

Czy pedofilia jest uleczalna? Wyniki badań północnoamerykańskich

Are pedophiles treatable? Evidence from North American studies

William L. Marshall

Rockwood Psychological Services, Psychology and Psychiatry, Queen's University

Tłumaczenie: Anna Jakima

Streszczenie

W artykule opisano w skrócie zagadnienia dotyczące pedofilii i związanych z nią zainteresowań seksualnych, następnie przedstawiono dowody wskazujące na to, że można skutecznie leczyć pedofilię. Opierając się na dowodach, wskazuje się, że seksualne zainteresowanie pedofilów dziećmi można skutecznie zastąpić przez mocniejsze seksualne zainteresowanie dorosłymi. Badanie opisane w tym artykule również dowodzi, że leczenie pedofilów oraz innych, niewykazujących skłonności pedofilskich, molestujących dzieci znacznie redukuje skłonność do wykorzystywania nieletnich.

Seksuologia Polska 2008; 6 (1): 33–38

Słowo kluczowe: pedofilia, leczenie

Abstract

This paper briefly reviews the concepts of pedophilia and sexual interests and then describes evidence indicating that it is possible to effectively treat pedophiles. Evidence indicates that the sexual interests of pedophiles in children can be effectively replaced by a stronger sexual interest in adults. The studies reported in this paper also reveal that treating pedophiles, as well as other nonpedophilic child molesters, markedly reduces their propensity to abuse children.

Polish Sexology 2008; 6 (1): 33–38

Key words: pedophilia, treatment

Wstęp

Niektórzy klinicyści wyrażają pogląd, że pedofilia jest nieuleczalna. W pewnych przypadkach mówi się, że pedofile poddani leczeniu nie zmniejszą swoich skłonności do wykorzystywania dzieci. Alternatywna, a jednocześnie bardziej radykalna forma poglądu o nieuleczalności pedofilii głosi, że specyficzne seksualne zainteresowanie dziećmi jest niezmienne. Z takiego punktu widzenia wynika, że najlepsze, co można osiągnąć dzięki leczeniu, to nauczyć pedofilów kontroli nad swoimi dewiacyjnymi zachowaniami seksualnymi. W niniejszej pracy zostaną opisane dowody przeczące obu tym tezom, jednak, by tego

dokonać, należy najpierw przyjrzeć się bliżej samemu pojęciu pedofilii.

Definicja pedofilii

Podręcznik Diagnostyki i Statystyki (DSM, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) wydany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA, *American Psychiatric Association*) służy zarówno w Ameryce Północnej, jak i w wielu innych krajach nakierowywaniu metod diagnostycznych przez zapewnienie definiujących kryteriów wszystkich zaburzeń.

Diagnoza pedofilii według DSM nie dotyczy każdego, kto molestuje dzieci. Nawet w jednym z pierwszych podręczników DSM [1] zwrócono uwagę na to, że „pojedyncze akty seksualne z dziećmi nie są podstawą do zdiagnozowania pedofilii”.

Adres do korespondencji: William L. Marshall, O.C., Ph.D., F.R.S.C.
 Rockwood Psychological Services,
 303 Bagot Street, Suite 403
 Kingston, ON K7K 5W7 Canada

Nadesłano: 22.10.2007

Przyjęto do druku: 12.12.2007

Zgodnie z DSM-IV [2], pojęcie pedofilii stosowano w odniesieniu do tych pacjentów wykorzystujących seksualnie dzieci, którzy mieli „nawracające silne pragnienia seksualne oraz podniecające ich fantazje seksualne dotyczące zachowań seksualnych z niedojrzałym płciowo dzieckiem lub dziećmi”, DSM-III-R [3]. Większość naukowców zinterpretowała to następująco — pedofilia była ograniczona tylko do tych molestujących dzieci, którzy przyznają się, czy też tych, których ocena wskazuje na ciągle zainteresowanie seksualne (czy też orientację seksualną) wobec dzieci [4]. Publikacja DSM-IV [2, s. 528] poszerzyła tę definicję o „zachowania związane z aktywnością seksualną z niedojrzałym płciowo dzieckiem lub dziećmi”.

