

**Problemy kliniczne w terapii zaburzeń preferencji seksualnych – część pierwsza**

**Clinical issues in the therapy of the sexual preferences disorders – part one**

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

\*Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

\*\*Poradnia Seksuologiczna Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej dla Pracowników Wojska

**Streszczenie**

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

**Summary**

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

*Słowa kluczowe:* parafilia, farmakoterapia, psychoterapia  
*Key words:* pharapilia, pharmacotherapy, psychotherapy

**Pojęcie dewiacji seksualnych**

Dewiacja seksualna jest to stan erotoseksualnej, powtarzającej się reaktywności lub obsesyjnej zależności od niezwyklego, nieakceptowanego bodźca zmysłowego lub istniejącego w fantazji, niezbędnego do uzyskania lub podtrzymania podniecenia seksualnego i/lub orgazmu. Dewiacja seksualna (*deviatio sexualis*, *paraphilia*) jest pojęciem nadrzędnym oznaczającym wszelkie odchylenia od normy w zachowaniu seksualnym, niezależnie od objawów oraz rodzaju, natężenia i czynników przyczynowych. Termin ten obejmuje zarówno odchylenia od norm społecznych, jak i odchylenia patologiczne w sensie odchyleń od normy medycznej (perwersje). Perwersja seksualna (*perversio sexualis*) jest szczególną formą dewiacji kwalifikowaną w kategoriach patologii

medycznej, natomiast w skład pojęcia dewiacji wchodzi też odchylenia seksualne, które nie stanowią formy patologicznej w rozumieniu medycznym. Grupa dewiacji seksualnych nie jest jednorodna. W jej obrębie wyróżnia się: 1. Odchylenia seksualne w zakresie obiektu np.: pedofilia, zoofilia, gerontofilia, fetysyzm, transwestytyzm oraz 2. Odchylenia seksualne w zakresie sposobu realizacji aktu seksualnego np.: sadyzm, masochizm, ekshibicjonizm, oglądactwo. Ponadto wyodrębnia się grupę 3. Patologicznych odchyleń seksualnych, które mają progresywne („zbożenia płciowe”) oraz impulsywne formy przebiegu. W praktyce klinicznej rozpoznanie „zbożenia płciowego” opiera się na stwierdzeniu dominującego objawu w postaci stereotypowych zachowań seksualnych (niezwykle, nieakceptowany bodziec

zmysłowy), któremu towarzyszą objawy wiodące, podane przez Hansa Giesego: popadnięcie w zmysłowość, wzrost częstotliwości z równoczesnym obniżeniem satysfakcji, promiskuityzm i anonimowość, rozbudowa fantazji, praktyk i ich wyrażanie, przeżycia mające charakter nałogu, okresowość naporu niepokoju seksualnego [1]. Odchylenia seksualne patologiczne o przebiegu impulsywnym mają charakter nagły, postać chwilowych „wyłamań” spod kontroli psychiki, bez uprzedniego przygotowania, co upodabnia je do działań impulsywnych. W klinice zaburzeń seksualnych wyróżnia się też grupę objawowych dewiacji i zбоżeń seksualnych, występujących w przebiegu różnorodnych chorób psychicznych i somatycznych [2].

Zgodnie z obowiązującą Klasyfikacją Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania [3], aby rozpoznać zaburzenia preferencji seksualnej (F-65), muszą zostać spełnione następujące warunki:

G1. Osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań.

G2. Osoba zarówno realizuje ten popęd, jak i odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie.

G3. Preferencja występuje od co najmniej 6 miesięcy.

