

Zbigniew Lew-Starowicz

Seksuologia sądowa

© Copyright by Zbigniew Lew-Starowicz, Warszawa 2000

© Copyright by Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci
całości bądź części książki

bez pisemnej zgody wydawcy zabronione

Spis treści

Redaktor mgr Teresa Materkowska

Redaktor techniczny Maria Karczewska

Projekt okładki Artur Lewandowski

ISBN 83-200-2448-X

Wydanie I

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

00-238 Warszawa, ul. Długa 38/40

tel. (22) 831-21-81, <http://www.pzwl.pl>

Skład i łamanie: EGRAF, Warszawa

Druk: Oficyna Drukarska WiP, Mszczonów

Część 1. Wprowadzenie.....	9	
Wstęp.....	9	
Normy seksualne.....	9	
Część 2. Zaburzenia seksualne.....	20	
Klasyfikacja zaburzeń seksualnych w ICD-10.....		20
Etiopatogeneza zaburzeń seksualnych.....		23
Przyczyny hormonalne.....	23	
Menopauza.....	23	
Andropauza.....	25	
Rola feromonów.....	25	
Palenie papierosów.....	26	
Alkohol.....	26	
Uzależnienie od narkotyków.....		30
Tatuaż.....	31	
Zaburzenia odżywiania się.....	33	
Uszkodzenia rdzenia kręgowego.....		37
Choroby serca.....	39	
Choroby układu moczowo-płciowego.....		41
Zaburzenia seksualne.....	45	
Przyczyny psychogenne zaburzeń seksualnych.....		52
Czynniki urazowe.....	52	
Czynniki rodzinne.....	53	
Czynniki osobowościowe.....	54	
Czynniki psychopatologiczne.....	57	
Czynniki między partnerskie.....	59	
Czynniki społeczno-kulturowe.....	61	
Kompleksy.....	63	
Obraz kliniczny zaburzeń seksualnych.....		66
Brak lub utrata potrzeb seksualnych.....		66
Hipolibidemia.....	67	
Awersja seksualna.....	69	

Brak radosnego przeżywania.....	73	
Brak reakcji genitalnych.....	, 73	
5		
Zaburzenia erekcji członka.....	73	
Zaburzenia podniecenia seksualnego u kobiet.....		77
Zaburzenia orgazmu.....	77	
Zahamowanie orgazmu u mężczyzn... 78		Zahamowanie orgazmu u kobiet... 79
Wytrysk przedwczesny.....	gl	
Zaburzenia seksualne wiążące się z bólem.....		82
Pochwica.....	82	
Dyspareunia.....	84	
Orgazm bolesny.....	86	
Paraorgazmy.....	87	
Ból po wytrysku.....	88	
Nadmierny popęd seksualny.....	89	
Uzależnienie od seksu (seksoholizm).....		91
Zaburzenia identyfikacji z płcią.....		93
Identyfikacja z płcią.....	93	
Zaburzenia identyfikacji.....	94	
Przyczyny zaburzeń identyfikacji.....	95	
Następstwa zaburzeń identyfikacji.....	96	
Leczenie.....	97	
Transwestytyzm.....	98	
Transseksualizm.....	100	
Zaburzenia preferencji seksualnych.....		102
Przyczyny.....	103	
Klasyfikacje parafilii.....	103	
Leczenie parafilii.....	107	
Problemy związane z parafilią.....	107	
Sadomasochizm... 110 Sadyzm... 110 Masochizm... 114		Sadomasochizm a zgwał-cenia... 118
Ekshibicjonizm (obnażalstwo)... 119		Oglądactwo (voyeurism)... 123
Fetyszyzm... 123		Pedofilia... 126
Nekrofilia... 131		Narcyzm (autofilia)... 133
Ocieractwo... 136		Ozolagnia... 138
Zoofilia (sodomia, zooerastia, bestiofilia)... 140		Timofilia... 142
Apotemnofilia... 143		Eksaudyryzm... 144
Gerontofilia... 144		Grupowy seks (pluralizm, seks orgiastyczny, triolizm)... 145
Zachowania seksualne zagrażające zdrowiu i życiu... 148		Asfiksjofilia..... 149
Inne zaburzenia seksualne.....	149	
Fobie seksualne.....	149	
Histeria seksualna.....	150	
Zespół Hoovera.....	153	
Mikropenis.....	154	
Natęctwa seksualne.....	155	
Priapizm.....	157	
Zespół „demonia nocy”.....	158	
Zespół Kehra.....	160	
Zaburzenia uwarunkowane kulturowo		161
Zaburzenia relacji partnerskich.....	171	
Związek formalny.....	171	
Związek neurotyczny.....	172	
Związek dysharmoniczny.....	172	
Związek „alergiczny”.....	173	

Związek rywalizacyjny.....	174	
Związek niedojrzały.....	175	
Związek socjopatyczny.....	176	
Związek „opuszczonego gniazda”.....	176	
Związek z ostrym kryzysem.....	177	
Zespół nieprzystosowania seksualnego.....	177	
Zespół prowokowanej zdrady.....	181	
Małżeństwo nie skonsumowane.....	* 182	
Zazdrość patologiczna.....	183	
Zespół maltretowanej żony.....	187	
Zespół maltretowanego męża.....	191	
Część 3. Przystępczość seksualna.....	194	
Rozpowszechnienie.....	195	
Czynniki wpływające na przystępczość seksualną.....		196
Płeć.....	196	
Czynniki biologiczne.....	200	
Alkohol.....	200	
Narkomania.....	202	
Czynniki psychiczne.....	202	
Agresja seksualna.....	208	
Impulsywność seksualna.....	211	
Rola fantazji erotycznych.....	211	
Czynniki kulturowe.....	214	
Osobowość sprawców przystępstw seksualnych.....		216
Nieletni sprawcy.....	217	
Dorośli sprawcy.....	218	
Ofiary przystępstw seksualnych.....	229	
Zespół stresu pourazowego.....	229	
Osobowość wielokrotna.....	230	
Zespół sztokholmski (miłość do prześladowcy).....		230
Niektóre typy przystępstw seksualnych.....		234
Wykorzystywanie seksualne dzieci.....	234	
Klasyfikacja zachowań seksualnych wobec dzieci.....		237
Czynniki ryzyka.....	239	
Następstwa.....	240	
Teorie przyczyn.....	248	
Sprawcy.....	248	
Ofiary.....	252	
Problemy wiążące się z rozpoznawaniem seksualnego wykorzystania.....		257
Kazirodztwo.....	269	
Czynniki ryzyka.....	273	
Osobowość sprawców.....	274	
Następstwa doświadczeń kazirodczych.....		277
Nietypowe kazirodztwo.....	280	
Zgwałcenie.....	286	
Teorie przyczyn.....	287	
Rozpowszechnienie.....	289	
Klasyfikacja.....	290	
Osobowość sprawców i ofiar.....		301
Mitologia gwałtu.....	303	
Następstwa.....	304	

Prostytucja.....	306	
Prostytucja nieletnich.....	308	
Prostytucja pedofilna.....	308	
Klienci prostytutek.....	312	
Molestowanie seksualne w pracy.....	313	
Molestowanie seksualne w relacji terapeuta-pacjent.....		315
Zabójstwa na tle seksualnym.....	318	
Typologia.....	318	
Analiza badań własnych.....	321	
Leczenie sprawców przemocy seksualnej.....	331	
Leczenie ofiar przemocy seksualnej.....	342	
Część 4. Metodologia pracy biegłego sądowego.....	347	
Przepisy prawne.....	347	
Przestępstwa seksualne w polskim kodeksie karnym.....		347
Analiza akt sprawy.....	350	
Specyfika roli biegłego seksuologa.....	352	
Miejsce i przebieg badania.....	355	
Badanie somatyczne.....	359	
Wywiad seksuologiczny.....	363	
Nierutynowe metody badania.....	369	
Test rysunku postaci.....	370	
Badanie pletyzmograficzne członka.....	372	
Test zaczarowania.....	373	
Test uzupełniania zadań.....	375	
Metoda skojarzeń i wyobrażeń.....	376	
Test projekcyjny Rorschacha.....	377	
Skala bodźców seksualnych.....	379	
Skala SFŻ - SFM.....	380	
Wykaz interakcji seksualnych LoPiccolo.....	387	
Skala więzi małżeńskiej Szopińskiego.....	392	
Kwestionariusz badania skali więzi małżeńskiej.....	392	
Inne metody badania.....	395	
Psychologiczna opinia sądowo-seksuologiczna.....	395	
Opinia sądowo-seksuologiczna.....	396	
Sala sądowa z perspektywy biegłego.....	400	
Część 5. Seksuologia: prawo, obyczajowość.....	404	
Ewolucja obyczajowości i prawa w zakresie seksualności.....		404
Pornografia.....	407	
System penitencjarny.....	415	
Skorowidz.....	423	

Wprowadzenie

WSTĘP

Seksuologia sądowa jest dziedziną wiedzy zajmującą się badaniem i ustaleniem prawidłowych zasad seksualności i jej zaburzeń. Wiedza ta ma regulować prawo człowieka w tej dziedzinie życia. Zdaniem Moneya (1994) początkiem rozwoju seksuologii sądowej była wydana w 1931 r. monografia Richarda von Kraft-Ebinga „Psychopatja sexualis”. Przez kilkadziesiąt lat seksuologia sądowa nie była samodzielną dziedziną wiedzy i wiązała się z psychiatrią sądową. Przyczyną „emancypacji” seksuologii sądowej było kilka czynników: rosnąca interdyscyplinarność seksuologii, zmiany obyczajowości erotycznej w XX wieku, ewolucja pojęcia normy i patologii w zakresie seksualności, opracowanie przez WHO definicji zdrowia seksualnego, kodyfi-

kacja praw zdrowia reprodukcyjnego i seksualnego.

W Polsce do rozwoju seksuologii sądowej poza wyżej wymienionymi czynnikami przyczyniło się powstanie w 1964 r. nowej specjalizacji lekarskiej — seksuologii. Specjaliści seksuolodzy byli coraz częściej powoływani do wydawania ekspertyz dla sądów, prokuratur i policji. Obecnie pracuje w Polsce około 200 specjalistów seksuologów, wielu z nich zajmuje się orzecznictwem sądowo-seksuologicznym w sprawach karnych i cywilnych.

NORMY SEKSUALNE

Ewolucja poglądów na temat normalności i nienormalności seksualnej

Pojęcie normy i patologii seksualnej ma duże znaczenie w seksuologii sądowej. W kulturze Zachodu przez stulecia pojęcie normy i patologii seksualnej utożsamiano z prokreacją i sprawnością seksualną (w odniesieniu do prokreacji). Wszelkie zachowania seksualne, które nie służyły prokreacji i wiązały się z przyjemnością seksualną, były postrzegane jako patologiczne. Seksualnie „normalną” była osoba, która dystansowała się wobec seksualności, uprawiała ascezę, była wolna od pożądliwości (nawet wobec legalnego współmałżonka). Pozaprokreacyjna aktywność seksualna była nie tylko uznawana za nienormalną, ale wręcz za przestępstwo. Na przykład kontakty oralne, analne, homoseksualne miały tę samą rangę co zabójstwo. Od XVIII wieku aktywność masturbacyjną traktowano jako nienormalną. Przyczyną takiej postawy stała się wydana w 1758 r. publikacja Tissota, lekarza z Lozanny. Na przełomie XVIII i XIX wieku nie ukrywano przed dziećmi aktywności seksualnej rodziców. Później uznawano ją za nienormalną, podobnie jak przeżywanie orgazmu przez kobietę. Na przełomie XIX i XX wieku zaczęły pojawiać się katalogi nienormalnych (utożsamianych z niemoralnymi) zachowań seksualnych. Bloch (1929) w klasyfikacji zaburzeń seksualnych wyodrębnia dziewiące seksualne oraz stany podniecenia i osłabienia seksualnego: autoerotyzm, onanizm, anestezję, pollucje, niemoc płciową i neurastenię seksualną. Higier (1934) jako anomalie i perwersje traktuje: onanizm, homoseksualizm, cunnilingus.

Coleman (1960) wyodrębnia trzy typy zaburzeń seksualnych:

- Normalne dewiacje seksualne (onanizm, stosunki przed- i pozamałżeńskie, promiskuityzm).
- Dewiacje nienormalne (impotencja, oziębłość, sadyzm).
- Dewiacje społeczne (homoseksualizm, prostytutka, transseksualizm).

Do zmiany poglądów na temat normalności i nienormalności zachowań seksualnych przyczyniły się m.in. publikacje amerykańskiego zoopsychologa Alfreda Kinseya: *Zachowanie seksualne mężczyzny* (1948) oraz *Zachowanie seksualne kobiety* (1953). Publikacje te opierały się na badaniach empirycznych, z których np. wynikało, że aktywność masturbacyjną, kontakty oralno-genitalne są zjawiskiem powszechnym. W związku z tym pojawiły się pytania, czy należy je traktować jako nienormalne?

Godlewski (1998) stwierdza, że istnieje kilka sposobów określania tego, co jest normalne, a co nienormalne:

- Relatywizacja empiryczna. Jako normalne uważa się to, co dominuje pod względem częstości występowania.
- Relatywizacja kulturowa. Opiera się na normach akceptowanych, tolerowanych, mniej chętnie tolerowanych, nietolerowanych.
- Relatywizacja teleonomiczna. Opiera się na koncepcji, że normalne jest wszystko, co jest korzystne dla gatunku.
- Relatywizacja arbitralna do heteroseksualnego układu partnerskiego osób dojrzałych i tła społecznego. Opiera się na koncepcji, że w za-

chowaniu seksualnym dwóch dojrzałych osób, przeciwnej płci, normal-
10'

ne jest to, co spełnia 4 warunki: wzajemną akceptację, dążenie do satysfakcji, poszanowanie zdrowia, poszanowanie porządku społecznego.

Money (1994) stwierdza, że stopniowe przejście od patologizacji do tolerancji bywa często zachwiane i transkulturowo zróżnicowane. Przykładem są przypadki łagodnego, nie przymuszonego sadomasochizmu, erotyczna otwartość i oglądanie genitaliów, samodzielne lub włączone w stosunek seksualny jako forma przyzwalającej „teatralnej reklamy”. Innym przykładem jest ewolucja wobec zachowań seksualnych zwanych dewiacjami lub perwersjami. Uczyniony został krok od kryminalizacji do patologizacji. W sądownictwie nadal bywa stosowany termin dewiacja, perwersja, ale zgodnie z Międzynarodową klasyfikacją chorób i zaburzeń zaczęto stosować bardziej neutralny termin parafilia, zaburzenia preferencji seksualnych.

Obecnie istnieje kilka koncepcji norm seksualnych:

- Normy religijne

W każdej religii świata istnieje określony system normatywny wiążący się z seksualnością. Normy są zróżnicowane w zależności od religii, a także ich różnych doktryn (wyznań). Przykładem jest postawa wobec operacyjnej zmiany płci w transseksualizmie. Kościoły protestanckie dopuszczają tego typu zabieg uzasadniając to tym, że decyduje tożsamość seksualna danej osoby. Według wielu teologów katolickich nie można zmieniać płci, ponieważ człowiek nie może być absolutnym panem siebie i jest uwarunkowany immanentną celowością określoną przez naturę. Według judaizmu zabieg wyraża pogardę wobec dzieła Stwórcy i narusza biblijne przykazanie „kobieta nie będzie nosiła ubioru mężczyzny, gdyż każdy, kto tak postępuje, obrzydły jest dla Pana, Boga swego” (księga Powtórzonego Prawa 22.5. Pismo Święte, wyd. 3 poprawione, Pallotinum 1988). Islam zabrania zmiany płci uzasadniając to tym, że nikt nie może dobrowolnie zmieniać swojego stanu, który wynika z woli Boga. Z kolei buddyzm dopuszcza zmianę płci, każdy bowiem człowiek musi mieć możliwość uzyskania własnej równowagi duchowej, a zabieg może się do tego przyczynić (cyt. za Medycyna a Prawa Człowieka, wyd. Sejmowe, Warszawa 1996).

Poglądy dotyczące seksualizmu, wybrane z nowego Katechizmu Kościoła katolickiego (wyd. Pallotinum, Poznań 1994):

- Płciowość dotyczy szczególnie uczuciowości, zdolności do miłości oraz prokreacji.

- Wolność zdobywa człowiek wtedy, gdy uwalniając się od wszelkiej niewoli namiętności, dąży do swojego celu przez wolny wybór dobra.

11

- Narzeczeni powołani są do życia w czystości przez zachowanie wstrzeźliwości; przejawy czułości, właściwe dla miłości małżeńskiej, powinni zachować na czas małżeństwa.

- Przyjemność seksualna jest moralnie nie uporządkowana, gdy szuka się jej dla niej samej w oderwaniu od nastawienia na prokreację i zjednoczenie.

- Masturbacja jest aktem wewnętrznym i poważnie nie uporządkowanym (...); należy wziąć pod uwagę niedojrzałość uczuciową, nabyte nawyki, stany lękowe lub inne czynniki psychiczne i społeczne, które zmniejszają, a nawet redukują do minimum winę moralną.

- Nierząd jest zjednoczeniem cielesnym między wolnym mężczyzną i wolną kobietą poza małżeństwem; jest poważnym wykroczeniem, gdy powoduje deprawację młodzieży.
- Pornografia polega na wyrwaniu aktów płciowych, rzeczywistych lub symulowanych, z intymności partnerów, aby w sposób zamierzony pokazywać je innym; jest ciężką winą.
- Oddawanie się prostytucji jest zawsze grzechem ciężkim; jednak nędza, szantaż i presja społeczna mogą zmniejszyć odpowiedzialność za winę.
- Akty homoseksualne są sprzeczne z prawem naturalnym; w żadnym wypadku nie będą mogły być zaaprobowane. Osoby homoseksualne są wezwane do życia w czystości.
- Przez zjednoczenie małżonków urzeczywistnia się podwójny cel małżeństwa: dobro samych małżonków i przekazywanie życia. Nie można rozdzielać tych dwóch znaczeń.
- Każdy akt małżeński powinien pozostać otwarty na przekazywanie życia ludzkiego.
- Jest złe wszelkie działanie, które — czy to w przewidywaniu aktu małżeńskiego, podczas jego spełniania, czy w rozwoju jego naturalnych skutków — miałoby na celu uniemożliwienie poczęcia lub prowadziło do tego.
- Rozwód jest poważnym wykroczeniem przeciw prawu naturalnemu.
- Akt płciowy powinien mieć miejsce wyłącznie w małżeństwie, poza nim stanowi grzech ciężki.
- Cudzołóstwo i rozwód, poligamia i wolny związek są poważnymi wykroczeniami przeciw godności małżeństwa.
- Normy kulturowe

Są bardzo zróżnicowane w kulturach świata, w przeszłości i obecnie.

Dotyczy to np. kontaktów seksualnych przed- i pozamałżeńskich, z dziećmi, tzw. prawa pierwszej nocy, homoseksualizmu, pozycji współżycia seksualnego, masturbacji, parafilii.

- Normy prawne

Oczywisty jest fakt ich zróżnicowania i zmienność. Dla przykładu ograniczę się do homoseksualizmu (sodomii). Green (1994) podaje, że potępienie sodomii w kulturze Zachodu wywodzi się z tradycji chrześcijańskiej z nauk św. Augustyna i św. Tomasza, którzy potępiali tego rodzaju zachowania jako niemoralne i sprzeczne z naturą — seksualność dana człowiekowi przez Boga ma być wykorzystywana wyłącznie do reprodukcji. Dopiero w 1859 r. John Stuart Mili wyraził sprzeciw wobec tej powszechnie obowiązującej opinii twierdząc, że społeczeństwo ma prawo ingerować w zachowanie się danego człowieka tylko wtedy, gdy narusza on prywatność i status innego człowieka; w każdym innym przypadku powinno być utrzymane prawo do prywatności. Postawie Milla sprzeciwił się Sir J. Stephen (1873) zadając pytanie: jak państwo może rozstrzygać jakąkolwiek sprawę, jeżeli nie jest kompetentne by zadecydować, że ordynarny postępek jest złą rzeczą? Przez prawie dalsze sto lat prawnicy podzielali ten pogląd i traktowali homoseksualizm jako występki i zło przeciw dobru publicznemu. Najwcześniejsza angielska książka ze zbiorom praw z 1300 r. zawiera przepis: „Ci, którzy mają powiązania z Żydami lub są winni bestialstwa lub sodomii, powinni być żywi pogrzebani w ziemi”. Wraz ze zniesieniem sądów świeckich, Anglia nadała mocy prawnej temu przepisowi w 1533 r. Między 1800 a 1835 r. w Anglii powieszono za sodomie 80 mężczyzn. Kara śmierci za

sodomię została zniesiona w 1861 r., ale podtrzymano karę więzienia. Oskar Wilde był skazany w 1895 r. na dwa lata więzienia za kontakty homoseksualne z lordem Alfredem Douglasem. Projekt reformy dekryminalizującej akty homoseksualne w Anglii pojawił się w 1957 r. w pracy Wolfendena. Została ona zatwierdzona przez parlament dopiero w dziesięć lat później. Mimo to, Ustawa o Wykroczeniach Seksualnych podtrzymywała dyskryminację osób zorientowanych homoseksualnie. Wiek, od którego były dopuszczalne akty homoseksualne wynosił 21 lat, a w przypadku aktów heteroseksualnych 16 lat. Homoseksualne kontakty przed 21 rokiem życia karano więzieniem (od 2 do 5 lat). Liczba skazanych między 1967 a 1979 rokiem wzrosła czterokrotnie. W kolonialnej Ameryce akty homoseksualne karano śmiercią. W 1791 r. sodomia była przestępstwem w 13 stanach. W 1795 r. Thomas Jefferson, prawnik z Virginii, walczył o zniesienie kary śmierci za sodomię na rzecz kastracji. W 1800 r. stan Virginia zastąpił karę śmierci za sodomię więzieniem od 1 do 10 lat, lecz jedynie dla ludzi wolnych. Do 1961 r. wszystkie stany USA uznawały za kryminalne zachowania homoseksualne. W 1961 r. Illinois, jako pierwszy stan, przestał karać za sodomię. Jeszcze w 1993 r. prawie połowa stanów USA karała za kontakty homoseksualne. W 1986 r. Sąd Najwyższy

(13) w *Hardwick* zdecydował, że nie należy determinować, kiedy karać za sodomię. Różne stany ustaliły własne ograniczenia.

W 1976 r. anulowano w RFN prohibicję homoseksualną dla obywateli poniżej 21 roku życia. W 1977 r. w Wielkiej Brytanii zniesiono prawo różnicujące wiek dozwolonej inicjacji seksualnej homoseksualistów. W 1981 r. przestało obowiązywać w Irlandii Płn. prawo karzące sodomię. W 1993 r. Sąd Praw Człowieka orzekł, że prawo dotyczące sodomii obowiązujące na Cyprze pogwałca prawo do prywatności. W 1981 r. Norwegia wprowadza zakaz dyskryminacji za orientację seksualną.

W 1991 r. Światowa Organizacja Zdrowia eliminuje homoseksualizm z Międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń.

- Norma partnerska
- Normy feministyczne

Autorki o feministycznej orientacji podkreślają, że większość seksuologów to mężczyźni, co rzutuje na koncepcje klasyfikacyjne. Worell i Remer (1992) stwierdzają, że utrzymują się tradycyjne koncepcje ról płciowych w seksuologii i prawie, oraz stereotypy ról seksualnych. Ruchy feministyczne przyczyniły się do zmian w prawodawstwie w kulturze Zachodu; dotyczy to np. molestowania seksualnego w pracy.

- Normy medyczne

W XIX wieku traktowano jako zaburzenia seksualne tylko te, które uniemożliwiały prokreację. W klasyfikacjach zaburzeń zaczęły w XX w. pojawiać się te zaburzenia, które wiązały się z pozaprokreacyjnym znaczeniem seksualności, np. brak orgazmu, zaburzenia pożądania seksualnego, brak przyjemności seksualnej. Ta zmiana stosunku do tematu przyczyniła się do powstania nowego pojęcia zdrowia seksualnego, które zgodnie z definicją WHO jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości.

Podstawą prawną tej koncepcji są konwencje praw człowieka (prawo do życia, wolności i bezpieczeństwa, równego traktowania i wolności od wszelkich form dyskryminacji, do prywatności, informacji i edukacji, planowania rodziny). Tak rozumiane zdrowie seksualne znalazło wyraz w najnow-

szej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Zaburzeń (ICD-10). Poza „tradycyjnymi” rozpoznaniem, jak np. zaburzenia erekcji, orgazmu, parafiliami, znalazły się również i takie, które wiążą się z zaburzeniami rozwoju psychoseksualnego, relacji partnerskich, identyfikacji z płcią itd.

Zróznicowanie norm seksualnych jest faktem, ale biegły seksuolog może opierać się wyłącznie na normach prawnych obowiązujących w danym kraju i normach medycznych. Zdarza się, że następuje zderzenie norm prawnych

14 medycznymi. Biegły seksuolog w takim wypadku musi przestrzegać norm prawnych, ale powinien czynić starania, aby były one tożsame z normami medycznymi. Więcej na ten temat będzie w rozdziale poświęconym pracy biegłego seksuologa. Nie jest natomiast dopuszczalne, aby biegły seksuolog w swojej pracy kierował się innymi normami niż prawne i medyczne.

ŚWIECKA MORALNOŚĆ SEKSUALNA

F. Bennion (1993) stwierdza, że najważniejsze w świeckiej moralności seksualnej są następujące założenia:

- Sumienie. Choć niewierzący nie akceptują religii, rozróżniają to, co jest dobre, słuszne i to co jest złe. Bez jakiegokolwiek religijnego rozkazu odczuwają, że ludzkie działania są moralne, niemoralne lub moralnie neutralne.
- Obowiązek bycia dobrym. Powinniśmy zachowywać się w życiu seksualnym w sposób prawy i ten obowiązek jest szczególnie ważny, ponieważ seksualna niegodziwość może powodować niewypowiedziane krzywdy i cierpienia.
- Obowiązek etycznego zrozumienia. Nikt nie może być pewien, że w danej sytuacji działa moralnie lub reaguje z moralną poprawnością na działania innych. Pomocą służą znajomość zasad moralności świeckiej i rozumienie tego, czego się wymaga i oczekuje od jednostki.
- Obowiązek etycznego działania. Świecka moralność seksualna nie jest zbiorem zasad znanych w detalach i dlatego mogą pojawiać się niejasności i kontrowersje. Zasadą nadrzędną jest z jednej strony unikanie czynienia krzywdy innym, a z drugiej — czynienie dobra.
- Akceptacja seksualności. Ponieważ jesteśmy istotami seksualnymi, powinniśmy na ciało, reakcje i potrzeby seksualne patrzeć pozytywnie. Nie oznacza to jednak, że ulegalne dolegliwości i dewiacje muszą być akceptowane takimi, jakimi są, a niemoralne zachowania seksualne tolerowane!

Nie możemy kochać innych ludzi, dopóki nie pokochamy siebie. Kochanie siebie wymaga akceptacji każdej ludzkiej cechy jaką posiadamy, również seksualnego pożądania. Jako istoty ludzkie powinniśmy poznać siebie i zaakceptować nasze ciało i seksualność. Pozytywne podejście do seksu (sex-positivism) jest radosną akceptacją ludzkiej seksualności, poszukującej swego spełnienia. Akceptację seksualności utrudniają następujące fałszywe poglądy:

- dzieci są pozbawione seksualności, a jej „brud” może niszczyć ich niewinność,

15

- niewinne dzieciństwo prowadzi nieuchronnie do bycia nastolatkiem, a nastolatki stają się istotami świadomymi seksualnie i dlatego należy je chronić przed seksualnością aż do czasu zawarcia małżeństwa,
- seksualność może być akceptowana i realizowana wyłącznie w ramach małżeństwa,

- kiedy mija zdolność rozrodczości, nie ma podstawy do seksualnej aktywności,
- osoby, których orientacja seksualna nie służy prokreacji, mają do wyboru: będą cnotliwymi albo grzesznikami,
- seksualność jest zła, jest bowiem brudna, jest źródłem chorób, nie jest duchowa, lecz zmysłowa, naraża relacje międzyludzkie na erotyzację, wiąże się ze zbrodniami na tle seksualnym.

F. Bennion nie poprzestaje na omówieniu ogólnych zasad świeckiej moralności seksualnej. Zajmuje się również różnymi zachowaniami seksualnymi i relacjami partnerskimi oraz zjawiskami obyczajowymi:

Masturbacja

Nie jest niemoralna, gdyż jako akt seksualny dokonywana jest w samotności. Ponieważ młodzi ludzie odczuwają pożądanie i podniecenie, i są gotowi na seksualne zachowania zanim wystarczająco dorosną do inicjacji seksualnej, „samotny seks” może być dla nich najbardziej odpowiednią formą wczesnej aktywności seksualnej i nie powinien być potępiany przez kogokolwiek. Jednakże masturbacja może prowadzić do narcyzmu i zubożenia wartości wiążących się z miłością i związkiem z drugą osobą. Jeżeli masturbacja występuje w związku partnerów i jest wyrazem odrzucenia, może być niemoralna.

Seks pozamałżeński

Każdy, kto pozostaje w związku, ma moralny obowiązek nie mieć kontaktów seksualnych z osobami trzecimi.

Relacje partnerskie

Partner nie może być wykorzystywany. Jakiegokolwiek formy przemocy są niemoralne, podobnie jak wszelkie formy wykorzystania niewinności i słabości partnera. Niemoralne jest ukrywanie zakażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową, jeśli się ją podejrzewa i jeżeli nie stosuje się żadnego zabezpieczenia przed ich rozpowszechnianiem. Obowiązkiem partnerów jest uczyć się technik współżycia seksualnego, które są potrzebne, aby w najlepszy sposób zaspokoić potrzeby seksualne i doprowadzić do osiągania satysfakcji seksualnej. Nie powinno się seksualnie nękać żadnej osoby, która jako odbiorca naszych zachowań odmawia ich realizacji czy też okazuje inne

6

oznaki niezadowolenia. Musimy także zdawać sobie sprawę z tego, że choć takie sygnały odmowy mogą być słabo ujawnione, należy brać je pod uwagę. Jakkolwiek podstawowym aktem seksualnym są kontakty pochwowe, to jednak żadna inna forma nie może być potępiana z tego powodu, że jest odstępstwem od aktu podstawowego. Niemoralnym jest stosowanie metod i technik, które mogą spowodować fizyczne lub psychiczne urazy.

Związki i małżeństwo

Obowiązek wierności jest koncepcją fundamentalną i obowiązującą w każdym związku. Najwyższą jego formą jest małżeństwo. Niemoralne jest ukrywanie przed partnerem, że się pozostaje w związku małżeńskim lub innym. Istnieją jednak otwarte związki, w których partnerzy akceptują kontakty seksualne z innymi osobami. W takiej sytuacji lepiej nie decydować się na dzieci.

Kazirodztwo

Kazirodztwo jest moralnie naganne, gdy powoduje ryzyko defektów genetycznych, niszczy związki rodzinne, konstytuuje niemoralny wyzysk młodszej osoby przez starszą. W przypadku, kiedy żaden z wymienionych elementów nie istnieje, kazirodztwo jest moralnie neutralne.

Regulacja płodności

Jedną z najważniejszych decyzji w życiu jest świadome poczęcie nowego życia. Powinna być ona podjęta rozważnie. Należy brać pod uwagę jakość życia dziecka i wszelkie konsekwencje jego przyjścia na świat. Naganne jest decydowanie się na dziecko, jeżeli nie jest ono chciane, a rodzice nie mają woli go wychowywać. Dziecko potrzebuje obojga rodziców i dlatego zarówno matka, jak i ojciec powinni go oczekiwać.

Homoseksualizm

Bennion stwierdza, że kontakty homoseksualne nie są niemoralne, a orientacja homoseksualna jest raczej stanem naturalnym niż zaburzeniem możliwym do wyleczenia. Niemoralne jest natomiast dyskryminowanie osób o homoseksualnej orientacji, i to niezależnie od tego, czy realizują w praktyce własne potrzeby, czy też nie. Autor w poparciu dla orientacji homoseksualnej idzie dalej mówiąc wprost, że możliwe są dobre relacje rodzinne z osobami o odmiennej orientacji seksualnej.

Prostytucja

Bennion uważa, że nie jest moralne otrzymywanie zapłaty za seksualne usługi. Relacja klienta z prostytutką implikuje raczej płacenie za te usługi niż odejście bez zaspokojenia. Osoby zajmujące się prostytutką, niezależnie od

17
płci, powinny być dobrze traktowane. Ten postulat w społeczeństwie Zachodu nie jest respektowany, ponieważ dominuje negatywna postawa wobec prostytutki, przenoszona również na osoby zajmujące się nią.

Ważniejsze fragmenty dokumentów międzynarodowych dotyczących zdrowia seksualnego

- Zdrowie seksualne ma pozytywny wpływ na jakość życia i stosunki osobiste, toteż troska o nie, nie powinna ograniczać się wyłącznie do poradnictwa i opieki w zakresie reprodukcji oraz chorób przenoszonych drogą płciową. Zdrowie seksualne stwarza możliwość prowadzenia bezpiecznego życia seksualnego, będącego źródłem radości, opartego na poczuciu własnej wartości, pozytywnym podejściu do seksualności i wzajemnym szacunku partnerów (Pekin 1995).
- Podstawowa opieka nad zdrowiem reprodukcyjnym i seksualnym powinna:
 - mieć charakter holistyczny,
 - być wrażliwa na związane z płcią uwarunkowania kulturowo-społeczne,
 - uwzględniać zróżnicowanie potrzeb dziewcząt i kobiet we wszystkich fazach życia, w zależności od miejsca zamieszkania, sytuacji społeczno-ekonomicznej oraz stopnia sprawności,
 - zapewnić ogólnie dostępne, przystępne finansowo i wysokiej jakości usługi zdrowotne, również w zakresie zdrowia seksualnego (Pekin 1995).
- W odniesieniu do zagadnień związanych ze zdrowiem reprodukcyjnym i seksualnym młodzieży, państwo powinno propagować odpowiedzialne, bezpieczne dla zdrowia zachowania reprodukcyjne i seksualne, łącznie z dobrowolną wstrzemięźliwością, oraz zapewniać odpowiednie, dostosowane do wieku poradnictwo i usługi (Kair 1994).
- Należy kształtować u młodych mężczyzn szacunek dla autonomii kobiet i gotowość do ponoszenia wspólnie z nimi odpowiedzial-

ności za sprawy związane z seksualnością i prokreacją (Kair 1994).

- Należy zapewnić młodzieży odpowiednią edukację i usługi, które byłyby zgodne z ich potrzebami, przyczyniały się do kształtowania pozytywnego i odpowiedzialnego podejścia do własnej seksualności (Pekin 1995).

- Należy eliminować wszelkie formy przemocy wobec kobiet, młodzieży i dzieci. Przemoc wobec kobiet obejmuje następujące zjawiska: bicie, gwałt małżeński, planowe gwałty (jako część

18 strategii wojennej), przemoc pozamałżeńską, molestowanie seksualne dziewcząt, przemoc związaną ze zwyczajem wnoszenia posagu przymusową ciążę, przymus lub zakaz stosowania środków antykoncepcyjnych, przymusową prostytutkę, niewolnictwo seksualne, handel kobietami, okaleczanie narządów płciowych (Kair 1994, Pekin 1995).

Zaburzenia

seksualne

KLASYFIKACJA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH

W ICD-10

W 1992 roku Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Skrót ICD-10 oznacza, że to dziesiąta rewizja tej klasyfikacji.

Zaburzenia seksualne znajdują się w kilku miejscach tej klasyfikacji:

F50-F59

ZESPOŁY BEHAVIORALNE ZWIĄZANE Z ZABURZENIAMI FIZJOLOGICZNYMI I CZYNNIKAMI PSYCHICZNYMI

F52. Dysfunkcja seksualna nie spowodowana zaburzeniem organicznym ani chorobą somatyczną

F52.0. Brak lub utrata potrzeb seksualnych

F52.1. Awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej

10. Awersja

11. Brak radosnego przeżywania

Brak reakcji genitalnej

Zaburzenia orgazmu

Wytrysk przedwczesny

Pochwica nieorganiczna

Dyspareunia nieorganiczna

Nadmierny popęd seksualny

Inne dysfunkcje seksualne bez przyczyn organicznych lub chorobowych

Niespecyficzna dysfunkcja seksualna, nie spowodowana przez zaburzenia organiczne ani inną chorobę.

F52.2.

F52.3.

F52.4.

F52.5.

F52.6.

F52.7.

F52.8.

F52.9.

20

F60-F69 ZABURZENIA OSOBOWOŚCI I ZACHOWANIA DOROSŁYCH

- F64. Zaburzenia identyfikacji płciowej
- F64.0. Transseksualizm
- F64.1. Transwestytyzm o typie podwójnej roli
- F64.2. Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie
- F64.8. Inne zaburzenia identyfikacji płciowej
- F64.9. Zaburzenia identyfikacji płciowej, nie określone
- F65. Zaburzenia preferencji seksualnych
- F65.0. Fetyszyzm
- F65.1. Transwestytyzm fetyszystyczny
- F65.2. Ekshibicjonizm
- F65.3. Oglądactwo (yoyeurism)
- F65.4. Pedofilia
- F65.5. Sadomasochizm
- F65.6. Złożone zaburzenia preferencji seksualnej
- F65.8. Inne zaburzenia preferencji seksualnej
- F65.9. Zaburzenia preferencji seksualnej, nie określone
- F66. Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną
- F66.0. Zaburzenia dojrzewania seksualnego
- F66.1. Orientacja seksualna niezgodna z ego (ego-dystoniczna)
- F66.2. Zaburzenia związków seksualnych
- F66.3. Inne zaburzenia rozwoju psychoseksualnego
- F66.9. Zaburzenia rozwoju psychoseksualnego, nie określone

ZABURZENIA SPECYFICZNE WIĄŻĄCE SIĘ Z SEKSUALNOŚCIĄ

- F40.1. Fobie społeczne
- F40.2. Specyficzne (izolowane) postacie fobii
- F42. Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
- F43.0. Ostra reakcja na stres
- F43.1. Zaburzenie stresowe pourazowe
- F44.6. Dysocjacyjne znieczulenia i utrata czucia zmysłowego
- F44.81. Osobowość mnoga
- F45.0. Zaburzenia somatyzacyjne (z somatyzacją)
- F45.2. Zaburzenia hipochondryczne

F45.4.

F48.1.

F48.8.

E30.0.

E30.1.

N48.3.

N48.4.

N94.3.

N95.1.

Y05.

Y07.

Z61.4.

Z61.5.

Z62.

Z63.0.

Z64.0.

Z65.4.

Z72.5.

T74.1.

T74.8.

Uporczywe bóle psychogenne

Zespół depersonalizacji — derealizacji

Inne nieokreślone zaburzenia nerwicowe

Opóźnione pokwitanie

Przedwczesne pokwitanie

Bolesny wzwód prącia (priapismus)

Impotencja z przyczyn organicznych

Zespół napięcia przedmiesiączkowego

Stany związane z okresem przekwitania u kobiet

Przestępstwo (napaść) seksualne przy użyciu przemocy fizycznej

Zespoły złego traktowania (znęcanie się, nadużywanie seksualne, tortury seksualne)

Problemy związane z domniemanym nadużywaniem seksualnym dziecka przez osobę z najbliższej rodziny

Problemy związane z domniemanym nadużywaniem seksualnym dziecka przez osobę spoza najbliższej rodziny

Inne problemy związane z wychowaniem

Problemy w stosunkach ze współmałżonkiem lub partnerem

Problemy związane z niechcianą ciążą

Ofiara przestępstwa lub terroru (włączając tortury)

Zachowania seksualne z wysokim ryzykiem

Zespół maltretowanego niemowlęcia lub dziecka

Przeniesiony zespół Miinchausena (nadużywanie dziecka)

Jakkolwiek klasyfikacja ICD-10 jest promowana przez WHO, wielu specjalistów korzysta z innych klasyfikacji, np. DSM-IV Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, klasyfikacji zaburzeń seksualnych Światowego Towarzystwa Seksuologicznego, z klasyfikacji autorskich (np. w Polsce K. Imielińskiego, Z. Lew-Starowicza).

Najnowsza wersja klasyfikacji WHO (ICD-10) obrazuje zbliżenie propozycji klasyfikacyjnych WHO i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego; w porównaniu z poprzednimi rewizjami zaburzenia seksualne zostały w niej znacznie rozszerzone. To jednak nie znaczy, że klasyfikacja ICD-10 nie budzi kontrowersji, np. wiążących się z usunięciem z niej rozpoznania homoseksualizmu. Wiele wątpliwości budzą kryteria diagnostyczne i definicje, szerzej będzie to omówione przy omawianiu poszczególnych zaburzeń seksualnych.

22

ETIOPATOGENEZA ZABURZEŃ SEKSUALNYCH

Przyczyną zaburzeń seksualnych mogą być czynniki biologiczne (organiczne), psychogenne, społeczno-kulturowe lub mieszane. W wielu przypadkach mamy do czynienia z etiologią wieloczynnikową.

PRZYCZYNY HORMONALNE

(Androgeny wpływają na reaktywność seksualną oraz ogólną aktywność seksualną. Zwiększone stężenie testosteronu wiąże się z większą aktywnością seksualną (Mantzoros 1995). Obniżenie stężenia testosteronu jest przyczyną zaburzeń erekcji i zmniejszenia reaktywności seksualnej u obu płci (Bancroft 1995). Niedobór hormonów tarczycy/prowadzi do spadku aktywności seksualnej, anorgazmii, zaburzeń erekcji, a nadczynność tarczycy wiąże się z zaburze-

niami erekcji i reaktywności seksualnej. Wpływ na seksualność mają również inne hormony, głównie: prolaktyna, estrogeny, serotonina, oksytocyna, progesteron. Można zatem stwierdzić, że zaburzenia hormonalne jako takie mają istotny wpływ na stan zdrowia seksualnego. Klinika tych zaburzeń obejmuje wiele jednostek chorobowych, a większość z nich wiąże się z seksualnością. W diagnostyce zaburzeń seksualnych zaleca się jako niezbędne minimum oznaczanie stężenia następujących hormonów: prolaktyny, testosteronu, LH, FSH. W razie podejrzenia innych zaburzeń hormonalnych zaleca się konsultację endokrynologa.

MENOPAUAZA

Organizm kobiety przed menopauzą wytwarza 50-500 (ig estradiolu dziennie (głównie produkowanego w jajnikach), a w menopauzie i w okresie postmenopauzalnym jego stężenie spada do 15-100 (ig, zwiększa się natomiast stężenie LH i FSH oraz androgenów. Jakkolwiek zmiany hormonalne w przebiegu menopauzy mają istotny wpływ na seksualność kobiety, to ważne są również inne czynniki:

Czynniki biologiczne

Metabolizm neuroprzekaźników, aktywność układu limbicznego, długość cykli miesięczkowych w okresie premenopauzalnym i dieta, kurczliwość mięśnia Kegla (łonowo-guziczowego), ogólny stan zdrowia kobiety, przyjmowane leki.

Czynniki psychiczne

Wiele kobiet odczuwa zmniejszenie energii, chwiejność nastrojów, depresję, dysforię, lęk przed utratą atrakcyjności, starzeniem się, przygnębienie z powodu odejścia dzieci z domu (tzw. zespół pustego gniazda), pogorszenie relacji partnerskich i międzyludzkich.

Czynniki kulturowe

Objawy menopauzy silniej odczuwają Greczynki, a łagodniej kobiety Majów. Beyene (1986) stwierdza, że wynika to z faktu, iż Greczynki zawierają małżeństwo w późniejszym wieku, mają mniej dzieci, a więcej zakazów seksualnych w porównaniu z kobietami Majów. W Indiach kobiety z niższych kast odczuwają większe nasilenie objawów menopauzy w porównaniu z kobietami z kast wyższych (Townsend 1980). U kobiet z wiejskich regionów Jawy i Sumatry nie obserwuje się uderzeń gorąca ani atrofii pochwy i zdaniem Kleinmana (1986) jest to dowodem, że menopauza jest doświadczeniem biokulturowym, co potwierdza wiele innych badań transkulturowych.

Uważa się, że w przebiegu menopauzy pogarsza się zdrowie seksualne i zmniejsza aktywność seksualna. Badania przeprowadzone w różnych krajach nie potwierdzają tego i tak np. Cain (1996) na podstawie badania 1879 kobiet z Australii w wieku 45-55 ustalił, że u 62,3% z nich nie stwierdza się zmian aktywności seksualnej, u 13% zmniejszyło się zainteresowanie życiem seksualnym, a u 6,6% wzrosło. W Polsce 64,2% kobiet w wieku 50 - 54 lat jest aktywnych seksualnie (Lew-Starowicz 1991).

Zaburzenia seksualne w przebiegu menopauzy są zróżnicowane, a ich przebieg jest różny w poszczególnych regionach świata. Przykładem są dane przedstawione w tabeli 1.

Epidemiologia zaburzeń seksualnych u kobiet w wieku 50-54 lat (dane w odsetkach);

Typowe przyczyny zaburzeń seksualnych w przebiegu menopauzy: zaburzenia hormonalne, choroby, leki, operacje, zespoły depresyjne, lęki, brak stałego partnera, negatywny obraz ciała, zaburzone relacje partnerskie, dewocyjność, wpływ negatywnych postaw społecznych wobec aktywności

seksualnej w tym wieku, postawy hipochondryczne.

24

ANDROPAUZA

Zgliczyński (1997) definiuje andropauzę jako okres życia mężczyzny, w którym wraz z wiekiem pojawiają się niedobory hormonów androgennych: testosteronu i dehydroepiandrosteronu, a także hormonu wzrostu i melatoniny. Zmiany nasilają się stopniowo po 50 roku życia.

Maurice (1999) stwierdza, że u mężczyzn w przebiegu andropauzy zmniejsza się erekcja brodawek piersiowych w fazie podniecenia, wydłuża się czas powstawania erekcji członka, zmniejsza się ciśnienie wytrysku nasienia i jego zasięg (do 15-30 cm), pojawiają się zaburzenia czucia zbliżającego się wytrysku, wydłuża się o 65% czas konieczny do ponownej erekcji członka, a zmniejsza czas trwania i liczba nocnych erekcji.

Do typowych przyczyn zaburzeń erekcji członka w przebiegu andropauzy należą: choroby neuronaczyniowe, naczyniowe, cukrzyca, neuropatie, leki, hipogonadyzm, uzależnienia, monotonia i rutyna w życiu seksualnym, zaabsorbowanie rolą zawodową i problemami materialnymi, lęk przed starzeniem się (Mulligan 1994, Lamberts 1995, Maurice 1999).

Z własnych badań (Lew-Starowicz 1993) wynika, że w przebiegu andropauzy u 32% mężczyzn obserwuje się zaburzenia erekcji członka, u 25% wytrysk opóźniony, u 11% dyspareunię, a u 51% spadek zainteresowania życiem seksualnym. U wielu mężczyzn współistnieje więcej niż jedno zaburzenie seksualne.

ROLA FEROMONÓW

Termin feromony wprowadzili do piśmiennictwa w 1959 r. Karlson i Luscher. Nazwa oznacza substancje zapachowe o wabiącym seksualnie charakterze (nośniki pożądania), działające podprogowo. Cutler (1998) stwierdza, że u mężczyzn wyodrębniono dwa feromony; z których najważniejszy jest androstenol, a u kobiet jeden. Z badań eksperymentalnych wynika, że u 53 badanych mężczyzn feromony przyczyniły się do wzmożenia aktywności masturbacyjnej (u 23%), kontaktów seksualnych u 47%, a u 35% — do pojawienia się snów erotycznych. Zatem uzasadnione są przypuszczenia, że zmniejszenie stężenia feromonów lub ich brak może wpływać na aktywność seksualną. W przypadku zaburzeń seksualnych feromony mogą wpływać na podniesienie atrakcyjności osoby partnera, zwiększenie odczuwania pożądania do partnera, ale jednocześnie mogą stać się przyczyną awersji seksualnej, seksualnego uzależnienia wobec danej osoby, niedorozwoju genitalnego w zespole Morsiera (niedorozwój ośrodków węchowego w mózgu) czy hipotetycznej podatności niektórych gwałcicieli.

25

PALENIE PAPIEROSÓW

Ports (1989) i Lamberts (1995) stwierdzają, że palenie papierosów jest czynnikiem ryzyka zaburzeń erekcji i oceniają je na poziomie 35,3%.

Z najnowszego raportu angielskiego (Ralph 1999-) wynika, że u połowy palaczy pojawiają się zaburzenia erekcji

h JL

g pou angielskiego (R

ah .

vi o

ALKOHOL

Wpływ alkoholu na zachowania i obyczaje seksualne jest znany od

tysiącleci. Dane na ten temat odnajdujemy w wielu religiach świata i w mitologii różnych kultur. Jakkolwiek mówi się w nich o pozytywnym wpływie alkoholu na samopoczucie, zdrowie i życie towarzyskie w umiarkowanych dawkach, a wino bywa traktowane jako lekarstwo („na czele wszystkich leków stoje ja: wino” — Talmud), to jednak przeważa negatywny osąd. Biblia w kilku miejscach podaje przykłady negatywnych następstw picia alkoholu: „Noe pijąc wino, upił się i obnażył się w namiocie swoim” (Ks. Rodzaju 9,20). „Rzekła starsza do młodszej: Ojciec nasz jest stary. Pójdźmy, upójemy go winem i śpijmy z nim, abyśmy mogły zachować potomstwo” (Ks. Rodzaju 19,31). „Nie upijajcie się winem, bo to prowadzi do rozwiązłości” (List św. Pawła do Efezjan 5,18). W wielu starożytnych kulturach spotykamy orgie seksualne, którym towarzyszy upijanie się. Jakkolwiek niektóre z nich miały znaczenie sakralne (kulty płodności, przesilenie pór roku, rytuały inicjacyjne), to jednak w innych przypadkach mamy do czynienia z rozwojem specyficznej obyczajowości erotycznej. Eurypides w „Bachantkach” opisuje dionizyjskie kulty orgiastyczne, w których kobiety poddające się muzyce fletów i tympanonu piją wino i „nic tam zdrowego nie ma w tych orgiach”.

Picie alkoholu na świecie jest powszechne i znane było już w prahistorii. Ocenia się, że obecnie kontakt z alkoholem ma 7-95% męskiej oraz 50-60% kobiecej populacji świata (Leland 1982).

Różne są modele picia alkoholu:

- funkcja symboliczna, np. jako kontynuacja tradycji, symbol cykliczności życia,
- funkcja religijna, np. wprowadzanie się w stan transu, kontakt z kosmogonią,
- funkcja terapeutyczna, np. więź grupowa, neutralizacja napięć psychicznych, w starożytności wielu lekarzy zalecało picie małych dawek czerwonego wina w celu wzmocnienia organizmu i poprawy sprawności seksualnej mężczyzny,
- funkcja hedonistyczna, np. szukanie przyjemności, oderwanie się od przykrości,
- funkcja społeczna, np. jako potrzeba przełamania samotności, nawiązania kontaktów, zmniejszenia dystansu między ludźmi.

Pierwsze prace dotyczące patologicznego wpływu alkoholu na życie seksualne pojawiły się w początkach XX wieku. W 1909 roku Kyrle opisał zanik jąder u mężczyzn z zaburzeniami wątroby na tle alkoholowym. W 1936 roku Reibler u mężczyzn z marskością alkoholową stwierdził hipogonadyzm, feminizację i impotencję. W 1939 roku Corda opisał zespół uzależnienia od alkoholu SiWestrini-Corda, obejmujący: ginekomastię, zanik jąder, marskość wątroby, impotencję. Określenia, że alkohol jest toksyną gonad, użył Bean w 1942 roku. Rzetelne i dokładne badania naukowe poświęcone relacjom między alkoholem a seksualnością zaczęły się pojawiać od lat siedemdziesiątych XX wieku, a obecnie piśmiennictwo na ten temat obejmuje setki pozycji. Należy je rozpatrywać na różnych poziomach:

Seksualne motywy picia alkoholu

Mogą one polegać na traktowaniu alkoholu jako substytutu pieszczot, wyciszającego lęk przed seksualnością, drugą płcią, a także problemy z rolą seksualną, prowokującego zainteresowanie sobą, tłumiącego i wypierającego potrzeby seksualne, przełamującego nieśmiałość, dodającego odwagi w relacjach erotycznych, jako afrodyzjaku itp.