Uzupełnienie dotyczące zachowań powoduje problemy, ponieważ sugeruje, że każda osoba, która ma stosunki seksualne z dziećmi, jest pedofilem. Jednak diagnostycy wciąż rozróżniają molestujących jako pedofilów i nie-pedofilów na podstawie nieustannego i wyraźnego pociągu do małoletnich. Diagnostycy powinni przeprowadzić test oceniający zainteresowania seksualne albo wnioskować na podstawie informacji uzyskanych od sprawcy przestępstwa wykorzystywania małoletnich i ich przedstawienia podczas wywiadu. Drugi ze sposobów może nastroczać trudności, ponieważ przestępcy seksualni nie są zazwyczaj godnymi zaufania sprawozdawcami — można być pewnym obniżenia prawdziwości wywiadu. Zatem w klinice, gdy tylko jest to możliwe, oceniając zainteresowania seksualne, należy opierać się na wynikach testów fallometrycznych [5].

Testy fallometryczne (zwane również prąciową pletyzmografią lub PPG) polegają na pokazywaniu badanemu różnorodnych podniecających obrazów przedstawiających akty seksualne z dorosłymi lub dziećmi, wymuszania seksu czy przemocy. Do członka badanego podłącza się urządzenie rejestrujące erekcję. Zainteresowania seksualne czy też orientacja stają się oczywiste, gdy okazuje się, czy badany jest bardziej pobudzony przez pokazanie stosunku dwóch dorosłych osób (zainteresowania w normie), z uczestnictwem dzieci (zainteresowania dewiacyjne albo pedofilskie), czy też seksu z dorosłym, lecz bez zgody partnera, wymuszonego przemocą (zainteresowania gwałtem lub dewiacyjne).

Fallometria ma swoje ograniczenia, ale jest użyteczna w określaniu obecnych zainteresowań seksualnych [6]. Co ciekawe, Kingston i wsp. [7] odkryli, że używanie samych kryteriów DSM lub samych testów fallometrycznych bądź kombinacji obu prowadzi do niemal identycznego klasyfikowania molestujących dzieci na pedofilów i nie-pedofilów, choć testy fallo-

metryczne zwykle określały mianem pedofilów większą liczbę badanych.

Niestety, testy fallometryczne nie zawsze są dostępne klinicytom, zatem muszą oni często polegać na wyciąganiu wniosków z dostępnych im informacji. W związku z tym ogólnodiagnostyczna wiarygodność określenia „pedofilia” jest daleka od oczekiwań [8–10]. Problem pogłębia lekkomyślne używanie tego słowa w literaturze — wielu autorów mianem pedofila określa każdego, kto molestuje dzieci, czasem pedofilami określa się tych, którzy wykorzystują nie swoje dzieci. W niniejszej pracy położono nacisk na to, by pedofilami nazywać tylko tych molestujących, którzy spełniają aktualne kryteria DSM, i tych, którzy według testów fallometrycznych wykazują dewiacyjne skłonności.

Reakcje pedofilów na leczenie

Nie ma publikowanych badań, które porównywałyby rezultaty leczenia pedofilii i nie-pedofilii. Na szczęście dostępne są odpowiednie dane z raportu o długotrwałych wynikach programu opartego na leczeniu przez uczestnictwo w życiu społecznym [11]. W oryginalnym artykule opisany odsetek recydywy pochodzi zarówno z oficjalnych, jak i nieoficjalnych źródeł. W rezultacie odsetek popełniających kolejny raz przestępstwo jest od dwóch do trzech razy większy niż wynikałoby to z danych oficjalnych. W tym artykule przedstawiono tylko dane oficjalne, aby czytelnikom było łatwiej porównać je z innymi badaniami.

Wśród 58 nieleczonych przestępców 18 zostało zdiagnozowanych jako pedofile albo przez biegłych psychiatrów, po uprzedniej konsultacji z naszą kliniką, albo zdiagnozowanych u nas. Całkowity odsetek recydywistów wśród nieleczonych wyniósł, zgodnie z danymi Kanadyjskiego Policyjnego Centrum Informacyjnego (CPIC, *Canadian Police Information Centre*), 16,4%. Spośród 18 zdiagnozowanych pedofilów 5 popełniło przestępstwo ponownie, co daje odsetek recydywy na poziomie 27,8%. A zatem, odsetek recydywistów wśród nieleczonych pedofilów był niemal dwukrotnie większy niż odsetek dla całej grupy, zgodnie z oczekiwaniami większości klinicystów. Jednak w grupie leczonych odsetek recydywy był prawie równy dla pedofilów i nie-pedofilów.

