporozės profilaktikai veiksmingumas nebuvo tirtas vyrams, vartojusiems antiandrogenus kalcis (1200–1500 mg per parą) bei vitaminas D (400–800 IU per parą) turėtų padėti, reikėtų patarti ir susilaikyti nuo rūkymo, nesaikingo alkoholinių

gėrimų vartojimo. Bisfosfonatai (pvz., alendronatas arba risedronatas (geriamieji) ir pamidronatas arba zoledrono rūgštis (injekcijomis) kas 12 savaitių), slopina kaulų rezorbciją per jų slopinamąjį poveikį osteoklastams. Šie vaistai buvo veiksmingi mažinant kaulinio audinio netekimą pacientams, gydomiems antiandrogenais. Alendronatas sumažino stuburo lūžių skaičių vyrams atsitiktinės imties dvigubai aklo tyrimo metu, tačiau iki šiol dar neatlikta atsitiktinės imties tyrimų kaulų lūžių dažnio sumažėjimui vyrams gydomiems antiandrogenais matuoti. Nepaisant to, bifosfonatai yra rekomenduojami vyrams kuriems nustatyta osteoporozė, arba vyrams, kuriems nustatyta osteopenija ir kaulų lūžiai (sukeltais minimalios traumos). Tai reikia turėti omenyje, kai yra progresuojantis kaulų tankio sumažėjimas gydant antiandrogenais. Atsižvelgiant į estrogenų poveikį vyrų kaulų sveikatai, selektyvūs estrogenų receptorių modulatoriai taip pat yra tiriami (žr. apžvalginį straipsnį Giltay ir Gooren, 2009).

Kiti šalutiniai poveikiai

Pacientai taip pat skundžiasi karščio pylimu, astenija, svorio priaugliu (2–13 proc.), skausmu ar jautrumu injekcijos vietoje (vartojant leuprolidą užfiksuota granulomų 4 proc. iš 118 pacientų), veido ir kūno plaukų augimo sumažėjimas (2–23 proc.), sumažėjęs sėklidžių tūris (4–20 proc.), epizodine skausminga ejakuliacija (1 atvejis), išplitęs raumenų jautrumas, padidėjęs prakaitavimas, depresijos simptomai (aprašyti 2 bandymai žudyti, vienas buvo susijęs su atkryčiu tyrimo pabaigoje (Briken ir kt., 2001), kitais atvejais ankstesni bandymai žudyti (Thibaut ir kt., 1993)) ir galiausiai ginekomastija (2–7 proc.) (Hanson ir Lykke-Olesen, 1997; Kriuger ir Kaplan, 2001; Czerny ir kt., 2002, Schober ir kt., 2005; Dickey, 2002; apžvalginis straipsnis Guay, 2009).

Czerny ir kt. (2002) palygino CPA su GnRHa 58 pacientams (29 kiekvienoje gydymo grupėje) ir gydomiems CPA, palyginus su GnRHa, dažniau pastebėta: svorio priaugis (14/29 palyginus su 4/29), ginekomastija (10/29 palyginus su 4/29), depresijos simptomai (2/29 palyginus su 0/29), tromboembolija (1/29 palyginus su 0/29), plaukų slinkimas (4/29 palyginus su 0/29). Priešingai, karščio pylimas (4/29 palyginus su 2/29), astenija (4/29 palyginus su 3/29), kaulų mineralų sumažėjimas (1/29 palyginus su 0/29) (10 mėnesių), kraujo spaudimo svyravimai (2/29 palyginus su 0/29) buvo dažnesnis gydomiems GnRHa nei su CPA. Hipogonadizmas buvo užfiksuotas vienam pacientui gydomam CPA, vienam gydomam GnRHa.

Dauguma pacientų informavo apie progresuojantį erekcijos sutrikimą praėjus po 6–12 mėn. nuo gydymo pradžios. Seksualinio potraukio moterims trūkumas ir nesugebėjimas pasiekti ar išlaikyti erekcijos arba atlikti lytinio akto vyrams buvo proporcingas amžiui, pasitaikė ir jaunų vyrų, bet visi vyresni nei 35 metai vyrai tai patyrė.

Vienas pacientas sirgo sunkia ginekomastija, kai anksčiau vartojo CPA, kuri nepasikartojė vartojant triptoreliną.

Visiems pacientams standartiniai kraujo biocheminiai tyrimai neviršijo normų ribų matuojant po 6 mėn. nuo triptorelino gydymo pradžios.

Taigi, neatlikta jokių kontroliuojamųjų tyrimų ir galimos paklaidos (dėl mažų imčių, daugeliu atveju trumpos stebėjimo trukmės, atvirųjų arba retrospektyviųjų tyrimų) (įrodymų lygis C). Tačiau veiksmingumas pastebėtas atviruosiuose tyrimuose

buvo labai didelis ir daugeliu atveju pacientai anksčiau buvo nesėkmingai gydomi psichoterapija ar kitais antiandrogenais.

Kraujo spaudimo matavimas, fizinis patikrinimas, įskaitant svorio matavimą, yra būtini prieš pradėdant gydymą. Testosterono, FSH, LH kiekis plazmoje, elektrokardiograma, gliukozės kiekis kraujyje nevalgius, lipidų profilis, kalcio ir fosfato kiekis kraujyje, inkstų funkcija turi būti įvertinami prieš pradėdant gydymą. Kaulų mineralų tankis turi būti tikrinamas prieš pradėdant gydymą, kai yra paciento ar šeimyninė osteoporozės rizika, arba vyresniems nei 50 metų asmenims, ir kas dvejus metus gydant GnRHa (ar kas metus, jei padidėjęs osteoporozės rizika, arba jei pacientui yra daugiau kaip 50 metų). Aktyvi hipofizės patologija, sunki lėtinė depresija arba alergija gydymui hormonais, alkoholinių gėrimų ir tabako vartojimas turi būti įvertinti pokalbio metu kiekvienam pacientui, prieš pradėdant gydymą hormonais. Turi būti asmens sutikimas.

Gydant GnRHa, turi būti kontroliuojamas kraujo spaudimas ir svoris, depresija ir emociniai sutrikimai. Kas 6 mėn., gliukozės kiekis kraujyje nevalgius, lipidų kiekis, kalcio ir fosfato kiekis kraujyje, kraujo spaudimas ir svoris turi būti tikrinami. Kalcis, vitaminas D arba bifosfonatai turi būti skiriami osteoporozės atveju. Testosterono kiekis kraujyje gali būti tikrinami, jei gydymas yra nutrauktas, arba, jei yra rizika slaptam testosterono pakaitiniam naudojimui. Iš tiesų, yra pavojus, kad pacientai galėtų slopinti GnRHa gydymą, vartodami pakaitinę testosterono terapiją, bet mes neradome jokių konkrečių duomenų šiais klausimais mokslinėje literatūroje.

Tinkamai skiriami, taikant atitinkamą protokolą (siekiant nustatyti ir gydyti šalutinius poveikius, jeigu tokių yra), GnRHa turi nei didesnę, nei mažesnę riziką, kaip dauguma kitų dažniau skiriamų psichofarmakologinių preparatų.

GnRH agonistai turėtų būti vartojami po to, kai kiti alternatyvūs gydymo metodai buvo neefektyvūs arba kai yra didelė rizika, kad pacientas gali įvykdyti seksualinės prievartos aktą. Antiandrogenai ar GnRH analogai žymiai sumažina seksualinio susijaudinimo intensyvumą ir dažnį, bet neturi įtakos parafilijai. Nepaisant MPA ir CPA veiksmingumo, gydymas yra susijęs su dideliu procentu šalutinių poveikiu, kurie labai riboja jų vartojimą, ypač MPA Europoje. Be to, dažnai pastebimas nekontroliuojamos CPA arba MPA vartojimo nutraukimas. Priešingai, ilgo veikimo GnRH analogai yra stipresni nei CPA arba MPA. Be to, jie sukelia mažiau šalutinių poveikių, išskyrus tuos atvejus, kai jie yra susiję su hipoandrogenizmu. Ilgo veikimo GnRH analogai gali būti vartojami paranteraliai kas vieną arba kas tris mėnesius. Gydymas GnRH analogais yra, turbūt, perspektyviausias gydymas seksualiniams prievartautojams, ypač smurtautojams, pavyzdžiui, pedofilams ar serijiniams prievartautojams.

Gydymo rekomendacijos

3 lentelė. Sergančių lėtine parafilija pacientų iškrypusio seksualinio elgesio pokyčiai vartojant triptoreliną (atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai). 1 dalis

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualinė prievarta Kitos būklės	Metodai		
		Akstesni gydymai	Gydymo metodai	Baigčių matavimas
ATVIRIEJI TYRIMAI				
Thibaut ir kt. (1993; 1996; 1998), Prancūzija <i>Atvirasis tyrimas</i>	n=11 vyrai (15–57 metų) (vidurkis – 25 metai) Pedofilija (7) Ekshibicionizmas (1) Seksualinis sadizmas ir ekshibicionizmas (1) Prievartautojai (2) Buvusi seksualinė prievarta (6) <i>Gretutinės ligos:</i> Lengvas protinis atsilikimas (3) Bipolinis sutrikimas (1) Ribinio tipo asmenybės sutrikimas (1) AIDS (1)	CPA (4 pacientai) 150– 300 mg per d. nuo 6 mėn. iki 3 metų Veiksmingumo trūkumas (3 atvejais) Ginekomastija (1 atvejis)	Triptorelinas 3,75 mg per mėn. + CPA 200 mg per d. (10 d iki 1 metų, sav. prieš GnRHa apsaugoti nuo paūmėjimo) + Psichoterapija	Fantazijų intensyvumas Masturbacijos ir seksualinio aktyvumo dažnis Iškreiptų fantazijų ir elgesio (pačių pranešimų skalė, seksualinio potraukio ir simptomų intensyvumo skalė) dažnumas Hormonų kiekiai (testosteronas, FSH, LH TeBG, Estradiol) Sėklidžių tūris Osteodensitometrija
Rösler ir Witzum (1998), Izraelis <i>Atvirasis tyrimas</i>	n=30 (amžiaus vidurkis – 32±8 metai)	CPA (9 pacientai) 150– 300 mg per d., 4–10 metai Nebevertojamas 1 metus prieš tyrimą SSRIs (7 atvejai) nebevertojimas bent 2 mėn. prieš tyrimą Litis (2) Antipsichoziniai vaistai (9)	Triptorelinas 3,75 mg per mėnesį + Psichoterapija + Psichotropiniai vaistai (7 atvejai, 2 atvejais – 2 vaistai) Jokio CPA Stebėsenos trukmė: 8–42 mėn.	Pačių asmenų pranešimai (seksualinio potraukio ir simptomų intensyvumo skalė) (8 taškų skalė) kas mėn., seksualinis aktyvumas, trijų pagrindinių skundų klausimyno skalė prieš gydymą ir 12–ąjį mėn. (3 problemų sunkumas nustatytas pačių dalyvių) Sėklidžių tūris (kas 3 mėn.) FSL, LH, testosterono kiekiai (1/mėn.) Osteodensitometrija (2/metus)
RETROSPEKTYVIEJI TYRIMAI				
Hanson ir Lykke- Olesen (1997) <i>Retrospektyvusis tyrimas</i>	n=30 vyrai Buvę prievartavimai Psichopatija	Jokios informacijos	Triptorelinas + CPA + Psichoterapija	Pačių asmenų pranešimai apie seksualinį elgesį Recidyvas

3 lentelė. Sergančių lėtine parafilija pacientų iškrypusio seksualinio elgesio pokyčiai vartojant triptoreliną (atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai). 2 dalis

Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai	Gydymo nutraukimas Evoliucija
<p>Sumažėjęs testosterono kiekis (22,9±2,8 iki 1,2±0,3 nMol/L p<0,1) ir LH ir estradiolio, bet ne TeBG</p> <p>Jokių pokyčių sėklidžių tūryje</p> <p>Iškrypusios seksualinės fantazijos ir elgesys išnyko 10/11 atvejais 1 atveju (testosterono kiekis < 1 nmol/l 9 mėn.) dažnos pedofilinės fantazijos išliko ir jis bandė seksualinį kontaktą su vaiku</p> <p>Seksualinis aktyvumas sumažėjo nuo 40±10 iki 0,6±0,2 per savaitę per 1–ąjį mėn. (p<0.01)</p> <p>Seksualinės fantazijos sumažėjo nuo 57±13 iki 0,2±0,1 po 1 mėn. (p<0.01)</p> <p>4 atvejais neiškreiptas seksualinis aktyvumas ir erekcijos išliko</p>	<p>Erekcijos susilpnėjimas (2)</p> <p>Karščio pylimas (1)</p> <p>Sumažėjęs libido (11/11)</p> <p>Stuburo kaulų mineralų netekimas po 3 metų (1)</p> <p>Astenija (1)</p> <p>Skausmas injekcijos vietoje (1)</p> <p>Depresijos sindromas su bandymu žudytis(1)</p>	<p>Gydymo nutraukimas (3 atvejais) gydžius 12, 34 ir 58 mėn. Pirmaisiais 2 atvejais iškreipto seksualinio elgesio atkrytis įvyko po 8–10 sav.</p> <p>Trečiuoju atveju nebuvo recidyvo, bet palaipsniui didėjo testosterono kiekis su testosterono + GnRHa analogais (GnRHa buvo nutraukti dėl kaulų mineralų netekimo)</p> <p>Hormonai normalizavosi per 2 mėn.</p> <p>1 pacientas mirė (AIDS)</p> <p>1 prarastas per stebėjimo laikotarpį</p>
<p>Statistinė analizė atlikta 24 atvejams (> 1 metai gydyti)</p> <p>Jokio iškreipto seksualinio elgesio (5±2 (nuo 2 iki 8) nenormalaus seksualinio elgesio balai sumažėjo iki 0 gydymo metu)</p> <p>Nusilpo seksualinis potraukis (seksualinio potraukio intensyvumas ir simptomų skalė: 8±0,2 – 2,7±2,3 po 6 mėn. (p <0,05) ir 1,7±0,9 po 12 mėn. ir 1,4±0,15 po 42 mėn.)</p> <p>Maksimalus poveikis – nuo 3 iki 10 mėn. (bet reikšmingas, pagerėjimas po 1 mėn.)</p> <p>Trys pagrindiniai skundai. Apklausa</p> <p>Pirmoji problema: parafilijų sunkumas (nuo 10±3 iki 4±3 po vienerių metų gydymo, p <0,001)</p> <p>LH kiekio sumažėjimas (10,6±5,3 iki 0,8±0,4) ir testosterono kiekis (nuo 545±196 ng/dl iki 26±4 ng/dl per 6 mėn. p <0,05)</p>	<p>Karščio pylimas (6)</p> <p>Sumažėjęs veido ir kūno plaukų augimas (3)</p> <p>Silpnumas ir raumenų skausmas (2)</p> <p>Skausmas injekcijos vietoje</p> <p>Erekcijos nepakankamumas (21)</p> <p>Sumažėjęs juosmeninės dalies kaulų tankis (11/18): Vitaminas D + kalcis</p> <p>Vitaminas D + kalcis, jei būtina, po 2 metų</p> <p>Sumažėjęs sėklidžių tūris iki 50 proc. po 36 mėn. (p <0,05)</p>	<p>5/8 atkryčiai nutraukus gydymą (3 atvejais dėl šalutinių poveikių) (testosterone kiekis normalizavosi iki pradinio lygio per 2 mėn.)</p> <p>Pakeitus CPA 3 / 8 atvejais (200 mg / parą): recidyvas – 2 atvejai), iš naujo triptorelino vartojimas – 2 / 8 atvejais</p>
<p>Nėra aiškios informacijos apie stebėseną</p> <p>Jokio atkryčio ir sumažėjusios iškreiptos seksualinės fantazijos gydymo metu</p> <p>Tik 5 atvejais gydymas ilgalaikis</p>	<p>Svorio prieaugis</p> <p>Karščio pylimas</p> <p>Šlapimo nelaikymas</p> <p>Ginek mastija</p> <p>Didesnis prakaitavimas</p>	<p>Gydymo nutraukimas (7 atvejai): (1 mirtis (širdies liga), hepatitas C (2 atvejai), 4 pacientai atsisakė gydymo)</p> <p>5 atvejais gydymas nutrauktas, nes baigėsi teistumo laikas, 1 recidyvas</p>

4 lentelė. Vyrų sergančių lėtinės parafilijos, iškrypusio seksualinio elgesio pokyčiai vartojant leuproreliną (atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai). 1 dalis

Nuoroda	Pacientų charakteristikos Parafilijos ar seksualiniai nusikaltimai Kitos būklės	Anksčiau skirti gydymai	Metodai	
			Gydymo metodai	Baigčių matavimas
ATVIRIEJI TYRIMAI				
Briken ir kt. (2001; 2002), Vokietija <i>Atvirasis tyrimas</i>	n=11 vyrai (19–57 metų) Pedofilija (7); Kraujomaiša (1) Sadizmas su (3) arba be pedofilijos (1) Buvusi seksualinė prievarta (11)	CPA (6 atvejai) 300 mg 2–14 mėn. SSRI (4 atvejai) Antipsichoziniai vaistai (2 atvejai)	Leuprorelino acetatas 11,25 mg/3 mėn. + CPA (300 mg depo 2 sav.) + Psichoterapija	Fantazijų intensyvumas Masturbacijos ir seksualinio aktyvumo dažnis Iškrypusių fantazijų ir elgesio dažnumas (pačių asmenų pranešimai naudojant Lickert skalę) Testosterono kiekis
	<i>Gretutinės ligos:</i> Seksualinis impulsyvumas (3) Protinis atsilikimas (5) <i>Pašalinimo kriterijai:</i> Kaliniai, neurologiniai sutrikimai			Stebėsenos trukmė – 1 metai
Krueger ir Kaplan (2001), JAV <i>Atvirasis tyrimas</i>	n=12 vyrai (20–48 metų) (amžiaus vidurkis – 35,5) Pedofilija (6); Ekshibicionizmas (5) Vojerizmas (3); Seksualinis sadizmas(1) Nepatikslintos parafilijos (2)	MPA (2) 120 mg/d. SSRIs (9) (didelė dozė) Kiti psichotropiniai vaistai (7)	Leuprorelino acetatas (3,75 arba 7,5 mg/mėn.) + Flutamidas 250 mg tid 30 d. + Psichoterapija (kognityvinė arba individuali palaikymo)	Iškreipto ir neiškreipto seksualinio aktyvumo ir fantazijų pačių asmenų pranešimai Testosterono FSH, LH kiekiai Osteodensitometrija
	<i>Gretutinės ligos:</i> Protinis atsilikimas (1): Galvos trauma (2) Frontalinė lobektomija Asmenybės sutrikimai Žalingi įpročiai: Depresija Chromosomų aberacija: Psichozė	Jokio poveikio anksčiau vartojant MPA (1 atvejį) ar SSRI (6 atvejai)		Stebėsenos trukmė – 6 iki 57 mėn.
Schober ir kt. (2005; 2006), JAV <i>Perspektyvusis, pakartotinių matavimų, ne atsitiktinis užmaskuotas kryžminis tyrimas</i> <i>Tyrimo tipas nepritaikytas įvertinti GnRH veiksmingumą</i>	n=5 vyrai (38–58 metų) Amžiaus vidurkis – 50 metų Nuteisti seksualiniai prievartautojai		Leuprorelino acetatas (7,5 mg /mėn., tada 11,25 mg/3 mėn.)	Pačių asmenų pranešimai Testosterono kiekis Pletizmografija (vaizdinis erotinis stimulus) (Abel įvertinimas) Skalės: Hare psichopatijos Ištaisytas sąrašas Minesotos seksualinės prievartos atrankos instrumentas Y BOCS Static 99 (seksualinių nusikaltėlių rizikos įvertinimas) Masturbacijos arba iškrypusio seksualinio elgesio dažnumas
	<i>Gretutinės ligos:</i> Alkoholizmas (2), depresija(1) Asmenybės sutrikimai psichopatija(5)			Stebėsenos trukmė – 12 mėn. + Flutamidas tid 250 mg 14 d. Tada placebo 12 mėn.
	<i>Įtraukimas:</i> Minesotos skalė prieš įtraukimą. 4 atvejais vidutinė recidyvo rizika, 1 atveju – maža rizika	Jokių		+ Elgesio terapija 2 metus Sekimo trukmė: 2 metai
RETROSPEKTYVIEJI TYRIMAI				
Czerny ir kt. (2002), Vokietija <i>Atvirasis tyrimas, retrospektyvusis</i>	n=58 vyrai (amžiaus vidurkis – 38 metai) Pedofilija (16) Sadomazochizmas (3), ekshibicionizmas Fetišizmas Vojerizmas		Leuprorelino acetatas (11) Triptorelinas (3) Goserelino acetatas (5) iš viso 19 atvejų + CPA 2 sav. ARBA CPA (29)	Pačių asmenų pranešimai Testosterono, LH, FSH kiekiai
	<i>Gretutinės ligos:</i> Protinis atsilikimas (24), alkoholizmas (8), asmenybės sutrikimai (26)	Nėra duomenų		Stebėsenos trukmės vidurkis – 10,3 mėn. (GnRH analogai) ir 22,6 mėn. (CPA)
ATVEJŲ APRAŠYMAI				
Saleh ir kt. (2004) JAV	n=6 vyrai (19–20 metų) Pedofilija (1), frotazas (1), seksualinis sadizmas (1), nepatiksinta parafilija (3)		Leuprorelino acetatas 7,5 mg/mėn. + Flutamidas 14 d. + Psichoterapija	Fantazijų intensyvumas Masturbacijos ir seksualinio aktyvumo dažnis Iškreiptų seksualinių fantazijų ir elgesio dažnis Testosterono, FSH, LH, estradiolio kiekiai
	<i>Bendrasis sergamumas:</i> DTHS (2), piktnaudžiavimas narkotikais(2) Bipolinis sutrikimas(5) Protinis atsilikimas (2), psichopatija (2) Ribinės asmenybės sutrikimas (1) Elgesio sutrikimas (2), Klinefelterio sindromas (1)	Jokių		Stebėsenos trukmė – 10–16 mėn.

4 lentelė. Vyrų sergančių lėtinės parafilijos, iškrypusio seksualinio elgesio pokyčiai vartojant leuproreliną (atvirieji ir kontroliuojamieji tyrimai). 2 dalis

Veiksmingumas	Šalutiniai poveikiai
<p>Jokio iškreipto seksualinio elgesio 11/11 atvejais Sumažėjęs seksualinis aktyvumas ir elgesys (≥ 1 masturbacijos/dieną iki 3–4/mėn. 3–ąjį mėn. ir viena masturbacija/mėn. 12–ąjį mėn.) Fantazijų sumažėjo Testosterono kiekiai sumažėjo nuo 3,5–10,7 iki 0,4 ng/dl</p>	<p>Depresija Svorio priaugis Skausmas injekcijos vietoje Bandytas žudyti (1)</p>
<p>Jokio atkritimo 12/12 atvejais Žymiai sumažėjo iškreiptas ir neiškreiptas seksualinis susijaudinimas ir susidomėjimas priklausomai nuo dažnumo ir intensyvumo prieš gydymą Vidutinis testostosterone kiekis (n=8) sumažėjo nuo 493 ng/dl (pradinis) iki 22 ng/dl, gydymo metu 2 atvejais veiksmingumas išliko 2–4 metus nutraukus gydymą</p>	<p>Kaulų mineralų praradimas (3) > 35 mėn. Pykinimas (1) Depresija (1) Ginekomastija (3) Sumažėjusios erekcijos, išskyrus vieną atvejį (20 metų amžiaus) Vienas recidyvas nutraukus gydymą</p>
<p>Jokio seksualinio susidomėjimo pokyčio Neatliktos jokios statistinės analizės GnRH analogų veiksmingumui palyginti su placebo</p> <p>Leuprolido acetatas: Iškreipto ir neiškreipto seksualinio aktyvumo sumažėjimas (masturbacijos dažnio sumažėjimas nuo 1,7/sav. pradžioje iki 0,1 12–ąjį mėn.) vartojant leuprolido acetatą > placebo (pletizmografija, $p < 0,05$) Jokio iškrypusio seksualinio elgesio Sumažėjęs testostosterone kiekis</p> <p>Placebo: Sustiprėjęs seksualinis aktyvumas, fantazijos ir iškreiptos fantazijos – 3 atvejais po 2 mėn. įskaitant didelę atkryčio riziką 1 atveju Testosterono kiekis normalizavosi</p>	<p>Svorio priaugis (vidurkis – 22 kg) (5) Skausmas injekcijos vietoje (4) Sumažėjęs nepaburkusios varpos perimetras Karščio pylimas (3) Ginekomastija (1) Erekcijos sutrikimas (5) Jokio plaukų netekimo, jokios astenijos, jokio raumenų skausmo</p> <p>Vienu atveju sumažėjo prostatos mazgelis gydymo GnRH pradžioje</p>
<p>CPA veiksmingumas = GnRH agonistų veiksmingumui Seksualinio aktyvumo ir fantazijų sumažėjimas</p> <p>Jokio veiksmingumo trimis atvejais kiekvienoje grupėje</p> <p>Vienu atveju, vartojant CPA, iškrypusios seksualinės fantazijos sustiprėjo Dviem atvejais CPA vartojimas buvo nesėkmingas, todėl pakeistas į GnRHa</p>	<p>Svorio priaugis: CPA (14) GnRHa (4) Ginekomastija: CPA (10) GnRHa (4) Karščio pylimas: CPA (2) GnRHa (4) Astenija: CPA (3) GnRHa (4) Hipogonadizmas: CPA (1) GnRHa (1) Tromboembolijos: CPA (1) Depresija: CPA (2) Plaukų netekimas: CPA (4) Kraujospūdžio kitimas: (GnRH) (2) Kaulų demineralizacija: GnRH (1) Hipogonadizmas: CPA (1) GnRH (1)</p>
<p>Seksualinis aktyvumas sumažėjo Iškrypusios seksualinės fantazijos ir elgesys išnyko</p>	<p>Retrogradinė ejakuliacija (1) Nepajėgumas (1)</p>

APIBENDRINIMAS

Bendrai, mokslinis šių gydymo metodų pagrindimas yra gana prastas.

12 tyrimų metaanalizė su seksualiniais prievartautojais rodo mažą, bet patikimą gydymo poveikį (19 proc. naujų seksualinės prievartos aktų tarp gydytų prievartautojų palyginus su 27 proc. tarp negydytų) (Hall, 1995). Geriausias gydymo poveikis nustatytas šiomis sąlygomis: didžiausias recidyvo dažnis, stebimos trukmės daugiau nei ketveri metai, ambulatoriniai palyginus su institucijų pacientais, kognityvinė elgesio ir hormonų terapija palyginus su elgesio terapija. Savanoriams arba labai motyvuotiems dalyviams užfiksuotas geriausias atsakas į cheminį gydymą (Soothill ir Gibbens, 1978). Recidyvų prognostinių veiksnių metaanalizė, remiantis 61 prospektyviuoju tyrimu, kuriame dalyvavo 23400 seksualinių prievartautojų, nustatė, kad gydymo nutraukimas buvo susijęs su didesne seksualinės prievartos recidyvo rizika (Hanson ir Bussière, 1998). Šie duomenys aiškiai rodo, kad parafilinio elgesio gydymas žymiai sumažina recidyvų dažnį.

Ne kiekvienam seksualiniam prievartautojui tinka gydymas hormonais, netgi žinant, kad šio gydymo poveikis yra grįžtamasis nutraukus hormonų vartojimą. Kai kurie autoriai pasiūlė parafilijų gydymo algoritmus (Gijs ir Gooren, 1996; Rösler ir Witzum, 1998; Bradford 2000; Thibaut 2003 Maletzky 2006; Guay, 2009).

Parafilijos, kurioms būdingas intensyvus ir dažnas iškreiptas seksualinis potraukis ir sujaudinimas, labiau predisponuoja nenormalų elgesį (pavyzdžiui, pedofilijas arba žagimus), kuriam hormonų intervencijos skiriant GnRHa, gali būti reikalingos, kai kiti alternatyvūs gydymo būdai neveiksmingi. GnRH agonistai turi būti skiriami gydytojo, po to kai gautas paciento sutikimas. GnRH analogai žymiai labiau ir patikimiau sumažina testosterono kiekį ir jų poveikis parafiliniam elgesiui yra pastovesnis nei skiriant MPA arba CPA (Rösler ir Witzum, 1998; Thibaut ir kt., 1998). GnRH analogai sumažina iki kastracijos lygio testosterono kiekį visiems pacientams per pirmuosius gydymo mėnesius ir panaikina iškreiptą seksualinį elgesį, daugiau nei 95 proc. pacientų kuriems nustatyta sunkus parafilinis elgesys. Veiksmingumas išlieka per visą gydymo trukmę visiems pacientams. Seksualinio potraukio kryptis nepakinta. Vyrams, nutraukus gydymą, testosterono kiekis palaipsniui normalizuojasi iki pradinio. Tyrimai nepatvirtino specifinio GnRH analogų poveikio iškreiptam palyginus su normaliu seksualiniu potraukiu. Kai kurie pacientai, kol jie buvo gydomi turėjo mažesnę erekcinę pajėgumą ir pajėgę masturbotis ir kopuliuoti, tai buvo proporcinga amžiui.

GnRH analogai yra stipresni nei CPA siekiant sumažinti testosterono poveikį audiniuose, taip pat jie gali turėti tiesioginį poveikį centrinei nervų sistemai mažinant iškreiptą seksualinį elgesį (Kadar ir kt. 1992). Be to, GnRH neuronai projektuojasi į ekstrapifozines sritis kur gali veikti kaip neuromodulatoriai (Moss ir Dudley, 1989). Pagaliau, ilgai veikiančios vartojamų GnRH analogų formos eliminuoja nekontroliuojamą gydymo nutraukimą, kuris dažnas gydant geriamuoju CPA.

Taigi, GnRH analogai, sukeldami testosterono kiekio sumažėjimą iki kastracinio lygio, palaipsniui sąlygoja ir palaiko vyrų seksualumo slopinimą: seksualines fantazijas, norą ir susidomėjimą seksualiniais santykiais, dėl kurių labai sumažėja arba išvis išnyksta iškreiptas seksualiniai elgesys.

Tačiau nepilnamečių iškreipto seksualinio elgesio gydymas hormonais turėtų būti ribojamas dėl galimų trukdžių brendimui (kaulų augimas turi būti pasiektas ir turėtų būti tikrinamas atliekant rentgenologinį tyrimą) (Kahn ir Lafond, 1988; Bremer, 1992; Bradford, 1993; Worling ir Curwen, 2000; Gérardin ir Thibaut, 2004; Reitzel ir Carbonell, 2006).

Maletzky (2006) pasiūlė skalę, skirtą seksualiniams prievartautojams vertinti. Ši skalė sudaryta iš 13 elementų, kurių kiekvienas turi skirtingus įverčius (1 arba 2 balai), balų suma didesnė arba lygi 7 gali būti indikacija gydyti antiandrogenais.

<i>Teiginio apibrėžimas</i>	<i>Balai</i>
Keli nukentėjusieji	1
Kelios parafilijos	1
Preferencinis iškreiptas seksualinis elgesys	1
Iškreipti seksualiniai interesai (Pletizmografija arba Abel skryningas)	2
Negyvena su auka	1
Naudojo jėgą seksualinės prievartos metu	1
Auka – vyras	2
Amžius išeinant į laisvę mažiau 30 metų	1
Smegenų funkcijos sutrikimas	2
Psichikos sutrikimai anamnezėje	1
Seksualiniai prievartavimai gydantis ambulatoriškai	1
Seksualiniai prievartavimai institucijose	1
Anksčiau skirtas gydymas – nesėkmingas	2

Maletzky (2006) pabrėžė, kad seksualinių prievartautojų pagrindinis gydymo parinkimo kriterijus klinikinis vertinimas.

4. GAIRĖS

Daugelis žmonių pripažįsta, kad vien įkalinimas neišspręs seksualinės prievartos problemų. Prievartautojų gydymas yra gyvybiškai svarbus metodas išvengti seksualinės prievartos ir mažinti aukų skaičių.

Teisėjas gali skirti sergantiesiems parafilija psichiatrinį gydymą, kaip reabilitacinį nuosprendžio aspektą, tačiau tokiais atvejais gydymo būdą turėtų parinkti profesionaliai. Antiandrogenų gydymo atveju jis turi būti atliekamas laisva valia, gavus asmens sutikimą. Šios procedūros turėtų būti paciento pasirinkimas remiantis medikų patarimu. Kartais kai kuriais atvejais prievartautojų atsisakymas gydytis gali sąlygoti teismines sankcijas.

Prieš pradėdamas gydymą, kiekvienas pacientas turėtų būti nuodugnai ištirtas bent vieno psichikos sveikatos priežiūros specialisto, siekiant nustatyti ir įvertinti seksualinius prievartautojus (ypač parafilijų skaičių ir tipą, ankstesnį atsaką į gydymą, jeigu toks buvo), būtina apsaugoti ir tinkamai gydyti pažeidėjus, kurie kenčia nuo didžiųjų psichikos ligų ar protinio atsilikimo.

Deja, mažai žinoma koks gydymas kokiam prievartautojui veiksmingiausias, kokia jo trukmė, kokie vaistų deriniai. Remiantis apžvalginiais straipsniais ir metaanalizėmis, farmakologinis gydymas ir elgesio terapija kartu su teisine priežiūra, atrodo, gali sumažinti pakartotinės seksualinės prievartos riziką. Tačiau gydymas nepakeičia bazinės subjekto seksualinės orientacijos.

Dėl etinių aspektų (didelės recidyvo rizikos, mažos pacientų

motyvacijos, neigimo, įkalinimo ir t.t.) didžioji dauguma atliktų farmakologinių tyrimų buvo nekontroliuojamieji tyrimai be placebo palyginimo ir be to, pastebėtos kai kurios metodologinės problemos. Marshall ir Marshall (2007) pasiūlė du alternatyvius būdus seksualinių prievartautojų tyrimams: incidentinis būdas ir statistinis vertinimas. Taikant, incidentinį būdą, gydymo negaunanti grupė yra atrenkama iš tos pačios gyventojų grupės kaip ir gydymo grupė, atrenkant tuos, kurie negydomi, nes dėl ribotų išteklių nėra galimybės gydyti visų seksualinių prievartautojų arba sudaroma „kontrolinė“ grupė iš archyvinių duomenų. Atliekant statistinius vertinimus, tikras gydytų asmenų recidyvų dažnis yra lyginamas su statistiniais metodais numatomu recidyvų dažniu. Tai galėtų būti taikoma, kai visiems dalyviams pradedamas gydymas.

Kita didelė problema yra standartizuotų ir patikimų seksualinio elgesio matavimo priemonių pasirinkimas. Pačių seksualinių prievartautojų pranešimai apie jų seksualinį aktyvumą ir arešto įrašai yra paprastai naudojami, bet jie nėra patikimi įprastinio arba parafilinio seksualinio elgesio rodikliai. Be to, recidyvo apibrėžimas skirtinguose tyrimuose dažnai skiriasi. Taip pat diskutuojama dėl seksualinio atsako vertinimo varpos pletizmografijos metodu pagrįstumo ir patikimumo, kuris rodo varpos erekcijos atsaką į įvairius regimuosius arba klausos erotinius dirgiklius laboratorijoje. Bet kuriuo atveju pletizmografija turėtų būti naudojama siekiant numatyti tolesnius seksualinius prievartos aktus arba diagnozuoti. Be to, įvairių tipų seksualiniai prievartautojai įtraukiami į tą patį tyrimą ir sudėtinga padaryti pagrįstas išvadas dėl pacientų imties heterogeniškumo. Stebėsenos trukmė yra kitas kintamumo šaltinis tarp tyrimų, ilgesnė stebėsenos trukmė yra būtina recidyvo dažniui įvardinti.

Iki šiol neatlikta farmakologinių tyrimų su seksualiniais žudikais. Tik keletas tyrimų – su moterimis.

Tarptautiniai tyrimai, apimantys dideles parafilijų kohortas, ilgalaikę stebėseną yra būtini siekiant patvirtinti šiuos preliminarius duomenis apie parafilijų farmakologinio gydymo veiksmingumą. Taip pat būtų informatyvu įtraukti įvairių nukrypimų turinčius seksualinius prievartautojus, taip pat moteris ir nepilnamečius.

Remdamesi mokslo pasiekimais, mes galime pasiūlyti tokias gaires

Parafilijų gydymo tikslas:

1. Kontroliuoti parafilines fantazijas ir elgesį siekiant sumažinti recidyvo riziką.

2. Kontroliuoti seksualinius potraukius.

3. Sumažinti parafilų pacientų disstreso lygį.

Greta psichologinių intervencijų ir elgesio terapijos yra prieinamos kelios farmakologinio gydymo galimybės. Gydymo parinkimas iš esmės priklauso nuo:

- Medicininės anamnezės.
- Gydymo režimo laikymosi.
- Parafilinių seksualinių fantazijų intensyvumo.
- Seksualinio smurto pavojaus.