Formy patologii seksualnej w przebiegu uzależnienia od alkoholu

Na podstawie własnych badań (Lew-Starowicz 1985) zaburzenia seksualne rozpoznałem u 61% mężczyzn i 50% kobiet. Obejmowały one różne formy: impotencję, hipolibidemię, anorgazmię, pochwicę, dyspareunię, opóźnienie lub brak wytrysku, wytryski zbyt wczesne. Podobne wyniki badań przedstawiają inni autorzy. I tak np. Bancroft (1990) na podstawie badań 917 kobiet w USA rozpoznał różne formy patologii seksualnej u 60% badanych. Najczęściej były nimi: hipolibidemia, zaburzenia w osiągnięciu orgazmu, wydłużenie reaktywności seksualnej. Wiele badań eksperymentalnych populacji pacjentów i grup kontrolnych, z zastosowaniem aparatury pomiarowej (pletyzmozgrafia, monitorowanie pochwy), dostarczyło niezbitych dowodów. Zaburzenia seksualne rozwijające się w wyniku oddziaływania alkoholu mają wiele nakładających się na siebie przyczyn: zakłócenia czynności osi podwzgórze-przysadka-gonady, neurogenne, naczyniopochodne, uszkodzenie czynności wątroby, zaburzenie metabolizmu endorfin. Alkohol prowadzi do zmniejszenia stężenia testosteronu, estrogenów, astrofii gonad, ginekomastii i wielu innych negatywnych następstw. Zatem do patologii seksualnej w następstwie picia alkoholu prowadzi wiele czynników natury organicznej.

-27

W przypadku mężczyzn organiczne tło patologii seksualnej potwierdziły wyniki badań laboratoryjnych, doplerosonografia, dynamiczna kawersonografia, NPT (nocne erekcje członka w fazach REM snu). Poza czynnikami natury organicznej w uzależnieniu od alkoholu stwierdzono także wiele psychogennych przyczyn patologii seksualnej; Obejmują one np. lęki seksualne, konflikty partnerskie, zaburzenia identyfikacji z rolą płciową, sytuacyjne niepowodzenia w życiu seksualnym, obniżenie samooceny w roli partnera seksualnego itd. W wyniku rosnącej edukacji na ten temat również i u nas coraz więcej pacjentów z zaburzeniami seksualnymi zaczyna postrzegać ich powiązania z alkoholem. Zdarza się — i jest to optymistyczny akcent — iż niektórzy pacjenci zaczynają zmniejszać dawki alkoholu, a nawet ujawniać motywację do przerywania picia i leczenia odwykowego. Coraz częściej w trakcie spotkań z młodzieżą licealną i studencką padają pytania dotyczące wpływu picia alkoholu na życie seksualne. Okazuje się, że pewne informacje na ten temat zaczynają docierać i budzą niepokój. Oddziaływanie oświaty zdrowotnej w tym zakresie jest jednak nadal niewystarczające. Wielu pacjentów niepokoi z kolei inne spostrzeżenie. Oceniają własną sprawność seksualną przed podjęciem leczenia odwykowego jako wyższą w porównaniu z okresem po leczeniu.

Taka zależność rzeczywiście istnieje i znajduje wytłumaczenie w czynnikach psychogennych i naczyniopochodnych, ale pacjenci jej z reguły nie znają. W wielu przypadkach przedwczesnych czy zbyt wczesnych wytrysków nasienia wpływ alkoholu mógł być oceniany jako leczniczy, ponieważ czas reakcji seksualnych ulegał wydłużeniu. Brak alkoholu może przyczyniać się do przyspieszania czasu reakcji i ponownego pojawienia się tych zaburzeń. Wielu pacjentów przyznaje, że „leczenie się alkoholem” wprawdzie opóźniało wytrysk, ale powodowało uzależnienie. Nie u wszystkich pojawiły się objawy impotencji i hipolibidemii. Nic zatem dziwnego, że alkohol utożsamiano z poprawą sprawności seksualnej, a wyleczenie się z uzależnienia — z nawrotem zaburzeń. W tych przypadkach zastosowanie farmakoterapii lub metod treningowych jest konieczne już w trakcie leczenia odwykowego.

Wiele publikacji w piśmiennictwie światowym dotyczy powiązań alkoholu z różnymi formami przemocy seksualnej. Znaczna liczba przypadków molestowania seksualnego dzieci, zespołu maltretowanej żony, męża, zgwałceń itp.

wiąże się z działaniem alkoholu u sprawcy. Często u ofiar przemocy seksualnej uzależnienie od alkoholu jest jednym z następstw. Rozmiar tego zjawiska ujawniają wyniki badań. Okazuje się np., że w 7 krajach Europy Zachodniej ok. 40% dziewcząt i 20% chłopców doświadczyło na sobie przemocy seksualnej. Usiłowanie zgwałcenia lub zgwałcenia przeżyło około 10-19% populacji kobiet w USA. W 1990 roku (wg National Victim Center) w USA zostało zgwałconych 683 000 kobiet. Okazuje się, że około 50% sprawców znajdowało się pod wpływem działania alkoholu w momencie dokonania przestępstwa.

28

Z kolei około 1/10 ofiar zgwałceń szuka zapomnienia w alkoholu. Podobne dane podają badacze w innych krajach. Alkohol zwiększa ryzyko przestępczości seksualnej. Marshall (1990) przedstawia np. wyniki badań eksperymentalnych, z których wynika, iż badani znajdujący się pod wpływem działania alkoholu oglądając sceny gwałtu na filmie video ujawniali wzrost poziomu reaktywności seksualnej. Wiele czynów lubieżnych dokonywali sprawcy nie wykazujący dotąd pedofilnej orientacji, która ujawniła się pod wpływem działania alkoholu. Uaktywniły się wtedy ich preferencje pedofilne albo sytuacyjnie zrodziła się potrzeba zaspokojenia potrzeby seksualnej.

Wiele publikacji omawia związek alkoholu z AIDS. Ryzyko zachorowania na AIDS wiąże się z częstym poJą^em^m3lkoJioliizjiro^tytucją, żniem nark

wania na AIDS wiąże się z częstym poJą^em^m3lkoji^yj promiskuityzmem z używaniem narkotyków. Martin Plant (1990) stwierdza, że picie alkoholu prowadzi do zaburzeń systemu odpornościowego. Jego działanie powoduje zaburzenie produkcji i czynności limfocytów oraz metabolizmu endofiryn B. Często również alkohol sprzyja zakażeniom chorobom przenoszonym drogą płciową, których ryzyko zwiększa się przy zmieniających się partnerach. Groźna jest zwłaszcza możliwość zakażenia AIDS.

McEwan i wsp. (1992) na podstawie badania 2174 studentów w Anglii stwierdzili, że pijący alkohol rzadziej przestrzegali zasad bezpiecznego seksu, tzn. częściej zmieniali partnerów, a rzadziej używali prezerwatyw, środków antykoncepcyjnych. Istnieje również związek alkoholu z homoseksualną orientacją, szczególnie u młodych ludzi. Wynika to ze społecznej izolacji osób zorientowanych homoseksualnie, prostytuowania się, zaburzeń zdrowia psychicznego.

Wielu badaczy stwierdza, że uzależnienie od alkoholu wiąże się z różnymi parafiliami (dewiacjami seksualnymi). Alkohol może uaktywniać już istniejące preferencje albo je prowokować. Forrest (1983) stwierdza, że sięganie po alkohol może ujawnić cechy masochistyczne, prowokować preferencje sadystyczne. Około .80% ekshibicjonistów nadużywa alkoholu, a prawie połowa z nich znajdowała się pod jego działaniem w momencie obnażania się. Podobne relacje obserwuje się w przypadku innych dewiacji seksualnych.

Wpływ alkoholu na relacje małżeńskie i rodzinne

W bogatym na ten temat piśmiennictwie podkreśla się wpływ alkoholu na: liczne konflikty, promiskuityzm, rozwody, zaburzenia wzajemnej komunikacji, kazirodztwo, wiele form patologii małżeńskiej i rodzinnej (Collins 1990). Na podstawie wszystkich tego typu badań można stwierdzić, iż zaburzenia seksualne, patologia więzi partnerskich i rodzinnych mogą być zarówno przyczyną, jak i następstwem uzależnienia od alkoholu.

L 3> P L o

L §• I" §" §

c» ZL
li
Ul
° S-5
si g 2
W 3* <
o 2.
oo
i3 TO m
3 LL 2.'
3,' 05 n
^- 00 ET
nos
a
-i ?r t~1 _
3 O
O O_

o
0
vi q 3 <D
O 3
. 2. a.
ON
3 P»
3 ..—
00 O O

rt y
00 05 O
i— 5'
vi N "i
^ c rt

iMllflilli
3
%

335;^
LJ P5 05
I" * 3
3 ° S
& S. ^ 3 P,
L^^ST^^I g 3
o ^ ?. e n
*3
b 1*8 s:<aij L181-82111
5' s:^
s
c
flfl Pliifli.il
p 8 - «»| N'

f
ET 2 o
^<; cr rt
3- w ^ la
N TO
|
EJ o-
3 o

aponskie, chińskie stosują tatuaże o pewnych symbolach w celu identyfikacji; w Japonii jeden z gangów wymaga od swoich członków tatuowania całego ciała. W Polsce różne gangi oraz subkultury przestępcze i młodzieżowe także stosują je w celach rozpoznawczych.

Badania ujawniły, że tatuaż przeważnie jest praktykowany przez mężczyzn. Na ogół tatuują oni ramiona, plecy, nogi, narządy płciowe. Kobiety natomiast częściej tatuują piersi, biodra, kostki nóg. Zróżnicowane są również motywy tatuażu. Mężczyźni częściej wybierają dzikie zwierzęta, kobiety, treści jawnie seksualne, napisy, symbole religijne i orientalne (smoki). Kobiety preferują motywy roślinne, pszczoły, motyle.

W opracowaniach psychoanalityków i wielu lekarzy (np. w publikacji Frieda, z której zaczerpnąłem sporo informacji na temat tatuażu) podkreśla się, iż tatuaż ma znaczenie seksualne. Twierdzi się np., że skóra jako taka odgrywa dużą rolę w rozwoju psychoseksualnym człowieka, począwszy od wczesnego dzieciństwa. Kontakt ze skórą matki, a następnie z własną, jest ważnym czynnikiem rozwoju psychoseksualnego. W okresie dojrzewania wielu chłopców tatuuje się i motywem podświadomym jest najczęściej konflikt z potrzebami seksualnymi, kompensacja poczucia słabości, niepełnej wartości męskiej. Część młodzieży przez tatuaż wyraża potrzebę buntu i inności wobec starszego pokolenia, potrzebę przynależności do paczki rówieśniczej — w tym ostatnim przypadku tatuowanie się może wyrażać tłumione lub ujawniane cechy agresji. Wybór motywu tatuażu wiele mówi o potrzebach psychicznych danej osoby — np. tatuaże dzikich zwierząt mogą być wyrazem potrzeby silnej i dominującej męskości, odwagi, wytrzymałości.

Analiza treści tatuażu pozwala zidentyfikować u danej osoby mechanizmy obronne, uczucie niższości, tendencje narcystyczne, masochistyczne, sadystyczne. Szczególnie częste są wśród mężczyzn tendencje narcystyczne, wyrażające kult falliczny, postawę wyższości wobec świata kobiecego, kreowanie z siebie bohatera seksualnego, np. napisy na członku (imiona żeńskie, „tylko dla ciebie”, „zdobywca kobiet” itp.). Mężczyźni z kompleksem w roli męskiej, z poczuciem niższości, często wybierają motywy dzikich zwierząt, a inni, mający skłonności homo- i biseksualne — motyw pośladek. Tatuowanie u kobiet częściej natomiast wyraża ukryte potrzeby ekshibicjonistyczne, wybierają one np. motywy stref erogennych, symbole seksualne, napisy o treści uczuciowej.

Psychoanalicycy podkreślają także, iż wzajemne tatuowanie się przez więźniów wyraża zarówno sfrustrowane potrzeby heteroseksualne (w wyniku dłuższej przerwy we współżyciu z kobietami), jak i tendencje homoseksualne. Sam fakt przenikania ostrej igły przez skórę i wstrzykiwanie płynu może być substytutem kontaktu seksualnego.

Tatuaż bywa też często wyrazem łączenia potrzeb seksualnych i agresji, co jest np. dość typowe wśród przestępców seksualnych mających osobowość

32

nieprawidłową (dawniej zwaną psychopatią). Treść tatuażu łączy wówczas

jawne lub ukryte symbole seksualne z cechami agresji.

Forma, miejsce i treść tatuażu są więc wyrazem świadomych i podświadomych potrzeb danej osoby, umożliwiają rozpoznanie niektórych cech jej osobowości. Konieczna jest jednak pewna ostrożność, ponieważ tatuaż może być sprawą czystego przypadku, np. wykonanie go na osobie pijanej, śpiącej. Niekiedy treść tatuażu może wiązać się z osobą wykonawcy, który po prostu nie umie wykonać innych motywów prócz kilku sprawnie opanowanych. Zdarza się również zrobienie tatuażu dla czystej zabawy, z głupiego naśladownictwa i wówczas taki lub inny motyw tatuażu jest obojętny. Nastawienie psychiczne niektórych osób mogło się zmienić i np. po pewnym okresie treść tatuażu jest odbierana jako obca własnemu Ja; po prostu od czasu jego wykonania zmieniła się osobowość właściciela tego barwnego rysunku. Próbuje się usuwać tatuaż, co jednak nie jest sprawą obojętną dla zdrowia.

Istnieje jeszcze inny problem. Tatuaż na członku może być, i często zresztą jest, źródłem zaburzeń seksualnych, osłabia bowiem czucie, pogarsza odbiór bodźców zmysłowych. Sprzyja więc pojawianiu się zaburzeń erekcji (częściej) lub wytrysku. U niektórych mężczyzn tatuaż okolic intymnych prowadzi do osobistych problemów, ponieważ wstydzą się tego wobec swej partnerki, kryją się z tym, a imiona ekspartnerki czy partnerek mogą prowokować konflikty w związku. Wielu wytatuowanych mężczyzn ma problemy uczuciowe tylko dlatego, że dla ich partnerek fakt tatuażu jest utożsamiany z przynależnością do świata przestępczego, (jest taki stereotyp społeczny, nie pozbawiony zresztą podstaw). Nic wówczas nie pomogą zapewnienia, iż tatuaż ma inne pochodzenie i związek rozpada się już na początku jego powstania. Tatuaż ma zatem różne powiązania z seksem.

ZABURZENIA ODŻYWIANIA SIĘ

W ostatnich latach zwiększa się liczba publikacji poświęconych relacjom między zaburzeniem odżywiania się a seksualnością. Najwięcej z nich dotyczy jadłowstrętu psychicznego i otyłości.

Jadłowstręt psychiczny

Anorexia nervosa (łac), inaczej jadłowstręt psychiczny. Problem dotyczy 3% ogółu populacji, ale np. w USA już 3% dziewcząt szkół średnich i wyższych w wieku 13-20 lat. U mężczyzn występuje rzadziej i dotyczy 4-10% ogółu pacjentów. Jakkolwiek ta choroba została opisana już w 1694 roku przez Mortona, nadal jednak nie została poznana do końca. Objawy są dość typowe i zaczynają się w końcowej fazie dojrzewania; narasta niechęć do

logii SJ 33
jedzenia, postępuje ograniczanie ilości spożywanych pokarmów, zmniejsza się waga ciała aż do stanu wyniszczenia oraz temperatura ciała i ciśnienie tętnicze krwi, zanika miesiączkowanie. Zaskakujące jest zachowanie dobrej sprawności fizycznej, psychicznej, zawodowej, zdolności uczenia się. Zaczyna się od odmowy przyjmowania niektórych potraw, ograniczeń ilościowych, aż dochodzi do głodówki, co często wiąże się z oszustwami w celu uspokojenia zaniepokojonych rodziców, opiekunów, wychowawców. W rezultacie postępuje wyniszczenie organizmu zagrażające życiu. Badanie osobowości głodzących się kobiet ujawniło, że są one wrażliwe, inteligentne, przesadnie ambitne, uparte, niezadowolone z osiągnięć, tyranizujące otoczenie Trywalizujące z matkami, narcystyczne, często depresyjne.

Jadłowstręt psychiczny najczęściej dotyczy kobiet w krajach Zachodu, natomiast rzadko spotykany jest w krajach Azji i Ameryki Łacińskiej. To daje wiele do myślenia i nic dziwnego, że badacze zaczęli penetrować życie

rodzinne tych kobiet. Okazało się, że bardzo często w rodzinach tych osobą dominującą jest matka. Dziewczęta mają lepszy kontakt psychiczny z ojcami, którzy niewiele mają do powiedzenia i są słabi psychicznie. Większość badaczy przyczynę choroby upatruje zatem w środowisku rodzinnym. Ambivalentne postawy córek wobec matek prowadzą do zaburzeń identyfikacji z rolą kobiecą, buntu i oporu wobec władzy matki, a także do potrzeby wyzwolenia się spod jej kontroli i separacji. Inni badacze widzą potrzebę uzyskania zainteresowania i sympatii ze strony członków rodziny, trwania w roli Dziecka i ucieczki od roli dorosłej kobiety.

W ostatnich latach badacze ujawnili częste powiązania jadłowstręciu z faktem doznania przemocy seksualnej i ma to dotyczyć prawie połowy badanych dziewcząt. Inni badacze szukają mechanizmów biologiczno-genetycznych (np. zaburzenia czynności receptorów dopaminoergicznych). U niektórych pacjentek rozpoznaje się „moralny masochizm”, jak to nazwał Edelman. Ma on wiązać się ze skrajną postawą ascetyczną, wynikającą z masochistycznych preferencji (potrzeba samokarania się, prowokowanie agresji, rezygnacja z przyjemności) lub z postaw religijnych. W. Dawis pisze o „świętej anoreksji”, czyli religijnie motywowanym ascetyzmie i stwierdza go u 42 świętych kobiet w XIII-wiecznej Italii.

U mężatek przyczyną jadłowstrętu najczęściej bywają problemy małżeńskie, seksualne, niechęć do macierzyństwa. W przypadku mężczyzn częściej rozpoznaje się lęki i problemy na tle seksualnym, identyfikację z rolą kobiecą. Choroba u obu płci jest groźna, stwarza bowiem ryzyko zagrożenia życia, a 10% pacjentów ujawnia tendencje samobójcze. Leczenie wiąże się z podawaniem leków, psychoterapią indywidualną, partnerską lub rodzinną i powinno być możliwie wcześnie podjęte.

34

Bulimia

Bulimia jest mniej znaną chorobą, a zainteresowanie nią wzrosło od ujawnienia, że cierpi na nią Diana — żona następcy tronu w Wielkiej Brytanii. Choroba opisana już w 1892 roku przez Oslera jest nadal mało znana. Polega na występowaniu epizodów żarłoczności i utraty kontroli nad jedzeniem. Chory w krótkim czasie może przyswoić sobie do 20 000 kalorii. Jedzenie odbywa się w ukryciu i jest bardzo szybkie. Pacjenci nie są jednak otyli, ponieważ prowokują później wymioty, używają środków przeczyszczających, stosują rygorystyczne ograniczenia dietetyczne.

Bulimia 5-krotnie częściej występuje u kobiet i ma tendencje do wzrostu. W USA dotyczy już 4-15% dziewcząt w wieku 16-18 lat i 5,3% studentek. Pacjentki ujawniają tendencje samobójcze, tłumioną agresję, są impulsywne. U wielu stwierdza się tzw. osobowość pogranicza (borderline personality). 61% pali papierosy, 11% nadużywa alkoholu, a 35% środków przeczyszczających. Następstwa bulimii to: zaburzenia przemiany materii, gospodarki wodno-elektrolitowej, zaburzenia miesiączkowania. Wielu badaczy uważa, że przyczyną bulimii jest niezadowolenie z siebie. Prowokowanie wymiotów ma symbolicznie wyrażać usuwanie „złego Ja z siebie”. Inni z kolei szukają przyczyn w problemach życia rodzinnego, małżeńskiego (casus księżnej Diany), w trudnościach w realizowaniu tradycyjnej roli kobiecej, w doznaniu na sobie przemocy seksualnej z przeszłości. Z kolei niektórzy uczeni traktują bulimie jako jedną z postaci depresji. W przypadku mężatek przyczyną choroby często bywają zaburzone relacje z partnerem, pseudowięź z partnerem i brak poczucia bezpieczeństwa w tym związku. Trudno powiedzieć, jak często bulimia występuje u nas, rozpoznawana jest bowiem

rzadko.

Otyłość

Buss (1996) na podstawie badań transkulturowych stwierdził, że uniwersalnymi kryteriami urody kobiet dla mężczyzn są: zgrabna figura (wskaźnik biodra-talia), sylwetka średnia, młody wygląd, a kryteriami urody mężczyzn dla kobiet są: szczupłe biodra, smukła sylwetka, płaski brzuch. Otyłość jako model atrakcyjności spotyka się w kulturach nękanymi niedoborem żywności (Rosenblatt 1974), w niektórych kulturach Oceanii i Afryki, w okresach historycznych (np. barok). W zamożnych krajach Zachodu ideałem jest szczupła sylwetka (Symons 1979), potwierdzeniem tego jest również współczesna moda i pisma kobiece. Sylwetka wiąże się z obrazem ciała, który obejmuje: poznawczą reprezentację, uczucia i potrzebę zmiany. Seksualność osób otyłych jest mało znana. W piśmiennictwie najczęściej omawia się trudności i problemy seksualne osób otyłych, ich osobowość. Przykładem takiej prezentacji jest koncepcja psychoanalityczna (tabela 3).

35

Tabela 3

Osobowość otyłych pacjentów (dane w odsetkach)

i

Z własnych badań (Lew-Starowicz 1999), przeprowadzonych u 200 otyłych pacjentów (100 kobiet i 100 mężczyzn) z zaburzeniami seksualnymi, wynika, że psychiczne i seksualne problemy tej populacji są zróżnicowane.

Dane przedstawiają tabele 3-9.

Zaburzenia seksualne u otyłych pacjentów (dane w odsetkach)

!

Zaburzenia libido i pożądania

Zespół nieprzystosowania seksualnego

Przyczyny zaburzeń seksualnych u otyłych pacjentów (dane w odsetkach)

I

Trudności w życiu seksualnym u otyłych pacjentów (dane w odsetkach)

I

Przeszkody mechaniczne

Pogorszenie wrażliwości czuciowej

Zaburzony obraz Ja

Zanik atrakcyjności partnera

psychogenne poprzedzające otyłość (dane w odsetkach)

Frustracje seksualne

Frustracje uczuciowe

Lęk przed wiekiem

Brak poczucia własnej wartości

Frustracje w roli zawodowej

Subiektywne następstwa otyłości (dane w odsetkach)

Typologia następstw

Obniżona samoocena w roli partnera seksualnego

Tabela 9

Subiektywne przyczyny poczucia atrakcyjności w roli partnera seksualnego (dane w odsetkach]

Seksualna satysfakcja partnera (rów)

Poczucie atrakcyjności seksualnej

Poczucie biegłości w sztuce miłosnej

USZKODZENIA RDZENIA KRĘGOWEGO

Z danych Biura Statystyki Zdrowia USA wynika, że urazy i choroby rdzenia kręgowego są przyczyną 8% przypadków impotencji. Inne dane

wskazują, że zaburzenia i choroby rdzenia kręgowego i kręgosłupa są przyczyną zaburzeń seksualnych u 6—18% ogółu pacjentów.

W przypadku osób z uszkodzeniami rdzenia kręgowego typ i rozległość zaburzeń seksualnych zależy od poziomu i stopnia uszkodzenia rdzenia:

C-c,.

-'zaburzenia czucia i funkcji poniżej szyi,

- brak erekcji psychogennej, wytrysku i orgazmu.

37

2 TO L

! a S i.« 3

>— c/i 3 ja N- <c

EL

3

3

i s s

5 " TO

"30

t-1

3

o

re Cl ri O

"2.

o"

r.

N

n

TO 3

3" 3

O 3

c

2

O N

,P

*»"L₁ 3 o 2.

M ^ o' " n 3

<C as (D 3

5* E₂ 3 o

R §

a. n

s l.

er ^

5. c«'

n K

rt> 2

o

N

C

co 3

o o

EL

3

ca

er c 3

N

7r

o

Cl

n o

I-1

3

Ca

•ro ro rc

" r0" 3.

rc

troL

p 3.

L 6*

3.

N

rc

li.

w ro

ips

3 |o 3

EL

ch.

I

N

K

cr

§

rc

3

B'

rc

?r

0

^ 1° ^

I H

<

n

3r

o

c

cr

o'

fa

r

g. ' o p

^ H 3- ?r

3
Co
o
er
N
ca
o-
c
C S1 N
rc
c
3~
3
o.
li
rc n-
3 S
II
I
II
II
I
i
3
g
O i
c
31
g
I
C
EL
5"
CL
N
•o'
N
f
c
,rf
I I
ii
1 p
O" I
n
3
P
o"
?
TO
I
|a 0 N enne

ageni *
EL
rc to
|^,0 p
8. r: 5"
§5
1 B-
II
II
O g.
l
S.«
§1-
•rc O
g S « § ro
3 >o ^< n LL
^ S — . c
lljl
ffllt
E-l.g-3 r5
|-o r
l §
O cn
3" ^
l S
,P O^
u
P o
\$ TO_
T3 <r
tf
rc p
on >T3
O N
e. o. y,
lii
111
os p P
o ^ -
O p ^
o ro S
S rc
s2 n
P O^
c«
P
D-
5 -•
€ I. p'
% P -
s g 1
g. ro' 3

<<c o O
3 ri o
g:|;
" ^ ro
e - |
3 "°
"8 3
I 3
&3Ś
§•3'
<< g
09
II
||
rT c
N A"
1|
o
X
o
30
O
03
3
o
i||3.
3
ca
i

T3 c/>-
B °^
*-< 3.
2".p
o ro
er
o
8 3
1S"
3 „ O
o rc
p C
rc ^ ^
"on
O n ?r
•5 g S
i
00^ S
Sto '
II
C/)N P
C 3

C
so
rc c f
cn N- cn
*s rc ,p
<< 3
§S'
o o
3 o- rc
33-^
g
n
p o
3.3
ro n
S_g wg ^
n S" 4^lrC
p . ^3 p ;
er jr T3
S. ' « < o
B -; 5 to
3 ?s_ x <-
o d
p*» 3 p ro
c ^ rc x-3
3 to rc to
3 ^^:(2: B
T3
O
O-
3
P
3
3 p O" 3
c
N
N
N
TO ON i—'
S
T3 3 3.
O p C
|a"0 I-
000
n- ro
><: 3
N TO
3 c
•8 »
H- O
P O
te

T3 T3
O O
cr er
c c
o- o-
N N
1.1.
rc' ro
O P
N 5
UJ os
s s
7? 7?
O O
2*. S".
n' o'
N
^E5
F.oSS
ia § i i f -° g = s: § 5,
g3 c n
o a
•5

3 ^S^-S.^g
J» 3
O- O
O-
c o
K
§! 5? i- g -m. P-
liiills

P
- ^ T3 3 b>?
E^B » * *
O o
O 7?
Mit I*

T3
O p o"
"2

e. 3 o
n (t o
4 te.
01
2". w
-|° n' 5 ^
O 3" P

v: n>

w znacznym stopniu utrudniać współżycie seksualne kobiecie, wywołując kompleksy i skutkować unikaniem więzi z mężczyznami.

Stany zapalne narządów zewnętrznych sprzyjające dyspareunii

- Opryszczka narządów płciowych. Luby i Klingę (1985), na podstawie analizy 74 pacjentów, stwierdzili u 71% trudności z osiągnięciem podniecenia, u 66% lęk przed zakażeniem partnera, u 47% znaczne zmniejszenie aktywności seksualnej. Ponadto występowały lęki przed współżyciem, kompleksy i zahamowania seksualne.
- Priapizm (stała erekcja członka). Należy do rzadko spotykanych zaburzeń. W wyniku leczenia mogą pojawić się różne negatywne następstwa w życiu seksualnym: impotencja, infekcje, zmiany w cewce, w ciałach jamistych.
- Stwardnienie ciał jamistych członka (choroba Peyrona). W wyniku długotrwałego przebiegu może dojść do skrzywienia osi członka w erekcji, utrudniającego współżycie. U niektórych pacjentów po wyleczeniu mogą występować zaburzenia czucia członka, impotencja pooperacyjna.
- Spodziectwo (hypospadiasis). Dość często spotykana wada, znacznie utrudniająca życie seksualne, wywołująca kompleksy. Farkas i Hynie (1970) stwierdzili, że na 130 operowanych w dzieciństwie pacjentów u 17% wystąpiły później zaburzenia erekcji. Berg (1983), na podstawie analizy 39 mężczyzn w wieku 20-35 lat, operowanych w dzieciństwie, oraz na podstawie badań testami projekcyjnymi i badania psychiatrycznego, stwierdził, iż u tych pacjentów istnieją predyspozycje do pogorszenia zdrowia psychicznego, słabsza siła Ja, wysoki poziom lęku kastracyjnego i lęków związanych ze współżyciem seksualnym.
- Wierchniactwo (epispadiasis). Wada ta może uniemożliwić współżycie seksualne.
- Rak członka. Hellberg (1987), na podstawie analizy 244 mężczyzn, stwierdza, iż czynnikiem ryzyka jest stulejka i zapalenie żołędzi. W dużym stopniu może to zakłócić samoocenę w roli męskiej oraz współżycie seksualne.
- Urazy członka. Zdarzają się np. w wyniku aktywności masturbacyjnej. Greilshheimer (1979) u 87% pacjentów spośród 53 rozpoznał proces psychotyczny.

Choroby narządów płciowych i układu moczowo-płciowego

- Brak jąder (anorchizm). Zaburzenia seksualne mogą być wywołane przez zaburzenia hormonalne, a także w wyniku dyskomfortu natury estetycznej.
- Wnętrostwo (cryptorchismus). Niezstąpienie jąder może wpływać na występowanie zaburzeń seksualnych (hipolibidemia) na tle zakłóconej czynności hormonalnej. Cytryn (1967), na podstawie analizy 27 pacjentów, stwierdził, iż może ono prowadzić do zaburzeń identyfikacji z rolą męską i zakłócenia obrazu ciałaL "*****""
- Żylaki powrózka nasiennego. Kuźnik (1974) uważa, że powodują one dwojakiego rodzaju zaburzenia seksualne u mężczyzn. Z jednej strony bolesność i zmiana wyglądu mogą zniechęcać do współżycia, z drugiej — zaburzenia ukrwienia i zakłócenie termoregulacji jąder wywołują zmiany płodności i czynności hormonalnej. •
- Stany zapalne cewki moczowej. Prowadzą one do zmniejszenia potencji, dyspareunii, nadmiernego skoncentrowania na czynności narządów płciowych, co wtórnie wyzwała zaburzenia erekcji i wytrysku nasienia

oraz problemy partnerskie.

- Stany-zapalnt jąder, najudrzy, Mogą zaburzać płodność i erekcję.
- Przewlekłe bóle genitalne. Mogą mieć tło zarówno organiczne, jak i psychosomatyczne. Wiążą się z wieloma możliwymi problemami i zaburzeniami życia seksualnego (hipochondria, unikanie więzi i współżycia, fobie stosunku, dyspareunia, mitomania seksualna), najczęściej towarzyszy im spadek zainteresowania współżyciem, dyspareunia (Mimoun 1984).
- Nietrzymanie moczu. Lamm (1986), u 51 pacjentek stwierdził znacząco wyższy poziom anorgazmii i problemów partnerskich.
- Choroby gruczołu krokowego (prostaty). Stany zapalne gruczołu krokowego są częstą przyczyną różnorodnych zaburzeń seksualnych u mężczyzn. Raboch (1988) u 54% pacjentów rozpoznał przedwczesne i zbyt wczesne wytryski nasienia, u 22% dyspareunię, u 21 % nasieniotok, u 9% brak wytrysku. O powszechności występowania zaburzeń seksualnych w stanach zapalnych gruczołu krokowego pisze wielu autorów (Kolodny i wsp. 1979 i in). Przewlekłe stany zapalne są poważnym problemem pacjentów, prowadzącym do wielu negatywnych następstw. Mellan (1973), na podstawie analizy 179 pacjentów, stwierdził, iż u 108 nastąpiło pogorszenie życia seksualnego.

U pacjentów z zaburzeniami seksualnymi rozpoznano wysoki poziom neurotyzmu, w osobowości dominowały cechy afiliatywne, zależne, ok. 50% miało trudności w życiu małżeńskim, a 20% utraciło ojca w dzieciństwie. Okonogi i Kinugasa (1979), na podstawie analizy psychosomatycznej 24 mężczyzn, wykryli u 42% pacjentów cechy neurotyczne (w tym konflikty na tle identyfikacji z rolą męską u 25% tej grupy), a u 34% cechy psychosomatyczne zaburzenia.

Inną chorobą gruczołu krokowego, wiążącą się często z zaburzeniami seksualnymi, jest rak. Malatinsky (1984), u większości 60 pacjentów z rozpoznaniem carcinoma, stwierdził zaburzenia potencji na początku choroby.

43
Rousseau (1980), analizując 128 pacjentów z rakiem gruczołu krokowego (uznał, że w okresie do 5 lat przed rozpoznaniem choroby większość pacjentów miała stosunki 1 raz na tydzień i rzadziej, a w momencie rozpoznania* odsetek pacjentów z brakiem aktywności lub z małą aktywnością seksualną wzrósł do 97%. Podobne zjawisko dotyczyło częstości fantazji seksualnych. Zdecydowana większość pacjentów leczonych preparatami działającymi antyhormonalnie w okresie 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia nie wykazywała aktywności masturbacyjnej, ani nocnych i rannych erekcji członka. Prostatektomia wiąże się z powstaniem trudności w życiu seksualnym. Według Kolodny'ego (1979) w wyniku operacji nadłonowej u 80% pacjentów pojawia się wytrysk wsteczny, a 10-20% z nich wykazuje impotencję. Prostatektomia przeprowadzona przez otrzewną daje wyższy procent impotencji (40-50). Cytron (1987) przedstawia dokładne wyniki badań wpływu tego rodzaju zabiegów na aktywność seksualną w okresie 3-6 lat po wykonaniu zabiegu. Łącznie badał 90 pacjentów. Wyniki przedstawia tabela 10.

Tabela 10

Tabela 10

Następstwa prostatektomii we współżyciu seksualnym (wg Cytron 1987)

t	•	m		-	i	Zaburzenia seksualne
Typ zabiegu		%	nacw--	_____		
przed operacją		%	po zabiegu			

r (53) | 12 I 12~

Typ zabiegu

I Zasłonowy

()

13,7 (12)

27,7 (25)

Potencja

Po zabiegu (%)

Choroby nerek

Według Abrama (1978) u 45% pacjentów z przewlekłymi chorobami nerek nastąpił spadek aktywności seksualnej, a po dializie — u 35%. Kolodny (1979) rozpoznał osłabienie popędu u 90% mężczyzn i 80% kobiet z uremią. Johnson (1984) pisze, że u pacjentów z uremią w wyniku apatii, neuropatii obwodowej, depresji zanika libido. U mężczyzn pojawiają się: atrofia jąder, zanik spermatogenezy, kastracja, impotencja. Steward (1983) stwierdza, że u dializowanych pacjentów powstają zespoły depresyjne, a u 2,7% psychozą. Mastrogiamo (1984) spośród 99 dializowanych kobiet u 80% rozpoznał spadek libido, wiązany z hiperprolaktynemią.

44/

ZABURZENIA SEKSUALNE

Kaplan (1983), u pacjentów urologicznych wyodrębnia: dyspareunię, zaburzenia wytrysku, erekcji i małżeństwo nie skonsumowane.

U mężczyzn cierpiących na dyspareunię przyczynami bolesności członka podczas wprowadzania i w stanie erekcji mogą być: stulejka, stany zapalne, pourazowe, nowotwory członka, choroba Peyrona, świerzb. Zapalenie cewki najczęściej jest następstwem zakażeń nieswoistych, bakteryjnych, urazowych, chemicznych. Jeśli bolesność odczuwana jest w czasie wytrysku nasienia, może okazać się, że jej przyczyną są następujące choroby: stany zapalne gruczołu krokowego, cewki, nasieniowodów, jąder, przepuklina, urazy.

W przypadku dyspareunii u kobiet bolesność w czasie pobudzenia łechtaczki wiąże się najczęściej ze stulejką, przeczulicą.

Bolesność podczas immisji wynika ze stanów zapalnych lub jest następstwem zabiegów operacyjnych. Zaburzenia erekcji zdarzają się w wyniku wielu chorób układu moczowo-płciowego, podobnie jak opóźnienie lub brak wytrysku. W przypadku małżeństwa nie skonsumowanego należy brać pod uwagę następujące zaburzenia: u kobiet — wady budowy, stany zapalne, alergie, bolesność; u mężczyzn — wady członka, stany zapalne, alergiczne, przepukliny, nowotwory.

Zaburzenia seksualne u pacjentów depresyjnych

Thompson (1970) stwierdza, że powiązania między depresją, zaburzeniami seksualnymi a lekami przeciwdepresyjnymi można opisać posługując się metaforą błędnego koła. Depresja może prowadzić do rozwoju zaburzeń seksualnych, podobne jest działanie na seksualność leków przeciwdepresyjnych. Z kolei zaburzenia seksualne mogą pogarszać przebieg depresji i wpływać na przyjmowanie leków przeciwdepresyjnych u pacjenta.

Do niedawna korelacje między depresją a zaburzeniami seksualnymi były mało znane i bagatelizowane. Do zmiany tego stanu przyczyniło się kilka czynników: postęp wiedzy, dowartościowanie seksualności, programy promocji zdrowia seksualnego inspirowane przez WHO, pojawienie się nowych metod diagnostyki i leczenia zaburzeń seksualnych, przeobrażenia obyczajowości erotycznej itp. (Lew-Starowicz 1998). Rozpowszechnienie zaburzeń seksualnych u pacjentów z rozpoznaniem depresji przedstawia tabela 11. Jak

wynika z danych, zaburzenia erekcji członka dotyczą około połowy mężczyzn, a obniżanie popędu płciowego i aktywności seksualnej od 23 do 96% pacjentów.

Przyczyną zaburzeń seksualnych u pacjentów depresyjnych mogą być różne czynniki: obniżone stężenie wolnego testosteronu w surowicy krwi (Vargas 1994, Metz 1995, Crenshaw i Goldberg 1996), współistniejące choroby i uzależnienia (Sadock 1995), konfliktowe i zaburzone relacje

45
Partnerskie

Casidy

Beck

Woodruff

Kolodny

Z badań porównawczych przeprowadzanych w różnych krajach i obejmujących lata 1979- 1996 (So-KumTang 1996; Forest 1996, dane z konferencji w Sun City 1996) wynika, że:

- zwiększa się zakres wykorzystywania i przemocy seksualnej,
- u sprawców rzadziej są rozpoznawane zaburzenia psychiczne, a u ofiar — częściej,
- depresja jako następstwo jest częściej spotykana u kobiet w porównaniu z mężczyznami.

Rozpowszechnienie depresji i jej nasilenie jest większe w przypadku, gdy ofiarą jest dziewczynka, wykorzystywana wielokrotnie, a sprawca działa brutalnie (w przypadku tortur i rytualnej przemocy seksualnej u wszystkich ofiar rozpoznano depresję i PTSD) (Sakheim 1992; Wilson 1993).

W populacji sprawców wykorzystywania i przemocy seksualnej depresję rozpoznano u 38-56% badanych (Schorsch 1990; Howitt 1995; Haywood 1996). Interesujące dane na temat relacji między doświadczeniem przemocy seksualnej w dzieciństwie a psychopatologią sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci i młodzieży przedstawiają Haywood, Goldberg (1996). Rozpoznano depresję u 56% sprawców świeckich i 17% sprawców duchownych (w porównaniu z grupą kontrolną 15 i 4%).

W bogatym piśmiennictwie przedstawiającym cykl: doświadczenie przemocy seksualnej — depresja — zaburzenia seksualne potwierdza się fakt takiej zależności, ale jego częstotliwość jest różnie oceniana od 8 do 83% (Harrop-Griffiths 1988; Rosenthal 1984, Cunanan 1983).

W piśmiennictwie przedstawianych jest wiele różnych problemów i zaburzeń seksualnych, które są przyczyną depresji, a ta z kolei — przyczyną problemów i zaburzeń seksualnych:

- problemy i zaburzenia seksualne w następstwie chorób: układu krążenia (Hellerstein 1970), przewlekłych, zabiegów operacyjnych, podawania antyandrogenów, kastracji (Munjack i Oziel 1980; Kolodny 1995),
- leczenie impotencji iniekcjami w ciało jamiste członka (Wagner i Kapłan 1993),
- zaburzenia seksualne u mężczyzn z hypogonadyzmem (Crenshaw i Goldberg 1996).

W latach dziewięćdziesiątych, w związku z epidemią AIDS, zbadano wiele osób o orientacji homoseksualnej. Okazało się, że problemy wiążące się z tą orientacją są częstą przyczyną depresji. Garnets i Kimmel (1993) u 37% badanych gejów i lesbijek rozpoznali depresję długotrwałą, częste myśli samobójcze u 21%, a próby samobójcze u 18%. Badania etniczne tej populacją przeprowadzone w USA (Savin-Williams i Cohen 1996) ujawniły, że depresja

częściej pojawia się u młodych gejów, lesbijek pochodzenia azjatyckiego i latynoskiego i u lękających się AIDS. Mniejszości etniczne, jako częściej

47

fobia,

- transseksualizm

- * Parafilie,

Piitiil

depresja jest znaczącym czynnikiem, wiążącym się z zaburzeniami seksualnymi, zarówno jako przyczyna, jak i reakcja na zaburzenia seksualne, szczególnie w przypadku hipoaaktywnych zaburzeń pożądania seksualnego.

Zetin (1984), na podstawie badań skalami Zunga i Hamiltona 53 pacjentów stwierdza, że w porównaniu z mężczyznami u kobiet częściej występowały w przebiegu depresji objawy genitalne i lękowe. Ensel (1982) uważa, że zaburzenia seksualne w przebiegu depresji zwykle mają kobiety niezamężne. Knorring (1983) podaje, że 57% pacjentów z depresją zgłasza bóle mające związek z seksualnością. Thase (1987) na podstawie badań nocnych erekcji członka u mężczyzn z depresją stwierdza, że ujawniają się zmiany w NPT nie korelujące z fazą REM snu, a depresja prowadzi do obniżenia libido, impotencji, oraz zmniejszenia aktywności seksualnej. Poldinger i Labhardt (1988) stwierdzają, że problemy seksualne w depresjach wiążą się z różnymi problemami partnerskimi. Zdarza się, że aktywność seksualna może być większa w porównaniu z okresem przed pojawieniem się depresji, u kobiet wydłużenie fazy plateau niekiedy ułatwia przeżywanie orgazmu, kiedy u jej depresyjnego partnera wydłuży się czas reakcji seksualnych. Niekiedy większe problemy może mieć zdrowy partner niż sam pacjent. Podobnie sądzi Bancroft (1989), przedstawiając przypadki okresowego paradoksalnego wzrostu aktywności seksualnej u pacjentów z depresją. Część badaczy uważa, że zaburzenia seksualne u mężczyzn w przebiegu depresji wiążą się z obniżonym stężeniem wolnego testosteronu w surowicy krwi (Vargas 1994; Metz 1995; Crenshaw i Goldberg 1996). Vargas (1994) zaleca w takich przypadkach podawanie pacjentom testosteronu w dawce 60 mg/dobę przez dwa miesiące. Steiger (1993) podaje, że u mężczyzn z depresją brak nocnych erekcji członka koreluje z zaburzeniami seksualnymi i obniżeniem stężenia testosteronu. W grupie mężczyzn, u których przed leczeniem przeciwdepresyjnym łączny czas NPT wynosił 145,5 minut — po tym leczeniu i podaniu testosteronu łączny czas NPT wydłużył się do 238 minut.

W przebiegu depresji spotyka się (na szczęście rzadko) samouszkodzenia narządów płciowych u mężczyzn (Becker 1995).

Na szczególną uwagę lekarzy różnych specjalności zasługuje metoda leczenia impotencji iniekcjami w PGE-1 w ciała jamiste członka, która w latach dziewięćdziesiątych stała się powszechna. Iniekcje z PGE-1 są stosowane w ustalaniu przyczyn impotencji. Okazuje się, że u 29% pacjentów z depresją i z zespołami lękowymi ta metoda diagnostyczna dała wynik negatywny. Lekarze bez wiedzy z zakresu psychiatrii mogą to błędnie interpretować jako impotencję naczyniopochodną o głębokim przebiegu, uprawniającą do leczenia operacyjnego. Wielu autorów (np. Wagner i Kapłan 1993; Donatucci i Lue 1994; Foster i Cole 1996) uważa, że rozpoznanie depresji jest przeciwwskazaniem do leczenia impotencji tą metodą. Wagner i Kapłan (1993) podają przykłady niewłaściwego zalecania leczenia impo-

4

tencji iniekcjami PGE-1, które mogą być przyczyną pojawienia się H pogłębienia już istniejącej depresji. Jeden przykład dotyczy mężczyźni

u którego w przebiegu depresji pojawiła się impotencja, a ta z kolei stała się źródłem konfliktu małżeńskiego. Pacjent przekonany przez lekarza co do skuteczności leczenia iniekcjami z PGE-1 załamał się nie uzyskując żadnych efektów. U drugiego pacjenta przyczyną desperacji stała się ukrywana przed żoną orientacja homoseksualna i wiążąca się z nią impotentia osobom. Iniekcje z PGE-1 miały zdaniem urologa, rozwiązać problem] W następstwie braku efektu stan psychiczny pacjenta uległ dramatycznemu pogorszeniu.

Tabela 12

Angst J. (Zurich 1993) badał 591 zdrowych osób przez 15 lat (do wieku 35 lat), wyniki oceniano u 28- i 35-latków — 24,9% mężczyzn i 38,7% kobiet miało zaburzenia seksualne.

Mężczyźni z depresją (47):		Kobiet z depresją (79):	
Wzrost libido	23,3%	Wzrost libido	18,5
Spadek libido	25,7	Spadek libido	25,9
Dysfunkcje seksualne	11,1	Dysfunkcje seksualne	18,8
Prnhle™.....	159	Problemy emocjonalne	50,9
48,2	Różne problemy sex.		

37 pacjentów z depresją

line

blemy emocjonalne

Kozne problemy sex.

35,3

25,7

18,8

50,9

Wzrost libido

Spadek libido

Dysfunkcje seksualne

Problemy emocjonalne

Problem seksualny

----- Leczeni

lekami 37 ----j----- psychoterapią i 4i

10,8% 1 17,7%

46,0 1 39,0

32,4 31,7

35,1 41,5

62,2 63,4

Osoby

nie leczone

J22

14,6%

32,0

Osoby

bez depi

resji

29^

5,2%

17,9

25,8

Wpływ leków psychotropowych

Zięba i wsp. (1998) podają, że wpływ leków psychotropowych może powodować zaburzenia seksualne w wyniku działania czterech różnych

mechanizmów: niespecyficzny wpływ leków na ośrodkowy układ nerwowy, specyficzne działanie leków na neurotransmitery w CSN, działanie obwodowe, przez układ hormonalny (np. zwiększanie przez neuroleptyki stężenia prolaktyny w osoczu).

Od początku lat osiemdziesiątych rośnie liczba publikacji omawiających wpływ leków psychotropowych na reaktywność seksualną i zaburzenia seksualne. Prace te można podzielić na dwie podstawowe grupy: opisujące oddziaływanie danego leku na seksualność i poziom libido; reaktywność seksualną i orgazm. I tak np. Dunbar (1991) podaje, że Imipramina powoduje zaburzenia wytrysku u 2% pacjentów, a obniżenie libido u 3%. Amitryptylina obniża libido u 8,8% mężczyzn (Doogn 1991), reakcje orgazmiczne u 30% pacjentów (Harrison 1986). Paraoxetine prowadzi do zaburzeń wytrysku u 6-9% pacjentów (Jenner 1992). Sertralina wywołuje u 16-21,4% pacjentów zaburzenia orgazmu (Doogn 1991; Reimherr 1990). Fluoxetine u 13% leczonych zaburza reaktywność seksualną (Jacobsen 1992). Tabele ilustrujące drugą grupę publikacji nie podają żadnych danych ilościowych, jedynie jakościowe. Ten typ publikacji kierowany jest najczęściej do lekarzy różnych specjalności (np. Segraves 1985; Nitenson i Cole 1993; Broderick i Foreman 1994). Przedstawiłem je również w dwóch publikacjach (Lew-Starowicz 1992, 1997).

Najbardziej wszechstronne i dokładne dane na temat wpływu leków psychotropowych na seksualność zostały przedstawione w pierwszej tego typu monografii autorstwa Crenshaw i Goldberg (1996). W pracy tej omawia się profil różnych rodzajów leków psychotropowych, a także ich różne rodzaje, według następującego klucza: pośrednie oddziaływanie na seksualność, bezpośrednie, mechanizmy działania (ogólne i seksualne), seksualne wskazania i przeciwwskazania, alternatywne leki.

Nietypowe objawy uboczne w trakcie farmakoterapii depresji:

ból w trakcie wytrysku,
anestezja członka,
przekrwienie łechtaczki,
wielokrotny orgazm bez seksualnej stymulacji,
priapizm łechtaczki,
spontaniczny wytrysk.

Zaburzenia

psychiczne

Zespoły depresyjne

Zespoły maniakalne

Psychozy schizofreniczne

Zespoły nerwicowe

Uzależnienie od alkoholu

Uzależnienie od narkotyków

Zaburzenia

seksualne

Brak potrzeb

seksualnych

"58-85

15

20

15-20

30

75

Zaburzenia
organizmu

K	M
70	47
2	5
10	10
35	31
85	55
78	87

30

5

5

5-10

2-5

Tabela 14

anorgazmia u

'nhibi

itory

Trazodon

MokJobemid

y wychwytu

o serotcInUy

°P«nio,,,,

n

mm u k

opóźniony

jigen

orgazmu J

erekcji

brak

wytrysku

' fobie seksualne

I pochwica

I dyspareunia

trysfc przedwcz

miemy popęd |

lainy

sny

' P0PCd seksualny

^burzenia erekcji

l dyspareunia

Autorzy twierdzą, że sam fakt ukrywania przeżytego urazu i niezwieranie się
ikomu stanowią potencjalne zagrożenie dla zdrowia i życia seksualnego.

Malatesta i Adams (1986) czynniki urazowe zaliczają do szczególnie

dysponujących do powstania zaburzeń seksualnych. Na podstawie włas-

' nych badań (Lew-Starowicz 1988) stwierdziłem, że na 120 pacjentów

z zaburzeniami seksualnymi o czynnościowym charakterze — 18% było

świadkiem współżycia seksualnego rodziców, 10% aktu ekshibicjonistycz-

neg, 9% współżycia seksualnego innych osób, a 2% doświadczyło kontaktu

kazirodczego. W grupie kontrolnej 78 kobiet — 21% było świadkiem

współżycia seksualnego rodziców, a 4% aktu ekshibicjonistycznego. Okazało się również, że czynnikami decydującymi o tym, czy urazy seksualne będą miały negatywny wpływ na rozwój psychoseksualny danej osoby, są: negatywna więź uczuciowa z rodzicami, zaburzona osobowość, negatywne reakcje rodziców na ujawnione doświadczenia/ urazowe pierwsze związki uczuciowe. Tak więc sam uraz seksualny nie przesądza jeszcze o negatywnych możliwych następstwach, zależy to bowiem od zespołu czynników towarzyszących.