Spośród 68 leczonych w naszym badaniu 22 zdiagnozowano jako pedofilów, podobnie w grupie nieleczonych. Następnie za pomocą testów fallometrycznych przebadano tych 22 badanych, 17 z nich spełniało fallometryczne kryteria pedofilii (ich pobudliwość w stosunku do dzieci była ok. 80% większa niż w stosunku do osób dorosłych). Zatem, wedle diagnozy i fallometrii, 17 z nich jest pedofilami.

Całkowity odsetek recydywy dla grupy leczonej wyniósł 6,8%. Jednak z 17 mężczyzn, jednoznacznie sklasyfikowanych jako pedofile, recydywistą został tylko 1. Ten odsetek recydywy (5,9%) wśród pedofilów jest nieco niższy niż odsetek dla 51 nie-pedofilów oraz niższy niż procent recydywistów obliczony dla całej grupy. Jeśli polegano by wyłącznie na diagnozach psychiatrów, wyniki byłyby dosyć podobne; w obu przypadkach leczeni „pedofile” radzili sobie przynajmniej tak dobrze jak nie-pedofile. Ponadto leczeni pedofile dużo rzadziej niż nieleczeni (5,9%) ponownie popełniają przestępstwo (27,8%). Zatem, mimo małej liczby badanych, wynik zdaje się przeczyć pogładowi o nieuleczalności pedofilii.

Modyfikacja dewiacyjnych zainteresowań seksualnych

Przeciw pogładowi, jakoby pedofilia była nieuleczalna, przemawia ogromna liczba wyników badań. Jednak wcześniej należy przedyskutować znaczenie takich wyrażań, jak „zainteresowania seksualne”, „preferencje seksualne” oraz „orientacja seksualna”.

Orientacja seksualna odnosi się do preferowania dorosłych kobiet lub mężczyzn (orientacja na płęć), z czym się zgadza autor niniejszej pracy. Próby zmiany orientacji (które ograniczały się do usiłowania zmiany homoseksualnych mężczyzn w heteroseksualnych) przerwano w większości krajów zachodnich w latach 60. i 70. XX wieku, częściowo z powodu niepowodzenia, przynajmniej z wyjątkowymi homoseksualistami [12]. Wraz ze zmianą nastawienia społeczeństwa do homoseksualizmu, większość klinicystów odmawia prób zmiany orientacji seksualnej. Mając na względzie to, że nastawienie do terapii zmieniło się radykalnie po 1970 roku, pytanie, czy zmiana orientacji jest możliwa, pozostaje nadal otwarte. Jednak niezależnie od odpowiedzi, faktem jest, że próby przemiany homoseksualistów w heteroseksualistów często motywuje się krzywdzącymi i bezpodstawnymi wyobrażeniami o homoseksualizmie, co nie może mieć miejsca w klinice.

Preferencje seksualne opisują specyficzne dla danej osoby poszczególne formy aktywności seksualnej, wiek partnera czy specjalne formy stymulacji (np. fetysze). Podczas gdy istnieją dowody sugerujące biologiczne podstawy męskiego homoseksualizmu [13], nie ma żadnych wskazujących na istnienie wrodzonego pociągu do dzieci [14, 15]. Tymczasem istnieje pewien, bardzo słaby, dowód na to, że u małej części molestujących dzieci występuje uszkodzenie neurologiczne, takie samo jak to, które wykryto u wszystkich typów przestępców [16]. Nie wiadomo jednak dokładnie, dlaczego niektórzy mężczyźni wy-

korzystają seksualnie dzieci [17–19], chociaż proponowano pewne oparte na faktach teorie wyjaśniające. Dotyczyły one różnych doświadczeń z dzieciństwa, wieku dojrzewania i dorosłości, które mogłyby rozwinać seksualne zainteresowanie dziećmi.