Visais atvejais gretutinių ligų gydymas yra būtinas, jei tokios yra. Jei yra psichikos ligų, farmakologinis gydymas, pavyzdžiui, benzodiazepinai, vaistai nuo psichozės, SSRI ar konkretaus tipo psichoterapija ar elgesio psichoterapija turi būti taikomi. Gydymas hormonais gali būti pridėtas tuo atveju, kai psichikos sutrikimų gydymo veiksmingumas nepakankamas

kontroliuoti parafilinį elgesį.

Dėl sumažėjusio libido, atrodo, kai kurie nusikaltėliai labiau reaguoja į psichoterapiją (Hall ir Hall, 2007). Farmakologinės intervencijos turėtų būti platesnio gydymo plano, apimančio psichoterapiją ir daugeliu atvejų – elgesio terapiją, dalis.

Farmakologinės intervencijos apima:

- SSRI.

SSRI veiksmingi gydant parafilijas, susijusias su obsesiniu kompulsiniu sutrikimu, impulsų kontrolės sutrikimu arba depresiniu sutrikimu. Kai parafilai akivaizdžiai kenčia nuo nesugebėjimo atsispirti savo seksualiniam potraukiui, kuris turi stiprų kompulsinį elementą ir dažnai sukelia stiprų disstresą. SSRI gali būti veiksmingi tais atvejais, kurie paprastai nesusiję su pavojingais seksualiniais nusikaltimais, tokiais kaip, ekshibicionizmas. SSRI dozė turi būti didinama iki dozės, vartojamos obsesiniam-kompulsiniam sutrikimui gydyti, tuo atveju kai įprastinė dozė nepakankamai veiksminga.

- Gydymas hormonais.

Ne kiekvienam seksualiniam prievartautojui tinka gydymas hormonais, netgi žinant, kad šio gydymo poveikis grįžtamasis, kai gydymas nutraukiamas. Parafilijos, kurioms būdingas intensyvus ir dažnas iškrypęs seksualinis potraukis ir sujaudinimas, kuris predisponuoja paciento parafilinio elgesio sunkumą (pavyzdžiui, pedofilija ar serijinis prievartavimas), gydymas hormonais gali būti reikalingas. Parafilijų diagnozė turi būti tiksliai nustatyta ir klinikinės pacientų charakteristikos turi būti išvardintos (žr. 2.4 skyrių). Antilbidiniai vaistai taip pat gali būti vartojami protiškai atsilikusiems seksualiniams prievartautojams gydyti arba prievartautojams turintiems pažinimo funkcijų sutrikimus. Tai turi būti aptarta su paciento šeima arba globėjais (Cooper, 1995; Sherak, 2000).

Antiandrogenus arba GnRH analogus turi skirti gydytojas atlikęs atitinkamą medicininį įvertinimą.

Rekomenduojamas vyrų klinikinis įvertinimas prieš pradedant androgenų deprivacijos gydymą ir stebėsenos laikotarpiu.

Rizikos įvertinimas iki gydymo hormonais pradžios:

1. Fizinis patikrinimas; svorio ir kraujospūdžio matavimas; elektrokardiograma; testosterono, testosteroną jungiančių baltymų, LH, FSH ir prolaktino kiekio kraujyje nustatymas; inkstų ir kepenų funkcijos įvertinimas; gliukozės kiekis kraujyje nevalgius, lipidų kiekis, kraujo analizė, kalcio ir fosfatų kiekis kraujo plazmoje ištyrimas.

2. Buvusi tromboembolija (CPA arba MPA), kepenų ligos (CPA), tuberkuliozė (CPA), cukrinis diabetas (CPA arba MPA), kacheksija (CPA), sunki osteoporozė, lūžiai ar širdies ir kraujagyslių ligos, šeimos osteoporozės ir širdies ir kraujagyslių ligų anamnezė, aktyvi hipofizės patologija, sunki lėtinė depresija ar alergija hormonams, alkoholinių gėrimų ir tabako vartojimas turi būti įvertinti apklausiant kiekvieną pacientą, kuriam numatoma skirti šį gydymą.

3. Jei yra asmeninė ar šeimos osteoporozės rizika arba pacientas yra vyresnis nei 50 metų, pradinis kaulų mineralų tankis turi būti tikrinamas naudojant osteodensitometriją.

Turi būti gautas informuotas paciento sutikimas.

1. Kas tris mėnesius matuojamas kraujo spaudimas, svoris, (kraujo tyrimas, kepenų funkcija, jei vartojamas CPA), turi būti įvertinama depresija, emociniai sutrikimai.

2. Kas šešis mėnesius tikrinamas gliukozės kiekis kraujyje nevalgius, lipidų profilis, kalcio ir fosfatų kiekis.

3. Kas dvejus metus (ar kas metus, jei padidėjusi osteoporozės rizika, arba jei pacientai yra vyresni nei 50 metų), kaulų mineralų tankis naudojant osteodensitometriją. Kalcis, vitaminas D arba bifosfonatai turi būti skiriami tuo atveju, kai yra osteoporozė.

4. Testosterono kiekis kraujyje gali būti tikrinamas, jei yra pertrauktas gydymas arba yra rizika, kad testosterono papildas slapta vartojamas.

5. Parafilinis ir neparafilinis seksualinis aktyvumas ir fantazijos (jų pobūdis, intensyvumas ir dažnis) ir seksualinės prievartos rizika turi būti įvertinta per interviu arba pagal paties paciento pranešimus bent kartą per 1–3 mėnesius.

Toks gydymas hormonais turėtų būti skiriamas po to, kai kiti alternatyvūs gydymo būdai buvo nesėkmingi, arba kai yra didelė seksualinės prievartos rizika. Antiandrogenai ar GnRH analogai labiau sumažina seksualinio sujaudinimo intensyvumą ir dažnį, bet nepakeičia parafilijos pobūdžio. Nepaisant jų veiksmingumo, gydymas MPA ir CPA yra susijęs su dideliu šalutinio poveikio dažniu, kuris labai riboja šių vaistų vartojimą, ypač MPA Europoje. Be to, dažnai pastebimas nekontroliuojamas gydymo nutraukimas vartojant geriamuosius CPA arba MPA. Priešingai, ilgo veikimo GnRH analogai yra stipresni nei CPA arba MPA. Be to, jie sukelia mažiau šalutinių poveikių, išskyrus tuos atvejus, kurie yra susiję su hipoandrogenizmu. Ilgo veikimo GnRH analogai gali būti vartojami paranteraliai kas vieną arba tris mėnesius. Gydymas GnRH analogais, turbūt, yra perspektyviausias būdas gydant seksualinius prievartautojus, kurie linkę naudoti seksualinį smurtą, pavyzdžiui, pedofilai ar serijiniai smurtautojai. Nepaisant šių naujų gydymo būdų, kurie yra cheminė grįžtamoji kastruotė, kai kuriose šalyse, tame tarpe JAV ir kai kuriose Europos šalyse, chirurginė kastracija vis dar leidžiama vietoje cheminio kastravimo už pakartotinį vaikų

prievartavimą.

Kai gydymas parenkamas naudojantis atitinkamu protokolu, siekiant nustatyti ir gydyti šalutinius poveikius (jeigu tokių yra) gydymas antiandrogenais paprastai yra nei daugiau, nei mažiau efektyvus nei dauguma tų dažnai skiriamų psichofarmakologinių preparatų (Berlin 2009).

Yra rizika, kad pacientai gali slopinti GnRH agonistų gydymą testosterono papildais. Deja, mums nepavyko rasti duomenų apie šią riziką. Jei yra kokių nors abejonių, testosterono kiekis kraujyje turėtų būti tikrinamas.

Hormonai nepilnamečiams seksualiniams smurtautojams turi būti skiriami atsargiai, atsižvelgiant į poveikį lytinei brandai (kaulų augimui, tikrinamam atliekant rentgenologinius tyrimus). Elgesio terapija ir SSRI yra pirmojo pasirinkimo gydymas nepilnamečiams seksualiniams smurtautojams (žr. 3.3 skyrių apie SSRI). Bradford ir Fedoroff (2006) rekomenduoja SSRI gydyti lengvas parafilijas, jaunuolius, sergančius parafilija, tais atvejais, kai yra gretutinių ligų, OKS ir depresija ir gydymui palaikyti. Antiandrogenai gali būti skiriami tuo atveju, kai yra didelė seksualinės prievartos rizika, bet tik subrendusiems asmenims, ypač atsižvelgiant į kaulų brendimą.

Šiame algoritme pateikiami šeši lygiai įvairių kategorijų parafilijoms gydyti:

Psichoterapija taikoma gydyti visus prievartautojus (dažniausiai pirmumas teikiamas elgesio terapijai). Pacientams sergantiems parafilija ir turintiems didelę pakartotinės prievartos riziką, farmakologinis gydymas turėtų būti skiriamas kaip pirmojo pasirinkimo gydymo metodas. Kompleksinis psichoterapijos ir farmakologinis gydymas yra siejamas su geresniu veiksmingumu palyginus su bet kuria monoterapija (Hall ir Hall, 2007).

1 LYGIS

- Tikslas: kontroliuoti parafilines seksualines fantazijas, kompulsijas ir elgesį nepaveikiant įprasto seksualinio aktyvumo ir seksualinio potraukio
- Psichoterapija (pirmumas kognityvinei elgesio terapijai, jeigu galima (*C lygis*), *nėra jokių įrodymų* lygis kitokiai psichoterapijai)

2 LYGIS

- Tikslas: kontroliuoti parafilines seksualines fantazijas, kompulsijas ir elgesį su maža įtaka įprastam seksualiniam aktyvumui ir potraukiui
- Gali būti vartojamas visais nesunkiais atvejais („be lietim“ parafilijos su maža seksualinės prievartos rizika, t.y. ekshibicionizmas be jokios prievartos ar pedofilijos rizikos)
- Pirmajame lygyje jokių patenkinamų rezultatų
- SSRI: didinti dozę iki tokios, kokia skiriama gydyti OKS (pvz., fluoksetino 40–60 mg per parą arba paroksetino 40 mg per parą) (*C lygis*)

3 LYGIS

- Tikslas: kontroliuoti parafilines seksualines fantazijas, kompulsijas ir elgesį su vidutine įtaka įprastam seksualiniam aktyvumui ir potraukiui
- Parafilijos „su lietim“ ir meilimumi, bet be išsiskverbimo
- Parafilinės seksualinės fantazijos, be seksualinio sadizmo
- Jokių patenkinamų rezultatų antrajame lygyje po 4–6 savaičių gydymo didelėmis SSRI dozėmis
- Prie SSRI pridėti nedidelę antiandrogenų dozę (pvz., ciproterono acetato 50–100 mg per parą) (*D lygis*)

4 LYGIS

- Tikslas: kontroliuoti parafilines seksualines fantazijas, kompulsijas ir elgesį su didele įtaka įprastam seksualiniam aktyvumui ir potraukiui
- Vidutinės ir didelės rizikos seksualinis smurtas (sunkios parafilijos su labiau nepageidaujamu meilinumusi ribotam aukų skaičiui)
- Jokio seksualinio sadizmo fantazijų ir (arba) elgesio (jei yra, žr. 5 lygis)
- Pacientas laikosi gydymo režimo, jeigu ne–skirti injekcijas į raumenis arba žiūrėti **5 lygį**
- Jokių patenkinamų rezultatų trečiajame lygyje
- Pirmasis pasirinkimas: pilna ciproterono acetato (CPA) dozė: gerti 200–300 mg/dieną arba į raumenis 200–400 mg per savaitę, arba kas dvi savaites; arba skirti medroksiprogesterono acetato: 50–300 mg/dieną, jei CPA neprieinamas (**C lygis**)
- Jeigu yra gretutinių ligų: nerimas, depresija arba obsesinis kompulsinis sutrikimas, SSRI gali būti vartojami kartu su ciproterono acetatu

5 LYGIS

- Tikslas: kontroliuoti parafilines seksualines fantazijas, kompulsijas ir elgesį su beveik visišku įprasto seksualinio aktyvumo ir seksualinio potraukio slopinimu
- Didelė seksualinio smurto ir sunkių parafilijų rizika
- Seksualinio sadizmo fantazijos ir (arba) elgesys arba fizinis smurtas
- Nesilaikoma gydymo režimo arba nebuvo patenkinamų rezultatų ketvirtajame lygyje
- Ilgo veikimo GnRH agonistai, pvz., triptorelino arba leuprolido acetato 3 mg arba 11,25 mg į raumenis, kas 3 mėnesius (**C Lygis**)
- Testosterono kiekio matavimai gali būti efektyviai taikomi kontroliuoti agonistais gydymo GnRH režimo laikymąsi (jeigu būtina)
- Ciproterono acetatas gali būti skiriamas kartu su GnRH agonistais (viena savaitę prieš ir pirmą GnRH gydymo mėnesį) apsaugoti nuo paūmėjimo ir kontroliuoti iškreiptą seksualinį elgesį, susijusį su pradiniu paūmėjimu

6 LYGIS

- Tikslas: kontroliuoti parafilines seksualines fantazijas, kompulsijas ir elgesį su visišku įprasto seksualinio aktyvumo ir seksualinio potraukio slopinimu
- Sunkiausios parafilijos (katastrofiniai atvejai)
- Jokių patenkinamų rezultatų penktajame lygyje
- Skirti antiandrogenų gydymą, pvz., ciproterono acetato (50–200 mg/parą, gerti arba 200–400 mg per sav. arba kas 2 sav. į raumenis) arba medroksiprogesterono acetato (300–500 mg/savaitę į raumenis, jeigu CPA negalima vartoti) kartu su GnRH agonistais (**D lygis**)
- SSRI taip pat gali būti pridėti (**Jokio įrodymų lygis**)

Gydymo trukmė

Parafilija yra lėtinis sutrikimas. Seksualinė orientacija nepasikeičia gydymo metu.

Pasak daugumos autorių, minimali gydymo trukmė nuo trejų iki penkerių metų yra būtina sunkių parafilijų su didele seksualinio smurto rizika. Gydymas hormonais negali būti staiga nutraukiamas. Atsiradus sunkių šalutinių poveikių (tromboembolijai arba sunkiam kepenų funkcijos sutrikimui) CPA arba MPA turi būti pakeisti GnRH analogais. Esant didelio laipsnio osteoporozėi, turi būti vartojami kalcis, vitaminas D ir (arba) bifosfonatai, osteodensitometrija turi būti atliekama kasmet.

Esant lengvai parafilijai, turi būti skiriamas bent dvejų metų trukmės gydymas, po kurio pacientas turi būti atidžiai

stebimas, jeigu gydymo nutraukiamas. Gydymas turi būti atnaujintas, jei pasikartoja parafilinės seksualinės fantazijos.

PADEKA

Autoriai labai dėkingi Dr. El Catrin (Versalio universitetinė ligoninė, Prancūzija) ir B. Thirion (Rouen universitetinės ligoninės, bibliotekos direktorius, Prancūzija) už jų pagalbą renkant gydymo hormonais bibliografiją.

Vertė Justė Bunevičiūtė

LITERATŪRA

1. AACAP Official Action. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1999, vol. 38(S), p. 12.
2. Abel G.G., Becker J.V., Cunningham–Rathner J., Mittelman M., Rouleau J.L. Multiple diagnoses among sex offenders // Bull Am. Acad. Psychiatry Law. – 1988, vol. 16(2), p. 153–168.
3. Abel G.G., Harlow N. The Abel and Harlow child molestation prevention study. In “The stop child molestation book”. – Philadelphia Pa: Xlibris. 2001.
4. Abouesh A., Clayton A. Compulsive voyeurism and exhibitionism: a clinical response to paroxetine // Arch. Sex Behav. – 1999, vol. 28(1), p. 23–30.
5. Adi Y., Ashcroft D., Browne K. et al. Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sexual offenders // Health Technol. Assess. – 2002, vol. 6(28), p. 1–67.
6. Adsheed G., Mezey G. Ethical issues in the psychotherapeutic treatment of paedophiles: whose side are you on? // J. Forensic. Psychiatry. – 1993, vol. 4(2), p. 361–368.
7. Alexander M., Gunn J., Cook D.A.G., Taylor P.J., Finch J. Should a sexual offender be allowed surgical castration? // Br. Med. Journal. – 1993, vol. 307, p. 790–793.
8. Alexander M.A. Sexual offender treatment efficacy revisited // Sexual Abuse: a Journal of research and treatment. – 1999, vol. 11, p. 101–116.
9. Allolio B., Keffel, Deuss U., Winkelman W. Behandlung sexueller Verhaltensstörungen mit LH–RH superagonisten // Dtsch. Med. Wochenscht. – 1985, vol. 110, p. 1952.
10. ATSA. Practice standards and guidelines for the evaluation, treatment and management of adult male sexual abusers. www.atsa.com. 2004.

11. Bajos N., Bozon M., Beltzer N. Sexuality, prevention and gender relations during life // *Med. Sci.* – 2008, vol. S2, p. 5–6.
12. Baker M., White T. Sex offenders in high security care in Scotland // *J. Forensic Psychiatry.* – 2002, vol. 13, p. 285–297.
13. Balon R. Pharmacological treatment of paraphilias with a focus on antidepressants // *J. Sex Marital Ther.* – 1998, vol. 24, p. 241–254.
14. Balon R. Lithium for paraphilias? Probably not // *J. Sex Marital Ther.* – 2000, vol. 26(4), p. 361–363.
15. Bancroft J., Tennent G., Loucas K., Cass J. The control of deviant sexual behavior by drugs. I. Behavioral changes following estrogens and antiandrogens // *Br. J. Psychiatry.* – 1974, vol. 125, p. 310–315.
16. Banyard V.L., Williams L.M., Siegel J.A. The long-term mental health consequences of child sexual abuse: an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women // *J. Trauma Stress.* – 2001, vol. 14(4), p. 697–715.
17. Barbaree H.E., Blanchard R., Langton C.M. The development of sexual aggression through the life span: the effect of age on sexual arousal and recidivism among sex offenders // *Ann. NY Acad. Sci.* – 2003, vol. 989, p. 56–71.
18. Bartova D., Nahunek K., Svetka J. Pharmacological treatment of deviant sexual behaviour // *Act. Nerv. Super. (Praha).* – 1978, vol. 21, p. 163–164.
19. Bartholomew A. A long-acting phenothiazine as a possible agent to control deviant behaviour // *Am. J. Psychiatry.* – 1968, vol. 124, p. 917–923.
20. Beech A., Friendship C., Erikson M., Hanson R.K. The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of UK child abusers // *Sex Abuse J. Res. Treatment.* – 2002, vol. 14, p. 155–168.
21. Beech A., Mitchell I. A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in the treatment of such problems // *Clin. Psychol. Rev.* – 2005, vol. 25, p. 153–182.
22. Belchetz P.E., Plant T.M., Nakai Y., Keogh E.J., Knobil E. Hypophysal responses to continuous and intermittent delivery of hypothalamic gonadotrophin releasing hormone // *Science.* – 1978, vol. 202, p. 631–633.
23. Berlin F.S., Coyle G.S. Psychiatric clinics at the John Hopkins Hospital. Sexual deviation syndromes // *John Hopkins Med. J.* – 1981, vol. 149, p. 119–125.
24. Berlin F.S., Meinecke C.F. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings // *Am. J. Psychiatry.* – 1981, vol. 138(5), p. 601–607.
25. Berlin F. Sex offender treatment and legislation // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 2003, vol. 31, p. 510–513.
26. Berlin F. Commentary: Risk/benefit ratio of androgen deprivation treatment for sex offenders // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 2009, vol. 37, p. 59–62.
27. Bianchi M.D. Fluoxetine treatment of exhibitionism // *Am. J. Psychiatry.* – 1990, vol. 147(8), p. 1089–1090.
28. Bladon E., Vizard E., French L. Young sexual abusers: a descriptive study of a UK sample of children showing sexually harmful behaviours // *J. Forensic Psychiatry Psychol.* – 2005, vol. 16, p. 109–126.
29. Blanchard R., Christeaen B.K., Strong S.M. Retrospective self reports of childhood accidents causing unconsciousness in phallometrically diagnosed pedophiles // *Arch. Sex Behav.* – 2002, vol. 31, p. 511–526.
30. Bourgeois J.A., Klein M. Risperidone and fluoxetine in the treatment of pedophilia with comorbid dysthymia // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 1996, vol. 16, p. 257–258.
31. Bourget D., Bradford J.M. Fire fetishism, diagnostic and clinical implications: a review of two cases // *Can. J. Psychiatry.* – 1987, vol. 32(6), p. 459–462.
32. Bowden P. Treatment: use, abuse and consent // *Criminal Behaviour and Mental Health.* – 1991, vol. 1, p. 130–141.
33. Bradford J.M., Pawlak A. Sadistic homosexual pedophilia: treatment with cyproterone acetate: a single case study // *Can. J. Psychiatry.* – 1987, vol. 32(1), p. 22–30.
34. Bradford J.M., Boulet J., Pawlak A. The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviors // *Can. J. Psychiatry.* – 1992, vol. 37, p. 104–108.
35. Bradford J.M. The pharmacological treatment of the adolescent sex offender. In: Barbaree H.E., Marshall W.L., Hudson S.M. (eds.). *The Juvenile Sex Offender.* – New York: Guilford Press. 1993, p. 278–288.
36. Bradford J.M., Pawlak A. Effects of cyproterone acetate on sexual arousal patterns of pedophiles // *Arch. Sex Behav.* – 1993, vol. 22(6), p. 629–641.
37. Bradford J.M., Pawlak A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias // *Arch. Sex Behav.* – 1993, vol. 22(5), p. 383–402.
38. Bradford J., Greenberg D., Gojer J., Martindale J., Goldberg M. Sertraline in the treatment of pedophilia: an open label study // *New Research Program Abstracts NR 441, APA MTA, Florida.* 1995.
39. Bradford J.M., Gratzner T.G. A treatment for impulse control disorders and paraphilia: a case report // *Can. J. Psychiatry.* – 1995, vol. 40(1), p. 4–5.
40. Bradford J. The role of serotonin in the future of forensic psychiatry // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 1996, vol. 24, p. 57–73.
41. Bradford J.M.W., Greenberg D.M. Pharmacological treatment of deviant sexual behavior // *Ann. Rev. Sex Behav.* – 1996, vol. 7, p. 283–306.
42. Bradford J.M. The paraphilias, obsessive compulsive spectrum disorder, and the treatment of sexually deviant behaviour // *Psychiatr. Q.* – 1999, vol. 70(3), p. 209–219.
43. Bradford J.M.W. The treatment of sexual deviations using a pharmacological approach // *J. Sex Res.* – 2000, 37(3), p. 248–257.
44. Bradford J.M. The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behavior // *Can. J. Psychiatry.* – 2001, vol. 46 (1), p. 26–34.
45. Bradford J., Fedoroff P. Pharmacological treatment of the juvenile sex offender. In: *The Juvenile sex offender.* Barbaree H., Marshall W., (eds.). 2nd ed. Guilford Press Chapter 16. – 2006, p. 358–382.
46. Brahams D. Voluntary chemical castration of a mental patient // *Lancet.* – 1988, vol. 1(8597), p. 1291–1292.
47. Bremer J. Asexualization: a follow-up study of 244 cases. – New York, MacMillan Co., 1959.
48. Bremer J.F. Serious Juvenile sex offenders: treatment and long term follow up // *Psychiatr. Ann.* – 1992, vol. 22, p. 326–332.
49. Brière J., Runtz M. University males' sexual interest in children: predicting potential indices of "pedophilia" in a nonforensic sample // *Child Abuse Negl.* – 1989, vol. 13(1), p. 65–75.
50. Briken P., Nika E., Berner W. Treatment of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonists // *J. Sex Marital Ther.* – 2001, vol. 27(1), p. 45–55.
51. Briken P. Pharmacotherapy of paraphilias with luteinizing hormone-releasing hormone agonists // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2002, vol. 59, p. 469–470.
52. Briken P., Hill A., Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review // *J. Clin. Psychiatry.* – 2003, vol. 64(8), p. 890–897.
53. Briken P., Hill A., Berner W. A relapse in pedophilic sex offending and subsequent suicide attempt during luteinizing hormone-releasing hormone treatment // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004, vol. 65(10), p. 1429.
54. Briken P., Habermann N., Kafka M.P., Berner W., Hill A. The paraphilia-related disorders: an investigation of the relevance of the concept in sexual murderers // *J. Forensic Sci.* – 2006, vol. 51(3), p. 683–688.
55. Brooks-Gordon B., Bilby C., Wells H. A systematic review of psychological interventions for sexual offenders I. Randomised control trials // *J. Forensic Psychiatry.* – 2006, vol. 17(3), p. 442–466.
56. Byrne A., Brunet B., McGann P. Cyproterone acetate therapy and aggression // *Br. J. Psychiatry.* – 1992, vol. 160, p. 282–283.
57. Cantor J.M., Kabani N., Christensen B.K. et al. Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men // *J. Psychiatr. Res.* – 2008, vol. 42(3), p. 163–183.
58. Carani C., Bancroft J., Granata A., Del Rio G., Marrama P. Testosterone and erectile function, nocturnal penile tumescence and rigidity, and erectile response to visual erotic stimuli in hypogonadal and eugonadal men // *Psychoneuroendocrinology.* – 1992, vol. 17(6), p. 647–654.
59. Cesnik J.A., Coleman E. Use of lithium carbonate in the treatment of autoerotic asphyxia // *Am. J. Psychother.* – 1989, vol. 43(2), p. 277–286.
60. Chen K.K., Chan S.H.H., Chang L.S., Chan J.Y. Participation of paraventricular nucleus of hypothalamus in central regulation of penile erection in the rat // *J. Urol.* – 1997, vol. 158(1), p. 238–244.
61. Chow E.W., Choy A.L. Clinical characteristics and treatment response to SSRI in a female pedophile // *Arch. Sex Behav.* – 2002, vol. 31, p. 211–215.
62. Cohen L.J., Galyner I.I. Clinical features of pedophilia and implications for treatment // *J. Psychiatr. Pract.* – 2002, vol. 8, p. 276–289.
63. Cohen L.J., Nikiforov K., Gans S. et al. Heterosexual male perpetrators of childhood sexual abuse: a preliminary neuropsychiatric model // *Psychiatr. Q.* – 2002, vol. 73, p. 313–336.
64. Cohen L.J., Frenda S., Mojtabei R., Katsavakis K., Galyner I. Comparison of sexual offenders against children with sex offender registry // *J. Psychiatr. Pract.* – 2007, vol. 13(6), p. 373–384.
65. Coleman E., Cesnik J., Moore A.M., Dwyer S.M. An exploratory study of the role of psychotropic medications in treatment of sexual offenders // *J. Off. Rehab.* – 1992, vol. 18, p. 75–88.
66. Coleman E., Gratzner T., Nesvacil L., Raymond N.C. Nefazodone and the treatment of nonparaphilic compulsive sexual behavior: a retrospective study // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000, vol. 61(4), p. 282–284.
67. Cooper A.J., Ismail A.A., Phanjo A.L., Love D.L. Antiandrogen (cyproterone acetate) therapy in deviant hypersexuality // *Br. J. Psychiatry.* – 1972, vol. 120(554), p. 59–63.
68. Cooper A.J. A placebo controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality // *Compr. Psychiatry.* – 1981, vol. 22(5), p. 458–465.
69. Cooper A.J. Progestagens in the treatment of male sexual offenders: a review // *Can. J. Psychiatry.* – 1986, vol. 31, p. 73–79.
70. Cooper A.J. Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia // *J. Clin. Psychiatry.* – 1987, vol. 48(9), p. 368–370.
71. Cooper A.J. Medroxyprogesterone acetate as a treatment for sexual acting out in organic brain syndrome // *Am. J. Psychiatry.* – 1988, vol. 145(9), p. 1179–1180.
72. Cooper A.J., Losztny S., Russell N.C., Cernovsky Z. Medroxyprogesterone acetate, nocturnal penile tumescence, laboratory arousal, and sexual acting out in a male with schizophrenia // *Arch. Sex. Behav.* – 1990, vol. 19(4), p. 361–372.
73. Cooper A.J., Cernovsky Z. The effects of cyproterone acetate on sleeping and waking penile erections in pedophiles: possible implications for treatment // *Can. J. Psychiatry.* – 1992, vol. 37(1), p. 33–39.
74. Cooper A.J., Cernovsky Z., Magnus R.V. The long-term use of cyproterone acetate in pedophilia: a case study // *J. Sex Marital Ther.* – 1992, vol. 18(4), p. 292–302.
75. Cooper A.J., Sandhu S., Losztny S., Cernovsky Z. A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles // *Can. J. Psychiatry.* – 1992, vol. 37(10), p. 687–693.
76. Cooper A.J., Cernovsky Z.Z. Comparison of cyproterone acetate and leuprolide acetate (LHRH agonist) in a chronic pedophile: a clinical case study // *Biol. Psychiatry.* – 1994, vol. 36(4), p. 269–271.
77. Cooper A.J. Review of the role of two antilipid drugs in the treatment of sex offenders with mental retardation // *Ment. Retard.* – 1995, vol. 33(1), p. 42–48.
78. Cordoba O.A., Chapel J.L. Medroxyprogesterone acetate antiandrogen treatment of hypersexuality in a pedophilic sex offender // *Am. J. Psychiatry.* – 1983, vol. 140(8), p. 1036–1039.
79. Cornu F. Catamnestic studies on castrated sex delinquents from a forensic psychiatric viewpoint. – Basel, S. Karger, 1973.
80. Coskun M., Mukaddes N.M. Mirtazapine treatment in a subject with autistic disorder and fetishism // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* – 2008, vol. 18(2), p. 206–209.
81. Council of Europe, Recommendation. 10 concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder, 2004.
82. Craig L.A., Browne K.D., Stringer I., Hogwe T.E. Sexual conviction rates in the United Kingdom and actual risk estimates // *Child Abuse Negl.* – 2008, vol. 32(1), p. 121–138.
83. Creighton S. Recognising changes in incidence and prevalence. In: Browne K., Hanks H., Stratton P., Hamilton C. (eds.). *Early prediction and prevention of child abuse: a handbook.* – Chichester, J. Wiley and Sons, 2002.
84. Czerny J.P., Briken W. Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics // *Eur. Psychiatry.* – 2002, vol. 17(2), p. 104–106.
85. Davies T.S. Cyproterone acetate for male hypersexuality // *J. Int. Med. Res.* – 1974, vol 2, p. 159–163.

Florence THIBAUT, Flora de la BARRA, Harvey GORDON, Paul COSYNS, John M.W. BRADFORD
Pasaulinės biologinės psichiatrijos draugijų federacijos (WFSBP) biologinio parafilijų gydymo rekomendacijos