CZYNNIKI RODZINNE

Znaczenie czynników rodzinnych w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych podkreśla wielu autorów. Kolodny (1979) wskazuje na dominację matki lub ojca, konflikty między rodzicami, Forleo (1980) na rygorystyczny wychowawczy, nieudane małżeństwo rodziców, niski standard w rodzinie. Raboch (1982) stwierdza, że zaburzenia seksualne częściej występują u jedynaków i pierworodnych i u osób, które straciły rodziców w pierwszych 6 latach życia. Wolicki (1981) wskazuje na znaczenie wrogości między członkami rodziny, Britton (1978) na znaczenie pozbawienia dziecka czułości, wychowanie poza domem rodzinnym. Pospiszył (1979) analizuje znaczenie ojca w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych. Nastovic (1972) wiąże zaburzenia seksualne mężczyzn z kompleksem Kaina, czyli z rywalizacją między braćmi. Caplan (1981) podkreśla znaczenie rywalizacji między kobietami (między siostrami, matką i córką) w wystąpieniu problemów w życiu seksualnym. Malatesta (1986) wskazuje na znaczenie zaburzonej komunikacji i identyfikacji z rolami seksualnymi rodziców.

W tych przypadkach podkreśla się nie tylko fizyczny brak któregoś z rodziców, ale i jego duchową nieobecność. Znaczenie tych czynników wyraża się na różnych poziomach: w braku lub zaburzeniu identyfikacji z rolą seksualną, w niezaspokojeniu potrzeb uczuciowych, a zwłaszcza potrzeby bezpieczeństwa i oparcia, w zakłóceniu przebiegu socjalizacji, przeniesieniu doświadczeń wczesnodziecięcych na późniejsze kontakty międzyludzkie.)

53

mmii

yiności fizycznej u kobiet), zakłóconej identyfikacji z męskością - kobiecością; niezadowolenia z własnego ciała, obsesyjnego myślenia o seksie (Bancroft 1983; Peseschkian 1987). Gremlich (1983) te typowe problemy seksualne wiąże z poszczególnymi fazami życia człowieka. Na przykład u kobiet w wieku rozrodczym obejmują one niepewność co do własnej atrakcyjności w wyniku porodów, u mężczyzn po 35 roku życia wiążą się z odczuwaniem osłabienia wigoru seksualnego, opóźnianiem się wytrysku nasienia, wolniejszym rozwojem erekcji członka itd. Interesujący model programów seksualnych i ich wpływu na funkcje seksualne stworzył Wincze (1981).

W najnowszych publikacjach podkreśla się znaczenie snów, fantazji i marzeń erotycznych zarówno w etiopatogenezie, rokowaniu, jak i w leczeniu zaburzeń seksualnych. Autorzy na podstawie badania różnych populacji różnicują wymienione formy wyobraźni erotycznej, ich przyczyny, treści i następstwa. Dokładniejsze omówienie tych nader zajmujących zagadnień wymagałoby wręcz odrębnej monografii i dlatego ograniczę się do najciekawszych wyników badań.

Kellerman (1987) uważa, że sny o treści erotycznej wynikają z różnych przyczyn: są wyrazem niezaspokojonych potrzeb seksualnych, problemów i trudności w życiu seksualnym, ekspresji lęku i agresji seksualnej, wypierania

nie akceptowanych na jawie tendencji seksualnych, uzewnętrznienia mechanizmów obronnych powstałych w wyniku zaburzeń seksualnych, obsesji na tle seksualnym, „głosem Id” wg terminologii psychoanalitycznej. Na podstawie własnych doświadczeń terapeutycznych mogę stwierdzić, iż treści snów erotycznych u części pacjentów korespondują z typem ich problemów i zaburzeń: np. kobieta odczuwająca niechęć do seksu, w swoich snach przeżywa różne formy adoracji i pieszczot, ale nie dochodzi do bardziej intymnych form współżycia i orgazmu; niejeden impotent odtwarza we śnie swoje problemy itp. Sny erotyczne mogą być wyrazem tłumienia własnych lęków, postaw i problemów w sferze seksualnej.

Większe znaczenie etiopatogenetyczne mają fantazje erotyczne. Z analizy piśmiennictwa wynika, że mogą one być wyrazem: potrzeby nowości i zmiany partnera (Maddi 1965), konfliktów między rzeczywistością a oczekiwaniami (Bronowski 1970), przeżywania problemów seksualnych (Asirdas 1975). Inni badacze wskazują na wpływ typu osobowości na treść fantazji erotycznych: osobowości niedojrzałe częściej ujawniają symbolikę falliczną, a u dojrzałych częstsza jest symbolika kobiecych narządów i symboli płciowych (Forster 1975). Na treść fantazji rzutuje również wiek i oczekiwania (Imieliński 1983), autorytarność i konserwatyzm (Byrne 1978), płeć (u mężczyzn częstsze są treści agresywne, a u kobiet życzeniowe, uczuciowe, odtwarzające rzeczywistość (Cohen 1973; Van de Castle 1974; Hassellund 1976; Sue 1979).

55

Satysfakcja seksualna

B[^]k lęku seksualnego

Podniecenie seksualne

Satysfakcja (orgazm)

Satysfakcja seksualna

Lęk seksualny

Brak podniecenia

Zaburzenia orgazmu

Sn^S[^]n^ych

pozytywnych

Uświadomienie seksualne

Dobre relacje partnerskie

Zdrowie fizyczne

Zdrowie psychiczne

Dobra samoocena

Apodyktyczność

Brak urazów seksualnych

Brak uzależnień

Miłość do partnera

Zewnętrzny spokój

Atrakcyjność życia seksualnego

negatywnych

Ignorancja seksualna

Złe relacje partnerskie

Choroby

Zaburzenia

Zła samoocena

Brak apodyktyczności

Przeżycie urazów

Uzależnienia
Brak miłości
Zewnętrzne napięcia
Seksualna nuda
Starość

56

Porównując populację 35 pacjentów z zaburzeniami seksualnymi i 35-osobową grupę kontrolną (Lew-Starowicz 1985) stwierdziłem, że populacja z zaburzeniami seksualnymi miała niższy poziom fantazji erotycznych, a same fantazje były formą kontynuowania rzeczywistości (częściej u kobiet), sięganiem do wspomnień, wyrazem postaw życzeniowych (u pacjentów postrzegających siebie w roli idealnych i sprawnych partnerów), ekspresji ukrytych potrzeb wypieranych na jawie. Gromus i Heintzen (1989) na podstawie badania fantazji u 31 kobiet doszli do wniosku, że należy je rozpatrywać wg różnych kryteriów: osobowościowych, strukturalnych, funkcjonalnych, treściowych. Okazało się, że treść tych fantazji koreluje z problemami i trudnościami w życiu seksualnym i ma duże znaczenie diagnostyczne. Analiza piśmiennictwa dotycząca osobowości i rozwoju psychoseksualnego wskazuje na szczególne znaczenie następujących czynników w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych:

- Poczucie winy, wstydu, niska samoocena, zahamowania i stłumienia.
- Osobowość neurotyczna, nieprawidłowa, intrawertywna.
- Kompleksy, np. małego członka, nieatrakcyjności, niesprawności.
- Niezadowolenie z pracy, brak pracy (szczególnie u mężczyzn), konieczność zajmowania się domem i dziećmi u kobiet uprzednio pracujących.

Nadmiernie rozbudowana wyobraźnia seksualna lub jej brak.

Kary za wczesnodziecięce przejawy ciekawości seksualnej, zabawy.

Kompleks onanistyczny (poczucie winy towarzyszące masturbacji).

Doświadczenia homoseksualne, dewiacyjne, zgwałcenia.

Rozbudowane techniki masturbacyjne i towarzysząca im rozbudowana lub dewiacyjna w treści fantazja erotyczna.

- Odrzucenie, ośmieszenie w pierwszych związkach heteroseksualnych.
- Kompleksy Edypa, Elektry, Amazonki, Pallas Ateny.

CZYNNIKI PSYCHOPATOLOGICZNE

W zespole różnych czynników psychopatologicznych w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych szczególne miejsce zajmuje * lęk/"Może_QILJBULĆ~ znaczenie przyczynowe, towarzyszące wystąpieniu zaburzeń seksualnych, albo być ich następstwem. Istnieją również zespoły lękowe wyrażające się zaburzeniami seksualnymi uwarunkowanymi kulturowo (Koro, Latah, Susto, the Spermatorrhoea Syndrome). Kulturowe uwarunkowania typów lęku seksualnego przedstawia Burrows (1980), wyróżniając formy panakulturowe (tzn. podobne u wszystkich ludzi) oraz specyficznie kulturowe (charakterystyczne dla danego kręgu kulturowego).

!\

S i 3 °eI-^-^|.|-?

N

O*

c

w "a" c

łftSłffS

3 L' ^ 5 3 s

n

N

Z

•m

s

z

m

SD

55

nym a pozawerbalnym. Innym źródłem trudności jest powiązanie tych czynników z różnorodnymi mechanizmami obronnymi, a zwłaszcza z racjonalizacją, konwersją. Tak więc rozpoznanie czynników diadycznych wymaga niekiedy dużego doświadczenia terapeutycznego i umiejętności diagnostycznych.

Autorzy podkreślają ich znaczenie w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych: aktywizację zawodową kobiet (Kohler 1967), różnice środowiskowe (Chmielnicki 1971), sprzeczność między scenariuszem życia seksualnego i małżeńskiego a rzeczywistością (De Lora 1972), różnice między płciami w postrzeganiu swych ról seksualnych (Schnabl 1972), niską kulturę współżycia seksualnego (Bostandzew 1986), zanik atrakcyjności partnera, rutynę kontaktów pozamałżeńskich (Munjack i Oziel 1980).

Kaplan (1974, 1983) do najważniejszych czynników diadycznych zalicza: odrzucenie partnera, konflikty małżeńskie, [mechanizmy przeniesienia z dzieciństwa i życia rodzinnego na osobę partnera,] brak zaufania,; walka o władzę, niedotrzymywanie warunków „kontraktu małżeńskiego”^ sabotaż seksualny (stwarzanie nacisku i napięcia, presje seksualne, czynienie siebie! odpychającym, frustrowanie potrzeb seksualnych partnera)[zaburzenia komunikacji. i

Beisert (1982) uważa, że zaburzenia komunikacji są częstą przyczyną! zaburzeń seksualnych: bagatelizowanie sygnałów otrzymywanych od partnera, | obniżenie zainteresowania jego osobą, niedopuszczanie do świadomości! sygnałów zagrażających, brak dbałości o zrozumiałość komunikatów, spadek liczby metakomunikatów (nieznajomość słownictwa, narastające poczucie niezrozumienia), nadmierny wzrost liczby komunikatów.

Szczerba (1983) stwierdza, że typem partnera sprzyjającym powstawaniu czynnościowych zaburzeń seksualnych kobiet jest mężczyzna prezentujący środowisko mało stymulujące intelektualnie, wykonujący omcr (nawet w przypadku analogTM-; ;mężczyzna prezentując>

tymulujące intelektualnie, wykonujący pracę fizyczną (nawet w przypadku analogicznej pozycji zawodowej partnerki), nieżyczliwy, dominujący, zdradzający różnego rodzaju trudności w seksualnym funkcjonowaniu, pozostający w słabej komunikacji i słabym związku emocjonalnym z partnerką, nie spełniający jej oczekiwań, wchodzący z nią w konflikty na tle seksualnego współżycia i rywalizujący o pozycję w związku. W przypadku posiadania dzieci — okazujący im mało zainteresowania i mało uczucia.

Topiar i Fladr (1984) porównując populację 50 kobiet z osobowością historyczną i 50 kobiet z grupy kontrolnej stwierdzają, że u kobiet historycznych „występuje niższa aktywność i niższa akceptacja w reagowaniu i przetwarzaniu bodźców psychoseksualnych w interakcji partnerskiej i w głębszej

intymnej komunikacji seksualnej, tak jakby się histeryczki obawiały większej intymności w pożyciu seksualnym z mężem. Można powiedzieć, że zaburzenia osobowości kobiet histerycznych — przede wszystkim infantylnizm

o

psychiczny z zaakcentowanym narcyzmem i kontynuowaniem dziecinnych żądań z pewną niezdolnością do wzajemności — odgrywają znamienne rolę w niezdolności do wytwarzania symetrycznych układów partnerskich. Wniosek ten potwierdzają poglądy o mniejszych szansach histeryczek w partnerskiej komunikacji seksualnej również w sensie uczenia się na płaszczyźnie erotyczno-seksualnej".

Na podstawie analizy piśmiennictwa oraz własnych doświadczeń do najważniejszych czynników diadycznych zaliczam:

- Zaburzenia komunikacji (sygnały „nie wprost”, niejasne, wieloznaczne).
- Zanik atrakcyjności partnera, znudzenie się rutyną więzi seksualnej.
- Traktowanie współżycia zadaniowo jako potrzeby wykazania się.
- Zachowanie partnerki wzbudzające zagrożenie, np. opowiadanie o dotychczasowych doświadczeniach seksualnych, porównywanie partnerów itp.
- Odrzucanie partnera, lęk przed byciem odrzuconym, porzuconym.
- Mechanizmy przeniesienia doświadczeń dziecięcych, np. postaw wobec drugiej płci, potrzeby uzależnienia, zdominowanie osoby partnera.
- Brak zaufania do partnera, nieufność wobec niego.
- Walka o władzę w związku, zachowania rywalizacyjne.
- Niedotrzymywanie warunków „kontraktu małżeńskiego”. Może to dotyczyć zarówno kontraktu, który był werbalizowany, jak również kontraktu będącego nie wypowiedzianą umową.
- Sabotaż seksualny, np. odmawianie kontaktu, gdy pragnie tego partner, czynienie siebie odpychającym, stałe zwiększanie wymagań od partnera, ośmieszanie go, porównywanie z innymi, zniechęcanie do znalezienia innego partnera, „sprawdzenia się”.
- Lęki, np. przed porażką, niezaspokojeniem potrzeb partnera.
- Brak efektywnej aktywności seksualnej, np. nieumiejętne współżycie, brak optymalnych form pobudzania, niewiedza, podświadome unikanie współżycia, nieświadome działanie na przekór partnerowi.
- Długotrwałe konflikty między partnerami dotyczące ich relacji.
- Narastanie i kumulowanie się negatywnych przeżyć i uczuć.

CZYNNIKI SPOŁECZNO-KULTUROWE

System kulturowy, poziom wiedzy, tradycje i obyczajowość seksualna również wpływają na zachowania i reakcje seksualne. Istnieją pewne mity i stereotypy, przekazywane w wychowaniu rodzinnym przez środowiska rówieśnicze, które wprowadzają dezinformację i wykrzywiony obraz drugiej

61

płci, sensu życia seksualnego, prawidłowości współżycia seksualnego. Również popularyzacja wiedzy na tematy seksuologiczne może sprzyjać rozwojów nierealnych oczekiwań, wymagań lub chęci traktowania opisowych modeli życia seksualnego jako wzorcowych. W publikacjach na ten temat przytaczane są różne stereotypy i mity sprzyjające trudnościom i problemom w życiu seksualnym. Poorman (1982): „masturbacja jest szkodliwa i wywołuje zaburzenia potencji”, „kobiety są bardziej zmysłowe i mają większe potrzeby seksualne”, „kobiety zawsze są zdolne do współżycia”. Dickes (1985) podaje inne przykłady: „pozycja najeżdźca pobudza łechtaczkę”, „wielkość członk

jest decydująca dla odczuć kobiety", „należy mieć orgazm w tym samym czasie", „orgazm lechtaczkowy i pochwowy są zupełnie odmienne". Hawton (1985) jako mityczne traktuje następujące poglądy: „mężczyzna odpowiada za życie seksualne", „kobieta inicjująca współżycie jest niemoralna", „każdy fizyczny kontakt musi prowadzić do stosunku", „mężczyzna zawsze reaguje erekcją, kiedy kobieta jest dla niego atrakcyjna", „fantazje erotyczne w trakcie współżycia są złem".

Milos Toth (1988) analizując współczesną obyczajowość erotyczną stwierdza, że jest ona pełna różnych mitów i stereotypów. Zdaniem autora do XVII wieku funkcjonowały głównie mity o treści moralnej, np. jeżeli kobieta ujawniła swoje potrzeby seksualne, to uznawano to jako niemoralność, grzech. Od XVII wieku zaczął upowszechniać się model medyczny w podejściu do spraw seksu i wtedy takie zachowanie kobiety oraz masturbację zaczęto oceniać jako chorobę.

Benjamin Rush (1746 - 1813), uważany za ojca amerykańskiej psychiatrii, stwierdził, że masturbacja wyzwała impotencję, moczenie się, niestrawność, epilepsję, śmierć. Podobne poglądy głosił Esquirol (1772-1840), znany psychiatra francuski. Amerykańskie pisma medyczne w połowie XIX wieku głosiły pogląd, że ani dżuma, ani ospa, ani trzęsienia ziemi nie są tak groźne dla człowieka, jak masturbacja. Tego rodzaju poglądy upowszechniały masowo wydawane prace w rodzaju „Lekarz w rodzinie". Jedną z nich, autorstwa Pierce'a „The People' common sense medical adviser" do 1895 roku miała 71 wydań, rozchodząc się w liczbie ponad 2 milionów egzemplarzy. Podobnie twórca psychoanalizy — Freud, jak i jego uczniowie — nadal upowszechniał poglądy o rzekomej szkodliwości masturbacji, a w 1912 roku napisał wprost, że powoduje ona neurozę i liczne szkody w organizmie.

Wiedeńskie Towarzystwo Psychoanalityczne w latach 1908-1912 poświęciło aż 13 konferencji temu tematowi! Zresztą i we współczesnych publikacjach z zakresu psychoanalizy wypowiedane są takie poglądy i np. Halpert w 1973 roku napisał, że masturbująca się kobieta ma wyobrażenie, że mając taki sam członek, jak ojciec, sama może nim oddawać mocz i mieć wytrysk. Tego rodzaju poglądy rodziły nie tylko kompleksy i obsesje na tle masturbacji (spotykane dotąd), ale skłaniały wielu lekarzy w XIX i na początku XX wieku do „leczenia" jej operacyjnie. W 1872 roku Robert Battey zalecał obustronne usuwanie jajników w celu zapobieżenia masturbacji u kobiet. W 2 połowie XX wieku masturbacja stała się z kolei metodą leczniczą!

Jako kolejny przykład mitów Miklos Toth wymienia nimfomanię, czyli pogląd, że kobieta z natury jest nienasycona seksualnie. Był on dla wielu mężczyzn źródłem prawdziwej udręki i obsesji. Innym, już współczesnym mitem, jest pogląd pani Hite z 1976 roku, która uznaje samowystarczalność seksualną kobiet i ich zdolność do szybkiego osiągnięcia satysfakcji dzięki masturbacji, która jest dla nich bardziej optymalną formą zaspokajania potrzeb aniżeli związek z mężczyzną. M. Toth uważa, że obecnie mamy dalsze przykłady dążenia kobiet do seksualnego zrównania z mężczyznami. W najnowszej literaturze seksuologicznej mówi się np. o kobiecej prostacie i kobiecej ejakulacji. Innym mitem stał się 4-etapowy wykres krzywej podnieć seksualnych autorstwa Masters i Johnson, traktowany jako obowiązujący i przytaczany we wszystkich publikacjach seksuologicznych. Pojawiają się jednak i inne wykresy u kobiet i mężczyzn, nie odpowiadające temu schematowi. Schemat Masters-Johnson jest jednym z możliwych, a nie jedynym! Kolejne mity dotyczą orgazmu kobiet i dochodzi nawet do tak

humorystycznych sytuacji, jak w filmie Woody Allena „Manhattan”, gdzie pewna dama zwierza się: „wyobraź sobie, ostatnio myślałam, że przeżywałam orgazm, lecz mój terapeuta wyprowadził mnie z błędu”. M. Toth wiele uwagi poświęca problemowi mitu orgazmu pochwowego i łechtaczki. Wiadomo, że kobiety osiągają orgazm w wyniku bardzo różnych metod pobudzania, ale te dwa modele orgazmu stały się dogmatem. Kolejnym mitem jest przekonanie, że kobieta osiąga orgazm podczas stosunku, jeżeli ma zaufanie do partnera i psychicznie jest z nim związana. Tymczasem liczne badania wykazały, że wiele kobiet osiąga orgazm z innymi partnerami, z którymi nie łączą ich więzi uczuciowe. M. Toth wypowiada żartobliwy, ale nie pozbawiony sensu pogląd: „w miarę jak przybywa seksuologów, przybywa chorób seksualnych”.

KOMPLEKSY

Definicja

Według psychoanalizy kompleksem jest nieuświadomione, silne przeżycie emocjonalne, najczęściej z okresu wczesnego dzieciństwa, stale wpływające na zachowanie. Może być przyczyną, nerwicą i determinować nieprawidłowy rozwój osobowości. Psychoanalizy często nadają kompleksom nazwy z mitologii lub literackich. Jest to przeżycie lę-

og, „dacz”,
POMIĘDZY podniecie
potrzeby tworzeń
Definicja

66

Przyczyny

Biologiczne:

- zaburzenia hormonalne (np. niedobór estrogenów, androgenów, hiperprolaktynemia, nadczynność i niedoczynność tarczycy),
- choroby (np. cukrzyca, choroba reumatyczna, choroby serca, nerek),
- wpływ leków (np. psychotropowych, przeciwnowotworowych),
- uzależnienia,
- uwarunkowania genetyczne i zaburzenia wrodzone (hipolibidemia konstytucjonalna).

Psychiczne:

- lęk przed utratą kontroli, przyjemnością, zakochaniem się, »
- zaburzony obraz własnego ciała,
- stereotypy prowokujące lęki, np. wpajanie przez matki córkom modelu „egoizmu seksualnego mężczyzn”,
- czynniki urazowe, np. doświadczenie seksualnej przemocy czy wykorzystania,
- rygorystyka religijna, osobowość obsesyjno-kompulsywna, fobie seksualne,
- czynniki partnerskie, np. brak atrakcyjności partnera, konflikty, więź o typie bierno-agresywnym, zaburzenia komunikacji między partnerami,
- brak motywacji do współżycia seksualnego.

Kulturowe:

- uzależnienie od pornografii.

HIPOLIBIDEMIA (OSŁABIONY POPEŁ PŁCIOWY, OZIĘBŁOŚĆ SEKSUALNA)

Hipolibidemia jest to zaburzenie, polegające na czasowym lub okresowym braku lub ubogiej w formie fantazji erotycznych i potrzebie aktywności seksualnej. Przy ocenie hipolibidemii należy brać pod uwagę czynniki zmniejszające aktywność seksualną, jak wiek, kontekst sytuacyjny, płeć. Hipolibidemia należy do najczęściej spotykanych zaburzeń seksualnych. W ośrodkach zajmujących się terapią seksualną pacjenci z hipolibidemia stanowią od 30 do 50% ogółu pacjentów. Dane statystyczne dowodzą, że w ostatnich latach zwiększa się populacja pacjentów z tym rozpoznaniem. I tak np. w Centrum Terapii Seksualnej Uniwersytetu Stanowego w Nowym

67
przeżywania przyjemności. Niechęć nie jest spowodowana lękiem pr
brakiem sprawności seksualnej.

Awersja seksualna, inaczej wstręt seksualny. Zaburzenie polegające t
odczuwaniu wstrętu do partnera, jego ciała, pieszczot, współżycia z niri
a w skrajnej postaci odraza do wszelkich bodźców i kontaktów seksualnyc
niezależnie od osoby partnera. Jest to jedno z najcięższych zaburzeń seksuj'
nych o wielu możliwych przyczynach. W pracach pionierów seksuolog
opisywana była forma awersji zwana idiosynkrazją seksualną, czyli nadwrai
liwością do cech ciała, płci, osoby partnera, co wywołuje uczucie wstrętu
wymioty i niezdolność do współżycia seksualnego. Hirschfeld (1928) opisa
szereg kazuistycznych przykładów takiej idiosynkrazji, np. wobec piersi
u lekarza, który musiał zmienić specjalność, ponieważ nie tylko widok, al<
i słowo „piers” prowokowały u niego wymioty. Należy dodać, że w tyn
konkretnym przypadku jego ideałem była kobieta o chłopięcym wyglądzie.
Lo Duca (1969) opisał przypadek mężczyzny, który widząc jedzącą banana
kochankę chciał ją udusić. Badanie ujawniło, że wynikało to z jego fantazji
wiążących się z seksem oralnym, ale odrzucał praktykowanie go z poczucia
winy. Gendel (1988) do najczęściej spotykanych przyczyn awersji seksualnej
zalicza: negatywne doświadczenia w przebiegu rozwoju psychoseksualnego,
struktury rodzinnej, restryktywne reakcje wobec zachowań seksualnych, f
wykorzystanie seksualne przeżyte w dzieciństwie.

Uczucie wstrętu seksualnego do partnera należy do jednego z najgłębszych
zaburzeń seksualnych, prowadzącego do rozpadu związku. Trudno powie-
dzieć, jak często jest spotykane, gdyż jedynie część partnerów szuka pomocy
u specjalistów, wielu innych, w wyniku stopniowego jego narastania, unika
partnera, a następnie dochodzi do rozwodu czy też trwałej separacji. Dla obu
stron sytuacja staje się trudna do zniesienia. Osoba odczuwająca wstręt do
partnera może odrzucać negatywnie odbierane wszelkiego typu formy dotyku.
U innych uczucie wstrętu ogranicza się jedynie do bodźców seksualnych
w próbach współżycia (dotykowych, zapachowych, wzrokowych itd.). W bar-
dziej nasilonych postaciach awersji seksualnej silne negatywne odczucia
występują nie tylko przy bezpośrednim dotyku ze strony partnera, ale przy
wyobrażeniu tej czynności, a nawet samej osoby partnera. Rośnie potrzeba
zwiększenia wobec niego dystansu, stąd oddzielne spanie, przenoszenie się do
innego pokoju czy wreszcie wyprowadzenie się z mieszkania.

Awersja seksualna jest zaburzeniem najczęściej narastającym stopniowo,
charakteryzuje się trwałym przebiegiem. Zdarza się jednak, że powstaje nagle,
jako wyraz reakcji na ujawnioną zdradę ze strony partnera. Nagły początek
awersji, krótki przebieg oraz fale jego przypływu i odpływu spotyka się
natomiast często u osób histerycznych, które w ten sposób ujawniają swoje

zmienne postawy i uczucia wobec partnera lub też w takiej formie usiłują
70

wywrzeć na niego presję psychiczną. Dla partnera, odczuwającego wstręt do siebie, ujawniany przez drugą osobę, jest to również przykra sytuacja. Zwykle mężczyźni traktują to prestiżowo i jedni z konieczności godzą się z tym, a drudzy usiłują sprawdzić się z innymi partnerkami. Zdarza się, że niektórzy siłą wymuszają współzycie, traktując awersję jako „udawanie”, po prostu nie przyjmują tego do wiadomości.

W przypadku kobiet doświadczenie wobec siebie awersji seksualnej ze strony mężczyzny silnie uderza w ich poczucie kobiecej wartości, jest to utożsamiane z negacją atrakcyjności. Z reguły szukają one przyczyn w istnieniu innej kobiety w życiu partnera, niektóre zmniejszają swój stres przez podejrzewanie partnera o skłonności homoseksualne. Wiele z nich usilnie dąży do potwierdzenia swej atrakcyjności kobiecej w oczach (i nie tylko w oczach) innych mężczyzn.

Awersja seksualna występuje o wiele częściej u kobiet; proporcja płci wygląda jak 10: 1. Tego rodzaju proporcja będzie dla nas bardziej zrozumiała po poznaniu przyczyn rozwoju awersji seksualnej.

Należą do nich najczęściej:

- Narastający konflikt między partnerami. Występowanie negatywnych uczuć, które są tłumione, a często ukrywane. Stopniowo zaczyna on ujawniać się w braku zainteresowania współzyciem seksualnym. Kolejne kontakty seksualne stają się coraz trudniejsze i bardziej przykre. Wybuch awersji seksualnej jest wyrazem rozładowania tłumionych uczuć i następuje totalne odrzucenie osoby partnera.
- Awersja jako forma reakcji na zachowanie partnera o wyjątkowo dużej urazowości (np. zdrada, oszustwo, odkrycie tzw. drugiego życia).

W innych przypadkach powstaje ona stopniowo jako reakcja na styl bycia i higieny partnera, co do których jest się wyczulonym. I tak np. dla danej osoby przykry zapach z ust, stóp stanowi silny i przykry bodziec wyzwalaający wstręt. W przypadku gdy partner nie dba o siebie, nie leczy się, wówczas awersja narasta aż do objęcia nie tylko więzi seksualnej, ale i osoby partnera. Jest to jeden z częściej spotykanych mechanizmów bagatelizowanych przez mężczyzn, ale dotyczy to również i kobiet — niektóre z nich nie kryją zabiegów higienicznych w okresie miesiączkowania wobec partnera. Inne chodzą po mieszkaniu w brudnej bieliźnie, nie umyte itp. Osoby przywiązuje szczególną uwagę do higieny, czystości ciała, schludnego wyglądu reagują awersją seksualną wobec partnerów nie spełniających tych oczekiwań. Często się zdarza, iż w okresie przedmałżeńskim dana osoba dba o siebie, pragnąc zyskać uznanie i akceptację, natomiast po ślubie uważa, że może czuć się swobodnie we własnym domu i jest zaniedbana. Taki mechanizm rozwoju awersji wiąże się z poważnymi problemami

71

w przypadku starań o rozwód, ponieważ przyczyna ta może wydawać się pozornie prawdziwa, a często jest trudna do udowodnienia. Gorzej, gdy dąży się do unieważnienia ślubu kościelnego, trudności są tu o wiele większe.

- Awersja jako ostatni etap trudności i zaburzeń seksualnych. Może dotyczyć zarówno zaburzeń własnych, jak i partnera. Jeżeli dana kobieta nie przeżywa orgazmu, to współzycie seksualne może być dla niej źródłem obojętnych lub nawet negatywnych przeżyć. W przypadku gdy

taki stan utrzymuje się dłużej, zniechęcenie do współżycia przerodzić s może w awersję. Czasem również zdarza się, iż zaburzenia partnernej (np. zbyt szybkie wytryski) rozczarowują kobietę i zniechęcają ją c współżycia. Jeżeli on nie leczy się, nic nie zmienia, to do teg, rozczarowania dołącza się poczucie żalu, agresji, a w końcu moa powstać awersja. W zasadzie wszystkie trudności i zaburzenia seksualne w sprzyjających warunkach mogą zakończyć się awersją u partnera. T sprzyjające warunki to długi czas trwania zaburzenia, bagatelizowa- nie, brak współpracy partnerów, unikanie szukania pomocy, bra dialogu itp. L

- Awersja jako wyraz rozczarowania rzeczywistością związku partnerskiego, codziennością. Jeżeli oczekiwało się od partnera, możliwości realizacji wielu potrzeb, a z różnych względów nie doszło do tego, to osoba taka zostaje obciążona winą za powstałe rozczarowanie, co w końcu może wyzwolić do niego awersję seksualną.
- Awersja jako reakcja na propozycje ze strony partnera dotyczące nieakceptowanych form współżycia: analizmu, oralizmu, seksu grupowego itp. Niekiedy wystarczy ujawnienie tego typu potrzeb, aby zrodzi się wstręt do partnera; w wielu przypadkach powstaje on po próbach sprowokowania do innych form współżycia, a nawet do ujawnienia tego typu doświadczeń w przeszłości.
- Awersja seksualna jako wyraz zahamowań seksualnych, mająca podłoże religijne i wychowawcze. Zdarza się, iż powstałe w wyniku tych wpływów wychowawczych negatywne postawy wobec płci, ciała i seksu narastają stopniowo i awersja seksualna może ujawnić się nawet już na samym początku współżycia z partnerem.

Opisałem najczęściej spotykane przyczyny, ale jest ich znacznie więcej i często wynikają one z braku subtelnie ukrytych w podświadomości mechanizmów. Jakkolwiek awersja seksualna jest łatwa do rozpoznania, to odkrycie mechanizmów powstania jej może sprawiać trudności. Największy jednak problem jest w leczeniu jej. Jak dotąd, jest jedną z najtrudniejszych do wyleczenia postaci zaburzeń seksualnych; w wielu przypadkach nie udaje się uzyskać poprawy.

72

Jak z tego wynika, nie należy przeciągać struny w przypadku istniejących własnych problemów — partnerskich lub seksualnych. Lepiej przeciwdziałać powstaniu awersji seksualnej, niż zastanawiać się, co z nią począć, gdy już istnieje.

BRAK RADOSNEGO PRZEŻYWANIA

Definicja

Podczas pobudzenia seksualnego pojawia się reakcja genitalna (orgazm i/lub wytrysk nasienia), lecz nie towarzyszą jej przyjemne wrażenia ani uczucie satysfakcjonującego podniecenia.

Typowe przyczyny

- depresja,
- rozczarowanie jakością sztuki miłosnej,
- mała atrakcyjność partnera,
- przesyt seksem,
- traktowanie współżycia jako obowiązku małżeńskiego,
- romans z bardziej seksualnie atrakcyjnym partnerem.

--

Leczenie

Polega na usunięciu przyczyny zaburzenia.
BRAK REAKCJI GENITALNYCH
ZABURZENIA EREKCJI CZŁONKA (ZE)
(IMPOTENCJA, ZABURZENIA WZWODU,
WZBUDZENIA, POTENCJI)

Definicja

Utrzymująca się niezdolność do osiągnięcia ^{^^^}
potrzebnej do prowadzenia satysfakcjonującego współżycia seksualnego
Typy

kiem, jeżeli występuje).

- Erekcja występuje tylko wtedy, gdy kontakt seksualny nie jest przewidziany.
- Występuje tylko erekcja niepełna.
- Brak erekcji.

Klasyfikacja

- Ograniczone zaburzenia erekcji (wady i uszkodzenia ciał jamistych naczyń pochodzących, hormonalna, neurogenna).
- Psychogenne zaburzenia erekcji.
- Zaburzenia erekcji mieszane (organiczne + psychogenne).

Epidemiologia zaburzeń erekcji

Częstość występowania ZE w populacji aktywnych seksualnie mężczyzn ocenia się na 4-10%. Na świecie problem dotyczy ponad 100 milionów mężczyzn (w Polsce około 1,5 miliona). Z bardzo dokładnych badań przeprowadzonych na populacji 1290 mężczyzn w wieku 40-70 lat w rejonie Bostonu w USA (Feldman i wsp. 1994) wynika, że ZE dotyczą 39% 40-latków, 48% 50-latków, 57% 60-latków i 67% 70-latków. U 25% badanych stwierdzono umiarkowane ZE, u 17% minimalne, a u 10% pełne. L
Z badań przeprowadzonych w Polsce na reprezentatywnej populacji (Lew*-Starowicz 1992) wynika, że ZE obejmują wszystkie grupy wiekowe, ale im starszy wiek badanych, tym większe rozpowszechnienie ZE. Dane przedstawia tabela 15.

Tabela 15 Rozpowszechnienie ZE w Polsce (dane w odsetkach,

Wiek	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	55-60	61-70 lat
%	1,5	2,7	3,9	8,0	13,0	21,0	24,0	32,0	57,0

Czynniki ryzyka impotencji

Z analizy piśmiennictwa (Prost 1989; Lamberts 1995; Lew-Starowicz 1997; de Teyada i Almagro 1997) wynika, że do najczęściej wymienianych czynników ryzyka impotencji należą:

- czynniki osobowościowe i rozwojowe: lęki, kompleksy, urazy przebiegu inicjacji seksualnej, rygorizm religijny, preferencje homoseksualne, nadmierne ambicjonalne postrzeganie własnej roli męskiej, niewiedza, konfliktowy związek o złym rokowaniu, urazy i szoki seksualne w dzieciństwie, pracoholizm,
- czynniki społeczne: mity i stereotypy seksualne, oddziaływanie restrykcyjnych wobec seksualności kultur,

74

• styl życia i uzależnienia:

- 24,4% hiperlipidemia (Lamberts 1995),
- 35,3% palenie papierosów (Lamberts 1995),
- 42% uzależnionych od alkoholu (Baldwin i Thomas 1997),

- kokaina, heroina, metadon, morfina, inne narkotyki i środki halucynogenne.

• choroby

- 17,7-19,4% nadciśnienie tętnicze,

- 8,9-10,8% cukrzyca,

- 4,9% leki psychotropowe,

- 2,1% zaburzenia czynności nerek.

Jakkolwiek w Polsce nie przeprowadzono badań ukierunkowanych na czynniki ryzyka powstania impotencji, to na podstawie własnych doświadczeń terapeutycznych uważam, że poza wyżej wymienionymi czynnikami psychogennymi i społecznymi szczególne znaczenie w Polsce, w populacji mężczyzn powyżej 40 roku życia, ma nałożenie się na siebie kilku istotnych czynników: palenie papierosów, polski styl picia alkoholu, brak aktywności ruchowej, dieta (wysokocholesterolowa i bogata w tłuszcze).

Przyczyny ZE:

Organiczne:

• choroby (infekcyjne i pasożytnicze, serca i naczyń, urologiczne, endokrynologiczne, neurologiczne, płuc, uwarunkowane genetycznie),

zaburzenia odżywiania,

zatrucia,

uzależnienia,

urazy,

zabiegi chirurgiczne,

• leki.

Są jednak choroby, w których ZE są szczególnie często spotykane:

• cukrzyca (do 59%), stwardnienie rozsiane (71%), niewydolność wątroby (do 70%), choroba nadciśnieniowa (do 47%), choroby układu krążenia (32%), urazy i choroby rdzenia kręgowego (8%).

• leki, np. krążeniowe — 39%, w leczeniu cukrzycy — 28%, w leczeniu nadciśnienia — 15%, depresji do 71%.

Psychogennej

• leki,

• kompleksy,

• neurotyzm,

• stresy sytuacyjne,

• osoba partnerki (impotentio ad personam),

75

• urazowe zachowania partnerek,

• konflikty partnerskie,

• poczucie niepewności w roli męskiej,

• zadaniowe traktowanie współżycia.

Kulturowe:

• stres związany z obyczajowością nocy poślubnej w niektórych kulturach walką płci z rosnącymi doświadczeniami i oczekiwaniami ze strony kobie

• rygoryzm religijny,

• zespoły uwarunkowane kulturowo (np. Koro u Chińczyków).

Role seksualne mężczyzn z ZE

Basile Fasolo z Kliniki Psychiatricznej Uniwersytetu w Pizie przeprowadził interesujące badania (Skała Męskości — Kobiecości BEM wśród mężczyzn z różnymi zaburzeniami seksualnymi). Okazało się, że najwięcej psychicznych cech kobiecych mieli mężczyźni z wtórną impotencją, a najwięcej ze słabą identyfikacją w roli męskiej wśród pacjentów z obniżeniem popędu płciowego

wytryskiem przedwczesnym i nadpobudliwych seksualnie. Pojawiło się istotne pytanie — co jest zjawiskiem pierwotnym, a co wtórnym? Czy to fałszywe pojawienie się impotencji wpłynęło na feminizację psychiczną pacjentów, czy też te cechy kobiece sprzyjały pojawieniu się impotencji? Okazało się, że częściej mamy do czynienia z pierwszym wariantem. Sam fakt doświadczania zaburzenia seksualnego uderza w poczucie męskiej wartości i może wpłynąć na zmianę widzenia siebie w roli mężczyzny. W dużym stopniu wiąże się to: standardami społecznymi męskości. Mężczyźni utożsamiają męskość z sprawnością seksualną i w przypadku pojawienia się zaburzeń mają poczucie mniejszej wartości, odróżniania się od „normalnych mężczyzn”. Potwierdzają to liczne przykłady z życia: wielu impotentów dąży np. do „wynagrodzenia” partnerce rozczarowań przez pomoc w gospodarstwie domowym, a cierpiący na wytryski przedwczesne wpada w kompleksy. Porównanie wyników badań z Włoch z podobnymi badaniami przeprowadzonymi w USA ujawniły, że typ reakcji na zaburzenia seksualne mężczyzn jest uwarunkowany kulturowo i np. jedni mężczyźni stają się bardziej agresywni („maska męskości”), a inni tracą poczucie atrakcyjności w roli męskiej i „rozmiękczają się”.

Leczenie ZE:

Obecnie stosuje się następujące metody leczenia:

- Terapia psychoseksualna (metody treningowe, hipnoza, psychoterapia).
- Farmakoterapia (np. Viagra, iniekcje w ciało jamiste członka).
- Fizykoterapia (masaż, zewnętrzne aparaty próżniowe, akupunktura itd.).

Metody chirurgiczne (operacje naczyniowe, protezowanie członka).

Skuteczność leczenia ZE jest obecnie bardzo wysoka i np. w przypadku Yiagry ocenia się ją na średnio 78%, iniekcji w ciało jamiste członka 74%. Biorąc pod uwagę wszystkie wyżej wymienione metody leczenia skuteczność ocenia się na prawie 100%. Problemem są opory przed leczeniem ze strony mężczyzn, brak przeprowadzania badań diagnostycznych i ograniczanie się do stosowania leków, brak dobrych relacji partnerskich, trudności natury finansowej.

ZABURZENIA PODNIECENIA SEKSUALNEGO U KOBIET

Definicja

Niepowodzenie reakcji genitalnej doświadczane jako: brak zwilżania ścian pochwy wraz z nieadekwatnym nabrzmieniem warg sromowych.

Typy

- Ogólna: nie dochodzi do zwilżania pochwy we wszystkich okolicznościach.
- Zwilżanie może początkowo pojawiać się, lecz nie trwa dostatecznie długo, by umożliwić swobodne wprowadzenie członka.
- Sytuacyjna: zwilżanie następuje tylko w pewnych sytuacjach (np. z jednym, ale nie z innym partnerem, albo podczas masturbacji, albo gdy stosunek pochwy nie jest brany pod uwagę).

Ten typ zaburzenia jest często bagatelizowany lub błędnie rozpoznawany (np. jako „oziębłość”). Należy jednak do często spotykanych i np. w nawet udanych związkach ujawnia je około 1/3 badanych kobiet.

Przyczyny tego zaburzenia mogą mieć charakter organiczny (np. zaburzenia stężenia testosteronu, estrogenów, prolaktyny, tyroksyny, menopauza, przyjmowanie leków) lub psychogenne (np. lęki, niechęć lub agresja do partnera, współżycie z poczuciem winy).

Leczenie polega na usunięciu przyczyny zaburzenia.

ZABURZENIA ORGAZMU

(ZAHAMOWANIE ORGAZMU U MĘŻCZYŹN I KOBIET, ANORGAZMIA PSYCHOGENNA)

Definicja

- Orgazm albo wcale nie występuje, albo jest znacznie opóźniony.

Typy

- Orgazm nie był nigdy przeżywany, w żadnej sytuacji.

77

- Zaburzenie powstało po okresie względnie udanych reakcji.
- Ogólny: zaburzenie występuje we wszystkich sytuacjach i z każdym partnerem.

• Sytuacyjny:

- U kobiet: orgazm nie występuje w pewnych sytuacjach (np. w czasie masturbowania się lub z pewnymi partnerami).

- U mężczyzn:

pojawia się tylko w czasie snu, nigdy w czasie czuwania, nie pojawia się nigdy w obecności partnerki, pojawia się w obecności partnerki, ale nie podczas stosunku.

ZAHAMOWANIE ORGAZMU U MĘŻCZYŹN (WYTRYSK OPÓŹNIONY, BRAK WYTRYSKU)

Ten typ zaburzenia dotyczy w Polsce 7,6% ogółu mężczyzn: w wiek 35-39 lat 3,7%, w wieku 40-49 lat 11,6%, a w wieku 56-60 lat już 25,5' (Lew-Starowicz 1992).

Przyczyny

Organiczne

wady wrodzone,
zabiegi operacyjne,
choroby neurologiczne,
zaburzenia hormonalne,
uszkodzenia rdzenia kręgowego,
niektóre leki.

Psychogenne:

- lęki przed ciążą, kastracyjne,
- zaburzone relacje partnerskie,
- zahamowania na tle religijnym (nerwice eklezjogenne),
- ukryte cechy homoseksualne,
- preferencje dewiacyjne,
- brak zainteresowania osobą partnerki,
- negatywne uczucia do partnerki,
- uwarunkowania masturbacyjne.

Leczenie

Obejmuje metody biologiczne (leki, elektrostymulację, masaże przy użyciu wibratorów) treningowe, psychoterapeutyczne. Utrudniają (lub unie możliwiają) leczenie utrwalone zahamowania religijne, nietypowe uwarunkowania masturbacyjne, dewiacyjne.

78

ZAHAMOWANIE ORGAZMU U KOBIET

Uwarunkowania orgazmu

Zdolność przeżywania orgazmu przez kobiety jest zjawiskiem wyuczonym, a nie wrodzonym i zależy od następujących czynników: ^ genetycznych, hormonalnych,, neuroprzekazników,! układu nerwowego, mięśni miednicy, ogólnego stanu zdrowia, ^psychicznych. ,

Przeżywaniu orgazmu sprzyjają następujące czynniki psychiczne: udany związek, optymalna sztuka miłości, uświadomienie seksualne, osobowość optymistyczna, aktywna, akceptacja własnej osoby i roli kobiecej, pozytywny

przebieg rozwoju psychoseksualnego.

Reakcje orgazmiczne kobiet mają charakter zróżnicowany, indywidualny i w porównaniu z mężczyznami bardziej złożony zarówno w zakresie reakcji biologicznych, jak i psychicznych.

Epidemiologia

Z analizy danych statystycznych wynika, że częstość występowania anorgazmii jest coraz mniejsza w kolejnych pokoleniach kobiet. I tak np. w USA w latach dwudziestych nie przeżywało orgazmu około 40% aktywnych seksualnie kobiet, a w latach dziewięćdziesiątych już tylko 13% (Janus 1993). Z badań przeprowadzonych w Polsce (Lew-Starowicz 1993) wynika, że w wieku 20-24 lat nie przeżywa orgazmu 2,5% kobiet, w wieku 25-29 lat 2,5%, w wieku 30-34 lat 6%, w wieku 40-44 lat 9,8%, w wieku 45 -49 lat 12%.

Przyczyny

Biologiczne

- wady wrodzone,
- zaburzenia hormonalne, neurologiczne,
- choroby (np. cukrzyca, padaczka, depresja),
- zmiany poporodowe,
- stany pooperacyjne,
- leki,
- uzależnienia,
- hipotonia,
- menopauza.

Psychiczne

- urazy i szoki seksualne,
- lęki,
- nieefektywna sztuka miłosna,
- cechy osobowości (lękowa, silna potrzeba dominacji, niechęć do mężczyzn),

79

- zaburzenia osobowości,
- rygorizm religijny,
- problemy seksualne partnera,
- zaburzone relacje partnerskie.

Leczenie

Obejmuje metody biologiczne (np. leki hormonalne, stymulujące seksualnie, przeciwdepresyjne), metody treningowe, psychoterapię (indywidualną, małżeńską, grupową).

Czas trwania orgazmu

W latach sześćdziesiątych para badaczy amerykańskich Masters-Johnsoi dokonała jakościowego przełomu w badaniu seksualności. Dzięki zastosowaniu aparatury pomiarowej w trakcie współżycia seksualnego par (ochotniczych) dokładnie poznano cztery fazy reakcji seksualnej: podniecenie, plateau, orgazm, rezolucja. Od tego czasu w laboratoriach badane są różni aspekty fizjologii seksualnych. Jednym z nich jest czas trwania orgazmu,] Okazało się, że istnieją znaczące różnice w postrzeganiu czasu trwania orgazmu w perspektywie subiektywnej i obiektywnej. Aż 55% kobiet i 69%j mężczyzn oceniła czas trwania odmiennie w porównaniu z aparaturą pomiarową, a co czwarta badana kobieta nie potrafiła ocenić tego czasu u siebie, j Badacze wyodrębnili trzy typy orgazmu w zależności od czasu jego

trwania:

Tabela 16

Płeć Kobiety Mężczyźni

Orgazm krótkotrwały — do 20 sekund Orgazm średni — 20-29 sekund Orgazm długotrwały —
powyżej 30 sekund 65% 15% 20% 78% 14% 8%

Okazało się, że najdłuższy czas trwania orgazmu u jednej z badanych]

kobiet wynosił 7 minut, a u jednego z mężczyzn 2 minuty. Od czego zależy czas J

trwania orgazmu? Nakładają się tu na siebie różne czynniki:

- Predyspozycje wrodzone: niektóre osoby obdarzone są wysokim poziomem reaktywności seksualnej. Faza orgazmu jest u nich intensywna] i długotrwała.

- Czas trwania pieszczot wstępnych i ich zróżnicowanie: ta prawidłowość i jest dobrze znana w taoistycznej sztuce miłosnej, a także w jodze seksualnej (layajoga). Finezyjna, bogata, zróżnicowana i wydłużana w czasie sztuka pieszczot wstępnych zwiększa poziom podniecenia 80

seksualnego i sprzyja osiągnięciu bardziej intensywnego i dłuższego w czasie orgazmu. Niektórzy kochankowie czują (i mówią), że „już nie mogą więcej”, „to przekracza moje możliwości” itp. Intensywność i czas trwania orgazmu mogą osiągnąć poziom zwany stanem orgazmicznym.

- Osobowość partnerów: dłuższy czas trwania orgazmu częściej doświadczają osoby introwertywne, skłonne do medytacji i kontemplacji, zmysłowe, otwarte na przyjemność seksualną, wolne od zahamowań, akceptujące własne ciało, seksualność, koncentrujące się na doznaniu seksualnym „tu i teraz”, poddające się fali podniecenia i pożądania.

- Relacje partnerskie: intensywniejszym i dłuższym w czasie orgazmom sprzyja pełne zaufanie do osoby partnera, poczucie bezpieczeństwa, silna więź uczuciowa i namiętność.

- Podobny typ reaktywności seksualnej: z powyższej tabeli wynika, że jakkolwiek typy orgazmu w zależności czasu jego trwania są zróżnicowane, to nie ma dużych różnic między płciami. Jeżeli natomiast w danym związku partnerzy różnią się czasem trwania orgazmu, to mogą pojawić się problemy. Mężczyźni ze skłonnościami do zbyt wczesnych wytrysków nasienia mogą skracać wstępne pieszczoty i ich partnerka może mieć trudności z osiągnięciem orgazmu. Problemy mogą być również pozorne i tak np. niejedna kobieta z bardzo krótkotrwałym orgazmem wątpi, czy w ogóle miała orgazm.

Kobiety z długim czasem trwania orgazmu są cenionymi kochankami, przyczyniają się bowiem do większego poczucia wartości w roli kochanka ich partnera. Z drugiej jednak strony takie kobiety mogą budzić poczucie zagrożenia. Niejeden mężczyzna myśli sobie „czy sprostim jej potrzebom?”, „czy jej wystarczę?”. Paradoksalnie, kobiety zmysłowe, z dużym temperamentem, z intensywnym i długotrwałym orgazmem są bardziej cenione w roli kochanki, a mniej w roli żony.

WYTRYSK PRZEDWCZESNY

Definicja

Niezdolność do opóźnienia wytrysku wystarczającego do zadowolenia gry miłosnej

- Wytrysk następuje przed lub natychmiast po rozpoczęciu stosunku.
- Wytrysk występuje w sytuacji wzwodu nie wystarczającego do rozpo-

częcia stosunku.

81

Epidemiologia

Wytryski przedwczesne należą do często spotykanych u mężczyzn zaburzeń. Z raportu Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (1992) wynika, że dotyczą one 30% ogólnej populacji mężczyzn. Z polskich badań (Lew-Starowicz 1993) wynika, że w wieku 20-39 lat obejmują one 1/3 populacji aktywnych seksualnie mężczyzn.

Typologia

Godpodinoff (1989) dzieli wytryski przedwczesne na pierwotne i wtórne. Pierwotne są wówczas, gdy występują od inicjacji seksualnej i towarzyszy im lęk przed współżyciem. Wtórne występują u starszych mężczyzn i towarzyszą im zaburzenia erekcji.

Przyczyny

Biologiczne

- wady wrodzone,
- choroby (np. cukrzyca, neurologiczne, nerwice),
- wpływ leków.

Psychiczne

- lęki,
- zaburzenia w relacjach partnerskich,
- błędy w sztuce miłosnej,
- czynniki sytuacyjne (np. zadaniowe traktowanie seksu, wysoki poziom podniecenia).