Okolo 50% molestujących obce dzieci, zidentyfikowanych w testach fallometrycznych, wykazywało większą pobudliwość wobec dzieci niż dorosłych bądź jednakową pobudliwość wobec obu, albo pobudliwość wobec dzieci będącą w 80% tak silną, jak wobec dorosłych. Wobec każdej z tych grup rozważano leczenie skierowane na zmianę tych dewiacyjnych zainteresowań. Jednak nawet ci, których pobudliwość wobec dzieci wynosi 80–100% pobudliwości wobec dorosłych i których uznaje się za dewiantów potrzebujących specjalnego leczenia, nie mają dokładnych **seksualnych preferencji** wobec dzieci — można jedynie powiedzieć, że mają wobec nich **zainteresowania seksualne**. Dla wygody, w niniejszej pracy autor odniesie się do obu grup wykorzystujących dzieci (posiadających preferencje i przejawiających zainteresowanie dziećmi) jako mających dewiacyjne zainteresowanie seksualne dziećmi.

Jeżeli prawdą jest, że zainteresowania seksualne są nabyte — pojawia się też możliwość ich cofnięcia. To założenie jest w praktyce główną ideą, na której oparto wszystkie behawioralne metody postępowania mające na celu zmianę orientacji. Metody te przybrały wiele form, o wiele za dużo, by je tu opisać. Owe procedury były skuteczne nawet na początku stosowania (historyczne przeglądy Marshall i Laws [20] oraz Laws i Marshall [21]) [22–25]. Autor i wsp. pisali wcześniej o serii kontrolowanych badań nad pojedynczymi przypadkami [26–31] dotyczących behawioralnych metod postępowania z 10 pedofilami (zdiagnozowanymi zarówno przez psychiatrów, jak i za pomocą testów fallometrycznych). Na podstawie ocen zastosowania leczenia behawioralnego wykazano znaczący spadek pobudliwości wobec dzieci oraz długotrwałą eliminację zachowań dewiacyjnych. Wpisanie do narodowej bazy danych CPIC umożliwiło ulepszenie metod długotrwałej obserwacji. Dzięki temu łatwiej było się dowiedzieć, że żadnego z tych 10 pedofilów nie skazano ponownie przez ostatnie 30 lat. Warto też wspomnieć, że fallometrie wykonywane do 2 lat po leczeniu wykazywały konsekwentnie normalne zainteresowania seksualne. Odkrycia te są zbieżne z innymi licznymi sprawozdaniami spotykanymi w literaturze, wykazującymi zarówno stabilne zmiany zainteresowań seksualnych przez długi czas, jak i znaczący spadek (w wielu przypadkach eliminację) odsetka recydywistów.

Źródła pedofilii i jej kompleksowe leczenie

Według autora niniejszej pracy i innych autorów [19, 32, 33] mężczyźni zaczynają interesować się seksem z dziećmi (a także chcą z nimi realizować swoje potrzeby emocjonalne i potrzebę intymności), ponieważ nie zdobyli umiejętności, postaw, sztuki panowania nad emocjami oraz pewności siebie, które są niezbędne, by we właściwy sposób realizować swoje pragnienia z dorosłymi ludźmi. Na przykład Howells [34] wykazał, że molestujący dzieci czuli się z nimi dużo swobodniej, bo postrzegali je jako usługowe, niebudzące lęku i łatwe do kontrolowania, podczas gdy dorośli w oczach tych mężczyzn jawili się jako przerażający, wymagający i dominujący. Autorzy przejrzeni też dowody, które wskazywały na poważne zakłócenia między molestującymi i ich rodzicami w dzieciństwie, prowadzące do zaburzeń poczucia własnej wartości i osłabienia umiejętności budowania relacji [35]. Na podstawie tych dowodów autorzy opracowali program kompleksowego leczenia, który przez lata ewoluował [11, 36–38] do obecnego kształtu [39]. Dotyka on wielu tematów, takich jak: poczucie własnej godności, wstydu, radzenia sobie z problemami, empatii, zdrowego funkcjonowania seksualnego, relacji i budowania intymności, jak też samodzielnego kontrolowania emocji i zachowań. Dodatkowo wspomaga leczonych przestępców w tworzeniu długoterminowych planów, nakierowanych na prowadzenie lepszego, przynoszącego spełnienie życia [40]. Oczywiście, dla pedofilów wprowadza się specjalne procedury, by zmienić ich dewiacyjne zainteresowania seksualne [41].