86. Dee Higley J., Mehlman P.T., Polan R.E. Testosterone and 5-HIAA correlate with different types of aggressive behaviors // *Biol. Psychiatry.* – 1996, vol. 40, p. 1067–1082.
87. Dickey R. The management of a case of treatment-resistant paraphilia with a long-acting LHRH agonist // *Can. J. Psychiatry.* – 1992, vol. 37, p. 567–569.
88. Dickey R. Case report: the management of bone demineralization associated with long term treatment of multiple paraphilia with long acting LHRH agonists // *J. Sex Marital Ther.* – 2002, vol. 28, p. 207–210.
89. Dickey R., Nussbaum D., Chevolveau K., Davidson H. Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists // *J. Sex Marital Ther.* – 2002, vol. 28, p. 211–218.
90. Dunsieath N., Nelson M., Brusman-Lovens L. et al. Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses // *J. Clin. Psychiatry.* – 2004, vol. 65(3), p. 293–300.
91. Eibl E. Treatment and after-care of 300 sex offenders, especially with regard to penile plethysmography. Justizministerium. Baden-Württemberg. Proceedings of the German Conference on treatment possibilities for sex offenders in Eppingen. – Stuttgart, 1978
92. Elger B.S. Research involving prisoners: consensus and controversies in international and European regulations // *Bioethics.* – 2008, vol. 22, p. 224–238.
93. Elliott M., Browne K., Kilcoyne J. Child sexual abuse prevention: what offenders tell us // *Child Abuse Neglect.* – 1995, vol. 19(5), p. 579–594.
94. Ellis H. *Psychology of sex.* – London, William Heinemann, 1933
95. Emmanuel M.P., Lydiard R.B., Ballenger J.C. Fluoxetine treatment of voyeurism // *Am. J. Psychiatry.* – 1991, vol. 148, p. 950.
96. Eriksson T., Eriksson M. Irradiation therapy prevents gynecostasia in sex offenders treated with antiandrogens // *J. Clin. Psychiatry.* – 1998, vol. 59(8), p. 432–433.
97. Fedoroff J.P. Bupirone hydrochloride in the treatment of an atypical paraphilia // *Arch. Sex Behav.* – 1992, vol. 21(4), p. 401–406.
98. Fedoroff J. Antiandrogens versus serotonergic medications in the treatment of sex offenders: a preliminary compliance study // *Can. J. Hum. Sexuality.* – 1995, vol. 4, p. 111–123.
99. Fenichel O. *The Psychology of transvestism “collected papers”.* – London, Routledge and Kegan Paul, 1954
100. Field. The treatment of sexual offenders // *Med. Sci. Law.* – 1973, vol. 13, p. 195–196.
101. Fong T.W., De la Garza R.H., Newton T.F. A case report of topiramate in the treatment of nonparaphilic sexual addiction // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 2005, vol. 25, p. 512–514.
102. Foote R. Hormone treatment of sex offenders // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1944, vol. 99, p. 928–929.
103. Freud S. Three essays on the theory of sexuality In: *Complete psychological works of Sigmund Freud. Standard Edition. Vol. 7.* – London, Hogarth Press, 1905/1953.
104. Gaffney G.R., Berlin F.S. Is there hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction in paedophilia? // *Br. J. Psychiatry.* – 1984, vol. 145, p. 657–660.
105. Gagné P. Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate // *Am. J. Psychiatry.* – 1981, vol. 138(5), p. 644–646.
106. Gallagher C.A., Wilson D.B., Hirschfeld P., Coggeshall M.B., MacKenzie D.L. A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending // *Corrections Management Quarterly.* – 1999, vol. 3, p. 19–29.
107. Galli V., McElroy S., Soutullo C. et al. The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested their children // *Compr. Psychiatry.* – 1999, vol. 40(2), p. 85–88.
108. Gerardin P., Thibaut F. Epidemiology and treatment of Juvenile sexual offending // *Paediatric Drugs.* – 2004, vol. 6(2), p. 79–91.
109. Gijs L., Gooren L. Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: an update // *J. Sex Res.* – 1996, vol. 33(4), p. 273–290.
110. Giltay E.J., Gooren L.J.G. Potential side effects of androgen deprivation treatment in sex offenders // *J. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 2009, vol. 37, p. 53–58.
111. Goldman Juliette D.G., Padayachi U.K. Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research // *J. Sex Res.* – 2000, vol. 37(4), p. 305–314.
112. Golla F.L., Hodge S.R. Hormone treatment of sexual offenders // *Lancet.* – 1949, vol. 1(6563), p. 1006–1007.
113. Gooren L.J., Lips P., Gijs L. Osteoporosis and androgen-depleting drugs in sex offenders // *Lancet.* – 2001, vol. 357(9263), p. 1208–1209.
114. Gordon H. The treatment of paraphilias. An historical perspective (editorial) // *Criminal Behaviour and Mental Health.* – 2008, vol. 18, p. 79–87.
115. Gordon H., Grubin D. Psychiatric aspects of the assessment and treatment of sex offenders // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2004, vol. 10, p. 73–80.
116. Gottesman H.G., Schubert D.S. Low-dose oral medroxyprogesterone acetate in the management of the paraphilias // *J. Clin. Psychiatry.* – 1993, vol. 54(5), p. 182–188.
117. Grasswick L.J., Bradford J.M. Osteoporosis associated with the treatment of paraphilias: A clinical review of seven case reports // *J. Forensic Sci.* – 2003, vol. 48, p. 849–855.
118. Greenberg D.M., Bradford J.M.W., Curry S., O'Rourke A. A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: a retrospective study // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 1996, vol. 24(4), p. 525–532.
119. Greenberg D.M., Bradford J.M.W. Treatment of the paraphilic disorders: a review of the role of the selective serotonin reuptake inhibitors // *Sex Abuse: J. Res. treat.* – 1997, vol. 9(4), p. 349–360.
120. Greenberg D.M. Sexual recidivism in sex offenders // *Can. J. Psychiatry.* – 1998, vol. 43(5), p. 459–465.
121. Grinshpoon A., Levy A., Rapoport A., Rabinowitz S. Cyproterone acetate treatment and sexual dysinhibition // *Med. Law.* – 1991, vol. 10(6), p. 609–613.
122. Grossmann L.S., Martis B., Fichter C.G. Are sex offenders treatable? A research overview // *Psychiatr. Serv.* – 1999, vol. 50, p. 349–391.
123. Group for the Advancement of Psychiatry. *Homosexuality and the mental health professions: the impact of bias.* – London, Analytic Press, 2000.
124. Guay D. Inappropriate sexual behaviors in cognitively impaired older individuals // *Am. J. Ger. Pharmacother.* – 2008, vol. 6(5), p. 269–288.
125. Guay D.R.P. Drug treatment of paraphilic and non paraphilic sexual disorders // *Clin. Ther.* – 2009, vol. 31(1), p. 1–31.
126. Hall G.C. Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1995, vol. 63(5), p. 802–809.
127. Hall R.C., Hall R.C.W. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues // *Mayo Clin. Proc.* – 2007, vol. 82(4), p. 457–471.
128. Hansen H., Lykke-Olesen L. Treatment of dangerous sexual offenders in Denmark // *J. Forensic Psychiatry.* – 1997, vol. 8, p. 195–199.
129. Hanson R.K., Bussiere M.T. Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1998, vol. 66(2), p. 348–362.
130. Hanson R.K., Gordon A., Harris A.J. et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders // *Sex Abuse.* – 2002, vol. 14(2), p. 169–194; discussion 195–197.
131. Hanson R.K., Morton K.E., Harris A.J. Sexual offender recidivism risk: what we know and what we need to know // *Ann. NY Acad. Sci.* – 2003, vol. 989, p. 154–166; discussion 236–246.
132. Hanson R.K., Morton-Bourgon K.E. The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2005, vol. 73(6), p. 1154–1163.
133. Harris J., Grace S.A. A question of evidence? Investigating and prosecuting rape in the 1990s. – London, The Stationery Office Limited, 1999.
134. Harris A.J.R., Hanson R.K. *La récidive sexuelle: d'une simplicité trompeuse.* Ottawa: Sécurité publique et Protection civile Canada: 2004–03. – 2004.
135. Heim N., Hirsch C.J. Castration for sex offenders: treatment or punishment? A review and critique of recent European literature // *Arch. Sex. Behav.* – 1979, vol. 8, p. 281–304.
136. Heim N. Sexual behaviour of castrated sex offenders // *Arch. Sex. Behav.* – 1981, vol. 10, p. 11–19.
137. Heinemann L.A., Will-Shahab L., Van Kesteren P. Safety of cyproterone acetate: report of active surveillance // *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* – 1997, vol. 6, p. 169–178.
138. Heller C.G., Laidlaw W.M., Harvey H.T. Effects of progestational compounds on the reproductive process of the human male // *Ann. NY Acad. Sci.* – 1958, vol. 71, p. 649–655.
139. Hensley C., Tewksbury. *A reader: sexual deviance* London. Hensley C., Tewksbury (eds.). – Lynne Rienner, 2003.
140. 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, vol. 47(4), p. 407–421.
141. Hill D., Pond D.A., Mitchell W., Falconer M.A. Personality changes following temporal lobectomy for epilepsy // *J. Ment. Sci.* – 1957, vol. 103, p. 18–27.
142. Hirschfeld M. *Sexual anomalies and perversions.* – London, Francis Alder, 1948.
143. Home Office. *Statistics of mentally disordered offenders in England and Wales 1996.* Home Office Statistical Bulletin, 20/97. – London, Home Office, 1997.
144. Hoogveen G.H., Van Der Veer E. Side effects of pharmacotherapy on bone with long-acting gonadorelin agonist triptorelin for paraphilia // *J. Sex Med.* – 2008, vol. 5(3), p. 626–630.
145. Hucker S., Langevin R., Wirtzman G. et al. Neuropsychological impairment in pedophiles // *Sex Abuse.* – 1986, vol. 18, p. 440–448.
146. Hucker S., Langevin R., Bain J. A double-blind trial of sex drive reducing medication in pedophiles // *Ann. Sex Res.* – 1988, vol. 1, p. 27–247.
147. Hughes J.R. Review of medical reports on pedophilia // *Clin. Pediatr.* – 2007, vol. 46(8), p. 667–682.
148. Jacobsen F.M. Fluoxetine-induced sexual dysfunction and an open trial of yohimbine // *J. Clin. Psychiatry.* – 1992, vol. 53, p. 119–122.
149. Jeffcoat W.J., Matthews R.W., Edwards C.R., Field L.H., Besser G.M. The effect of cyproterone acetate on serum testosterone, LH, FSH and prolactin in male sexual offenders // *Clin. Endocrinol.* – 1980, vol. 13(2), p. 189–195.
150. Johnstone T. *Lectures on Clinical Psychiatry* by Dr Emil Kraepelin. 3rd ed. – London, Bailliere, Tindall and Cox, 1913.
151. Khazaal Y., Zullino D.F. Topiramate in the treatment of compulsive sexual behavior: case report // *BMC Psychiatry.* – 2006, vol. 6, p. 22.
152. Kadar T., Telegdy G., Schally A.V. Behavioral effects of centrally administered LH-RH agonist in rats // *Physiol. Behav.* – 1992, vol. 50, p. 601–605.
153. Kafka M.P., Coleman E. Serotonin and paraphilias: the convergence of mood, impulse and compulsive disorders // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 1991, vol. 11(3), p. 223–224.
154. Kafka M.P. Successful treatment of paraphilic coercive disorder (a rapist) with fluoxetine hydrochloride // *Br. J. Psychiatry.* – 1991, vol. 158, p. 844–847.
155. Kafka M.P., Prentky R.A. Comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men // *J. Clin. Psychiatry.* – 1992, vol. 53, p. 345–350.
156. Kafka M.P., Prentky R. Fluoxetine treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men // *J. Clin. Psychiatry.* – 1992, vol. 53(10), p. 351–358.
157. Kafka M.P. Sertraline pharmacotherapy for paraphilias and paraphilia-related disorders: an open trial // *Ann. Clin. Psychiatry.* – 1994, vol. 6(3), p. 189–195.
158. Kafka M.P., Prentky R. Attention-deficit/hyperactivity disorder in males with paraphilias and paraphilia-related disorders: a comorbidity study // *J. Clin. Psychiatry.* – 1998, vol. 59(7), p. 388–396.
159. Kafka M.P., Hennen J. Psychostimulant augmentation during treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in men with paraphilias and paraphilia-related disorders: a case series // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000, vol. 61(9), p. 664–670.
160. Kafka M.P., Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n=120) with paraphilias and paraphilia-related disorders // *Sex Abuse.* – 2002, vol. 14(4), p. 349–366.
161. Kafka M.P. The monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders: an Update // *Ann. NY Acad. Sci.* – 2003, vol. 989, p. 86–94.
162. Kahn T.J., Lafond M.A. Treatment of the adolescent sexual offender // *Child Adolesc. Social Work J.* – 1988, vol. 5, p. 135–148.
163. Kasper P. Cyproterone acetate: a genotoxic carcinogen? // *Pharmacol. Toxicol.* – 2001, vol. 88(5), p. 223–231.
164. Kavousi R.J., Kaplan M., Becker J.V. Psychiatric diagnoses in adolescent sex offenders // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* – 1988, vol. 27(2), p. 241–243.
165. Kendrick K.M., Dixon A.F. Luteinizing hormone releasing hormone enhances proceptivity in a primate // *Neuroendocrinology.* – 1985, vol. 41, p. 449–453.
166. Kenworthy T., Adams C.E., Bilby C., Brooks-Gordon B., Fenton M. Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending // *Cochrane Database Syst. Rev.* 3: CD 004858. – 2004
167. Kernberg O.F. Sadoomasochism, sexual excitement, and perversion // *J. Am. Psychol.* – 1991, vol. 39, p. 333–362.
168. Kiersch T.A. Treatment of sex offenders with Depo Provera // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.*

- 1990, vol. 18, p. 179–187.
169. King M., Bartlett A. British psychiatry and homosexuality // *Br. J. Psychiatry.* – 1999, vol. 175, p. 106–113.
 170. Krafft-Ebing R von. *Psychopathia sexualis.* (trans F.S. Klaf). – London 1965, Staples Press, 1886.
 171. Kraus C., Hill A., Haberman N., Strohm K., Berner W. et al. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs) in the treatment of paraphilia. A retrospective study // *Forstchr. Neurol. Psychiatry.* – 2006, vol. 74, p. 1–6.
 172. Kravitz H.M., Haywood T.W., Kelly J. et al. Medroxyprogesterone treatment for paraphiliacs // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 1995, vol. 23(1), p. 19–33.
 173. Kravitz H.M., Haywood T.W., Kelly J., Liles S., Cavanaugh J.L.Jr. Medroxyprogesterone and paraphiles: do testosterone levels matter? // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 1996, vol. 24(1), p. 73–83.
 174. Krueger R.B., Kaplan M.S. Disorders of sexual impulse control in neuropsychiatric conditions // *Seminars Clin. Neuropsychiatry.* – 2000, vol. 5(4), p. 266–274.
 175. Krueger R.B., Kaplan M.S. Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases // *Arch. Sex. Behav.* – 2001, vol. 30(4), p. 409–422.
 176. Krueger R.B., Hembree W., Hill M. Prescription of medroxyprogesterone acetate to a patient with pedophilia, resulting in Cushing's syndrome and adrenal insufficiency // *Sex Abuse.* – 2006, vol. 18(2), p. 227–228.
 177. Kruesi M., Fine S., Valladares L., Phillips R.A., Rapoport J. Paraphilias: a double-blind cross-over comparison of clomipramine versus desipramine // *Arch. Sex. Behav.* – 1992, vol. 21(6), p. 587–593.
 178. Langeluddeke A. *Castration of sexual criminals* (German). – Berlin, De Gruyter, 1963.
 179. Langevin R., Paitich D., Hucker S. et al. The effect of assertiveness training, Provera and sex of therapist in the treatment of genital exhibitionism // *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry.* – 1979, vol. 10, p. 275–282.
 180. Langevin R., Wortzman G., Wright P., Handy L. Studies of brain damage and dysfunction in sex offenders // *Sex Abuse.* – 1989, vol. 2, p. 163–179.
 181. Langevin R. Sexual offenses and traumatic brain injury // *Brain Cogn.* – 2006, vol. 60(2), p. 206–207.
 182. Laron Z., Kauli R. Experience with the cyproterone acetate in the treatment of precocious puberty // *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.* – 2000, vol. 13(S1), p. 805–810.
 183. Laschet U., Laschet L. Antiandrogen treatment of pathologically increased and abnormal sexuality in men // *Klein Wochenschr.* – 1967, vol. 45(6), p. 324–325.
 184. Laschet U., Laschet L. Psychopharmacotherapy of sex offenders with cyproterone acetate // *Pharmacopsychiatr. Neuropsychopharmacol. Adv. Clin. Res.* – 1971, vol. 4(2), p. 99–110.
 185. Laschet U., Laschet L. Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men // *J. Steroid Biochem.* – 1975, vol. 6, p. 821–826.
 186. Laws D.R., O'Donohue W. Introduction: fundamental issues in sexual deviance. In: Laws D.R. and O'Donohue W. (eds.). *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment.* – London, Guilford Press, 1997, p. 1–21.
 187. Lehne G.K. Brain damage and paraphilia treated with medroxyprogesterone acetate // *Sex Disabil.* – 1984, vol. 10, p. 145–158.
 188. Lederer J. Treatment of sex deviations with cyproterone acetate // *Probl. Actuels Endocrinol. Nutr.* – 1974, vol. 18, p. 249–260.
 189. Light S.A., Holroyd S. The use of medroxyprogesterone acetate for the treatment of sexually inappropriate behaviour in patients with dementia // *J. Psychiatry Neurosci.* – 2006, vol. 31(2), p. 132–134.
 190. Leo R.J., Kim K.Y. Clomipramine treatment of paraphilias in elderly demented patients // *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* – 1995, vol. 8(2), p. 123–124.
 191. Leonard L.M., Follette V.M. Sexual functioning in women reporting a history of child sexual abuse: review of the empirical literature and clinical implications // *Ann. Rev. Sex. Res.* – 2002, vol. 13, p. 346–388.
 192. Loosen P.T., Purdon S.E., Pavlou S.N. Effects on behavior of modulation of gonadal function in men with gonadotrophin-releasing hormone antagonists // *Am. J. Psychiatry.* – 1994, vol. 151, p. 271–273.
 193. Lorefice L.S. Fluoxetine treatment of a fetish // *J. Clin. Psychiatry.* – 1991, vol. 52(1), p. 41.
 194. Lorrain D.S., Riolo J.V., Matuszewich L., Hull E.M. Lateral hypothalamic serotonin inhibits nucleus accumbens dopamine: implications for sexual satiety // *J. Neurosci.* – 1999, vol. 19(17), p. 7648–7652.
 195. Losel F., Schmucker M. The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis // *J. Exp. Criminol.* – 2005, 1(1), p. 117–146.
 196. Maes M., De Vos N., Van Hunsel F. et al. Pedophilia is accompanied by increased plasma concentrations of catecholamines, in particular epinephrine // *Psychiatry Res.* – 2001, vol. 103(1), p. 43–49.
 197. Maletzki B.M., Steinhäuser C. A 25-year follow up of cognitive-behavioral therapy with 7275 sexual offenders // *Behav. Modif.* – 2000, vol. 26, p. 123–147.
 198. Maletzki B.M., Tolan A., McFarland B. The Oregon depo-Provera program: a five-year follow-up // *Sex Abuse.* – 2006, vol. 18(3), p. 206–316.
 199. Malin H.M., Saleh F.M. Paraphilias: clinical and forensic considerations // *Psychiatric times.* – 2007, vol. 24(5), p. 1–4.
 200. Marques J.K., Day D.M., Nelson C., West M.A. Effects of cognitive-behavioural treatment on sex offender recidivism // *Criminal Justice and Behaviour.* – 1994, vol. 21, p. 28–54.
 201. Marques J.K., Wiederanders M., Day D.M., Nelson C., Van Ommeren A. Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP) // *Sex Abuse.* – 2005, vol. 17(1), p. 79–107.
 202. Marshall P. The prevalence of convictions for sexual offending. Home Office research and statistics directorate research findings. 55th ed. – London, Home Office, 1997.
 203. Marshall W.L., Barbaree H.E. Outcome of comprehensive cognitive-behavioural treatment programs. In: Marshall W.L., Laws D.R., Barbaree H.E. (eds.). *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offenders.* – New York, Plenum Press, 1990, p. 363–385.
 204. Marshall W.L., Fernandez Y.M. Phallometric testing with sexual offenders: limits to its value // *Clin. Psychol. Rev.* – 2000, vol. 20(7), p. 807–822.
 205. Marshall W.L., Ward T., Mann R.E. et al. Working positively with sexual offenders: maximizing the effectiveness of treatment // *J. Interpers. Violence.* – 2005, vol. 20(9), p. 1096–1114.
 206. Marshall W.L. Diagnostic problems with sexual offenders In: Marshall W.L., Fernandez Y.M., Marshall L.E. and Serran G.A. (eds.). *Sexual offender treatment: controversial issues.* – Chichester, Wiley, 2006, p. 33–43.
 207. Marshall W.L., Marshall L.E. The utility of the random controlled trial for evaluating sexual offender treatment: the gold standard or an inappropriate strategy? // *Sex Abuse.* – 2007, vol. 19, p. 175–191.
 208. McConaghy N., Blaszczynski A., Armstrong M.S. Resistance to treatment of adolescent sex offenders // *Arch. Sex. Behav.* – 1989, vol. 18, p. 97–107.
 209. McConaghy N. Paedophilia: a review of the evidence // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* – 1998, vol. 32, p. 252–265.
 210. McEvoy G. AHFS drug information. Bethesda (MD), p. American Society of Health System Pharmacists. – 1999.
 211. McKenna K. The brain is the master organ in sexual function. CNS control of male and female sexual function // *Int. J. Impot. Res.* – 1999, vol. 11(S1), p. 48–55.
 212. Meisell R.L., Sachs B.D. The physiology of male sexual behavior. In: Knobil E., Neill J.D. (eds.). *The physiology of reproduction.* – New York: Raven press, 1994, p. 3–105.
 213. Melior C.S., Farid N.R., Craig D.F. Female hypersexuality treated with cyproterone acetate // *Am. J. Psychiatry.* – 1988, vol. 145, p. 1037.
 214. Mellela J.T., Travin S., Cullen K. Legal and ethical issues in the use of antiandrogens in treating sex offenders // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 1989, vol. 17(3), p. 223–232.
 215. Mendez M.F., Chow T., Ringman J., Twitchell G., Hinkin C.H. Pedophilia and temporal disturbances // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* – 2000, vol. 12, p. 71–76.
 216. Meston C.M., Frohlich P.F. The neurobiology of sexual function // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2000, vol. 57, p. 1012–1030.
 217. Meyer W.J., Walker P.A., Emory L.E., Smith E.R. Physical, metabolic, and hormonal effects on men of long-term therapy with medroxyprogesterone acetate // *Fertil. Steril.* – 1985, vol. 43(1), p. 102–109.
 218. Meyer W.J., Cole C.M., Emory E. Depo provera treatment of sex offending behavior: an evaluation of outcome // *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law.* – 1992, vol. 20(3), p. 249–259.
 219. Meyer W.J., Wiener L., Emory L.E. et al. Cholelithiasis associated with medroxyprogesterone acetate in therapy with men // *Res. Commun. Chem. Pathol. Pharmacol.* – 1992, vol. 75(1), p. 69–84.
 220. Meyer J.W., Cole C. Physical and chemical castration of sex offenders: a review // *J. Off. Rehab.* – 1997, vol. 25(3–4), p. 1–18.
 221. Mitchell W., Falconer M.A., Hill D. Epilepsy with fetishism relieved by temporal lobectomy // *Lancet.* – 1954, vol. 2, p. 626–630.
 222. Money J. Discussion on hormonal inhibition of libido in male sex offenders. In: *Endocrinology and human behavior*, Michael R.P. (ed.). – London, Oxford University Press, 1968, p. 169.
 223. Money J., Wiedeking C., Walker P., Migeon C., Meyer W., Borgaonkar D. 47, XYY and 46, XY males with antisocial and/or sex offending behavior: antiandrogen therapy plus counselling // *Psychoneuroendocrinology.* – 1975, vol. 1, p. 165–178.
 224. Money J., Bennett R.G., Cameron W.R. Postadolescent paraphilic sex offenders: hormonal and counseling therapy follow up // *Int. J. Ment. Health.* – 1981.
 225. Morrison T., Erooga M., Beckett R.L. Adult sex offenders: who are they? Why and how do they do it? Sexual offending against children: assessment and treatment of male abusers. – London, Routledge, 1994, p. 1–24.
 226. Moss R.L., Dudley C.A. Luteinizing hormone releasing hormone (LHRH) peptidergic signals in the neural integration of female reproductive behavior. In: Lakoski J.M., Perez-Polo J.R., Rassin D.K. (eds.). *Neural control of reproductive function.* – New York, Liss, 1989, p. 485–499.
 227. Mothes B., Lehnert J., Samimi, Ufer J. Klinische Prüfung von cyproteronacetat bei sexualdeviationen gesamttauswertung. In: *Schering symposium über sexualdeviationen und ihre medikamentöse behandlung Berlin Live Sci Monogr 2*, Raspe G. (eds.). – 1971, p. 65–87.
 228. Murray M.A., Bancroft J.H., Anderson D.C., Tennent T.G., Carr P.J. Endocrine changes in male sexual deviants after treatment with anti-androgens, oestrogens or tranquilizers // *J. Endocrinol.* – 1975, vol. 67(2), p. 179–188.
 229. Nelson E., Brusman L., Holcomb J. et al. Divalproex sodium in sex offenders with bipolar disorders and comorbid paraphilias: an open retrospective study // *J. Affect. Disord.* – 2001, vol. 64(2–3), p. 249–255.
 230. Neuman F. Pharmacology and potential use of cyproterone acetate // *Horm. Metab. Res.* – 1977, vol. 9, p. 1–13.
 231. Neuman F., Thiereau D., Andrea U., Greim H., Schwarz L.R. Cyproterone acetate induces DNA damage in cultured rat hepatocytes and preferentially stimulates DNA synthesis in gamma-glutamyltranspeptidase-positive cells // *Carcinogenesis.* – 1992, vol. 13, p. 373–378.
 232. Ortman J. The treatment of sexual offenders: castration and antihormone therapy // *Int. J. Law Psychiatry.* – 1980, vol. 3, p. 443–451.
 233. Ott B.R. Leuprolide treatment of sexual aggression in a patient with dementia and the Klüver-Bucy syndrome // *Clin. Neuropharmacol.* – 1995, vol. 18(5), p. 443–447.
 234. Pearson H.J. Paraphilias, impulse control and serotonin // *J. Clin. Psychopharmacol.* – 1990, vol. 10, p. 133–134.
 235. Perilstein R., Lipper S., Friedman L.J. Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment // *J. Clin. Psychiatry.* – 1991, vol. 52(4), p. 169–170.
 236. Pithers W.D., Becker J.V., Kafka M. et al. Children with sexual behavior problems, adolescent sexual abusers and adult sex offenders: assessment and treatment // *Int. Rev. Psychiatry.* – 1995, vol. 14, p. 779–818.
 237. Prentky R.A., Lee A.F.S., Knight R.A., Cerce D. Recidivism rates among child molesters and rapists: a methodological analysis // *Law Hum. Behav.* – 1997, vol. 21(6), p. 635–659.
 238. Raymond N., Coleman E., Ohlerking F. Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders // *Am. J. Psychiatry.* – 1999, vol. 156, p. 786–788.
 239. 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, vol. 45, p. 559–563.
 240. Reitzel L.R., Carbonell J.L. The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: a meta-analysis // *Sex Abuse.* – 2006, vol. 18(4), p. 401–421.
 241. Rich S.S., Oswief F. Leuprolide acetate for exhibitionism in Huntington's disease // *Mov. Disord.* – 1994, vol. 9(3), p. 353–357.
 242. Roeder F.D. Stereotoxic lesion of the tuber cinerium in sexual deviation // *Confinia Neurologica.* – 1966, vol. 27, p. 162–163.
 243. Roeder F.D., Orthner H., Muller D. The stereotoxic treatment of paedophilic homosexuality and other sexual deviations. In: Hitchcock L., Laitinen L., Vaernet K. (eds.). – Psychosurgery,

- Springfield, Ill. Thomas, 1972, p. 87–111.
244. Romero J.J., Williams L.M. Group psychotherapy and intensive probation supervision of sex offenders // *Federal Probation*. – 1983, vol. 47, p. 36–42.
245. Rosen I. *Sexual deviation*. 3rd ed. – Oxford, Oxford University Press, 1997.
246. Rösler A., Witztum E. Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone // *N. Eng. J. Med.* – 1998, vol. 338, p.416–422.
247. Rosler A., Witztum E. Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium // *Behav. Sci. Law*. – 2000, vol. 18 (1), p. 43–56.
248. Ross L.A., Bland W.P., Ruskin P., Bacher N. Antiandrogen treatment of aberrant sexual activity // *Am. J. Psychiatry*. – 1987, vol. 144(11), p. 1511.
249. Rousseau L., Couture M., Dupont A., Labrie F., Couture, N. Effect of combined androgen blockade with an LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism // *Can. J. Psychiatry*. – 1990, vol. 35, p. 338–341.
250. Rubinow D.R., Schmidt P.J. Androgens, brain and behavior // *Am. J. Psychiatry*. – 1996, vol. 153, p. 974–984.
251. Ruby R., Brady K.T., Norris G.T. Clomipramine treatment of sexual preoccupation // *J. Clin. Pharmacol.* – 1993, vol. 13, p. 158–159.
252. Ryback R.S. Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders // *J. Clin. Psychiatry*. – 2004, vol. 65(7), p. 982–986.
253. Saleh F.M. Serotonin reuptake inhibitors and the paraphilias // *Am. Acad. Psychiatry Law Newsletter*. – 2004, p. 12–13.
254. Saleh F.M., Niel T., Fishman M.J. Treatment of paraphilia in young adults with leuprolide acetate: a preliminary case report series // *J. Forensic Sci.* – 2004, vol. 49(6), p. 1343–1348.
255. Saleh F. A hypersexual paraphilic patient treated with leuprolide acetate: a single case report // *J. Sex Marital Ther.* – 2005, vol. 31(5), p. 433–444.
256. Sammet K. Risking more freedom? Cyproterone acetate, sexual offenders and the German “Law on voluntary castration and other methods of treatment” 1960–1975 // *Medizinhist J.* – 2005, vol. 40(1), p. 51–78.
257. Sanderson R. Clinical trial with Melleril in the treatment of schizophrenia // *J. Ment. Sci.* 1960, vol. 106, p. 732–741.
258. Schiffer B., Peschel T., Paul T. et al. Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia // *J. Psychiatr. Res.* – 2007, vol. 41(9), p. 753–762.
259. Schiltz K., Witzel J., Northoff G. et al. Brain pathology in pedophilic offenders // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2007, vol. 64, p. 737–746.
260. Schlesinger L.B. *Sexual murder: cathymic and compulsive homicides*. – London, CRC Press, 2004.
261. Schober J.M., Kuhn P.J., Kovacs P.G. et al. Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousability // *Arch. Sex Behav.* – 2005, vol. 34(6), p. 691–705.
262. Schober J.M., Byrne P., Kuhn P.J. Leuprolide acetate is a familiar drug that may modify sex-offender behaviour: the urologist’s role // *BJU Int.* 97. – 2006, vol. (4), p. 684–686.
263. Seifert D., Moller-Mussavi S., Wirtz M. Risk assessment of sexual offenders in German forensic institutions // *Int. J. Law Psychiatry*. – 2005, vol. 28(6), p. 650–660.
264. Seto M.C., Cantor J.M., Blanchard R. Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia // *J. Abnorm. Psychol.* – 2006, vol. 115, p. 610–615.
265. Shaw J.A. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues // *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*. – 1999, vol. 38(S12), p. 55–76.
266. Shaw J., Applegate B., Rothe E. Psychopathology and personality disorders in adolescent sex offenders // *Am. J. Forensic Psychiatry*. – 1996, vol. 17(4), p. 19–37.
267. Shekelle P.G., Woolf S.H., Eccles M., Grimshaw J. Developing guidelines // *Br. Med. J.* – 1999, vol. 318: 593–596.
268. Sherak D.L. Pharmacological treatment of sexually offending behavior in people with mental retardation/developmental disabilities // *Ment. Health Asp. Dev. Disabil.* – 2000, vol. 3(2), p. 62–74.
269. Shiah I.S., Chao C.Y., Mao W.C., Chuang Y.J. Treatment of paraphilic sexual disorder: the use of topiramate in fetishism // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2006, vol. 21, p. 241–243.
270. Simpson G., Blaszczyński A., Hodgkinson A. Sex offending as a psychosocial sequela of traumatic brain injury // *J. Head Trauma Rehabil.* – 1999, vol. 14(6), p. 567–580.
271. Smith J.A.Jr. Luteinizing hormone-releasing hormone (LH–RH) analogs in treatment of prostatic cancer // *Urology*. – 1986, vol. 27, p. 9–15.
272. Smith A.D., Taylor P.J. Serious sex offending against women by men with schizophrenia: relationship of illness and psychotic symptoms to offending // *Br. J. Psychiatry*. – 1999, vol. 174, p. 233–237.
273. Sothill K.L., Gibbens T.C.N. Recidivism of sexual offenders: reappraisal // *Br. J. Criminol.* – 1978, vol. 18, p. 267–275.
274. Southren A.L., Gordon G.G., Vittek J., Altman K. Effect of progestagens on androgen metabolism. In: Martini L., Motta M. (eds.). *Androgens and antiandrogens*. – New York, Raven Press, 1977, p. 263–279.
275. Soyka M., Kranzler H.R., Berglund M. et al. the WFSBP Task Force on treatment guidelines for substance use disorders // *World J. Biol. Psychiatry*. – 2008, vol. 9(1), p. 6–23.
276. Stein D.J., Hollander E., Anthony D.T. et al. Serotonergic medications of sexual obsessions, sexual addictions, and paraphilias // *J. Clin. Psychiatry*. – 1992, vol. 53(8), p. 267–271.
277. Stepan J.J., Lachman M., Zverina J., Pacovsky V., Baylink D.J. Castrated men exhibit bone loss: effect of calcitonin treatment on biochemical indices of bone remodeling // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 1989, vol. 69, p. 523–590.
278. Sterkman P., Geerts F. Is benperidol (RF 504) the specific drug for the treatment of excessive and disinhibited sexual behaviour? // *Acta Neurol. Psychiatr. (Belgique)*. – 1966, vol. 66, p. 1030–1040.
279. Steward J.T., Shin K.J. Paroxetine treatment of sexual disinhibition in dementia // *Am. J. Psychiatry*. – 1997, vol. 154, p. 1474.
280. Stewart J.T. Optimizing antilipid treatment with medroxyprogesterone acetate // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2005, vol. 53(2), p. 359–360.
281. Stoléru S., Grégoire M.C., Gérard D. et al. Neuroanatomical correlates of visually evoked sexual arousal in human males // *Arch. Sex Behav.* – 1999, vol. 28(1), p. 1–21.
282. Stoller R.J. *Perversion: The erotic form of hatred*. – London, Karnac, 1975.
283. Stone E., Thurston G. Castration for sexual offenders // *Medico-Legal Journal*. – 1959, vol. 27, p. 136–139.
284. Stone T.H., Winslade W.J., Klugman C.M. Sex offenders, sentencing laws and pharmaceutical treatment: a prescription for failure // *Behav. Sci. Law*. – 2000, vol. 18, p. 83–110.
285. Sturup G.K. Castration: the total treatment // *International Psychiatry Clinics*. – 1972, vol. 8, p. 175–195.
286. Symmers W.S.C. Carcinoma of the breast in transsexual individuals after surgical and hormonal interference with primary and secondary sex characteristics // *Br. Med. Journal*. – 1968, vol. 2(5597), p. 83–85.
287. Thibaut F., Kuhn J.M., Colonna L. A possible antiaggressive effect of cyproterone acetate // *Br. J. Psychiatry*. – 1991, vol. 159, p. 298–299.
288. Thibaut F., Cordier B., Kuhn J.M. Effect of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilia // *Acta Psychiatr. Scand.* – 1993, vol. 87, p. 445–450.
289. Thibaut F., Cordier B., Kuhn J. Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: a lifetime treatment ? // *Psychoneuroendocrinology*. – 1996, vol. 21(4), p. 411–419.
290. Thibaut F., Kuhn J.M., Cordier B., Petit M. Hormone treatment of sex offenses // *Encephale*. – 1998, vol. 24, p. 132–137.
291. Thibaut F. Perspectives on treatment interventions in paraphilias. In: *The Handbook of Medical Psychiatry*. Soares J.C., Gershon S. (eds.). – New York USA, M. Dekker, 2003, p. 909–918.
292. Vance M.A., Smith J.A. Endocrine and clinical effects of leuprolide in prostate cancer // *Clin. Pharmacol. Ther.* – 1984, vol. 36(3), p. 350–354.
293. Varela D., Black D.W. Pedophilia treated with carbamazepine and clonazepam // *Am. J. Psychiatry*. – 2002, vol. 159(7), p. 1245–1246.
294. Wainberg M., Muench F., Morgenstern J. et al. A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men // *J. Clin. Psychiatry*. – 2006, vol. 67(12), p. 1968–1973.
295. Ward N. Successful lithium treatment of transvestism associated with manic-depression // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1975, vol. 161, p. 204–206.
296. Ward T., Gannon T.A., Birgden A. Human rights and the treatment of sex offenders // *Sex Abuse*. – 2007, 19, p. 195–216.
297. Wawrose F.E., Sisto T.M. Clomipramine and a case of exhibitionism // *Am. J. Psychiatry*. – 1992, vol. 149(6), p. 843.
298. Weinberger L.E., Sreenivasan S., Garrick T., Osran H. The Impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders // *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. – 2005, vol. 33, p. 16–36.
299. Weiner M.F., Denke M., Williams K., Guzman R. Intramuscular medroxyprogesterone acetate for sexual aggression in elderly men // *Lancet*. – 1992, vol. 339(8801), p. 1121–1122.
300. White P., Bradley C., Ferriter M., Hatzipetrou L. Management for people with disorders of sexual preference and for convicted sexual offenders // *Cochrane Database Syst. Rev.* (2), p. CD000251. 2000.
301. Whittaker L.H. Estrogens and psychosexual disorders // *Med. J. Aust.* – 1959, vol. 2, p. 547–549.
302. Wille R., Beier K.M. Castration in Germany // *Ann. Sex Res.* – 1989, vol. 2, p. 103–133.
303. Wincze J.P., Bansal S., Malamud M. Effects of medroxyprogesterone acetate on subjective arousal, arousal to erotic stimulation, and nocturnal penile tumescence in male sex offenders // *Arch. Sex Behav.* – 1986, vol. 15(4), p. 293–305.
304. World Health Organisation. *The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* Geneva. WHO. 1992
305. Worling J.R., Curwen T. Adolescent sexual offender recidivism: success of specialized treatment and implications for risk prediction // *Child Abuse Neglect*. – 2000, vol. 24(7), p. 965–982.
306. Worling J.R. Personality-based typology of adolescent male sexual offenders: differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories // *Sex Abuse*. – 2001, vol. 13(3), p. 149–166.
307. Zohar J., Kaplan Z., Benjamin J. Compulsive exhibitionism successfully treated with fluoxetine: a controlled case study // *J. Clin. Psychiatry*. – 1994, 56(3), p. 265–266.
308. Zourkova A. Use of lithium and depot neuroleptics in the treatment of paraphilias // *J. Sex Marital Ther.* – 2000, vol. 26(4), p. 359–360.
309. Zourkova A. Psychotropic drugs in the treatment of paraphilic behaviour // *Sci. Med. Fac. Med. Univ. Brun. Masarykianae*. – 2002, vol. 75(6), p. 277–282.
310. Zverina J., Zimanova J., Bartova D. Catamnesis of a group of 44 castrated sexual offenders // *Cesk Psychiatr.* – 1991, vol. 87(1), p. 28–34.

Lytinius nusikaltimus padariusiems asmenims taikytinų prevencinių priemonių tyrimo ataskaita

Mantas LIESIS, Margarita DOBRYNINA

Teisės institutas, Vilnius, Lietuva

SANTRAUKA

Korekcinės lytinių nusikaltėlių sistemos moksliniame ir praktiniame diskursuose kelia įvairių klausimų: kokiam laikotarpiui tokie nusikaltėliai turėtų būti įkalinami, koku būdu jie turėtų būti stebimi juos paleidus į laisvę, ar psichologinio gydymo taikymas įkalinimo įstaigoje paveikia nusikaltimo recidyvo riziką ir kt.

Atliktame tyrime buvo siekiama įvertinti reabilitacinių priemonių, taikomų lytiniams nusikaltėliams, efektyvumą. Remiantis anksčiau atliktų tyrimų rezultatais, dėl metodologinių problemų neįmanoma pateikti patikimų ir tikslių duomenų, vienareikšmiškai pagrindžiančių tam tikro gydymo efektyvumą ir parodančių recidyvo mažėjimo tendencijas. Tačiau pripažįstama, kad psichologinis gydymas (kognityvinė elgesio terapija) yra viena efektyviausių priemonių koreguojant lytinių nusikaltėlių elgseną. Šiuo atveju medikamentinis gydymas galėtų būti taikomas kaip papildoma priemonė (esant poreikiui, kurį nustatytų specialistų grupė), siekiant geresnio psichologinio gydymo poveikio. Kartu pažymėtina, kad siekiant efektyvesnio rezultato, dažniausiai praktikoje yra taikoma keletas priemonių vienu metu arba viena po kitos: specializuota programa lytiniams nusikaltėliams, individualus psichologinis konsultavimas, psichoterapija, recidyvo prevencijos programa, įvertinimas, dvasinis konsultavimas bei kt. Pastebima ir tai, kad svarbu užtikrinti elgesio korekcijos priemonių individualizavimą, kadangi lytiniai nusikaltėliai yra itin heterogoniška populiacija ir ne visiems jų būdinga aukšta recidyvo rizika. Be to, netinkamai parinktas gydymas (pavyzdžiui, medikamentinis) gali padidinti asmenų, turinčių rimtų asmenybės sutrikimų, recidyvo riziką. Tyrimuose taip pat pabrėžiama, kad svarbu, kad gydymas prasidėtų kuo greičiau po įkalinimo (laisvės atėmimo bausmės metu), kadangi neretai kaltininkas nesuvokia padaryto nusikaltimo sunkumo, o antagonistinė kalėjimo aplinka gali padidinti jo įsitikinimą savo „teisumu“ ir apsunkinti gydymo procesą.

2009 metais Lietuvoje po pedofilijos skandalo kilo efektyvių prevencinių priemonių paieškos problema seksualinių nusikaltimų prieš vaikus atvejais. Tyrime apžvelgta chirurginė kastracija, cheminė kastracija, specialus lytinius nusikaltimus padariusių asmenų registras. Autoriai skeptiškai vertina chirurginę kastraciją ir specialų lytinių nusikaltėlių registrą. Chirurginė kastracija yra nežmoniška ir žeminanti žmogų priemonė, kuri pažeidžia pagrindines žmogaus teises. Specialus lytinių nusikaltimų registras yra neefektyvus, jo buvimas neatsako į klausimą, kodėl reikia specialaus registro būtent lytiniams nusikaltimams. Autoriai mano, kad cheminė kastracija galėtų būti taikoma išimtiniais atvejais itin sunkių lytinių nusikaltimų prieš vaikus atvejais. Pagal Lietuvos Respublikos baudžiamąjį kodeksą asmuo, kuris yra ribotai pakaltinamas ir padarė labai sunkų nusikaltimą, tik švelniau baudžiamas, tačiau tokiam asmeniui negalima taikyti priverstinio gydymo. Manytume, reikėtų pakeisti minėtas įstatymo nuostatas, kad įstatymiškai būtų sudarytos sąlygos taikyti ir priverstinį gydymą ribotai pakaltinamiems sunkius nusikaltimus padariusiems asmenims. Taip pat vertėtų papildyti Baudžiamąjį kodeksą nuostatomis, kurios įpareigotų lytinius nusikaltimus padariusius asmenis dalyvauti specialiose lytinį elgesį keičiančiose programose, kai bausmės vykdymas atidedamas ar lygtinio paleidimo iš pataisos įstaigų atveju.