Leczenie

Metody biologiczne:

- środki znieczulające żołądek członka,
- przeciwłękowe,
- iniekcje w ciało jamiste członka.

Metody treningowe:

- masturbacyjne, partnerskie,
- hipnoterapia,
- psychoterapia, np. indywidualna, partnerska.

Leczenie jest skuteczne i dotyczy ponad 90% leczonych.

Orgazm za wczesny u kobiet

Nie ma takiego rozpoznania w ICD-10. W 1999 r. wprowadził je Lauma. Zaburzenie polega na niezdolności do opóźnienia orgazmu wystarczającego < zadowolenia z gry miłosnej. Dotyczy 10,3% populacji kobiet. Typologię przyczyn są podobne jak w przypadku PW u mężczyzn.

82

Orgazm za wczesny często skłania kobiety do przerywania kontynuowania stosunku, który może być dla niej bolesny lub wywołuje niechęć.

ZABURZENIA SEKSUALNE

WIĄŻĄCE SIĘ Z BÓLEM

POCHWICA

Według klasyfikacji ICD-10

Skurcz mięśni otaczających pochwę, co powoduje zamknięcie wejścia do pochwy.

Wprowadzenie członka do pochwy jest niemożliwe albo bolesne.

Według klasyfikacji DSM-IV

Stały lub okresowy skurcz mięśni 1/3 zewnętrznej części pochwy, utrudniający stosunek seksualny.

Są również autorzy, którzy do powyższych definicji dodają: skurcz utrudniający wycofanie członka z pochwy. Ten wariant pochwy, w którym może dojść do uwięźnięcia członka w pochwie (penis captivus), jest jednak bardzo rzadko spotykany.

Skurcze mięśni są odruchowe, spastyczne, niezależne od woli. Zdaniem Lamonta (1977) najczęściej obejmują równocześnie mięsień dźwigacz odbytu i przeponę miednicy, a u innych kobiet tylko przeponę miednicy. Skurcze mogą prowokować próby wprowadzenia członka do pochwy, przejście od pieśczot wstępnych do pozycji mającej umożliwić odbycie stosunku, a u niektórych kobiet samo wyobrażenie stosunku. Poziom głębokości odczuwanego bólu bywa różny.

Pierwszy opis pochwy w piśmiennictwie pojawił się w 1834 roku (Huguier), a twórcą terminu „pochwica” był ginekolog amerykański Marion Sims (1862). W piśmiennictwie XIX i początku XX wieku za przyczynę uważano akt nie skonsumowania małżeństwa, sądzono również, że wynika z ignorancji kobiet (Faure i Sireday 1909).

Pochwica nie jest często spotykanym zaburzeniem. Według Pasiniego (1977) stwierdza się ją u 1 - 2% kobiet, wg Catalana (1981) — 4%. Z polskiego raportu (Lew-Starowicz 1992) wynika, że dotyczy 2,3% kobiet.

Przyczyny

Przyczyn pochwy może być wiele, począwszy od banalnych, a na trudnych diagnostycznie kończąc:

- zmiany w zewnętrznych narządach płciowych, np. pęknięcia, otarcia, owrzodzenia,

83

- bóle w miednicy mniejszej,
- nadwrażliwość układu nerwowego i mięśniowa,
- gruba błona dziewicza, nabyte zarośnięte wejście do pochwy,
- lęk przed defloracją, bólem, krwawieniem, stosunkiem, ciążą,
- brak akceptacji osoby partnera lub negatywne wobec niego uczucia,
- negatywne lub ambiwalentne postawy wobec mężczyzn,
- zaburzenia identyfikacji z rolą płciową,
- cechy osobowości, np. niedojrzała, histeryczna, potrzeba dominacji,
- rygorizm religijny, poczucie winy, postrzeganie seksualności jako „brudnej”,
- konflikt między miłością a agresją, niemożność oddania się mężczyźnie (typ Brunhildy), narcyzm i infantylnizm (typ śpiącej królowej), brak potrzeby seksualnej, a jedynie potrzeba macierzyństwa (typ królowej pszczoł) — Friedmann (1963).

Psychoanalicyści łączą powstanie pochwy z negatywnymi relacjami z ojcem, fantazjami kazirodczymi (Musaph 1977; Drenth 1988), lękami wobec mężczyzn i kastracyjnymi (Kaplan 1974). Według koncepcji poznawczo-behawioralnej przyczyną zaburzenia jest fobia stosunku, rygorizm religijny, urazy wynikające z wykorzystywania seksualnego (Leiblum 1989).

W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę dyspareunię, zespoły bólowe sromu i miednicy, infekcje cewki moczowej (Steege 1984).

Leczenie

W leczeniu pochwy stosowane są różne metody:

- farmakoterapia (leki anksjolityczne, przeciwbólowe i rozkurczające),
- chirurgiczne (defloracja w znieczuleniu),
- desensybilizacja,
- hipnoza,

- metody treningowe,
- metody psychoterapeutyczne.

W metodzie treningowej Leiblum (1989) proponuje model terapii obejmującej 16 sesji. Sesja 1 i 2 polega na badaniu seksuologicznym. Sesje 3-12 obejmują: relaksację, desensybilizację, ćwiczenia mięśnia łonowo-guzicznego (Kegla), fantazje erotyczne, oswajanie się z wprowadzaniem palca do pochwy, oglądanie filmów o sztuce miłosnej, interpretowanie mechanizmów obronnych, wprowadzanie przez mężczyznę palca do pochwy w ułożeniu ginekologicznym pacjentki. Sesje 13-15 polegają na omówieniu poprzednich sesji i podjęciu aktywności seksualnej, a sesja 16 kończy leczenie.

Skuteczność leczenia pochwy jest oceniana jako wysoka — do 100%. J tak wysokiej skuteczności przyczyniło się połączenie metod treningowych z psychoterapią.

84

DYSPAREUNIA

Definicja

Według klasyfikacji ICD-10: odczuwanie bólu w czasie stosunku.

Według klasyfikacji DSM-IV: stały lub okresowy ból narządów płciowych u kobiety i mężczyzny przed stosunkiem, w czasie jego trwania lub po nim.

Epidemiologia

Lauman (1994) stwierdza, że ujawnia dyspareunię u 3% mężczyzn i 14,4% kobiet. W Polsce obejmuje 15,2% kobiet (Lew-Starowicz 1992).

Typologia

Lokalizacja: srom — wejście do pochwy — głęboko w pochwie (u kobiet), żołądz członka — trzon członka — cały członek (u mężczyzn).

Sytuacyjna, okresowa, trwała.

Przyczyny

Przyczyny organiczne u kobiet

- wady błony dziewiczej,
- blizny pooperacyjne, poporodowe,
- stany zapalne,
- zmiany zanikowe,
- wady wrodzone,
- tyłozgięcie macicy,
- choroby ginekologiczne i narządów miednicy.

Psychogenne

cechy histeryczne,

problemy intrapsychiczne,

zaburzone relacje partnerskie,

reakcje lękowe,

preferencje masochistyczne,

negatywne postawy wobec seksualności,

błędy w sztuce miłosnej,

urazy i szoki seksualne,

rygoryzm religijny itp.

Leczenie

W leczeniu dyspareunii na tle organicznym stosuje się metody biologiczne (nP- leki przeciwbólne, anksjolityczne, anestetyczne). Natomiast w psychogennej najlepsze efekty uzyskuje się przez desensybilizację, psychoterapię "indywidualną lub małżeńską.

85

Typowe przyczyny dyspareunii u mężczyzn

- stany zapalne, alergiczne, pourazowe,
- uwarunkowania masturbacyjne,
- negatywne uczucia do partnerki,
- zaburzone relacje partnerskie,
- cechy histeryczne.

Leczenie

- metody biologiczne (maści anestetyczne, leki przeciwbólowe i anilolityczne),
- treningowe (np. współzycie w ułożeniu ginekologicznym partnerki),
- psychoterapii.

ORGAZM BOLESNY

Bóle tego typu częściej spotyka się u kobiet. Przykre doznania pojawiają się w trakcie orgazmu, najczęściej nie ma ich w czasie narastającego podniecenia poprzedzającego stan orgazmu. Po orgazmie dolegliwości bólowe ustępują, a czas trwania bólu zależy od przyczyny. Typy odczuwanego bólu bywają różne: klucie, pieczenie, ściskanie, rozrywanie itd. Najczęściej umiejscowiony jest w miednicy, narządach płciowych, rzadziej w innych, głowy, serca, żołądka może wiązać się z konkretną chorobą danego narządu. Omówię jednak tylko ból pojawiający się w miednicy i narządach płciowych jest on bowiem częstszy i zwykle ma z nim do czynienia seksuolog, ginekolog i urolog. Na podstawie własnych doświadczeń określiłem następującą hierarchię częstotliwości przyczyn:

zmiany poporodowe, po zabiegach operacyjnych, przerwaniach ciąży?
 zaburzenia hormonalne, np. zmniejszenie stężenia estrogenów,
 zmiany wynikające z przekwitania,
 spirale domaciczne,
 zaburzenia łechtaczki (nadwrażliwość, stulejka itp.),
 mięśniaki macicy.

W przypadku mężczyzn częstotliwość przyczyn bolesnego orgazmu układa się następująco:

- zaburzenia prostaty (gruczołu krokowego),
- zmiany pozapalne, pogrzybiczne w cewce moczowej,
- brak nasienia lub bardzo skąpe wydzielanie,
- przeczulica żołądki człowieka,
- zmiany w rdzeniu kręgowym.

U obu płci zdarzają się również przypadkowe przyczyny bólu, które mogą wynikać np. z niewygodnego ułożenia, wysunięcia przepukliny, podrażnienia pnia nerwowego.

Bolesny orgazm może być zatem epizodycznym przeżyciem lub stałym zjawiskiem. Zdarza się, że doznanie bólowe ulega zakodowaniu. Wówczas tuż rzez orgazmem obniża automatycznie wrażliwość receptorów bólowych i nawet bodźce podprogowe ulegają nasileniu.

Bolesny orgazm może stać się przyczyną różnorodnych problemów w życiu seksualnym, np. anorgazmii u kobiet, zaniku orgazmu psychicznego u mężczyzn, dyspareunii (bolesność podczas stosunku), pochwicy, fobii stosunku. Ze względu na możliwość pojawienia się wyżej wymienionych następstw wskazane i konieczne jest szybkie podjęcie leczenia eliminującego przyczynę bólu. Zwlekanie może prowokować rozwój lęku przed współżyciem, zaburzenia w przeżywaniu orgazmu, unikanie kontaktów seksualnych. Spotykałem się z przypadkami, kiedy dana osoba przeżywająca bolesny orgazm sięgała po środki przeciwbólowe, nie jest to jednak rozsądne wyjście, nie usuwa bowiem przyczyn bólu, a leki mogą zmniejszać intensywność

doznań w orgazmie. Jeżeli przyczyną bólu jest spirala domaciczna, to nie ma innego wyjścia, tylko trzeba ją usunąć.

PARAORGAZMY

W sytuacji pobudzenia seksualnego większość ludzi przeżywa orgazm typowy. U niektórych może jednak występować orgazm polegający np. na nietypowej formie i drodze wyzwolenia rozkoszy. Oto kilka przykładów. Zdarzają się przestępcy seksualni, którzy w trakcie popełniania czynu nie mają wytrysku nasienia, lecz przeżywają orgazm i doznają rozkoszy psychicznej, rozładowującej napięcie wewnętrzne. Stany orgazmiczne bez udziału jakichkolwiek bodźców erotycznych mogą również dawać pewne narkotyki. Nawet doznania mistyczne przybierają formy identyczne z orgazmem. Niektórzy ludzie osiągają stany orgazmopodobne, upajając się rozważaniami o duchowej stronie seksualności i płci. Angelizowanie i sublimowanie seksualności jest czasem tak silne, że prowadzi do przeżywania rozkoszy psychicznej, błędnie utożsamianej z kontemplacją duchową. Rozpoznanie paraorgazmów jest niesłychanie trudne i kontrowersyjne, może jednak mieć kluczowe znaczenie w interpretacji pewnych zachowań przestępczych i w ustaleniu, czy miały one podłoże erotyczne, czy też nie.

86

87

BÓL PO WYTRYSKU

Profesor TeTTTCaplag} znany psychiatra i seksuolog z Nowego Jorku zebrała i opracowała wiele przypadków zaburzenia, które nazwano zespołem bólu po wytrysku nasienia (post-ejaculatory pain syndrome). Okazało się, w większości przypadków przyczyną tego zaburzenia są czynniki organiczne, które ujawniają się w badaniu urologicznym. Znacznie rzadziej mamy czynienia z tłem psychogennym i dlatego wiele osób nie spotkało się z opisem tego zaburzenia w artykułach czy w książkach popularnonaukowych. Uważa się, że stresy i różne mechanizmy psychiczne wywołują bezpośrednio wytrysk nasienia skurcz mięśni, który jest przyczyną bólu.

W opisanych przypadkach ustalono następujące przyczyny psychogenne

- podświadome przeżywanie poczucia winy, grzechu, wiążące się z kłopotem seksualnym,
- lęk przed możliwością zapłodnienia, brak pewności co do skuteczności stosowanej metody sterowania płodnością w danym związku,
- wewnętrzny konflikt wiążący się z samym wytryskiem, np. że traci się „życiodajną energię”, że wytrysk nie jest taki, jakim być powinien (zbyt mały, za słabe ciśnienie, przykre odbieranie jego zapachu, wyglądu) przypisywanie kobietom wstrętu do nasienia, nieprzyjemne skojarzenia wiążące się z wytryskiem w pochwie („jak spluwaczka”),
- przeniesienie na kontakt seksualny poczucia winy i grzechu z poprzedniej aktywności seksualnej,
- opór i wewnętrzne napięcie wynikające ze współżycia z kobietą nieakceptowaną przez osoby znaczące (np. rodziców),
- odczuwanie sprzecznych uczuć wobec partnerki,
- forma oporu i buntu wobec kontaktów z kobietą, która przyjęła w danym związku nie do końca akceptowaną (lub nieakceptowaną) postawę, rolę dominującą.

Leczenie tego zespołu polega na stosowaniu psychoterapii (sięgającej do przyczyny zaburzenia) oraz specjalnego treningu mającego służyć napięcia układu mięśniowego i osiągnięcia stanu relaksacji.

Opisany zespół jest jednym z wielu psychogennych zespołów bólowych

w obrębie miednicy i narządów płciowych wiążących się ze współżyciem seksualnym. Spotyka się różne typy psychogenne tego bólu, dyspareunie (ból) całych lub fragmentów narządów płciowych, bolesne orgazmy itp. Pacjenci zgłaszają się do urologów, ginekologów, dermatologów i dopiero po dokładnych badaniach diagnostycznych okazuje się, że mamy do czynienia z tłem psychogennym i wtedy potrzebna jest pomoc seksuologów, psychoterapeutów. Trzeba przyznać, że tego typu zaburzeń mamy coraz więcej i ich przyczyną są przeżywane wewnętrzne napięcia wynikające z postaw wobec sterowania

88
ołodnością, norm i zasad, ukrytych konfliktów z samym sobą i z osobą partnera.

Pacjenci przeważnie długo bronią się przed przyjęciem przyczyny psychogennej. Zapewniają, że są normalni, zdrowi, pozbawieni nerwicy, najzupełniej spokojni i nie widzą związku między odczuwanymi bólami a psychiką. Wyniki badań diagnostycznych ani opinie specjalistów ich nie przekonują i dopiero wtedy, kiedy powtarzane badania i coraz to inni specjaliści stwierdzają to samo, zaczynają podejrzewać, że „coś psychicznego w tym pewnie musi być”.

Zdarza się również, że wspomniane zespoły bólowe są elementem psychopatologii i np. mogą być wyrazem zespołów depresyjnych, nerwicowych itd. W takich przypadkach konieczne jest leczenie psychiatryczne. Objawy genitalne potrafią kryć w sobie bardzo głęboko ukryte przyczyny, niekiedy sięgające wczesnego dzieciństwa, życia rodzinnego, przebiegu rozwoju psychoseksualnego, postaw wobec własnej i drugiej płci, postaw religijnych. Niekiedy mogą być jednym jedynym objawem zaburzenia o psychogenym charakterze. Wiele osób błędnie utożsamia zaburzenia nerwicowe wyłącznie z pobudliwością, bezsennością, potocznie pojmowaną „nerwowością”. Postrzeganie siebie jako „zupełnie spokojnego, opanowanego” wydaje się być sprzeczne z pojęciem zaburzeń nerwicowych. Jednak ten pozorny spokój, opanowanie mogą być jedynie zewnętrzną maską bardziej głębokich i „odległych” objawów.

**NADMIERNY POPEŁ SEKSUALNY
(HIPERLIBIDEMIA, HIPERSEKSUALNOŚĆ,
PROMISKUITYZM, HIPERFILIA, EROTOMANIA,
UZALEŻNIENIE OD SEKSU,
KOMPULSYWNE ZACHOWANIE SEKSUALNE,
SATYRIASIS, NIMFOMANIA, MIŁOŚĆ OBSESYJNA)**

Definicja

NPS jest zaburzeniem, które nadal jest trudne do zdefiniowania, nie ma norm bowiem odnoszących się do potrzeby seksualnej, częstotliwości aktywności seksualnej. Istnieje kilka definicji tego zaburzenia:

- Klasyfikacja ICD-10: okresowe skargi kobiet i mężczyzn, że nadmierny popęd seksualny stał się samoistnym problemem w ich życiu.
- Masters i Johnson: zaburzenie polegające na poszukiwaniu wciąż nowych partnerów i podejmowaniu aktywności seksualnej w każdej sytuacji, również w niesprzyjających okolicznościach.

89

- Coleman: kompulsywne zachowania seksualne o charakterze niedewiacyjnym, obejmujące kontakty z wieloma partnerami, kompulsywny autoerotyzm i kompulsywną seksualność w relacjach partnerskich.
- Lew-Starowicz: stan patologicznego nasilenia zainteresowań i aktywności seksualnej, w którym te potrzeby dominują nad innymi, stanowił

0 sensie życia.

Erotomanią zajmowano się już w świecie antycznym i np. rzymski lek; Soranus postrzegał ją jako objaw zaburzeń psychicznych. W wiktoriański* Anglii erotomanię traktowano jako wyraz seksualnej frustracji u dzie z kompleksem Kopciuszka. Naukowe zainteresowanie erotomanią zrodziło si dzięki pracy francuskiego lekarza de Cleraubault, który w 1921 roku opis pięć przypadków erotomanii. Od tego czasu pojawiło się wiele publikacji ten temat.

Badacze wyodrębniają jej kilka typów:

- Erotomania zakodowana — ma charakter trwały i powtarzalny. Jd typowym przykładem są kobiety z niewielkim lub żadnym doświad- czeniem seksualnym, żyjące w iluzji, zakochujące się w osobacl uznawanych jako autorytety (artyści, politycy, lekarze). Ich uczucia d< tych mężczyzn są pełne pasji, fantazji o byciu kochaną i pożądaną. l Kreowane są zmysłowe historie romansów zgodnie z myśleniei życzeniowym. Bywa, że wobec uczuciowego obiektu pojawiają zachowania agresywne jako wyraz zemsty za „niewierność" czy bi zainteresowania.
- Erotomania okresowa — wiąże się z większym zakresem seksualny(doświadczeń, a także zróżnicowanych emocji wobec obiektu uczuci< wego. Obiekt uczuciowy jest traktowany jako część własnego Jj pojawia się silna identyfikacja z nim. W przypadku nawiązania romans uderza ekspresja więzi, wysoki poziom erotyzmu, a później na; zmiany uczuć w kierunku agresji.
- Erotomania kompulsywną — polega na kontaktach seksualnych z wieli ma partnerami, przymusowych zachowaniach seksualnych, bogat wachlarzu tych zachowań, ciągłym myśleniu o seksie; Coleman (19! uważa, że 5% populacji ujawnia tego typu erotomanię.
- Uzależnienie od seksu — dotyczy około 3-6% populacji, z wyi przewagą mężczyzn. Ma 4-fazowy przebieg.

1 - powstaje dominująca seksualna aktywność życiowa wypieraji inne potrzeby i zainteresowania,

2 - zachowania seksualne zaczynają przybierać formy zrytualizowi

3 - zachowania seksualne są mało kontrolowane i stają się czym ciami przymusowymi,

4 - pojawiają się przykre uczucia wynikające z braku zdolności spontanicznych, wolnych od przymusu zachowań seksualnych.

Uzależnienie może obejmować zrytualizowane zachowania masturbacyj- n6i formy współżycia, przymus oglądania pornografii, rytuały fetyszystyczne itd. Niektóre formy uzależnienia od seksu mogą prowadzić do zachowań przestępczych, np. ekshibicjonizmu, wykorzystywania seksualnego dzieci, innych form przemocy seksualnej. Franzini i Grossber (1995) podają, że w przypadku erotomanii 5% osób staje się przestępcami.

Przyczyny erotomaniiinogą b^ć różne. Wymienia się następujące czyn- niki:

- choroby (np. encefalopatie, Alzheimera, padaczkę, kiłę, guzy mózgu, hiperandrogenizm u kobiet, stany maniakalne, uzależnienie od alkoholu, narkotyków),
- nieprawidłowe typy osobowości (np. osobowość wielokrotna, pogranci- cza, narcystyczna, socjopatyczna),
- wpływ leków (np. przeciwparkinsonowskich, psychotropowych, zmniejszających stężenie cholesterolu, testosteronu, przeciwdrgawkowych),

- cechy osobowości (np. ambiwalencja wobec własnego Ja, ucieczka w reakcje pozorowane, następstwa patologii rodzinnej we wczesnym dzieciństwie),
- społeczne (np. nadmierny rygoryzm obyczajowy lub odwrotnie nadmierny liberalizm).

Zaburzenia i choroby psychiczne badacze rozpoznają u około 1/3 erotomanów.

W leczeniu erotomanii proponuje się stosowanie leków antyandrogennych w połączeniu z metodami psychoterapii. W przypadku uzależnienia od seksu pacjentów kieruje się do ruchu SA (seksuolików anonimowych). Leczenie, podobnie jak w ruchu AA (alkoholików anonimowych), polega na metodzie „dwunastu kroków” i psychoterapii.

UZALEŻNIENIE OD SEKSU (SEKSOHOLIZM)

Wprawdzie nie ma dotąd takiego rozpoznania w klasyfikacji ICD-10, to jednak znajduje się już w wielu publikacjach i jedni autorzy traktują je jako typ nadmiernego popędu seksualnego, inni jako formę parafilii, zaburzeń kompulsywnych.

Zaburzenie to opisane zostało w 1983 roku przez Patryka Carnesa. Jego zdaniem ma ono podobny przebieg jak inne formy uzależnień, np. od narkotyków, czy od alkoholu. Bodźce i zachowania erotyczne przybierają w tym zaburzeniu formę zrytualizowaną, opierają się na mechanizmach Psychoneurologicznych. Między badaczami trwają spory, czy należy trak-

90

91

tować je jako jedną z form parafilii (dewiacji seksualnych). Z szacunkowych danych wynika, że w USA obejmuje ono 3 - 6% populacji, z wyraźną przewagą mężczyzn.

Carnes stwierdził, że zaburzenie to przebiega w 4 kolejnych fazach:

- Powstawanie dominującej seksualnej aktywności życiowej. Zaczyna on wypierać inne zainteresowania, zachowania. Angażuje całą osobę danej osoby.
- Rytualizacja. Zachowania zaczynają przybierać formy zrytualizowane i wiążą się z osiągnięciem stanów podniecenia seksualnego. Bez tych form uzyskanie podniecenia staje się coraz trudniejsze.
- Zachowania seksualne przybierają stopniowo charakter czynności trętnych. Możliwości ich kontrolowania są coraz mniejsze, aż stają się automatyczne.
- Pojawianie się przykrych odczuć, iż nie jest się w stanie uwolnić rytualnych natrętnych zachowań seksualnych, ani nie jest się zdolny[^] do spontanicznych, wolnych od przymusu doznań i zachowań.

Jak już wspomniałem, uzależnienie od seksu przyjmuje formę natrętnych obsesyjnych, zrytualizowanych zachowań. W początkowej fazie mogą wiązać się z przeżywaniem euforii (jak w narkomanii). Zachowania seksualne przybierają różne formy.

Z raportu opracowanego przez Jennifer Schneidera w 1991 roku w — specjalisty zajmującego się uzależnieniami — wynika, że w badanej populacji formy i powszechność uzależnienia były następujące:

- Połączenie zrytualizowanych zachowań masturbacyjnych z fantazjami erotycznymi u 100% badanych. Mogą to być zachowania wyłącznie dotyczące jedynie danej osoby lub poprzedzać późniejsze inne formy uzależnienia od seksu, mogą współgrać ze współżyciem z drugą osobą która podporządkowana zostaje „scenariuszowi” seksualnemu.

- Kontakty seksualne ze zmieniającymi się partnerami. W 68% przypadków dotyczy to kontaktów pozamałżeńskich, w 15% — z prostytutkami a w 28% homoseksualnych. Wielu badanych podawało, że w tym celu kontaktuje się z salonami masażu, inni ograniczają się do skatolog telefonicznej.
- Podglądactwo. Ujawniło je 18% badanych.
- Zachowania ekshibicjonistyczne. Dotyczą 12% badanych.
- Kolekcjonowanie różnych wydawnictw i filmów pornograficznych i kszosć badanych).
- Inne, rzadziej spotykane formy uzależnienia: kontakty z dziećmi, rytua fetyszystyczne, transwestytyzm, różne formy przemocy seksualnej (d zgwałceń włącznie).

92

2 cytowanego raportu wynika, że 67% uzależnionych od seksu mężczyzn żyło w pierwszym małżeństwie, 25% w drugim, a 4% w trzecim; 1/4 nie miała dzieci- Wśród uzależnionych spotykamy wszelkie możliwe warianty pochodzenia społecznego, poziomu wykształcenia, wykonywanych zawodów. W biografii dominowało wychowywanie się w konfliktowych środowiskach rodzinnych, doświadczenie w przeszłości przemocy seksualnej, częsty kontakt alkoholem czy z narkotykami (również w rodzinach).

Uzależnienie od seksu jest traktowane jak choroba. Wiele podobieństw i uzależnieniem od alkoholu i rozmiar zjawiska skłoniły do opracowania systemu stosowanego w leczeniu alkoholizmu. Powstał ruch SA (Seksuoholików Anonimowych) oraz SAA (po polsku: Anonimowych Uzależnionych Seksualnie). Okazało się, że podobnie jak w ruchu Alkoholików Anonimowych — metoda „dwunastu kroków” i u tych chorych również zdaje egzamin. Ponadto stosuje się różne metody psychoterapii indywidualnej i małżeńskiej.

ZABURZENIA IDENTYFIKACJI Z PŁCIĄ

IDENTYFIKACJA Z PŁCIĄ

Oznacza akceptowane poczucie przynależności do własnej płci i realizowanie określonej roli płciowej (męskiej i żeńskiej). Identyfikacja z płcią rozwija się od urodzenia i ma trzy źródła (Kegan 1982):

- Środowisko rodzinne. Zdaniem wielu badaczy decydującym momentem jest tzw. etap krytyczny po porodzie, kiedy wytworzenie więzi uczuciowej między dzieckiem a rodzicami zależy od jego płci. W okresie noworodkowym rodzice ujawniają odmienne postawy i zachowania wobec synów i córek. Następnym ważnym etapem jest okres do 2 roku życia dziecka, kiedy ono uświadamia sobie posiadanie określonych narządów płciowych, co kieruje je w stronę identyfikowania się z własną płcią. Do 7 roku życia trwa formowanie obrazu własnej płci. Dziecko zaczyna upodabniać się do rodzica tej samej płci i usiłuje go naśladować.
- Środowisko rówieśnicze.
- Interakcje seksualne w okresie dojrzewania.

Pojęcie identyfikacji z płcią wprowadził do seksuologii prof. John Money w 1955 roku; zagadnieniami tymi zajmuje się wielu badaczy i ośrodków naukowych.

Zaczęto wyodrębniać różne typy identyfikacji (Imieliński i Dulko 1988):

- całkowita: oznacza naśladowanie wszystkich zachowań innej osoby (modelowej) łącznie z jej poglądami, zasadami, ideałami itd.,

93

- częściowa: oznacza naśladowanie niektórych cech i zachowań,
- świadoma: dana osoba wie, że zachowuje się i odczuwa podobnie jć

osoba naśladowana,

- nieświadoma,
- zewnętrzna: dotyczy cech zewnętrznych naśladowanej osoby,
- wewnętrzna: dotyczy postaw i uczuć osoby naśladowanej,
- trwała,,
- nietrwała.

ZABURZENIA IDENTYFIKACJI

W miarę poznawania mechanizmów rozwoju identyfikacji z płcią rozszerzą się klasyfikacja jej zaburzeń. Obecnie wyodrębnia się następujące warianty zaburzeń identyfikacji z płcią:

- Zaburzenia identyfikacji płci w dzieciństwie

Cechuje się uporczywym, głębokim niezadowoleniem z własnej płci wraz z potrzebą posiadania cech płci przeciwnej, stałym zainteresowaniem ubraniem i postępowaniem płci przeciwnej i odrzucaniem własnej płci. Rozpoznanie tego zaburzenia wymaga ustalenia głębokich mechanizmów; nie wystarczy stwierdzenie u dziewczynek zachowania chłopcowskiego, a u chłopców dziewczęcego.

- Zaburzenia identyfikacji z płcią w okresie dojrzewania/

Dana osoba cierpi z powodu niepewności dotyczącej własnej identyfikacji czy orientacji seksualnej, co powoduje lęk lub depresję. Najczęściej dotyczy to osób mających trudności w określeniu własnej orientacji — homoseksualna, biseksualna czy heteroseksualna. Może także wystąpić u osób, które po okresie pozornie ustalonej orientacji zauważyły zmianę swojej orientacji.

- orientacja seksualna egodystyniczna (niezgodna z Ja); identyfikacja z płcią nie budzi wątpliwości, ale dana osoba z powodu współistniejących zaburzeń psychicznych i behawioralnych chciałaby by była inaczej i chce się leczyć w celu zmiany płci,

- zaburzenia związków seksualnych; oznacza zaburzenia identyfikacji czy preferencji seksualnych prowadzące do trudności w nawiązaniu i utrzymywaniu związku z partnerem seksualnym.

- /Andromimeza i gynemimeza |

Są to podtypy zaburzeń identyfikacji z płcią polegające na tym, że dana osoba, mająca cechy anatomiczne i morfologiczne mężczyzny, w społeczeństwie jako kobieta (gynemimeza) lub — mająca cechy kobiece

- żyje jako mężczyzna (andromimeza). Takie osoby nie poddają

94

operacyjnej zmiany płci ani terapii hormonalnej. Znajdują się one na pograniczu różnych orientacji seksualnych. Są homoseksualistami w tym sensie, że zakochują się i fizycznie współżyją z partnerami swojej płci anatomicznej. Są transwestytami w tym sensie, że ubierają się i publicznie noszą jak płć, do której biologicznie nie należą, nie są jednak fetyszystycznie pobudzani przez rodzaj ubioru. Są transseksualistami w tym sensie, że mogą zmienić wygląd ciała przez przyjmowanie hormonów, ale nie domagają się operacyjnej zmiany płci. Potocznie gynemimeza oznacza „kobietę z penisem”, a andromimeza „naśladowającego mężczyznę”.

Gynemimetycy w Indiach są nazywani hijrasami i stanowią odrębną kastę, mającą organizację o charakterze religijnym. Niektórzy z nich poddają się kastracji. Uprawiają kontakty oralne, analne i międzyudowe. W Omanie nazywani są xanithami.

- Autoginefilia

Zaburzenie identyfikacji z płcią występujące u mężczyzn, polegające na

tym, że mężczyznę podnieca wyobrażanie siebie jako kobiety. Prof. Blanchard z Toronto na podstawie zbadania takich 238 mężczyzn ustalił, że 94% z nich wyobrażało siebie jako nagą kobietę, 67% jako kobietę w bieliźnie, a 77% jako kobietę ubraną. U tego samego mężczyzny mogą być zatem różne fantazje.

- Transseksualizm.
- Transwestytyzm o typie podwójnej roli.

Szałankiewicz (1990) stwierdza, że w okresie dojrzewania wielu młodych ludzi ma problemy wiążące się z wątpliwościami co do własnej identyfikacji, a ich źródłem bywają fantazje bądź zachowania homoseksualne. W zasadzie nie powinno się rozpoznawać orientacji homoseksualnej aż do uzyskania pełnej dojrzałości, ponieważ zachowania homoseksualne mogą być przejściowe, epizodyczne, nietrwale lub ujawniać lęk przed związkami heteroseksualnymi.

Jak wynika z powyższej klasyfikacji, istnieje nie tylko wiele typów zaburzeń identyfikacji z płcią, ale są również stany pogranicza. W ustalaniu diagnozy należy zachować ostrożność, a badanie oprzeć na bardzo gruntownych metodach badawczych.

PRZYCZYNY ZABURZEŃ IDENTYFIKACJI

Zaburzenia identyfikacji płci mogą wiązać się z czynnikami biologicznymi - uwarunkowania genetyczne, zaburzenia hormonalne, wady budowy, choroby ośrodkowego układu nerwowego). Wiele z nich ma tło psychogenne. Wz. się z zaburzeniami w przebiegu rozwoju psychoseksualnego.

95

Szczególne znaczenie mają:

- niezadowolenie rodziców z płci dziecka,
- wychowywanie dziecka pomijające jego płć biologiczną,
- nadmierna więź uczuciowa matki z synem, identyfikowanie się syna z matką, negatywne relacje między ojcem a synem, brak ojca,
- wykorzystywanie seksualne dziecka, związki kazirodcze,
- rodzice tolerujący lub lekceważący zaburzenia identyfikacji płci wczesnym wieku dziecka,
- kompleks budowy, np. kompleks małego członka.
- rozwój głębszych zaburzeń identyfikacji z płcią — transwestytyzmu, transeksualizmu.

Zaburzona identyfikacja z płcią rzadko ma charakter statyczny. W wieku dojrzany⁰¹ może się nasilać, przechodzić w formy dewiacyjne, w potrzebę zmiany własnej płci, może również nastąpić jakby opóźnione dojrzewanie psychoseksualne i dana osoba osiąga harmonię, integrację z własną płcią w wieku późniejszym. Zdarza się również, że w wyniku samowychowania, oddziaływania osoby partnera czy psychoterapii dochodzi do pełnej identyfikacji z płcią i pełnienia danej roli seksualnej.

NASTĘPSTWA ZABURZEŃ IDENTYFIKACJI

Problemy z identyfikacją sprzyjają powstaniu specyficznych cechowości. Badacze tego rodzaju osobowości stwierdzają współistnienie sprzecznych cech: nieufności i zaufania, ofiarności i zachłanności, nieśmiałości i arogancji; prowadzi to do nieprzystosowania społecznego. Poczucie ciągłości we własnym Ja takiej osoby jest również zaburzone i współistnieje intensywna nostalgia, ucieczka w przeszłość, w historię, a zarazem wybieganie w przyszłość, wymiar terażniejszości jest natomiast nadmiernie zawężony. Tego rodzaju struktura osobowości ujawnia często brak autentyzmu, uczucie pustki, relatywizm etyczny, niepewność swej atrakcyjności i roli

seksualnej.

W życiu seksualnym prowadzi do różnych następstw:

- nadmiernej nieśmiałości i zahamowań w nawiązywaniu kontaktów,
- ucieczki w świat marzeń, masturbacji, samowystarczalności seksualnej, przy pełnej nieufności postawie wobec drugiej płci,
- rozwoju kompleksów wynikających z pomniejszenia własnej wartości i atrakcyjności w wyniku porównywania z bardziej pewnymi siebie i postrzeganymi jako ciekawsi reprezentantami własnej płci,
- opóźniania inicjacji seksualnej aż do późnego wieku,
- tworzenia związków partnerskich, małżeństw bez fascynacji erotycznej, na zasadzie wyboru partnera, który okazuje zainteresowanie i gotowość do wspólnego życia.

Zespół zaburzonej identyfikacji z płcią może spowodować również:

- rozwój orientacji biseksualnej i homoseksualnej; w tym ostatni przypadku nawiązywanie kontaktów homoseksualnych ujawnia stawę ucieczki od kontaktów z drugą płcią, a świat własnej płci jest danej osoby niejako bardziej bezpieczny i swojski,
- rozwój tendencji i zachowań dewiacyjnych: pedofilii, ekshibicjonizmu, fetyszyzmu,

96

LECZENIE

Zucker i Bradley (1995) stwierdzają, że leczenie zaburzeń identyfikacji z płcią w ostatnich trzydziestu latach ujawniło wiele kontrowersji, niejasności i sprzeczności. Utrudnia szansę leczenia ostracyzm społeczny, izolacja, alienacja, niewiedza, np. co do homoseksualności, i jej błędne, przedwczesne rozpoznawanie, jak również bagatelizowanie znaczenia zachowań homoseksualnych nie wynikających z orientacji homoseksualnej.

W leczeniu zaburzeń identyfikacji z płcią stosowane są różne metody:

- Metody treningowe, np. odgrywanie roli seksualnej danej płci. Jest to możliwe w przypadku dzieci, które preferują zachowania męskie, kobiece i są za nie nagradzane, jeśli pozostają zgodne z ich płcią biologiczną.
- Psychoterapia. Analizuje się w niej relacje wewnątrzrodzinne, sens męskości — kobiecości, obraz własnego Ja, kompleksy i zahamowania, relacje z płcią odmienną, treść fantazji erotycznych i wiążących się z rolami płciowymi.
- Psychoterapia grupowa. Łączy się w niej osoby znajdujące się w podobnej fazie rozwoju psychoseksualnego: w wieku 4-8 lat, 8-13 lat, w wieku dojrzewania. Stosuje się odgrywanie ról, psychodramy, dyskusje, analizy zachowań, emocji.
- Psychoterapia rodziców dzieci z zaburzeniami identyfikacji z płcią.
- Farmakoterapia, np. w przypadku zaburzeń identyfikacji płci typu transwestytyzm.

Leczenie, jak stwierdzają Zucker i Bradley, jest bardziej skuteczne w przypadku wcześniejszego rozpoczęcia (np. wobec dzieci), z zastosowaniem różnych metod i przez optymistycznie nastawionych oraz kwalifikowanych terapeutów, terapeuci powinni zdawać sobie sprawę z tego, że osoby szukające u nich Pomocy często są zagubione, załężnione, wypowiadają się mętnie i ogólnikowo, aśują nadwrażliwie, prowokują oceny moralne, swoje doświadczenia i za-

97

chowania postrzegają w kategoriach patologii (np. treści fantazji erotycznych epizodyczne kontakty homoseksualne), mają błędne koncepcje męskości i kobie

kości, pełne stereotypów, niewłaściwie postrzegana własna seksualność i własny Ja w przyszłości. Wiele zaburzeń identyfikacji płci uległo utrwaleniu w następstwie błędów wychowawczych i terapeutycznych.

TRANSWESTYTYZM

Polega na osiągnięciu satysfakcji seksualnej przez przebijanie się w odzież osób płci odmiernej. Jedną z częściej spotykanych parafilii. Nazwę transwestytyzmu wprowadził w 1910 r. M. Hirschfeld. Spotykany jest w wielu kulturach i epokach. U Indian Pueblo jest społecznie akceptowany (berdache).

Wyodrębnia się:

- Transwestytyzm heteroseksualny

Kontakty heteroseksualne u takich osób mogą być dominujące i prawidłowe. Potrzeba transwestytyzmu przejawia się w przyjmowaniu kobiecej („biernej”) roli seksualnej lub w okresowym przebijaniu się w osiągnięciu przyjemności seksualnej.

- Transwestytyzm homoseksualny; częściej spotykany u kobiet.
- Transwestytyzm narcystyczny.
- Transwestytyzm biseksualny.
- Filofeminizm.

Występuje u mężczyzn i polega na zmiłowaniu do kobiecości, które kreują we własnym Ja.

- Transwestytyzm masochistyczny.
- Transwestytyzm ekshibicjonistyczny.
- Ciwestytyzm — przez ubiór dąży się do uzyskania cech typowych dla innego wieku życia (starszego lub młodszego).

Przyczyny transwestytyzmu mogą być różne, np.: nakłanianie dzieci przez członków rodziny do noszenia ubioru płci odmiernej, brak akceptacji płci biologicznej dziecka, eksperymentowanie w dzieciństwie ulegając; zakodowaniu, przebijanie dziecka w celu ukarania, zaburzenia identyfikacji z płcią (np. identyfikowanie się z rodzicem odmiernej płci i naśladowanie go), urazy psychiczne, lęki kastracyjne.

Transwestyci w niektórych krajach tworzą własne życie społeczne mają pisma, kluby, stowarzyszenia, zabawy (np. Beaumont Society powstała w 1965 r. w Anglii). Leczenie, polegające na metodach treningowych i psychoterapii interesuje niewielu transwestytów.

98

Raport z badania 1032 transwestytów (Docter i Prince 1997, dane w odsetkach)

Wiek

20-30 10

30-40 33

40-50 28

powyżej 50 29

Stan cywilny

w małżeństwie 60

separacja, rozwiedzeni,

owdowiali 23

wolny 17

Orientacja seksualna

heteroseksualna 87

homoseksualna 1

biseksualna 7

aseksualna 5

Wiek, w którym zaczęło się przebieranie	
przed 10 rż.	66
między 10 a 20 rż.	29
powyżej 20 rż.	5
Przebieranie się jako źródło podniecenia i orgazmu	
prawie zawsze	21
często	9
okazjonalnie	32
rzadko lub nigdy	21
Częstość pojawiania się publicznie w przebraniu	
częsta	14
okazjonalna	48
rzadko	38
Preferowana orientacja płciowa	
męskie Ja	11
kobiece Ja	28
obie płcie	60

99

TRANSSEKSUALIZM

Definicja

Według klasyfikacji ICD-10: pragnienie życia i akceptacji w roli osoby o przeciwnej płci, zwykle związane z żądaniem doprowadzenia ciała pomocą zabiegów chirurgicznych lub leczenia hormonalnego do postaci zbliżonej z preferowaną płcią, jak to tylko jest możliwe.

Kryteria: tożsamość transseksualna występuje trwale od co najmniej 2 lat. Zaburzenie nie jest objawem innego zaburzenia psychicznego (np. schizofrenii) ani nie wiąże się z nieprawidłowościami chromosomalnymi.

Termin transseksualizm pojawił się pierwszy raz w piśmiennictwie w 1950 roku w publikacji Benjamina. W piśmiennictwie były stosowane również inne terminy: transsexists, kontrasexism, eonizm, inwersja roli seksualnej. Obecnie termin transseksualizm jest stosowany powszechnie.

Transseksualistów dzieli się na typ: mężczyzna — kobieta (M/K) i kobiet — mężczyzna (K/M).

Rozpowszechnienie

Z wielu badań wynika, że do operacyjnej zmiany płci dąży 1 na 100000 kobiet i 1 na 30 000 mężczyzn. O ile w wielu krajach na jedną osobę K/M przypadają 3 osoby M/K, o tyle w Polsce ta proporcja wynosi 4:1 (Imieliński 1992).

Przyczyny

Czynniki biologiczne:

- neurofizjologiczne,
- genetyczne,
- endokrynologiczne.

Wyniki badań są jednak sprzeczne i kontrowersyjne.

Czynniki psychologiczne:

- nadmiernie bliska relacja dziecka z matką,
- osobowość borderline,
- zaburzenia identyfikacji z płcią w dzieciństwie.

Leczenie

Zaleca się rozpoczęcie leczenia hormonalnego oraz „real-life test” (trwający dwa lata test realnego życia w wybranej płci), metrykalnej zmiany

płci. Następnym etapem jest operacyjna zmiana płci w kilku fazach. U kobiet usuwanie piersi (mastektomia), macicy (histerektomia), jajników (ooforektomia), wytworzenie członka (faloplastia). U mężczyzn usuwa się jądra wytwarzające pochwę, formuje zewnętrzne narządy płciowe.

100

Nie zaleca się operacyjnej zmiany płci u pacjentów poniżej 21 roku życia, tendencjami samobójczymi, agresją seksualną, zaburzeniami psychicznymi, oraz wlekłymi chorobami, porzuconych przez partnera, transwestytów, wahających się co do zmiany płci lub żądających jej impulsywnie.

Bodlund (1993) u 70% operowanych stwierdził poprawę funkcjonowania psychicznego i społecznego, a u 16% pogorszenie; kobiety ogólnie lepiej funkcjonują.

Implikacje prawne

«

Gooren i Van der Reijt (1994) stwierdzają, że:

- nadal nie jest jasna etiologia transseksualizmu,
- generalnie prawo dopuszcza poprawianie istniejących błędów natury dotyczących narządów płciowych,
- w Europie prawo kontynentalne kładzie nacisk na regulację ustawową i np. mają klauzurę prawną o zmianie płci Szwajcaria (od 1931 r.), Szwecja (1975), RFN (1980), Włochy (1982), Holandia (1985), Turcja (1988); w Anglii sędziowie mają większą swobodę w interpretacji prawa.

Z monografii „Medycyna a prawa człowieka” (1986) wynika, że operacyjna zmiana płci w przypadku transseksualizmu wiąże się z problemami prawnymi, etycznymi i moralnymi. Art. 8 Europejskiej Karty Praw Człowieka dotyczy zmiany płci i daje podstawy do tego zabiegu. Z etycznego punktu widzenia, wynikającego z badań naukowych, zabieg jest możliwy, jeżeli jest jedyną efektywną metodą leczenia. Wielu teologów katolickich nie dopuszcza zabiegu w przeciwieństwie do protestanckich. Według rabinów zabieg jest niedopuszczalny, ponieważ narusza biblijne przykazanie (Księga Powtórzonego Prawa 22,5). Zdaniem buddystów zabieg jest możliwy, jeżeli przyczyni się do uzyskania równowagi duchowej.

Rozpoznanie, które mogą ujawnić się jako Gender Dysphoria (Becker i Hartmann 1996)

transseksualizm,

zaburzenia identyfikacji z płcią,

transwestytyzm,

fetyszyzm,

homoseksualizm,

parafilie,

dysmorfofobia,

psychozy,

Zaburzenia płata skroniowego,

Zespoły interseksualizmu,

opóźniony rozwój umysłowy,

uzależnienia,

101

- zaburzenia osobowości (borderline, histrioniczne, narcystyczne, kompulsywne).

Rozpowszechnienie dużych zaburzeń psychicznych u transseksualistów (Collier 1997)

II

Transseksualiści

Populacja ogólna

Rodzaje zaburzeń

	%K	%M	%M	%K
Depresje	2,8	U		2,3-4,44,9-8,7
Zaburzenia afektywne				
Dwubiegunowe		0,9	1,7	0,8-1,10,5-1,3
Schizofrenia	0,9	0,9		1,0-1,21,1-2,6

ZABURZENIA PREFERENCJI SEKSUALNYCH (PARAFILIE, DEWIACJE, ZBOCZENIA PŁCIOWE, PERWERSJE SEKSUALNE)

Definicje

Według klasyfikacji ICD-10:

Osoba odczuwa powtarzający się, nasilony popęd i ma wyobrażenia seksualne dotyczące niezwykle przedmiotów lub działań. Realizuje ten popęd, zgodnie z jego odczuciem i z tego powodu wyraźnie cierpi. Preferencja[^] występuje co najmniej od 6 miesięcy. "

Wg Kapłan i Sadock (1990):

Zaburzenia seksualne charakteryzujące się niezwykle, dewiacyjnymi[^] lub dziwacznymi impulsami, fantazjami i zachowaniami.

Według Bullough (1994):

Erotoseksualny i psychologiczny stan charakteryzujący się powtarzalną reakcją i obsesyjnym uzależnieniem na niezwykle lub społecznie nie akcentowany bodziec.

Godlewski (1993) używa terminu — dewiacja seksualna i definiuje ją następująco: „trudne do precyzyjnego zdefiniowania i różnie opisywane zaburzenia potrzeby seksualnej (popędu płciowego). Cechą charakterystyczną dewiacji jest według niektórych autorów dziwaczność potrzeby seksualnej, stale bądź okresowo i długotrwanie występujące uzależnienie od czynników niezwykle albo nie do przyjęcia. Dewiacja może występować na przemian ze stanem normalnym, zachowanie dewiacyjne może być bardziej pożądane, niż zachowanie normalne, ale może też być jedynym podniecającym i zaspokajającym."

102

Mogą być również zachowania parafilne o charakterze zastępczym, które nie są spowodowane parafiliami, lecz inną przyczyną, np. długotrwała izolacja 0(j ludzi może skutkować kontaktami zoofilnymi.

PRZYCZYNY

Zgromadzono wiele wyników badań osób z rozpoznaniem parafilii, które poddano wszechstronnym badaniom diagnostycznym. Z danych tych wynika, że przyczynami parafilii mogą być bardzo zróżnicowane czynniki:

Biologiczne:

- zaburzenia genetyczne (np. zespół Klinefeltera),
- zaburzenia neurologiczne (np. padaczka skroniowa, encefalopatia, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, wodogłowie, nowotwory mózgu),
- uzależnienia (od alkoholu i narkotyków), choroby psychiczne (np. afektywne),

- predyspozycje genetyczne, czynniki hormonalne.

Psychiczne:

- uwarunkowania powstałe w wyniku fantazji erotycznych, wpływu pornografii,
- zaburzenia identyfikacji seksualnej,
- urazy, szoki i wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie,
- kompleks niższości połączony z potrzebą dominacji,

- zaburzenia osobowości typu osobowość wielokrotna, borderline („Pogranicze”),
- eskalacja uzależnienia od seksu,
- wymuszanie miłości, poczucie winy, gra w zwycięstwo przez klęskę (np. w masochizmie),
- potrzeba bycia zauważonym, połączona z lękiem kastracyjnym i z lękiem przed kobietami (np. u niektórych ekshibicjonistów),
- mechanizmy obronne,
- kontakt z subkulturą (np. z sadomasochistami).

Brockman i Blugass (1996) opracowali integracyjny model seksualnej dewiacyjności. Wyodrębniają w nim czynniki wewnętrzne /i zewnętrzne. Do czynników wewnętrznych należą: doświadczenia wieku dziecięcego, fantazje, zaburzenia psychiczne, osobowości, chromosomalne, padaczkę, guzy i urazy mózgu, opóźniony rozwój umysłowy, zaburzenia hormonalne”

103

Do czynników zewnętrznych należą doświadczenie przemocy i wykośnienie seksualnego^problemy interpersonalne i interpsychiczne, epizody psychiatryczne, wpływ alkoholu, nieudane związki uczuciowe.

KLASYFIKACJE PARAFILII

Nie ma ogólnie przyjętej klasyfikacji parafilii. Autorzy monografii ten temat prezentują własne koncepcje. Różne bywają kryteria podziału parafilii, np. wiążące się z bodźcem, z reakcją seksualną, przyczyną nasileniem, rozpowszechnieniem. John Money (1990) traktując parafilii jako złożone relacje między zmysłowością, miłością i śmiercią, dzieli je na typy: ofiarno-pokutny (np. mord z lubieżności), łupieżczo-drapieżny (np. raptofilia) merkantylno-korupcyjny (np. chrematistofilia — okradanie innych), fetyszystyczny, przynależności (np. gerontofilia), z zalotami (np. oglądactwo). Opisano już ponad 200 parafilii. Do najczęściej spotykanych należą ekshibicjonizm, fetyszizm, ocieractwo, pedofilia, masochizm, sadyzm, transwestytyzm, skoptofilia (ogładactwo), zoofilia.

Lista wszystkich możliwych parafilii stopniowo ulega wydłużeniu, wynika z opisywanych w piśmiennictwie przypadków kazuistycznych. Niżej przedstawię typy spotykanych parafilii. Wielu terapeutów z niektórymi z nich nigdy w swojej pracy nie ma okazji się zetknąć.

Lista ta nie obejmuje wszystkich możliwych parafilii, pominąłem również te powszechnie znane, takie jak np. sadyzm, raptofilia (gwałcicielstwo) itp. Różni autorzy tworzyli klasyfikacje parafilii kierując się odmiennymi kryteriami.