### Definicja i epidemiologia

Parafilie są powiązane ze zwiększoną ilością kontaktów seksualnych (częstą zmianą partnerów), większą niż w populacji ogólnej skłonnością do masturbacji oraz silną tendencją do korzystania z pornografii. Typowe w tej grupie są również zachowania niosące ryzyko zarażenia wirusem HIV oraz przyzwalające na prostytucję [4,5]. Dewiacje seksualne istotnie częściej diagnozowane są w populacji mężczyzn niż kobiet, a ich rozpowszechnienie nie jest zależne od kontekstu socjo-kulturowego [5]. W pracy Federoff i wsp. [6], stwierdzono, że wśród kobiet z rozpoznaniem dewiacji seksualnych dominują badane o skłonnościach pedofilnych (36%), sadystrycznych (29%) oraz ekshibicjonistycznych (29%). Współchorobowość w przypadku dewiacji seksualnych dotyczy najczęściej: uzależnienia i nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzeń osobowości (głównie cech osobowości dyssocjalnej, borderline i schizoidalnej) oraz zaburzeń nastroju [1]. Dewiacje seksualne związane są także z obniżeniem subiektywnie ocenianej przez badanych jakości życia [7]. Rozpowszechnienie parafilii trudno jest oszacować. Jak podaje Federoff [8] 30% mężczyzn fantazjuje na temat zgwałcenia kobiety, 51% studentów przyznaje, że spróbowałoby dokonać gwałtu, w przypadku gwarantowanego braku kary, a 25% spośród nich uważa, że znaczna część kobiet chciałaby zostać zgwałcona, pod warunkiem, że sytuacja ta nie zostanie ujawniona.

**PEDOFILIA** (gr. *pais*, dop. *paidos* – dziecko, *philia* – miłość, skłonność) – definiowana jest jako akty lub fantazjowanie o angażowaniu się w aktywność seksualną z dziećmi, najczęściej w wieku przed pokwitaniem lub w okresie pokwitania, jako stale preferowany lub wyłączny sposób osiągnięcia podniecenia seksualnego i/lub satysfakcji seksualnej. Terminem *hebephilia* określa się natomiast stosunki płciowe z dziećmi w wieku 11(12)-14 lat, które osiągnęły już dojrzałość płciową [9]. Dwa razy więcej osób dotkniętych pedofilią preferuje dzieci płci przeciwnej (wybierane są najczęściej dziewczynki pomiędzy 8 a 10r.ż. oraz niewiele starsi chłopcy: 10-13 lat) [10]. W większości przypadków dorosły jest dla dziecka osobą znajomą (w 27% do 70% przypadków sprawcami są członkowie rodziny dziecka). Podglądanie i dotykanie są częstszą formą kontaktu niż stosunek płciowy. Pedofilia rzadko występuje wśród kobiet, jednak również w tej grupie jest diagnozowana [11,12]. Zachowania pedofilne mają swój początek najczęściej w okresie dojrzewania sprawcy [13,14]. U 50 do 60% osób o skłonnościach pedofilnych diagnozuje się uzależnienie od substancji psychoaktywnych (traktowanie dziecka jako obiektu zainteresowania seksualnego obecne jest zarówno w stanie trzeźwości, jak i intoksykacji), wśród 15-70% współobecną parafilię (sadyzm, ekshibicjonizm, vojeryzm) [14]. Zdaniem Dickey i wsp. [15] w omawianej grupie zaburzeń dominują sprawcy między 40 a 70r.ż. (mężczyźni). W przypadku kobiet granica wieku to 22-33 lata. Rozpowszechnienie pedofilii jest trudne do ustalenia, ponieważ szacuje się, że jedynie 1 na 20 aktów wykorzystywania seksualnego dziecka jest rejestrowany [16].

**FETYSZYZM** (port. *feitico* – urok, magia) – jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych odchyśleń seksualnych, jego istota polega na osiąganiu pobudzenia seksualnego oraz orgazmu w wyniku kontaktu wzrokowego, dotykowego, węchowego lub słuchowego z obiektami innymi niż ludzie (np. elementy bielizny, buty, drzewa), lub z częściami ciała innej osoby (np. stopy, włosy, określany wówczas mianem *partializmu*). Fetysz może całkowicie zastąpić aktywność seksualną z partnerem, bądź też jest niezbędnym warunkiem do odbycia stosunku płciowego. Zaburzenie to rzadko występuje u kobiet. Pierwsze objawy pojawiają się w okresie dojrzewania lub wczesnej dorosłości. Obiekt fetyszyzmu może zostać określony już w dzieciństwie, jednak nie opisano przypadków występowania tego zaburzenia u dzieci [17,18].