SUMMARY

Correctional systems for sexual offenders invoke numerous questions in scientific and practical discourses: what is the appropriate incarceration period, ways of monitoring offenders after they leave prison, impact of psychological treatment in prison settings on crime recidivism rates, etc.

The conducted research aimed to evaluate the effectiveness of rehabilitation measures applied for sexual offenders. According to the number of conducted researches, because of the methodological problems, there is no unambiguous reliable evidence proving the effectiveness of one certain treatment or that sexual offenders' treatment reduces recidivism rates at all. However, nevertheless, it is often argued that psychological treatment (cognitive behavioral therapy) is one of the most effective measures for sexual offenders' behavior correction. In this context medical treatment could be invoked as a complementary measure (which demand should be determined by specialists' expertise) in order to achieve a better effect of the psychological treatment. Moreover, in order to get the anticipated results, practitioners emphasize the importance to apply several measures simultaneously or one after another: specialized program for sexual offenders, individual psychological consultation, psychotherapy, recidivism prevention program, evaluation, spiritual consultation, etc. It is essential to provide individualized correctional measures for sexual offenders, since this group is extremely heterogeneous and not all are characterized by high recidivism risk. In fact, inappropriately selected treatment (e.g. medical) can increase the recidivism risk of offenders having serious personality disorders. Researches also emphasize that after incarceration it is important to start sexual offenders' treatment program as soon as possible, because antagonistic prison atmosphere might increase the belief in their "justice" and complicate the success of the treatment process.

In 2009 in Lithuania after paedophilia scandal the problem of effective preventive measures in cases of sexual crimes against children arose. In the research surgical castration, chemical castration, special registry for people who made sexual crimes are discussed. Authors are sceptical about surgical castration and special registry for the offenders. Surgical castration is inhuman and degrading measure which violates basic human rights. Special registry for the sexual offenders lacks efficiency, does not answer the question why we need separate registry for sexual offenders. Authors think that chemical castration may be applied in exceptional cases when very dangerous sexual crimes against children happen. Under the Criminal Code of Lithuania the man who has diminished responsibility and made very serious crime may be punished in a more lenient way but no treatment may be imposed to such offender. It is useful to amend these provisions in order we could apply compulsory medical treatment for sexual offenders with diminished responsibility. Also it is useful to complement the provisions of Criminal Code in a way the court could impose the sexual offender to participate in special treatment programs in cases when a punishment is not imposed also in probation cases.

However, in order to tackle the problem of sexual crime against

Tačiau siekiant efektyviai spręsti lytinių nusikaltimų prieš vaikus problemą, svarbu ją analizuoti skirtingose jos pasireiškimo lygmenyse ir naudoti kompleksines prevencines priemones, kurios apimtų tiek visuomenės švietimą ir savisaugos įgūdžių lavinimą, tiek aktyvų darbą su rizikos grupėmis, tiek ir su lytinių nusikaltimų aukomis bei esamais pažeidėjais. Kartu pažymėtina, kad svarbu užtikrinti sistemingą, o ne pavienį, prevencinių priemonių taikymą. Tyrime apžvelgta lytinio švietimo būklė Lietuvoje, kadangi lytinis švietimas – viena efektyviausių prevencinių lytinių nusikaltimų užkardymo priemonių. Dabartinis lytinis švietimas Lietuvoje grindžiamas Katalikų bažnyčios, kuri labiau įtakinga Lietuvoje, mokymu. Nepaisant to, akcentuojama alternatyvaus požiūrio į lytinį švietimą svarba.

IŽANGA

Europos Žmogaus Teisių Teismo jurisprudencijoje suformuluotos nuostatos, įpareigojančios valstybes imtis efektyvių lytinius nusikaltimus prieš vaikus padariusių asmenų nubaudo ir tokių nusikaltimų prevencijos priemonių. Europos Žmogaus Teisių Teismas teigia, kad „seksualiniai piktnaudžiavimai nekvestionuojamai yra nepakenčiami, paliekantys auką silpninančius padarinius. Vaikai ir kiti pažeidžiami asmenys turi būti saugomi valstybės. Ta apsauga turi apimti efektyvių atgrasančių priemonių ėmimąsi siekiant apsaugoti nuo tokių sunkių kišimosi į asmens privatų gyvenimą formų“ [40, punktas 64]. Europos Žmogaus Teisių Teismas pažymi, kad esant fundamentaliems žmogaus vertybių pažeidimams, tokiems kaip lytinė prievarta, civilinės teisės priemonių nepakanka. „Efektyvios atgrasančios priemonės tokias atvejais yra neišvengiamos, numatytos baudžiamosios teisės nuostatų“ [41, punktas 27]. Valstybė turi imtis pozityvių priemonių, siekdama apsaugoti vaikus nuo pedofilų. „Kai fizinei ir moralinei vaiko gerovei gresia pavojus, valstybei kyla didesnės pareigos, siekiant apsaugoti mažamečius“ [39, punktai 45, 46]. Valstybė pažeidžia tarptautinius įsipareigojimus, konkrečiai – žmogaus teisę nebūti kankinamam, jei valstybės institucijos, turėdamos galimybių imtis priemonių, kad būtų užkirstas kelias vaiko seksualiniam išnaudojimui, tokių priemonių nesiima [38, punktai 91, 92, 97, 99].

Neseniai Lietuvoje įvyko su pedofilija siejamas skandalas. Vienas iš teisinių šio skandalo padarinių – siūlymas keisti galiojančius įstatymus, susijusius su lytine prievarta prieš vaikus.¹ Kriminologijos mokslas tokį reiškinį, kai įstatymai keičiami dėl tam tikros visuomenę sukrėtusios problemos, vadinamas emocionaliąja kriminalizacija². Konkrečiai šiuo atveju buvo siūloma įteisinti cheminę kastraciją kaip baudžiamojo poveikio priemonę, griežtinti baudžiamąją atsakomybę už nepilnamečių ir mažamečių išžaginimą, lytinį prievartavimą, tvirkinimą, taip pat numatyti baudžiamąją atsakomybę už savanorišką lytinį santykiavimą su jaunesniu nei šešiolikos metų asmeniu. Paprastai emocionalioji kriminalizacija yra skubota, nepagrįsta detalesniais kriminologiniais tyrimais. Tai tarsi atsakas į atsitikusią nelaimę, bandymas atstatyti pažeistą tvarką.

Tyrime apžvelgtos galimos prevencijos priemonės, taikomos lytinius nusikaltimus prieš vaikus padariusiems asmenims, būtent: chirurginė kastracija, cheminė kastracija, kitos medikamentinio gydymo formos, specialus lytinius nusikaltimus padariusių asmenų registras bei psichologinio

children effectively it is essential to address this problem on different levels of its occurrence, and to use complex preventive measures, which would include education of society and exercising self-safety skills, active work with risk and key groups, as well as victims of sexual crime and sexual offenders. It should be noted that it is important to ensure that prevention services are provided consistently, and not sporadically. The sexual education as one of the most effective preventive measures of sexual crimes is overviewed in Lithuania. Authors stress that current sexual education is based under the norms of Catholic Church which is very influential in Lithuania. The need for the alternative view to sexual education is stressed.

gydymo (kognityvinė elgesio terapija) formos. Tyrime išanalizuotos minėtos priemonės, pateiktas jų teisinis vertinimas ir įvertintos galimybės jas taikyti Lietuvoje. Apžvelgiami baudžiamieji teisiniai padariniai ir įvertinamas jų pakankamumas. Taip pat tyrime analizuojama, kokios specialios reabilitacijos programos taikomos asmenims, padariusiems lytinius nusikaltimus prieš vaikus, įvertintas šių priemonių pakankamumas. Aptariamas lytinių nusikaltėlių portretas, jų daromų nusikaltimų prigimtis. Nemažas dėmesys skiriamas lytiniams nusikaltėliams taikomų gydymo priemonių efektyvumui ir gydymo efektyvumo tyrimų patikimumo problemoms.

LYTINIUS NUSIKALTIMUS PADARIUSIŲ ASMENŲ ELGESIO KOREKCIJA

Korekcinės lytinių nusikaltėlių sistemos moksliniame ir praktiniame diskursuose kelia įvairių klausimų: kokiam laikotarpiui tokie nusikaltėliai turėtų būti įkalinami, koku būdu jie turėtų būti stebimi juos paleidus į laisvę, ar psichologinio gydymo taikymas įkalinimo įstaigoje paveikia nusikaltimo recidyvo riziką ir pan. Atsakymai į šiuos klausimus keitėsi, o tai atitinkamai turėjo įtakos ir politinių strategijų pokyčiams. Pastebima, kad dabartiniu metu tokiose strategijose labiausia akcentuojami ilgesnis įkalinimas ir griežtesnė asmens stebėseną paleidus jį į laisvę. Tačiau daugelis ekspertų (psichologų, teisininkų, kriminologų, kt.), – pavyzdžiui, amerikiečių teisės profesorius J. D. LaFondas, – teigia, kad, taikant griežtesnę asmens stebėseną paleidus lytinį nusikaltėlį į laisvę, neatsižvelgiama į turimą informaciją apie lytinių nusikaltėlių elgesio charakteristikas (statistiniai duomenys rodo, kad didžiąjai daliai nebūdinga pakartotinai nusikalsti) ir gydymo metodų efektyvumo didėjimą dėl gana sėkmingai vystomų modernių elgesio keitimo schemų, kuriose akcentuojama recidyvo prevencija per kriminalinių impulsų pažinimą ir eliminavimą [21].

Prieš aptariant įvairias pasaulyje lytiniams nusikaltėliams taikomas prevencines priemones, reikėtų pažymėti, kad nuo to, kaip mes apibrėžiame tam tikrą socialinę problemą, priklausoma, kokių priemonių bus imamasi jai spręsti. Pavyzdžiui, XX a. pradžioje psichologai buvo linkę manyti, kad lytiniai nusikaltimai padaromi dėl individo psichologinių konfliktų. Taigi lytinius nusikaltimus suvokus kaip psichologinę problemą, didžioji dalis gydymo metodikų tampa psichoanalitinės prigimties. Tokios gydymo strategijos rėmėsi prielaida, kad seksualinio pobūdžio nusikaltimai įvyksta, kai individas praranda kontrolę. Pirmieji psichoanalitikai teigė, kad siekiant efektyviai išspręsti problemą turėtų būti taikomas ilgalaikis gydymas.

XX a. šeštajame dešimtmetyje psichologiniai gydymo

¹ Įstatymų projektai Nr. XIP-752, XIP-943-946, XIP-1210

² Emocionalioji kriminalizacija yra visuotinio pasipiktinimo koku nors įvykiu arba faktu išraiška [19, p. 109, 110].

metodai patyrė tam tikrų pokyčių. Tuo laikotarpiu daugelis tyrėjų pradėjo teigti, kad deviacinis seksualinis elgesys kyla iš deviacinio seksualinio susijaudinimo. Siekiant pakeisti deviacines fantazijas, buvo išvystytos terapinės praktikos. Labiausia paplito šios gydymo formos: operantinis poveikis, antipatijos terapija ir orgazmo subalansavimas. Kartu dėmesys buvo skiriamas ne tik seksualinių fantazijų koregavimui (pavyzdžiui, apie vaikus), bet ir homoseksualinių troškimų eliminavimui.

Pastebėtina, kad pirmosios elgesio korekcijos programos buvo gana ribotos ir iš esmės sutelktos į atskirus deviacinio elgesio elementus. Vėliau jos buvo išplėtos įtraukiant naujas gydymo technikas, pavyzdžiui, socialinių įgūdžių ugdymą, kuriuo buvo stengiamasi paveikti įvairiausių veiksnių, susijusių su asmens nusikalstamu elgesiu. Pripažįstama, kad lytiniams nusikaltėliams neretai būdinga kognityvinė distorsija arba mąstymo procesai, kurie leidžia jiems neutralizuoti kaltės ir gėdos jausmą. Taigi lytinių nusikaltėlių elgesio korekcijos programos toliau buvo keičiamos siekiant padaryti jas labiau kognityvinio biheavioristinio pobūdžio, kas leistų priartėti prie minėtų asmens distorsijų.

XX a. devintajame dešimtmetyje programos toliau tobulėjo. Buvo išvystytos naujos terapinės recidyvo prevencijos technikos, kuriomis buvo siekiama palaikyti gydymo metu pasiektus pokyčius naudojant savęs valdymą (angl. *self-management*). Ši strategija anksčiau buvo naudojama siekiant kontroliuoti asmenų piktnaudžiavimą tam tikromis medžiagomis, tačiau vėliau buvo pritaikyta deviaciniam seksualiniam elgesiui gydyti. Recidyvo prevencija laikoma vienu svarbiausių to dešimtmečio pasiekimų lytinių nusikaltėlių tyrinėjimų srityje, kadangi pažeidėjas pagaliau išmoko pripažinti ir valdyti savo fantazijas bei elgesį. Kiti devintojo dešimtmečio pasiekimai apėmė tokių technikų atsiradimą, kaip antai: kognityvinis restruktūravimas, empatijos jausmo aukai ugdymas, seksualinio susijaudinimo stebėjimo praktikos tobulinimas ir falometrinių testų (seksualiniam susijaudinimui matuoti) validumo augimas.

Viena pagrindinių XX a. paskutinio dešimtmečio naujovių tapo poligrafas, kurį naudojant buvo galima geriau identifikuoti melagingos informacijos pateikimo atvejus, nustatyti lytinių nusikaltėlių sąžiningumą gydymo metu ir buvo suteikta gilesnių įžvalgų apie pažeidėjų daromas veikas.

Taigi požiūris į lytinių nusikaltimų prigimtį keitėsi, o tai nulemdavo gydymo metodikų vystymo kryptis. Anot J. Q. LaFondo, JAV XX a. devintajame dešimtmetyje priėmė sprendimą, kad lytiniai nusikaltėliai nėra ligoniai, bet yra blogi iš prigimties. Tai turėjo įtakos tuo metu priimamiems sprendimams dėl poveikio priemonių, taikytinų šiai pažeidėjų grupei. Tačiau šiuo metu vėl vis labiau populiarėja įsitikinimas, kad būtent psichologai galėtų padėti šiems asmenims ir pasiūlyti alternatyvas pasikartojančiam įkalinimui [21].

LYTINIŲ NUSIKALTĖLIŲ CHARAKTERISTIKOS

Siekiant sukurti veiksmingą prevencinį atsaką, svarbu pažinti patį teisės pažeidėją ir jo pažeidimų prigimtį. Kitaip tariant, turėtume orientuotis ne į padarytos veikos padarinius, bet į jos priežastis, paskatinusias asmenį pasielgti tam tikru būdu.

Baudžiamosios teisės tyrėjas A. Harris teigia, kad asmenims, darantiems lytinius nusikaltimus, dažniausiai būdingos dvi savybės. Pirma, seksualinė deviacija, pasireiškianti

susijaudinimu dėl tokių daiktų arba idėjų, kuriuos daugelis visuomenės narių vertina kaip nesveikus arba socialiniai nepriimtini, pavyzdžiui, lytiniai santykiai su vaikais, lytiniai santykiai prieš kito asmens valią, ekshibicionizmas viešose vietose, lytinis pasitenkinimas sukeltam kitam asmeniui skausmą ir pan. Antra, asocialus gyvenimo būdas ir orientacijos, kurie gali būti priskiriami tam tikriems psichiniams sutrikimams. Šiuo atveju toks asmuo apibrėžiamas kaip turintis stipriai išreikštą polinkį nepaisyti ir pažeidinėti kitų teises. Taigi teigiama, kad lytiniai nusikaltėliai neturi reikiamų sugebėjimų priimti moralinius sprendimus ir kad jiems trūksta empatijos – pamatinių žmogiškųjų santykių elementų [18].

Remiantis JAV Teisingumo departamento Lytinių nusikaltėlių administravimo centro (angl. *Center for Sex Offender Management*), įsteigto 1997 metais, tyrimų duomenimis, neįmanoma pateikti apibendrinto tokių pažeidėjų portreto, kadangi šiai grupei būdingos skirtingos charakteristikos pagal lytį, amžių, tautybę, socialinę klasę ir pan. [42]. Tačiau kartu pabrėžiama, kad vis dėlto egzistuoja tam tikros psichologinės patirtys, kurios neretai būna būdingos asmenims, darantiems seksualinio pobūdžio nusikaltimus. Tai leidžia išskirti tam tikrus modelius, kuriais aiškinama lytinių nusikaltėlių elgesio prigimtis. Dauguma modelių rodo, kad asmenys išaugo šeimose, kuriose pasitaikė prievartos atveju arba vyravo aplaidus požiūris į vaikus, šie asmenys turėjo sunkumų vystant prierašumo jausmą tėvams, globėjams arba draugams, jiems buvo būdingas gana tolerantiškos nuostatos lytinės prievartos atžvilgiu.

Kitas bendras lytinių nusikaltėlių bruožas – kognityvinės distorsijos arba „užterštas“ mąstymas, kurie dažniausiai išsivysto ankstyvojoje vaikystėje, jeigu vaikas buvo paliktas, emociškai atskirtas nuo tėvų, patyrė lytinį arba psichologinį smurtą. Kartu pastebima, kad šiai pažeidėjų grupei gali būti būdinga socialinių įgūdžių stoka, polinkis į deviacinį elgesį, depresiją, sunkumai kontroliuojant emocijus ir fizinius impulsus. Taip pat pabrėžiama, kad nemaža dalis prievartautojų vaikystėje susiduria su mokymosi sunkumais arba sutrikimais [20].

Kaip teigia J. Beckeris, nors yra nemaža dalis lytinių nusikaltėlių, kurie vaikystėje nebuvo patyrę prievartos, jo atliktas tyrimas ir palyginimas su kontroline grupe taip pat parodė, kad tarp lytinių nusikaltėlių yra daug daugiau asmenų, tam tikrą prievartos rūšį – emocinę, fizinę ar seksualinę, – dažniausiai patyrusių vaikystėje. Panašius rezultatus savo tyrime gavo ir S. Smallbone'as (2001 m.) – 55 proc. lytinių nusikaltėlių pripažino, kad vaikystėje buvo patyrę lytinę prievartą. Pažymėtina ir tai, kad kai kurių tyrimų duomenimis, lytiniai nusikaltėliai pradėjo šiuos nusikaltimus daryti dar nesulaukę 18 metų [20].

Remiantis švedų tyrinėtojo N. Langstromo išvadomis, seksualinis deviacinis elgesys pradeda formuotis vaikystėje arba paauglystėje – maždaug pusė jo tyrime dalyvavusių suaugusių lytinių nusikaltėlių pripažino, kad jau būdami paaugliais turėjo iškrypusių seksualinių fantazijų ir savo pirmąjį nusikaltimą padarė paauglystėje. Kartu savo studijoje (2000 m.) N. Langstromas parodė, kad apie 50 proc. jaunų lytinių nusikaltėlių buvo patyrę fizinę prievartą, neprižiūrimi arba buvo prievartos liudininkai. Švedų tyrėjos C. Kjellgren pateikiami duomenys (2000 m.) irgi byloja apie panašias tendencijas – apie trečdalį jaunų lytinių nusikaltėlių vyrų patys buvo patyrę lytinę prievartą [20].

Paminėtini ir norvegų vaikų psichologo T. Langfeldto pateikiami duomenys. Anot mokslininko, daugiau nei 50 proc. suaugusių lytinių nusikaltėlių pirmąjį nusikaltimą padaro paauglystėje, 30 proc. asmenų, padariusių lytinius nusikaltimus, yra jaunesni nei 18 metų. Įdomu pastebėti, kad JAV statistikos duomenimis, 30–50 proc. lytinės prievartos prieš vaikus nusikaltimų padaro asmenys, nesulaukę 18 metų.

Siekiant paskirti tinkamą reabilitacinį gydymą ir gydytojams geriau suvokti esamas patologijas, lytiniai nusikaltėliai skirstomi į įvairias kategorijas. Remiantis JAV Lytinių nusikaltėlių administravimo centro duomenimis, dažniausiai praktikoje taikomos N. Grotho pasiūlytos tipologijos [56]. Vaikų lytinius išnaudotojus pagal jų susidomėjimą ir motyvaciją mokslininkas skirsto į turinčius įkyrią idėją ir regresyvius. Pirmieji turi nesveiką suinteresuotumą seksualumu, kadangi norėdami patirti seksualinį pasitenkinimą pasirenka vaikus. Tokie pažeidėjai stokoja savo amžių atitinkančių socialinių interakcijų ir yra emocionaliai nesubrendę. Jie praleidžia gana daug laiko stengdamiesi įtraukti vaiką į tam tikrą seksualinę veiklą. Be to, palyginti su regresyvių pažeidėjų grupe, šiai grupei būdingi aukštesni recidyvo rodikliai. Regresyvių pažeidėjų grupė įprastai turi savo amžių atitinkančius partnerius ir nusikalsta pasinaudodami vaikais vietoj „normalaus“ partnerio. Tokiu socialiai nesveiku ir smerktinu būdu šie asmenys dažniausiai bando susitvarkyti su gyvenime iškilusiomis stresinėmis situacijomis.

N. Grothas taip pat sukūrė prievartautojų tipologiją, kurioje išskiriamos trys grupės. Pirmajai grupei priskiriami asmenys, kurie lytinius nusikaltimus padaro apimti pykčio, t. y. pykčio ciklui pasiekus aukščiausią tašką. Pavyzdžiui, tai gali būti tam tikra stresinė situacija, sukelianti psichologinius ir biologinius pokyčius, arba didelį nerimą kelianti situacija, dėl kurios atsiranda susierzinimas ir frustracija. Visa tai sudaro puikią terpę pykčio proveržiui, kuris gali pasireikšti lytiniu nusikaltimu. Pykčio apimtiems prievartautojams būdinga nusikaltimo metu žeminti savo aukas. Antroji prievartautojų grupė – galios prievartautojai. Ši nusikaltėlių grupė padaro lytinius nusikaltimus, siekdami patenkinti poreikį jaustis galingais ir kontroliuojančiais padėti. Tokių prievartautojų aukomis dažniausiai tampa silpnesni arba lengvai pasiduodantys fizinėms manipuliacijoms asmenys. Paskutinioji grupė – sadistiniai prievartautojai. Manoma, kad tai pavojingiausia prievartautojų grupė, kadangi jie patiria pasitenkinimą sukeldami skausmą savo aukoms. Šie nusikaltėliai dažniausiai persekioja savo aukas ir kruopščiai suplanuoja nusikaltimą.

Taigi lytinių nusikaltimų prigimtis rodo, kad jų prevencijai reikalinga kompleksinė prieiga. Kitaip tariant, svarbu ne tik orientuotis į lytinių nusikaltimų recidyvo mažinimą, bet apskritai siekti užkirsti kelią lytinio nusikaltimo pirminiam padarymui. Šiuo atveju turėtų būti tobulinamos metodikos, padėsiančios identifikuoti potencialų lytinį nusikaltėlį kuo ankstesnėse fazėse. Be to, kadangi tyrimai rodo ryšį tarp asmens ankstesnės viktimizacijos ir lytinio nusikaltimo padarymo, didesnis dėmesys turėtų būti skiriamas smurto aukų, ypač – nepilnamečių, reabilitacijos programoms. Taip pat turėtų būti stiprinama smurto šeimoje prevencija, darbas su socialinės rizikos šeimomis ir kitos sritys, susijusios su vaikų interesų ir teisių apsauga.

Lytinių nusikaltėlių elgesio prigimtis leidžia teigti, kad vienas esminių tokio deviacinio elgesio veiksniai

yra psichologinis, todėl praktikoje didžioji dalis lytinių nusikaltėlių reabilitacijos programų turėtų remtis kognityvine elgesio terapija. A. Becko sukurtos terapijos pagrindinis tikslas buvo pakeisti pažeidėjų elgesį, padedant jiems išvystyti naujus mąstymo modelius. Recidyvo prevencija šiuo atveju yra viena plačiausiai taikomų šios terapijos programų. Ji moko pažeidėjus, kaip paruošti save recidyvo pasireiškimo galimybei, identifikuoti rizikos situacijas, moko savikontrolės metodų ir ugdo efektyvaus problemų sprendimo įgūdžius, siekiant užtikrinti geresnę sąveiką su visuomene [18].

LYTINIAMS NUSIKALTĖLIAMS TAIKOMOS GYDYMO PRIEMONĖS IR JŲ EFEKTYVUMAS

Gydymo priemonės

Lytiniams nusikaltėliams taikomų gydymo priemonių efektyvumo tema kelia daugybę diskusijų. Viena vertus, nepakanka patikimų duomenų, įrodančių tam tikro gydymo efektyvumą mažinant recidyvo atvejus, tačiau, kita vertus, nėra įrodymų, bylojančių apie tokių asmenų gydymo neveiksmingumą. Šioje tyrimo dalyje pristatysime pagrindinius išskiriamus lytinių nusikaltėlių gydymo metodus ir aptarsime jų poveikio rodiklius. Vėliau aptarsime pačių tyrimų efektyvumo įvertinimo problematiškumą.

Somatinis gydymas

Kalbant apie somatinį gydymą, bus aptartos tam tikros chirurginės ir medicininės poveikio priemonės. Dėmesys taip pat bus skirtas antiandrogeniniam gydymui, kuris šiuo metu biologinio lytinių nusikaltėlių gydymo srityje laikomas vienas sėkmingiausių, taip pat kitiems naujesniems ir perspektyviems hormoninio gydymo metodams bei serotonerginėms priemonėms.

Lytinius nusikaltimus padariusių asmenų chirurginis gydymas būna dviejų rūšių: neurochirurgija ir kastracija. Neurochirurginė procedūra (stereotaksinė hipotalamotomija) apima tam tikros smegenų gumburo dalies pašalinimą, siekiant suardyti vyriškų hormonų gamybą ir sumažinti seksualinį susijaudinimą bei impulsyvų elgesį. Tačiau nelabai aiškus yra šiame procese svarbų vaidmenį atliekančių neuroendokrininių mechanizmų veikimas. Be to, šios procedūros dažnai būdavo nesėkmingos ir sukeldavo neigiamų pasekmių [17].

Chirurginė kastracija³ visų pirma dėl etinių priežasčių nėra aktyviai propaguojama lytinius nusikaltimus padariusių asmenų gydymo priemonė. Ji gali būti dviejų formų:

1. Sėklidžių puplektomija – tam tikrų sėklidžių dalių pašalinimas. Šios intervencijos tikslas – negrįžtamai sumažinti testosterono kiekį tam, kad sumažėtų asmens lytinis potraukis. Operacija nesumažina testosterono kiekio iki nulio, nes liaukos, nepaveiktos operacijos, taip pat gamina testosteroną.
2. Abipusė orchiektomija – visiškas sėklidžių pašalinimas. Vietoj jų gali būti implantuoti protezai. Chirurginės kastracijos tikslas – mažinant lytinį potraukį, formuoti priimtina lytinį elgesį.

³ Kalbant apie chirurginės kastracijos taikymo praktiką Europoje, paminėtina, kad pagal įstatymus ji galima tik Čekijoje ir Vokietijoje. Pažymėtina ir tai, kad tiek chirurginė, tiek cheminė kastracija galima tik asmens sutikimu, išskyrus Lenkiją, kur tam tikrų nusikaltimų atvejais numatoma priverstinė medikamentinė kastracija. Plačiau apie kai kurių Europos valstybių praktiką žr. Medicininė priemonių taikymas lytinius nusikaltimus padariusiems asmenims kai kuriose Europos valstybėse [47].

Danija buvo pirmoji valstybė, 1929 metais legalizavusi kastraciją kaip gydymo priemonę. Kitos valstybės pasekė Danijos pavyzdžiu: Vokietija (1933 m., 1935 m., 1969 m.), Norvegija (1934 m.), Suomija (1935 m., 1950 m.), Estija (1937 m.), Islandija (1938 m.), Latvija (1938 m.), Švedija (1944 m.) [29, p. 309]. Dabar chirurginė kastracija įstatymiškai galima tik Čekijoje ir Vokietijoje⁴.

Kai kuriose valstybėse toks gydymo būdas yra nelegalus. Vis dėlto kai kurių Europos mokslinių šaltinių duomenimis, ji apibūdinama kaip veiksminga gydymo priemonė. Pavyzdžiui, F. Cornu'o duomenimis, asmenų, padariusių lytinius nusikaltimus, stebėjimas po penkerių ir 30 metų parodė, kad asmenų, kurie sutiko su kastracija, recidyvo rodiklis sudarė 5,8 proc., o asmenų, kurie jos atsisakė – 52 proc. [17]. Tačiau panašaus pobūdžio tyrimų rezultatų patikimumo problemos bus aptartos kitoje šio tyrimo dalyje.

Medikamentinis gydymas (cheminė kastracija) – tam tikrų medikamentų ir hormonų, vadinamųjų antiandrogenų, skyrimas (injekcijomis ar oraliniu būdu). Cheminės kastracijos tikslas – sumažinti testosterono kiekį kraujyje, dėl ko sumažėja ir lytinis potraukis, kompulsyvos erotinės fantazijos. Asmenys, kuriems taikoma cheminė kastracija, gali atlikti lytinį aktą (erekcija galima). Cheminė kastracija savo efektyvumu gali prilygti chirurginei kastracijai, jei vaistai skiriami reguliariais periodais ir nuolatos [32].

Medikamentiniame gydyme, prieš plačiai paplintant antiandrogenų naudojimui, medikai gydymui naudojo estrogenus, paskirdami vartoti juos oraliniu būdu arba implantuojant, bei estrogenų analogą – dietilstilbesterolą. Medikamentiniame gydyme taip pat buvo taikomi neuroleptikai (antipsichotikai), tačiau šių priemonių nauda buvo gana ribota ir vis tiek išlikdavo galima vėlyvosios diskinezijos rizika. Kita vertus, antipsichotikai gali padėti asmenims su komorbidiškais psichiniais sutrikimais, ypač pacientams, kuriems taikoma hormoninė terapija, galinti sukelti psichozę.

Vienas svarbesnių biologinio gydymo pasiekimų gydant lytinius nusikaltėlius pripažįstamas antiandrogeninių preparatų naudojimas. Labiausiai paplitusios šios dvi rūšys: medroksiprogesterono acetatas (MPA) (pavadinimas „Depo-provera“), prieinamas JAV, ir ciproterono acetatas (CPA), prieinamas Kanadoje ir Europoje. Abu šie preparatai sumažina cirkuliuojančio testosterono serumo lygį, kartu slopindami lytinių nusikaltėlių deiviacinės seksualinės fantazijos ir elgesį. Testosterono kiekio organizme sumažinimas mažina lytinį potraukį, erekciją, ejakuliaciją ir spermatogenezę. L. S. Grossmano, B. Martiso, C. G. Fichtnerio atlikta 20 metų literatūros analizė (XX a. aštuntojo – devintojo dešimtmečių) rodo, kad buvo rasta daugiau nei 30 publikacijų, kuriose analizuojamas antiandrogeninio gydymo poveikis mažinant testosterono kiekį organizme, ir jo poveikis pacientų pranešimų apie patiriamus deiviacinius vidinius seksualinius impulsus, fantazijas bei elgesį mažėjimui [17]. Įvairūs tyrimai fiksuoja tam tikrus skirtumus tarp pacientų, kuriems buvo skirtas antiandrogeninis gydymas ir kuriems šis gydymas skirtas nebuvo, – recidyvo rodikliams varijuojant nuo 1 proc. besigydančioje grupėje iki 68 proc. nesigydančioje grupėje. Vis dėlto pripažįstama, kad tokių tyrimų skaičius yra nedidelis, todėl negalima daryti išvadų apie šio medikamento efektyvumą.

⁴ Medicininių priemonių taikymas lytinius nusikaltimus padarisiems asmenims kai kuriose Europos valstybėse [47].

Taip pat pripažįstama, kad šie vaistai nėra efektyvūs ir tinkami visoms pacientų grupėms [17].

Be to, atlikti kontroliniai placebo tyrimai dėl antiandrogeninio gydymo taip pat pateikė nevienodus rezultatus. Tyrimai parodė, kad aktyvaus gydymo vaistais metu pacientai pranešdavo apie tam tikrą savo seksualinio elgesio aspektų sumažėjimą (deiviacinės seksualinės mintys, fantazijos, masturbacijos dažnumas). Tačiau pletizmografijos rezultatai ne visada patvirtindavo pacientų pranešimus (angl. *self-report*). Kai kuriems pacientams vartojant antiandrogenus netgi padidėjo deiviacinis susijaudinimas, o placebo fazėje buvo užfiksuotas deiviacinio susijaudinimo sumažėjimas [17].

Lyginant dvi labiausiai paplitusias antiandrogeninio gydymo rūšis (MPA ir CPA), pastebėtina, kad didelių skirtumų tarp jų užfiksuota nebuvo ir kad jų poveikis slopinant seksualines fantazijas bei mintis, masturbacijos, erekcijos dažnumą yra vienodas. Tačiau antiandrogeninis gydymas turi tam tikrą apribojimą. Šie vaistai turėtų būti skiriami itin atsargiai gydant pacientus, sergančius migrena, astma, širdies sistemos disfunkcija ir yra kontraindikuotini pacientams, sergantiems ligomis, veikiančiomis testosterono gamybą. Be to, jie gali sukelti svorio augimą, depresiją, hiperglikemiją, gali pasireikšti šalto arba karšto prakaito pylimas, galvos skausmai, sąnarių spazmai, venų uždegimas, padidėjęs kraujospūdis, skrandžio ir plonosios žarnos uždegimas, gali atsirasti tulžies akmenų, varpos ir sėklidžių skausmai bei cukrinis diabetas. CPA gali sukelti feminizaciją. Be to, antiandrogeniniam gydymui būdingi aukšti pasitraukimo iš gydymo programos rodikliai. Pažymėtina ir tai, kad antiandrogeninis gydymas yra gana brangus, todėl sumažėja jo taikymo galimybė platesnei populiacijai. Galiausiai – ilgalaikės šių medikamentų vartojimo pasekmės nėra žinomos, todėl gydytojai rekomenduoja vartoti juos tik trumpą laikotarpį.

Egzistuoja ir *naujesni hormoniniai medikamentai* bei *serotonerginiai preparatai*. Kai kurie atvejai parodė, kad preparatai, analogiški gonadotropiną išskiriančiam hormonui, gali būti naudingi vartojant juos atskirai arba kartu su antiandrogenais. Jų poveikis pasireiškia testosterono lygio plazmoje sumažėjimu ir lytinio potraukio slopinimu. Šiuo atveju išskirtinos LHRH agonisto injekcijos, kurios gali būti taikomos pacientui, kenčiančiam nuo skirtingų parafilijų (lytinių nukrypimų), kai MPA ir CPA vartojimas neduoda teigiamų rezultatų. R. Dickey'aus atliktas atvejo tyrimas parodė, kad po vieno mėnesio gydymo pacientas neberodė jokių deiviacinio seksualinio elgesio požymių ir sumažėjo jo masturbacijos dažnumas. Be to, LHRH agonistų naudojimas nesukelia nelauktų šalutinių pasekmių, kurias sukelia MPA ir CPA preparatai.

Kitame tyrime, kurį atliko A. Rosleris ir E. Witztumas, 30 vyrų, turinčių rimtų užsitęsusių parafilijų, kas mėnesį nuo aštuonių iki 42 mėnesių buvo leidžiamas ilgalaikio poveikio natūralaus gonadotropino išsiskyrimą skatinančio hormono analogas – triptorelinas, turėjęs sumažinti testosterono koncentraciją serume. Gydymo rezultatas buvo visų pacientų deiviacinių seksualinių fantazijų, troškimų ir nenormalaus seksualinio elgesio požymių sumažėjimas. Šie pokyčiai pasireiškė visiems 24 pacientams, kurie baigė vienus metus trukusį gydymo kursą. Tačiau pripažįstama, kad atliktų tyrimų nepakanka, norint įrodyti tokio gydymo efektyvumą, be to, neišaiškintos šio preparato galimos neigiamos pasekmės

asmens sveikatai. Nepaisant to, manoma, kad šie naujesni medikamentai galėtų tapti alternatyvia hormonine terapija tais atvejais, kai antiandrogeninis gydymas nepasiteisina.