Money (1990) np., traktując parafilie jako złożone relacje między zmysłowością, miłością, romantyzmem i śmiercią, dzieli je na kilka typów:

- ofiarno-pokutny, w którym znaczenie ma życie społeczne i religia; należą do niego np. autassassinofilia (śmierć masochistyczna, mord z lubieżności),
- łupieżczo-drapieżczy, wiążący się z walką, np. raptofilia,
- merkantylno-korupcyjny, np. chrematistofilia (okradanie innych),
- fetyszystyczno-talizmanny, związany z magią, np. urofilia, fetysze,
- znamiona, znaki, przynależność; wiąże się z pokrewieństwem, gerontofilia,
- wabienie, zaloty; wiąże się z modą, stylem, np. oglądactwo.

Serrano (1995) proponuje podział parafilii na: uwarunkowane kulturowo, wiążące się z bodźcem lub reakcją seksualną, psychologiczne, biologiczne”e

Tabela 17
parafilie
i inne.
104

Nazwa parafilii	Dewiacyjny bodziec, obiekt - zachowanie
Albutofilia	woda
Akrotomofilia	partner z okaleczonym ciałem
Akustykofilia	piosenki, muzyka
Akrofilia	wysokość
Agorafilia	miejsca publiczne
Agreksofilia	gdy inni podsłuchują przebieg kontaktu seksualnego
Amaurofilia	współżycie w ciemnościach, partner zamyka oczy
Arachnefilia	pająki
Andromimetofilia	pociąg do kobiet udających mężczyzn
Apotemnofilia	dążenie do samookaleczenia się
Asfiksjofilia	potrzeba duszenia się, bycia duszonym
Autonekrofilia	wyobrażanie siebie jako martwego
Autopedofilia	bycie traktowanym jak dziecko
Autoskopofilia	oglądanie własnego ciała, genitaliów
Nanofilia	pociąg kobiety do niskich mężczyzn
Formikofilia	mrówki
Entomofilia	insekty
Choreofilia	taniec
Klaustrofilia	małe pomieszczenia
Mammafilia	piersi
Dakryfilia	łzy partnera (odmiana sadyzmu)
Dendrofilia	drzewa
Dorafilia	sierść
Dysmorfofilia	osoby zdeformowane
Flatufilia	wzdęcie brzucha
Hierofilia	obiekty sakralne
Hibristofilia	przestępcy, zabójcy
Laktafilia	piersi wydzielające mleko
Nasofilia	nos
Ochlofilia	tłum
Okulofilia	oczy
Odontofilia	zęby
Pekkatofilia	Pedofilia myślenie o grzechu lalki
Fallofilia	członek
Be onefilia	bodźce prowokujące lęk przenikanie, np. akupunktura członka

105

cd. tabeli 17

Nazwa parafilii	Dewiacyjny bodziec, obiekt - zachowanie
Podofilia	stopy
Politerofilia	kilku partnerów przed orgazmem
Pigofilia	pośladki
Pirofilia	ogień, gorące bodźce na narządy płciowe
Siderodromofilia	pociąg
Sitofilia	pokarmy (banany...)
Spektrofilia	duchy, anioły

Pubefilia	włosy łonowe
Symforofilia	provokowanie wypadków, zniszczeń
Timofilia	majątek, sława
Sarmasofilia	ugniatanie mięsa
Trichofilia	włosy
Zelofilia	fantazja, wyobraźnia
Ksenofilia	osoby obce, nieznanne
Koprofilia	kał
Ekshibicjonizm	obnażanie -się
Fetyszizm	wiele możliwych bodźców
Frotteuryzm	ocieranie się
Kleptofilia	popęłnianie kradzieży
Klismafilia	lewatywy
Mizofilia	brud
Narratofilia	rozmowy
Piktofilia	poruszające się obrazki
Somnofilia	człowiek śpiący
Telefoniczna skatofilia	obsceniczne rozmowy przez telefon
Triolizm	trzy osoby
Urofilia	mocz
Voyeuryzm	podglądanie
Autogonistofilia	sceniczność
Autassassinofilia	pozorowanie własnego zabójstwa
Autonepiofiliapieluski	
Hiperfilia	tkaniny
Stygmatofilia	nakłuwanie, tatuowanie
Peodeiktofilia	provokowanie strachu, szoku, paniki przez pokazywani! członka

106

LECZENIE PARAFILII

Leczenie pacjentów z rozpoznaniem parafilii jest długie i obejmuje stosowanie wielu metod:

- leki obniżające popęd płciowy (antyandrogeny, hormonalne, psychotropowe),
- metody treningowe,
- psychoterapia indywidualna, grupowa.

PROBLEMY ZWIĄZANE Z PARAFILIA

Dewiacje seksualne traktowane są dość powszechnie z posmakiem sensacji i z głębokim niezrozumieniem, do którego zresztą między innymi przyczyniła się niedostateczna jeszcze wiedza na ten temat i silny wpływ postaw społecznych, ocen moralnych utożsamiających dewiacyjność ze świadomie realizowanym złem. Dewiant jest postrzegany również jako „inny”, odbiegający od normy, którego należy karać, izolować, a nawet fizycznie likwidować dla dobra społeczeństwa. Wprawdzie tak rygorystyczna postawa wobec dewiantów w wielu krajach zaczyna ustępować pewnej tolerancji i usiłowaniu zrozumienia, ale społeczeństwo polskie nadal w tych sprawach jest mało liberalne.

Wybitny znawca zagadnienia dewiacji — Christine Brown — podkreśla, że wiąże się z nimi kilka typowych problemów, którym poświęcę obecnie nieco uwagi. Pierwszy to definicja: wyobrażenie o tym, co oznacza niemoralne i dewiacyjne zachowanie seksualne, ulegało zmianie i ściśle wiązało się z klimatem społecznym oraz moralnym danego czasu, kultury. Przytoczę tu

słowa Krafft-Ebinga, znakomitego uczonego na temat cudzołóstwa (1906): „Niewierność żony pod względem moralnym charakteryzuje się, w porównaniu z niewiernością męża, znacznie szerszymi powiązaniem i zawsze powinna spotykać się z surowszą karą z rąk prawa”. Dewiację seksualną (nazywaną ówczesnie perwersją) określał jako „Kaźde wyrażenie się instynktu płciowego, które nie odpowiada celowi natury, tj. rozmnażaniu”. W siedemdziesiąt cztery lata później Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne dewiacje seksualne zdefiniowało jako „istotne cechy zaburzeń, w których do podniecenia seksualnego konieczne są dziwaczne obrazy lub akty”. Widać zatem, jak dalece w tym samym stuleciu zmienił się pogląd na temat dewiacji, a także zrad, czego przykładem jest codzienna praktyka życiowa i prawna. Dawniej dewiacje seksualne były traktowane jako choroba wyraźnie odbiegająca od pojęcia normy, kiedy już więcej wiemy o istocie dewiacyjności, okazało się, że nie ma takich ostrych granic, a między dewiacyjnością a tzw. normalnymi zachowaniami seksualnymi istnieje pewna ciągłość.

107

Innym problemem — według Ch. Browna — jest epidemiologia dewiacji seksualnych. Nasze poglądy o dewiacjach najczęściej są zdeterminowane przez doświadczenia kliniczne, czyli przez populację zgłaszającą się terapeutów lub kierowaną przez wymiar sprawiedliwości. Prawda jest jednak taka, że ujawniona populacja jest zaledwie małą częścią tej nie ujawnionej, a drugie stanowi populację szczególną (np. istnieje w niej powiązanie dewiacyjności z zaburzeniami psychicznymi). Nie wiemy, jacy są ludzie z cechami dewiacyjnymi, którzy nigdzie nie szukają pomocy i nie popadają w konflikt z prawem. Były wprawdzie przeprowadzone różnorodne badania naukowe dotyczące dewiantów, ale obejmowały tych ujawniających się. Badać Wilson i Gosselin w 1980 roku za pomocą specjalistycznych kwestionariuszy i testów przebadali różne grupy dewiantów, ale okazało się, że na 12 fetyszystów udało im się zbadać 125, a na 600 sadystów — 133. Wyniki badań uzyskane z ujawnionej i poddającej się tym badaniom populacji, nie dają obrazu całości, a należy sądzić, iż klucz do poznania dewiacyjności tkwi właśnie w tej nie ujawnionej populacji. Przeprowadzenie takich pełnych badań jest jednak obecnie bardzo trudne, ponieważ nie ma jeszcze sprzyjającego klimatu społecznego umożliwiającego ujawnianie własnych zachowań i potrzeb dewiacyjnych. Po drugie wiele osób uważa siebie za normalnych i nie widzi potrzeby odsłaniania siebie wobec kogokolwiek poza ewentualnymi partnerami.

Innym problemem jest złożoność obrazu dewiacji. Dość długo istniało przekonanie, że u danej osoby istnieje konkretna postać dewiacji, a u nielicznych jedynie wielodewiacyjność. Okazało się to jednak trudniejsze niż sądzono. U wielu osób jednocześnie współistnieją różne postaci dewiacji, nawet nie wiemy, jaki jest zakres tego zjawiska. Występując w charakterze biegłego sądowego, miałem do czynienia z trzema osobami, u których współistniało ponad pięć form dewiacji. U dziewięciu współistniały trzy-cztery formy dewiacji, a dwie u dwudziestu jeden, a przecież były te osoby, które weszły w konflikt z prawem i dzięki temu zostały ujawnione. Jaki jest społeczny zakres tego zjawiska, jeszcze nikt nie potrafi odpowiedzieć na pytanie.

Innym problemem jest natężenie potrzeb i zachowań dewiacyjnych; Również zbyt mało wiemy na ten temat. U jednej osoby zachowania dewiacyjne stanowią wyłączną formę realizacji potrzeb seksualnych, u drugiej w różnym natężeniu współistnieją one z tzw. normalnym życiem

seksualnym, a u jeszcze innych są to epizodyczne doświadczenia seksualni
Wiadomo również, że wielu tzw. normalnych ludzi ma wyobraźnię ro-
budowaną treściami dewiacyjnymi, których w praktyce nie realizuje. Może
wynikać z braku takiej potrzeby, ale również z hamowania tych pot:
z lęku przed karą, nie sprzyjającym klimatem społecznym. Gdyby hipote-
tycznie założyć, iż w danym społeczeństwie akceptowane byłyby wszel
108

formy aktywności seksualnej, to ilu ludzi zaczęłoby ujawniać zachowania
dewiacyjne i dla ilu byłoby one pożądaną i podstawową formą ich życia
seksualnego? Pytania tego rodzaju można mnożyć, na razie jednak pozostają
bez odpowiedzi.

Kolejnym problemem jest mechanizm powstawania dewiacji seksual-
nych. Fakt, iż istnieje wiele teorii na ten temat, dowodzi, że jest to jeszcze
nie w pełni poznane zjawisko. U niektórych osób można mówić o mecha-
nizmach wrodzonych, u innych o neurohormonalnych, wyuczonych itd.
Obecnie wiele mówi się o wczesnych uwarunkowaniach, np. podniety typu
dewiacyjnego przypadkowo doświadczone w dzieciństwie. Powstałe uwa-
runkowanie ma tendencje do rozwijania się u osobowości zamkniętych
w sobie i wychowywanych rygorystycznie (co przeszkadza w wytlumieniu
tych doświadczeń). Rzecz w tym, że często trudno dotrzeć do tych wczes-
nych uwarunkowań, mogą one bowiem zostać usunięte z pamięci, stłu-
mione itp.

Powiązania między dewiacjami a relacjami partnerskimi są zróżnicowane.
U niektórych osób istnieją zachowania dewiacyjne przy braku jakichkolwiek
relacji partnerskich, np. transwestyta, przebijając się w odzież drugiej płci,
może być „samowystarczalny” seksualnie i nie nawiązuje żadnych kontaktów
z innymi osobami. U innych istnieje równoległość zachowań dewiacyjnych
i typowych (tzw. normalnych) związków partnerskich, może ona (i często tak
zresztą bywa) przypominać podwójną osobowość. Partnerowi wydaje się, że
całkowicie zna daną osobę, tymczasem może nawet nie podejrzewać, iż istnieje
u niej ukryte drugie życie. Wilson stwierdził, że 69% fetyszystów ma stałe
związki heteroseksualne, pozbawione wszelkich elementów dewiacyjności;
podobnie jest także w innych typach dewiacji. Poznanie tej drugiej natury przez
partnera najczęściej bywa przypadkowe (ostatnio zgłosiła się do mnie
szokowana kobieta, która po siedmiu latach małżeństwa dowiedziała się, że
mąż jest transwestytą, nakryła go przypadkowo, wcześniej wracając do domu,
i przyznał się, że robi to od okresu przedmałżeńskiego, często i systematycz-
nie). Odkrycie to inoże nastąpić w bardziej szokującej formie, gdy żona np.
dowie się, że jej partner, będący dla niej uosobieniem ideału dobrego męża
i kochanka, jest groźnym przestępcą seksualnym. W innych przypadkach
dewiacyjne zachowania wprowadzone są w relacje partnerskie i osoby takie
traktują to jako nieszkodliwe dziwactwa, które im osobiście nie przeszkadzają.
W końcu zdarzają się relacje partnerskie opierające się na wzajemnych
dewiacyjnych potrzebach, np. w związkach sadomasochistycznych.
W związku z tym pojawia się kolejny problem — czy dewiacyjność
można ograniczyć do tzw. normy partnerskiej? Chodzi tu o stwierdzenie, iż to
wszystko, co odpowiada partnerom i daje im wzajemną satysfakcję, można
uznać za normę. Nie jest to jednak takie proste i nasuwa się wiele wątpliwości,
a mianowicie: czy i jaki wpływ ma dewiacyjność na rodzicielstwo, funkcje
109

wychowawcze i czy dzieci zrodzone z takich związków mogą mieć nieprawid-
łowe środowisko wychowawcze? Czy więc z tego wynika, iż dewianci nie

powinni mieć dzieci i należałoby pozbawić ich władzy rodzicielskiej? Na te pytania nie można odpowiedzieć w sposób jednoznaczny, konieczne jest bowiem uwzględnienie specyfiki każdego przypadku, a to przecież też nie jest łatwe. Kto to ma robić i jakie należy przyjąć kryteria?

Pytania i problemy wiążące się z dewiacjami seksualnymi można mnożyć świadczy to o randze tych spraw. Na zakończenie przejdźmy do zagadnienia leczenia. Jak już wspomniałem, jedynie część osób z dewiacjami seksualnymi odczuwa potrzebę leczenia, inne są do tego zmuszane (np. na żądania partnera, organów sprawiedliwości, z lęku przed karą). Ważna jest motywacja leczenia, jak również realne szanse tego przedsięwzięcia.

SADOMASOCHIZM

Definicja

Według klasyfikacji ICD-10 oznacza preferowanie aktywności seksualnej obejmującej doświadczanie (masochizm) i/lub sprawianie (sadyzm), co najmniej jednego z następujących doznań:

- ból,
- upokorzenie,
- krępowanie.

Aktywność sadomasochistyczna stanowi najważniejsze źródło pobudzenia i jest niezbędna do gratyfikacji seksualnej.

SADYZM

Sadyzm to osiągnięcie satysfakcji seksualnej przez psychiczne i/lub fizyczne, znęcanie się nad partnerem. Jedną z częściej spotykanych parafilii. Pojęcie sadyzmu wprowadził do seksuologii w 1886 roku Krafft-Ebing w monografii „Psychopatia seksualna”. Termin wywodzi się od nazwiska francuskiego pisarza Donatien Alphonse, markiza de Sade'a (1740-1814).

Wielu autorów (np. Erich Fromm) wyodrębnia trzy rodzaje sadyzmu: j

- uzależnienie innych od siebie, dążenie do posiadania nad nimi władzy,
- wykorzystywanie, eksploatowanie innych,
- chęć zadawania innym cierpienia, bólu lub oglądania ich cierpienia.

O ile te dwa pierwsze rodzaje sadyzmu są częściej spotykane, o tyle sadyzm seksualny obejmuje około 5% mężczyzn i 2% kobiet (McCary 1992).

Można wyodrębnić kilka form sadyzmu seksualnego:

- Sadyzm fantazyjny

110

Polega na wyobrażaniu sobie zachowań sadystycznych wobec obiektów erotycznych w trakcie masturbowania się, współżycia, a zarazem nie ma ich w konkretnych zachowaniach wobec partnera. Ogranicza się jedynie do świata fantazji, wyobraźni. Źródłem tego rodzaju fantazji może być własna wyobraźnia, wydawnictwa pornograficzne, filmy, literatura. Istnieje u danej osoby jakby podwójny świat psychiczny: jeden ujawnia się w fantazjach, a drugi na jawie. Zdaniem wielu badaczy ten typ sadyzmu występuje u osób obdarzonych wysokim poziomem intelektualnym, z bogatym światem fantazji, dobrze zaadaptowanych do życia społecznego. Sadyzm tego rodzaju może ujawniać ukryte tendencje tego typu, może być również zakodowanym doświadczeniem, np. z pornografii. Traktowany bywa również jako bodziec pobudzający erotycznie w wyniku odczuwanego osłabienia reakcji seksualnych. Zdarza się również, iż sadyzm fantazyjny wynika z ukrytych postaw agresywnych wobec drugiej płci, z poglądów przyswojonych w środowisku rówieśniczym, pełnych ujemnych ocen i przykładów źle świadczących o naturze kobiecej. Jeden z moich pacjentów zaczął odczuwać potrzebę fantazjowania na ten temat, kiedy okazało się, że jego pierwsza żona zdradzała go. Odtąd wszystkie kobiety zaczął

traktować jako łatwe do zdobycia, z natury niewierne i określał je znanym wszystkim epitetem. Był jednak na tyle dobrze wychowany, że nie ujawniał swoich przekonań wobec partnerek seksualnych i we współżyciu z innymi fantazjował, że je zniewala, gwałci, że robią to też inni mężczyźni, a one cierpią. Polega na tym, że w trakcie współżycia seksualnego świadomie unika się zaspokajania oczekiwań i potrzeb partnerki w celu wywołania u niej żalu, przykrego rozczarowania, dyskomfortu.; Jej oczekiwania i potrzeby są dobrze znane, ale świadomie unika się ich realizacji. Ta forma sadyzmu bywa niekiedy bardzo subtelna i trudna do odczytania, łatwo ją też mylić z zachowaniami partnera wynikającymi z niewiedzy, braku pełnego poznania upodobań seksualnych partnerki. W znanych mi przypadkach tego rodzaju jeden z mężczyzn kończył stosunek, kiedy orientował się, że u partnerki zbliża się orgazm. Inny unikał ulubionych pieszczot partnerki. Zbliżoną do tego formą jest stosowanie pieszczot, których nie lubi dana kobieta, ale nie wyczuwa się żadnej formy nacisku czy przymusu wobec niej. Partner jakby „zapomniał”, że ona nie lubi danej pieszczoty. W tej formie sadyzmu ujawnia się ukryta agresja wobec danej kobiety, odmawia S'C jej tego, na czym jej najbardziej zależy. Taka postawa jest możliwa jedynie wobec kobiety uzależnionej, podporządkowanej, głęboko zakochanej.

- Flagellantyzm (łac. flagella — różga)

Polega na odczuwaniu podniecenia seksualnego w wyniku chłostania siebie lub innych osób.^Podniecie seksualna stanowi widok obnażonych pośladków. Flagellantyzm był rozpowszechniony w Europie w wieku XIII-XIV.

111

- Saliromania (fr. salir — brudzić)

Źródłem podniecenia seksualnego jest pobrudzenie innych moczerkałem, atramentem itp. Odmianą saliromanii jest pollucjonizm, polegający na brudzeniu ubioru kobiet nasieniem.

r

Wampiryzm seksualny

Odmiana sadyzmu połączona z fetyszizmem. Krew pełni rolę fetysz

Źródłem podniecenia seksualnego jest widok lub smak krwi drugiej osoby a wiąże się to z drapaniem, gryzieniem, piciem krwi, a w skrajnych formach z pożeraniem ciała partnera.

- Mord z lubieżności

Skrajna odmiana sadyzmu, w której źródłem rozkoszy seksualnej jest mordowanie ofiary.

Sadyzm częściej występuje u mężczyzn. Bywa też u kobiet, ale w skrajnie agresywnych formach spotykany jest tu wyjątkowo rzadko. Niektóre formy agresji są wyrazem zaspokajania potrzeb partnera — masochisty, kobieta zatem jest nastawiona na realizację jego prośb i oczekiwań nie zawsze wynikających z własnych pragnień. Zdarzają się niekiedy, choć rzadko, przypadki okrucieństwa seksualnego kobiet. Formy sadyzmu agresywnego kobiet najczęściej polegają na biciu partnera, ranieniu go do krwi. Natomiast częściej, w porównaniu z mężczyznami, spotyka się psychiczne formy agresji sadystycznej, co jest zgodne ze spostrzeżeniami psychologów, iż u mężczyzn zwykle występują fizyczne, a u kobiet psychiczne formy agresji. Sadyzm psychiczny kobiet polega na poniżaniu mężczyzny, ośmieszeniu go w roli partnera seksualnego, zwiększaniu pułapu wymagań, o których wiadomo, że nie będzie w stanie ich zaspokoić. Inne kobiety stosują bardziej wyrafinowane formy i np. drobiazgowo odtwarzają własne doświadczenia seksualne, budowę i zachowania innych mężczyzn. Potrafią również opowiadać ze szczegółami zdrady, inne domagają się obecności partnera w trakcie zdradzania go z innym

mężczyzną. Słowne formy sadyzmu przebiegają od nader subtelnych postaci aż do brutalnych, bardzo silnie uderzających w poczucie męskiej godności. Hirszfeld pisał, że istnieje też typ kobiet-sadystek, które wybierają sobie n; partnerów zniewieściałych mężczyzn, młodszych od siebie, całkowicie i; podporządkowanych we wszystkich dziedzinach, dręcząc ich moralnie i słó' nie w formie niezwykle celnie trafiającej w słabe punkty danej osoby. Często spotykaną formą sadyzmu kobiecego jest również świadome prowokowani mężczyzny aż do „stanu wrzenia”, a następnie cyniczna zmiana postawy odrzucającą i ośmieszającą. Możliwości marny wiele i również trudno nieki© poznać, czy mamy tu do czynienia z sadyzmem czy innego rodzaju chowaniem.

112

Zapewne wielu czytelników po tej lekturze zacznie podejrzewać sadyzm u siebie czy drugiej osoby, inni poczują powołanie detektywistyczne i będą uSiłowały badać partnera na własną rękę. Otóż chciałbym wrócić do podstawowej definicji — z sadyzmem mamy do czynienia wtedy, gdy zachowania sadystyczne stanowią podstawową, główną formę zaspokajania potrzeb seksualnych, osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Nie są natomiast sadyzmem (w sensie dewiacji seksualnej) epizodyczne zachowania tego rodzaju, czy też przejawy agresji, wynikające np. z poczucia żalu, rozczarowania wobec osoby partnera. Sadyzm jest zatem orientacją psychoseksualną, źródłem rozkoszy, przyjemności, orgazmu, trwałą postawą, aczkolwiek nader zróżnicowaną w formach.

Należy również pamiętać o tym, że sadyzm ulega również pewnej ewolucji w życiu wielu osób. Możliwa jest zmienna forma zachowań sadystycznych, z czasem formy czynne mogą przechodzić w fantazyjne lub odwrotnie. Sadyzm może również przerodzić się w masochizm albo występuje z nim na przemian. Wiele również zależy od osoby partnera, okoliczności. -

Przyczyny^}

Przyczyny sadyzmu są bardzo różne, wymienię te najważniejsze:

- mechanizmy wczesnodziecięce: np. w osiemnastym miesiącu życia ciało ulega schematyzacji w psychice dziecka, mogą tu w wyniku błędów wychowawczych powstać tendencje sadomasochistyczne,
- wpływ fantazji i wyobraźni erotycznej towarzyszącej masturbacji, powstałej w wyniku oddziaływania pornografii, brutalności seksualnej w kinematografii, telewizji,
- poczucie małej wartości, kompleksy; sadyzm jest wówczas mechanizmem obronnym o charakterze kompensacyjnym,
- urazy, niepowodzenia seksualne i uczuciowe, doświadczenia brutalnego czy bardzo przykrego odrzucenia i zlekceważenia; zachowania sadystyczne stają się wówczas formą zemsty, odwetu, potrzeby karania,
- niektóre osobowości nieprawidłowe, asocjalne,
- niekiedy jako objaw zaburzeń psychicznych.

Powyższe rozważania o sadyzmie mogą niektórym Czytelnikom wydać się nieco skomplikowane, ale nader często jest on utożsamiany jedynie z jedną formą — wyjątkowo nasiloną agresją seksualną, przestępczością na tym tle. Stąd pojęcie sadyzmu kojarzy się automatycznie z przestępstwem i koniecznością karania. Bo tak naprawdę, to sadyzm porównać można z „górami lodowymi”, której jedynie „wierzchołek” jest ujawniany w życiu społecznym, trafia do sądów, a pozostała, przeważająca większość sadystów seksualnych nigdzie nie jest uwzględniana. Wynika to z kilku przyczyn. Wielu sadystów wiąże się z partnerami o typie masochistycznym i są to związki udane, trwałe. Po drugie

wielu z nich (zwłaszcza inteligentnych psychopatów) umiejętnie zaspokaja własne potrzeby i skutecznie unika konfliktu z prawem. Jednakże wieloprzypadków sadyzmu jest na tyle zawoalowanych, iż partnerzy nie pode rzewają nawet jego istnienia.

Czy leczenie sadyzmu jest możliwe i skuteczne? Otóż jest to bardzo trudna sprawa. W porównaniu z innymi dewiacjami brak jest specyficznej metod leczenia sadyzmu. Ponieważ ma on głębokie powiązania z całą osobowością człowieka i obejmuje wszystkie jej wymiary, leczenie jest trudne, gdyż rekonstrukcja osobowości nie zawsze jest możliwa i skuteczna. Obecnie w wielu czołowych ośrodkach seksuologicznych na świecie stosowana jest psychoterapia dynamiczna oraz treningowa. Sadystom niebezpiecznym podaje się leki antyandrogenowe, które zmniejszają popęd, umożliwiając ograniczenie lub likwidowanie zachowań sadystycznych.

MASOCHIZM

Termin „masochizm” wprowadził do nauki słynny seksuolog Krafft-Ebing. Pierwotnie oznaczał on dewiację seksualną, polegającą na osiągnięciu satysfakcji seksualnej w wyniku cierpienia psychicznego lub fizycznego zadawanego przez partnera lub samemu sobie zamiast albo w trakcie stosunku seksualnego. W późniejszym okresie psychoanaliza upowszechniła to pojęcie masochizmu dotyczące typu osobowości. McCary podaje, że masochizm (dewiacja) występuje u 2,5% mężczyzn i 4,6% kobiet. Nie jest to prawdą, że cechy masochistyczne są rzekomo typowe dla natury kobiecej a sadystyczne dla męskiej. O ile pierwowzór sadyzmu — markiz de Sade — jest postacią dobrze znaną i jego prace są obecnie wydawane, poświęci mu też wiele opracowań, o tyle pierwowzór masochizmu jest obecnie postacią zapomnianą, dlatego warto o nim krótko przypomnieć. Leopold Sacher-Masoch żył w latach 1836-1895, był pisarzem, w którego twórczości stał się powtarzać się motyw dumnej władczyni („Wenus w futrze”) ze szpicrut w ręce, panującej nad niewolniczo jej oddanym mężczyzną. Prawie wszyscy bohaterki jego dzieł to kobiety mocne, sataniczne, niszczące mężczyzn. Wspomniany motyw tej twórczości wiąże się z różnymi wydarzeniami w jego życiu. Był delikatnym i słabowitym dzieckiem, które od dzieciństwa było świadkiem okrucieństw rewolucji 1846, a następnie 1848 roku. W 1848 roku przeżył wydarzenie, które na długo utkwiło mu w pamięci: młoda krewna zabrała go na barykadę w Pradze, gdzie trzymając w ręce pistolety dowodziła obroną. Obraz młodej kobiety w futrze, przywódczyni, zakodował się w jego podświadomości. Kolejnym urazowym doświadczeniem była pierwsza miłość do znacznie starszej kobiety Anny Kottwitz; więź seksualna między nimi miała charakter sadomasochistyczny. Po ukazaniu się najbardziej słynnej powieści

„Wenus w futrze” (1870) kolejne jego kochanki wcielały się w literackie role wobec niego, zaspokajając seksualne potrzeby.

Sacher-Masoch zapewne nie przewidział, że przetrwa w pamięci jako uosobienie masochizmu, a nie jako autor licznych dzieł literackich i naukowych (habilitował się mając dwadzieścia lat). Jakkolwiek nazwa masochizmu związana jest z jego osobą, to jednak zjawisko jako takie było znane wcześniej i jego wątki znajdujemy w licznych dziełach literackich, począwszy od starożytności (np. u Lukrecjusza). W dziełach Alfreda de Musset wątek masochizmu został przedstawiony niejako w skondensowanej posfacy: „Żywiłem do mej kochanki wprost niepohamowaną namiętność, wskutek tego

nabrało całe moje życie czegoś mnichowskodzikiego. Chcę na to przytoczyć tylko jeden przykład: Dała mi ona swój miniaturowy portret w medalionie, nosiłem go na piersi, jak to czyni wielu mężczyzn. Ale pewnego razu znalazłem u tandeciarza bicz żelazny, na którego końcu umieszczona była blaszka zaopatrzona kolcami, kazałem sobie przymocować medalion do tej blaszki i tak go nosiłem. Kolce, które przy każdym ruchu wbijały mi się w pierś, sprawiały mi tak osobliwą rozkosz, że czasem przyciskałem je ręką, bym czuł, jak wbijają się głębiej". Opisy literackie masochizmu są bardzo zróżnicowane, a niektóre przybrały wręcz charakter swoistych traktatów filozoficznych, np. Zimmermanna „Rozkosz cierpienia". W pracach pionierów seksuologii znajdujemy liczne opisy zachowań masochistycznych, przedstawiane przez ich pacjentów. Partnerkami były najczęściej prostytutki zaspokajające najbardziej wybredne i dziwaczne potrzeby swych klientów. Czegóż tam nie ma: opisy klucia, bicia, przypalania ciała, deptania, torturowania, z zastosowaniem najbardziej pomysłowych narzędzi tortur. Niektórzy masochiści przedstawiali sceny sądów nad nimi, skazywanie ich na śmierć i wykonywanie wyroku. Pomysłowość w tej materii zaiste była zastanawiająca.

Od czasu, jak masochizmem zainteresowała się nauka, całe zagadnienie zaczęło się komplikować, zwłaszcza w psychoanalizie. Źródła masochizmu zaczęto odkrywać w pewnych mechanizmach nieprawidłowego rozwoju w okresie dzieciństwa (tzw. masochistyczny charakter).

Znany psychoanalityk Eidelberg wyodrębnił wiele mechanizmów rozwoju i postaci masochizmu, wiążąc go z zaburzeniami identyfikacji z płcią, wczesnodziecięcymi doświadczeniami (np. przeżycie przyjemności w trakcie kary fizycznej ze strony rodziców), z moralnym poczuciem małej wartości (wówczas masochizm jest odbierany podświadomie jako zasłużona kara i poniżenie). Tendencje masochistyczne badacz ten rozpoznawał u wielu oziębłych kobiet i u impotentów.

Inni, współcześni psychoanalitycy, źródeł masochizmu dopatrują się w krytycznym okresie identyfikacji z płcią, która przypada na osiemnasty życia, a później czwarty - piąty rok. Wówczas np. lęk kastracyjny, racja więzi z matką, poczucie winy wzbudzane przez rodziców mogą

115

er. I

i

Ta

sprzyjać rozwojowi tendencji masochistycznych. Niektórzy badacze stwili, że czasem u dzieci bicie wywołuje przekrwienie miednicy, które może prowadzić do erekcji, a w starszym wieku również do wytrysku. To skojarzenie kary, cierpienia, bólu z przyjemnością może ulec zakodowaniu i sprzężeniu Erich Fromm wiąże masochizm z poczuciem samotności i braku znaczenia: „Przerażona jednostka szuka czegoś lub kogoś, do kogo mogłaby przywiązać, niezdolna jest już dłużej być swoim własnym, indywidualnym Ja desperacko usiłuje pozbyć się go i poczuć się znowu bezpiecznie, zrzuciwszy to brzemie swego Ja. Masochizm jest jedną z dróg wiodących do tego celu Fantazje samobójcze bywają ostatnią nadzieją tych, których zawiodło Ju; wszystko, co miało ulżyć ich samotności". O powiązaniu niektórych masochistycznych tendencji z potrzebą śmierci świadczą przykłady samozaspokajania się, w których satysfakcja seksualna jest osiągnięta przez bodźce zagrażające życiu (np. stosowanie prądu elektrycznego, podwieszanie się itp.). Masochizm, zdaniem Murraya, w tym szerszym psychicznym znaczeniu, wiąże się z potrzebą szukania więzi z innymi ludźmi za cenę poniżenia

wobec nich, okazywania uległości. Masochizm jest zatem formą szukania spotkania z ludźmi, uzyskania ich akceptacji nawet za cenę cierpienia. Ludziami tacy mają fatalistyczną wizję świata, pomniejszając swoją wartość, odczuwając przyjemność z powodu kary, bólu, choroby, niepowodzenia. Są w kontaktach z innymi służalczy, bojaźliwi, bierni, prowokują agresję skierowaną na siebie. Inni ujawniają agresję wobec własnego Ja: wyrzekają się przyjemności, dyskredytują siebie, prowokują odrzucenie, odrzucają przejawy życzliwości innych, doprowadzają do konfliktów w swych związkach partnerskich, sytuacji karania przez drugą osobę. Bardziej subtelną postacią takiej masochistycznej postawy jest tzw. moralny masochizm, kiedy dana osoba obniża własną ocenę etyczną, traktuje siebie jako największego grzesznika, godnego jedynie potępienia. Wspomniane psychiczne cechy masochistyczne mogą wiązać się z określonymi zachowaniami seksualnymi, ale niekoniecznie. Poziomy ujawniania się cech masochistycznych są różne: od braku ich aż do najbardziej skrajnych form.

Można wyodrębnić następujące poziomy masochizmu:

- Podporządkowywanie się osobie partnera, połączone z samoponiżeniem się, poczuciem braku wartości w roli partnera, nastawieniem zaspokajania wszystkich oczekiwań partnera przy rezygnacji z własnych potrzeb.
- Ograniczenie potrzeb masochistycznych do fantazji erotycznych, towarzyszących masturbacji, współżyciu seksualnemu. Okazało się, 12% kobiet i 22% mężczyzn ma sadomasochistyczne fantazje seksualne.
- Realizacja potrzeb masochistycznych poza stałym związkiem małżeńskim. W tym przypadku najczęściej dotyczy to mężczyzn, którzy

116
nawiązują kontakty z prostytutkami, tymczasem ich małżeńskie współżycie jest wolne od takich praktyk. Zdarzają się również romanse, umożliwiające realizację potrzeb masochistycznych. Istnieje tu jakby rozdzielenie Ja między osoby partnerów seksualnych.

- Prowokowanie podświadome partnera do przejawów niezadowolenia, agresji. Zapewne wiele osób zetknęło się z określonym typem partnera seksualnego, który swoim zachowaniem prowokuje do agresywności mimo pierwotnie braku takich potrzeb. Są później zaskoczeni faktem, że nieoczekiwany z ich strony wybuch agresji spotkał się z niespodziewanie życzliwym przyjęciem i wyzwolił u drugiej osoby pozytywne reakcje seksualne.
- Prowokowanie partnera do sadystycznych zachowań seksualnych. Mamy tu do czynienia z bardzo zróżnicowanymi oczekiwaniami i zachowaniami: u jednych obserwuje się poszukiwanie surowych, karzących partnerów seksualnych, u drugich takich, którzy wprost będą zadawali ból w trakcie współżycia (psychiczny, fizyczny), u jeszcze innych obserwuje się zespół prowokowanej zdrady, koprolagnię, urolagnię, oddawanie osoby partnera komuś innemu i obserwowanie tego współżycia. Są również spotykane bardziej wyrafinowane formy masochizmu, w których zadawanie ran, klucie, torturowanie są oczekiwanym bodźcem seksualnym.

Delikatnym zagadnieniem są fantazje niektórych kobiet o byciu gwałconą. Mogą one wyrażać tendencje masochistyczne, ale niekoniecznie. Dopiero dokładniejsza analiza osobowości kobiety pozwala zbadać jej prawdziwe ukryte motywy. Spotkałem się z przypadkami, kiedy tego rodzaju fantazje wynikały z potrzeby współżycia, a były tłumione przez poczucie winy. Czasem

zbyt delikatne, zniewieściałe zachowanie partnera seksualnego prowokowało fantazje o byciu brutalnie zdobywaną przez „prawdziwego mężczyznę”. W innych natomiast sytuacjach fantazje te wynikały z lęku przed gwałtem, przeniesieniem obrazów z filmów, opowiadań o takich faktach, wydarzeń opisanych w prasie. Podkreślam to dlatego, że często się zdarza, iż dana kobieta na podstawie takiego snu zgłasza się pełna niepokoju do seksuologa z rozpoznaniem u siebie masochizmu.

U niektórych kobiet ich tendencje masochistyczne (często nie uświadomione) wiążą się z powstaniem związków partnerskich z mężczyznami o sadystycznej, psychopatycznej osobowości, z różnego rodzaju przestępcami, z osobami w zaawansowanym stadium uzależnienia od alkoholu itp. Tego rodzaju mężczyźni potrafią silnie zauroczyć, czasem wręcz zniewolić, wzbudzić

Pożądanie, są oni bowiem uosobieniem silnych, bezwzględnych ludzi. Obserwacja wskazuje, że związki między osobami ujawniającymi cechy sadystyczne i masochistyczne są bardzo trwałe i wzajemnie uzupełniają się.

117

Z reguły nie szukają oni pomocy, porady i dobrze się czują ze sobą zaspokajając własne potrzeby. U wielu innych osób cechy sadystycznej i masochistycznej występują równolegle i wówczas istnieje bardziej złożona konstelacja cech osobowości i więzi partnerskich.

Masochizm jest formą dewiacji, która niezmiernie rzadko trafia do sądów.] Potrzeby są zaspokajane w ramach związku z partnerem uzupełniającym psychicznie ujawniane oczekiwania. „Czyści” masochiści również stosują rzadko przychodzą do gabinetów seksuologów. O wiele częściej spotykani są ludzie z osobowościami masochistycznymi, ujawniającymi problemy seksualne, pedofilne, konflikty w swych związkach.

Masochizm, podobnie jak i sadyzm, przekraczają granice seksualność człowieka, wiążą się z osobowością, ujawniają bardzo złożone i różnorodne źródła swego rozwoju. Wielu badaczy skłoniło, do rozważań co do istot kultury, natury, cywilizacji.

SADOMASOCHIZM A ZGWAŁCENIA

Langevin (1985) stwierdza, że w zgwałceniu sadystycznym sam akt gwałcenia pojawia się jako produkt uboczny. Gratyfikacja seksualna jest; osiągnięta przez wywoływanie u ofiary strachu, bólu, urazu lub nawet śmierci. Zdaniem Sheridana i Huckera (1994) ten typ zachowania ma charakter cykliczny i powtarzalny. Nie należy zaniechać w takich przypadkach leczenia na rzecz zwykłego wyroku pozbawienia wolności. Popęd i narastające napięcia seksualne oraz niepohamowane fantazje będą nadal pchały skazanego gwałcenia. Połowa sprawców zaczyna doświadczać tego typu pobudzeni w wieku 21 lat (Abel & Rouleau 1990).

Rozpowszechnienie zgwałceń sadystycznych w ogólnej liczbie zgwałceń jest różnie oceniane, od 5-10% (Abel 1988), do 45% (Fedora 1992). Te różnice wynikają ze zróżnicowania koncepcji klasyfikacji sadyzmu seksualnego, jak również z wyników badań empirycznych. Dewiacyjne preferencje seksualne mogą ujawniać się w sprzyjających warunkach także w typowej heteroseksualnej populacji: pod wpływem alkoholu (Barbaree 1983). uzyskanie zgody (Quinsey 1981), doświadczenia (Yates 1984), podniecenia ofi podczas zgwałcenia (Malamuth 1980), oglądania przed czynem agresywnej pornografii (Marshall 1991). W jednym z badań nad studentami respondenci oceniali, że 45% mężczyzn miałoby chęć na gwałt, gdyby mieli gwarancję bezkarności, a 32% kobiet chciałoby zostać zgwałconymi, jeżeli nikt by się o tym nie dowiedział (Malamuth 1980). Zapytani o własne upodobania. 51

badanych mężczyzn chciałoby zgwałcić bez ponoszenia konsekwencji, a tylko 2% kobiet odczuwałoby przyjemność z bycia gwałconą. Średnio : studentów przyznało, że mogłoby dokonać gwałtu w określonych warunkach (Malamuth 1980), jednak aż 60% ma tego typu pragnienia (Briere 1981)

W innym badaniu (Koss 1987) 12% studentów przyznało się do użycia przymusu do odbycia stosunku seksualnego z niechętnym partnerem. McCannagh (1993) stwierdził, że do 15% kobiet przyznaje, że na początku były zmuszane do aktywności seksualnej, która później sprawiła im przyjemność. Hunt (1974) uważa, że około 5% mężczyzn i 2% kobiet osiąga przyjemność seksualną przy zadawaniu bólu, a 3% mężczyzn i 5% kobiet przy doświadczaniu bólu.

EKSHIBICJONIZM (OBNAŻALSTWO)

Definicja

Według klasyfikacji ICD-10: powtarzająca się lub utrwalona skłonność do okazywania narządów płciowych zaskoczonym, obcym osobom (zwykle płci przeciwnej), której prawie zawsze towarzyszy podniecenie seksualne i masturbacja. Nie występuje zamiar lub zachęta do odbywania stosunku seksualnego z osobą „świadka” tego zachowania.

Jest to jedna z najczęściej rozpowszechnionych form parafilii (dewiacji seksualnych) i polega na osiąganiu satysfakcji poprzez publiczne i zaskakujące obnażanie własnych narządów płciowych wobec anonimowych osób.

Nazwa ekshibicjonizm wywodzi się z łacińskiego „exhibere” — wystawiać, ukazywać, pokazywać i upowszechnił ją Laseque w 1877 roku.

Dane z USA dowodzą, że rocznie blisko 40 milionów kobiet spotyka się z zachowaniem ekshibicjonistycznym wobec siebie. Z badań przeprowadzonych w 1992 roku w Polsce wynika, że 16% ogólnej populacji kobiet i 5% mężczyzn zetknęło się z ekshibicjonistą, najczęściej w dużych miastach i na plażach.

Rozwój preferencji ekshibicjonistycznych najczęściej przebiega długotrwale i wolno. Przyczyny mogą sięgać do wczesnych faz rozwoju psychoseksualnego. Zdaniem psychoanalityków ekshibicjonizm wiąże się z nierozwiązanym kompleksem Edypa, zaprzeczeniem kompleksu kastracji, zastępczą formą ukrytych uczuć kazirodczych wobec matki, z ekspresją lub represją tendencji homoseksualnych. Zdaniem wielu badaczy ekshibicjonizm wyraża działania magiczne zmierzające do przekształcenia świata zewnętrznego, np. jako rozładowanie seksualnego napięcia, demonstrowanie męskiej dominacji, prowokowanie zainteresowania sobą u kobiet. Tę ostatnią hipotezę potwierdzają różne wyniki badań osobowości ekshibicjonistów: słaba więź z ojcem, nieśmiałość, zahamowania, poczucie niższej wartości, neurotyzm, cechy histeryczne, niedojrzałość uczuciowa. Ekshibicjonistom przypisuje się wyższy poziom reaktywności seksualnej w stosunku do kobiet, w porównaniu z mężczyznami nie będącymi ekshibicjonistami. Potwierdziły to wyniki badań, kazało się, że ekshibicjoniści reagują podnieceniem w trakcie pokazywania

119
im slajdów lub filmów z ubranymi kobietami. Tego typu reakcje były rzadko ujawniane przez mężczyzn z grupy kontrolnej.

Zachowanie ekshibicjonistyczne poprzedzane jest objawami zwiastunowymi; napięcie, irytacja, niepokój, bóle głowy, pocenie się, klucia w cewki moczowej, poczucie przymusu.

Większość zbadanych ekshibicjonistów to mężczyźni w wieku 25-30 lat, wielu jest żonatych. Najczęściej zachowania ekshibicjonistyczne ogranicza się

do obnażania się, a dopiero później zdarzenie jest odtwarzane w trakcie masturbowania się. Część ekshibicjonistów masturbuje się w trakcie ekshibicjonizmu, a u innych wiąże się to z dotykiem, ocieraniem. W niektórych przypadkach ekshibicjonista stosuje przemoc, np. unieruchamia kobietę w windzie, straszy ją groźbą użycia siły, zgwałceniem. Z najnowszych danych wynika, że nie są to jedynie groźby — w 20% przypadków dochodzi do jej zrealizowania. Nie można zatem postrzegać ekshibicjonistów jako wyłącznie nieszkodliwych „maniaków seksualnych”. Połączenie obnażania się ze stwarzaniem poczucia zagrożenia i stosowaniem siły nazywa się peodeiktofilią — jest ona jedną z form ekshibicjonizmu. Istnieją zresztą różne pogranicza zachowań ekshibicjonistycznych, którym towarzyszą np. preferencje sadystyczne, masochistyczne, ocieractwo. Jedną z rzadziej spotykanych form pogranicza jest kandaulezizm, w którym sprawca osiąga satysfakcję przez pokazywanie innym nagości własnej partnerki, z którą jest uczuciowo związany.

Niektórzy badacze mówią o ekshibicjonizmie psychicznym, w którym sprawca wiele i nader naturalistycznie mówi o własnym seksie. Cechy ekshibicjonistyczne mogą być podświadome i ujawniają się w upodobaniu do pewnych zachowań, np. triolizm, nudyzm. To nie znaczy, że w tych ostatnich zachowaniach zawsze mamy do czynienia z ekshibicjonizmem — jedynie u niektórych osób takie preferencje istnieją.

Powszechnie sądzi się, że ekshibicjonizm to wyłącznie domena mężczyzn, a u kobiet nie zdarza się. Są jednak badacze, którzy preferencje ekshibicjonistyczne rozpoznają u kobiet, np. striptizerek — dotyczy to tych, które w trakcie ekspozycji własnego ciała osiągają orgazm. Opisano również kobiety osiągające orgazm w trakcie obserwowania pożądania u mężczyzn, wywołanego reakcją na ich ciało. To są nader subtelne stany pogranicza i wymagają potwierdzenia specjalnymi metodami badania.

Inny stereotyp: twierdzi się np., że ekshibicjoniści wybierają wyłącznie dorosłe wiekiem kobiety. To nie jest prawda. Tylko 40% zbadanych sprawców obnażało się wobec dorosłych kobiet, natomiast 20% wobec dziewczynek, 12% wobec nieletnich do 10 roku życia, a 22% wobec starszych wiekiem kobiet. W ostatnich latach obserwuje się nasilenie zachowań ekshibicjonistycznych wobec nieletnich i w tym przypadku dotyczy to sprawców mających¹ preferencje pedofilne. Badacz Flor-Henry opublikował w 1991 roku specjalny

120
raport, w którym stwierdza, że wielu ekshibicjonistów ma podobne cechy osobowości jak pedofile, nawet zapis EEG jest identyczny.

Ponieważ ekshibicjonizm należy do najczęściej spotykanych form przestępstw seksualnych, nie dziwnego, że populacja sprawców należy do dokładnie opracowanych. W niektórych klinikach zajmujących się przestępczością seksualną przebadano setki takich sprawców. Okazało się, że jest wiele możliwych przyczyn ekshibicjonizmu, np. niedojrzałość osobowości i psychoseksualna, w której unika się zachowań typowych heteroseksualnych na rzecz bezpieczniejszych". U części sprawców rozpoznano różnego typu lęki i fobie, np. wobec kobiet, pochwy, stosunku, na tle kompleksu zbyt małego członka itp. Część sprawców ma zaburzenia psychopatologiczne i zdarza się, że akt ekshibicjonistyczny jest objawem choroby psychicznej. U starszych wiekiem mężczyzn, którzy dotąd nie ujawniali takich zachowań, ekshibicjonizm może być objawem procesów miażdżycowych w ośrodkowym układzie nerwowym, guzów mózgu itd. Opisano ekshibicjonistów z cechami sadystycznymi (zachowanie ich ma na celu wzbudzenie poczucia zagrożenia i lęku),

masochistycznymi (oczekują wyśmiania, agresji). Niektórych do takich zachowań skłaniała pornografia sugerująca, że kobiety ekscytują się widokiem erekcji członka, a widok nagości mężczyzny jest przyjemnym bodźcem erotycznym.

Zróznicowane bywają oczekiwania ekshibicjonistów co do reakcji napastowanych przez nich kobiet, dziewczynek. Ekshibicjoniści mający cechy masochistyczne oczekują negatywnych i agresywnych reakcji, a mający cechy sadystyczne — lęku, strachu, paniki. Z kolei inni pragną zainteresowania ich osobą i wystarczy jedno takie doświadczenie, aby szukali cierpliwie dalej. Niektórzy, zgodnie z myśleniem magiczno-życzeniowym, spodziewają się, że obiekt napastowany okaże zainteresowanie i chęć odbycia stosunku.

Wielu ekshibicjonistów przypisuje wybranym obiektom erotycznym określone motywy, które miałyby potwierdzać dobrowolność i satysfakcję. I tak np., jeśli obnażali się przed oknami internatów i słyszeli śmiechy oraz widzieli ukradkowe spojrzenia, powtarzane w kolejnych dniach, to uznali, że nie robili niczego złego i zaspokajali ciekawość dziewcząt.-----

Obecnie opracowywane są specjalne metody leczenia ekshibicjonistów z zastosowaniem treningów, leków i psychoterapii. W specjalistycznych placówkach prowadzi się np. psychoterapię grupową. Opublikowano zachęcające dane na ten temat _____

Zebrano imponujące wyniki badań ekshibicjonistów, głosi się wiele teorii nawiązujących do zachowań w świecie zwierząt (np. ekspozycji fallusa jako yrażania dominacji i siły). Dzięki nim znikają stereotypy, o których była mowa wyżej. Zjawisko okazuje się złożone.

y Ekshibicjonizm wiąże się również z obyczajowością erotyczną. W wieku 1 XVI w Europie młodzi mężczyźni eksponowali genitalia przez noszenie 121

specjalnych osłon. W XX wieku pojawiła się moda na męski striptiz i tantf erotyczny, bary z roznegliżowanymi kelnerkami (bary topless), bieganie na w publicznych miejscach (streaking), nudyzm, obnażanie pośladków (mc ning). Można stwierdzić, że kultura masowa XX wieku przybrała chara ekshibicjonistyczny. Znalazło to również wyraz w tzw. bulwarowej pras| obnażającej tajemnice alkowy znanych osobistości, a także w pamiętni! wielu osób. Nic zatem dziwnego, że wymienione zmiany obyczajowe wpły na postawy wobec ekshibicjonizmu w wielu krajach i np. traktuje się zachowania łagodniej, a karze za wyjątkowo obsceniczne lub urazowe innych zachowania.

Leczenie

W leczeniu ekshibicjonizmu są stosowane różne metody:

- Psychoanaliza (wolne skojarzenia, analiza snów i ich interpretacja), i ona na celu ujawnienie ukrytych mechanizmów (np. lęku kastracyjneg impulsów kazirodczych), ich neutralizację i zmianę życia pacjenta.
- Techniki relaksacyjne w połączeniu z desensytyzacją. Opracowa przez pacjenta hierarchia sytuacji lękotwórczych jest neutralizowa dzięki tej metodzie. Jest ona przydatna w przypadku ekshibicjoniz wynikającego z lęku przed kontaktami z kobietą.
- Techniki awersyjne (np. elektrowstrząsy w przypadku reagowania pr pacjenta podnieceniem na widok kobiety pokazanej na slajdach ltj filmie). Obecnie tego typu metody są coraz rzadziej stosowane względu na małą skuteczność.
- Farmakoterapia, np. stosowanie leków antyandrogenowych.
- Metody treningowe (np. wizualizacja połączona z relaksacją).