W celu sprawdzenia, czy pedofile rzeczywiście interesują się dziećmi dla seksu, intymności i pocieszenia, ponieważ nie mają umiejętności niezbędnych do tworzenia normalnych relacji z dorosłymi, autor przeprowadził badania z udziałem starannie wyselekcjonowanych osób molestujących dzieci, o silnych zachowaniach dewiacyjnych. Jeśli teoria autora pracy i wsp. jest prawdziwa, to wykorzystujący dzieci, którzy umieją budować związki z dorosłymi (tzn. posiadają odpowiednie umiejętności, postawy i poczucie własnej wartości) i mają możliwość wdrożenia tych umiejętności w życie, powinni po prostu przestać interesować się dziećmi. W badaniach doświadczalnych nad zanikiem wcześniej pożądanego zachowania wykazano, że proces zaniku (utrata początkowo pożądanego reakcji) znacząco się zwiększa oraz stabilizuje, kiedy to nowe, nagrażające zachowanie zastępuje stare [42]. W sytuacji omawianej w artykule znaczy to, że jeśli by u molestujących dzieci wykształcić umiejętności niezbędne do utrzymywania intymnych i seksualnych relacji

z dorosłymi oraz zapewnić im możliwości użycia ich w praktyce, powinno to doprowadzić do zaniku seksualnych zainteresowań dziećmi, a w związku z tym do wzrostu zainteresowania dorosłymi.

W celu poddania tej idei najcięższej próbie autor przeprowadził [43] dokładną selekcję osób molestujących dzieci, które podczas testów fallometrycznych wykazywały większą pobudliwość wobec dzieci niż dorośli. Co więcej, spośród nich wybrano tylko tych, którzy mieli wiele ofiar, a przestępstwa powtarzały się przez wiele lat. Większość z nich stosowała wobec ofiar penetrację waginy lub odbytu penisem oraz używała, w różnym stopniu, przemocy. Wszyscy przyznawali, że ich zainteresowanie seksualne dziećmi trwa od dawna, co objawiało się zarówno w rzeczywistości, jak i w częstych fantazjach seksualnych podczas masturbacji. Wszyscy zostali zdiagnozowani przez biegłych psychiatrów jako pedofile, wykazywali dużą pobudliwość wobec dzieci w teście fallometrycznym.

Autor pracy wybrał tylko tych dość dewiacyjnych molestujących, którzy też dokładnie spełniali kryteria pedofilii. Zostali oni poddani programowi leczenia kompleksowego, a oprócz tego celowo zabronił wspomnienia o dewiacyjnych zachowaniach seksualnych i nie używał żadnych środków mających na celu modyfikację tych zachowań. Ważne jest, że w więzieniu, w którym przebywali badani, skazani mogli odbywać „wizyty małżeńskie” ze swoimi partnerami seksualnymi. Niektórzy badani wykorzystywali to i, mimo określonych zainteresowań seksualnych, utrzymywali relacje z dorosłymi przez pewien czas poprzedzający skazanie, a ci dorośli byli partnerami podczas wizyt małżeńskich. Inni wiązali się podczas pobytu w więzieniu z kobietami poznanymi listownie albo podczas wolontariatu.

Kingston i wsp. [7] nie znaleźli różnic w prawdopodobieństwie bycia w związku małżeńskim wśród pedofilów i nie-pedofilów, nie powinno więc zaskakiwać, że obie te grupy (pedofile i nie-pedofile) miały partnerów, z którymi widywały się na wizytach małżeńskich. Podczas tych spotkań przestępca i jego partner przebywali przez maksymalnie dwa dni w znajdującym się na terenie więzienia małym domku. To pozwalało im utrwalać umiejętności, których ich uczono, oraz zapewniało prywatność podczas relacji seksualnych.

Na podstawie testów fallometrycznych wykonanych po leczeniu przestępców-pedofilów podczas opisanych wcześniej badań [43] wykazano normalizację zainteresowań seksualnych u każdego z uczestników. Pobudliwość wobec dzieci była znacząco niższa — kilkakrotnie w stosunku do pobudliwości wobec dorosłych, oraz nieco niższa niż przeciętna po-

budliwość seksualna wobec dzieci wśród niemolestujących dorosłych mężczyzn. Pobudliwość wobec dorosłych po leczeniu niemal zrównała się z przeciętną dla normalnych mężczyzn. Wyniki te ponownie potwierdzają możliwość modyfikacji dewiacyjnych zainteresowań seksualnych.