Kituose tyrimuose pacientų lytiniams nukrypimams gydyti gana sėkmingai buvo naudojami antidepresantai – tricikliai antidepresantai arba litis. Tačiau naujesni tyrimai, pasiekę tam tikrų teigiamų rezultatų, siejami su selektyviais serotonino reabsorbcijos inhibitoriais (SSRIs). Šiuo atveju gydymas buvo taikomas pacientams, kurie vienu metu patiria ir nuotaikos, ir nerimo sutrikimų. Gydymas buspironu, daliniu 5-HT1A agonistu, taip pat parodė teigiamus rezultatus mažinant pacientų seksualiai iškreiptas fantazijas. Pastebėta, kad serotonerginiai preparatai (pvz., buspironas) turi specifinį įkyrias mintis slopinantį poveikį pacientams, kenčiantiems nuo parafilijų ir kitų susijusių įkyrių seksualinių minčių. Vis dėlto turimi duomenys apie SSRIs, kitų antidepresantų arba serotonerginių preparatų poveikį gydant lytinius nukrypimus kol kas, nors ir daug žadantys, yra epizodiniai, todėl reikalauja išsamesnio tyrimo.

Psichologinis gydymas

Pažymėtina, kad psichologinis gydymas nebuvo labai sėkmingas, kol neatsirado kognityvinės elgesio technikos, kurios sparčiai išstobulėjo per pastaruosius tris dešimtmečius. Taigi šis asmenų, padariusių lytinius nusikaltimus, gydymo metodas siekia pakeisti jų vertybines sistemas, pašalinti netinkamo elgesio apraiškas ir paskatinti tinkamą elgesį. Technikos, nukreiptos į deviacinio susijaudinimo slopinimą, apima antipatijos terapiją, užslėptą sujaudinimą, vaizduotės jautrumo mažinimą bei masturbacijos normalizavimą. Lytinių nusikaltėlių kognityvinis elgesio gydymas dažniausiai remiasi kognityviniu restruktūravimu, t. y. iškreiptų suvokimo būdų modifikavimu, naudojamu lytiniams iškrypimams pakeisti, socialinių įgūdžių lavinimu, empatijos aukai ugdymu, gyvenamosios valdymo, lytiniu švietimu ir recidyvo prevencija.

Toliau norėtume trumpai aptarti praktikoje taikomas kognityvines elgesio technikas, kad geriau suvoktume šio metodo siūlomas plačias galimybes asmenims, padariusiems lytinius nusikaltimus, gydyti.

Antipatijos terapija ir *užslėptas sujaudinimas* derina deviacines seksualines fantazijas su bausmėmis. Taikant šią terapiją, atsaku į deviacines paciento fantazijas tampa fizinė bausmė. Šios fantazijos yra žodine forma pateikiamos pacientui ir palydimos nemalonų jausmą sukeliančiais veiksmais, pavyzdžiui, nekenksmingu, bet skausmingu elektros smūgiu, kurį pacientas pats sau paskiria, arba labai nemaloni kvapu. Paskui pakaitomis gydytojas rodo pacientui jo deviacinės fantazijos vaizdus, pavyzdžiui, vaikų nuotraukas, ir pacientas, žiūrėdamas į jas, yra veikiamas elektros srove arba kvapu. Kartu asmeniui pateikiami teigiami vizualiniai stimulai, pavyzdžiui, suaugusių asmenų vaizdai, kurie nėra lydimi neigiamo atpildo.

Užslėpto sujaudinimo atveju deviacinės seksualinės fantazijos jungiamos su psichiniais stresą sukeliančiais vaizdiniais. Šiuo atveju pažeidėjas verbalizuoja konkrečią deviacinę fantaziją. Kai tik ši fantazija juos sujaukina, jie ją nutraukia ir pakeičia kita fantazija, sukeliančią itin nemalonių jausmų, pavyzdžiui, arešto scena. Taigi šiuo atveju pacientas sutelkia dėmesį ties neigiamomis pasekmėmis, kurios turėtų jį slėgti. Kartais paciento po nemalonių vaizdinių prašoma pakeisti šią fantaziją ir įsivaizduoti neiškrypėlišką seksualinę

sceną, pavyzdžiui, suaugusių asmenų lytinius santykius.

Tokio gydymo metu pažeidėjai identifikuoja ir koncentruoja dėmesį į įvykius, vedančius prie lytinio nusikaltimo. Išmoktos technikos leidžia jiems sukelti sau nemalonią fantaziją vis ankstesnėse netinkamo elgesio, paskatinančio lytinius nusikaltimus, stadijose. Kitaip tariant, pažeidėjams leidžiama suprasti, kad jų elgesys yra jų pačių kontroliuojamas ir gali būti pačių nutrauktas bet kurioje stadijoje.

Vaizduotės jautrumo mažinimo technika moko pažeidėjus gilaus raumenų atpalaidavimo. Kai pažeidėjai išmoksta atsipalaidavimo technikos, jie įsivaizduoja pirmąją sceną, kurią anksčiau apibrėžė kaip vedančią prie lytinio nusikaltimo. Įsivaizduodami pirmąją sceną ir išlikdami atsipalaidavę, jie toliau pereina per visas sumodeliuotas situacijos scenas. Ši technika turėtų išmokyti pažeidėjus toleruoti jausmus, susietus su jų deviaciniais seksualiniais potraukiais, nesistengiant į juos atsakyti, patenkinti, kol tam tikras troškimas neatsitraukia.

Masturbacijos normalizavimui dažniausiai naudojamos dvi technikos – žodinis „prisotinimas“ ir masturbacinis „prisotinimas“. Žodinio „prisotinimo“ metu pažeidėjas verbalizuoja savo iškreiptas seksualines fantazijas tol, kol šios fantazijos nepradedą jo varginti. Masturbacijos „prisotinimo“ metu pažeidėjai masturbuodamiesi pasiekia orgazmą, tačiau tuo pačiu metu jie verbalizuoja neiškreiptas seksualines fantazijas, o paskui toliau tęsia masturbaciją refrakcinio periodo metu verbalizuodami iškreiptas fantazijas. Taigi ši technika susieja orgazmo malonumą su tinkamomis fantazijomis, o pratęstos masturbacijos be ejakuliacijos – skausmą arba nuovargį su iškreiptomis fantazijomis. „Prisotinimo“ technikos parodė esančios gana efektyvios, nors ir reikalauja tolesnio tyrimo. Manoma, kad norint efektyvaus gydymo, reikėtų maždaug 20 valandų masturbacijos „prisotinimo“ kurso.

Kognityvinio restruktūravimo technika remiasi teorija, kad lytinius nusikaltimus darantys asmenys išvysto įvairius iškreiptus įsitikinimus, siekdami pateisinti savo liguistą seksualinį elgesį. Sukurta įsitikinimų sistema leidžia jiems sumažinti kaltės ir gėdos jausmą, susijusį su daromais nusikaltimais. Pavyzdžiui, vaikų seksualiniai išnaudotojai gali tvirtinti, kad vaikams patinka įsitraukti į lytinius santykius su suaugusiaisiais ir kad tokie santykiai vaikui yra naudingi. Taigi reabilitacijos metu stengiamasi pakeisti šiuos iškreiptus įsitikinimus. Asmens prašoma apibūdinti jo įsitikinimą, supratimą ir paskui aptarti būdus, kuriais jis naudoja šiuos iškreiptus įsitikinimus deviaciniam elgesiui racionalizuoti. Šiuo atveju gydytojas kvestionuoja jo įsitikinimus ir siūlo naujas formuluotes. Šios technikos metu dažnai naudojami vaidmenų žaidimai, kai gydytojas tampa lytinį nusikaltimą padariusiu asmeniu, o pats pažeidėjas – policijos pareigūnu, nukentėjusiu šeimos nariu ir pan., tokiu būdu priverčiant jį priešintis savo paties įsitikinimams.

Socialinių įgūdžių ugdymo technika remiasi teorine prielaida, kad įgūdžių, būtinų sėkmingai interakcijai socialinėse ir seksualinėse situacijose, stoka gali paskatinti seksualiai nenormalų elgesį. Taigi reabilitacijos metu orientuojamasi į įgūdžių, reikalingų socialinei komunikacijai (vaidmenų žaidimai, situacijų modeliavimas), lavinimą ir iracionalių baimių, kylančių iš šių pokalbių, identifikavimą. Taip pat dėmesys skiriamas socialinio nerimo problemoms, konfliktų sprendimui, pykčio valdymui ir pan. Kai kurių gydytojų nuomone, lytinis švietimas kartu su socialinių įgūdžių ugdymu

gali suteikti teigiamų rezultatų gydant asmenis, padariusius lytinius nusikaltimus.

Empatijos aukai ugdymo technika stengiasi padėti asmenims suvokti savo veiksmų padarinius aukai. Daugelis lytinius nusikaltimus padariusių asmenų minimizuoja savo nusikaltimo pasekmes, išvystydami iškreiptą aplinkos vertinimą, kas leidžia jiems manyti, jog jų aukos nenukentėjo arba netgi patyrė malonumą. Šios terapijos metu dažniausiai naudojami aukų vaizdo įrašai apie jų išgyvenimus, vaidmenų žaidimai, gydytojų, kitų pažeidėjų pateikiami vertinimai ir kt.

Esminis daugelio reabilitacijos, gydymo technikų tikslas yra *recidyvo prevencija*, t. y. siekiama išmokyti numatyti ir pasipriešinti deviaciniam potraukiui. Šiuo atveju siekiama asmenis išmokyti laiku identifikuoti galimas recidyvo situacijas ir jas nutraukti. Taigi pagrindiniai recidyvo prevencijos etapai apima asmens sugebėjimą identifikuoti situacijas, kurioms būdinga didelė rizika, ir sprendimus, galinčius priartinti jį prie recidyvo.

Apskritai kalbant apie kognityvinę-bihevioristinę asmenų, padariusių lytinius nusikaltimus, gydymo organizavimą, pastebėtina, kad toks gydymas gali būti taikomas tiek įkalinimo įstaigose arba psichiatrinėse ligoninėse, tiek ambulatoriškai, taip pat tiek individualiai, tiek grupinių užsiėmimų metu.

Pavyzdžiui, Skogome (Švedija) veikia kalėjimas, skirtas asmenims, nuteistiems už lytinius nusikaltimus. Nuteistiesiems taikoma ROS programa (angl. *Relations and live together*), o darbas vyksta pagal NaSTOP programą (angl. *National sex offenders treatment programmes*). Programa skiriama laikotarpiu nuo laisvės atėmimo iki grįžimo į visuomenę. Dažniausiai ji trunka keturis arba penkis mėnesius, užsiėmimai vyksta su dviem psichologais (pageidautina skirtingų lyčių, tačiau jeigu nėra galimybių, tada geriau dvi moterys negu vyrai) grupėse po 6–8 nuteistuosius du kartus per savaitę po tris valandas. Pagrindiniai programoje naudojami metodai – diskusijos ir vaidmenų žaidimai, kurių metu nuteistieji mokomi pažinti save, savo jausmus, ugdyti empatiją aukai, užmegzti normalius santykius ir kt. Šiuo atveju gydymo planas derinamas su psichoterapija, kadangi nuteistieji turi tam tikrą individualių problemų, kurios negali būti aptariamoms viešai grupėse [58].

Anglijoje ir Velse lytinius nusikaltimus padariusių asmenų gydymą gali vykdyti ir Nacionalinė probacijos tarnyba [55]. Po to, kai teismas paskiria tam tikrą gydymo programą, vertinama, ar asmuo turės lankyti individualaus darbo su probacijos pareigūnu kursą, ar lankyti kursą grupėje su kitais. Tokios programos tikslas – išmokyti individus savikontrolės mechanizmų, kas padėtų pakeisti požiūrį bei elgesį ir užkardytų kelią tolimesniems nusikaltimams. Programos turinys sudarytas atsižvelgiant į pripažintus tyrimų rezultatus, kuriais remiantis nustatyti efektyviausi būdai pakeisti pažeidėjo mąstymo modelius ir elgesį. Grupės nariai yra asmenys, padarę panašaus pobūdžio nusikaltimus ir dirbantys kartu, kad išmokytų, kaip įveikti tam tikras situacijas ir jausmus. Siekdamas sėkmingai užbaigti gydymo kursą, pažeidėjas privalo lankyti visus užsiėmimus ir taip pat reguliariai matytis su savo probacijos pareigūnu. Grupinio darbo metu, jeigu asmuo praleidžia vieną užsiėmimą, jis privalo už jį atsiskaityti ir tik tada gali tęsti kursą toliau. Jeigu asmuo praleidžia daugiau kaip du užsiėmimus, jis privalo visą kurso dalį kartoti iš naujo. Paminėtina ir tai, kad, prieš prasidedant grupinei terapijai,

kaip ir jai pasibaigus, asmens prašoma atlikti psichometrinių testą. Pavyzdžiui, probacijos pareigūnas nerekomenduos taikyti bendruomeninės priežiūros asmeniui, jeigu jo pirminis įvertinimas rodytų aukštus pavojingumo rodiklius esant šiai priežiūros priemonei.

Kitas kognityvinių-bihevioristinių programų vykdymo lygmuo – tai bendruomeninės lytinius nusikaltimus padariusių asmenų reabilitacijos programos, paplitusios JAV ir Kanadoje. Šio pobūdžio programos pripažįsta bendruomenės įtraukimo į reabilitacijos procesus svarbą ir akcentuoja būtinybę taikyti ilgalaikes programas lytinius nusikaltimus padariusiems asmenims. Pavyzdžiui, Kelounos (Kanada) gydymo programa yra bendruomeninė privati veikla [43]. Kurso metu gydoma 6–11 asmenų, kurie turi ateiti kas savaitę. Šios programos metu naudojamos technikos, kurios šiuo metu vertinamos kaip vienos daugiausia žadančių gydant seksualinius nusikaltėlius – kognityvinė-bihevioristinė technika, empatijos aukai ugdymas ir daromos žalos pripažinimo ir suvokimo skatinimas. Šio gydymo metu taikomas tiek individualus, tiek grupinis gydymas. Individualūs užsiėmimai dažniausiai vyksta kas dvi savaites neapibrėžtą laikotarpį. Grupiniai užsiėmimai vyksta kartą per savaitę ir trunka tris valandas. Pats gydymo kursas kiekvienam trunka įvairiai – nuo šešių mėnesių iki dvejų metų.

Kita Kanados bendruomeninė programa – tai suaugusiųjų teismo psichiatrijos paslaugos „Nanaimo“ [43]. Šios ambulatorinės programos tikslas yra išplėtoti asmens igūdžius, kurių jis išmoko besigydamas įkalinimo įstaigoje. Ši programa daugiausia dėmesio skiria psichodinaminei, kognityvinei-bihevioristinei, švietimo bei recidyvo prevencijos technikoms.

Galiausiai paminėtinas bendruomeninis reintegracijos projektas „Palaikymo ratas“. Šiuo projektu siekiama sumažinti recidyvo rodiklius ir palengvinti pažeidėjo reintegraciją į visuomenę. Projekte daugiausia dalyvauja savanoriai, kurie su buvusiais nuteistaisiais suformuoja „palaikymo ratus“. Projekte dalyvauja maždaug 45 savanoriai, kurie padeda vykdant septynių pažeidėjų reabilitaciją. Grupę vidutiniškai sudaro vienas pažeidėjas ir šeši savanoriai. Susitikimai vyksta su bent vienu savanoriu kas savaitę. Tokio pobūdžio projektai pripažįsta būtinybę padėti lytinės prievartos aukoms, kaip ir prasmingo ir atskaitingo ryšio tarp bendruomenės ir buvusio pažeidėjo palaikymo svarbą, taip pat svarbą vengti asmens viktimizacijos ateityje ir priimti buvusį nuteistąjį atgal į bendruomenę [43].

Gydymo efektyvumas

Tyrimai, kurie nagrinėja lytinių nusikaltėlių gydymo efektyvumą, skiriasi tiek pagal naudojamą metodologiją, tiek pagal vertinamas terapines procedūras – chirurginis gydymas, medikamentinis gydymas bei psichologinis gydymas. Chirurginių gydymo priemonių taikymas dabartiniu metu pasitaiko labai retai. Pagrindinė šio metodo problema yra klausimai (etiniai, teisiniai), kurie kyla dėl sveiko audinio pašalinimo ir šalutinio poveikio (pykinimo, trombozės bei ginekomastijos) atsiradimo. Mokslininko G. K. Sturupo tyrimo duomenimis, nors ši priemonė rodo akivaizdų poveikį recidyvo sumažėjimui – 900 nuteistųjų, praėjus 30 metų po chirurginės kastracijos, recidyvo lygis siekė 1 proc. (1968 m., 1971 m.), vis dėlto kitas jo tyrimas (1968 m.) parodė gana įdomius rezultatus, kad 33 proc. chirurgiškai kastruotų pažeidėjų padarė pakartotinius nusikaltimus – ne lytinius,

tačiau sunkaus pobūdžio [28]. Kalbant apie medikamentinį gydymą, šiuo atveju egzistuoja įvairios vaistų variacijos – nuo antiantrogenerių iki serotonerginių medikamentų. Organinis arba medicininis lytinių nusikaltėlių gydymas atsirado maždaug penktajame dešimtmetyje. Pirmasis hormoninis gydymas tuo metu turėjo estrogeninį poveikį ir buvo gana sėkmingas mažinant iškrypėlišką seksualinį elgesį. Tačiau nepaisant savo naudingumo, vis dėlto jis nebuvo plačiai taikomas dėl šalutinio poveikio, kuris pasireiškė vėmimu, pykinimu ir feminizacija (pavyzdžiui, krūtų liaukų augimas). Idėjos, kad lytiniai nusikaltimai yra medicininė problema, tąsa buvo pastebima ir šeštajame bei septintajame dešimtmetyje, kartu atsirandant ir medicininiam gydymui medroksiprogesterono acetatu (MPA), kuris iki šiol taikomas kaip „medikamentinė kastracija“ [34]. MPA tyrimai (J. P. Fedoroffas ir kiti, 1992 m.) parodė, kad šio vaisto vartotojų recidyvo lygis siekė 15 proc. palyginti su 68 proc. jo nevartojusių. Kiti tyrinėtojai, pavyzdžiui, E. Emory'is, C. Cole'as ir W. J. Meyeris (1992 m.) atliko 10 metų praktikos įvertinimo tyrimą dėl „DepoProvera“ medikamentinio gydymo. Duomenys parodė, kad gydymas labai sumažino pacientų lytinį susidomėjimą ir palengvino psichologinio gydymo taikymą. Taigi antilibidinis gydymas gali būti naudingas, tačiau šiuo atveju svarbu ne tik gauti pažeidėjo sutikimą, bet ir informuoti jį apie teigiamą ir neigiamą gydymo poveikį bei suteikti jam galimybę pasitraukti iš medikamentinio gydymo programos bet kurioje jos stadijoje. Be to, pabrėžiama, kad kai kurie lytiniai nusikaltėliai serga tam tikromis šizofrenijos formomis, kurioms reikia specialaus medikamentinio gydymo ir kurį kontraindikuotina derinti su hormoninio pobūdžio gydymu [17].

Taip pat pastebėtina, kad neįmanoma, jog vien medikamentinis gydymas būtų naudingas visais lytinių pažeidimų atvejais. Daugelis lytinių pažeidėjų padaro nusikaltimus dėl visai kitokių priežasčių negu seksualinis pasitenkinimas, taigi libido slopinimas vargu ar padėtų kontroliuoti jų nusikaltimus. Medikamentinis gydymas turėtų būti taikomas tada, kai nustatoma, kad viena iš lytinio nusikaltimo priežasčių yra tam tikras asmens fiziologinis (pavyzdžiui, hormoninis) disbalansas. Tačiau vėlgi pabrėžiama, kad net ir šiuo atveju medikamentinis gydymas turėtų būti taikomas kaip kompleksinio gydymo dalis, pavyzdžiui, farmakologinis nerimo ir seksualinio sujaudinimo mažinimas siekiant geresnio asmens paruošimo psichologiniam gydymui (E. M. Colemanas ir kiti, 1992 m.; E. Emory'is ir kiti, 1992 m.).

Taigi kalbant apie gydymo efektyvumą, manoma, kad psichologinis gydymas (pavyzdžiui, intervencija ugdant įgūdžius: vaidmenų žaidimai, pykčio valdymas, lytinis ugdymas; elgesio keitimas: antipatijos terapija, orgazmo valdymas, masturbacijos normalizavimas; į supratimą ir motyvaciją nukreiptos terapija: grupinė terapija, psichodinaminis darbas, kūrybiškumo terapija) gali būti vienas efektyviausių, kadangi orientuojamas į ilgalaikio rezultato siekimą [28]. Šiuo atveju medikamentinis gydymas galėtų būti taikomas kaip papildoma priemonė (esant poreikiui, kuri nustatytą specialistų grupė), siekiant geresnio psichologinio gydymo poveikio. Tačiau šiuo atveju taip pat pastebima, kad priklausomai nuo sutrikimo laipsnio atitinkamai turėtų būti derinama ir individo kompleksinio gydymo programa bei jos trukmė (rekomenduotina orientuotis į ilgalaikes programas).

Psichologas R. K. Hansonas, atlikęs tyrimą apie

psichologinių gydymo programų poveikį lytiniams nusikaltėliams, nustatė, kad seksualinis recidyvas pažeidėjų, kuriems nebuvo taikomos gydymo programos, sudarė 17,3 proc., o tų, kuriems buvo taikytas gydymas, – 9,9 proc. Nors kritikai gali teigti, kad tai nėra labai didelis sumažėjimas, vis dėlto manoma, kad, atsižvelgiant į gana didelę tiriamųjų imtį ir naudotus tyrimo metodus, šie skaičiai leidžia kalbėti apie statistiškai patikimus ir praktiškai naudingus duomenis [28].

Kalbant apie kognityvinio-bihevioristinio gydymo efektyvumą, tyrimai rodo, kad gydymo programos, siūlomos atitinkamose uždaro pobūdžio įstaigose, vis dėlto liudija apie teigiamus rezultatus – recidyvo rodikliai siekia 3–31 proc. Ambulatorinio gydymo rezultatai taip pat gana teigiami – nuo 6 iki 39 proc. Taip pat paminėtinas tyrimas, kurio imtį sudarė 3000 ambulatoriškai gydomų heterogeniškų pedofilų. Recidyvo rodiklis gana ilgą laikotarpį sudarė 6 proc. Ambulatoriškai gydomų asmenų recidyvo rodikliai buvo mažesni negu asmenų, kuriems gydymo kursas nebuvo taikomas [28].

Nepaisant šių rezultatų, psichologai pripažįsta, kad jiems tenka susidurti su sunkumais, siekiant įtikinti teisėsaugos atstovus rimtai apsvarstyti gydymo galimybes ir teigiamus rezultatus. R. K. Hansonas teigia, kad viena pagrindinių kliūčių yra klaidingas visuomenės įsivaizdavimas apie lytinių nusikaltimų recidyvo lygį. Pabrėžiama, kad netgi kai kalbama apie teisėsaugos pareigūnus, jų vertinamas recidyvo lygis siekia 70–80 proc., todėl dažnai nustembama išgirdus apie oficialioje statistikoje registruojamą 10–20 proc. lygį. Kartu teigiama, kad gana sunku parodyti didelį gydymo efektyvumą, kadangi apskritai pats seksualinių nusikaltimų recidyvo lygis nėra aukštas – vidutiniškai apie 15 proc.

Pastebėtina ir tai, kad daugelyje Vakarų valstybių vis labiau akcentuojamas požiūris, kad tas pats gydymas arba elgesio korekcijos priemonė negali būti taikomi visiems lytiniams nusikaltėliams, kadangi tai itin heterogeniška populiacija ir ne visiems būdinga aukšta recidyvo rizika. Asmenys padaro lytinius nusikaltimus dėl įvairiausių priežasčių: vieni yra pakankamai agresyvūs, turi psichopatinių bruožų ir buvo nusikaltę ne kartą, todėl jų recidyvo lygis gali būti didesnis, ir pan. Per pastarąjį dešimtmetį psichologai atliko nemažai tyrimų, siekdami nustatyti veiksnius, kurie padidina pažeidėjo riziką pakartotinai padaryti nusikaltimą po paleidimo. R. K. Hansonas įvardija šiuos veiksnius: pažeidimų skaičius, intymumo trūkumas, seksualinis nerimas ir amžius.

Taip pat specialistai pastebi, kad, siekiant užtikrinti poveikio priemonės efektyvumą, gydymas turėtų prasidėti kuo greičiau po įkalinimo (laisvės atėmimo bausmės metu), kadangi kaltininkas dažnai nesuvokia savo nusikaltimo sunkumo, o antagonistinė kalėjimo aplinka gali padidinti įsitikinimą savo „teisumu“ ir kliudyti sėkmingam gydymui. Taigi gydymo kompleksą reikėtų pradėti taikyti asmeniui patekus į įkalinimo įstaigą, o ne, pavyzdžiui, po penkerių metų laisvės atėmimo, kai, kaip rodo tyrimų rezultatai, sėkminga asmens reintegracija į visuomenę tampa beveik neįmanoma. Kitaip tariant, didžioji dalis lytinių nusikaltėlių grįžta į visuomenę, todėl svarbu išgydyti juos dar iki šio etapo [28].

Ekspertai pripažįsta, kad, nors ir akivaizdu, jog nėra priemonės, galinčios pažaboti lytinius nusikaltėlius, tam tikros gydymo programos tam tikriems seksualiniams nusikaltėliams yra gana sėkmingos mažinant recidyvo lygį. Deja, neįmanoma pateikti tikslios statistikos apie gydymo efektyvumą ir recidyvo

mažėjimą dėl metodologinių problemų, susijusių su lytinių nusikaltėlių gydymu. Be to, siekiant efektyvesnio rezultato, dažniausiai taikoma keletas priemonių vienu metu arba viena po kitos: specializuota programa lytiniams nusikaltėliams, bendroji programa/gydymas, individualus psichologinis konsultavimas, psichoterapija, recidyvo prevencijos programa, įvertinimas, dvasinis konsultavimas ir kt.

Gydymo efektyvumo tyrimų patikimumo problemos

Pripažįstama, kad sudėtinga atlikti gerus lytinių nusikaltėlių gydymo efektyvumo tyrimus, todėl daugelis mokslininkų linkę sutikti, kad šiuo metu egzistuoja nedaug patikimų įrodymų, bylojančių apie vieno arba kito gydymo efektyvumą mažinant lytinių nusikaltėlių recidyvą, nors ir nėra patikimų duomenų, įrodančių, kad tokių asmenų gydymas neveiksmingas. Taigi gydymo efektyvumo klausimas moksliniame diskurse sulaukia daug diskusijų.

Tokius tyrimus sunku ir brangu atlikti dėl kelių priežasčių. Idealiai studijai prireiktų didelio skaičiaus tiriamųjų, t. y. lytinių nusikaltėlių, išėjusių į laisvę, ilgalaikio tęstinio tyrimo, lyginant recidyvo lygį asmenų, kuriems buvo taikytas gydymo kursas (eksperimentinė grupė), su tais, kuriems gydymas nebuvo taikytas (kontrolinė grupė). Priešingu atveju sunku nustatyti, ar recidyvo lygio skirtumus tarp dviejų grupių turėtume priskirti gydymui, ar kitiems veiksniams.

Pažymėtina, kad tyrimuose, kurie atliekami šiuo metu, dažnai nėra kontrolinės grupės, tiesiog procentais išreiškiami skirtingų tipų lytinių nusikaltėlių, kuriems buvo taikomas tam tikras gydymas, recidyvo rodikliai. Toliau tyrėjai gautus duomenis palygina su skelbiamais recidyvo rodikliais. Tačiau problema ta, kad skelbiamų recidyvo rodiklių duomenys išties labai skirtingi. Tyrėjai, kurie įtraukia kontrolines grupes, dažniausiai naudoja asmenis, kurie atsisako dalyvauti gydyme, kurie pasitraukė iš gydymo programos jai nepasibaigus arba kurie gydytojų nebuvo atrinkti dalyvauti gydymo programoje. Tačiau tai nėra palyginimui tinkamos grupės. Tikėtina, kad gydytojai (ypač tie, kurie teikia ambulatorinį gydymą) linkę pasirinkti mažiau pavojingus nusikaltėlius – tuos, kurie, jų manymu, mažiausiai sudarys jiems problemų pakartotinai nusikalstami gydymo metu arba netrukus po jo. Gydytojai linkę pasirinkti tuos pažeidėjus, kurie pripažįsta turį problemų, kad jie buvo neteisūs, ir kurie yra motyvuoti gydytis. Tikėtina, kad šie pažeidėjai ir taip mažiausiai linkę pakartotinai nusikalsti, netgi jeigu jų gydymas būtų visiškai neefektyvus. Kartu žinomas faktas, kad pažeidėjai, kuriems buvo taikytas gydymo kursas, mažiau linkę pakartotinai nusikalsti negu tie, kurie atmeta gydymą arba neįstengia jo užbaigti. Tačiau šiuo atveju įtakos turi „atrankos veiksnys“, taigi tik dėl to, kad tie, kurie baigia gydymo kursą, pasižymi žemesniu recidyvo lygiu negu tie, kurie atsisako gydymo arba kuriems nepavyksta jo užbaigti, neįrodo, kad tam tikra intervencija yra efektyvi. Teigiama, kad tokie tyrimai tiesiog padeda atskirti labiau motyvuotus, socialiai orientuotus pažeidėjus, tokiu būdu greičiau vertinami požiūriu ir nuostatų kintamieji, o ne gydymo poveikis [35].

Egzistuoja ir kitų aspektų, apsunkinančių lytinių nusikaltėlių gydymo efektyvumo tyrimą. Akivaizdu, kad jeigu tam tikras gydymas veikia, jis turbūt veikia tik tam tikrus, bet ne visus pažeidėjų tipus (pavyzdžiui, priemonės, tinkančios vaikų tvirkintojams, nebūtinai bus efektyvios prievartautojams). Tačiau daugelyje, tiksliau beveik visose studijose pažeidėjams

skiriamas vienodas gydymas. Egzistuoja duomenų, kurie rodo, kad gydymas faktiškai gali padidinti asmenų, turinčių rimtų psichopatinių sutrikimų, recidyvo riziką.

Tyrimai, kurių rezultatai rodydavo teigiamą poveikį gydant lytinius nusikaltėlius, neretai buvo naudojami siekiant pagrįsti, kad gydymas yra efektyvus mažinant pažeidėjų priklausančių aukštesnei rizikos grupei, recidyvo rodiklius. Tačiau jau buvo minėta, kad, pavyzdžiui, ambulatorinėms programoms gydytojai linkę rinktis labiau motyvuotus ir mažiau smurtauti linkusius pažeidėjus, kurie apskritai gali priklausyti mažesnės recidyvo rizikos grupei. Dėl visų šių veiksnių mažai yra žinoma apie tai, kokie gydymo būdai yra efektyvūs ir ar apskritai jie yra efektyvūs.

Kita su iš įkalinimo įstaigų išleistų lytinių nusikaltėlių tęstiniais tyrimais susijusi problema ta, kad, nors visuomenė linkusi manyti priešingai, lytinių nusikaltėlių recidyvo lygis yra gana žemas, ir didžioji dalis rodiklių siekia mažiau kaip 20 proc. R. K. Hansono ir M. T. Bussiere'o 1998 metų metaanalizė parodė, kad lytinių nusikaltėlių penkerių metų pakartotinių pažeidimų rodiklis siekia 13,4 proc., t. y. jis yra mažesnis, negu mano daugelis visuomenės narių, bei mažesnis palyginti su bendruoju recidyvo rodikliu. Kitas tyrėjas H. E. Barbaree vidutiniškai 5,9 metų stebėjo 477 pilnamečius lytinius nusikaltėlius ir nustatė, kad pakartotinai seksualinio pobūdžio nusikaltimą padarė 11,3 proc. asmenų. Pastebima ir tai, kad ne apie visus lytinius nusikaltimus yra pranešama arba ne visi jie gali būti identifikuoti. Taigi tikrasis recidyvo lygis, turbūt, yra aukštesnis. Tačiau daugelis tyrėjų, skaičiuodami recidyvo rodiklius, apsiriboja panaudodami areštų ir (arba) apkaltinamųjų nuosprendžių statistika. Remiantis H. E. Barbaree apskaičiavimais, esant įprastai nedideliems pakartotinių pažeidimų rodikliams ir gana sėkmingam gydymui, kad galėtume daryti patikimas išvadas apie gydymo efektyvumą, reikėtų atlikti 1000 subjektų tęstinį tyrimą, truksiantį 10 metų [35].

Vis dėlto reikėtų pripažinti, kad yra tyrimų, pavyzdžiui, metaanalizės, kurie parodė reikšmingą, nors ir nedidelį, gydymo poveikį. Tačiau kritikai iškelė rimtų tokių tyrimų metodologinių problemų. Netgi tyrėjai, kurie iš pradžių pritarė lytinių nusikaltėlių gydymo efektyvumui, dabar priėjo prie išvados, kad nėra patikimų įrodymų, bylojančių, kad lytinių nusikaltėlių gydymas mažina recidyvą. Netgi tyrimai, kuriuose buvo taikoma tikslesnė metodologija, neįstengė vienareikšmiškai įrodyti teigiamo gydymo poveikio.

Vienas didesnio masto tyrimų buvo atliktas Kanadoje XX a. devintajame dešimtmetyje. Kanados pataisos tarnyba įvedė kassavaitines bendruomenines gydymo sesijas visiems lytiniams nusikaltėliams, kurie buvo išleisti Ramiojo vandenyno regione. Šis politinis pokytis suteikė galimybę tyrėjams palyginti kohortas pažeidėjų, kuriems buvo taikomas gydymas, su tais, kurie buvo išleisti prieš šį sprendimą ir kuriems gydymo kursas taikomas nebuvo. Vidutiniškai po 12 metų trukusio tęstinio tyrimo nebuvo nustatyta jokių reikšmingų skirtumų tarp seksualinio, smurtinio arba bendrojo recidyvo rodiklių [35]. Taigi netgi mokslininkai, tikintys, kad lytinių nusikaltėlių gydymas gali būti efektyvus (manoma, kad kognityviniai-bihevioristiniai gydymo metodai įrodė esantys efektyviausi), pripažino, kad gydymas ne visada pasiteisina taikant jį lytiniams nusikaltėliams.

TEISINĖS CHIRURGINĖS KASTRACIJOS UŽ LYTINIUS NUSIKALTIMUS TAIKYMO GALIMYBĖS LIETUVOJE

1998 m. spalio 2 d. Lietuvos Respublikos Seimas ratifikavo Europos konvenciją prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą. Konvencijos nuostatos Lietuvoje įsigaliojo 1999 m. kovo 1 d. Remiantis minėtos konvencijos 1 straipsniu, Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą (toliau – Komitetas) „turi inspektavimo pagrindais iširti asmenų, iš kurių atimta laisvė, priežiūrą, siekdamas, jei reikia, sustiprinti tokių asmenų apsaugą nuo kankinimo ir kitokio žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio ir baudimo“ [2].

Čekijoje yra įteisinta chirurginė kastracija, ir Komitetas tyrė chirurginės kastracijos taikymo praktiką Čekijoje, taip pat pasisakė dėl tokios priemonės atitikimo žmogaus fundamentinėms teisėms – teisei nebūti kankinamam, nepatirti žiauraus, nežmoniško ar žeminančio elgesio ar baudimo. Komitetas 2006 m. kovo-balandžio mėnesiais periodinių vizitų į Čekijos Respubliką metu išreiškė susirūpinimą dėl chirurginės kastracijos taikymo lytinius nusikaltimus padariusiems asmenims. Čekijos atsakas į Komiteto išreikštas abejones, Komiteto nuomone, nebuvo tinkamas, todėl Komitetas nusprendė atlikti detalesnį tyrimą, kuris vyko 2008 m. kovo-balandžio mėnesiais. Komitetas detalai tyrė chirurginės kastracijos taikymą sėklidžių puplektomijos būdu Čekijos Respublikoje. Baigęs tyrimą Komitetas priėmė vizito į Čekijos Respubliką 2008 m. kovo 25 d. – balandžio 2 d. ataskaitą Čekijos vyriausybei [54].

Komitetas konstatavo, kad chirurginė kastracija reiškia negrįžtamą vaisingumo praradimą. Žinomi kastracijos šalutiniai padariniai: ilgai dėl kastracijos gali išsivystyti osteoporozė, depresija, pasikeitęs fizinis išvaizda – sumažėjęs plaukuotumas, riebi oda, krūtinės audinio formavimasis. Pažymėtina, kad kastruoto žmogaus testosterono kiekį organizme galima atstatyti varojant hormoninę priemonę – testosteroną [54].