Ważniejsze wyniki badań

- ekshibicjoniści obejmują 1/3 populacji z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w USA, Anglii i Kanadzie (Cox 1988),
 - 35% studentek z Hong-Kongu i 33% z USA było ofiarami ekshibicjonistów przynajmniej raz, żadna z Hong-Kongu i tylko 15% z USA zgłosiło to policji (Tsang i Lee 1982),
 - 1/3 leczonych ekshibicjonistów w przeszłości miało udowodnione napaści seksualne (Lang 1987),
 - w ciągu 10 lat od opuszczenia zakładu karnego po odbyciu wyroku za akt ekshibicjonistyczny aż 20,5% sprawców tych czynów okazało się recydywistami, a 41% z nich użyło przemocy seksualnej (Romero i Meyer-Williams 1985),
 - nadużywanie alkoholu ujawniło do 50% ekshibicjonistów (Langevin i Lang 1990),
- większość ekshibicjonistów ma nadopiekuńcze matki, dobre relacje z rodzicami (Dwyer 1988),
56% ekshibicjonistów doświadczyło seksualnej przemocy w dzieciństwie (Langevin 1989),
większość ekshibicjonistów chciałoby być bardziej atletycznie zbudowanymi, mieć większego członka, uważa, że ofierze widok jego członka sprawi przyjemność (Langevin 1983),
27,9% ekshibicjonistów jest także podglądaczami (Freund & Blanchard 1986),
u części ekshibicjonistów przyczyną zachowań były determinacje genetyczne, urazy głowy, uszkodzenia mózgu, zespół Tourette'a, uraz rdzenia kręgowego (De Fazio i Cunningham 1987),
w dotychczas przeprowadzonych badaniach nie wykazano zasadniczych różnic hormonalnych między ekshibicjonistami a grupą kontrolną (Langevin 1994).

122

OGLĄDACTWO (VOYEURISM)

Definicja

Według klasyfikacji ICD-10 jest to powtarzająca się lub utrwalona skłonność do oglądania ludzi uczestniczących w zachowaniach seksualnych lub intymnych, takich jak rozbieranie się, związana z pobudzeniem seksualnymi masturbacją. Nie towarzyszy temu ani zamiar ujawnienia swej obecności ani zamiar kontaktu seksualnego z obserwowaną osobą.

Według badań Freunda i Watsona (1990) w ogólnej populacji seksualnych dewiantów 8% z nich podgląda, a pośród nich 10,1 % jest stricte podglądaczami (0,8% tej populacji). Satysfakcję daje sam akt patrzenia. Yalom (1960) uważa, że te zachowania mają podłoże sadystyczne — potrzeba poniżenia ofiary; 73% badanych ujawnia także ekshibicjonizm.

Freund i Blanchard (1986) dla oglądarkstwa stworzyli teorię zaburzonych zalotów. Sprawcy tych czynów jakby zatrzymali się na pierwszym etapie zalotów — poszukiwania partnera; etap ten przybiera u nich z czasem formę Patologiczną.

FETYSZYZM

^ Oznacza zachowanie, w którym satysfakcja seksualna jest osiągnięta w wyniku kontaktu z przedmiotem (np. częścią garderoby) lub fragmentem ciała a partnera (np. włosami, pośladkami), albo też z partnerem w połączeniu z przedmiotem. Fetyszyzm należy do najbardziej rozpowszechnionych za-

123

chowań seksualnych, w których granice między normą a patologią mogą być trudne do ustalenia.

Już sama terminologia wiążąca się z fetysyzmem ujawnia jego złożoność. W 1756 roku Charles de Brosses, teoretyk religii, użył terminu fetysyzm, dla religii, w których obiektem kultu były zwierzęta, przedmioty. Feitici w języku portugalskim oznaczały przedmioty będące obiektem kultu ludów prymitywnych. Fetyszami nazywano też amulety, talizmany, przedmioty darzone czcią (np. herby, flagi, relikwie).

Pierwszym, który nadał pojęciu fetysz znaczenie seksualne, był Alfred Binet. W 1887 roku opublikował tekst w „Revue philosophique”, w którym jako fetysze postrzegał przedmioty budzące pożądanie seksualne. Osoby przeżywające takie reakcje określił jako chore. Bliższą współczesną definicję fetyszyzmu podał w 1886 roku Krafft-Ebing. Według Freuda (1905) fetysz jest substytutem przedmiotu seksualnego, jego pośrednikiem. Zdaniem Lacana (1905) w pewnym sensie wszyscy są fetyszystami. Stoller (1985) stwierdza, że fetysyzm jest normalnym fenomenem seksualności mężczyzn, każdy bowiem mężczyzna ujawnia jakieś preferencje, np. do piersi, nóg kobiecych, reaguje na pornografię. Foulcault (1979) traktuje fetyszyzm jako modelową dewiację, a McDougall (1985) jako kreację seksualnego scenariusza — „neoseksualizm”.

Klasyfikacja

Powszechność fetyszyzmu, jego złożoność i nieostra granica między normą a patologią sprawiały duże problemy diagnostyczne. Interesującą propozycję tego problemu stworzył Gebhard (1994) opracowując klasyfikację fetyszyzmu.

Obejmuje ona cztery poziomy:

- Słabe preferencje do pewnych typów partnerów, bodźców i zachowań seksualnych. Nie jest to fetyszyzm.
- Silne preferencje do pewnych typów partnerów, bodźców i zachowań seksualnych. Jest to fetyszyzm o małej intensywności.
- Specyficzne bodźce niezbędne do seksualnego podniecenia i zachowania. Jest to fetyszyzm o przeciętnej intensywności.
- Specyficzne bodźce wiążące się z częścią ciała partnera seksualnego. Jest to fetyszyzm o wysokim poziomie intensywności.

Co może być fetyszem seksualnym?

Praktycznie wszystko, każdy przedmiot i każda część ciała partnera. Spotyka się najczęściej następujące fetysze: futro (np. dla Leopolda Sacher-Masocha), ubrania z czarnej skóry (popularne u gejów w te skórzanych klubach), bielizna, przedmioty z gumy, podpaski higieniczne: używana bielizna, satyna, welwet, buty, rękawiczki — np. u Czajkowskie,

124
wargi sromowe (np. plemię Tswana w Afryce Płd.), małe stopy (w dawnych Chinach), smoczki, włosy.

Niektóre typy fetyszyzmu mają odrębne nazwy, np.:

- Altokacifilia (wysokie obcasy).
- Pigmalionizm (obrazki, fotografie, rzeźby).
- Narcyzm (własne ciało).
- Automonoseksualizm (własne ciało upodobnione strojem do ciała osoby drugiej płci).
- Retifizm (wyroby ze skóry, połączenie z masochizmem).
- Apotemnofilia (osoby okaleczone).

- Grawiditofilia (brzuch kobiety ciężarnej).
- Kleptomania (kradzież fetysza).
- Ekstremotofilia (wydaliny ludzkie).
- Nekrofilia (zwłoki).
- Transwestytyzm fetyszy styczny (przebieranie się w odzież płci odmiennej).

Jones (1989) uważa, że 22% mężczyzn i 18% kobiet ujawnia preferencje fetyszystyczne, a 11% mężczyzn i 6% kobiet miało doświadczenia z fetysyzmem. Neguje zatem rozpowszechnioną opinię, że fetysyzm dotyczy wyłącznie mężczyzn. Chalkley i Powell (1991) na podstawie badania 48 fetyszystów stwierdzają, że fetyszami badanych były: u 58% ubiór, u 23% wyroby z gumy, u 15% części ciała, u 15% stopy, a u 6% miękkie materiały.

Gosselin i Wilson (1984) na podstawie badania 504 transwestytów ustalili, że 27% badanych ujawniało fetysyzm. W tej grupie fetyszem był: u 27% ubiór, u 20% spodnie, u 17% pończochy, u 11% wysokie obcasy.

Przyczyny

Istnieje kilka teorii przyczyn fetysyzmu. Jedna grupa badaczy podkreśla znaczenie tła chorobowego — zaburzenia psychiczne. I rzeczywiście, w placówkach leczenia psychiatrycznego spotyka się pacjentów, którzy ujawniają fetysyzm pojawiający się na tle psychopatologicznym, czyli wtórny. Zdaniem psychoanalitików fetysyzm ma różne znaczenia: jest substytutem seksualnym, wyrazem fantazji, ukrytych kompleksów, problemów, symbolem potencji itd.

Interesujące są badania oceniające fetysyzm jako zjawisko uwarunkowane kulturowo, np. stopy w kulturze Chin, usta chłopców w kulturach Nowej Gwinei, wargi sromowe u Hotentotów. Również moda, ewolucja danej kultury, hierarchia społeczna mogą kreować fetysyzm. I tak np. Katarzyna Medycejska z powodu niskiego wzrostu zaczęła chodzić w butach na wysokim obcasie i dała początek modzie. Od tego czasu pojawił się fetysyzm wysokich obcasów (altokalcifilia). Takie zjawiska w modzie, jak np. gorsety, wysokie buty, bielizna, satyna przyczyniły się do powstania nowych fetyszy. Przyczyną

125 nadania seksualnego znaczenia tego typu przedmiotom jest fantazja towarzysząca aktywności masturbacyjnej (uwarunkowania od pierwszego orgazmu), bodziec wizualny kojarzony z daną osobą. Niektórzy badacze stwierdzają, w przypadku purytańskiego wychowania i seksualnej represji preferencje fetysyzmu mogą pojawiać się już u małych dzieci. Do fetyszizacji mogą również prowadzić takie czynniki, jak symbolika władzy w ubiorze. I tak np. uniform może prowokować fantazje dominacji, erotycznej psychodramy u osób z tłumioną indywidualnością.

Steel (1996) kreację preferencji fetysyzmu omawia na przykładzie współczesnej mody i obyczajowości. I tak np. motocykliści, kowboje stali się „męskimi ikonami” dla gejów, a to przyczyniło się do fetyszizacji ubioru. Podobnie symbolika barw może przybrać znaczenie fetysza. Autorka duże znaczenie przywiązuje do kreatywnej roli symboli w powstawaniu fetysyzmu, np. futro może być symbolem owłosienia łonowego, buty symbolem kobiecej uległości (np. bajka o Kopciuszku), cygaro symbolem fallicznym.

Diagnoza i leczenie

Większość fetyszystów nie szuka pomocy z różnych przyczyn: nie postrzegają fetysyzmu jako czegoś nieprawidłowego, związki partnerskie mają udane, ich upodobania nikomu nie szkodzą i nie przeszkadzają. Można zgodzić się z poglądem wielu autorów, iż łagodne formy fetysyzmu są zjawiskiem pow-

szechnym i nie wymagają interwencji leczniczej. Terapeuci spotykają się jedynie z wierzchołkiem góry lodowej i najczęściej dotyczy to przypadków fetyszyzmu nie akceptowanych przez partnera, który nakłania do podjęcia leczenia, zaburzeń wielodewiacyjnych, w których fetyszyzm jest jedną z dewiacji, sytuacji wiążących się z fetysyzmem i uniemożliwiających odbycie stosunku seksualnego, przestępstw na tle seksualnym. Rzadziej zgłaszają się fetyszyści nie akceptujący swojego fetyszyzmu z motywów religijnych czy psychicznych. Odkrycie przyczyn fetyszyzmu może sprawiać poważne trudności diagnostyczne. W przypadku tła chorobowego (np. w zaburzeniach psychicznych, neurologicznych) fetyszyzm jest po prostu jednym z objawów choroby. U większości fetyszystów geneza ich zachowań sięga w przeszłość i wymaga dokładnej analizy biografii, a często konieczności penetracji podświadomości.

PEDOFILIA

Definicja

Według klasyfikacji ICD-10 jest to utrwalona lub dominująca skłonność (aktywności seksualnej z dzieckiem lub dziećmi w wieku przed dojrzewaniem. Sprawca ma co najmniej 16 lat i jest co najmniej 5 lat starszy od dziecka lub dzieci.

126

Pedofilia (gr. Paidos i philia — miłość do dzieci) jest to często spotykana parafilia, polegająca na osiągnięciu satysfakcji seksualnej w kontaktach i dziećmi.

Rozpowszechnienie pedofilii jest trudne do ustalenia. Podejmowane są różne próby ustalenia tego zjawiska. Jedni badacze (np. Freund 1972) badają eksperymentalnie reaktywność mężczyzn na bodźce wizualne o treści pedofilnej. Okazuje się, że wielu z nich reaguje podnieceniem, a jednocześnie nigdy nie miało tego typu kontaktów seksualnych (z lęku?, z przekonania?). Inni badacze oceniają zakres preferencji pedofilnych na podstawie oceny zainteresowań użytkowników pornografii (np. Lebeque 1991, 1995) — pornografia o treści pedofilnej obejmuje do 40% ogółu wydawnictw tego typu. Inni sięgają do statystyk przestępstw seksualnych, z których wynika, że np. w USA u ponad połowy sprawców takich przestępstw rozpoznawano pedofilię. Z raportu „Życie seksualne Polaków” (Lew-Starowicz 1992) wynika, że na 1188 badanych osób preferencje pedofilne wobec dziewczynek ujawniło 0,7% populacji kobiet i 8,6% mężczyzn, a preferencje pedofilne wobec chłopców — 1,3% kobiet i 0,8% mężczyzn. Najwięcej badań koncentruje się na ocenie rozpowszechnienia czynów lubieżnych wobec dzieci i np. dane z USA (Howitt 1995) wykazują, że 19% populacji kobiet i 9% mężczyzn było ofiarami tego typu zachowań — ale wiadomo, że pedofilia nie jest wyłączną przyczyną wykorzystywania seksualnego dzieci. Jak z tego wynika pedofilia jest często spotykaną parafilia, ale trudne jest ustalenie jej rzeczywistego rozpowszechnienia.

Przyczyny

Uzyskano dużo danych z badania pedofilów w praktyce seksuologicznej, psychiatrycznej i psychoterapeutycznej. Okazuje się, że jest wiele możliwych przyczyn:

- zaburzenia psychiczne, np. nerwice, fobie, osobowość nieprawidłowa,
- patologia rodzinna, uzależnienie od alkoholu,
- zaburzenia identyfikacji płciowej, lęk wobec dorosłych partnerów, zahamowania,
- poszukiwanie relacji międzyludzkich z okresu dzieciństwa, szoki i urazy seksualne,

- tęsknota do wyidealizowanego dzieciństwa,
- następstwo fantazji o treściach pedofilnych,
- zablokowana zdolność osiągania satysfakcji seksualnej z dorosłymi partnerami.

Finkelhor i Araj (1986) pogrupowali istniejące teorie i wyodrębnili następujące znaczące czynniki:

- Kongruencja emocjonalna (pedofile są niedojrzali psychoseksualnie i szukają kontaktów z obiektami podobnymi do siebie), podniecenie na

127 widok dzieci w następstwie fantazjowania na ich temat, blokada wobec dorosłych obiektów erotycznych i odhamowanie (np. pod wpływem stresów, alkoholu, chorób psychicznych).

- Szkoły psychoanalityczne traktują pedofilię jako wyraz zaburzenia rozwoju psychoseksualnego i fiksacji we wczesnych fazach, prowadzących do niedojrzałości psychoseksualnej.
- Teorie feministyczne zakładają, że pedofilia jest wyrazem społecznych uwarunkowań ról.
- U części pedofilów ujawniono zaburzenia biologiczne, np. guzy mózgu, miażdżycę naczyń ośrodkowego układu nerwowego.

Badania osobowości pedofilów ujawniły pewne powtarzające się cechy (Howitt 1995, Glasser 1989): poczucie niższości, lęki seksualne, parafilne fantazje, problemy rodzinne, zaburzenia w relacjach interpersonalnych, lęki społeczne, wczesne doświadczenia seksualne, kontakt z pornografią, złe relacje z matkami, brak pozytywnych więzi uczuciowych z ojcami, identyfikacja z matką, postrzeganie dzieci jako niezagrażających obiektów erotycznych, doświadczenie przemocy seksualnej do 12 roku życia.

Cohen (1993) wyodrębnia kilka typów pedofilów: utrwalony, sadystyczny, eksploatacyjny.

Większość badań dotyczy pedofilów — mężczyzn, dominują bowiem wśród sprawców tego typu zachowań. Mathews i Spitz (1990) na podstawie badań pedofilnych kobiet wyodrębniają następujące typy: o predyspozycjach międzypokoleniowych, eksperymentujące (np. z lęku przed mężczyznami zaczynają przenosić zainteresowania na dzieci, „nauczycielki miłości”, agresywne (np. z powodu bycia molestowaną przez mężczyznę we własnej rodzinie), psychicznie zaburzone.

Przyszłość pedofilii

Ekspert zajmujący się pedofilią są zdania, że będzie ona przez wiele jeszcze lat stanowiła problem społeczny. Uzasadnienia tego poglądu są następujące:

- W nasileniu różnych form wykorzystywania i przemocy z każdym rokiem zwiększa się odsetek seksualnego wykorzystywania dzieci i młodzieży, np. w USA z 10% w 1960 roku do 55% w latach dziewięćdziesiątych. Dochodzi do tego eskalacja dziecięcej pornografii i prostytucji.
- Z epidemią AIDS wiążą się zachowania pedofilne, ponieważ lęk przed zarażeniem wirusem HIV skłania do poszukiwania dziewiczych obiektów erotycznych.
- W mnożących się sektach zjawisko rytualnego wykorzystywania seksualnego dzieci i młodzieży nie należy do rzadkości.
- Narkomania sprzyja prostytucji dzieci i młodzieży.

128

- Im więcej osób było w dzieciństwie i młodości obiektem wykorzys-

tywania seksualnego, tym więcej będzie zachowań pedofilnych w wieku dojrzałym. Znane jest stwierdzenie ekspertów, że przemoc rodzi przemoc, dotyczy to również aktów pedofilnych.

- Coraz więcej pedofilów akceptuje swoją orientację znajdując oparcie w samoorganizowaniu się i np. od lat siedemdziesiątych powstają takie organizacje, np. PAL — Paedophile Action for Liberation, PIE

- Paedophile Information Exchange.

- Fali permisywizmu i relatywizmu towarzyszy wzrost liberalnych postaw wobec pedofilii, sprawców, jak również bagatelizowanie następstw u ofiar pedofilii jako zastępczej i mniej zagrażającej dla samooceny formie zachowań seksualnych.

Zdaniem ekspertów dla przeciwdziałania pedofilii konieczne jest upowszechnianie edukacji seksualnej oraz leczenie zarówno sprawców, jak i ofiar zachowań pedofilnych.

Charakterystyka i kategorie pedofilii (wg Feierman 1994)

- Na poziomie biospołecznym w zachowaniu charakterystycznym dla pedofilii można wyróżnić trzy składniki:

- proceptywny — zachowanie uzewnętrzniane przez jedną osobę skierowane w stronę drugiej, jeszcze bez zaangażowania w interakcje seksualne,

- receptywny — niejawne zachowania między dwiema osobami przy istniejącym już pewnym związku w sferze seksualnej,

- konceptywny — mogący prowadzić do zapłodnienia; zachowanie konceptywne związane jest ze stymulacją genitaliów, ruchami frykcyjnymi, potencjalnie z orgazmem.

- Najczęściej przywoływaną klasyfikacją pedofilii jest podział Grotha, Hobsona i Gary'ego (1982). Są dwa główne typy:

- Pedofilia regresyjna. Regresyjni pedofile (lub efebofile) nie mają fiksacji dotyczących dzieci i dorosłych jako partnerów seksualnych. Mogą się seksualnie związać z dzieckiem lub osobnikiem dojrzałym pod wpływem różnych przypadkowych czynników. Przykładem może być ojczym, który wprowadza się do domu, w którym mieszka 14-letnia (wiek przytoczony przez autora) dziewczynka będąca córką kobiety przez niego poślubianej. Intymność kreowana przez relacje rodzicielskie mężczyzny względem dziewczynki może nabrać charakteru seksualnego. Ani ona, ani on nie są chronieni przez zwykły mechanizm biospołeczny („efekt Westermarcka”), który pozbawia stosunku biologicznego ojca do córki kontekstu seksualnego. Pedofilia regresyjna może być także wywoływana działaniem alkoholu oraz demencją.

129

w swojej książce pt. „Czarownicy i psychiatrzy”: „Choroba ta jest skutkiem umyślnie rzuconych czarów, przy czym ich sprawcą może być czarownica, uzdrowiciel wyspecjalizowany w czarach lub laik znający tajemnicę czarów. Takiego uzdrowiciela albo czarownicę można sobie do rzucania czarów wynająć. Czar można rzucić torturując podobiznę danej osoby wprowadzając w sposób magiczny przedmioty obce do żołądka ofiary' zamieniając się w zwierzę i atakując ją albo spryskując ofiarę lub jej otoczenie magicznym płynem. Najważniejsze motywy mai püesto to zawiść zazdrość (zwłaszcza seksualna) i zemsta. Wiara w mai püesto jest powszechna wśród chłopów i ludzi bez wykształcenia, ale występuje też w in-

nych grupach amerykańskich Meksykanów. (...) Jest bez wątpienia najważniejszym mechanizmem wyjaśniającym dewiację i umożliwiającym zarazem zrzucenie winy na innych. Poza tym funkcjonuje też jako mechanizm wyrównawczy (podobnie jak plotka i ośmieszenie) i wymuszający należyte zachowanie".

Negi-Negi — występuje wśród plemienia Bena na Nowej Gwinei. Dotyczy młodych mężczyzn, którzy są w żałobie po utracie żony lub innych bliskich osób. Objawami tego zaburzenia są różne halucynacje, urojenia, które pojawiają się u chorego w nocy, trwają kilkanaście godzin. Mechanizm powstawania choroby tłumaczy się uwarunkowaniami kulturowymi. Po prostu obyczajowość tego plemienia zabrania mężczyznom ujawniania jakichkolwiek uczuć. Negi-Negi jest jedyną akceptowaną w tej kulturze formą uzewnętrzniania uczuć.

Pa-leng — występuje w kulturze chińskiej. Objawem tego zespołu są: zimne dłonie, drżenie ust, zaburzenia seksualne. Wynika z przekonania, że u danej osoby żeński czynnik yin zdominował męski yang.

Pica — zespół lękowy występujący u kobiet tubylczych w Australii i będący wyrazem protestu wobec swojej roli seksualnej.

Rabt — zespół lękowy występujący u mężczyzn w Egipcie, wiązany się z obawą zmniejszenia potencji seksualnej w wyniku nadmiernej, nieuporządkowanej aktywności seksualnej.

Rudenpa 'lamai — występujące w plemieniu Murut w Sawarak, polegające na apatii, agresywności. Wiąże się z przeżywaniem rozczarowania wywołanego przez obiekt miłości.

Saladera — zespół zaburzeń występujący u Indian nad Amazonką w Peru. Dominują objawy: silny lęk, obniżenie libido, zaburzenia erekcji, bezsenność. Został opisany w 1972 roku. Rozwój tego zespołu zaburzeń tłumaczy się szokiem kulturowym: zetknięcie się Indian z urbanizacją, innymi obyczajami, wartościami.

168

Šar — zaburzenia nerwicowe występujące u kobiet w rodzinach nomadów w Somali. Ich przyczyną są niepokoje, tłumiona agresja wobec mężczyzny i jego nowej, sprowadzonej do domu żony.

Saya — inaczej „cień”, zaburzenie występujące u kobiet w Afganistanie, polega na pojawieniu się objawów hysterii, np. w sytuacji, kiedy mąż spróbowadza do domu nową żonę. Cierpią na nią również matki, które przeżywają, że ich dzieci są przez męża gorzej traktowane w porównaniu do dzieci innych jego żon.

Sem-unmada — występuje w kulturze Ayurweda w Sri Lance. Polega na niechęci do jedzenia, bezsenności, śaczeniu się wydzieliny z ust i nosa, pobudzeniu seksualnym, wzroście ilości nasienia, pobudzeniu psychicznym. Przyczyną są różne stresy.

Subian — dotyczy młodych matek, u których „psuje się” mleko, a dziecko nim karmione umiera; jego ciało przybiera ciemny, nawet czarny kolor. Zaburzenie to występuje u kobiet w Afganistanie.

Susto — inaczej „choroba ze strachu”, jest spotykana w Ameryce Łacińskiej, a także w USA u emigrantów meksykańskiego pochodzenia. Podobne zaburzenia opisano u Żydów Sefardyjskich, Filipińczyków, Tajwańczyków. Polega na przeżywaniu silnego strachu i lęku w wyniku działania jakiegoś urazu, na silnej wierze w działanie duchów (espanto), czarnej magii, w rzucenie uroku. Objawy lękowe wiążą się z odczuwaniem dużego zmęczenia, niepokoju, utraty apetytu, libido, bezsenności, biegunek, dreszczy,

gorączki, zubożenia wobec siebie i otoczenia. Ten stan chorobowy może doprowadzić do znacznego wyniszczenia organizmu.

Tabanka — zespół lękowy, który zaobserwowano w społeczności Trynidadu. Pojawia się na skutek zerwania związku uczuciowego.

Tars — występuje także u kobiet z Afganistanu i polega na odczuwaniu bardzo silnego lęku w nocy, co wiąże się z działaniem duchów (dżinnów).

Dotyka głównie kobiet będących w ciąży i położnic.

Tawatl ye sni — „zespół zupełnego zniechęcenia”. Zaburzenie to występuje u Siuksów w Ameryce Północnej i polega na poczuciu beznadziejności, pesymistycznej wizji życia, w tym przyszłości, na apatii, pojawieniu się mistycyzmu religijnego. U niektórych osób rodzą się nawet tendencje samobójcze. Jedną z przyczyn powstania tego zespołu zaburzeń może być nieudane życie rodzinne, małżeńskie, seksualne.

The Spermatorrhoea Syndrome — najczęściej spotykany zespół lękowy u Chińczyków w Azji Południowo-Wschodniej. Polega na odczuwaniu silnego 'Cku w przypadku niemożności kontrolowania wytrysków nasienia. Prowadzi 169

przypadków jest rzadko przedstawiana. Poniżej przytaczam przykład nekrofi opisany przez L. Gapika.*

Edmund K. urodził się 24 października 1947 r. w rodzinie robotniczej, jako drugi z dwó braci. Ma wykształcenie podstawowe, uzyskał zawód ślusarza. Wywiad rodzinny bez obciążeń. Od 6 roku życia leczony w PZP z powodu nadpobudliwości nerwowej. Aktualne badania neuropsychiatryczne nie wykazują organicznego podłoża istniejących zaburzeń, nie jest chory psychicznie ani też niedorozwinięty umysłowo. Edmundowi K. zarzuca się dokonanie trzech zabójstw połączonych z wycinaniem ofiarom narządów płciowych oraz pięciu dalszych czynów polegających na zbeshczeszczeniu zwłok poprzez wycięcie im narządów płciowych oraz kradzieży pierścionka wartości 80 tys. zł. Podejrzany przyznał się do wszystkich zarzucanych mu czynów i szczegółowo wyjaśnił ich okoliczności.

W toku badania seksuologicznego ustalono, że Edmund K. zaczął odczuwać potrzebę seksualną około 10 roku życia i wówczas rozpoczął masturbację, częściowo realizowaną w kontakcie z innymi chłopcami. Czynności te były jednak wykonywane w szczególnych okolicznościach — chłopcy bawili się na starym cmentarzu, wśród rozbitych grobowców lub chodzili podglądać zwłoki oraz sekcje zwłok odbywające się w pobliskiej kostnicy. Wówczas również masturbowali się indywidualnie i zbiorowo.

W wieku 16 lat badany miał pierwszą sprawę sądową o zaczepianie dziewczynek i wkładanie im ręki pod suknię. W tym samym czasie próbował kilkakrotnie, bez powodzenia, odbyć stosunek płciowy z rówieśnicami. Równocześnie zaczął kraść bieliznę damską, której używał do celów masturbacyjnych, a niekiedy przebierał się w tę bieliznę. W 1966 r. został skazany na 18 miesięcy więzienia za udział w bójce. W więzieniu był dwukrotnie zgwałcony doodbytniczo.

W 1969 roku po niepowodzeniu w odbyciu stosunku płciowego, wbił sobie nóż w brzuch.

Wkrótce potem inna kobieta nauczyła go odbywania stosunków płciowych. Ożenił się w 1970 roku, małżeństwo było nieudane, rozwód nastąpił podczas kolejnego pobytu w więzieniu. Z tego małżeństwa ma pierwsze dziecko. W czasie trwania małżeństwa skorzystał z łatwego dostępu do zwłok starszej kobiety, współlokatorki. Dotykał te zwłoki, obmacywał je, wkładał palec do pochwy, równocześnie masturbując się. Tego samego roku dokonał pierwszego zabójstwa przygodnie poznanej kobiety, która wprowadziła go do domu w celu odbycia stosunku płciowego. Po drodze, w lesie, zabił ją, wyciął jej narządy płciowe, których następnie używał do celów masturbacyjnych. Później zaczął napadać na kobiety, groził nożem, chwycił za narządy płciowe, a następnie uciekał i masturbował się. Nadal także korzystał w celach seksualnych z kradzionej bielizny. Bojąc się kary za napady, zdecydował się po raz pierwszy w 1972 roku na rozkopanie grobu, w którym znalazł częściowo zgniłe zwłoki starszej kobiety. Próbował odbyć z tymi zwłokami stosunek płciowy, ale ponieważ było to technicznie niewykonalne, zadowolił się

masturbacją i obmacywaniem zwłok. Wkrótce potem został aresztowany za wcześniejsze napady na kobiety. Podczas przebywania na obserwacji psychiatrycznej próbował bez powodzenia włamać się do kostnicy. Następnie odbył karę 7 z zasądzonych 9 lat pozbawienia wolności. W więzieniu kontaktów seksualnych nie miał. Po odbyciu kary przez krótki okres współżył seksualnie z kilkoma kobietami, ale w 1980 roku zdecydował się na poszukiwanie kolejnych zwłok w celach seksualnych. Skutecznie włamał się do kaplicy cmentarnej w Nowej Soli i ze znajdujących się tam zwłok wyciął narządy płciowe oraz piersi, które następnie w domu przyszył do sporządzonego ze szmat manekina. W czasie czynności masturbacyjnych rozbierał tego manekina z wierzchniej odzieży, pieścił po przyszytych narządach płciowych, przemawiał czule jak do kobiety. Po kilkakrotnym użyciu narządy płciowe wyrzucał lub palił, a manekina rozmontowywał. Odtąd postępował w identyczny sposób w każdym przypadku zdobycia narządów płciowych.

ch

i

* L. Gapiak: Nekrofilia — Studium przypadku, Pamiętnik III Konferencji Seksuologów. Katowice 1984.

132

W końcu 1980 roku zamieszkał wspólnie z konkubina mającą panięskie dziecko, ale wówczas jeszcze zamężną. Przez jakiś czas mieszkali wspólnie z jej mężem, a następnie prowadzili się do innego mieszkania. Z kobietą tą ma drugie dziecko, chociaż obecnie, gdy laż sje w więzieniu, porzuciła go i wysłała powtórnie za mąż.

Z W 1981 roku podczas wyjazdu w celach handlowo-spekulacyjnych (zegarki elektroniczne) ostał okradziony przez przygodnie poznaną kobietę i pozostawiony w nocy w Wawrze koło Warszawy- Chodząc bez celu po ulicach, zauważył samotnie idącą kobietę i postanowił wyciąć jej arządy płciowe. Zabił ją kilkoma uderzeniami, a następnie zrealizował swój zamiar i powrócił do poznania.

W 1982 roku wyciął narządy płciowe ze zwłok kobiety wykradzionych z kaplicy cmentarnej. Zwłoki te zostały następnie porzucone na polu.

W okolicę tego samego cmentarza udał się 9 miesięcy później z podobnym zamiarem. Nie znalazł zwłok, ale w drodze powrotnej zabił przypadkowo spotkaną 11 -letnią dziewczynkę, której również wyciął narządy i piersi.

Po niespełna miesiącu udał się na inny cmentarz w Poznaniu, gdzie rozkopał świeży grób i wyciął ze zwłok narządy płciowe oraz piersi.

Identycznego czynu dokonał także 3 miesiące później.

Po dalszych pięciu miesiącach, w maju 1983 roku, był na filmie „Wilczyca” (horror). Po filmie odczuwał silne podniecenie seksualne i najbliższej nocy ponownie udał się na cmentarz, gdzie rozkopał grób, wyciągnął zwłoki kobiety za pomocą linki, przeniósł w pobliskie krzaki, a następnie zaczął odcinać skórę od barków, ściągając ją wraz z piersiami w dół, z zamiarem zabrania do specjalnie przygotowanego worka całej skóry wraz z narządami płciowymi z przedniej części korpusu. W trakcie dokonywania tych czynności uciekł próbującym go ująć funkcjonariuszom MO. Po powrocie do domu miał zamiar zabić pierwszą kobietę, która się zjawi w jego mieszkaniu (z wyjątkiem konkubiny) i zdjąć z niej skórę w podobny sposób. Po kilku dniach został aresztowany.

Po szczegółowej analizie wszystkich uwarunkowań i mechanizmów kierujących postępowaniem badanego sformułowano następujące wnioski seksuologiczne:

- Potrzeba seksualna Edmunda K. jest ukierunkowana heteroseksualnie i jej siła mieści się w granicach fizjologicznej normy.
- Badany wykazuje rozległe zaburzenia w zakresie realizacji potrzeby seksualnej. Zaburzenia te mają charakter zbroczeń płciowych określanych jako fetyszizm i nekrofilia.
- Badany utracił zdolność do normalnego współżycia seksualnego,

a zboczone zachowania seksualne nie wynikają z jego impotencji.

- Zabójstwa objęte przedstawionymi zarzutami dokonane zostały na podłożu seksualnym, ale nie są to zabójstwa z lubieżności.

NARCYZM (AUTOFILIA)

- Zakochanie się w samym sobie.
- Forma fetyszyzmu, w którym rolę fetysza pełni własne ciało.
- Osiąganie satysfakcji seksualnej w wyniku samouwielbienia lub podziwu okazywanego przez inną osobę (parafilia).

133

Osobowość narcystyczna

Pojęcie narcyzmu, wprowadzone do terminologii medycznej w 1899 roku wywodzi się z mitologii. Narcyz, syn pięknej nimfy Lejriope, odziedziczył po matce urodę i za sprawą Artemidy zakochał się w sobie. Mit ukazuje rozszczepienie jego osobowości: zakochany we własnym odbiciu cierpiał, że nie może zdobyć ukochanej osoby, ale odczuwał zarazem przyjemność wiedząc, że drugie Ja na zawsze pozostanie mu wierne.

Początkowo narcyzm był uważany za jedną z dewiacji seksualnych i koncentrowano się w opisach kazuistycznych na różnych przykładach takich zachowań. Dopiero od czasu rozwoju psychoanalizy pojęcie narcyzmu zaczęło być rozumiane szerzej, jako fenomen występujący już od dzieciństwa, kiedy nie odczuwa się granicy między własnym Ja a światem. W miarę rozwoju psychoseksualnego tendencje narcystyczne ustępują, zwiększa się krytycyzm Ja, pokora wobec siebie samego i poszerzenie więzi z ludźmi. Błędy wychowawcze popełniane w środowisku rodzinnym, narcystyczna matka mogą sprzyjać powstaniu wtórnego narcyzmu, którego następnym źródłem może być okres dojrzewania i towarzyszące mu doświadczenia własnej atrakcyjności zmieniającego się ciała, pozycji w gronie rówieśników, zainteresowania ze strony drugiej płci.

Dalszy rozwój psychologii rozwinął zjawisko narcyzmu i wprowadził pojęcie narcystycznej osobowości. Zgodnie z klasyfikacją DSM-III psychiatrów z USA taka osobowość ma utrwalone cechy, które przyczyniają się do zaburzeń w relacjach międzyludzkich, środowisku zawodowym i często odczuwanego subiektywnego niezadowolenia.

W tej klasyfikacji następująco ujmują się cechy tej osobowości:

- Nadmiernie rozwinięte poczucie własnej ważności; osoba narcystyczna uważa, że dysponuje nadzwyczajnymi cechami, np. wyolbrzymia własne talenty, sukcesy, podkreśla wyjątkowość własnych problemów.
- Oddawanie się fantazjom o nieograniczonych wpływach, sukcesach, niezwykłości, urodzie, idealnej miłości.
- Psychiczny ekshibicjonizm, np. dana osoba domaga się od otoczenia nieustannego podziwu i zainteresowania.
- Chłodna obojętność wobec innych, ujawnianie gniewu, wstydu, poczucia niższości, upokorzenia w sytuacjach, kiedy jest się poddawany krytyce, obojętności ze strony otoczenia, pokrzyżowania przez niego własnych planów.
- Obecność co najmniej dwóch spośród niżej wymienionych czterech charakterystycznych zaburzeń w stosunkach międzyludzkich:
 - przekonanie o nadzwyczajnych uprawnieniach: domaganie się od innych specjalnych względów z jednoczesnym brakiem potr/eb) odwzajemnienia się, odczuwanie złości czy zdziwienia, jeżeli najbliższe otoczenie nie spełni oczekiwań,
 - interesowność w kontaktach z ludźmi: wykorzystywanie innych do

zaspokajania własnych potrzeb, podwyższanie atrakcyjności własnej osoby, wpływów, nieliczenie się z prawami i interesami innych,
- grawitacja w związkach z innymi ludźmi w skrajności: albo idealizowanie ich, albo odmawianie im wszelkich zalet,
- brak empatii: niezdolność wczucia się w stan psychiczny innych, niezdolność zrozumienia zachowania osoby, która jest np. ciężko chora.

Z cechami narcystycznymi często współistnieją inne, np. histeryczne. antwsocjalne, pogranicza (borderline). Również uzewnętrzniają się one w życiu seksualnym, np. w egocentrycznej miłości, okazywaniu uczuć osobie, która w a rażą podziw i uwielbienie. U wielu mężczyzn narcystycznych spotyka się kult falliczny. Już sam fakt posiadania członka daje im poczucie wyższości wobec kobiet, a we współżyciu seksualnym oczekują zachowań ze strony partnerki, które wyrażają formy kultu fallusa: podkreślanie jego wspaniałości, wielkości, stosowanie pieszczot oralnych. Inni mężczyźni o takiej osobowości mnożą techniki, pozycje seksualne, zdobywanie partnerek i czują się bardziej wtajemniczeni, doskonalsi od pozbawionych takich doświadczeń mężczyzn. Wobec partnerek chwają się swymi doświadczeniami i oczekują podziwu w ich oczach. Bywają bardziej finezyjne formy zachowań narcystycznych, np. uprawianie masturbacji z oglądaniem siebie w lustrze i z jednoczesnym adorowaniem swej atrakcyjności. Inni domagają się od partnerek przeżywania intensywnego lub wielokrotnego orgazmu — co ma służyć wysokiej własnej samoocenie. Spotkałem się z przypadkami praktykowania technik orientального seksu tylko w tym celu, aby „oszołomić” partnerkę i udowodnić sobie własną niezwykłość.

W stałym związku partnerskim osoba narcystyczna poza seksem domaga się stałego podziwu, uznania sukcesów zawodowych, nieustannej adoracji, zainteresowania sobą. W przypadku posiadania dzieci albo traktuje się je jako rywali, lub też przenosi na nie własne potrzeby i np. odnajduje podobieństwo do swoich niezwykłych, wspaniałych cech, pragnie wychować na miarę własnych oczekiwań i aspiracji, „bo to moje dziecko i musi być kimś”. Nawet ewidentne wady dziecka mogą być oceniane jako zalety. Dla partnera taka osobowość po początkowym okresie fascynacji jej barwnością i autoprezentacją, stopniowo zaczyna budzić znużenie i zmęczenie. To prowokuje konflikty i kłótnie.

Badacze podkreślają, że rozpowszechnienie cech narcystycznych jest na tyle duże, iż przybiera rozmiar społeczny. Sprzyja to wielu napięciom i konfliktom w relacjach międzyludzkich, w działalności naukowej, zawodowej, politycznej, gospodarczej.

134

135

Przyczyny narcyzmu

Zdaniem Freuda człowiek po urodzeniu się znajduje się w stanie pierwotnego narcyzmu (poczucia wszechmocy). Jeżeli proces rozwoju osobowości nie przebiega prawidłowo, to pojawia się narcyzm wtórny. U wielu ludzi istnieją tendencje narcystyczne, które rzutują na wybór obiektu miłości w związkach uczuciowych, np. wybiera się osoby podobne do własnego Ja (realnego, życzeniowego). Kohut (1982) uważa, że narcyzm jest często kreowany przez rodziców, którzy bywają albo bezkrytycznie nagradzający albo nadmiernie wymagający. Pierwsza możliwość prowadzi do osobowości narcystycznej, a druga — do narcystycznej agresji. Lash (1980) uważa, że źródła narcyzmu należy szukać w kulturze współczesnej, która kreuje kult

sprawności, młodości i lęk przed starzeniem się. Solomon (1989) uważa, że narcystyczne społeczeństwo jest przyczyną patologii związków partnerskich, ponieważ kreuje typowe mity, np. mit samorealizacji jednostki, uprawnień, większych korzyści z małżeństwa dla kobiety, romantycznej miłości, upadku małżeństwa.

OCIERACTWO

Ocieractwo (frotteuryzm, toucherizm, frottage) jest jedną z parafilii (dewiacji seksualnych). Paradoksalnie — to jedno z częściej spotykanych zaburzeń seksualnych, a jednocześnie stosunkowo mało zbadanych. Z czego to wynika? Odpowiedź jest prosta — ocieracze rzadko trafiają do seksuologów, a molestowane przez nich kobiety najczęściej poprzestają na ucieczce przed nimi. Nie wiemy zatem, ilu jest ocieraczy.

Zróznicowane bywają zachowania ocieraczy. Większość z nich ociera się o pośladki kobiet, piersi, rzadziej o inne części ciała. Pojawia się wtedy pełna lub częściowa erekcja członka. Niektórzy wyobrażają sobie, że z molestowaną kobietą są w łóżku i współżycją z nią. Część ocieraczy jednocześnie pobudza członkiem ręką, wykonuje ruchy biodrami. Zdarza się, iż niektórzy obnażają się i członek jest zakryty płaszczem lub kurtką. Rzadko natomiast dochodzi do jawnego obnażania się. Stan podniecenia seksualnego szybko narasta i od zachowania kobiety zależy, jaki będzie finał tego podniecenia.

Większość badanych ocieraczy przyznaje, że dochodzi u nich do wytrysku nasienia w trakcie ocierania się. Niektórzy korzystając z nieuwagi molestowanej kobiety brudzą ją nasieniem. Natomiast część ocieraczy poprzestaje na stanie podniecenia i dopiero później, w mieszkaniu, odtwarza zdarzenie i masturbuje się.

Ocieracze najczęściej korzystają z zapełnionych środków komunikacji miejskiej. Zrozumiałe, że ich aktywność jest większa w sezonie letnim. Jedni wybierają upatrzone przez siebie kobiety, które są dla nich atrakcyjne. Inn

ierają się o anonimowe kobiety nie zważając na ich wiek czy wygląd.

Oczywiście, że im bardziej atrakcyjnie wygląda kobieta, tym większe budzi zainteresowanie ocieraczy.

Większość kobiet zdających sobie sprawę z tego, że jest obiektem takich praktyk, zaczyna uciekać zmieniając miejsce w autobusie czy tramwaju lub wysiada na najbliższym przystanku. Zdarza się, że zachowują się agresywnie wobec ocieracza i wówczas on sam wyskakuje na najbliższym przystanku. W piśmiennictwie seksuologicznym opisano kilka przypadków, kiedy kobiety pozytywnie zareagowały na zaczepkę i nawet pobudzały ocieracza. Dla ocieracza jedno takie doświadczenie może mieć olbrzymie następstwa — mobilizuje go do takich zachowań i potęguje wyobraźnię w trakcie masturbowania się.

Zdarzają się i nietypowe reakcje kobiet, np. sprawienie bólu ocieraczowi przez mocne zaciskanie członka ręką, ukłucie, uderzenie itp. Jak wspominałem, najwięcej kobiet ucieka przed ocieraczem wstydzając się takiej sytuacji.

Z przeprowadzonych badań wynika, że przyczyną ocieractwa najczęściej są różne zahamowania na tle seksualnym oraz trudności w nawiązywaniu znajomości z kobietami.

U innych rozpoznaje się fiksacje, czyli zatrzymanie na wcześniejszych etapach rozwoju psychoseksualnego — inaczej mówiąc niedojrzałość psychoseksualną. Ocieractwo może również towarzyszyć różnym innym zaburzeniom psychicznym.

Większość ocieraczy to młodzi mężczyźni — w wieku 15-25 lat, ale zdarzają się i starsi i młodszy. Ich poziom inteligencji może być różny. Większość odczuwa lęk wobec kobiet, brak doświadczeń seksualnych z kobietami lub ubogie życie seksualne.

Z ocieractwem mogą łączyć się różne pogranicza, inne parafilie (dewiacje) np.: fetyszyzm ubioru, pośladki, preferencje pedofilne, homoseksualne. U 1/3 ocieraczy rozpoznaje się ekshibicjonizm. Zdarzają się mężczyźni o preferencjach sadystycznych, masochistycznych. Nieliczni ocieracze stają się w przyszłości gwałcicielami — jest to w pewnym stopniu wyraz ewolucji ich seksualności.

Czy rozpoczęcie współżycia seksualnego w związku partnerskim eliminuje ocieractwo? Otóż bywa z tym różnie. Znane są przypadki kiedy ocieracz „dojrzewa” do typowej aktywności heteroseksualnej i zanika potrzeba ocierania się. Inni ocieracze w trakcie współżycia z kobietą muszą ocierać się o partnerkę.

Ocieractwo może być jedyną lub główną formą zaspokajania potrzeby Seksualnej. W takim przypadku mamy do czynienia z parafilią (dewiacją seksualną). Może być również równoległą lub okazjonalną formą zachowań seksualnych. Czym innym natomiast jest ocieractwo jako wyraz nadpobud-

liwości erotycznej okresu dojrzewania — jest to przejściowy okres w rozwój psychoseksualnym mężczyzny. Erotyzacja psychiki młodego mężczyzny i wrażliwość na bodźce wizualne oraz dotykowe sprawiają, iż dotykanie kobiety prowadzi do stanu podniecenia, niekontrolowanego wytrysku. Tego typu przeżycia ma stosunkowo wielu dojrzewających chłopców.

Ocieractwo może być również formą gry erotycznej między zakochany młodymi ludźmi. Należy do repertuaru „tańca godowego”. Znana jest nawi moda na ocieranie się w krajach Ameryki Południowej (tzw. bolina). Ocieracze rzadko zgłaszają się do seksuologów z prośbą o pomoc, którzy zgłosili się do mnie, cierpieli z poczucia winy i grzechu, lękali się odpowiedzialności karnej, byli zaniepokojeni niemożnością odbycia stosunku seksualnego w następstwie powstałych zakodowanych zachowań seksualnych. Rzadziej natomiast przychodzili dlatego, że uznawali siebie za dewiantów seksualnych i pragnęli wyrwać się z utrwalonych już zachowań. Kilku ocieraczy zostało skierowanych do mnie przez spowiedników. Dopiero w konfesjonale ujawnili prawdę o sobie i rozsądni księża skierowali ich leczenie[^]_____

OZOLAGNIA

Ozolagnia jest spokrewniona z fetyszyzmem. Oznacza reagowanie podnieceniem seksualnym na zapach partnera.

Istnieje kilka stopni tej formy reakcji seksualnych:

- osiągnięcie satysfakcji seksualnej w wyniku podniecania się jedynie naturalnymi zapachami wydzielanymi przez narządy płciowe partnera,
- osiągnięcie satysfakcji seksualnej w wyniku podniecania się jedynie naturalnymi zapachami wydzielanymi przez gruczoły potowe partnera, przez skórę,
- osiągnięcie satysfakcji seksualnej w wyniku podniecania się zapachami sztucznymi stosowanymi przez partnera (perfumy, dezodoranty).

Wszystkie wymienione formy uwarunkowane są reakcją organizmu na dany zapach; współżycie seksualne jako takie może nie istnieć. Osoby obdarzone zdolnością osiągnięcia kilku orgazmów mogą niejako „z rozpędu” przejść do stosunku, ale w ich przypadku podstawowym bodźcem seksualnym

jest określony zapach.

Istnieją też formy częściowej ozolagni, kiedy zapach jest podstawowym bodźcem seksualnym pieszczoł poprzedzających współżycie. Natomiast uwarunkowanie na zapachy, jako jeden z wielu bodźców seksualnych, jest czymś zupełnie prawidłowym i często spotykanym. Są osoby obdarzone dużą wrażliwością zmysłu powonienia i szybko reagują na określone rodzaje zapachu, który stanowi jeden z przyjemnie odbieranych sygnałów erotycznych-138

Uwarunkowanie to może być pozytywne i negatywne. Spotyka się np. kobiety, dla których tytoń z fajki (i to określonego rodzaju, np. Amfora) ma przyjemny zapach. Jeżeli ich pierwszy, kochany przez nie partner kojarzył się z tym pacnem, to w przyszłości mogą preferować ten bodziec. Bywa jednak i tak, że pragnie się zapomnieć bolesną przeszłość i wówczas skłania się bliską sobie osobę do unikania stosowania tego zapach, który przez swą woń odświeża wspomnienia i kojarzy się z minionymi już przeżyciami.

Uwarunkowanie na bodziec zapachowy niekoniecznie musi być związane z doświadczeniami seksualnymi. Jeżeli nadal użyjemy tego przykładu, to np. przyjemność połączona z odczuciem zapachu określonego tytoniu może kojarzyć się z ciepłem domu rodzinnego, w którym ojciec nie rozstawał się z ulubionym tytoniem. Podobne wspomnienia zapachowe mogą dotyczyć perfum, wód kolońskich itp.

Ozolagnia oznacza powstanie nieprawidłowego, silnego uwarunkowania seksualnego na bodziec zapachowy. Jego brak utrudnia lub uniemożliwia osiąganie satysfakcji seksualnej. Przyczyny powstania tej orientacji psychoseksualnej są różne:

- Uwarunkowanie patologiczne na pierwsze doświadczenia erotyczne. Partner staje się jakby niewolnikiem swej przeszłości i każda następna osoba jest powtórzeniem pierwowzoru. W ozolagnii przyjmuje to specyficzną postać, ale niemożność oderwania się od pierwszej miłości, związku, nie jest bynajmniej tak rzadko spotykana.
- Ewolucja erotyzmu w kierunku bodźców zmysłowych. Nasz start w życie seksualne zapoczątkowuje pewną ewolucję, rozwój. Może ona przebiegać w kierunku uatrakcyjnienia więzi psychiczno-erotycznej, osobowościowej, albo tylko mnożenia różnych technik seksualnych. Może też iść w jednym kierunku — rozwoju danego bodźca zmysłowego. W omawianym przypadku dotyczy to bodźca zapachowego. Inaczej mówiąc, jest to „specjalizacja” w jednym bodźcu seksualnym na niekorzyść pełnego rozwoju erotycznego.
- Współistnienie tego psychopatologicznego zachowania w różnorodnych chorobach neurologicznych i psychicznych (np. uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, procesy nowotworowe).

Ozolagnia należy do rzadziej spotykanych form zachowań seksualnych. Jeżeli wynika z psychopatologii, to jej usunięcie jest uzależnione od leczenia podstawowej, pierwotnej choroby. Jeżeli natomiast z uwarunkowania lub ewolucji erotyzmu, to dobre rezultaty może dać pomoc seksuologa. Leczenie ozolagni jest podobne jak fetysyzmu.

139

ZOOHLIA (SODOMIA, ZOOERASTIA, BESTIOFILIA)

Odmiana parafilii, w której satysfakcja seksualna jest osiągnięta poprzez kontakty ze zwierzętami. Motywy zoofilne spotykamy w wielu mitologiach i baśniach różnych kultur. W bliskiej nam mitologii greckiej nie należą one do rzadkości. Do najbardziej znanych należy romans Zeusa z Europą oraz z Ledą.