Wnioski

Opisane badania oraz liczne raporty w literaturze przestępstw seksualnych wskazują, w mniemaniu autora, że pedofile mogą być poddani zakończonej sukcesem psychoterapii tak samo jak nie-pedofile molestujący dzieci. Obie te grupy wykazują dużo niższą recydywę po wyjściu z więzienia — odsetki są niemal równe. Ponadto wykazano, że włączenie specjalnych procedur behawioralnych, mających na celu zmianę zainteresowań seksualnych pedofilów, faktycznie te zainteresowania zmienia, a normalizuje się je poprzez leczenie. Wydaje się również, że zapewnienie pedofilom umiejętności, postaw oraz poczucia własnej wartości, niezbędnych do budowania relacji intymnych i seksualnych z dorosłymi, normalizuje ich zainteresowania bez konieczności koncentrowania się na dewiacjach. Długotrwałe badania nad recydywą wśród molestujących dzieci, włączając w to pedofilów, wskazują, że odsetek recydywy wśród leczonych jest dużo niższy niż wśród nieleczonych, a co najważniejsze, wydaje się, że reakcja na leczenie między pedofilami i nie-pedofilami nie różni się.

Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. rev.). Washington, DC 1980; 271.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC 1984.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC 1987; 85.
- Freund K. Erotic preference in pedophilia. *Behaviour Research and Therapy* 1967; 5: 339–348.
- Murphy W.D., Barbaree H.E. Assessments of sex offenders by measures of erectile response: Psychometric properties and decision making. Safer Society Press, Brandon VT 1994.
- Marshall W.L., Fernandez Y.M. Phallometric testing with sexual offenders: Theory, research, and practice. Safer Society Press, Brandon VT 2003.
- Kingston D.A., Firestone P., Moulden, H.M., Bradford J.M. The utility of the diagnosis of pedophilia: A comparison of various classification procedures. *Archives of Sexual Behavior* 2007; 36: 423–436.
- Levenson J.S. Reliability of sexually violent predator civil commitment criteria. *Law&Human Behavior* 2004; 28: 357–368.
- Marshall W.L. Pedophilia: Psychopathology and theory. W: Laws D.R. O'Donohue W. (red.). *Handbook of sexual deviance: Theory and application*. New York: Guilford Press 1997a; 152–174.
- Marshall W.L. Diagnostic problems with sexual offenders. W: Marshall W.L., Fernandez Y.M., Marshall L.E. Serran G.A. (red.). *Sexual offender treatment: Controversial issues*. John Wiley&Sons, Chichester UK 2006a; 33–43.
- Marshall W.L., Barbaree H.E. The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy* 1988; 26: 499–511.
- Feldman M.P., MacCulloch M.J. *Homosexual behaviour: Therapy and assessment*, Oxford: Pergamon Press 1971.
- Kauth M.R. *Sexual orientation and identity*. W: McAnulty R.D., Burnette M.M. (red.). *Sex and sexuality: t. 1. Sexuality today: Trends and controversies*. Praeger, Westport CT 2006; 153–184.
- Rosen R.C., Beck J.G. *Patterns of sexual arousal: Psychophysiological processes and clinical applications*. Guilford Press, New York 1988.
- Ward T., Polaschek D.L.L., Beech A.R. *Theories of sexual offending*. John Wiley&Sons, Chichester UK 2006.
- Joyal C.C., Black D.N., Dassylva B. The neuropsychology and neurology of sexual deviance: A review and pilot study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2007; 19: 155–173.
- Laws D.R., Marshall W.L. A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preferences and behavior. W: Marshall W.L., Laws D.R., Barbaree H.E. (red.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum Press, New York 1990; 209–229.
- Marshall W.L., Barbaree H.E. An integrated theory of sexual offending. W: Marshall W.L., Laws D.R., Barbaree H.E. (red.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum Press, New York 1990; 257–275.
- Marshall W.L., Marshall L.E. The origins of sexual offending. *Trauma, Violence&Abuse: A Review Journal* 2000; 1: 250–263.
- Marshall W.L., Laws D.R. A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offender treatment: cz. 2. The modern era. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2003; 15: 93–120.