Čekijoje už bet kokią lytinį nusikaltimą nuteistam asmeniui, kuris yra nepakaltinamas ar ribotai pakaltinamas, teismas gali skirti apsauginį gydymą hospitalizuojant psichiatrinėje ligoninėje. Asmens, kuriam skiriamas toks gydymas, sutikimo nereikia. Apsauginis gydymas hospitalizuojant psichiatrinėje ligoninėje paprastai skiriamas atlikus bausmę (bausmės vykdymo laikotarpiu laisvės atėmimo vietose asmenys paprastai nėra gydomi), nors gali būti skiriamas ir iš karto. Apsauginis gydymas gali trukti iki dvejų metų. Teismo sprendimu apsauginis gydymas gali būti pratęstas dar dvejim metams. Jei teismas mano, kad išleistas į laisvę asmuo gali kelti pavojų visuomenei, pasibaigus apsauginio gydymo terminui, gali būti nustatyta priežiūra laisvėje ne ilgiau kaip penkerius metus. 2009 m. įsigaliojusiam Teismo sulaikymo akte numatoma, kad jei paskirtas apsauginis poveikis nepakankamai apsaugos visuomenę, atsižvelgiant į asmens psichinę būklę ir galimybes paveikti asmenį, asmuo gali būti laikomas psichiatrinėje ligoninėje ir iki gyvos galvos. Psichiatrinėse ligoninėse paprastai asmenims taikoma cheminė kastracija. Chirurginės kastracijos Čekijoje reguliuojamos 1966 metų Žmonių sveikatos įstatymu. Chirurginės kastracijos taikymo sąlygos, atsižvelgiant į tai, kas tvirtina kastraciją, yra griežtai suformuluotos [32]. Chirurginė kastracija Čekijoje gali būti atliekama, jei yra šios sąlygos:

1. Asmens prašymas, kad jis būtų kastruotas.
2. Asmens, kuriam taikoma kastracija, konsultavimas, taip pat šalutinių reiškinių išaiškinimas.
3. Kastracija turi būti patvirtinta ekspertų tarybos, susidedančios iš teisininko ir mažiausiai dviejų gydytojų – šios srities specialistų, tai pat dar iš dviejų medikų, kurie gali būti nesusiję su medicinine intervencija.
4. Kastracija taikoma suaugusiam vyrui, kuris pavojingas visuomenei dėl mediciniškai patvirtinto polinkio daryti lytinius nusikaltimus⁵ arba kuris kenčia nuo seksualinių deviacijų.

Dažnai nurodoma, kad, taikant fizinę kastraciją, recidyvas yra labai nedidelis. Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą pabrėžė, kad nusikaltimų užkardymo priemonės niekada negali būti grindžiamos tik efektyvumo kriterijumi [54, punktas 41].

Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą chirurginę kastraciją laiko invazine negrįžtama luošinančia priemone, atimančia vyro reprodukcinę galimybes bei sukeliančia rimtų fizinių ir psichinių padarinių. Ji nesuderinama su tarptautiniais standartais, t.y. fundamentinėmis žmogaus teisėmis. Chirurginės kastracijos, kaip gydymo priemonės, nepripažįsta Tarptautinė lytinių nusikaltimų gydymo asociacija. Tokia kastracija tarptautinėje bendruomenėje nebėra laikoma priimtiniu gydymo metodu [54, punktas 43]. Todėl chirurginė kastracija pažeistų Jungtinių Tautų Organizacijos konvenciją prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ar baudimą [4], taip pat Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvių konvencijos 3 straipsnį [3].

Lietuvos Respublikos Konstitucijos 21 straipsnio 3 dalyje suformuluotas draudimas žmogų kankinti, žaloti, žeminti jo orumą, žiauriai su juo elgtis, taip pat nustatyti tokias bausmes [1]. Chirurginės kastracijos taikymas pažeistų šią konstitucinę nuostatą. Be to, Lietuvos Respublikos Konstitucinis Teismas yra pažymėjęs, kad kai susiduria du žiaurumo atvejai – nusikaltimo žiaurumas ir bausmės (šiuo atveju, chirurginės kastracijos) žiaurumas, nusikaltimo žiaurumas savaime neatsveria taikomos bausmės žiaurumo. Be to, Konstitucinis Teismas akcentavo, kad „nuolatos kartojami žiaurumo aktai negali nedaryti įtakos visos visuomenės socialinei psichologinei būsenai, taip pat ir pakantumo nuolatiniam žiaurumui ugdymui“ [6].

TEISINĖS CHEMINĖS KASTRACIJOS UŽ LYTINIUS NUSIKALTIMUS TAIKYMO GALIMYBĖS LIETUVOJE

Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą suformulavo reikalavimus, kurių turi laikytis valstybės, taikydamos cheminę kastraciją:

- 1) cheminė kastracija gali būti taikoma tik asmeniui sutikus;
- 2) asmuo turi būti informuotas apie cheminės kastracijos poveikį, nepageidaujama šalutinį poveikį;
- 3) asmuo bet kada gali atsisakyti, kad jam būtų taikoma cheminė kastracija;

⁵ Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį nežmonišką ar žeminantį elgesį ar baudimą pažymėjo, kad, nepaisant Čekijos atstovų teiginių, kad chirurginė kastracija buvo išskirtinė priemonė, chirurginė kastracija buvo taikoma ir ne smurtinius seksualinius nusikaltimus padariusiems asmenims.

- 4) cheminę kastraciją galima skirti tik tokiam asmeniui, kuris individualiai psichiatriškai ir mediciniškai ištiriamas;
- 5) cheminė kastracija turi būti taikoma su kitais gydymo metodais: psichoterapija, kitomis konsultavimo formomis, kurios padėtų užkirsti kelią nusikaltimų recidyvui;
- 6) cheminės kastracijos taikymas neturi būti sąlyga paleidžiant lytinius nusikaltimus padariusius asmenis į laisvę [54, punktas 25].

Taigi Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą numato, kad cheminė kastracija paprastai gali būti taikoma tik asmeniui sutikus.⁶

Atkreiptinas dėmesys, kad asmuo, visiškai suvokiantis savo veiksmus ir galintis juos valdyti, padaręs lytinius nusikaltimus prieš vaikus, priverstinai negydomas, o jam skiriama bausmė (arba jis atleidžiamas nuo baudžiamosios atsakomybės ar bausmės). Žmogus paprastai kontroliuoja savo lytinį potraukį, o jei padaro lytinį nusikaltimą prieš vaiką, turi už jį atsakyti, t. y. tokiam asmeniui paprastai turi būti skiriama bausmė (arba jis atleidžiamas nuo baudžiamosios atsakomybės ar bausmės). Jei asmeniui sunkiai sekasi kontroliuoti savo lytinį potraukį, jis gali kreiptis į psichiatrą ir endokrinologą pagalbos ir jam pagalba turėtų būti suteikta. Pabrėžtina, kad cheminės kastracijos taikymas yra efektyviausias tiems pedofilams, kurie pripažįsta, kad padarė nusikaltimą dėl lytinio potraukio, kurio negalėjo kontroliuoti, ir nori gydytis cheminės kastracijos būdu [29, p. 312, 313]. JAV praktikoje žinomi atvejai, kai atliekantys laisvės atėmimo bausmę asmenys, padarę lytinius nusikaltimus, patys pasiprašė būti kastruojami [32, p. 428, 431]. Neatmetama, kad tokia galimybė gali pasitaikyti ir Lietuvoje. Pažymėtini tokie savanoriško gydymo cheminės kastracijos būdu sunkumai Lietuvoje:

1. Literatūroje paprastai minimas vaistas „Depo-Provera“. Šis vaistas yra registruotas Lietuvos Respublikoje, tačiau tarp terapinių indikacijų nėra numatytas iškrypusio lytinio potraukio slopinimas [51]. Taigi taikyti savanorišką cheminę kastraciją naudojant vaistą „Depo-Provera“ yra neteisėta. Norint iškrypusį lytinį potraukį gydyti „Depo-Provera“, preparato charakteristikos (terapinių indikacijų) pakeitimus turi inicijuoti farmacinė kompanija.

2. Lietuvoje žinomi du vaistai, skirti iškrypusiam vyrų lytiniam potraukiui mažinti – „Androcur“ (ciproteronas) [49] ir „Cyproplex“ (ciproterono acetatas) [50]. Tai receptiniai vaistai, kurių bazinė kaina yra 120,73 LT. Šie vaistai nekompensuojami [9]. Gydant vyrus šiais vaistais mažėja lytinis potraukis ir pajėgumas, slopinama lytinių liaukų veikla. Nutraukus vaisto vartojimą šios funkcijos atsistato. Gydant reikia reguliariai tirti kepenų ir antinksčių veiklą bei eritrocitų skaičių. Kaip ir gydant kitais antiandrogeniniais vaistais, ilgai trunkantis androgenų slopinimas, gydant vaistu „Androcur“, vyrams gali sukelti osteoporozę.

Taigi savanoriškos cheminės kastracijos atveju didesnių teisinių problemų nekyla ir, manytume, kokių nors teisės aktų, iš jų ir sveikatos teisės aktų, keisti nereikėtų. Iškrypęs vyro

lytinis potraukis yra psichinės sveikatos sutrikimas, kuriam esant, ir pačiam asmeniui kreipiantis į gydytojus, kaip ir esant bet kuriam kitam sveikatos sutrikimui, turėtų būti suteikta pagalba. Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme numatyta, kad „Pacientai turi teisę į priimtina, prieinamą ir tinkamą sveikatos priežiūrą“ [7, 10 straipsnis]. Sveikatos apsaugos ministro patvirtintoje gydymo normoje *Gydytojas psichiatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė* numatyta, kad gydytojas psichiatras turi mokėti diagnozuoti ir gydyti seksualinio pasirinkimo sutrikimus [8, punktas 12.4.7.6.].

Norint atsakyti į klausimą, ar Lietuvoje gali būti taikoma nesavanoriška cheminė kastracija, pirmiausia reikia pasigilinti į lytinių nusikaltimų prieš vaikus prigimtį ir teisinius padarinius. Lytiniai nusikaltimai prieš vaikus gali būti padaromi asmenų, neturinčių psichikos sutrikimų ar turinčių psichikos sutrikimų, nesusijusių su galimybe kontroliuoti savo lytinį potraukį, ir asmenų, kurie yra pedofilai. Remiantis Tarptautine ligų klasifikacija (TLK 10), pedofilija priskiriama prie psichikos sutrikimų (kodas F 65.4) [31, p. 255]. Taigi būtina atskirti pedofilų lytinius nusikaltimus, atliekamus prieš vaikus, nuo kitų asmenų padaromų lytinių nusikaltimų prieš vaikus. Asmenys, padarę lytinius nusikaltimus prieš vaikus ir nesantys pedofilai, paprastai turi būti tik baudžiami (arba atleidžiami nuo baudžiamosios atsakomybės ar bausmės). Pedofilijos atveju, viena vertus, teisė neteisėtus seksualinius veiksmus prieš vaikus laiko nusikalstama veika, už kurią turi būti skiriama bausmė. Kita vertus, medicininio požiūriu, pedofilija turi būti gydoma, nes tai yra liga [29]. Pedofilai turėtų būti gydomi psichikos sutrikimus gydančių gydytojų (psichiatrų seksologų). Taigi, viena vertus, pedofilui turėtų būti skiriama bausmė už lytinės nusikalstamos veikos prieš vaikus padarymą, kartu jis turėtų būti gydomas nuo psichikos sutrikimo – pedofilijos. Lietuvos teismų praktikoje pedofilai nepripažįstami nepakaltinamais, nes manoma, kad jie gali kontroliuoti savo seksualinį elgesį. Jie taip pat paprastai nepripažįstami ir ribotai pakaltinamais.⁷ Manoma, kad jei nenustatoma kokių nors kitų papildomų psichikos sutrikimų, asmuo yra pakaltinamas. Tokių teismų ir psichiatrų požiūri⁸ į pedofilus, kai neužtenka vien pedofilijos psichikos sutrikimo (kodas F 65.4), o reikia nustatyti dar papildomų psichikos sutrikimų, kaip pripažįsta ir patys tyrimo autorių kalbinti psichiatrai, lemia ir visuomenės nuomonė, kuri yra itin negatyvi tokių asmenų atžvilgiu.

Jei vis dėlto pedofilas dėl jam diagnozuotos pedofilijos būtų pripažintas ribotai pakaltinamu, už mažamečio tvirkinimą (Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso (toliau – BK) 153 straipsnis), remiantis BK 18 straipsnio 2 dalimi, jis galėtų būti švelniau baudžiamas arba jis galėtų būti atleidžiamas nuo baudžiamosios atsakomybės, arba jam galėtų būti taikomos priverčiamosios medicinos priemonės. Taigi įstatymas numato alternatyvą: pedofilą švelniau bausti arba atleisti nuo baudžiamosios atsakomybės, arba priverstinai gydyti. Ribotai pakaltinamas pedofilas, kuris išžagino mažametį (BK 149 straipsnio 4 dalis) arba seksualiai prievartavo mažametį (BK 150 straipsnio 4 dalis), remiantis BK 18 straipsnio 3 dalimi, gali būti tik švelniau baudžiamas. Taigi sunkius ir labai sunkius nusikaltimus

⁶ Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų elgesį nurodė, kad jis detalai netyrė antiandrogenų skyrimo praktikos Čekijos Respublikoje, vis dėlto, apskritai, anot Komiteto, antiandrogenų skyrimo praktika turi būti grindžiama nurodytais principais.

⁷ Vilniaus apygardos teismo byloje mažametės seksualinį prievartavimą ir išžagininimą padaręs nepilnametis teismo buvo pripažintas ribotai pakaltinamu ne todėl, kad jis pedofilas (tai ir nebuvo aiškinamasi), o dėl konstatuoto organinio asmenybės sutrikimo [37].

⁸ Medicininį nepakaltinamumo ir riboto pakaltinamumo kriterijų konstatuoja psichiatrai.

prieš vaikus padaręs pedofilas gali būti tik baudžiamas, o ne gydomas. Kaip minėta, lytinių nusikaltimų prieš vaikus prevencijos požiūriu vien baudimas yra neefektyvus. Baudimas turi būti derinamas su gydymu. Tokia logiška išvada darytina ir dėl jau minėto pedofilų padaromų lytinių nusikaltimų prieš vaikus pobūdžio – psichinis sutrikimas ir neteisėta, baudžiamąją atsakomybę užtraukianti veika. Manytume, tikslinga BK 18 straipsnio 3 dalį papildyti ir numatyti, kad asmuo, padaręs sunkų ar labai sunkų nusikaltimą ir teismo pripažintas ribotai pakaltinamu, atsako pagal baudžiamąją įstatymą, tačiau jam bausmė gali būti švelninama remiantis šio kodekso 59 straipsniu ir jam gali būti taikomos priverčiamosios medicinos priemonės.

Apibendrinus, pagal galiojančius teisės aktus pedofilui, pripažintam ribotai pakaltinamu, už nesunkų nusikaltimą – mažamečio asmens tvirkiniimą – gali būti taikoma nesavanoriška cheminė kastracija. Už sunkiausių lytinius nusikaltimus prieš vaikus – išžaginimą ir seksualinį prievartavimą ribotai pakaltinamam asmeniui gali būti skiriama tik švelnesnė bausmė.

Kadangi ribotai pakaltinamas asmuo, padaręs sunkų ir labai sunkų nusikaltimą, iš esmės yra pakaltinamas, tik jo gebėjimas suvokti savo veiksmų pavojingumą ir juos valdyti yra sumažėjęs, jam skirtina bausmė. Tačiau dėl asmens riboto pakaltinamumo ji gali būti švelninama. Norėtume atkreipti dėmesį, kad šioje ataskaitoje siūlomuose BK 18 str. 3 dalies pakeitimuose siekiama nustatyti tokią tvarką, kai ribotai pakaltinamam asmeniui priverčiamosios medicinos priemonės gali būti skiriamos ir kartu su bausme. Pažymėtina, kad toks tyrimo autorių siūlomas reglamentavimas yra žinomas ir kitų valstybių baudžiamųjų įstatymų. Antai, Rusijos Baudžiamojo kodekso 22 straipsnis numato, kad „Pakaltinamas asmuo, kuris darydamas nusikaltimą dėl psichikos sutrikimo ne visiškai galėjo suprasti savo veiksmų (neveikimo) faktinį pobūdį ir visuomeninį pavojingumą arba ne visiškai galėjo valdyti savo veiksmus, traukiamas baudžiamojon atsakomybėn. Į psichinį sutrikimą, nešalinantį pakaltinamumo, teismas atsižvelgia skirdamas bausmę ir jis gali būti kaip pagrindas paskirti priverčiamąsias medicinos poveikio priemones“.⁹ Kokias priemones teismas taikys, – ar tik švelnesnę bausmę ar ir švelnesnę bausmę ir priverčiamąsias medicinos priemones, – priklauso nuo nusikaltimo pavojingumo pobūdžio ir laipsnio, asmens, padariusio nusikaltimą, psichikos sutrikimo sunkumo, ir visų kitų bylos aplinkybių. Asmuo, kuris padarė sunkų ar labai sunkų lytinį nusikaltimą prieš vaiką, ir kuris pripažintamas ribotai pakaltinamu, pavyzdžiui, dėl asmenybės sutrikimų, tačiau nėra pedofilas, galėtų būti tik švelniau baudžiamas. Įkalinimo įstaigoje jam galėtų būti taikoma terapijos programa asmenims, padariusiems lytinius nusikaltimus prieš vaikus SeNAT [45]. Asmuo, padaręs sunkų ir labai sunkų lytinį nusikaltimą prieš vaiką, kuris pripažintas ribotai pakaltinamu ir kuriam diagnozuota pedofilija, atsižvelgiant į visas bylos aplinkybes, nusikaltimo pavojingumą visuomenei, galėtų būti ir baudžiamas ir gydomas. Jei baudimas skiriamas kartu su gydymu, gydymas turėtų būti taikomas įkalinimo vietose esančiose psichiatrijos įstaigose¹⁰.

⁹ Šią nuostatą Rusijos Baudžiamojo kodekso komentarų autoriai aiškina taip: „ribotas pakaltinamumas gali būti kaip pagrindas nustatant nuteistojo laisvės atėmimo bausmę laikymo įkalinimo įstaigoje režimą, paskyrus priverčiamąsias medicinos poveikio priemones, skiriamas su bausme“; „teismas gali kartu su bausme, o taip pat atleidęs nuo baudžiamosios atsakomybės, paskirti priverčiamas medicinos poveikio priemones“ [23, p. 90], [22, p. 33].

¹⁰ Psichiatrijos skyrius yra laisvės atėmimo vietų liginėje, esančioje Vilniuje. Pasak tyrimo autorių kalbintų Kalėjimo departamento darbuotojų, psichiatras turėtų būti kiekvienoje įkalinimo įstaigoje, tačiau dėl lėšų stygiaus ir specialistų stokos dabartiniu metu Lietuvos įkalinimo įstaigoje yra tik trys psichiatrai

Asmuo, padaręs sunkų ir labai sunkų lytinį nusikaltimą prieš vaiką ir pripažintas nepakaltinamu, bei kuriam diagnozuota pedofilija, turėtų būti priverstinai gydomas (taip pat ir vaistais, slopinančiais iškrypusį lytinį potraukį).

Nors asmeniui taikoma cheminė kastracija yra medicininė priemonė, pagal žmogaus teises varžantį pobūdį ji prilygsta bausmei.¹¹ Todėl tokios priemonės taikymas yra itin opus žmogaus teisių požiūriu. Kaip minėta, Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą numato, kad paprastai cheminė kastracija gali būti taikoma asmeniui sutikus, o priverčiamosios medicinos priemonės pagal BK taikomos neatsižvelgus į asmens, kuriam jos taikomos, valią. Kaip jau minėta, remiantis galiojančio BK nuostatomis, cheminė kastracija pedofilams galima už mažamečio asmens tvirkiniimą, tai yra už nesunkų nusikaltimą, tačiau dėl cheminės kastracijos ypatingo pobūdžio (tai ir gydymo priemonė ir pagal žmogaus teises varžantį pobūdį prilygstanti bausmei priemonė) ji turėtų būti taikoma išimtiniais atvejais, tai yra tik už sunkius ir labai sunkius lytinius nusikaltimus. Taigi priverčiamosios medicinos priemonės pedofilams, kurios pasireikštų cheminės kastracijos taikymu, gali būti pateisinamos siekiant apsaugoti visuomenę ir potencialias aukas tik nuo sunkių ir labai sunkių nusikaltimų. Pažymėtina, kad kokias gydymui skirtas priemones taikyti, sprendžia gydytojai psichiatrai ir endokrinologai. Taikyti cheminę kastraciją ar jos netaikyti konkrečiam pacientui, turi spręsti gydytojas psichiatras ir endokrinologas. Manytume, kad Lietuvos Respublikos Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme turėtų būti įtvirtinta nuostata, kad medikamentai, skirti iškrypusiam lytiniam potraukiui slopinti, gali būti skiriami tik paciento sutikimu, išskyrus atvejus, kai padarytas sunkus ar labai sunkus lytinis nusikaltimas ir asmeniui diagnozuota pedofilija ar kitoks psichikos sutrikimas, dėl kurio asmuo negali ar ne visiškai gali kontroliuoti savo lytinio potraukio.

Lytinius nusikaltimus padariusių asmenų nesavanoriškas gydymas psichiatrinėje liginėje kaip kovos su lytiniais nusikaltimais sprendimo būdas yra numatytas ir JAV priimant vadinamuosius seksualiai smurtinių pažeidėjų įstatymus. Šie įstatymai paprastai taikomi seksualiniams sadistams ir pedofilams. Gydymas psichiatrinėje liginėje taikomas atlikus bausmę. Paprastai numatomos tokios priverstinio gydymo sąlygos [16, p. 142, 143], [13, p. 588]:

1. Asmuo turi būti padaręs seksualinės prievartos nusikaltimą.
2. Asmuo turi psichikos sutrikimą – „asmenybės sutrikimą“. Nustatyti visiško negalėjimo kontroliuoti save nebūtina, užtenka, kad asmeniui sunku kontroliuoti savo lytinį elgesį, dėl ko jis gali daryti smurtinius lytinius nusikaltimus.
3. Asmens psichinė būseną gali lemti tai, kad jis darys smurtinius lytinius nusikaltimus.

Apibendrinus pažymėtina, kad priverstinė cheminė kastracija galėtų būti taikoma išimtiniais smurtinių lytinių nusikaltimų atvejais, kurie nulemti patologinio negalėjimo kontroliuoti savo lytinį potraukį.

– du laisvės atėmimo vietų liginės psichiatrijos skyriuje ir vienas Lukiškių kalėjime.

¹¹ Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį nežmonišką ar žeminantį elgesį ar baudimą pažymėjo, kad asmenys be sutikimo hospitalizuojami psichiatrinėje liginėje. Preventyvus gydymas be asmens sutikimo laikomas kaip kriminalinė priemonė, taikoma asmeniui.

ASMENŲ, PADARIUSIŲ LYTINIUS NUSIKALTIMUS PRIEŠ VAIKUS, REABILITACIJA LIETUVOS ĮKALINIMO ĮSTAIGOSE

Remiantis Kalėjimų departamento 2006 m. pradžioje surinktais duomenimis, pataisos įstaigose atlieka bausmę 170 asmenų, nuteistų pagal BK 149 straipsnio 3 ir 4 dalis, 150 straipsnio 3 ir 4 dalis, 151 straipsnio 2 dalį, 153 straipsnį.

Remiantis Bausmių vykdymo kodekso 3 skirsniu [5] ir Pataisos įstaigų vidaus tvarkos taisyklių 25 skyriumi [11], turi būti vykdomos nuteistųjų socialinės rehabilitacijos programos. Pataisos įstaigose vykdomos ir kitos su Kalėjimų departamentu suderintos programos. 2008 m. balandžio 24 d. Lietuvos Respublikos Vyriausybės nutarimu buvo patvirtinta Nacionalinė smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2008–2010 metų programa. Vadovaudamasis minėtu Vyriausybės nutarimu, Kalėjimų departamentas užsakė sukurti specialią terapijos programą asmenims, padariusiems lytinius nusikaltimus prieš vaikus. Jai suteiktas pavadinimas SeNAT. Ši programa jau dvejus metus taikoma Alytaus ir Pravieniškių 2-uosiuose pataisos namuose. Programa SeNAT remiasi kognityvinės elgesio terapijos principais: siekiama keičiant mąstymo schemas keisti nusikaltusių asmenų elgesį. Programą vykdo psichologai įkalinimo įstaigoje. Apskritai rehabilitacijos programų vykdymas pataisos įstaigose grindžiamas trimis principais: individualizavimo, savanoriškumo ir viešumo (visuomenės dalyvavimas). Kitaip tariant, visų pirma, programa turėtų būti skirta tam tikrai asmenų kategorijai ir priklausomai nuo individui poreikių vykdoma grupėse arba individualiai. Pats dalyvavimas programose yra savanoriškas, t. y. asmenys gali būti įtraukti į šias programas tik jiems patiems pageidaujant. Viešumo principas užtikrinamas kviečiant užsiėmimuose dalyvauti įvairių organizacijų specialistus. Programose dažniausiai numatyti 4–6 užsiėmimai, kurie vyksta grupėmis ir organizuojami diskusijų, paskaitų, seminarų, išvykų ir kt. forma.

Taip pat, remiantis Kalėjimų departamento ir jam pavaldžių įstaigų bei valstybės įmonių 2008 metų veiklos ataskaita, Kalėjimų departamentas pagal Nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams programą parengė metodinės rekomendacijas dėl lytinius nusikaltimus padariusių asmenų terapijos laisvės atėmimo įstaigose. Taip buvo įsigytos seksualinės rizikos vertinimo metodikos SVR-20 adaptavimo paslaugos bei organizuojami laisvės atėmimo vietų ir pataisos inspekcijų psichologinių tarnybų specialistų mokymai. Be to, atliekamas asmenų, nuteistų už seksualinės prievartos nusikaltimus prieš vaikus, įvertinimas pagal STATIC-99 metodiką. Tai labiausiai taikoma seksualinių nusikaltėlių elgesio rizikos įvertinimo priemonė pasaulyje ir yra plačiai naudojama JAV, Kanadoje, Didžiojoje Britanijoje, Australijoje ir daugelyje Europos šalių [57].

Pažymėtina, kad įkalinimo įstaigose trūksta psichologų, ypač klinikinų psichologų. Iš viso įkalinimo įstaigose Lietuvoje dirba 33 psichologai, iš jų tik 3 klinikiniai psichologai. Lietuvos įkalinimo įstaigose dirba tik 3 psichiatrai. Manytume, reikalinga stiprinti teikiamą terapinę psichologinę pagalbą nuteistiesiems, stiprinant psichologinių tarnybų plėtrą įkalinimo įstaigose, pritraukiant daugiau klinikinų psichologų bei psichiatrų, kurie dirbtų prevencinį darbą su lytinius nusikaltimus prieš vaikus padariusiais asmenimis.

Apskritai, esamos sistemos efektyvumo ir pakankamumo

įvertinimas reikalauja išsamesnių tyrimų, vienas kurių galėtų būti nukreiptas į ekspertinę situacijos analizę. Šiame kontekste reikėtų atlikti kokybinius interviu su specialistais, tiesiogiai dirbančiais su nuteistaisiais, kalinčiais už lytinius nusikaltimus.

Specialus lytinius nusikaltimus padariusių asmenų registras

1947 metais JAV Kalifornija tapo pirmąja valstija, kuri iki gyvos galvos pradėjo registruoti lytinius nusikaltimus padariusius asmenis. Lytiniai nusikaltėliai turi registruotis bent kartą per metus arba kai pasikeičia tam tikri jų registracijos duomenys. Be to, 1996 m. priėmus Kalifornijos Megan's įstatymą piliečiai informaciją apie lytinius nusikaltėlius galėjo gauti paskambinę telefonu ar apsilankę atitinkamoje institucijoje ir ten susipažinę su duomenimis. Nuo 2004 m. už kai kuriuos lytinius nusikaltimus nuteisti asmenys skelbiami viešai Teisingumo departamento interneto tinklalapyje <http://www.meganslaw.ca.gov>.

Remiantis Kalifornijos baudžiamojo kodekso 290.46 straipsniu, interneto tinklalapyje lytiniai nusikaltėliai skiriami į dvi grupes. Pirmą, „tikslaus adreso“ grupę: už sunkiausių lytinius nusikaltimus, tarp jų ir už prievartinius seksualinius veiksmus, ir kai seksualiai išnaudojamas asmuo iki 14 metų amžiaus, nuteisti asmenys. Pirmai grupei priklausančių asmenų adresai yra konkrečiai nurodomas interneto tinklalapyje. Antra, „pašto indekso“ grupę: už lengvesnius nei pirmos grupės lytinius nusikaltimus nuteisti asmenys. Į šią klasifikacinę grupę patenkančių lytinių nusikaltėlių duomenys pateikiami nurodant pašto indeksą ar regioną, bet nenurodant konkretaus adreso. Šiame interneto tinklalapyje lytinių nusikaltėlių galima ieškoti remiantis įvairiais kriterijais: pagal vardą, adresą, miestą, pašto indeksą, apygardą, parką, mokyklą. Per 2008 metus šis interneto tinklalapis aplankė 6,5 milijono vartotojų, buvo pateikta daugiau kaip 151 milijonas užklausų. Lytiniai nusikaltėliai, kurie nepatenka nei į pirmąją „tikslaus adreso“, nei į antrąją „pašto indekso“ grupę, nenurodomi minėtame interneto tinklalapyje, tačiau taip pat turi registruotis. Teisėssaugos institucijos naudojasi panašia kaip ir gyventojams prieinama lytinių nusikaltėlių baze, tačiau teisės saugos institucijoms prieinamos ir papildomos paieškos galimybės (pavyzdžiui, pažeidėjo gimimo data). Kalifornijos Teisingumo departamentas teikia ir mokamą paslaugą, kuria naudojasi darbdaviai, organizacijos, verslo įmonės – jų prašymu patikrinami asmenų sąrašai dėl galimų lytinių nusikaltimų.

Literatūroje nurodoma, kad per pastaruosius dešimtmečius pastebėta tendencija lytinius nusikaltimus padariusius asmenis išskirti iš kitų nusikalstamas veikas padariusių asmenų. Greičiausiai tokio išskyrimo pagrindas yra kartu vartojama psichologinė ir fizinė prievarta prieš auką. Mokslinėje literatūroje nurodomi sunkūs psichologiniai padariniai aukai. Tokių įstatymų, kokie priimti JAV, atsiradimą pirmiausia lėmė prievarta prieš vaikus¹². Pažymėtina, kad lytinių nusikaltimų išskyrimas lėmė ir lytinius nusikaltimus padariusių asmenų konstitucinių teisių ribojimus [16, p. 139].

Norėtume pažymėti galimo lytinių nusikaltimų padariusių asmenų registro teisinę prigimtį. Asmens įrašymas į tokį registrą būtų teistumo už lytinius nusikaltimus, tiesiogiai nesusijusio su baudžiamąja teise, padarinys. Teistumas gali sukelti

¹² Norėtume atkreipti dėmesį, kad JAV, kur lytinius nusikaltimus padariusių asmenų registrai yra populiarūs, registruojami ne tik lytinius nusikaltimus prieš vaikus padarę asmenys, bet visi lytinius nusikaltimus padarę asmenys.

baudžiamuosius teisinius padarinius (tai susiję su nusikalstamos veikos recidyvu) ir kitus tiesiogiai su baudžiamąja teise nesusijusius teisinius padarinius [30, p. 434]. Galimas toks padarinys, reglamentuotas kituose nei baudžiamasis įstatymas teisės akte, yra asmenų, padariusių lytinius nusikaltimus, įpareigojimas registruotis tam tikrą laiką, nurodyti savo gyvenamosios vietos pasikeitimus. Norėtume pabrėžti, kad teistiems asmenims taikomi apribojimai, kurių įvairiuose teisės aktuose ir taip yra nemažai, apsunkina teisto asmens reintegraciją į visuomenę [30, p. 439–444]. Abejotina, ar privalomas lytinius nusikaltimus padariusių asmenų registravimas policijos komisariatuose duotų kokios nors apčiuopiamos prevencinės naudos. Manytume, kad toks registravimas pareikalautų nemažai papildomų biudžeto lėšų, o prevencinė nauda būtų menka. JAV teisinėje literatūroje nurodoma, kad praktikoje lytinių nusikaltėlių registravimo įstatymai prastai veikia, nes policija paprasčiausiai neturi galimybių sekti kiekvieną asmenį ir stebėti, kaip jis laikosi registravimo reikalavimų [13, p. 606].

Nepritariame, kad reikia viešai skelbti apie lytinius nusikaltimus padariusius asmenis. Nors toks skelbimas greičiausiai nepažeistų teisės nebūti baudžiamam žiauriomis bausmėmis, teisės į privataus gyvenimo gerbimą ir lygiateisiškumo teisės [24, p. 602, 603], kyla abejonių, ar tokia priemonė būtų efektyvi. Viešas lytinius nusikaltimus padariusių asmenų registras būtų skirtas tam, kad informuotų apie nepažįstamus galimai pavojingus asmenis, teistus už lytinį nusikaltimą. Tačiau, kaip nurodoma literatūroje, nepažįstami žmonės santykinai kelia menką grėsmę, o dauguma aukų yra viktimizuotos asmenų, kuriuos gerai pažįsta. Be to, viešas skelbimas nepakeičia asmens, teisto už lytinius nusikaltimus, elgesio ir neapsaugo kitų potencialių aukų kitose, nei seksualinio nusikaltėlio gyvenamoji, vietose [24, p. 474]. Viešas lytinių nusikaltėlių registras gali sukelti ir tokius neigiamus padarinius: lytinius nusikaltimus padarę žmonės gali būti nuolat užpuldinėjami, užgauliojami visuomenės, o tai būtų didelis kriminogeninis veiksnys ir paskata tokiam asmeniui vėl nusikalsti. Lytinį nusikaltimą padaręs ir bausmę atlikęs asmuo būtų ne tik nuolat stigmatizuojamas visuomenės, bet ir pats pradėtų perimti jam visuomenės teikiamą statusą – t. y. toks žmogus pradėtų suvokti save taip, kaip jį vertina visuomenė, ir pradėtų vėl atitinkamai nusikalstamai elgtis (antrinė stigmatizacija). Todėl lytinių nusikaltėlių viešas skelbimas iš esmės prieštarauja jų reabilitacijos tikslams [24, p. 474–477]. Pažymėtina ir tai, kad BK XXI skyrius „Nusikaltimai ir baudžiamieji nusižengimai“ žmogaus seksualinio apsisprendimo laisvei ir neliečiamumui numato ir labai skirtingas savo pobūdžiu veikas, antai mažamečio asmens išžaginimas (BK 149 straipsnio 4 dalis) – labai sunkus nusikaltimas, mažamečio asmens tvirkvinimas (153 straipsnis) – nesunkus nusikaltimas. Abejotina, ar viešas skelbimas būtų proporcinga nesunkų nusikaltimą padariusio asmens poveikio priemonė. Taip pat nemažai problemų keltų ir skelbimas apie nepilnamečius, padariusius lytinius nusikaltimus prieš vaikus.

Dabar Lietuvoje egzistuoja bendras [tariamųjų, kaltinamųjų ir teistų asmenų] žinybinis registras, tvarkomas Informatikos ir ryšių departamento prie Vidaus reikalų ministerijos. Šiame registre laikomi duomenys apie asmenis nuo ikiteisminio tyrimo pradžios iki teistumo išnykimo. Jame nėra informacijos apie asmens gyvenamąją vietą. Gyvenamąją vietą teisėsaugos institucijos gali sužinoti Gyventojų registre, jei asmuo yra deklaravęs gyvenamąją vietą. Apie asmens, atlikusio laisvės

atėmimo bausmę, gyvenamąją vietą laisvėje policiją informuoja įkalinimo įstaiga, rašydama pranešimą apie asmens paleidimą iš laisvės atėmimo vietos ir apie tai, kur jis ketina gyventi.¹³ Valstybinė asmens duomenų apsaugos inspekcija, atlikusi patikrinimus keliose įkalinimo įstaigose, konstatavo, kad pataisos įstaigos nenurodė pakankamo teisinio pagrindo, kodėl policijai turi būti pranešama apie asmens, visiškai atlikusio laisvės atėmimo bausmę, gyvenamąją vietą. Kadangi žmogaus teisės ir laisvės gali būti ribojamos įstatymu, svarstyтина, ar nereikia įstatymuose įtvirtinti nuostatos dėl policijos informavimo apie asmenų, visiškai atlikusių laisvės atėmimo bausmę, gyvenamąją vietą. Tokia nuostata policijos pareigūnams sudarytų geresnes sąlygas kontroliuoti lytinius nusikaltimus, o konkrečiai, – lytinius nusikaltimus prieš vaikus, padariusius asmenis ir pasitarnautų efektyvesnei lytinių nusikaltimų prieš vaikus prevencijai.

KITŲ BAUDŽIAMOJO KODEKSO NUOSTATŲ TOBULINIMAS, SIEKIANČI EFEKTYVESNĖS LYTINIŲ NUSIKALTIMŲ PRIEŠ VAIKUS PREVENCIJOS

Lytinius nusikaltimus prieš vaikus padariusių asmenų registras ir viešas skelbimas būtų priemonė, kovojanti su šios problemos socialiniais padariniais, o ne priežastimis. Kovoti su lytinio smurto prieš vaikus priežastimis, kaip buvo aptarta šiame tyrime, galima pasitelkiant efektyvius psichologinius-terapinius metodus. 2008 m. birželio 12 d. Lietuvos Respublikos Seimas priėmė BK pataisas, kuriomis buvo įtvirtinta nauja baudžiamojo poveikio priemonė – dalyvavimas smurtinių elgesį keičiančiose programose (BK 67 straipsnio 2 dalies 7 punktą). Šios poveikio priemonės turinys – teismo įpareigojimas „dalyvauti smurtinių elgesį keičiančiose programose asmenis, padariusius nusikalstamas veikas artimajam giminaičiui ar šeimos nariui“ (BK 72² straipsnis). Dalyvavimas smurtinių elgesį keičiančiose programose gali būti skiriamas ir kartu su bausme (BK 67 straipsnio 3 dalis).