Europa, piękna córka Agenora, rozkochała w sobie Zeusa, który zmienił się w śnieżnobiałego byka o wyjątkowej urodzie, prowokując tym samym zainteresowanie Europy. Ośmielona jego łagodnością zaczęła się z nim bawić, usiadła na grzbiecie i wówczas byk nagle odpląnął z nią w morze. Po wyjściu na brzeg Zeus zmienił się w orła i zgwałcił Europę. W przypadku Ledy, żony spartańskiego króla Tyndareusa, Zeus zamienił się w łabędzia, po czym złożyła ona jajo, z którego wylęgło się troje dzieci. Motywy zoofilne, występujące w mitologiach świata, nie mają jednak jedynie seksualnego znaczenia, a bardzo często w formie symbolicznej przedstawiają dzieje tych kultur, przekraczanie granic między światem ludzkim a boskim, tradycje totemiczne, a także podświadome potrzeby erotyczne.

W wielu dziełach literackich, historycznych różnych kultur spotykamy przypadki zoofilii świadczące, że nie należała ona do rzadkości. Wynika z nich, że chyba nie było zwierzęcia, które nie byłoby wykorzystywane dla celów seksualnych. Już w 1730 roku Marcin Schuring zestawił w książce „Gynaecologia” bogaty opis zoofilnych przypadków. Znajdujemy w niej psy, koty, kozy, owce, kury, gęsi, kaczki, konie, ryby, niedźwiedzie, małpy, osły, węże.

Pierwsze naukowe rozważania poświęcone zoofilii spotykamy w 1887 roku w wiedeńskim piśmie medycznym. Odtąd, co pewien czas, pisma medyczne, ukazujące się w różnych krajach, przedstawiały opisy kazuistyczne. Motywy zoofilne, występujące u kobiet, pojawiły się w literaturze francuskiej.

Mirabeau w „Podróży neurastenika do kąpieli” opisał księżną Karagninę czującą namiętny pociąg do ogierów. Początkowo pionierzy seksuologii tłumaczyli zoofilię niedorozwojem umysłowym, chorobami psychicznymi, upośledzeniem dziedzicznym u ludzi pracujących wśród zwierząt i w ten sposób zaspokajających swoje potrzeby seksualne. Traktowano ją jako bardzo rzadko występującą postać dewiacji seksualnej. Według raportu Kinseya — blisko 6% badanej populacji męskiej do dwudziestego roku życia ujawniło doświadczenia zoofilne. Inne raporty donosiły, że odsetki te są jeszcze wyższe. Skłoniło to badaczy do bliższego zainteresowania się przyczynami oraz formami zoofilii. Z licznych publikowanych prac wynika, że zoofilia rzeczywiście najczęściej występuje w populacji mającej bliski kontakt ze zwierzętami, które są dostępnymi obiektami erotycznymi. Przyczyny rozwoju zainteresowania tego rodzaju obiektami wiążą się z różnymi czynnikami: zaburzeniami psychicznymi, (alkoholizmem, kompleksem kastracji, patologicznym poczuciem małej wartości w roli seksualnej, wczesnymi uwarunkowaniami (np[^] 140

Hczuwaniem podniecenia na widok współżyjących zwierząt u osób, które „pjer”o zaczynają odczuwać potrzeby seksualne). W wielu przypadkach zoofilia ma zastępczy charakter i wiąże się z trudnościami w znalezieniu partnera seksualnego. Może mieć również znaczenie mechanizmu obronnego, w wyniku odczuwania lęku lub niechęci do drugiej płci, np. u niektórych samotnych kobiet. Występuje ona również u specyficznej grupy dewiantów (zespół niezróżnicowanego obiektu seksualnego), którzy zaspokajają swoje potrzeby seksualne ze wszystkimi aktualnie dostępnymi obiektami erotycznymi, nie wyłączając również zwierząt. Spotykałem się również z przypadkami zoofilii, w których głównym motywem była ciekawość sprowokowana oglądaniem pornografii przedstawiającej takie sytuacje. Zoofilia bywa również połączona z innymi formami dewiacji, np. z sadyzmem (zoosadyzm). Przyczyny — są — więc — widać — bardzo zróżnicowane, jakkolwiek w badanych populacjach zoofilów przeważały przypadki chorób i zaburzeń

psychicznych.

' Zachowania i potrzeby zoofilne mają kilka możliwych poziomów:

- Ukryte, podświadome tendencje zoofilne. Ujawniają się one w snach erotycznych, w szczególnym odczuwaniu przyjemności w kontaktach ze zwierzętami. Miałem pacjentkę, która najlepiej czuła się podczas jazdy konnej, odczuwała wówczas „podniosły nastrój”, przyjemne podniecenie, pobudzenie nie związane bezpośrednio z koniem, na którym jeździła. Sposób siedzenia na koniu wywołał w niej napięcie w narządach płciowych i wyzwalał skojarzenia seksualne różnego rodzaju. Odczuwała potrzebę wyobrażenia sobie życia seksualnego koni w trakcie współżycia ze swym partnerem. U innych osób pornografia o treści zoofilnej działa bardziej podniecająco niż inne treści, przenosząc na własne życie seksualne tego rodzaju skojarzenia. Należy jednak stwierdzić, że granica między tymi tendencjami zoofilnymi a skojarzeniami jest w wielu przypadkach nader płynna. Zdarza się np., że źródłem uświadomienia może być obserwacja życia zwierząt lub pierwsze skojarzenia o treści seksualnej. Nic zatem dziwnego, że motywy te pojawiają się w marzeniach sennych czy w trakcie współżycia z partnerem, nie musi to jednak wyrażać tendencji zoofilnych.
- Jawne tendencje zoofilne. Występują w trakcie fantazji seksualnych towarzyszących masturbowaniu się, w których własną osobę kojarzy się z zachowaniami zoofilnymi. W trakcie współżycia z partnerem „zaczarowuje”, się siebie lub partnera w postać zwierzęcą.
- Masturbacja zoofilna. Polega ona na wykorzystywaniu zwierząt do drażnienia narządów płciowych aż do osiągnięcia orgazmu. Ta forma jest częściej spotykana u kobiet, które przez tresurę potrafią wykształcić u zwierzęcia odpowiednie pobudzenie seksualne.

141

- Zoofilia jako zastępcze zachowanie seksualne. Dotyczy to osób, które kontakt seksualny ze zwierzęciem traktują jako epizodyczny, przejściowy, spowodowany brakiem możliwości współżycia z partnerem. Zwierzę stanowi substytut ludzkiego partnera.
- Zoofilia jako zachowanie współtowarzyszące innym dewiacjom seksualnym, np. sadyzm, zespół nieodróżnicowania obiektu erotycznego
- Zoofilia jako pełna, trwała forma dewiacji seksualnej, w której kontakty seksualne ze zwierzętami stanowią podstawowe, a nawet i jedyne źródło osiągania satysfakcji seksualnej.

W przypadku tych trzech ostatnich możliwości kontakty zoofilne często wiążą się z aktywnością seksualną wobec zwierząt: kontakty analne, oralne dopochwowe. Pomysłowość i zróżnicowanie wariantów w tej formie dewiacji seksualnej są ogromne.

Zoofilia w gabinetach seksuologów ujawnia się w przypadkach spraw sądowych, niekiedy w wywiadzie, kiedy należała do doświadczeń seksualnych z przeszłości. Zdarza się również, że sam zainteresowany zgłasza się z prośbą o leczenie, chciałby bowiem założyć rodzinę, a nie potrafi przerwać tego rodzaju zachowań. W porównaniu z innymi postaciami dewiacji zoofilia należy do najbardziej ukrywanych i wstydliwie przeżywanych zachowań; nawet wobec lekarza bywa z trudem ujawniana. Wynika to z faktu, że uważana, jest za zaburzenie zmniejszające poczucie własnej ludzkiej godności, utożsamienie się z poziomem zwierzęcia; odczuwany jest również lęk przed możliwym wywołaniem szoku i wstrętu u słuchacza.

Zoofilia, a także różne jej motywy, spotykana jest często w anegdotach,

kawałach, w opowiadanych historyjkach o samotnych kobietach. Istnieje zatem w języku obiegowym jako zjawisko, ocenia się je jako egzotycznie rzadkie — stąd może ten humorystyczny dystans wobec niego. Tak naprawdę występuje częściej niż się wydaje.

TIMOFILIA

W bogatym świecie parafilii (dewiacji seksualnych) znajduje się szczególny typ zaburzenia — jest nim timophilia. Oznacza osiągnięcie satysfakcji seksualnej przez poczucie przynależności do Olimpu społecznego, sprawowanie władzy czy dysponowanie wielkim majątkiem. Znane stwierdzenie Henry Kissingera, iż władza jest najsilniejszym afrodyzjakiem, ma zatem sens. Relacje między władzą, statusem materialnym i przynależnością do VIP-ów a seksualnością mogą być zróżnicowane: działają jak afrodyzjak na samego zainteresowanego (a zatem zwiększają jego seksualną aktywność), są feromonem przyciągającym inne osoby, są jednym z mechanizmów obronnych u osób mających problemy i zaburzenia seksualne (kompensacja)

142

samą rozkosz jak seks. W tym ostatnim przypadku mamy do z timophilia.

przypisują ją rzymskiemu cesarzowi Kaliguli, który uzyskiwał faktę seksualną w zróżnicowanych zachowaniach seksualnych, ale 'wnież dzięki upajaniu się poczuciem własnego znaczenia. Innym przykładem jest słynny piosenkarz Jimmy Hendrix, który wyznał, że spijając ze woja gitarą ma takie same doznania, jakby sypiał z kobietą. Niejeden polityków wyznaje, że sprawowanie władzy daje mu podobne poczucie atysfakcji jak udany seks z partnerką. Podobne doznania przeżywają niektóre osoby, które zostały umieszczone wysoko w hierarchii rankingowej (polityki, standardu materialnego, popularności). W seksuologii istnieje pojęcie paraorgazmu, czyli przeżywania doznań zbliżonych (lub tożsamy) do orgazmu w trakcie nieseksualnych doświadczeń, jak np. euforia tłumu, osiągnięcie jakiegoś sukcesu, wyróżnienia itp. W przypadku timophilii tego typu paraorgazmy stają się dominującą formą zaspokajania potrzeby seksualnej. Ma to wpływ na relacje seksualne w związkach — satysfakcja jest możliwa w przypadku, kiedy partner wyraża podziw i uwielbienie, daje wyraz zafascynowania statusem Wielkiej Osoby. Ponieważ na dłuższą metę nie jest to możliwe, prowadzi do zmieniania partnerów lub (częściej) zmniejszenia lub zaniku aktywności seksualnej. Afrodyzjakiem staje się własna pozycja, status materialny, przyjemność z demonstrowania władzy i znaczenia.

Znajduje to potwierdzenie w badaniach empirycznych, np. w raporcie Samuela i Cynthii Janus z 1993 roku ujawniającego badania przeprowadzone na populacji 2765 osób w USA, a także w obserwacjach terapeutycznych. Z tych danych wynika, że w części osób, które znalazły się na Olimpie społecznym, rozwija się timophilia, konkurencyjna lub bardziej satysfakcjonująca od związków seksualnych.

APOTEMNOFILIA

Mamy tu do czynienia z dwiema formami dewiacji: allopotemnofilia i autoapotemnofilia. Allopotemnofilia polega na odczuwaniu pociągu seksualnego do osób z amputacjami, np. kończyn. Jeden z moich pacjentów rozpoczął współżycie seksualne z partnerką, która nie miała kciuka prawej dłoni. Początkowo budziło to w nim pewien dyskomfort natury estetycznej, ale w miarę rozwoju miłości w tym związku i bardzo udanego współżycia ten typ amputacji partnerki zaczął wyzwalać w nim czułość. Utrwaliło się w nim Powiązanie atrakcyjności jej ciała z kikutem kciuka w czarnej opasce. Mieli

zostać małżeństwem, ale partnerka zmarła w kilka miesięcy przed ślubem. Po jakimś czasie zauważył, że interesują go jedynie kobiety z podobnym rodzajem amputacji. Kiedy poznał kobietę o typie fizycznym i psychicznym bardzo podobnym do byłej partnerki, zaczął domagać się od niej dokonania amputacji.

143

Bez tego bodźca czuł się niezdolny do współżycia. Opisany przypadek należy do jednego z możliwych mechanizmów powstania tego typu dewiacji. W piśmiennictwie opisano również inne przypadki, w których źródłem powstania allopotemnofilii były zaburzenia psychiczne, fetyszyzm itp. Autoapotemnofilia polega na odczuwaniu potrzeby amputacji u siebie. W piśmiennictwie światowym w opisanym przypadku źródłem powstania dewiacji było zafascynowanie osobami kalekimi w okresie dzieciństwa. Pacjent chciał również należeć do tej grupy, którą postrzegał jako wyróżniającą się. Jego obsesją stała się potrzeba posiadania drewnianej nogi i usiłował namówić lekarzy do dokonania tego zabiegu. Po bezskutecznych staraniach zaczął chodzić w drewnianej protezie i widok ten działał na niego podniecająco. Dotychczas w fachowej literaturze światowej zostało opisanych pięć tego rodzaju przypadków, trudno jednak powiedzieć, czy wyczerpuje to wszystkie możliwości.

EKSAUDYRYZM

Eksaudyryzm jest jedną z odmian oglądactwa i polega na osiągnięciu satysfakcji seksualnej przez podsłuchiwanie zachowań seksualnych innych ludzi. W kilku znanych mi przypadkach dotyczyło to mężczyzn wynajmujących mieszkania młodym parom. Przez odpowiednie urządzenia elektroniczne zwiększali oni zakres słyszalności i w trakcie stosunku współlokatorów odczuwali przyjemność prowadzącą do orgazmu. Może to być powiązane z jednoczesnym masturbowaniem się, ale niekiedy wystarcza sama wyobraźnia i wyczulony słuch. Jedną z odmian tej dewiacji jest odtwarzanie autentycznego zbliżenia z taśmy magnetofonowej. W badanych przeze mnie przypadkach źródła powstania tej dewiacji wiązały się z wczesnodziecięcymi doświadczeniami, kiedy dziecko podsłuchiwało współżycie rodziców. Kiedy indziej dotyczyło mężczyzn, którzy podczas mieszkania w akademiku słyszeli odgłosy współżycia seksualnego kolegi z pokoju. W tym czasie udawali sen i nie widzieli tego współżycia. W jednym przypadku mężczyzna, którego żona nie zgadzała się na współżycie, masturbował się słysząc odgłosy dochodzące z sąsiedniego pokoju wynajętego studentom.

GERONTOFILIA

Polega na osiągnięciu satysfakcji seksualnej przez młodą osobę jedynie w wyniku współżycia z partnerem w starszym wieku. Wiek starczy odgrywa więc rolę fetysza seksualnego. Zaburzenie to częściej dotyczy mężczyzn; W praktyce lekarskiej przypadki gerontofilii najczęściej spotyka się w sprawach sądowych. Posłużę się przykładem. Dwudziestosześcioletni mężczyzna

144

był oskarżony o zgwałcenie siedemdziesięcioletniej kobiety. Okazało się, że mężczyzna do tej pory nie współżył z młodymi, rówieśniczymi kobietami, jego partnerki były zawsze osoby starsze, w wieku powyżej siedemdziesięciu lat. W dzieciństwie odczuwał pociąg seksualny do matki, zaczął sobie wyobrażać rolę swej partnerki w fantazjach towarzyszących masturbacji na początku życia u dojrzenia; później w tych fantazjach zaczęły pojawiać się i inne kobiety. Gdy miał dwadzieścia lat, zainteresował się dwudziestoletnią kobietą, „byłem ciekaw, jak wyglądałoby współżycie z taką”. Został jednak odrzucony przez nią, a przejawy jego adoracji zostały przez nią

wWsmiane w środowisku, w którym wspólnie pracowali. Odtąd nigdy już nie nteresał się młodymi kobietami. Ponownie wrócił do masturbacji, posiłkuiac się wyobraźnią obejmującą wyłącznie starsze kobiety. Pierwszy kontakt tego rodzaju miał w dwudziestym piątym roku życia. Kobieta nie stawiała oporu i akceptowała go w roli partnera. Później zaczął nawiązywać kontakty i innymi kobietami w późnym wieku. Do zgwałcenia doszło w sytuacji, kiedy spotkał się z odmową współżycia i reakcją przypominającą odrzucenie ze strony młodej kobiety w przeszłości. We wszystkich technikach badania projekcyjnego pacjent ujawniał zainteresowanie kobietami w starszym wieku. W tym przypadku można zatem stwierdzić określone mechanizmy prowadzące do rozwoju gerontofilii. Zdarza się jednak, że sam fakt współżycia z o wiele starszą partnerką może wynikać z innych przyczyn; zdarzają się zgwałcenia incydentalne, kiedy wiek partnerki nie jest rejestrowany, wystarczy, że w ogóle była kobietą.

GRUPOWY SEKS

(PLURALIZM, SEKS ORGIASTYCZNY, TRIOLIZM)

Grupowy seks oznacza współżycie seksualne z więcej niż jednym partnerem. Pod tym ogólnym pojęciem kryją się różne warianty zachowań zarówno ze względu na formę, jak i motywację;

- Kultury płodności. Spotykane w przeszłości (obecnie rzadko) w wielu kulturach świata i wiążące się z kultami płodności, bóstw patronujących erotyce.
- Triolizm. Jednoczesne współżycie trojga partnerów. Możliwości są różne, np. dwie kobiety i jeden mężczyzna, dwóch mężczyzn i jedna kobieta, trzy kobiety, trzech mężczyzn.
- Wymiana partnerów.
- Zbiorowe orgie seksualne.

W wielu kulturach orgie o charakterze seksualnym nie były wcale rzadkością. U Eskimosów np. obrzędem płodności towarzyszyła wymiana

145
kobiet. U Indian Hopi orgia miała na celu sprowadzenie deszczu i rozpoczynają się od rytualnego tańca, przechodząc następnie w zbiorowy gwałt, i w koń, w powszechną orgię. W społeczności taoistycznej ceremonia „hoki” prowodjjj wała do publicznej zbiorowej orgii. Podobne orgie odbywały się w tr; misteriów dionizyjskich w świecie antycznym, w bachanaliach. Za cei Dioklecjana uroczystości ku czci bogini kwitnienia — Flory — kończyły pijaństwem i zbiorową orgią. Podobne zjawisko spotykamy w wielu inny kulturach. W Europie orgie urządzał Karol Wielki w Akwizgranie, brały w ni udział jego córki. Przez całe stulecia odbywały się na dworach monarszy, a zwłaszcza w okresie wpływów liberynizmu.

Do najbardziej tajemniczych, ale i zrytualizowanych orgii seksualny należą rytuały tantryczne, takie jak Chakrapuja. Bardziej jeszcze jest budowany rytuał Panca-Makara, w którym uczestnicy spotykają się w nocy, szczytce góry lub nad rzeką, raz w miesiącu. Kobiety nacierają wówczas ci, różnymi wonnościami, malują się, mężczyzna „prowadzący” odprawia ryt złożenia ofiary, a później dochodzi do orgii.

W bardziej współczesnych nam czasach, po wybuchu tzw. rewolucji seksualnej, w wielu krajach Zachodu zapanowała moda na „swappers” i „swinger”. Ta pierwsza polegała na wymianie partnerów ze stałych związków, a druga — na różnych formach seksu: wymiana partnerów, orgie, seks grupowy. Moda na uprawianie tych różnych form seksu rozpowszechniła się tak dalece, iż uczestników tych form kontaktów seksualnych liczono już na

setki tysięcy, a w USA na miliony. Badacze stwierdzają, iż najczęściej były one praktykowane przez osoby z klas średnich, żyjące w małżeństwach i prowadzące bardzo konwencjonalny tryb życia. (Przyznawało się do tego około 2% małżeństw). Tworzono dla nich specjalne kluby, wydawnictwa prasowe, motele. Badacze i tam wniknęli pragnąc poznać motywację i przeżycia uczestników tych form współżycia. Okazało się, iż szukano w nich ubarwienia monotonii życia, zaspokojenia nie spełnionych oczekiwań i potrzeb, dopingu seksualnego przez znudzone sobą związki. Udział w tych spotkaniach nie dostarczał bynajmniej wyłącznie samej rozkoszy. U wielu kobiet ujawniała się zazdrość, niepokój co do atrakcyjności swych wdzięków, postawy rywalizacyjne, a u mężczyzn — lęk przed impotencją i możliwością wypadnięcia gorzej w porównaniu z bardziej wydolnymi mężczyznami.

Panika przed AIDS zastopowała ten ruch i zdaje się on zanikać.

- Zgwałcenia z udziałem więcej niż jednego sprawcy.
- „Różowe bałeciki”, czyli orgie z nieletnimi dziewczętami.
- Satanistyczne orgie seksualne.
- Wyspecjalizowane formy seksu grupowego o charakterze dewiacyjnym, np. kluby sadomasochistyczne, fetyszystyczne, gejowskie, nudystyczne.

146

Formy aktywności seksualnej w grupowym seksie są zróżnicowane: bierne uczestnictwo polegające na przyglądaniu się i masturbacji, kontakty oralne, analne, pochwowe, dewiacyjne, z udziałem narzędzi itd.

Wymienione formy seksu grupowego nie obejmują wszystkich znanych postaci, istnieje wiele sekt, orgii dewiacyjnych także o charakterze przestępczym, wiążącym się z zabójstwami na tle seksualnym. Z opisu tego wynika, że seks grupowy może być epizodycznym doświadczeniem, nietypową formą żywności seksualnej w dominującej formie współżycia w związku partnerskim, ale stanowi również podstawową formę aktywności seksualnej, niekiedy z towarzyszącą jej ideologią (np. satanizm). Uczestnicy seksu grupowego mają różne motywy i potrzeby.

U jednych nie ma żadnych zaburzeń seksualnych, a u innych istnieją potrzeby orgiastyczne, potrzeba dopingu erotycznego, ciekawości, zabawy. U części osób biorących udział w seksie grupowym, spotyka się tendencje ekshibicjonistyczne, narcystyczne, homoseksualne, erotomanie, promiskuityzm, sadyzm, masochizm. Zespół prowokowanej zdrady itp. Seks grupowy może ujawnić istniejące poprzednio w podświadomości lub tłumione potrzeby orgiastyczne czy dewiacyjne, może również na zasadzie wyuczenia, warunkowania dopiero je utworzyć. Stąd tak rozmaite bywają następstwa seksu grupowego. Dla jednych jest to epizodyczne doświadczenie seksualne, dla innych początek nowej formy współżycia, rozwoju potrzeb orgiastycznych lub dewiacyjnych. Spotykałem się z przypadkami uzależnienia od seksu grupowego i wynikającą z niego niemożnością współżycia w związku partnerskim, nie dostarczało ono bowiem odpowiedniego poziomu podniecenia seksualnego. Seks grupowy dość często wiąże się z odczuwanym znudzeniem seksualnym w związku, staje się dla niego formą urozmaicenia, dopingu potrzeb erotycznych. Dla niektórych uczestników seksu grupowego zaskakująca zdolność wielokrotnego współżycia i orgazmu w tej formie prowadzi do poprawy samooceny w roli seksualnej. Seks ten wiąże się również z rozwojem nieprzewidywanych uprzednio następstw. Zdarzają się przypadki powstania nowych związków partnerskich w wyniku znalezienia bardziej odpowiadającego seksualnie partnera. Często bywają również konflikty między partnerami na

tle zazdrości. Spotykałem się też z przypadkami niespodziewanej ciąży, kiedy nie wiadomo było, kto jest ojcem. Pamiętam sytuację, kiedy uchodząca za nieplodną kobieta zaszła w ciążę. W okresie tzw. rewolucji seksualnej w krajach zachodnich w końcu lat sześćdziesiątych powstawały komuny seksualne, w których prowadzone było wspólne gospodarstwo domowe, rodzące się dzieci wychowywane były wspólnie i ojcostwo traktowane było również zbiorowo. Okazało się, że napięcia, przejawy rywalizacji i zazdrości Prowadziły do takiego narastania konfliktów, iż komuny te rozpadały się a wiele osób popadało w dramatyczną dla siebie sytuację uczuciową, nierzadko kończącą się samobójstwem. Znane są również przypadki komun seksualnych

147
0 charakterze zbrodniczym, w których dochodziło do przestępstw (zabójst itp.), a w jednym przypadku do zbiorowego samobójstwa z rozkazu wodza tej komuny, opanowanego manią posłannictwa. Badacze tych komun podkreśl[^] charakterystyczną osobowość ich przywódców, wywierających wręcz hi[^] notyczny wpływ na otoczenie. Dysponowali oni pełnią władzy i szeroki[^] zakresem swobody seksualnej wobec członkiń grupy oddanych im bez reszt[^] 1 gotowych na wszystko. Badane były również komuny seksualne niektórych środowisk narkomanów, w których seks grupowy wiązał się z działaniem narkotyków i quasi-religią.

Seks grupowy jest szczególnym zjawiskiem w przypadku, gdy jest formą inicjacji seksualnej. Może prowadzić do wytworzenia się trwałych uwarunkowań i potrzeb seksualnych, trudności w powstawaniu więzi uczuciowych i partnerskich, rozwoju dewiacyjnych zachowań. Fakt, iż często jest on traktowany jako zabawa, a nie patologia usypia czujność, wiąże się z bagatelizowaniem wpływu na rozwój psychoseksualny, co dotyczy nie tylko młodzieży, ale osób w każdym wieku. Seks grupowy jest zaprzeczeniem osobowej relacji między partnerami, prowadzi do urzeczowienia człowieka.

ZACHOWANIA SEKSUALNE ZAGRAŻAJĄCE ZDROWIU I ŻYCIU (WEDŁUG KLASYFIKACJI ICD-10)

Zachowania seksualne, które wiążą się z zagrożeniem zdrowia i życia, w klasyfikacji ICD-10 można znaleźć w różnych grupach rozpoznania; obejmują one następujące rozpoznania:

- F42, Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne.
- F65.5. Sadomasochizm.
- F65. Zaburzenia preferencji seksualnych.
- Apotemnofilia — pociąg do osób okaleczonych.
- Autossassinofilia — pozorowanie własnego zabójstwa.
- Hybrystofilia — pociąg do partnerów będących gwałcicielem, zabójcą (np. zespół sztokholmski).
- Fobofilia — pociąg do bodźców prowokujących lęk.
- Belonefilia — podniecanie się przenikaniem bariery ciała, np. nakłuwaniem członka.
- Pyrofilia — podniecanie się gorącym bodźcem, np. ogniem.
- Symforofilia — podniecanie się prowokowaniem wypadków.
- Y05. Napaść seksualna przy użyciu przemocy fizycznej.
- Y07. Zespoły złego traktowania (znęcanie się, tortury seksualne, nadużywanie seksualne).
- Z72.5 Zachowania seksualne z wysokim ryzykiem.

148

ASFIKSJOFILIA

Zaburzenie preferencji seksualnej, w której podniecenie seksoerotyczne

!osi4gniCc'e orgazmu zależy od duszenia się i wieszania (Money 1986).
Powtarzające się wieszanie w celu osiągnięcia podniecenia i satysfakcji seksualnej (Resnik 1972).

jest to zachowanie seksualne z wysokim ryzykiem dla życia, jakkolwiek jego ofiary nie mają tendencji samobójczych, a zgon jest przypadkowy. Opisane zostało już w 1600 r. W USA dochodzi do 250 zgonów rocznie z tej przyczyny.

INNE ZABURZENIA SEKSUALNE

FOBIE SEKSUALNE

Fobie, czyli nasilone stany lękowe, należą do często spotykanych zaburzeń. Wiele osób zna lub słyszało o fobiach dotyczących otwartych przestrzeni, zamkniętych, wysokości, zwierząt itd. Mniej natomiast znane są fobie wiążące się z seksualnością, a są one przyczyną wielu problemów z nawiązywaniem znajomości, z rozpoczynaniem współżycia seksualnego, z trudnościami w przebiegu współżycia. Poniżej wymienię najważniejsze fobie seksualne, które wymagają leczenia i zazwyczaj są na nie podatne: fobie wiążące się z inicjacją seksualną, defloracją, z zawarciem małżeństwa (gamophobia), uogólnione wobec ludzi (homophobia), a w ostatnich latach coraz częściej AIDS-fobia (lęk przed chorobą AIDS).

Tabela 18

Fobie

Nazwa Czego dotyczy

Aichmofobia członka, symboli członka

AIDS-fobia AIDS

Anal-castration anxiety defekacji, toalety

Androfobia mężczyzny

Aulofobia instrumentów podobnych do członka

Anuptafobia bycie niezamężną, niezonatym

Automysofobia bycie brudnym, „brudny seks”

Bromidrosifobia zapachów ciała

Coitofobia stosunku

Coital aninsertia stosunku

Coprofobia wydalin

Cypridofobia kontaktu z chorobami przenoszonymi drogą płciową

149

cd. tab. 18

Nazwa

Enosiofobia

Erotofobia

Erytrofobia

Eurotofobia

Fallofobia

Gamofobia

Genital penetration phobia

Genofobia

Gymnofobia

Gynofobia

Haptefobia

Hedenofobia

Heterofobia

Homoerotofobia

Homofobia

Hymenofobia

Maiensiofobia
Lesofobia
Omnatefobia
Ofidiofobia
Partnerofobia
Peccatofobia
Penetration fobia
Proktofobia
Seksofobia
Skelerofobia
Skelerofobia
Spermatofobia
Tokofobia
Traumato fobia
Wenerofobia
Czego dotyczy
sinning (grzeszność, seks?)
zakochania się, mitości
czerwieni, wysypki, „sex”, rumieńca
narządów kobiecych
członka w stanie erekcji
małżeństwa
stosunku
seksu
nagości
kobiet
bycia podnieconym
przyjemności
osób heteroseksualnych
osób homoseksualnych
jw.
przerwania błony dziewiczej
urodzenie dziecka
silnych, mocnych kobiet
wzroku, spojrzenia, wyrazu twarzy
węża jako symbolu seksu
dziewcząt
grzeszności „sex”
oralnej, analnej, pochwowej penetracji
seksu analnego, enemas
płci odmiernej
defekacji, ekstrematów
złych mężczyzn
nasienia
rodzicielstwa, urodzenia dziecka
urazów, zgwałcenia
chorób przenoszonych drogą płciową

HISTERIA SEKSUALNA

Histeria jest pojęciem ogólnym i obejmuje takie formy zaburzeń, jak: osobowość histeryczną i reakcje histeryczne. W popularnym rozumieniu histeria nieodparcie kojarzona jest z kobietami, na co już zwrócił uwagę ojciec

medycyny Hipokrates. Często też łączono histerię z seksem, uważając, że mają one ze sobą związek przyczynowo-skutkowy, co zresztą w wielu przypadkach historycznych jest prawdziwe. Zaburzenia seksualne, mające charakter hysterii, są u kobiet często rozpoznawane i obejmują pewien odsetek takich zaburzeń, jak: pochwica, dyspareunia (bolesność odczuwana w trakcie stosunku), anorgazmia, oziębłość, uczucie znieczulenia pochwy, erotomania, zanik

150
Ibido, przeczulica narządów płciowych, ciąża rzekoma. Ponieważ pod nazwą histeria kryją się różne choroby, może ona praktycznie sugerować wy-
j nowanie wszelkiego rodzaju zaburzeń, w tym i seksualnych. W przypadku S eicznej histeria występuje bardzo rzadko i podobnie jak u kobiet bywa ^ódłem wszelkich możliwych zaburzeń chorobowych, w tym i seksualnych. Może być zatem historyczny przedwczesny wytrysk nasienia, historyczna mpotencja, rzekomy homoseksualizm itd.

1 Seksuolog w przypadku pacjentów-mężczyzn spotyka się ze wszystkimi wariantami hysterii: osobowością historyczną, nerwicą historyczną, a także z reakcjami historycznymi. Stwarzają one niekiedy spore trudności diagnostyczne, mechanizm historyczny rozpoznaje się po dłuższym czasie kontaktu z pacjentem. Zdarza się jednak, że ujawniony jest szybko, wiele tu zależy od zachowań danego mężczyzny. Osobowość historyczna mężczyzn jest odmienna niż kobieca, ma mniej teatralności, ekspresji, więcej natomiast zachowań manipulacyjnych. U mężczyzn głębsza jest również niedojrzałość emocjonalna, uzależnienie uczuciowe od matki (brak „odpepnienia psychicznego”), wyczulona wrażliwość na postawy wobec jego męskości, sprawność seksualną, samoocenę w roli partnera seksualnego. Osobowość historyczna nadmiernie idealizuje obraz ja — idealnego, a mniej jest obiektywna wobec własnego Ja — realnego. Istnieje również sprzeczność między tendencją do zawyżania poczucia własnej wartości, samooceny a oceną ze strony otoczenia. W życiu seksualnym podwyższone poczucie własnej wartości obejmuje np. postawę wyższości wobec kobiet, kult falliczny, przecenianie znaczenia własnych doświadczeń seksualnych, atrakcyjności męskiej. W więzach partnerskich wyraża się w postawie wyższości wobec partnerki, poczuciu, jakby było się dla niej prawdziwym „skarbem”, za który winna poczuwać się do stałej wdzięczności. Od partnerki oczekuje się adorowania, hołdów, obsługi w życiu codziennym, spełniania życzeń i oczekiwań przy braku postawy „daję” wobec niej. Oczekuje się również wzmocnień dla własnej osoby, pochwał i uznania za życie seksualne. Nadmiernie wysoka samoocena takiego mężczyzny skłania do podejmowania zachowań przekraczających jego realne możliwości i kierowania zainteresowania w stronę kobiet nie będących partnerem na podobnym poziomie w stosunku do siebie. Taka postawa życiowa prowokuje liczne stresy, niepowodzenia. Brak akceptacji i podziwu ze strony kobiety wyzwala agresję wobec nich, a stawianie sobie nadmiernych wymagań w życiu seksualnym może prowadzić do niepowodzeń we współżyciu. W związkach partnerskich częste są przypadki konfliktów. Historyczny partner jest w takim związku niedojrzały uczuciowo, ujawnia chwiejność nastrojów, decyzji, powierzchowność przeżywania, nie dostarcza poczucia stałości, oparcia. Winą za wszelkie konflikty w związku obciąża kobietę, nie jest zdolny do partnerstwa. Nerwica historyczna u mężczyzn, podobnie jak u kobiet, może obejmować wszystkie znane zaburzenia seksualne. Powstają one głównie w wyniku

151
mechanizmu konwersji. Oznacza on przeniesienie, przejście lęku powstałego z wewnętrznych konfliktów w objawy somatyczne, takie jak zaburzenia erekcji

zbyt wczesne wytryski nasienia itp. Mechanizm konwersji służy redukcji lęku jest formą samoobrony przed nim, wyraża również w formie symbolicznej podświadomy konflikt wewnętrzny, np. wytrysk nasienia przed stosunkiem może wyrażać lęk przed możliwą oceną przez partnerkę dopasowania narządów. Inaczej mówiąc: „Mam przedwczesny wytrysk i przez niego nie dojdzie do stosunku, nie będziesz więc mogła ocenić mojej budowy”. Odczytanie takiej symbolicznej „mowy” w przypadku zaburzeń seksualnych może być bardzo trudne i rzeczywiście sprawia problemy, zwłaszcza że jego przyczyna może być bardzo złożona. Rozpoznanie nerwicy histerycznej wymaga spełnienia kilku warunków: początek rozwoju choroby przed trzydziestym rokiem życia, brak organicznych przyczyn zaburzeń, obecność co najmniej dwudziestu pięciu z sześćdziesięciu objawów, obejmujących wiele funkcji organizmu, głównie nieseksualnych. Kryteria diagnostyczne tego rodzaju pozwalają stwierdzić, że nerwice histeryczne u mężczyzn występują rzadziej w porównaniu z rozmiarem rozpowszechnienia osobowości i reakcji histerycznych. Te ostatnie są o wiele częściej spotykane w codziennej pracy seksuologa. Reakcja histeryczna polega na nagłym, burzliwym wystąpieniu zaburzenia seksualnego z towarzyszącą mu paniką, nadmiernie ambicjonalnym jego potraktowaniem przez mężczyznę, który często traktuje wyleczenie jako swoje „być albo nie być”.

W histerycznych małżeństwach mamy do czynienia z kilkoma kombinacjami:

- Histeryczna żona i histerofilny mąż. Partnerka ma następujące cechy osobowości: niedojrzałość, chwiejność nastrojów, decyzji, powierzchowność przeżywania, brak poczucia stałości i oparcia. Seksualność często bywa słaba lub też objęta obawami, lękiem. Tego typu kobieta wobec mężczyzny adresuje sygnały ujawniające potrzebę stabilizacji uczuciowej, oparcia oraz słaby temperament seksualny. Nic zatem dziwnego, że tego typu sygnały mogą zostać przyjęte przez mężczyznę, którego określa się mianem histerofilnego, czyli odczuwającego potrzebę więzi z partnerką o cechach histerycznych. Cechy osobowości takiego mężczyzny obejmują np. zahamowania i poczucie niższości w roli męskiej, wstydlivość, lęki związane z seksualnością, niski poziom temperamentu seksualnego, zdolność adaptowania się do różnych warunków, niekonfliktowość. W tego typu związku „przyciągają się” zatem określone cechy osobowościowe, a partnerzy wzajemnie „podtrzymują u siebie” te cechy.
- Histeryczny mąż i histerofilna żona. Tego typu układ jest odwrotnością powyższego związku, ale należy do rzadziej spotykanych, gdyż osobowość histeryczna jest u mężczyzn rzadsza.

152

- „Normalna” osobowość żony i histeroformujący mąż. Pojęcie normalnej osobowości jest względne, dlatego zostało ujęte w cudzysłowie. W tym jednak przypadku chodzi o układ, w którym partnerka nie ma cech histerycznych, ale jest prowokowana do nich przez swego partnera, który ujawnia słaby poziom temperamentu seksualnego, nieokreśloność w roli mężczyzny, chwiejność uczuciową i konfliktowość. Stopniowo, w miarę trwania tego układu, u partnerki coraz częściej pojawiają się zachowania histeryczne lub — odwrotnie — nie ma odpowiedzi na adresowane wobec niej oczekiwania i związek ulega zerwaniu. Tego typu sytuacja najczęściej powstaje wówczas, kiedy mąż miał matkę histeryczną, będącą dla niego modelem osobowości kobiety.
- „Normalna” osobowość męża i histeroformująca żona. Tego typu układ

jest odwrotnością poprzedniego i również najczęściej powstaje wówczas, gdy żona miała ojca o osobowości histerycznej i stał się on dla niej modelem osobowości mężczyzny.

Powyższe układy partnerskie potwierdzają znaną tezę, iż w interakcji między partnerami może dochodzić do przeobrażeń osobowości „na życzenie” drugiej osoby. Adresowane wobec niej konkretne potrzeby i sygnały mogą prowokować do podświadomie chcianych reakcji zgodnie z zasadą zaprogramowania. W każdym związku można zadać sobie pytanie, na ile moja osobowość pozostała nie zmieniona, a na ile uległa przeobrażeniu „na życzenie” partnera lub też na ile zmieniły ją obiektywne fakty życiowe. Badacze wyodrębniają również pojęcie sytuacyjnych histerycznych małżeństw, powstających w przypadku ważnych zmian życiowych, np. zmiany pozycji społecznej jednego z partnerów, stylu życia, sytuacji kryzysowych wynikających np. ze zdrady, pojawienia się zaburzeń seksualnych. W wielu przypadkach histerycznie reagują na swoje zaburzenia seksualne mężczyźni, którzy dotąd nie mieli trudności w swym życiu seksualnym. Uświadomienie sobie „jestem niesprawny”, „kompromituję się jako mężczyzna” prowadzi do histerycznych reakcji z myślami samobójczymi włącznie.

Analiza histerycznych związków potwierdza zatem tezę, iż w wielu przypadkach wybór osoby partnera nie jest przypadkiem, a więź uczuciowa i seksualna powstaje na zaprogramowanym podłożu, jakim jest określona osobowość partnerów.

ZESPÓŁ HOOVERA

Nazwa oznaczająca obsesyjną wrogość do ludzi z powodu ich seksualizmu u osoby przyjmującej na siebie rolę wzorca doskonałości i dbającego o moralną Czystość kraju, a przy tym starannie ukrywającej własną seksualność. Własna

153
dewiacyjność łączy się z poświęcaniem innych dla zadośćuczynienia własnych żądaniom. Autorem tego zespołu jest prof. J. Money (Summers 1995). Nazwa wiąże się z osobą Edgara Hoovera (1895- 1972), dyrektora Federalnego Biura Śledczego (FBI) w USA, którym kierował blisko pół wieku. Według psychiatrów Hoover miał zaburzenia osobowości (narcyzm, cechy paranoiczne, obsesje) ambiwalentny stosunek do kobiet (idealizował kobiety macierzyńskie, a pożądał upadłe), cechy homoseksualne, transwestytyczne — przebierał się w stroje kobiece, miał kontakty z młodymi chłopcami, był uzależniony od pornografii. Jednocześnie, w imię walki o „czystość moralną” kraju, ujawniał obsesyjną wrogość do osób o homoseksualnej orientacji, do pornografii, gromadził informacje o życiu intymnym znanych osobistości w celu szantażowania ich.

MIKROPENIS

Mały członek (najczęściej o długości 2-4 cm) jest określany jako mikropenis i należy do stosunkowo rzadko spotykanych wad. Przyczyny jej powstania są zróżnicowane, a często niejasne: zaburzenia w wydzielaniu hormonów androgennych w płodowej fazie rozwoju, niedorozwój jąder, ciał jamistych, różnorodne zaburzenia hormonalne. Mikropenis może również być jednym z objawów różnych wad wrodzonych powstałych na podłożu genetycznym (np. zespół 46 XX, 47 XXY), patologicznej otyłości.

Stosunkowo niedawno zainteresowano się dorosłym życiem ludzi z tego rodzaju wadą budowy. Okazało się, że u większości tych mężczyzn popęd seksualny ukierunkowany jest heteroseksualnie, wyjątkowo rzadko homoseksualnie. Począwszy od okresu dojrzewania 2/3 młodych mężczyzn uprawia masturbację. Wyobrażenia seksualna bywa zróżnicowana i obejmuje romantyczne skojarzenia, wizje normalnych stosunków, sadomasochistycznych.

W dorosłym życiu część z nich ujawnia apatię seksualną w wyniku zaburzeń hormonalnych, inni rezygnują z życia seksualnego, a przyczyną bywa poczucie małej wartości. Zdarza się również, że podejmują pełne kontakty seksualne z kobietami. Badania dotyczące mężczyzn z tą wadą ujawniły również wiele trudności w codziennym życiu i charakterystycznych zahamowań: unikanie oddawania moczu w obecności innych mężczyzn, rozbierania się, pieszczoł seksualnych. Bardzo często próby współżycia seksualnego wiążą się z brakiem satysfakcji, poczuciem zażenowania wobec partnerki. Niektórzy uważali, że mężczyzna z taką wadą, jak niedorozwój członka, jest podatny na rozwój zaburzeń psychicznych, przestępczość seksualną (np. wynikającą z agresji wobec kobiet). Okazało się jednak, że w tej populacji mężczyzn zaburzenia psychiczne i przestępczość seksualna występują bardzo rzadko. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że już od okresu dzieciństwa mężczyzna przystosowuje się do tej wady, świadomie rezygnuje z życia seksualnego, kompensując ten brak „wyżywaniem się” w innych rodzajach działalności.

154

W wielu ośrodkach terapeutycznych usiłuje się pomóc mężczyznom z tą wadą przez wczesne podjęcie leczenia hormonalnego, a zwłaszcza operacyjnego. Współczesny poziom chirurgii plastycznej umożliwia zastosowanie protez członka imitujących normalną budowę. Problem polega jednak na tym, że wymienione wyniki badań dotyczą jedynie tych osób, które same zgłosiły się do lekarzy, nie wiemy natomiast, jak sobie radzą osoby nie szukające nigdzie pomocy.

Istnieje wiele różnych wad budowy narządów płciowych u obu płci, jednak mikropenis należy do najbardziej poważnych, uderza bowiem szczególnie w poczucie męskości, sprzyja powstaniu inności wobec mężczyzn, unikaniu kobiet. W przeszłości osoby z różnymi wadami budowy praktycznie znajdowały się w sytuacji bez wyjścia i musiały pogodzić się z tym stanem rzeczy. Obecny poziom lecznictwa umożliwia im przywrócenie zdolności do życia seksualnego dzięki leczeniu operacyjnemu. Rozwój medycyny jest dla nich błogosławionym zrzędzeniem losu, dzięki któremu mogą się czuć pełnoprawnymi członkami społeczności w swej roli erotycznej.

NATRĘCTWA SEKSUALNE

W psychopatologii seksualnej natręctwa seksualne są szczególnym fenomenem. Należą one do rzadko spotykanych zaburzeń, ale często sprawiają duże problemy diagnostyczne i terapeutyczne. Natręctwa seksualne obejmują myśli i czynności natrętne. Myśli natrętne o treści seksualnej mogą w życiu psychicznym danej osoby dominować; wszystko kojarzy się jej z seksem i wokół niego obraca. Rozmowy, lektury, oglądane programy telewizyjne, obrazy filmowe o aseksualnej treści kojarzą się z seksem, nasuwają podobieństwa, prowokują do szukania ukrytego podtekstu. W kontaktach międzyludzkich u takiej osoby współlistnieją dwa systemy komunikacji; jeden jest pozorny, tzn. rozmawia się z innymi, np. o sprawach zawodowych, natomiast drugi system ma charakter seksualny, obejmuje skojarzenia, wyobrażenia, uporczywie napływające myśli o treści seksualnej. Ten rodzaj myśli natrętnych występuje u zupełnie zdrowych ludzi nie zaspokojonych seksualnie, będących w stanie „głodu seksualnego”. Jest to zatem stan przejściowy, wiążący się z sytuacją frustracji seksualnych potrzeb, w którym pojawia się podprogowa nadwrażliwość na wszelkie sygnały, bodźce seksualne, i na kontakt z drugą płcią. Myśli natrętne są również typowe w erotomanii, należą do jednego z jej objawów. Zdarza się również okresowe pojawienie się myśli natrętnych

u dojrzewających chłopców, kiedy ich psychika ulega erotyzacji pod wpływem hormonów. Drugi rodzaj natrętnych treści seksualnych ma charakter kontrastowy, tzn. pojawia się u danej osoby na zasadzie sprzeczności z jej postawami wobec seksu, z miejscem, w którym dana osoba przebywa. Jeżeli ujawnia ona

155
negatywne postawy wobec seksu, przypisuje mu wszelkie zło. Wykolejenie młodzieży itp., to na zasadzie kontrastu mogą się u niej pojawiać własne myśli, natrętne, odbierane jako zewnętrzne wobec własnego Ja. Inny przykład: myśl natrętne ma osoba w tak szczególnym miejscu, jak kościół: istnieje kontrast między miejscem a światem myśli.

W praktykach ascetycznych, często na zasadzie kontrastu, pojawiają się natrętne myśli seksualne. Im bardziej tłumy się potrzeby seksualne, usiłuje podporządkować świadomość, usiłuje nabrać wobec nich dystansu przez Ja tym większa bywa uporczywość pojawiających się myśli natrętnych. To zjawisko jest dobrze znane wszystkim systemom ascetycznym. W chrześcijaństwie jest opisane jako tzw. noc zmysłów. Natręctwom myślowym mogą towarzyszyć iluzje i halucynacje o treści seksualnej. Istnieje poczucie rozdarcia między światem rzeczywistym a urojonym; niekiedy ta granica ulega zatarciu. Studiując dzieła, wspomnienia wielkich ascetyków, często możemy spotkać się ze zwierzeniami o tego rodzaju przeżyciach.

Myśli natrętne o treści seksualnej występują również u osób przeżywających intensywne stany zazdrości. Nasuwają im się skojarzenia osoby partnera, który zdradza. Wyobrażenia podsuwa wtedy obrazy często o bardzo plastycznym, realistycznym przebiegu. Myśli natrętne o treści seksualnej bywają również jednym z objawów chorób układu nerwowego (np. nowotworów niektórych obszarów mózgu), chorób psychicznych, nerwicy natręctw. Należą zatem do zespołu obejmującego różne objawy, ale zdarza się, że stanowią objaw dominujący. Myślom natrętnym towarzyszy stan niepokoju, napięcia, niekiedy smutku, reakcje wegetatywne.

Czynności natrętne o charakterze seksualnym mają zróżnicowane formy, np.: mogą mieć charakter natrętnej masturbacji, rytuałów towarzyszących masturbowaniu się, współżyciu seksualnemu oraz zachowań ściśle z nim związanych. Istnieje w nich poczucie wewnętrznego przymusu, pędu do tego działania. Jedni oceniają to jako coś irracjonalnego lub wręcz bezsensownego, u innych natomiast pojawia się potrzeba racjonalizacji swojego zachowania i stąd zapewne powstaje odpowiednia teoria wyjaśniająca sens, potrzebę tych zachowań.

Czynności natrętnych jest wiele, dla przykładu wymienię niektóre z nich. U młodego mężczyzny potrzeba masturbacji pojawiała się zawsze o tej samej godzinie bez konkretnego bodźca seksualnego. U innego rytuał natrętny obejmował kilkakrotne mycie rąk przed i po masturbacji. U młodej mężatki w trakcie współżycia występowała przymusowa czynność uderzania dłonią o łóżko; uderzeń tych musiało być dokładnie dwadzieścia dwa, ani mniej, ani więcej. W jednym związku natręctwo dotyczyło obojga partnerów: żona została zaindukowana nim przez męża. W trakcie gry wstępnej przez pięć minut występował przymus pocierania się stopami, dopiero po wykonaniu tej czynności mogli podejmować dalsze formy pieszczot.

156

Czynności natrętne mogą mieć różne przyczyny, wynikają z konkretnych ób (np. psychicznych, nerwicy natręctw) i uwarunkowań powstałych ° noczątkowych okresach masturbacji. Towarzyszy im napięcie psychiczne, W,^zuwana konieczność wykonania tej przymusowej czynności, a wszelkie

ijowania pominięcia jej budzą wzrost napięcia, utrudniają osiągnięcie satysfakcji seksualnej.

Seksuolog z przypadkami natręctw seksualnych spotyka się stosunkowo 7adko, ale wymagają one dokładnej diagnostyki, skomplikowanego leczenia. W populacji pacjentów zgłaszających się z powodu natręctw seksualnych, stosunkowo często spotyka się osoby samotne, nie podejmujące współżycia seksualnego do okresu późnej dojrzałości lub żyjące w celibacie.

Natręctwa seksualne są traktowane i leczone jak jednostka chorobowa, jeżeli należą do jej zespołu objawowego. Jeśli są zespołem chorobowym, w którym myśli lub czynności natrętne stanowią objaw podstawowy, leczenie polega na szukaniu przyczyny, stosowaniu psychoterapii połączonej niekiedy z zażywaniem różnych leków. Często skuteczne usunięcie objawów wymaga zmiany w życiu.

PRIAPIZM

Priapizm oznacza bolesny, długotrwały, nieprawidłowy wzwód (erekcję) członka, któremu nie towarzyszy uczucie podniecenia seksualnego i który nie ustępuje po stosunku seksualnym lub po masturbacji. Nazwa wywodzi się od Priapa, boga płodności, patrona winnic, urodzaju, a wywodzi się z mitologii greckiej i rzymskiej. Priap przedstawiany był z wyołbrzymionym członkiem w stanie erekcji.

Różne mogą być przyczyny priapizmu, ale do najczęściej spotykanych należą: zaburzenia neurologiczne, choroby krwi, stany zapalne męskich narządów płciowych, urazy miednicy i narządów, nowotwory. Około 1/3 przyczyn wiąże się z oddziaływaniem przyjmowanych leków, głównie psychotropowych i przeciwnadciśnieniowych. Od czasu upowszechnienia się leczenia impotencji lekami wprowadzanymi w formie iniekcji w ciało jamiste członka — priapizm jest jednym z możliwych powikłań, na szczęście rzadko spotykanym. W angielskim piśmie medycznym ukazał się tekst urologa — Pohla, oparty na dość sporym materiale. Wynika z niego, że w prawie 1/3 przypadków przyczyna priapizmu jest niejasna i trudna do ustalenia; w 21% przypadków wiązała się z nadużywaniem alkoholu lub przyjmowaniem leków, w 12% przypadków z urazami w obrębie miednicy, a w 11% z niedokrwistością.