**EKSHIBICJONIZM** (łac. *exhibere* – wystawiać na widok) – są to powtarzające się przypadki obnażenia narządów płciowych przed nieznanymi, najczęściej płci odmiennej (często z jednoczesną masturbacją), w celu uzyskania zaspokojenia seksu-

alnego. Ekshibicjonista przeważnie nie oczekuje podjęcia kontaktu seksualnego z ofiarą. Początek zaburzeń zazwyczaj występuje przed 18r.ż., a jego nasilenie zmniejsza się po 40r.ż. Większość ekshibicjonistów to żonaci mężczyźni, których związek małżeński nie należy do udanych z powodu zaburzeń przystosowania seksualnego. Ekshibicjoniści stanowią około 1/3 pacjentów zgłaszających się do leczenia psychiatrycznego z powodu dewiacji seksualnych [19]. W badaniach Bader i wsp. [20] (przebadano 202 mężczyzn zatrzymanych w następstwie aktów ekshibicjonizmu), 25% z ocenianej grupy potwierdzała w wywiadzie diagnozę zaburzeń psychicznych, a kolejne 25% - uzależnienie od substancji psychoaktywnych.

**OGLĄDACTWO, skoptofilia** (gr. *skopein* – oglądać, *philia* – miłość, skłonność), **voyeuryzm** (franc. *voyeur* - oglądaczy) – obserwowanie osób nieświadomych tego, że są podglądane, zwykle obcych, które są nagie, rozbierają się lub są zaangażowane w aktywność seksualną. Kryterium diagnostycznym rozpoznania oglądarki jest sytuacja, gdy skryte podglądanie staje się głównym lub jedynym sposobem uzyskiwania rozkoszy seksualnej. Rozpoczyna się zwykle przed 15r.ż. i w ogromnej większości dotyczy heteroseksualnych mężczyzn. Często współwystępuje z ekshibicjonizmem i uzależnieniem od seksu [7,20]. Zdaniem Rye i wsp. [21] chęć podglądania atrakcyjnych osób jest typowa również dla tych kobiet i mężczyzn, u których nie rozpoznaje się parafilii.

**TRANSWESTYTYZM fetyszystyczny** – polega na przebieraniu się heteroseksualnych mężczyzn w ubrania kobiece, co pozwala na osiąganie w ten sposób podniecenia seksualnego. Ubiór płci odmiennej pełni rolę fetysza. Pomimo obecności dewiacji wielu transwestytów miewa udane związki małżeńskie. Zdarza się, że w przypadku, gdy partnerki akceptują zachowanie mężczyzny, ci ostatni odbywają stosunki płciowe w ubraniu kobiecym. Niezwykle rzadko występuje u kobiet. Rozpoczyna się zazwyczaj w dzieciństwie [22,23].

**MASOCHIZM** – jest odchyleniem seksualnym w zakresie sposobu realizacji praktyk seksualnych. Polega na osiąganiu satysfakcji seksualnej w sytuacjach związanych z całkowitym podporządkowaniem się i uległością wobec partnera seksualnego. Poddanie się przemocy drugiego człowieka sprawia, że zadawanie przez niego bólu fizycznego, upokorzenie lub poniżenie odczuwane jest, jako rozkosz seksualna. Często preferowanym lub wyłącznym sposobem osiągnięcia satysfakcji seksualnej jest poniżenie, kępowanie, bicie, czy wywoływanie cierpienia w inny sposób (np.: utrudnianie oddychania). Masochizm jest jedną z dewiacji seksualnych, która występuje równie często u kobiet, jak i u mężczyzn [24].