Manytume, būtina išplėsti minėtos baudžiamojo poveikio priemonės turinį ir numatyti, kad teismas gali įpareigoti dalyvauti ne tik smurtinių, bet ir lytinių elgesį keičiančiose programose. Taip pat būtina išplėsti aukų, kurioms padaromi lytiniai ir smurtiniai nusikaltimai, ratą, kitaip tariant, reikia atsisakyti nuostatos, kad įpareigojimas dalyvauti minėtose programose būtų skiriamas tik asmenims, padariusiems nusikalstamas veikas artimajam giminaičiui ar šeimos nariui. BK 75 ir 92 straipsniai suteikia teismui teisę asmeniui, nuteistam už nesunkius ar apysunkius nusikaltimus ne daugiau kaip trejiems metams, o nepilnamečiui, nuteistam už tyčinius nusikaltimus ne daugiau kaip ketveriems metams, atidėti bausmės vykdymą. Atidedamas bausmės vykdymą teismas gali paskirti tam tikrų įpareigojimų. Pavyzdžiui, narkomanui suteikiama alternatyva – arba atlikti laisvės atėmimo bausmę, arba gydytis nuo narkomanijos (75 straipsnio 2 dalies 6 punktą). Lytinį nusikaltimą padariusiam asmeniui analogiško įpareigojimo nėra. Manytume, tikslinga papildyti įpareigojimų, skiriamų atidedant laisvės atėmimo bausmę, sąrašą, numatant papildomą įpareigojimą – dalyvavimą smurtinių ar lytinių elgesį keičiančiose programose. Pažymėtina, kad įpareigojimai, skiriami atidedant laisvės atėmimo bausmės vykdymą, skiriami ir asmenims, kurie lygtinai atleidžiami nuo laisvės atėmimo bausmės prieš terminą. Dalyvavimas

¹³ Teisinis tokio pranešimo pagrindas – Nuteistųjų paleidimo iš laisvės atėmimo vietų parengiamojo darbo instrukcija [10].

smurtinį ir lytinį elgesį keičiančiose programose būtų gera lytinių nusikaltimų prieš vaikus prevencinė priemonė, taikoma lygtinio atleidimo nuo laisvės atėmimo bausmės prieš terminą laikotarpiu. Taip pat tikslinga Bausmių vykdymo kodekse įtvirtintą pareigų, taikomų lygtinai paleistam nuteistajam iš pataisos įstaigos, sąrašą (BVK 157 str. 5 d.) papildyti pareiga – dalyvauti smurtinį ar lytinį elgesį keičiančiose programose.

NUOSPRENDŽIŲ UŽ LYTINIUS NUSIKALTIMUS PRIEŠ VAIKUS PAGRINDINĖS TENDENCIJOS

Atliekant tyrimą buvo išanalizuota 30 atsitiktinių būdu parinktų apylinkės ir apygardos teismų nuosprendžių, kuriuose asmenys buvo nuteisti pagal BK 149 straipsnio 4 dalį (mažamečio išžaginimas), 150 straipsnio 4 dalį (mažamečio seksualinis prievartavimas), 153 straipsnį (mažamečio asmens tvirkinimas). Pažymėtinos tokios bendros tendencijos išanalizuotose bylose:

1. Daugumoje bylų seksualinį nusikaltimą padaręs asmuo ir mažametis buvo pažįstami:
 - a) kaltininkas ir auka buvo draugai, bendramoksliai, pažįstami, paprastai bendraamžiai;
 - b) kaltininkas ir auka buvo šeimos nariai (patėvis ir podukra, tėvas ir sūnus ir pan.);
 - c) kaltininkas ir auka nebuvo šeimos nariai, bet pažinojo vienas kitą, pavyzdžiui, kaltininkas buvo šeimos draugas ir pan.
2. Daugumoje bylų lytinio nusikaltimo padarymas buvo susijęs su alkoholinių gėrimų ar kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimu (pavyzdžiui, klijų uostymas).
3. Teismai paprastai atsižvelgia į bendruosius bausmės skyrimo pagrindus (BK 54 straipsnis):
 - a) minimalią laisvės atėmimo bausmę skiria, kai yra švelninančių aplinkybių, nevartojamas smurtas, kaltininkas ir auka buvo pažįstami ir panašaus amžiaus;
 - b) griežtesnė bausmė skiriama, kai kaltininkas neigia padarytą nusikaltimą, nusikaltimas yra smurtinis, susidedantis ne iš vieno epizodo.

Šios tendencijos leidžia daryti tam tikras išvadas, susijusias su lytinių nusikaltimų prieš vaikus prevencija:

1. Kadangi dauguma lytinės prievartos aukų buvo pažįstami, tai iš esmės nebūtų efektyvus specialus lytinius nusikaltimus padariusių asmenų registras, nes jis nukreiptas informuoti apie asmenis, nesančius tarp aukos pažįstamų, kurie gali padaryti lytinius nusikaltimus prieš vaikus.

2. Kadangi lytinių nusikaltimų prieš vaikus padarymą dažnai lemia alkoholinių gėrimų ar kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimas, efektyvesnė nei cheminė kastracija prevencijos priemonė būtų susijusi su alkoholinių gėrimų ar kitų psichiką veikiančių medžiagų vartojimo mažinimu, gydymu nuo alkoholizmo, narkomanijos, toksikomanijos.

3. Bausmės, skiriamos už lytinius nusikaltimus prieš vaikus, individualizavimas tiesiogiai priklauso nuo įstatymo leidėjo nustatytų sankcijų už lytinius nusikaltimus prieš vaikus. Minimalių laisvės atėmimo terminų didinimas už lytinius nusikaltimus prieš vaikus nėra tinkama priemonė. Ja varžoma teisėjo laisvė geriau individualizuoti ir paskirti teisingą bausmę lytinį nusikaltimą padariusiam asmeniui. Pažymėtina, kad 2000 metų BK buvo laikomasi pozicijos, kad lytinis prievartavimas yra mažiau pavojingas už išžaginimą dėl išžaginimo padarinių – galimo nėštumo. 2004 m. liepos 5 d. įstatyme, kuriuo buvo pakeistas BK, išžaginimo ir seksualinio prievartavimo pagrindinių sudėčių sankcijos buvo sulygintos – numatytas laisvės atėmimas iki septynerių metų,

tuomet konstatuojant, kad paprastas išžaginimas ir paprastas seksualinis prievartavimas savo pavojingumu vienodi. Priėmus baudžiamąjį politinį sprendimą, kad seksualinio prievartavimo pavojingumas prilygsta išžaginimo pavojingumui, svarstyta galimybė sulyginti išžaginimo ir seksualinio prievartavimo sankcijas. Kartu atkreiptinas dėmesys į ketinimus griežtinti sankciją už tvirkinamuosius veiksmus. Norėtume pabrėžti, kad būtinė tvirkinamųjų veiksmų samprata skiriasi nuo teisinės tvirkinamųjų veiksmų sampratos. Teisiškai, remiantis BK, tvirkinamiesiems veiksmams nepriskiriamas lytinis santykiavimas, oralinis, analinis ar kitoks vaginaliniam, oraliniam, analiniam santykiavimui prilyginamas fizinis kontaktas. Tvirkinamieji veiksmai paprastai pasireiškia intelektualiai. Fizinis tvirkinamųjų veiksmų pobūdis negali pasireikšti fiziniu kontaktu, savo intensyvumu atitinkančiu vaginalinį, oralinį ar analinį santykiavimą [25]. Todėl manytume, sankcija už tvirkinamuosius veiksmus yra tinkama, leidžianti priklausomai nuo tvirkinamųjų veiksmų pobūdžio, teisėjui paskirti tinkamą bausmę.

EFEKTYVILYTINIŲ NUSIKALTIMŲ PRIEŠ VAIKUS PREVENCIJA – KOMPLEKSINĖ PREVENCIJA

Kadangi lytiniai nusikaltimai yra daugiadimensinė problema, siekiant vykdyti efektyvią jų prevenciją būtina taikyti kompleksines priemones. Todėl norėtume pabrėžti būtinumą vienodai stiprinti tiek pirminę prevenciją, nukreiptą į visą visuomenę, siekiant apskritai sustabdyti lytinių nusikaltimų pasireiškimo tikimybę; tiek antrinę, nukreiptą į didesnės rizikos grupes (potencialios aukos ir potencialūs pažeidėjai) ir siekiančią užkirsti kelią plisti problemai bei sumažinti nusikaltimo arba viktiminio įvykio riziką; tiek tretinę, orientuotą į lytinius nusikaltimus padariusius asmenis bei jų aukas ir siekiančią užkirsti kelią nusikaltimų recidyvui arba pakartotinai viktimizacijai.

Viena būtinų prevencijos priemonių yra pirminė (bendroji) prevencija (pavyzdžiui, visuomenės švietimas), kadangi ji nukreipta į ilgalaikių rezultatų siekimą ir paliečia asmenybės vertybių, nuostatų ir požiūrių formavimosi lygmenį. Šiuo atveju pirminės prevencijos priemonės turėtų būti nukreiptos į vaikus, tėvus, specialistus bei plačiąją visuomenę. Jos turėtų padėti ugdyti visuomenės supratimą apie lytinių nusikaltimų problemą, jos priežastis ir pasekmes; padėti užtikrinti „sveiką“ vaikų vystymąsi; išmokyti savisaugos įgūdžių ir pan. Taigi svarbu užtikrinti priemonių, padėsiančių panaikinti normas, skatinančias tokių nusikaltimų pasireiškimą visuomenėje ir privačioje erdvėje (pavyzdžiui, šeimoje), įgyvendinimą. Kartu ypatingas dėmesys turėtų būti skiriamas smurto šeimoje problematikai, kaip vienam esminių lytinių nusikaltimų riziką didinančių veiksnių. Iš pirmo žvilgsnio ši prevencijos rūšis iš karto neduoda teigiamų rezultatų, tačiau teigiama, kad ji daugiausia prisideda prie harmoningų visuomeninių santykių vystymo.¹⁴

Kaip nurodo R. E. Freeman-Longo, dvidešimt metų pradirbęs gydytoju konsultantu seksualinės prievartos srityje, lytinis švietimas (angl. *sex education*) yra pamatinis fenomenas, leidžiantis užtikrinti lytinių nusikaltimų, ypač lytinių nusikaltimų prieš vaikus, prevenciją [15]. Minėtas autorius teigia, kad visuomenė nepagalvoja, jog lytinis švietimas

¹⁴ Plačiau apie vykdomo vaikų, tėvų, visuomenės švietimo smurto prieš vaikus prevenciniais klausimais įvertinimą žr. Nacionalinės smurto prieš vaikus ir pagalbos vaikams 2005-2007 metų programos vertinimo ataskaita [48, p. 7-16].

yra priemonė, skirta užkardyti lytinius nusikaltimus prieš vaikus. Būtent čia ir išryškėja emocionalios kriminalizacijos, siekiančios skuboto ir greito atsako į seksualinės prievartos problemą, ir profesionalios kriminologinės nuomonės, paremtos ilgamete praktika ir tyrimais, lytinių nusikaltimų sprendimo srityje skirtumai. R. E. Freeman-Longo nurodo, kad, dirbant su nepilnamečiais asmenimis, padariusiais lytinius nusikaltimus, paaiškėja, kad dauguma jų neturi tinkamos ir adekvačios informacijos apie žmogaus seksualumą. Beje, pats faktas, kad 85 proc. programų, skirtų įvairaus amžiaus asmenims, padariusiems lytinius nusikaltimus, gydyti, lytinį švietimą numato kaip sudedamąją terapinio proceso dalį. Lietuvoje 2007 m. vasario 7 d. Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymu patvirtinta Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programa [12]. Šios programos prevencinėje dalyje numatyta, kad lytinis išnaudojimas yra viena iš prevencinių sričių, diegiamų ikimokykliniame, priešmokykliniame, pradiniam ir viduriniame ugdyme (20 punktas). Atkreiptinas dėmesys, kad tokia seksualinio smurto prevencija mažai efektyvi dėl tokių priežasčių:

1. Nors Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programoje vartojamos sąvokos „seksualinis vaikų išnaudojimas“, „seksualinė prievarta“, „seksualinis priekabiavimas ir smurtas“, „seksualinis išnaudojimas“, šiai problemai neskirta pakankamai dėmesio. Seksualinės prievartos problemos neišskiriamos iš kitų problemų. Manytume, mokinių švietimas, susijęs su seksualine prievarta, turėtų būti prioritetas uždavinys. Minėtoje programoje seksualinė prievarta turėtų būti išskiriama atskirais punktais, akcentuojant jos skaudžius padarinius tolimesniam vaiko vystymuisi. Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos pagrindu parengtoje metodinėje priemonėje „Vaikų ir jaunimo rengimo šeimai programų rengimas“ yra skyrius, skirtas seksualinei prievartai prieš vaikus [36, p. 102-104]. Tačiau seksualinės prievartos problema nagrinėjama tarp daugybės kitų temų ir jos prioritetas gali „pasimesti“. Manytume, tikslinga tobulinant Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programą ir metodinę priemonę „Vaikų ir jaunimo rengimo šeimai programų rengimas“ įtraukti teisininkus, kriminologus, kurie galėtų suteikti papildomų žinių, siekiant užkardyti seksualinį nepilnamečių smurtą.

2. Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programoje nurodoma, kad programa „integruojama į atskirus mokomuosius dalykus, nedidinant Bendruosiuose ugdymo planuose nustatytų dalykui skirtų pamokų skaičiaus“ (31 punktas). Didžiojoje Britanijoje atlikti moksliniai tyrimai dėl lytiškumo ugdymo efektyvumo rodo, kad efektyviausios tos programos, kurioms skiriama atskira pamoka ir akcentuojama pedagogų kompetencijos svarba. Vilniaus pedagoginiame universitete 2008 metais atliktame tyrime „Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo galimybės“ kaip viena rekomendacijų Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijai nurodoma, kad į bendruosius ugdymo planus būtų įtraukta privaloma sveikatos ugdymo pamoka, kuri apimtų visas šiuo metu esančias prevencines ir sveikatinimo programas [53]. Tyrime taip pat nurodoma, kad pusė apklaustų mokyklose dirbančių asmenų atskiros pamokos nebuvimą nurodė kaip problemą, su kuria susiduriama įgyvendinant lytinio ugdymo programą. Į šią rekomendaciją ministerija neatsižvelgė, kas, mūsų manymu, laikytina dideliu trūkumu kartu ir lytinių nusikaltimų prieš vaikus prevencijos srityje.

3. Pažymėtina, kad metodinės priemonės „Vaikų ir jaunimo rengimo šeimai programų rengimas“ nemaža dalis autorių išreiškia katalikų bažnyčios mokymą į lytinį vaikų ugdymą (santykiai su katalikiškais institucijomis net nurodomi šalia autorių pavardžių). Katalikiškas požiūris neretai nesutampa su moderniu pasaulietiniu lytinio ugdymo traktavimu (požiūris į lytinio potraukio valdymą, santuoką ir šeimos modelius, vyriškumo ir moteriškumo sampratą, homoseksualumą). Todėl manytume, kad būtina užtikrinti, jog metodinėje priemonėje apie vaikų lytinį ugdymą būtų išreikšta modernų mokslą atitinkanti pozicija lytiškumo ugdymo klausimu, nesaistoma vienos religijos mokymo. Be to, metodinėje priemonėje bei „Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo galimybių“ ataskaitoje dirbtinai supriešinamas lytiškumo ugdymas su lytiniu švietimu. Neva iškeliamas vertybinis lytiškumo ugdymo aspektas, o iš tikro jo priedanga nuvertinamas vaikų lytinis švietimas.

Siekiant užkardyti lytinius nusikaltimus ne mažiau svarbi yra antrinė prevencija. Šiuo atveju didesnis dėmesys, socialinė kontrolė ir pagalba turėtų būti nukreipti į socialinės rizikos šeimai; vaikus iš iširusių šeimų, globos namų, specialiųjų mokyklų auklėtinius; vaikus iš šeimų, kuriose silpnas emocinis kontaktas su tėvais, dažnai konfliktuojama; vaikus, kurių tėvai išvykę dirbti į užsienį; vaikus, kurie tėvai yra padarę įvairius nusikaltimus; vaikus, bėgančius iš namų, nelankančių mokyklos; vaikus, turinčius elgesio, intelekto vystymosi sutrikimų; vaikus, kurie jau buvo tam tikros smurto rūšies aukomis; vaikus, kurie jau buvo padarę nusikaltimų (ypač smurtinio pobūdžio); vaikus, turinčius problemų dėl svaigiųjų medžiagų vartojimo ir kt. Taip pat daugiau dėmesio turėtų būti skiriama rengiant specialistus, apmokant tėvus ir kartu kitus visuomenės narius atpažinti lytinius nusikaltimus ir į juos tinkamai reaguoti. Svarbu motyvuoti vaikus, šeimos narius ir kitus asmenis pranešti atitinkamoms institucijoms (policijai, Vaikių teisių apsaugos tarnybai, medikams, kt.) apie lytinių nusikaltimų atvejus arba jų tikimybę.¹⁵

Tretinės prevencijos atveju svarbu stiprinti institucijų, teikiančių pagalbą nuo seksualinio smurto nukentėjusioms aukoms, bendradarbiavimą. Didesnis dėmesys turėtų būti skiriamas aukų reabilitacijos programoms, akcentuojant ilgalaikės pagalbos būtinumą. Tačiau siekiant išvengti recidyvo, labai svarbu suteikti atitinkamą reabilitaciją ne tik nusikaltimų aukoms, bet ir nusikaltimus darantiems asmenims.¹⁶ Be abejo, kaip jau buvo minėta ankstesnėse tyrimo ataskaitos dalyse, ne visos gydymo ir elgesio korekcijos priemonės, netgi nepaisant jų aukštos kokybės, vienodai sėkmingai veikia lytinius nusikaltimus padariusius asmenis, todėl būtina taikyti tokių priemonių individualizavimo principą.

Taigi, kalbant apie skirtingų prevencijos tipų efektyvumą, reikėtų pabrėžti, kad efektyvumas didėja, kai taikomos skirtingo pobūdžio prevencijos rūšys, orientuotos į skirtingus problemas lygmenis, ir užtikrinamas tęstinis priemonių taikymas. Kitaip tariant, efektyvi lytinių nusikaltimų prevencija – visapusiška prevencija, apimanti tiek aktyvų darbą su rizikos grupėmis, tiek ir su lytinių nusikaltimų aukomis ir esamais pažeidėjais.

¹⁵ Plačiau apie lytinių nusikaltimų antrinės prevencijos srityje vykdomų veiklų įvertinimą žr. Nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2005-2007 metų programos vertinimo ataskaita [48, p. 17-38].

¹⁶ Plačiau apie lytinių nusikaltimų aukų ir lytinių nusikaltėlių reabilitacijos sistemos įvertinimą žr. Nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2005-2007 metų programos vertinimo ataskaita. Vilnius, 2007, p. 39-53.

Šiame kontekste paminėtina Nacionalinė smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2008–2010 metų programa, pratęsusi 2005–2007 metų programos tikslų įgyvendinimą, kuri apėmė tris pagrindines lytinių nusikaltimų prieš vaikus prevencijos kryptis – švietimą, teisinės sistemos tobulinimą ir socialinės, psichologinės, medicininės pagalbos priemonių tobulinimą. Ši programa gana kompleksiskai apėmė lytinių nusikaltimų prieš vaikus problemą. Todėl šiuo atveju siūlytina ne tik kalbėti apie naujų prevencijos priemonių kūrimą, bet ir užtikrinti esamos nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos programos įgyvendinimą, sistemingai vykdant jos stebėseną ir atliekant efektyvumo vertinimus.¹⁷

Atsižvelgiant į pirmiau nurodytus argumentus, mūsų nuomone, reikėtų kalbėti ne apie atsakomybės griežtinimą, nes, kaip rodo kriminologiniai tyrimai, griežtesnės bausmės nesulaiko asmenų nuo nusikaltimų darymo, be to, ilgesnis nei penkerių metų įkalinimas gali negrįžtamai paveikti asmens galimybę reintegrotis į visuomenę, arba apie trumpalaikio poveikio priemonių taikymą, kuris nukreiptas į vieną iš galimų lytinių nusikaltimų paskatintųjų veiksnių (pvz., medikamentinis gydymas, kuris nukreiptas į fiziologines individo deviacijas), svarbu kalbėti apie kompleksinį prevencinių bei intervencinių poveikio priemonių taikymą ir jų individualizavimą. Kartu pažymėtina, kad, priimant sprendimą, įstatymų leidėjui svarbu turėti visapusišką situacijos vaizdą, t. y. matyti ne vien įstatymo projekte siūlomos priemonės teigiamus rezultatus, bet ir atsižvelgti į jos neigiamas pasekmes, kurios neretai gali nusverti teigiamus spendimo rezultatus.

IŠVADOS

1. Chirurginė kastracija yra asmenį luošianti priemonė, nesuderinama su fundamentinėmis žmogaus teisėmis. Be to, abejotinas šios priemonės efektyvumas, kadangi ji gali paskatinti asmenis ištraukti į pakartotinius, ne seksualinio, tačiau sunkaus pobūdžio nusikaltimus.

2. Europos komitetas prieš kankinimą ir kitokį žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą teigia, kad cheminė kastracija paprastai gali būti taikoma asmeniui sutikus. Vis dėlto manytume, visuomenės saugumo ir potencialų aukų apsaugos interesais nesavavariškos priverčiamosios medicinos priemonės (BK 98 straipsnis), kurios pasireikštų cheminės kastracijos taikymu asmenims, kuriems diagnozuota pedofilija, galėtų būti pateisinamos tik sunkių ir labai sunkių lytinių nusikaltimų atvejais, nulemtų patologinio negalėjimo kontroliuoti savo lytinį potraukį. Tikslinga BK 18 straipsnio 3 dalies nuostata pakeisti taip, kad asmeniui, padariusiam sunkų ar labai sunkų nusikaltimą ir teismo pripažintam ribotai pakaltinamam, kartu su bausme būtų galima taikyti priverčiamąsias medicinos priemones. Psichikos sveikatos priežiūros įstatyme turėtų būti įtvirtinta nuostata, kad medikamentai, skirti iškrypusiam lytiniam potraukiui slopinti, gali būti skiriami tik paciento sutikimu, išskyrus, kai padarytas lytinis nusikaltimas ir asmeniui diagnozuota pedofilija ar kitoks psichikos sutrikimas dėl kurio asmuo negali ar ne visiškai gali kontroliuoti savo lytinio potraukio.

3. Vaistai, slopinantys iškrypusį vyrų lytinį potraukį, Lietuvoje nėra kompensuojami. Tai apsunkina cheminės kastracijos, kaip savavariškos terapinės priemonės, taikymo galimybes.

4. Nepritariame lytinius nusikaltimus padariusių asmenų specialiam viešam registru. Vietoj to reikalinga įstatymuose

įtvirtinti nuostatą dėl policijos informavimo apie asmenų, visiškai atlikusių laisvės atėmimo bausmę, gyvenamąją vietą.

5. Būtina išplėsti baudžiamojo poveikio priemonės, numatytos BK 67 straipsnio 2 dalies 7 punkte, turinį, įtvirtinant, kad teismas gali įpareigoti dalyvauti ne tik smurtinį, bet ir lytinį elgesį keičiančiose programose. Tikslinga papildyti įpareigojimų, skiriamų atidedant laisvės atėmimo bausmę, sąrašą (BK 75 ir 92 straipsniai), numatant papildomą įpareigojimą – dalyvavimą smurtinį ar lytinį elgesį keičiančiose programose. Kadangi įpareigojimai, skiriami pilnamečiams asmenims atidedant laisvės atėmimo bausmės vykdymą, skiriami ir asmenims, kurie lygtinai atleidžiami nuo laisvės atėmimo bausmės prieš terminą, tai įpareigojimas dalyvauti smurtinį ir lytinį elgesį keičiančiose programose būtų gera prevencinė priemonė, taikoma lygtinio atleidimo nuo laisvės atėmimo bausmės prieš terminą laikotarpiu. Taip pat tikslinga Bausmių vykdymo kodekse įtvirtintą pareigų, taikomų lygtinai paleistam nuteistajam iš pataisos įstaigos, sąrašą (BVK 157 str. 5 d.) papildyti pareiga – dalyvauti smurtinį ar lytinį elgesį keičiančiose programose.

6. Vertinant reabilitacinių priemonių lytiniam nusikaltėliams efektyvumą, pažymėtina, kad nėra patikimų įrodymų, vienareikšmiškai pagrindžiančių, kad lytinių nusikaltėlių gydymas mažina recidyvą. Dėl tyrimų metodologinių problemų neįmanoma pateikti patikimos ir tikslios statistikos, vienareikšmiškai pagrindžiančios gydymo efektyvumą ir parodančios recidyvo mažėjimo tendencijas. Sunku nustatyti, ar elgsenoje įvykusius pokyčius reikėtų priskirti gydymo poveikiui ar kitiems su gydymu nesusijusiems veiksniams. Tačiau pripažįstama, kad psichologinis gydymas (kognityvinė elgesio terapija) yra viena efektyviausių priemonių koreguojant lytinių nusikaltėlių elgseną. Šiuo atveju medikamentinis gydymas galėtų būti taikomas kaip papildoma priemonė (esant poreikiui, kuri nustatytų specialistų grupė), siekiant geresnio psichologinio gydymo poveikio. Be to, siekiant efektyvesnio rezultato, dažniausiai praktikoje yra taikoma keletas priemonių vienu metu arba viena po kitos: specializuota programa lytiniam nusikaltėliams, bendroji programa, individualus psichologinis konsultavimas, psichoterapija, recidyvo prevencijos programa, įvertinimas, dvasinis konsultavimas bei kt.

7. Vien medikamentinių priemonių vartojimas nėra tinkama priemonė siekiant pakeisti lytinių nusikaltėlių elgesį, kadangi daugelis tokių pažeidėjų nusikaltimus padaro dėl priežasčių, nesusijusių su seksualiniu pasitenkinimu, taigi libido slopinimas vargu ar padėtų kontroliuoti jų elgesį.

8. Svarbu užtikrinti elgesio korekcijos priemonių individualizavimą, kadangi lytiniai nusikaltėliai yra itin heterogoniška populiacija, be to, ne visiems jų būdinga aukšta recidyvo rizika. Netinkamai parinktas gydymas (pavyzdžiui, medikamentinis) gali padidinti asmenų, turinčių rimtų asmenybės sutrikimų, recidyvo riziką.

9. Siekiant užtikrinti reabilitacijos priemonių efektyvumą, svarbu, kad gydymas prasidėtų kuo greičiau po įkalinimo (laisvės atėmimo bausmės metu), kadangi neretai kaltininkas nesuvokia padaryto nusikaltimo sunkumo, o antagonistinė kalėjimo aplinka gali padidinti įsitikinimą savo „teisumu“ ir apsunkinti gydymo procesą.

9. Reikalinga stiprinti teikiamą terapinę psichologinę pagalbą nuteistiesiems, stiprinant psichologinių tarnybų plėtrą įkalinimo įstaigose, pritraukiant daugiau klinikinių psichologų bei psichiatrų, kurie dirbtų prevencinį darbą su lytinis nusikaltimus prieš vaikus padariusiais asmenimis.

10. Esamos lytinių nusikaltėlių reabilitacijos sistemos pakankamumo ir efektyvumo įvertinimas reikalauja išsamesnių tyrimų, vienas kurių galėtų būti nukreiptas į ekspertinę situacijos analizę. Šiuo atveju siūlytume atlikti kokybinius

¹⁷ Plačiau žr. Nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2005–2007 metų programos vertinimo ataskaita [48, p. 54–55].

interviu su specialistais, tiesiogiai dirbančiais su kalinčiais už lytinius nusikaltimus nuteistaisiais.

11. Prevencijos priemonių efektyvumas didėja, kai taikomos skirtingo pobūdžio prevencijos rūšys, orientuotos į skirtingus problemas lygmenis, ir užtikrinamas tęstinis priemonių taikymas. Efektyvi lytinių nusikaltimų prevencija – visapusiška prevencija, apimanti tiek visuomenės švietimą ir savisaugos įgūdžių lavinimą, tiek aktyvų darbą su rizikos grupėmis, tiek ir su lytinių nusikaltimų aukomis bei esamais pažeidėjais.

12. Svarbi lytinių nusikaltimų prieš vaikus prevencijos priemonė – tinkamas lytinis švietimas. Lytiniam švietimui turėtų būti skiriama atskira pamoka. Mokinių švietimas, susijęs su seksualine prievarta, turėtų būti prioritetas uždavinys. Tobulinant Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programą ir

metodinę priemonę „Vaikų ir jaunimo rengimo šeimai programų rengimas“, tikslinga įtraukti teisininkus, kriminologus, kurie galėtų suteikti papildomų žinių, siekiant užkardyti seksualinį smurtą prieš nepilnamečius. Metodinėje priemonėje apie vaikų lytinį ugdymą turėtų būti išreikšta modernų mokslą atitinkanti pozicija lytiškumo ugdymo klausimu, nesaistoma kurios nors vienos religijos mokymo.

13. Tyrimai rodo ryšį tarp asmens ankstesnės viktimizacijos ir lytinio nusikaltimo padarymo, todėl, manytume, didesnis dėmesys turėtų būti skiriamas smurto aukų reabilitacijos programoms, ypač – nepilnamečių, ir smurto šeimoje prevencijai. Šiame kontekste siūlytina užtikrinti esamos nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos programos įgyvendinimą, sistemingai vykdant jos stebėseną ir atliekant efektyvumo vertinimus.

LITERATŪRA

- Lietuvos Respublikos Konstitucija // Valstybės žinios Nr. 33–1014, 1992.
- Europos Konvencija prieš kankinimą ir kitoki žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą // Valstybės žinios Nr. 86-2393, 1998. <http://www.cpt.coe.int/en/documents/ecpt.htm>
- Europos žmogaus teisių ir pagrindinių laisvų apsaugos konvencija // Valstybės žinios Nr. 40–987, 1995.
- Konvencija prieš kankinimą ir kitoki žiaurų, nežmonišką ar žeminantį elgesį ir baudimą // Valstybės žinios Nr. 80–3141, 2006.
- Bausmių vykdymo kodeksas // Valstybės žinios Nr. 73–3084, 2002.
- Lietuvos Respublikos Konstitucinio Teismo nutarimas dėl Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso 105 straipsnio sankcijoje numatytos mirties bausmės atitikimo Lietuvos Respublikos Konstitucijai // Valstybės žinios Nr. 109–3004, 1998.
- Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas // Valstybės žinios Nr. 53–1290, 1995.
- Gdytojas psichiatras. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė // Sveikatos apsaugos ministro įsakymu patvirtinta Lietuvos medicinos norma MIN 53:2005. Valstybės žinios Nr. 94–3514, 2005
- Sveikatos apsaugos ministro įsakymas „Dėl kompensuojamųjų vaistų sąrašų patvirtinimo“ // Valstybės žinios Nr. 10–253, 2000. http://www.vlk.lt/vlk/pag/files/kv/isak49_2009v06.pdf
- Nuteistųjų paleidimo iš laisvės atėmimo vietų parengiamojo darbo instrukcija, patvirtinta Kalėjimų departamento prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos direktoriaus įsakymu // Valstybės žinios Nr. 36–1302, 2006.
- Pataisos įstaigų vidaus tvarkos taisyklės, patvirtintos Lietuvos Respublikos teisingumo ministro įsakymu // Valstybės žinios Nr. 76–3498, 2003.
- Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programa, patvirtinta Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministro įsakymu // Valstybės žinios Nr. 19–740, 2007.
- Alfano A. Massachusetts' civil commitment statute and Megan's law: is Massachusetts' legislation protecting communities from violent sexual offenders or simply providing with a false sense of security // Criminal and civil confinement. Vol. 33:577, 2007.
- Fortney T., Levenson J., Brannon Y., Baker J. N. Myths and Facts about Sexual Offenders: Implications for Treatment and Public Policy // Sexual Offender Treatment, Vol. 2 (1), 2007. <http://www.sexual-offender-treatment.org/55.html>
- Freeman-Longo R.E. Reducing sexual abuse in America: legislating tougher laws or public education and prevention // New England journal on criminal and civil confinement. 1997. Summer
- Graeber A.C. McKune v. Lile and the constriction of constitutional protection for sexual offenders // The Review of litigation. Vol 23:1. 2004.
- Grossman L. S., Martis B., Fichtner C. G. Are Sex Offenders Treatable: A Research Overview // Psychiatric Services. – 1999, vol. 50, p. 349–361.
- Heller M. L. Sex Offender Rehabilitation: Educating Correctional Cadre. – 2008, vol. 70 (6), p. 42–45.
- Justickis V. Kriminologija I dalis. Vilnius, 2001.
- Karmaza E. Seksualinių prievartautųjų psichologinė charakteristika // Vaiko namas. – Vilnius, Žr. http://www.children.lt/?_nm_mid=TVN3eUXEUXNNQ3d3&_nm_id=0&session=no
- Kersting K. New hope for sex offender treatment // Monitor on Psychology. – 2003, vol. 34, no. 7, p. 52.
- Комментарий к уголовному кодексу Российской Федерации. Под ред. Ю.И. Скуратова. Москва, 1999.
- Комментарий к уголовному кодексу Российской Федерации. Под ред. А. В. Наумова. Москва, 1999.
- Kunz C. L. Towards dispassionate, effective control of sexual offenders // The American university law review. Vol. 47:453. 1997–1998. P.467–470.
- Lietuvos Respublikos baudžiamojo kodekso komentaras. Specialioji dalis. Vilnius, 2009.
- Lundstrom F. The Development of a New Multi-Disciplinary Sex Offender Rehabilitation Programme for the Irish Prison Service // Irish Prison Service, 2002. http://www.irishprisons.ie/documents/sex_offender_programme.pdf
- Marshall W. L. Treatment of Sexual Offenders and its Effects. http://www.unafei.or.jp/english/pdf/PDF_rms/no72/11_P71-81.pdf
- Perkins D., Hammond S., Coles D., Bishopp D. Review Of Sex Offender Treatment Programmes. - Department of Psychology Broadmoor Hospital. Prepared for the High Security Psychiatric Services Commissioning Board, 1998. Žr. <http://www.ramas.co.uk/report4.pdf>
- Peters K. A. Chemical Castration: an alternative to incarceration // Duquesne law review. Vol. 31. 1992–1993.
- Piesliakas V. Lietuvos baudžiamoji teisė. Antroji knyga. Vilnius: Justitia, 2008. P. 434.
- Psichiatrija. Mokslinis redaktorius. Dembinskas A. Vilnius: 2003. P. 255.
- Russell S. Castration of repeat sexual offenders: an International comparative analysis // Houston journal of International law. Vol. 19:425. 1996–1997.
- Rylyk C. Let us regress to the dark ages: holding voluntary surgical castration cruel and unusual, even for child molesters // William & Mary Bill of rights journal. Vol. 16:1305. 2007–2008.
- Terry K. et al. The Nature and Scope of the Problem of Sexual Abuse of Minors by Catholic Priests and Deacons in the United States. – Washington DC, United States Conference of Catholic Bishops, 2004.
- Trowbridge B. Does Sex Offender Treatment Work? // The Trowbridge Foundation. Žr. http://www.trowbridgefoundation.org/docs/does_sex_offender_treatment_work.pdf
- Ustilaitė S., Gudžinskienė V., Jakučionienė D. Vaikų ir jaunimo rengimo šeimai programų rengimas. Mokomoji metodinė priemonė. Vilnius, 2007. <http://www.smm.lt/ugdymas/docs/programos/SPPC.pdf>
- Vilniaus apygardos teismo nuosprendis. Baudžiamoji byla Nr. 1-97-09.
- E. ir kiti v. Jungtinė Karalystė <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=2&portal=hbkm&action=html&highlight=E.%20%7C%20OTHERS&sessionid=42075986&skin=hudoc-en>
- K. U. v. Suomija. <http://cmiskp.echr.coe.int/tkp197/view.asp?item=1&portal=hbkm&action=html&highlight=K.U.&sessionid=42075918&skin=hudoc-en>
- Stubbingis ir kiti v. Jungtinė Karalystė. Europos Žmogaus Teisių Teismo duomenų paieškos bazė. <http://www.echr.coe.int/ECHR/EN/Header/Case-Law/HUDOC/HUDOC+database/>
- X and Y v. Nyderlandai. Europos Žmogaus Teisių Teismo duomenų paieškos bazė. <http://www.echr.coe.int/ECHR/EN/Header/Case-Law/HUDOC/HUDOC+database/>
- Center for Sex Offender Management. A Project of the Office of Justice Program, U.S. Department of Justice. Plačiau žr. <http://www.csom.org/>
- Community Based Sex Offender Treatment Programs. // John Howard Society of Alberta, 1997. Žr. <http://www.johnhoward.ab.ca/PUB/C18.htm>
- JAV Kalifornijos valstijos Teisingumo departamento interneto tinklalapis. <http://www.meganslaw.ca.gov>
- Kalėjimų departamento bei jam pavaldžių įstaigų ir valstybės įmonių 2008 metų veiklos pagrindiniai duomenys // Kalėjimų departamentas prie Lietuvos Respublikos teisingumo ministerijos. http://www.kalejimudepartamentas.lt/default.aspx?item=vkl_at_mt&id=2977
- Lietuvos Respublikos įstatymų projektai Nr. XIP-752, XIP-943-946, XIP-1210.
- Medicininis priemonių taikymas lytinius nusikaltimus padariusiems asmenims kai kuriose Europos valstybėse. Lietuvos Respublikos Seimo kanceliarija. Parlamentinių tyrimų departamentas. 2009 12 07.
- Nacionalinės smurto prieš vaikus prevencijos ir pagalbos vaikams 2005–2007 metų programos vertinimo ataskaita. Vilnius, 2007.
- Preparato „Androcur“ charakteristikų santrauka. http://extranet.vvkt.lt/paieska/details.php?id=10984&thislanguage=lang_lt
- Preparato „Cyproplex“ charakteristikų santrauka. http://extranet.vvkt.lt/paieska/details.php?id=14280&thislanguage=lang_lt
- Preparato „Depo-provera“ charakteristikų santrauka. http://extranet.vvkt.lt/paieska/details.php?id=13944&thislanguage=lang_lt
- Recidivism of Sex Offenders // CSOM Documents, 2001. <http://www.csom.org/pubs/recidsexof.html>
- Rengimo šeimai ir lytiškumo ugdymo programos įgyvendinimo galimybės. Tyrimo ataskaita. Vilniaus pedagoginio universiteto tyrimo grupė. Vilnius, 2008. http://www.smm.lt/svietimo_bukle/docs/tyrimai/kiti/Tyrimo_RSLUprorgama_ataskaita.pdf
- Report to the Czech Government on the visit to the Czech Republic carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment or Punishment (CPT) <http://www.cpt.coe.int/documents/cze/2009-08-inf-eng.htm>
- Sex Offender Groupwork Programme: Information for Sentencers // National Probation Service for England and Wales, 2000. Žr. <http://www.probation.homeoffice.gov.uk/files/pdf/SexOffenderSentencerLeaflet1revised.pdf>
- Sexual Offenders Subtypes and Typologies // Center for Sex Offender Management. A Project of the Office of Justice Program, U.S. Department of Justice. Žr.: http://www.csom.org/train/etiology/4_4_1.htm
- Static-99. – New York State Division of Criminal Justice Services. Office of Sex Offender Management. Žr.: <http://www.static99.org>
- Vilniaus regiono pataisos inspekcija. Švedijos reabilitacijos praktikos lytiniams nusikaltėliams kalėjimuose trumpa apžvalga. www.vrpi.lt/getfile.aspx?dokid=24d7e470-f355-4d2a-ac04

Gauta: 2010 02 23
Priimta spaudai: 2010 03 30

Seksualinės ir fizinės prievartos patirties klausimyno aprašymas

Justė BUNEVIČIŪTĖ¹, Andrius KAZLAUSKAS²

¹Murdoch raidos centras, Butner, Šiaurės Karolina, JAV

²Šiaulių universitetas, Medicinos pagrindų katedra, Lietuva

Seksualinės ir fizinės prievartos patirties klausimynas sukurtas profesorės Jane Leserman iš Šiaurės Karolinos universiteto Čapel Hile (JAV). Klausimynas skirtas įvertinti seksualinės ir fizinės prievartos patirties anamnezę. Šio klausimyno duomenys gerai koreliuoja su įvairiais prastos sveikatos rodikliais [1] ir, palyginus su kitais smurtą vertinančiais klausimynais, gerai validizuotas ir patikimas [2].