- Laws D.R., Marshall W.L. A brief history of behavioral and cognitive-behavioral approaches to sexual offender treatment: cz. 1. Early developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2003; 15: 75–92.
- Kelly R.J. Behavioral re-orientation of pedophiliacs: Can it be done? *Clinical Psychology Review* 1982; 2: 387–408.
- Laws D.R., Marshall W.L. Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behaviour Research and Therapy* 1991; 13: 13–25.
- Quinsey V.L., Earls C.M. The modification of sexual preferences. W: Marshall W.L., Laws D.R., Barbaree H.E. (red.). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum Press, New York 1990; 279–295.
- Quinsey V.L., Marshall W.L. Procedures for reducing inappropriate sexual arousal: An evaluation review. W: Greer J.G., Stuart I.R. (red.). *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment*. Van Nostrand Reinhold, New York 1983; 267–289.
- Marshall W.L. A combined treatment method for certain sexual deviations. *Behaviour Research and Therapy* 1971; 9: 292–294.
- Marshall W.L. Satiation therapy: A procedure for reducing deviant sexual arousal. *Journal of Applied Behavioral Analysis* 1979; 12: 10–22.
- Marshall W.L. Olfactory aversion and directed masturbation in the modification of deviant preferences; A case study of a child molester. *Clinical Case Studies* 2006b; 5: 3–14.
- Marshall W.L. Covert association: A case demonstration with a child molester. *Clinical Case Studies* 2007; 6: 218–231.
- Marshall W.L., Barbaree H.E. The reduction of deviant arousal. *Criminal Justice and Behavior* 1978; 5: 294–303.
- Marshall W.L., Lippens K. The clinical value of boredom: A procedure for reducing inappropriate sexual interests. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1977; 165: 283–287.
- Marshall W.L., Anderson D., Fernandez Y.M. Cognitive behavioural treatment of sexual offenders. John Wiley&Sons, Chichester UK 1999.
- Marshall W.L., Fernandez Y.M., Marshall L.E. Serran G.A. (red.). *Sexual offender treatment: Controversial issues*. John Wiley&Sons, Chichester UK 2006a.
- Howells, K. Some meanings of children for pedophiles. In W: Cook M., Wilson G. (red.). *Love and attraction: An international conference*. Pergamon Press, Oxford 1979; 519–526.
- Starzyk K.B., Marshall W.L. Childhood, family, and personological risk factors for sexual offending. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal* 2003; 8: 93–105.
- Marshall W.L. Assessment, treatment, and theorizing about sex offenders: Developments over the past 20 years and future directions. *Criminal Justice and Behavior* 1996; 23: 162–199.
- Marshall W.L., Earls C.M., Segal Z.V., Darke J. A behavioral program for the assessment and treatment of sexual aggressors. W: Craig K., McMahon R. (red.). *Advances in clinical behavior therapy*. Brunner/Mazel, New York 1983; 148–174.
- Marshall W.L., Williams S. A behavioral approach to the modification of rape. *Quarterly Bulletin of the British Association for Behavioural Psychotherapy* 1975; 4: 78.

39. Marshall L.E., Marshall W.L. Outcome of a treatment program for sexual offenders. Manuscript in preparation 2005.
40. Ward T., Marshall W.L. Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression* 2004; 10: 153–169.
41. Marshall W.L., O'Brien M.D., Marshall L.E. (in press). Modifying sexual preferences. W: Beech A.R., Craig L.A., Browne K.D. (red.). *Assessment and treatment of sex offenders: A handbook*. Chichester, UK: John Wiley&Sons.
42. Falls W.A. Extinction: A review of theory and the evidence suggesting that memories are not erased with nonreinforcement. W: O'Donohue W. (red.). *Learning and behavior therapy*. Allyn&Bacon, Boston 1998; 205–229.
43. Marshall W.L. The relationship between self-esteem and deviant sexual arousal in nonfamilial child molesters. *Behavior Modification* 1997b; 12: 86–96.