**SADYZM** – polega na zadawaniu fizycznego i/lub psychicznego cierpienia partnerowi seksualnemu w celu stymulowania podniecenia płciowego i orgazmu. W sadyzmie seksualnym charakterystyczne są uporczywe i trwałe fantazje, w których podniecenie seksualne towarzyszy wyobrażeniom o zadawaniu cierpienia partnerowi. Kontekst sytuacji seksualnej, w której partner, zgodnie z wolą sadysty, doznaje poniżenia lub bólu, co potwierdza władzę dewianta nad partnerem, wywołuje u niego szczególnie silne podniecenie i rozkosz seksualną. Akt seksualny może być nawet pozbawiony elementów upokorzenia partnera i zadawania bólu fizycznego, byle by zachowywał się on w sposób ściśle określony przez sadystę. Sadyzm należy odróżnić od elementów agresji, które mogą występować w normalnym pożyciu seksualnym. Skrajnie nasilony sadyzm seksualny występuje u osób brutalnie gwałcących lub torturujących swoje ofiary. Jeszcze wyraźniej przejawia się sadyzm u morderców z lubieżności, gdzie podniecenie seksualne wyzwała się w chwili śmierci ofiary [25,26].

### Farmakoterapia czy psychoterapia?

Osoby cierpiące na dewiacje seksualne nie zawsze odczuwają potrzebę zmiany swoich zachowań. Dzieje się tak dopiero wówczas, gdy niszczą one bliską relację z drugą osobą. W literaturze obecny jest również pogląd, zgodnie z którym pacjenci z tej grupy (głównie o skłonnościach pedofilnych) zamiast na leczenie, zasługują na karę [12]. Wynika to z faktu, że przez znaczną część społeczeństwa parafilie są traktowane, jako świadomy wybór jednostki, a nie zaburzenie w rozumieniu choroby [17,27].

Trudność skutecznej terapii parafilii wynika z następujących przyczyn: 1. Rezygnacja z seksualnej przyjemności jest trudna bądź bardzo trudna; 2. Seksualne skrypty zachowania parafilnego często służą do: 2.1. Obniżenia lęku, 2.2. Tłumienia agresji, 2.3. Stabilizacji poczucia tożsamości, 3. Czynniki biologiczne, czy psychologiczne kształtujące parafilie pojawiają się już na bardzo wczesnych etapach życia. W efekcie parafilie ściśle spleta się z tożsamością i poczuciem ego parafilika, 4. Napór parafilnych impulsów i parafilna aktywność seksualna mają charakter okresowy, cykliczny. Dłuższe przerwy w naporze parafilnych impulsów i zachowań mylnie mogą być (i nierzadko są) uznawane przez parafilików, jak również ich terapeutów, za pełne wyleczenie [28].

W chwili obecnej w literaturze przeważa pogląd, zgodnie z którym diagnostyka i terapia zaburzeń seksualnych wymaga interdyscyplinarnych oddziaływań, połączenia farmakoterapii z psychoterapią i edukacją. Najczęściej wybieraną metodę

leczenia stanowi farmakoterapia. Wynika to z faktu łatwości jej stosowania oraz dość szybkiego uzyskiwania poprawy. Jednak efekty leczenia farmakologicznego są często doraźne i krótkotrwałe. Nie sięgają bowiem do psychologicznych przyczyn dysfunkcji [28]. Farmakoterapia obniża popęd seksualny, ale pozostaje bez wpływu na obsesyjne preferencje. Szacuje się, iż 50% leczonych farmakologicznie parafilików porzuca leczenie, a 15% ma perwersyjne zachowania w czasie, gdy przyjmują leki. Wydaje się więc, że jedynie współoddziaływanie leczenia farmakologicznego i psychoterapii pozwala na osiąganie długotrwałych efektów. Psychoterapia stosowana jest w większości programów terapeutycznych, niezależnie od tego, jaką przypiszemy rolę czynnikom biologicznym i psychologicznym w powstawaniu zaburzenia [29].