Seksualinei prievartai priskiriami atvejai, kai jėga arba grasinimai būti sužalotam(ai) yra naudojami:

- nepageidaujamiems seksualiniams lietimams rankomis, burna ar daiktais;
- priverčiant auką liesti prievartautoją rankomis, burna ar daiktais;
- verčiant auką vaginaliniam arba analiniam seksui.

Suaugusiems ar paaugliams seksualinio prievartavimo kriterijai apima tik tuos atvejus, kai yra akivaizdi grėsmė būti sužalotam(ai) ar kai naudojama jėga (vien tik psichologinio

spaudimo seksualiniams santykiams nepakanka). Vaikams (jaunesniems nei 14 metų amžiaus asmenims) seksualinio prievartavimo kriterijai nereikalauja akivaizdžios jėgos panaudojimo grėsmės, jeigu yra didelis amžiaus skirtumas tarp prievartautojo ir aukos.

Fizinei prievartai priskiriami su seksualine prievarta nesusiję atvejai, kurie apima:

- grėsmę gyvybei (fizinis užpuolimas naudojant ar nenaudojant ginklą su tikslu nužudyti ar rimtai sužeisti)
- kiti fizinės prievartos atvejai (sumušimas, sudavimas, įspyrimas, įkandimas ar apdegimas) atlikti kito žmogaus, kai tai buvo daugiau nei įprasta „pyla“ ar vaikiškos mušynės.

Šis seksualinės ir fizinės prievartos patirties klausimynas skirtas kokybiškai aprašyti patirtą seksualinę ar fizinę prievartą. Jis nėra skirtas kiekybiniam patirtos prievartos sunkumui įvertinti.

SEKSUALINĖS IR FIZINĖS PRIEVARTOS PATIRTIS

Kai kurie žmonės augdami patiria nepageidaujamų seksualinių kontaktų su suaugusiu, bent penkeriais metais vyresniu asmeniu. Tai gali būti giminaitis, šeimos draugas arba nepažįstamas žmogus. Žemiau pateikiami klausimai yra apie bet kokią nepageidaujamą seksualinę patirtį jūsų augimo laikotarpiu. Prašome atsakyti į šiuos klausimus. Anketos pildymo laikas neribojamas.

1. Ar prieš jūsų 13-ąjį gimtadienį suaugęs ar bent penkeriais metais už jus vyresnis asmuo, jums nepageidaujant, yra lietęs jūsų lyties organus (*vyriškosios lyties asmeniui*: varpa, gaktos sritį ar išangę; *moteriškosios lyties asmeniui*: krūtis, makštį, gaktos sritį ar išangę), ar vertęs jus liesti to asmens lyties organus? „Liesti“ reikštu liesti ranka burna, ar daiktais (įskaitant oralinį seksą ar seksą pirštais).

NE.....0

TAIP.....1

2. Ar prieš jūsų 13-ąjį gimtadienį suaugęs ar bent penkeriais metais už jus vyresnis asmuo, jums to nenorint, yra turėjęs lytinių santykių su jumis (įskaitant vagininį arba analinį seksą)?

NE..... Pereiti į 9 klausimą.....0

TAIP.....1

3. Kiek jums buvo metų, kai pirmą kartą patyrėte tokių jums nenorimų seksualinių kontaktų?

amžius metais (nuo 0 iki 13)

4. Ar tai įvyko daugiau nei vieną kartą?

NE..... Pereiti į 6 klausimą.....0

TAIP.....1

5. Kiek jums buvo metų, kai tai patyrėte paskutinį kartą?

amžius metais

6. Kiek kartų (jei skaičiuotume dienomis) turėjote tokių kontaktų per pirmuosius 13 savo gyvenimo metų?

kartai

Adresas susirašinėti: Andrius Kazlauskas, Šiaulių Universitetas, Višinskio 25, LT-76351 Šiauliai, el. paštas: a.m.kazlauskas@gmail.com

7. Kai tai įvyko, ar bijojote, kad jus gali nužudyti arba sunkiai sužaloti (prisiminkite žiauriausią atvejį)?

NE.....0

TAIP.....1

8. Kai įvyko šis žiauriausias įvykis, ar jūs patyrėte fizinių sužalojimų?

Nepatyrėte.....0

Nedideli fiziniai sužeidimai (sumušimų ar pjautinių žaizdų, kurių nereikėjo siūti).....1

Sunkūs fiziniai sužalojimai (siūtinės žaizdos, sulaužyta nosis, sulaužyti kaulai arba prireikė hospitalizacijos).....2

9. Ar po jūsų 13-ojo gimtadienio kas nors yra lietęs jūsų lyties organus (*vyrishkosios lyties asmeniui*: varpa, gaktos sritį, išangę; *moterishkosios lyties asmeniui*: krūtis, makštį, gaktos sritį ar išangę), ar vertęs jus liesti to asmens lyties organus vartojo jėgą ar grasino sužalosiąs? „Liesti“ reikštu liesti ranka, burna ar daiktais (įskaitant oralinį seksą ar seksą pirštais).

NE.....0

TAIP.....1

NENORĖČIAU ATSAKYTI.....7

NEŽINAU.....8

10. Ar po jūsų 13-ojo gimtadienio kas nors, kada nors, grasindamas jėga ar sužalosiąs, yra privertęs jus lytiškai santykiuoti (įskaitant vagininį ar analinį seksą)?

NE..... Pereiti į 17 klausimą.....0

TAIP.....1

11. Kiek jums buvo metų (po 13-ojo gimtadienio), kai pirmą kartą patyrėte šiuos prievartinius lietimus ar lytinius santykius?

amžius metais

12. Ar tai įvyko daugiau nei vieną kartą?

NE..... Pereiti į 14 klausimą.....0

TAIP.....1

13. Kiek jums buvo metų, kai tai atsitiko paskutinį kartą?

amžius metais

14. Kiek kartų (jei skaičiuotume dienomis) turėjote tokių santykių?

kartus (0–9000)

15. Kai tai įvyko, ar bijojote, kad jus gali nužudyti, ar sunkiai sužaloti (prisiminkite žiauriausią atvejį)?

NE.....0

TAIP.....1

16. Kai įvyko šis žiauriausias įvykis, ar jūs patyrėte fizinių sužalojimų?

Nepatyrėte.....0

Nedideli fiziniai sužeidimai (sumušimų, ar pjautinių žaizdų, kurių nereikėjo siūti).....1

Sunkūs fiziniai sužalojimai (siūtinės žaizdos, sulaužyta nosis, sulaužyti kaulai, arba prireikė hospitalizacijos).....2

17. Ar esate patyręs kitų prievartinių ar nenorimų seksualinių kontaktų, kurie dar nebuvo paminėti?

NE..... Pereiti į 26 klausimą.....0

TAIP.....1

18. Gal galite trumpai apibūdinti tuos kontaktus?

.....

.....

19. Kiek jums buvo metų, kai tai įvyko pirmą kartą (0-70)?

amžius metais

20. Ar tai įvyko daugiau nei vieną kartą?

NE..... Pereiti į 22 klausimą.....0

TAIP.....1

Instrumentuotė

21. Kiek jums buvo metų, kai tai įvyko paskutinį kartą?

--	--

 amžius metais

22. Kiek kartų (jei skaičiuotume dienomis) tai įvyko?

--	--	--	--

 kartai

23. Kai tai įvyko, ar bijojote, kad jus gali nužudyti arba sunkiai sužeisti (prisiminkite žiauriausią atvejį)?

NE.....0

TAIP.....1

24. Kai įvyko šis žiauriausias įvykis, ar jūs patyrėte fizinių sužalojimų?

Nepatyrėte.....0

Nedideli fiziniai sužeidimai (sumušimų, ar pjautinių žaizdų, kurių nereikėjo siūti).....1

Sunkūs fiziniai sužalojimai (siūtinės žaizdos, sulaužyta nosis, sulaužyti kaulai arba prireikė hospitalizacijos).....2

25. Prašome nurodyti, su kuo turėjote nenorimų ar prievartinių lytinių santykių (pažymėkite ties kiekvienu tinkamu) atsakymui:

VIENAS IŠ TĖVŲ, PATĖVIŲ, GLOBĖJŲ AR SUAUGĘS ASMUO, GYVENANTIS JŪSŲ NAMUOSE (PVZ., MAMOS

SUGYVENTINIS).....1

SUTUOKTINIS/PARTNERIS (GALI BŪTI BUVĘS).....2

BROLIS.....3

KITAS ŠEIMOS NARYS.....4

SYGYVENTINIS/SUGYVENTINĖ.....5

KITAS PAAUGLYS.....6

KITAS SUAUGĘS ASMUO, KURĮ PAŽĪSTATE.....7

KITAS SUAUGĘS ASMUO, KURIO NEPAŽĪSTATE.....8

KAS NORS KITAS.....9

Kitas stresą sukiantis įvykis, kurį gali patirti žmogus, yra fizinis smurtas.

26. Be fizinio smurto, kurį galėjote patirti jau minėto seksualinio priekabiavimo metu, ar kas nors, įskaitant šeimos narius, yra jus kada nors užpuolęs, ketindamas nužudyti ar sunkiai sužaloti?

NE Pereiti į 34 klausimą..... 0

TAIP..... 1

27. Ar kurio nors užpuolimo metu buvo panaudotas ginklas? Ginklu gali būti bet koks galintis sunkiai sužaloti daiktas įskaitant šautuvą, peilį ar kitą priemonę.

BE GINKLO.....0

TAIP.....1

28. Kiek jums buvo metų, kai tai įvyko pirmą kartą?

--	--

 amžius metais

29. Ar tai įvyko daugiau nei vieną kartą?

NE..... Pereiti į 31 klausimą.....0

TAIP.....1

30. Kiek jums buvo metų, kai tai įvyko paskutinį kartą?

--	--

 amžius metais

31. Kiek kartų (jei skaičiuotume dienomis) tai įvyko?

--	--	--	--

 kartus

32. Kai tai įvyko, ar bijojote, kad jus gali nužudyti ar sunkiai sužaloti (prisiminkite žiauriausią atvejį)?

NE.....0

TAIP.....1

33. Kai įvyko šis žiauriausias įvykis, ar jūs patyrėte fizinių sužalojimų?

Nepatyrėte.....0

Nedideli fiziniai sužeidimai (sumušimų, ar pjautinių žaizdų, kurių nereikėjo siūti).....1

Sunkūs fiziniai sužalojimai (siūtinės žaizdos, sulaužyta nosis, sulaužyti kaulai arba prireikė hospitalizacijos).....2

34. Be minėto fizinio smurto ar kas nors, įskaitant jūsų šeimos narius bei draugus, yra jus sumušęs, sudavęs, išpyręs, įkandęs ar apdeginęs? Tada pažymėkite kai tai buvo daugiau nei įprasta „pyla“ ar vaikiškos muštinės.

NE..... Pereikite į 42 klausimą.....0

TAIP.....1

35. Ar kurio nors užpuolimo metu buvo panaudotas ginklas? Ginklu gali būti bet koks galintis sunkiai sužaloti daiktas įskaitant šautuvą, peilį ar kitą priemonę.

BE GINKLO.....0

TAIP.....1

36. Kiek jums buvo metų, kai tai įvyko pirmą kartą?

amžius metais

37. Ar tai įvyko daugiau nei vieną kartą?

NE..... Pereikite į 39 klausimą.....0

TAIP.....1

38. Kiek jums buvo metų, kai tai įvyko paskutinį kartą?

amžius metais

39. Kiek kartų (jei skaičiuotume dienomis) tai įvyko?

kartus

40. Kai tai įvyko, ar bijojote, kad jus gali nužudyti ar sunkiai sužaloti (prisiminkite žiauriausią atvejį)?

NE.....0

TAIP.....1

41. Kai įvyko šis žiauriausias įvykis, ar jūs patyrėte fizinių sužalojimų?

Nepatyrėte0

Nedideli fiziniai sužeidimai (sumušimų, ar pjautinių žaizdų, kurių nereikėjo siūti)..... 1

Sunkūs fiziniai sužalojimai (siūtinės žaizdos, sulaužyta nosis, sulaužyti kaulai arba prirėkę hospitalizacijos)..... 2

42. Kas jus užpuolė (pažymėkite ties kiekvienu tinkamu):

VIENAS IŠ TĖVŲ, PATĖVIŲ, GLOBĖJŲ, AR SUAUGĘS ASMUO, GYVENANTIS JŪSŲ NAMUOSE (PVZ., MAMOS

SUGYVENTINIS)..... 1

SUTUOKTINIS/PARTNERIS (GALI BŪTI BUVĘS)..... 2

KARINĖJE TARNYBOJE.....3

KITAS SUAUGĘS ASMUO (NE KARINĖJE TARNYBOJE).....4

KITAS VAIKAS AR PAAUGLYS.....6

NENORIU ATSAKYTI.....7

NEŽINAU..... 8

KAS NORS KITAS (NURODYKITE, KAS)..... 9

LITERATŪRA

1. Leserman J., Drossman D.A., Li Z. The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders // Behavioral Medicine 1995, vol. 21, p. 141–150.
2. Leserman J., Li Z., Hu YJB. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: The impact on subsequent health care visits // Psychological Medicine 1998, vol. 28 p. 417–425.

Apžvalginis tyrimas, skirtas įvertinti gydymo režimo laikymąsi, veiksmingumą ir saugumą gydant ūminę šizofreniją kvetiapienu (*Nantarid*)

An Observational Study on Compliance, Effectiveness and Safety of *Nantarid* (quetiapine) in patients with Acute Schizophrenia

Elmars RANCANS

Rygos Stradinio universiteto Psichiatrijos ir narkologijos katedra

Dopamino D₂ receptorių antagonistų dažniausiai skiriama pozityviems simptomams (kliesiesiems ar haliucinacijoms) slopinti. Per daug stiprus D₂ receptorių slopinimas gali sukelti ryškius ir žmogui nemalonius ekstrapiramidinius simptomus (toliau EPS, pvz., medikamentinį parkinsonizmą), kurie sumažina paciento norą laikytis vaisto vartojimo režimo. Ilgalaikis dopamino antagonistų vartojimas susijęs su vėlyvosios diskinezijos (nevalingi veido ir kūno judesiai) išsivystymo rizika. Kas trečias pacientas, nesilaikantis vaistų vartojimo režimo, kaip pagrindinę priežastį nurodo jų nepageidaujamą poveikį [1].

Per pastaruosius 15 klinikinės praktikos metų buvo sukurta nemažai efektyviai veikiančių ir mažą nepageidaujamą poveikį sukeliančių neuroleptikų, tačiau ir toliau stengiamasi tobulinti vaistų veiksmingumą bei atrasti tinkamiausią geriamųjų tablečių dozę. Kvetiapienas yra vienas iš naujos kartos neuroleptikų, pasižymintis efektyvumu ir palankiu šalutinių reakcijų spektru [2]. Kvetiapienas, palyginti su kitais naujos kartos neuroleptikais, rečiausiai sukelia EPS [3]. Per pastaruosius metus reikšmingai padidėjo vidutinė terapinė kvetiapieno dozė, ją gali būti sudėtinga nustatyti skiriant įprastinio dozavimo tabletes [4]. *Nantarid* būdinga tiek įprastos, gerai žinomos kvetiapieno savybės, tiek įvairios vaisto dozės tabletėje, leidžiančios kiekvienam pacientui individualiai parinkti tinkamiausią dozę.

Nors klinikiniai dvigubai akli placebo kontroliuojami tyrimai laikomi „auksiniu“ klinikinų tyrimų standartu, juose dalyvaujantys pacientai labai skiriasi nuo realių pacientų. Taigi, pastaraisiais metais organizuojama vis daugiau didelės imties tyrimų, artimų klinicinei praktikai. Tokie tyrimai realiau atspindi įvairių populiacijų pacientams skiriamų vaistų efektyvumą [5, 6]. Šiame straipsnyje aprašomas atviros fazės klinikinis tyrimas, skirtas įvertinti gydymo režimo laikymąsi, efektyvumą ir saugumą gydant ūminę šizofreniją kvetiapienu (*Nantarid*).

APŽVALGINIO TYRIMO METODIKA

Atliktas atviros fazės neatsitiktinių imčių 12 savaičių trukmės realų gydymą atitinkantis apžvalginis tyrimas, kuriame dalyvavo 18–65 metų šizofrenija sergantys pacientai. Dalyvius atrinko gydytojai, remdamiesi šiais kriterijais: pacientai, kuriems naujai diagnozuoti ūminės psichozės simptomai arba

pacientai, kuriems diagnozė nustatyta anksčiau, bet gydymas nepakankamai efektyvus arba sukelia stiprų nepageidaujamą poveikį. Remiantis Bendra klinikinio būklės sunkumo vertinimo skale (angl. *Clinical Global Impression (CGI) Severity Scale*), įtraukimo į tyrimą metu ligos sunkumas turėjo būti bent vidutinis. Jokių kitų įtraukimo kriterijų ar apribojimų nebuvo nustatyta.

Pacientų būklė vertinta 1-ą, 28-ą, 56-ą, 84-ą dieną ir/ arba prieš apžvalginio tyrimo nutraukimą, naudojant šias tarptautiniu mastu pripažintas skales: Bendrą klinikinės būklės sunkumo vertinimo skalę (angl. *Clinical Global Impression (CGI) Severity Scale*), Bendrą klinikinės būklės pagerėjimo vertinimo skalę (angl. CGI Improvement scale), Modifikuotą ūminių klinikinų simptomų pokyčių skalę (angl. *Modified Acute Clinical Symptoms Changes Scale*) ir Režimo laikymosi klausimyną (angl. *Inventory of Compliance*).

Ekstrapiramidiniai simptomai ir kiti nepageidaujami reiškiniai vertinti tomis pačiomis dienomis 5 taškų Likert skale (angl. *5 point Likert Scale*) (nuo 0 – jokie nepageidaujamo poveikio iki 4 – sunkus nepageidaujamas poveikis).

Pagrindiniu gydymo efektyvumo rodikliu pasirinktas bendras skaičius pacientų, kurių būklė pagerėjo reikšmingai arba labai reikšmingai pagal Bendros klinikinės būklės pagerėjimo vertinimo skalės rezultatą 56-ą dieną. Antriniais efektyvumo rodikliais pasirinkti Režimo laikymosi skalės rezultatai, klinikinų simptomų pagerėjimas, vaisto toleravimas ir saugumas 28-ą, 56-ą, 84-ą dienomis arba prieš apžvalginio tyrimo nutraukimą.

Rezultatai analizuoti naudojant aprašomąją statistiką, dviejų imčių linijinių kintamųjų t kriterijus bei neparametrinius kriterijus, kai pasikliautinis intervalas lygus 95 proc. Paciento, dėl bet kurios priežasties nutraukusio tyrimą anksčiau laiko, duomenys analizuoti remiantis paskutinio atlikto stebėjimo principu (angl. *Last Observation Carried Forward (LOCF)*).

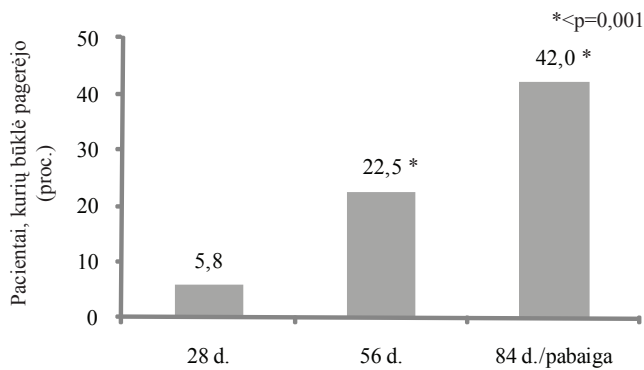
REZULTATAI

Dvidešimt gydytojų psichiatrų iš visos Latvijos apžvalginiam tyrimui atrinko 138 šizofrenija sergančius pacientus. Tiriamųjų demografiniai ir klinikiniai duomenys pateikti lentelėje. Didžioji dalis pacientų (71,7 proc.) sirgo paranoidine šizofrenija.

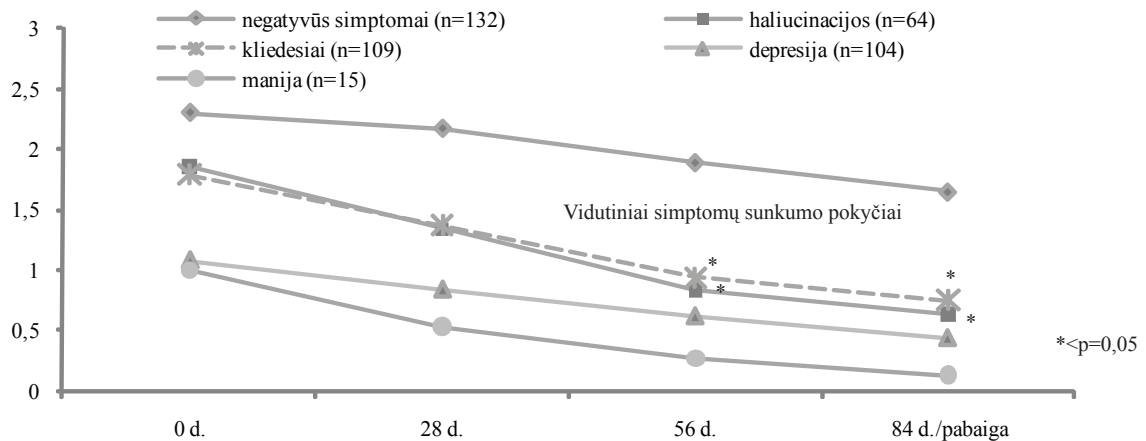
Demografiniai ir klinikiniai duomenys leidžia teigti,

Lentelė. Pacientų demografiniai ir klinikiniai duomenys apžvalginio tyrimo pradžioje

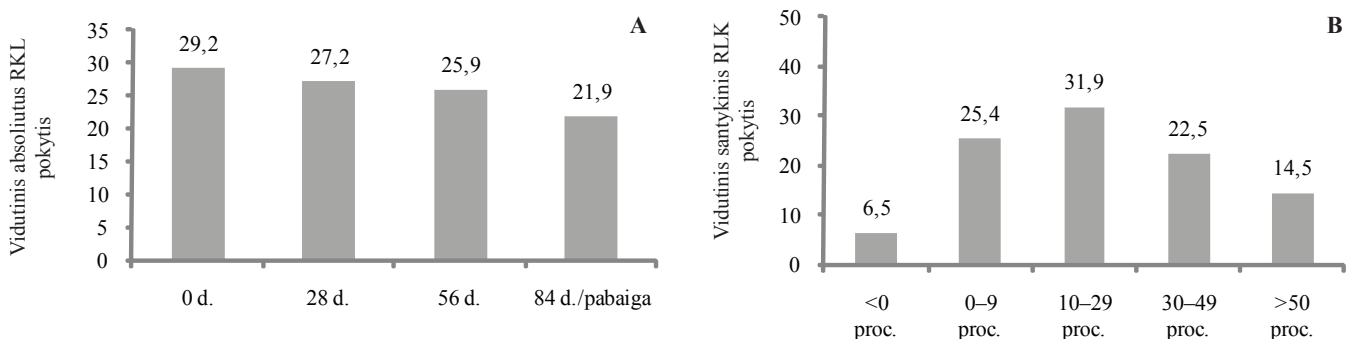
	Nantariid
Pacientų skaičius	138
Vyrai	52 (37,7 proc.)
Vidutinis amžius	43,9±13,9
Vidutinė ligos trukmė	43,9±13,9
Vidutinis Bendros klinikinės būklės sunkumo vertinimo skalės balas	4,3±0,6
Pradinė diagnozė (proc.):	
F 20.0	99 (71,7 proc.)
F 20.3	8 (5,8 proc.)
F 20.5-6	14 (10,1 proc.)
F 20.8	17 (12,3 proc.)



1 pav. Pacientų dalis, kuriems pasiektas reikšmingas arba labai reikšmingas būklės pagerėjimas pagal Bendrą klinikinės būklės pagerėjimo vertinimo skalę



2 pav. Vidutinis simptomų sunkumo pokytis pacientams, kuriems būdingi simptomai tyrimo pradžioje buvo bent vidutinio sunkumo



3 pav. Absoliutus (3A) ir santykiniai (3B) vidutiniai pokyčiai pagal Režimo laikymosi klausimyną (RLK)

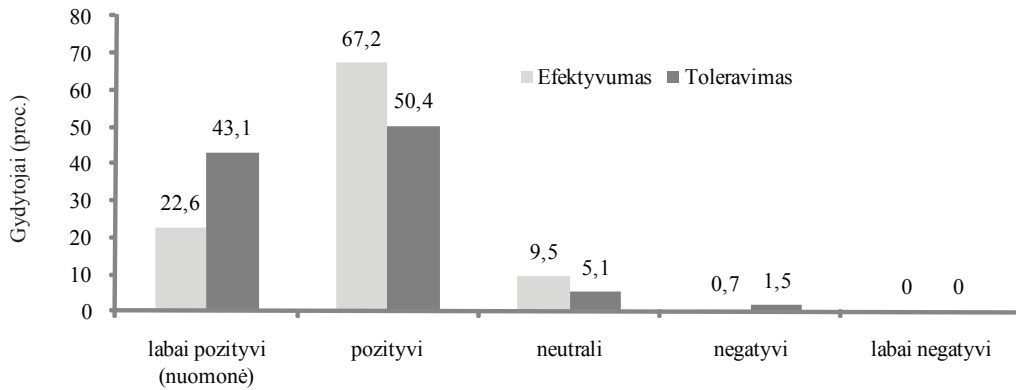
jų tiriamoji pacientų populiacija atitinka realius pacientus, dažniausiai gydomus šalies ligoninėse.

Pagrindinės gydymo keitimo priežastys buvo anksčiau skirto gydymo neefektyvumas (56 proc.) ir reikšmingas nepageidaujamas poveikis (38,2 proc.). Nepakankamas klinikinis efektyvumas buvo daugmaž vienodas visose pagrindinių ligos simptomų grupėse: pozityvių, negatyvių bei afektyvių (atitinkamai 28,3 proc., 32,5 proc. ir 20,3 proc.). Nantariid (kvetiapinas) skirtas vietoj anksčiau vartotų įvairių grupių kitų neuroleptikų (senos kartos – 24,5 proc., risperidono – 26,1 proc. ir kitų naujos kartos neuroleptikų – 35,45 proc.).

11 pacientų (8 proc.) iš 138 anksčiau laiko nutraukė dalyvavimą apžvalginiame tyrime. Pagrindinės pasitraukimo priežastys: kvetiapino sukelti nepageidaujami reiškiniai ir asmeninės priežastys. Vis dėlto nė vienas iš nustatytų šalutinių reiškinų nebuvo itin sunkus ar nepakeliamas.

Nustatytas statistškai reikšmingas skirtumas, kokiai daliai pacientų pasiektas reikšmingas arba labai reikšmingas būklės pagerėjimas pagal Bendros klinikinės būklės pagerėjimo vertinimo skalės rezultatus 56-ą ir 84-ą dienomis (atitinkamai 22,5 proc. ir 42,0 proc., $p < 0,001$ (1 pav.)). Vidutinis Bendros klinikinės būklės sunkumo vertinimo skalės balas 56-ą dieną buvo sumažėjęs nuo 4,3 iki 3,8 ($p < 0,001$).

Nantariid klinikinis efektyvumas vertintas Modifikuota ūminių simptomų skale, kuri parengta pagal analogišką skalę, naudotą SOHO klinikiniam tyrimui [Haro, 2003 54/id]. Kiekvienas ligos simptomas skalėje įvertintas nuo 0 iki 4 balų (labai ryškus). Nuo 56-os dienos vidutiniškai vienu balu pakito haliucinacijų ir kliesių sunkumas pacientams, kuriems tyrimo pradžioje nustatytas bent 1 balas (2 pav.).



4 pav. Gydytojų psichiatrų požiūris į *Nantamid* veiksmingumą ir toleravimą

Vaistų vartojimo režimo laikymasis vertintas Režimo laikymosi klausimynu. Skiriant *Nantamid*, vidutinis Režimo laikymosi klausimyno balas sumažėjo vidutiniškai $7,3 \pm 1,82$, $p < 0,001$. Bendras vidutinis režimo laikymosi pagerėjimas nustatytas 28,3 proc. pacientų (3A ir 3B pav.).

Dažniausiai *Nantamid* buvo skiriamas du kartus per dieną. Vidutinė preparato paros dozė gydymo pradžioje buvo 245,5 mg, o pabaigoje – 489,6 mg. Dažniausiai vartota 600 mg dozė ($n = 47$), 400 mg ($n = 35$) ir 300 mg ($n = 26$). Praktiškai visais atvejais *Nantamid* skirtas kaip monoterapija.

Tyrimo pradžioje nuo 16,0 iki 40,1 proc. pacientų nustatyta įvairių ekstrapiramidinių simptomų (parkinsonizmas, ūminė distonija, akatizija), kurių vidutinis vertinamasis balas buvo $1,6 \pm 0,71$. Per pirmąjį gydymo mėnesį EPS sunkumas reikšmingai sumažėjo ir tyrimo pabaigoje buvo tik $0,31 \pm 0,49$ ($p < 0,001$) balo. Prieš ištraukimą į studiją 47,9 proc. pacientų vartojo EPS koreguojančius vaistus vidutine 4,9 mg/p. doze. Apžvalginio tyrimo pabaigoje šiuos preparatus vidutine 4,9 mg/p. doze vartojo 26,8 proc. pacientų. Skirtumas tapo statistiškai reikšmingas nuo 28-os dienos.

Bendras vaisto *Nantamid* toleravimas buvo geras. Tik 22,5 proc. pacientų skundėsi lengvais arba vidutinio sunkumo nepageidaujama reiškiniams. Apžvalginio tyrimo metu slopinimas pasireiškė 17,4 proc. ($n = 24$) tiriamųjų, o 16 iš jų šis reiškinys buvo laikinas. Likusi dalis pacientų patyrė šokių slopinimą, prie kurio nesunkiai prisitaikė ir toliau vartojo paskirtą vaistą.

Apžvalginio tyrimo pradžioje 52,9 proc. pacientų skundėsi svorio didėjimu – kūno masės indeksas padidėjo vidutiniškai 2,14. Tyrimo metu vidutinis visos tirtos populiacijos kūno

masės indeksas (KMI) sumažėjo nuo $27,4 \pm 5,2$ iki $27,0 \pm 4,9$ ($p < 0,001$) arba pacientai vidutiniškai neteko 1,0 kg kūno svorio. 55,1 proc. pacientų vidutiniškai neteko 2,6 kg, tačiau 19,6 proc. priaugo 1,9 kg.

Gydytojų psichiatrų požiūris į *Nantamid* efektyvumą ir toleravimą pavaizduotas 4 paveiksle. Daugumos gydytojų manymu, preparato efektyvumas ir toleravimas geras.

IŠVADOS

- *Nantamid* (kvetiapienas) buvo skirtas šizofrenija sergantiems pacientams, kuriems pasireiškė ūminės psichozės simptomų, pakeičiant anksčiau vartotus antipsichozinius vaistus.
- Statistiškai ir kliniškai reikšmingas būklės pagerėjimas pastebėtas nuo 56-os gydymo dienos.
- *Nantamid* pasižymėjo plataus spektro poveikiu įvairiems simptomams, ypač haliucinacijoms ir kliesdiesiams.
- Klinikinės efektyvumas pasireiškė vartojant įprastines dozes, kurias buvo galima lengvai skirti 300 mg *Nantamid* tabletėmis.
- Anksčiau vartotus antipsichozinius vaistus pakeitus *Nantamid*, reikšmingai sumažėjo EPS simptomų bei antiparkinsoninių preparatų jiems koreguoti vartojimo dažnumas.
- *Nantamid* buvo gerai toleruojamas, šiek tiek sumažino pacientų kūno svorį ir sukėlė tik laikiną slopinimą.
- *Nantamid* pagerino režimo laikymąsi, ką rodo Režimo laikymosi klausimyno rezultatų pokyčiai.
- Daugumos gydytojų nuomonė apie vaisto efektyvumą ir toleravimą buvo pozityvi.

LITERATŪRA

1. Perkins DO. Adherence to antipsychotic medications // J Clin Psychiatry. – 1999, vol. 60(21), p. 25–30.
2. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics // Arch Gen Psychiatry. 2003, vol. 60, p.553–564.
3. Leucht S, Pitschel-Walz G, Abraham D, et al. Efficacy and extrapyramidal side-effects of the new antipsychotics olanzapine, quetiapine, risperidone, and sertindole compared to conventional antipsychotics and placebo. A meta-analysis of randomized controlled trials // Schizophr Res. 1999, vol. 35, p. 51–68.
4. Citrome L, Jaffe A, Levine J, et al. Dosing of quetiapine in schizophrenia: how clinical practice differs from registration studies // J Clin Psychiatry. 2005, vol. 66, p.1512–1516.
5. Haro JM, Edgell ET, Jones PB, et al. The European Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study: rationale, methods and recruitment // Acta Psychiatr Scand. 2003, vol. 107, p. 222–232.
6. McEvoy JP. An overview of the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) study // CNS Spectr. 2006, vol. 11, p. 4–8.