#### Piśmiennictwo

- Hill A., Habermann N., Berner W., Briken P. Psychiatric disorders in single and multiple sexual murderers. *Psychopathology*, 2007; 40: 22-28.
- Bhugra D., Popelyuk D., McMullen I. Paraphilias across cultures: contexts and controversies. *J. Sex. Res.*, 2010; 47(2): 242-256.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zachowania. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”: 1994.
- Kafka M.P., Hennen J. A DSM-IV Axis I comorbidity study of males (n = 120) with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Sexual Abuse: J. Res. Treatm.*, 2002; 14: 349-366.
- Långström N., Hanson R.K. High rates of sexual behavior in the general population: correlates and predictors. *Arch. Sex. Behav.*, 2006; 35(1): 37-52.
- Fedoroff J.P., Fishell A., Fedoroff B. A case series of women evaluated for paraphilic sexual disorders. *Can. J. Hum. Sex.*, 1999; 8(2): 127-140.
- Långström N., Seto M.C. Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish National Population Survey. *Arch. Sex. Behav.*, 2006; 35: 427-435.
- Fedoroff J.P. Sadism, sadomasochism, sex, and violence. *C. J. Psychiatr.*, 2008; 53(10): 637-646.
- Blanchard R., Lykins A.D., Wherrett D., Kuban M.E., Cantor J.M., Blak T., Dickey R., Klassen P.E. Pedophilia, hebephilia and the DSM-V. *Arch. Sex. Behav.*, 2009; 38: 335-350.
- James W. Two hypotheses on the causes of male homosexuality and paedophilia. *J. Biosoc. Sci.*, 2006; 38: 745-761.
- Cohen L.J., Galynker I.I. Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *J. Psychiatr. Pract.*, 2002; 8(5): 276-289.
- Edwards D. Mental Health's cold shoulder treatment of pedophilia. *Behav. Heal. Manag.*, 2004; 24(3): 32-35.
- Fagan P.J., Wise T.N., Schmidt C.W., Berlin F.S. Pedophilia. *JAMA*, 2002; 288: 2458-2465.
- Sartorius A., Ruf M., Kief C., Demirakca T., Bailer J., Ende G., Henn F.A., Meyer-Lindenberg A., Dressing H. Abnormal amygdala activation profile in pedophilia. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2008; 258: 271-277.
- Dickey R., Nussbaum D., Chevolleau K., Davidson H. Age as a differential characteristic of rapists, pedophiles, and sexual sadists. *J. Sex. Marital. Ther.*, 2002; 28(3): 211-218.
- Hall R., Richard C., Hall W. A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clinic Proceedings*, 2007(82): 457-471.
- Reiersol O., Skeid S. The ICD diagnoses of fetishism and sadomasochism. *J. Homosex.*, 2006; 50(2/3): 243-262.
- Kafka M. The DSM diagnostic criteria for fetishism. *Arch. Sex. Behav.*, 2010; 39(2): 357-362.
- Långström N. The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Arch. Sex. Behav.*, 2010; 39(2): 317-324.
- Bader S.M., Schoeneman-Morris K.A., Scalora M.J., Casady T.K. Exhibitionism: findings from a midwestern police contact sample. *Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol.*, 2008; 52(3): 270-279.
- Rye B.J., Meaney G.J. Voyeurism: it is good as long as we do not get caught. *Int. J. Sex. Health*, 2007; 19: 1.
- Lev A.I. Disordering gender identity: gender identity disorder in the DSM-IV-TR. *J. Psychol. Hum. Sex.*, 2005; 1: 35.
- Blanchard R. The DSM diagnostic criteria for transvestic fetishism. *Arch. Sex. Behav.*, 2010; 39(2): 363-372.
- Fedoroff J.P. Sadism, sadomasochism, sex, and violence. *Can. J. Psychiatry*, 2008; 53(10): 637-646.
- Doren D., Elwood R. The diagnostic reliability of sexual sadism. *Sex Abuse*, 2009; 21(3): 251-261.
- Krueger R.B. The DSM diagnostic criteria for sexual sadism. *Arch. Sex. Behav.*, 2010; 39(2): 325-345.
- Repique R.J. Assessment & treatment of persons with pedophilia. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.*, 1999; 37(12): 19-23.
- Rufer M., Fricke S., Moritz S., Kloss M., Hand I. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2006; 113(5): 440-446.
- Jasiński M. Psychoterapia osób z zaburzeniami seksualnymi. W: Grzesiuk L. red., *Psychoterapia*. Warszawa: Eneteia: 2006. s. 491-505.

#### Adres do korespondencji

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