W przypadku priapizmu w ciałach jamistych członka krew żylna jest gęsta i przypomina olej samochodowy. Mężczyzna odczuwa ból, dyskomfort, lęk

157

inne i narastające poczucie zagrożenia. Niekiedy we wczesnym okresie trwania priapizmu (tzn. w pierwszych 1 - 3 godzinach) ulgę, a nawet ustąpienie bólu członka, daje intensywny chłód. Jeżeli priapizm utrzymuje się konieczne jest leczenie u urologa. Nie należy zwlekać z podjęciem leczenia, ponieważ poza dolegliwościami mogą pojawić się później zaburzenia, jak np. impotencja, zmiany w członku. Leczenie polega na aspiracji krwi igłą z członka i wstrzyknięciu odpowiednich leków. W niektórych przypadkach konieczne jest leczenie operacyjne na oddziale urologicznym. Zaczęto je stosować od 1964 roku i w miarę upływu czasu zostało udoskonalone.

Rzecz w tym, że mężczyźni odczuwają lęk przed iniekcjami, zwłaszcza w ciałach jamiste członka, a przecież są one mniej bolesne od domięśniowych. ZESPÓŁ „DEMONA NOCY”

Oryginalna nazwa angielska „the incubus syndrom” oznacza potocznie „demonia odwiedzającego kobiety w nocy”. Pierwowzorem tego określenia są

opisy mistyczek, wizjonerek i zakonnice, które były przekonane, że są kuszone przez szatana przybierającego postać atrakcyjnego mężczyzny i pobudzone przez niego seksualnie. Podobnie jak u mężczyzn zmuszanie się do ascezy seksualnej jest często przyczyną erotyzacji psychiki przez podświadomość. Okazało się, że nie tylko ascetyczne praktyki prowokują powstanie tego zespołu, ale również takie czynniki, jak histeryczne cechy osobowości, niezaspokojenie potrzeb seksualnych u obdarzonych bujną zmysłowością kobiet, rozbudowana wyobraźnia erotyczna pod wpływem środków narkotycznych i halucynogennych. Ponieważ objawy tego zespołu wiążą się z zasypianiem, z przerywanym snem, używa się również innej jego nazwy: zespół okołosennych iluzji seksualnych.

Przeżycia erotyczne bywają różne. Najczęściej pojawiają się iluzje obecności mężczyzny, czucie jego ciała, bliskości intymnej. Osoba mężczyzny może być nieokreślona, ale bywa, że dotyczy to konkretnej osoby. np. stałego partnera. We wszystkich przypadkach pojawia się świadomość nierealności tej sytuacji, złudzenia, niekiedy przykro odbieranego, ponieważ złudzenie okazało się przyjemniejsze od rzeczywistości.

Niektóre kobiety odczuwają jakby prądy lub fale w miednicy, a także w narządach płciowych, które wyzwalają stany podniecenia i są odbierane jako seksualnie ekscytujące.

Inne kobiety doświadczają iluzji przeżywania bodźców seksualnych. Najczęściej odczuwane jest wrażenie lekkiego, delikatnego, miękkiego dotyku. Rzadziej natomiast spotyka się iluzje bodźców wzrokowych, słuchowych, zapachowych. Iluzjom towarzyszy często podniecenie seksualne, 158

rno że kobieta jest świadoma braku przy sobie realnego partnera. Iluzje tkowe często dotyczą stref erogennych, które u danej kobiety należą do jbardziej wrażliwych, np. kobieta lubiąca pieszczoty piersi ma złudzenie, że one dotykane czy całowane przez mężczyznę. Rzadko pojawiają się iluzje kontaktu seksualnego. Kobieta ulega złudzeniu, że odbywa stosunek, czuje ruchy w sobie

Poziom podniecenia seksualnego w tym zespole może osiągać różną wysokość aż do doznania orgazmu włącznie. Opisane objawy były niekiedy odczuwane jako seksualne oddziaływanie ukochanego z odfegłości, ale również i temu towarzyszy poczucie bliskości, „telepatii”. Warto dodać, że niektóre kobiety wierzą w bioenergetyczne czy telepatyczne porozumienie z bliską osobą i dystans przestrzenny nie ma tu znaczenia.

Iluzje seksualne niekoniecznie bywają odbierane jako przyjemne. Niekiedy prowokują poczucie lęku, nienormalności psychiki, pogłębiają stan frustracji seksualnej i uczuciowej. Kobiety „odwiedzane przez demona nocy” różnie na niego reagują. Jedne usiłują stłumić doznania i uciekają się do środków nasennych. Inne rozwijają te doznania przez zachowania masturbacyjne. Bywa, że zaniepokojenie stanem własnej psychiki skłania do nawiązania kontaktów z mężczyznami.

Kobiety mające objawy tego zespołu czują się osamotnione i nie wiedzą, jak sobie z tym poradzić. Wstydzą się o tym komuś powiedzieć, nawet przyjaciółce, mogłoby to bowiem zrodzić wątpliwości co do ich zdrowia psychicznego. Nie każdy może się zdobyć na takie wyznanie, które u słuchacza może kojarzyć się z chorobą psychiczną. Mogą one być oceniane jako fantazjowanie, chęć zwrócenia na siebie uwagi itp.

Kobiety rzadko decydują się na wizytę u psychiatry czy seksuologa, gdyż obawiają się, że rozpozna on u nich chorobę psychiczną, nie uwierzy im lub

będzie je traktował jak osoby szukające sensacji. W poradnikach czy podręcznikach psychiatrii i seksuologii opis tego zespołu jest bardzo rzadko spotykany. Wiele kobiet tak dalece ceni sobie życie w realnym, a nie iluzyjnym świecie, że wszelkimi sposobami usiłuje się pozbyć „demonu nocy”, chociaż może on być dla nich źródłem przyjemnych doznań. Tak więc ostatecznie decyduje strach przed chorobą psychiczną.

Łatwiej rozwiązać te problemy w czasie wizyty u specjalisty. Dzięki diagnozie pomoże on ujawnić przyczyny i mechanizmy powstania tego zespołu, a pacjentka może zdecydować się na sposób jego rozwiązania: stosować leki antypopędowe, zdecydować się na psychoterapię lub związek 1 mężczyzną. Być może kobieta chcąc współżyć wyłącznie po ślubie Pospieszy decyzję zawarcia małżeństwa i przerwie życie w samotności. Zespół „demonu nocy” częściej występuje u dojrzałych i zmysłowych kobiet, ale spotyka się go również w innych kategoriach wieku, chociaż Gadziej.

159

Męski odpowiednik tego zespołu („the subcubus syndrom”) jest rzadziej spotykany w gabinetach specjalistów, gdyż erotyzm u mężczyzn jest mniej złożony niż u kobiet, zachowania masturbacyjne są u nich częściej prążyć, tykowane, a może i skłonność do ascezy w tej dziedzinie życia zdarza się rzadziej.

ZESPÓŁ KEHRERA

W leczeniu ambulatoryjnym oziębłość seksualna, pochwica, dyspareunia są najczęściej spotykanymi, typowymi zaburzeniami seksualnymi, dotyczącymi około 90% wszystkich zgłaszających się pacjentek. Spotyka się również i takie, które, jakkolwiek należą do rzadszych, wymagają również programu terapeutycznego. W przypadku zespołów: nierozbudzenia seksualnego i dyssatisfakcji seksualnej najbardziej optymalne są metody treningowe oraz psychoterapia typu reedukacyjnego.

W przypadku niezaspokojenia potrzeby seksualnej, braku orgazmu, u niektórych kobiet rozwija się stopniowo zespół Kehrera, należący do zaburzeń psychosomatycznych. Początkowo niezaspokojenie seksualne prowadzi do stanu pobudzenia psychoruchowego, napięcia, rozdrażnienia. Po kilku miesiącach zaczynają się pojawiać dolegliwości fizyczne: upławy, świąd pochwy, żylaki miednicy i odbytu, zaburzenia miesiączkowania, bóle w dole brzucha itp. Pacjentki trafiają do ginekologów i leczenie objawowe trwa miesiącami. Przypuszcza się, iż zaburzenia somatyczne powstają w wyniku łańcucha: niezaspokojenie seksualne — przekrwienie macicy — objawy somatyczne. Zespół Kehrera (1951) najczęściej występuje u kobiet z prawidłowym poziomem libido, rozbudzonych seksualnie, które nie mają zaspokojonych potrzeb seksualnych w wyniku unikania współżycia przez ich partnerów (konflikty partnerskie, zaburzenia seksualne mężczyzn, długotrwałe rozstania). Kobiety te nie nawiązują również innych trwałych związków. Popularnie ujmując zespół Kehrera jest chorobą kobiet niezaspokojonych seksualnie, odrzucanych przez partnera, a zarazem będących wiernymi i motywowanymi do trwania w tym związku.

Zdarza się, iż ginekolog orientujący się w podłożu choroby pacjentki proponuje jej nawiązanie romansu. W wielu przypadkach ta „rada” jest bezskuteczna, gdyż fakt odrzucenia ze strony partnera mobilizuje do starań o zmianę jego postawy, ponadto nie wszystkie pacjentki widzą rozwiązanie swych problemów seksualnych w romansie, a obecnie profilaktyka AIDS zaleca stosowanie tzw. seksu bezpiecznego, czyli trwałego związku partners-

kiego.

160

ZABURZENIA UWARUNKOWANE KULTUROWO

(ans- culture-bound syndromes)

Nazwa określająca zaburzenia seksualne o specyficznym tle kulturowym ^wiązanym np. z magią lub religią, warunkami ekologicznymi, stresami nsychosocjalnymi), których zasięg występowania jest ograniczony do obszaru oddziaływania danej kultury. W piśmiennictwie światowym spotykane są r5vwnież inne nazwy: psychogenna reakcja na stres, psychogenne kulturowe psychozy, psychozy histeryczne w kulturach, zespoły emocjonalne* w kulturach. Primitive Fear Reactions, Culture — specific nosophobias, Trance pissociations.

Przyczyny

Według psychoanalizy są to: reakcje na konflikty kulturowe, projekcje nieświadomych fantazji, wyraz konfliktów w lokalnych społecznościach, według Devereux (1970) wyraz etnicznej nieświadomości, według La Barre (1970) psychozy etniczne, według Kettlera (1983) ekspresja konfliktu norm specyficznych ról, według Malhotry i Wig (1975) wyraz napięcia między seksualnością a ascezą, według Tsenga i McDemotta (1981) rezultat stresu kulturowego, uniwersalna reakcja w lokalnej społeczności.

Seksuologia i psychiatria transkulturowa, badając zaburzenia uwarunkowane kulturowo, oceniają wiele możliwych czynników: klimat, sposób odżywiania, warunki ekologiczne, modele męskości i kobiecości, seksualności, typy sytuacji stresowych i formy reagowania na nie, czynniki dziedziczno-rasowe, wpływ rodziny, wychowania, obyczajów, religii, systemy karania i nagradzania itd. Znajomość tych czynników pozwala poznać mechanizmy prowadzące do rozwoju danego zaburzenia, specyfikę jego objawów, przebieg i wskazane metody leczenia. Klimat, odżywianie, zawartość mikroelementów w glebie, tryb życia, choroby endemiczne, dziedziczność i wiele innych czynników wpływają na rozwój różnych zaburzeń w danym regionie. W Afryce zachodniej, w pobliżu granicy z Liberią, żyje 550 000-osobowa społeczność — Dani. Cechuje ją bardzo mała aktywność seksualna, rzadkie współżycie seksualne i słabe zainteresowanie sprawami seksu. Badacze tłumaczą to wpływem czynników dziedzicznych oraz sposobu odżywiania się, ubożego w witaminy, mikroelementy i białko. Plemiona żyjące na Nowej Gwinei Powszechnie praktykują seks oralny (np. plemię Sambia); mają one, zdaniem badaczy, w ten sposób uzupełniać dotkliwe braki białka w pożywieniu. Jest to również obyczajowa forma współżycia, charakterystyczna dla tych plemion. Wegetarianizm w Indiach ma wpływać na łagodniejsze usposobienie ludzi, n^iejszą aktywność seksualną w porównaniu z niewegetarianami w tym regionie, ustawianie życia seksualnego w okresie przekwitania. W Chinach, kiedy °szło do epidemii uzależnienia od opium w XIX i na początku XX wieku, wielu

161

mężczyzn ujawniało tzw. opiumową impotencję. Należy dodać, iż w wielu regionach Azji opium było traktowane jako środek służący do wydłużania czasu trwania stosunku, co jest tam cenione w tradycjach sztuki miłosnej.

Peotyizm u Indian Ameryki Środkowej i Północnej, m.in. traktowany jako środek wzmagający potencję i płodność, w wyniku długotrwałego nadużywania prowadzi do obniżenia libido i impotencji. Podobnie też działa kokainizm rozpowszechniony w regionie Ameryki Środkowej.

Czynniki stresowe są jedną z częściej spotykanych przyczyn zaburzeń seksualnych, a także chorób psychosomatycznych, którym zwykle towarzyszą

osłabienia aktywności seksualnej i libido oraz inne zaburzenia seksualne. Badacze japońscy — Shiai i Takanami — na podstawie dokładnych badań przeprowadzonych w 1987 roku ustalili, że u Japończyków 41,5% zaburzeń potencji powstałych na tle stresu było spowodowanych stresami zawodowymi, a 8,8% stresami rodzinnymi. Podobne badania porównawcze przeprowadzone w USA ujawniły u Amerykanów odwrotność sytuacji — dominowały stresy rodzinne, a w drugiej kolejności zawodowe.

Z przeprowadzonych badań wynikało, że niezależnie od rodzaju stresu najważniejsze okazały się kulturowo uwarunkowane reakcje na stres, zarówno psychiczne, jak i biologiczne. Na przykład Chińczycy i Japończycy bardzo silnie tłumią w sobie negatywne emocje, agresję; z tego powodu w większym stopniu rozwijają się u nich zaburzenia. L. Jilek-All (1978), porównując społeczność Indian i Mennonitów żyjących w Kanadzie stwierdził, iż Indianie w sytuacjach stresowych częściej ujawniają agresję i sięgają do alkoholu, a Mennonici tłumią agresję — i stąd częstsze są u nich zaburzenia układu pokarmowego bądź seksualne.

Janis Hutchinson (1986) badając reakcje na stres w regionie Karaibów stwierdził, że wyrażała się ona zwiększonym ciśnieniem tętniczym krwi. U mężczyzn dotyczyło to zarówno ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego, a u kobiet głównie rozkurczowego. Okazało się, że choroba nadciśnieniowa i towarzyszące jej objawy zaburzeń seksualnych jako reakcja na stres są często spotykane w regionie Karaibów. Korelowało to z kilkoma jeszcze innymi czynnikami. Nadciśnienie było wyższe u osób samotnych niepraktykujących religijnie, o wyższym poziomie wykształcenia, u kobiet wielodzietnych. Badacze tłumaczą to współdziałaniem stresów psychosocjalnych z czynnikami fizjologicznymi odnoszącymi się do funkcji organizmów tubylców, u których w wyniku działania stresu szybko rozwija się nadmierna czynność układu autonomicznego. Badania nad emigrantami dostarczyły wielu interesujących wyników na temat reakcji na stres, sytuacji stresowych. Okazało się, iż Europejczycy reagują bardziej burzliwie i większym zakresem objawów w przypadku emigracji w porównaniu do Azjatów- Generalnie jednak — wśród emigrantów więcej jest sytuacji stresowych, a zatem i więcej różnych zaburzeń.

162

Tobą de Fundia (1984), porównując zaburzenia Amerykanów i Argentyńców przybyłych do USA, stwierdził, iż wśród Argentyńczyków notuje się więcej różnego rodzaju zaburzeń z zakresu psychopatologii, postaw pesymistycznych, przypadków bezsenności, problemów seksualnych, neurotyzmu. Tłumaczy to stresem psychosocjalnym w warunkach życia w innym kręgu kulturowym.

Zakres czynników kulturowych jest bardzo szeroki w zależności od specyfiki danej kultury. Zaburzenia seksualne i psychopatologiczne mogą się rozwinąć np. w przypadku naruszenia tabu, wiary w oddziaływanie czarnej magii, złych duchów, postaw wobec seksualności danej kultury (np. kultury represyjne wobec seksu „produkują” więcej pacjentów i zaburzeń), koncepcji zdrowia seksualnego (np. kultury ceniące nasienie jako eliksir życia sprzyjają powstawaniu zaburzeń w przypadku ubytku nasienia, np. w wyniku polucji). Istnieją także bardzo głębokie i złożone przyczyny kulturowe: reakcje na konflikty Ja z tradycyjną kulturą, projekcja nieświadomych fantazji, napięcie między seksem a ideą ascezy, między seksem a ideą rozwoju duchowego (np. w Indiach), problemy z rolami seksualnymi (np. u emigrantów w innym społeczeństwie, u emancypujących się kobiet w tradycyjnych patriarchalnych

społecznościach).

Zaburzenia seksualne mogą być również karykaturą danej kultury, np. Chińczyk mieszkający w Singapurze, będąc przekonany o wciąganiu jego członka do jamy brzusznej, usiłuje temu przeszkodzić przywiązując go pałeczkami z bambusa. W kulturze Zachodu mężczyźni wierzyli, że urodził się z potencją mającą mu wystarczyć na 2500 stosunków w życiu. Zbliżając się do tego pułapu, zaczynał odczuwać opadanie swojej męskiej witalności. W epoce wiktoriańskiej kobieta wstydziła się przeżywać ekspresyjnie orgazm, uchodziło bowiem to za objaw „zwierzęcej, zepsutej natury człowieka”, a poza tym większość kobiet nie przeżywała orgazmu. W kulturach, w których bardzo liczy się „zachowanie twarzy” (Daleki Wschód), frustracja z powodu jej „utrąty” może prowadzić do bardzo gwałtownych wybuchów emocji, paniki, lęku, czynów samobójczych. Z kolei w kulturach represyjnych wobec seksu i chrześcijańskich wszelkie sny o treści seksualnej, polucje były przykro przeżywane, a tłumiona seksualność nierzadko prowokowała myśli natrętne o charakterze bluźnierczym i świętokradczym.

Zaburzeniom seksualnym często towarzyszą różne objawy psychopatologiczne (np. lęk, panika, depresja, pobudzenie) i somatyczne (np. bóle głowy, niedociężność, zaburzenia czynności serca, biegunki). Okazało się, że w plemionach afrykańskich częściej występują objawy somatyczne i hipochondria, histeria. Na Filipinach dominują objawy depresyjne, u Chińczyków — objawy Ckowe i histeryczne, z kolei u Japończyków — niepokój, natręctwa, wrażliwość, ucieczka w dziecięce formy zachowania. Jerome Kroll i współpracownicy (1989) badając różne narodowości Azji stwierdzili, że np. reakcje

lękowe najczęściej występowały u Wietnamczyków i Laotańczyków, depresyjne w narodowości Hmong i wśród mieszkańców Kambodży, stresowe także w Kambodży, a najrzadziej u Wietnamczyków.

Zaburzenia:

Ag Rog jest zaburzeniem występującym w Nowej Funlandii i polega na uczuciu paraliżu rąk i nóg, wymiotach, nudnościach, zaburzeniach snu, lęku. 70% pacjentów stanowią mężczyźni, 30% kobiety. Średni wiek — 38,5 lat. ale choroba występuje zarówno u młodych, jak i starszych ludzi. Towarzyszą temu zespołowi zaburzeń przysenne halucynacje, w których często pojawiają się akty przemocy, gwałtu. Jedną z przyczyn powstania Ag Rog są problemy psychiczne wynikające z niezaspokojonych potrzeb seksualnych, z napięć zrodzonych między dwoma stanami: agresywności, wrogości a bierności i podporządkowania.

Aiyipeń — występuje w plemieniu Joruba w Nigerii i polega na pojawieniu się tików i drgawek. Powstaje w wyniku problemów seksualnych i małżeńskich.

Amok — gwałtowny, nieoczekiwany atak agresji, autoagresji, powiązany z niepamięcią (amnezją), wynikający m.in. z silnego podniecenia seksualnego, frustracji seksualnej, problemów rodzinnych, występujący w kulturze malajskiej. Podobne stany gwałtownych zachowań są znane w innych kulturach: cathard (Polinezja), mai de pelea, jumping Frenchmen (Kanada), mirachit (Syberia), pibloktoą (Eskimosi), whiteman syndrome (USA). Epidemiczne zbiorowe napady amoku opisano w Laosie. Uwarunkowania kulturowe amoku tłumaczy się „kulturą wstydu”, w której jednostka uzewnętrznia agresję wobec innych, oszczędzając siebie, tłumiąc poczucie winy i wstydu. Początkowo agresja jest tłumiona i stopniowo dojrzewa do gwałtownego wybuchu. Do charakterystycznych przyczyn należą: problemy seksualne, zdrada partnera,

nienawiść do uwodziciela żony itp.

Bewitchment — to inaczej „zaczarowanie”. Występuje u mężczyzn z plemienia Joruba w Nigerii. Objawy polegają na odczuwaniu panicznego lęku, przygnębienia, niepokoju, duszności. Jest związany z przekonaniem, że czarami, czarną magią można u mężczyzn wywołać impotencję.

Boxi — występuje u Nepalczyków i polega na pojawieniu się ekshibicjonizmu, bólów głowy i brzucha, wymiotów, napięcia w karku.

Celos — zaburzenie spotykane u Indian w Chile. Objawy: odczuwanie lęków, napięcia, pobudzenie psychiczne, obniżenie libido, spadek łaknienia, wzrost agresywnych zachowań. Jedną z przyczyn powstania celosu są problemy seksualne i małżeńskie.

164

falaj — polega na paraliżu połączonym z zaburzeniami psychicznymi.

Przyczynę powstania falaj upatruje się w działaniu złego ducha w ciele kobiety. Zaburzenie to występuje u kobiet w Afganistanie.

Gila merian — zdarza się u Malajek jako zaburzenie poporodowe. Polega odczuwaniu przygnębienia, obniżeniu libido, bezsenności, halucynacjach słuchowych.

Gila talak — zespół maniakalny, który spotykamy u Malajek. Powstaje w wyniku konfliktów uczuciowych i małżeńskich, można go określić jako „obłąd prowadzący do rozwodu”.

Hearth distress — czyli „choroba serca”, została opisana przez małżeństwo Good, badające społeczność Iranu. Polega na odczuwaniu licznych dolesliwości serca: kołatanie, drżenie, uczucie zgniatania czy ucisku. Powstaje ona u kobiet w wyniku problemów seksualnych, małżeńskich, nieczystości w okresie poporodowym, menstruacyjnym. Wprowadzenie sztucznych metod antykoncepcyjnych (nieakceptowanych w tej kulturze) zwiększyło liczbę pacjentek. Najczęściej chorują dojrzałe wiekiem kobiety, wywodzące się z niższych warstw społecznych. Choroba ta ma wiele podobnych objawów charakterystycznych dla stanu psychicznego w czasie depresji.

Hiwa-Itok — można inaczej określić „zespołem złamanego serca”.

Występuje u Indian Mohikanów. Dotyczy starszych mężczyzn porzuconych przez młode żony. Mężczyźni ci malują twarz na czarno, stają się depresyjni, przeżywają stan żałoby, niekiedy odbierają sobie życie.

Hsieh-ping — występuje u Chińczyków i polega na identyfikowaniu się ze zmarłą osobą, najczęściej członkiem rodziny. Identyfikacja obejmuje: ubiór, styl życia, mimikę, gesty, zainteresowania, pracę, uczuciowość, postawy wobec drugiej płci, system wartości. Zaburzeniom towarzyszą halucynacje, drżenie ciała. Mechanizm powstawania staje się zrozumiały dla osób znających tradycyjny kult zmarłych u Chińczyków, np. ołtarzyki z prochami bliskich, z którymi przebywa się na co dzień w domu.

Hwa-Byung — pojawia się u Koreańczyków, zwłaszcza u kobiet. Występują w nim: silny lęk przed śmiercią, bóle brzucha, biegunki, duszność, bezsenność, lęk przed porzuceniem przez partnera, osłabienie popędu płciowego. Jedną z głównych jego przyczyn są problemy partnerskie, rodzinne, seksualne. Opisano go również u emigrantów mieszkających w USA.

Inarum — spotyka się wśród plemienia Joruba w Nigerii. Objawami tego oburzenia są: impotencja, zaburzenia widzenia, niedowład.

Indian Dhat Syndrome — występuje u Hindusów w Indiach. Polega na odczuwaniu przygnębienia, lęku, obawy przed śmiercią. Wywoływane jest

165

polucją. Mimowolne ubytki nasienia są postrzegane jako utrata eliksiru życia

prowadząca do utraty zdrowia, a nawet życia.

Islamie nuptial — inaczej „choroba weselna”, która występuje u kobiet ślubie w krajach islamu. Polega na odczuwaniu lęku, niepokoju i depresji w wyniku trudności, jakie powstały w początkach życia seksualnego.

Jayau — występuje w plemieniu Iban w Sawarak. Polega na zaburzeniach snu, obniżeniu libido, spadku łaknienia, myślach samobójczych. Główna przyczyną są frustracje uczuciowe.

Koro — ostry stan lękowy prowadzący do paniki, wynikający z odczuwania wciągania narządów płciowych do jamy brzusznej, czemu towarzyszy przekonanie, że w wyniku wciągnięcia nastąpi śmierć. U kobiet występuje znacznie rzadziej i polega na uczuciu wciągania brodawek piersiowych, warg sromowych do wnętrza ciała. Opisany w piśmiennictwie medycznym już w połowie XIX wieku, był znany od dawna w tradycyjnej medycynie chińskiej (np. w dziele napisanym ok. 300 r. p.n.e. Huangdi Neiching pisał: Jeżeli yang zostanie wciągnięty do brzucha, śmierć jest nieunikniona”). Spotykany wśród Chińczyków mieszkających w Malezji, w rejonie Kantonu (tu znany pod nazwą suk-yeong), w Indonezji (nazywany kuru-kuru), a w kolonii chińskiej w Singapurze opisano przypadki zbiorowych epidemii. Etiologia zespołu koro wiąże się z taoistyczną koncepcją yang i yin oraz z tradycyjną medycyną chińską, w których utrata nasienia przez mężczyznę i zanik genitaliów jest zwiastunem utraty energii życiowej i śmierci. Bezpośrednim źródłem lęku mogą być polucje, uczucie wyczerpania po stosunku, trudności w życiu seksualnym oraz subiektywne uczucie wciągania narządów płciowych do wnętrza ciała. Znajdujący się w stanie paniki mężczyzna usiłuje temu przeszkodzić, przytrzymując ręką lub pałeczkami członek. Niekiedy pomagają mu żona lub przyjaciele, stosując różne formy: trzymanie członka w specjalnych, drewnianych uchwytach, obciążanie go ciężarami itp. Objawy zespołu koro stwierdzono również w innych kulturach: u Nigeryjczyków, w USA, Polsce, Izraelu. U pacjentów rozpoznawano objawy psychotyczne, depersonalizację, nerwicę lękową, zaburzenia identyfikacji z rolą płciową, ostry seksualny stan lękowy. W ostatnich latach zainteresowanie zespołem koro wzrosło i pojawiło się wiele opracowań na ten temat. Większość autorów zalicza go do culture-bound syndrome.

Lanti — zaburzenie spotykane w narodowości Bizajan na Filipinach, której większość mieszka na wyspach Mindanao i Samar. Społeczność ta liczy sobie około 23 milionów ludzi. Lanti to zespół lękowy, w którym występują: wysoka gorączka, uczucie zimna w kończynach, obrzmienie języka i jego wysuwanie z ust, zmiany skórne, bóle żołądka, zaburzenia seksualne. Przyczyn powstania tej choroby upatruje się w podwójnej moralności seksualnej tej kultury:

166

rczyźni cieszą się dużą swobodą zarówno przed, jak i po zawarciu

^ łożnictwa, natomiast seksualność kobiet obwarowana jest licznymi tabu.

p1 nadto mężczyźni są agresywni i wzbudzają lęk u kobiet. Stąd ten zespół częściej występuje u kobiet.

^atah — zespół chorobowy występujący przeważnie u kobiet w Malezji

! Indonezji, polegający na nadmiernej sugestywności, koprolalii, echolalii,

^gnębieniu, depresji, ciągu gwałtownych wypowiedzi o charakterze wul-

garnym- Latah jest historyczną formą seksualnego zaspokojenia u* kobiet

mających problemy we współżyciu seksualnym, cierpiących na brak partnera,

niezaspokojonych przez niego. W Birnie jest nazywany Yaun, w Tajlandii

batsche, na Filipinach silok, na Syberii ikota. U Tunguzów, znany jako

olonizm, zawiera więcej obscenicznych wypowiedzi i skojarzeń.

Lęk kajakowy — występuje wśród Eskimosów na Grenlandii. Pojawia się nagle w czasie długiego przebywania poza domem, pływania na pełnym morzu przy spokojnej pogodzie. Silnemu lękowi towarzyszą wymioty, drżenia, zmiany czucia, naprzemienne stany zimna i gorąca, obawa utraty kontroli, świadomości, niepokój, rozdrażnienie, poczucie nierzeczywistości, duszność, parcie na mocz, iluzje seksualne. Napady ustępują nagle, można je przerwać uderzając wiosłem o wodę.

Ma i manatu — występuje u Samończyków. Polega na przeżywaniu smutku, depresji, izolowaniu się w wyniku rozłąki z ukochaną kobietą.

Ma ipopole — występujące u Samończyków i polegające na odczuwaniu lęków, depresji. Powstaje w wyniku zazdrości o kobietę, przeżywania problemów małżeńskich, braku pieniędzy na utrzymanie rodziny.

Ma i valea — występuje u Samończyków. Polega na mówieniu bez sensu, bezcelowym poruszaniu się, zachowywaniu się niezgodnym z przyjętymi obyczajami i normami. Wiąże się z przeżywaniem zazdrości, lękami przed niepowodzeniem seksualnym itp.

Mai ojo — inaczej „złe oko”, występuje najczęściej u młodych ludzi w krajach latynoamerykańskich i polega na odczuwaniu silnego lęku, niepokoju, bólów głowy, zaburzeń świadomości, depresji, wymiotów, gorączki. Pojawia się nagle i trwa krótko. Wynika z przekonania, iż został rzucony „urok” przez spojrzenie jakiejś osoby, która kierowała się zazdrością, zawiścią, nadmiernym zainteresowaniem.

Mai puesto — występuje w Ameryce Łacińskiej i u emigrantów meksykańskiego pochodzenia mieszkających w USA. Objawami tej choroby są: zaburzenia pamięci, halucynacje, myśli prześladowcze, nadmierna pobudliwość, nawet histeria. Jej przebieg jest długotrwały. E. Torrey tak ją opisuje 167

do impotencji, wytrysków przedwczesnych, zaburzeń czynności cewki moczowej.

Ufufunyana — zespół lękowy występujący u dziewcząt z plemienia Zulu w Afryce Południowo-Wschodniej. Występują w nim marzenia sennie o zmarłych, powodziach, innych nieszczęściach, węzłach, małpach, niskich ludziach z czarną brodą. Jedną z przyczyn są problemy uczuciowe i seksualne.

Uamairineg — inaczej „paraliż senny”, najczęściej spotykany u Eskimosów. Rozpoczyna się napadem lękowym, przechodzącym następnie w bardzo głęboki sen. Występuje u kobiet i wiąże się z przejawami agresji w życiu rodzinnym. Jest to zaburzenie oceniane jako utrata kontroli nad sobą w wyniku działania duchów. Sen jest postrzegany jako oddzielenie ciała od ducha i bliski stanu śmierci.

Waswas — polega na natrętnym, przymusowym myciu i występuje u wyznawców ortodoksyjnego islamu. Przyczyną jest lęk o czystość duszy, skalanie się niepożądanym podnieceniem seksualnym.

Według Littlewood i Lipsedge (1985) do typowych zespołów kulturowych w obszarze kultur Zachodu należą histeria, próby samobójcze, jadłowstręt psychiczny, agoraphobia. W tym ostatnim przypadku dotyczy mężatek mających problemy wynikające z konfliktu między potrzebą autonomii a potrzebą My w związku partnerskim (Goldstein 1978). Do tych zespołów należy zaliczyć również opisany przez Imielińskiego (1979) — zespół kultury zachodniej.

Zespół kultury zachodniej — nazwa określająca przejawy seksualności uzewnętrzniającej się u ludzi egzystujących w kręgu kultury zachodnioeuropejskiej, cechujących się: obsesyjnym nastawieniem na cel „końcowy”

z nieumiejętnością nastawienia się na proces, nastawieniem na rozbudowę mechaniki aktu seksualnego zamiast na spotęgowanie intensywności przeżyć, ekstazę, filozoficzno-refleksyjną zadumę, a ponadto rozbieżnością między warstwą informacyjną a warstwą emocjonalną postaw w ocenie wartości seksualnych, nietolerancją seksualną. Efektem zespołu kultury zachodniej jest większa skłonność do dysfunkcji seksualnej i wyolbrzymienie jej znaczenia, brak pełnego zaspokojenia emocjonalnego w kontaktach seksualnych, trudności w rozwoju głębokiej więzi z partnerem i związanego z nią poczucia sensu, poczucia przemijania czasu, tęsknoty za innym wymiarem czasu.

Leczenie

W leczeniu zespołów zaburzeń uwarunkowanych kulturowo (w tym i seksualnych) stosowane bywają w medycynie tradycyjnej różnych kultur bardzo zróżnicowane metody leczenia:

- Leki. W leczeniu impotencji mają zastosowanie np.: ca-cuong (wyciąg z owadów w Wietnamie), sproszkowane rogi jelenia i renifera (Syberia)

170

larwy os (Antyle), żeń-szeń (Korea), wyciąg z drewna sandałowego (Indie), peyotl (Indianie Ameryki Środkowej i Północnej). Indiańscy czarownicy z Peru stosują specjalne wyciągi z kaktusa, pobudzające pacjentów do ujawniania ukrytych myśli.

Mechanoterapia. W leczeniu impotencji stosowane bywają w wielu kulturach specjalne protezy członka, głównie w Japonii i Chinach.

Akupunktura, akupresura, masaż. Te metody stosowane są w leczeniu wielu chorób, w tym i seksualnych, głównie w krajach Dalekiego Wschodu.

Chromoterapia. W krajach Dalekiego Wschodu leczy się stan psychiczny pacjenta przez zastosowanie kolorów. Używa się kolorów z jego otoczenia do przyrządzania pokarmów.

ZABURZENIA RELACJI PARTNERSKICH

ZWIĄZEK FORMALNY

Więź partnerów ogranicza się jedynie do formalnej instytucji małżeństwa, natomiast więzi uczuciowa i seksualna uległy rozpadowi. Odmienne są rozwiązania problemów życia codziennego, prowadzenia gospodarstwa domowego itd. Opierają się one na umowie (np. istnieje wspólna kasa, określony podział obowiązków w domu). W małżeńskim związku formalnym istnieje również umowa dotycząca stosunków pozamałżeńskich, form zachowania się w przypadku ich ujawnienia itp. Związek formalny istnieje najczęściej w sytuacji, gdy małżonkowie ze względu na dobro dzieci nie chcą przeprowadzić rozwodu, natomiast pragną zachować pozory, że oto istnieje „ognisko rodzinne”. Innym motywem, lub motywem towarzyszącym poprzedniemu, są zasady i normy religijne; przy ich respektowaniu związek formalny jest właściwie separacją. Małżeński związek formalny może istnieć również w sytuacji, w której partnerzy zawierają małżeństwo kierując się ściśle określonymi motywami, np.: wspólnoty interesów majątkowych, koniecznością posiadania współmałżonka w celu uzyskania zgody na wyjazd zagraniczny, poczucia wdzięczności za okazanie pomocy w karierze itp.

Trudno powiedzieć, jaką liczbę związków małżeńskich zaliczyć można do formalnych i jaka ona byłaby faktycznie, gdyby nie istniały znane trudności mieszkaniowe, problemy związane ze sprawowaniem opieki nad dziećmi itp. W związkach formalnych terapeuta ma do czynienia z następującymi typami problemów:

- jeden z partnerów przeżywa głęboką frustrację lub dekompensację nerwicową w wyniku trwania układu pozbawionego więzi uczuciowej,
171

seksualnej, bez perspektyw, a motywacja zachowania pozorów jest coraz słabsza,

frustracje wynikające z niezaspokojenia potrzeb seksualnych w przypadku odczuwanej konieczności dochowania wierności wyznaczanym zasadom, braku możliwości znalezienia partnera, napięcie wynikające z przelotnych związków erotycznych, wątpliwości co do idei działania „na rzecz dobra dziecka”, ponieważ klimat uczuciowy istniejący w formalnym związku nie stwarza ciepła ogniska domowego, a dzieci wyczuwają napięcie między rodzicami.

ZWIĄZEK NEUROTYCZNY

Więź partnerska w związku, w którym jedno z partnerów jest neurotykiem, oboje są neurotykami, a komunikacja w związku jest neurotyczna, ma bogatą literaturę (Kratochvil 1981; Rogiewicz 1982; Lew-Starowicz 1977; 1980; Horney 1978; Richter 1970; Hahlweg 1982; Strotzka 1978; Wardaszko-Łyskowska 1980). W zasadzie większość publikacji poświęconych patologii i psychoterapii partnerskiej opisuje typy związków neurotycznych i wiele informacji na ten temat można znaleźć w „Biuletynie Poradnictwa Przedmałżeńskiego i Rodzinnego” wydawanym przez ZG TRR, także w „Problemach Rodziny”, w „Psychoterapii” czy w innych wydawnictwach. W piśmiennictwie światowym istnieją liczne monografie i czasopisma przedstawiające problemy związków neurotycznych. Każda orientacja czy szkoła psycho-terapeutyczna ma własne teorie na ten temat, jak również specyficzne techniki terapii.

ZWIĄZEK DYSHARMONICZNY

Występuje między partnerami odczuwającymi zaburzenie jednej z relacji interpersonalnych przy pozytywnie ocenianych innych relacjach. Najczęściej związek taki oceniany jest pozytywnie i ujawniana jest niechęć do jego zerwania, do zmiany osoby partnera. Zaburzona relacja więzi stwarza jednak trwałe rozczarowanie i napięcie. W polaryzacji tendencji „od” i „do” związku przeważa ostatecznie „do”, ale tendencja „od” wyzwala długotrwały stres.

W praktyce terapeutycznej najczęściej powtarza się zaburzenie relacji seksualnej, np. partnerka nie odczuwa orgazmu, istnieje między partnerami rozbieżność potrzeb seksualnych, oczekiwań i upodobań. Zaburzona też może być relacja porozumienia intelektualnego: partnerzy mają rozbieżne zainteresowania, nie potrafią nawiązać kontaktu intelektualnego. Innym przykładem

172

zaburzonej relacji jest różnica poglądów, systemów wartości (np. światopoglądów). Zaburzone relacje mogą również obejmować postawy wobec rodzin, pochodzenia (genetycznego), podziału ról w gospodarstwie domowym, koncepcji wychowawczych, kontaktów z innymi ludźmi, sposobów spędzania czasu wolnego.

U partnerów istnieje subiektywne przekonanie, że gdyby „to” zostało przezwyciężone, wówczas więź między nimi byłaby jak najlepsza.

Małżeński związek dysharmoniczny może ujawniać rzeczywiste różnice w poszczególnych relacjach więzi partnerskiej, począwszy od więzi seksualnej, a kończąc na stylu komunikowania się, może również ujawniać pozornie zaburzone relacje kryjące zupełnie odmienne motywy (np. wtórna anorgazmia żony może być wyrazem ukrytego konfliktu, rozczarowania osobą partnera, zaś różnice zdań co do form spędzania czasu wolnego mogą katalizować

tendencje dominacyjne partnerów itp.). Związki dysharmoniczne najczęściej dobrze rokują. s Psychoterapia umożliwi poprawę zaburzonej relacji lub przyjęcie postawy tolerancji wobec odmienności partnerów w danej sferze ich cech czy kulturowanych form życia. Niekiedy ujawnienie innych mechanizmów napięcia między partnerami wymaga pomocy terapeutycznej ukierunkowanej na problem.

ZWIĄZEK „ALERGICZNY”

W związku „alergicznym”, dominuje zaburzenie więzi uczuciowej, jej przerost nad komunikacją racjonalną. Partnerzy ujawniają wobec siebie irracjonalne postawy, silne wybuchy emocji w bezpośrednim obcowaniu z sobą. W przypadku rozdzielenia — np. przez sam fakt przebywania w miejscu pracy — nie odczuwają napięć uczuciowych. Reakcja „alergiczna”, tzn. wybuch emocji, powstaje w przypadku powtarzania przez partnera nieakceptowanych zachowań, przy czym skrajnie negatywnym wyrazem reakcji „alergicznej” jest awersja seksualna, niechęć do jakiegokolwiek kontaktu fizycznego z partnerem. Partnerzy ujawniają wobec siebie ambiwalencję i ambitentencję. W zasadzie mają — niekiedy nawet silną — motywację do utrzymania związku, werbalizują więź uczuciową, niekiedy i seksualną, ale nie potrafią opanować swych reakcji. Bywa, że sam widok partnera stwarza stan napięcia, pogotowia lękowego, pobudliwości, agresji. Można go porównać do działania czynnika alergicznego w chorobie uczuleniowej. Reakcje „alergiczne” mogą być wyrazem zalegania emocji związanych z istniejącą w danym związku sferą tabu. I tak np. niezaspokojenie seksualne, frustracja potrzeb seksualnych — zwłaszcza przy braku dialogu na ten temat — może sprzyjać ujawnianiu napięć przemieszczonych na inne dziedziny, np. punktualności. Porządku w domu itp. W pewnych przypadkach reakcja „alergiczna” może

173

wyrażać wyczulenie dotyczące zachowania się partnera w dziedzinie osobistej bardzo istotnej. I tak np. pedantyczna żona może bardzo silnie reagować na powtarzające się przejawy bałaganu, braku higieny osobistej partnera. Reakcje „alergiczne” mogą być również wyrazem objawów nerwicowych, tendencji dominacyjnych, walki między partnerami bądź zakodowanych reakcji z dżg: ciństwa (np. wyczulenia na zażywanie alkoholu w wyniku przykrych przeżyć z własnego środowiska rodzinnego; wówczas sam fakt picia przez partnera wyzwała silną reakcję uczuciową).

W związku „alergicznym” dobre lub złe rokowanie ^ależ^_od rodzaju i przyczyn reakcji uczuciowych oraz istniejących motywacji związku.

ZWIĄZEK RYWALIZACYJNY

Związek rywalizacyjny polega na ujawnianiu przez partnerów walki o dominację. Na podstawie własnych obserwacji badawczych mogę stwierdzić[^] iż zjawisko to dotyczy około 40% związków z zaburzeniami więzi partnerskiej. Podstawową przyczyną ich rozwoju są przeobrażenia kulturowo-społeczne, w tym m.in.: emancypacja kobiet, feminizacja systemu oświatowego, wzrost rangi matki w środowisku rodzinnym, nieokreśloność roli męskiej, powszechność pracy zawodowej kobiet, antykoncepcja dająca kobiecie dużą swobodę decydowania o swym życiu seksualnym, zmiany w systemie wartości, dotyczące małżeństwa, prokreacji, seksualności itp.

W wielu przypadkach motywacje rywalizacyjne kryją się pod zupełnie innymi mechanizmami. O nasileniu „walki płci” pisze się coraz częściej w publikacjach seksuologicznych (np. Kapłan 1974; LoPiccolo 1980) podkreślając, iż rywalizacja między partnerami jest częstym źródłem dysfunkcją

seksualnych. Do terapeuty zgłaszają się partnerzy ze związków rywalizacyjnych, ujawniając wprost mechanizmy walki o dominację i wynikające z niej postawy rywalizacyjne, ale częściej spotyka się mechanizmy rywalizacyjne ukryte, podświadome, co wiąże się z koniecznością przeprowadzenia dokładnej diagnozy związku oraz prowadzenia właściwej terapii.

Do typowych form zachowań rywalizacyjnych partnerów w małżeństwie należą:

- dążenie do przyjęcia postawy górowania nad partnerem w zakresie pozycji zawodowej, społecznej, finansowej, towarzyskiej, a również podkreślanie swej „przewagi” w pochodzeniu społecznym, uznaniu u innych itp.,
- rozbieżności między postawami ujawnianymi w środowisku domowym a np. towarzyskim (niekiedy do poradni zgłasza się partnerka za

174
skoczona faktem, iż w domu istnieje zgoda między nią a mężem, gdy tymczasem w towarzystwie mąż ujawnia zachowania agresywne, ośmieszające ją),

sposób rywalizacji ukryty (np. w marzeniach), realizowany przez fantazje na temat własnej pozycji i „degradacji” partnera, nastroje pozytywne w przypadku, gdy partner przeżywa porażki, klęski, niepowodzenia oraz negatywne, gdy przeżywa sukcesy, rywalizacje seksualne ukryte (np. dysfunkcje seksualne, zachowania masturbacyjne, mimo możliwości współżycia z partnerem). Rywalizacje seksualne jawne (np. ośmieszanie partnera, zwiększanie wymagań, powoływanie się na doświadczenia z innymi partnerami itp.), rywalizacje w rodzicielstwie (np. szukanie sprzymierzeńca w dziecku, podrywanie autorytetu partnera, „kupowanie” dziecka prezentami itp.), przejawy agresji werbalnej, fizycznej >

walka o prestiż za wszelką cenę, nawet przez uzyskanie rozwodu; rozwód bywa wówczas traktowany — świadomie lub podświadomie — jako ostateczna forma nacisku na partnera i zdarza się, iż nawet po rozwodzie partnerzy nadal kontynuują swój związek.

ZWIĄZEK NIEDOJRZAŁY

W ujęciu analizy transakcyjnej ze związkiem niedojrzałym mamy do czynienia wśród partnerów rjpi>stajjLcycli wobec siebie^ wjelacji „dziecko-dziecko”j Może się on również wiązać z niedojr^łość^a_p_sycho^eksualną partnerów, dla których charakterystyczna jest dominacja własnych potrzeb seksualnych^ narzucanie partnerowi^ o^^ekj^ań_^eksujljniychi autoerotyzm. Może również powstać w przypadku braku przygotowania do ról małżeńsko-rodzinych, skutkującego konfliktami w pełnieniu tych ról, trudności w wywiązywaniu się z określonych obowiązków.

W praktyce terapeutycznej związki niedojrzałe najczęściej ujawniają następujące problemy:

- niezdolność do tworzenia partnerstwa, równowagi między różnymi lub sprzecznymi potrzebami i oczekiwaniami,
- oczekiwanie od partnerów postaw rodzicielsko-opiekuńczych (np. mąż szuka w żonie matki, a żona ojca, u obojga natomiast przeważa postawa bierno-zależna),
- przewaga tendencji „biorę”__u partnerów, którzy oczekują od drugiej osoby zaspokajania własnych oczekiwań i potrzeb, przy równoczesnym braku postawy „daję”,
- narzucanie partnerowi własnej wizji związku, ars amandi:

• traktowanie partnera jako członka własnej rodziny, od której nj. nastąpiło „odpepowienie” psychiczne; w takich przypadkach istnieje swoiste prawo klanu, rodu, któremu partner ma się podporządkować

Związki niedojrzałe są charakterystyczne dla partnerów mających niedojrzałą osobowość, nadmiernie silnie związanych ze swoim środowiskiem rodzinnym, egocentrycznych, pozbawionych przygotowania do życia w małżeństwie i rodzinie, w związku partnerskim, unikających przyjęcia odpowiedzialności za pełnione role. W praktyce terapeutycznej małżonkowie — związki tego typu — bardzo często zgłaszają się do poradni w zaawansowanym stadium konfliktu (np. w trakcie trwania sprawy rozwodowej skierowani przez ośrodek rodzinno-diagnostyczny lub w wyniku interwencji rodzin).

ZWIĄZEK SOCJOPATYCZNY

Pojęcie „związek socjopatyczny” obejmuje różne kategorie zaburzeń więzi partnerskiej, wiążące się z patologią społeczną. W praktyce terapeutycznej najczęściej występują następujące typy tych związków:

- związki należące do subkultury marginesu społecznego,
- małżeństwa alkoholików, narkomanów, osób z uzależnieniami lękowymi,
- związki kazirodczne,
- związki z pogranicza prostytucji (np. mąż jest równocześnie sutenerem własnej żony),
- związki należące do subkultury przestępczej itp.

Partnerzy z takich związków najczęściej zgłaszają się z problemami sytuacyjnymi, seksualnymi, w wyniku nasilenia potrzeby walki z partnerem. manipulacji w celach rozwodowych w sprawach karnych (aby później przedstawić zaświadczenie o fakcie leczenia). Związki socjopatyczne należą do wyjątkowo trudnych w psychoterapii o wątpliwym rokowaniu, co pośrednio wynika z faktu, iż najczęściej powstają między partnerami reprezentującymi różne powiązania ze swym środowiskiem subkulturowym.

ZWIĄZEK „OPUSZCZONEGO GNIAZDA”

Zespół „opuszczonego gniazda” polega na pojawieniu się sytuacji konfliktowych i rozpadu więzi partnerskiej bądź stanów reaktywnych w okresie zakończenia wychowywania dzieci i ich usamodzielnienia się. Często jest mylnie rozpoznawany jako depresja lub psychopatologia wynikająca z przekwitania. Do terapeuty zgłaszają się partnerzy ujawniający negatywny bilans

w związku, skarżący się na zaburzenia komunikacji z partnerem, sprzeczenie systemu wartości, osłabienie zainteresowań seksualnych. Często pod tym w owym objawem tego zespołu jest spadek libido, zanik więzi seksualnych przy zachowanej sprawności seksualnej. Rokowanie w tym zespole bywa niekorzystne, a psychoterapia daje poprawę więzi.

ZWIĄZEK Z OSTRYM KRYZYSEM

Około 30% wszystkich zaburzeń więzi partnerskiej w małżeństwie należy do tej właśnie grupy.

Ostry kryzys, w którym ulega zaburzeniu więź uczuciowa i seksualna, najczęściej powstaje jako reakcja na:

- ujawnienie zdrady partnera,
- urodzenie się dziecka,
- niechcianą ciążę,
- nagłe sytuacje, np. konieczność zmiany pracy, mieszkania,
- nagłe pojawienie się dysfunkcji seksualnych,

- ujawnienie stresowych faktów w biografii życiowej partnera (np. innego związku, układu kazirodczego, zgwałcenia, porównania z innym partnerem seksualnym itp.).

Związki z ostrym kryzysem wymagają tzw. interwencji kryzysowej, czyli psychoterapii intensywnej, nastawionej na „tu i teraz” związku, neutralizację niepokoju, redukcję lęku, a następnie poprawę komunikacji między partnerami.

ZESPÓŁ NIEPRZYSTOSOWANIA SEKSUALNEGO

Zespół nieprzystosowania seksualnego (ZNS) obejmuje różne problemy i trudności w pożyciu seksualnym partnerów, które prowadzą do małej satysfakcji ze współżycia seksualnego lub jego braku, przy zachowanej sprawności seksualnej partnerów. Przedłużający się stan dyskomfortu ze współżycia może przerodzić się w rozwój różnych zaburzeń seksualnych (np. impotencji, oziębłości, awersji).

Zespół ten jest jednym z najczęściej spotykanych zaburzeń diadycznych w leczeniu seksuologicznym, a zarazem wiąże się z wysokim odsetkiem skuteczności leczenia.

We własnych doświadczeniach terapeutycznych ZNS rozpoznałem w 612 związkach partnerskich.

Najczęściej występowały następujące problemy i trudności w życiu seksualnym:

177

Wrażenie luzu w pochwie

Uczucie luzu w pochwie mogą odczuwać obie strony. Dla mężczyzny brak optymalnego pobudzania członka we współżyciu może prowadzić do osłabienia erekcji, trudności z uzyskaniem wytrysku nasienia. Natomiast kobieta może odczuwać spadek podniecenia, mieć problemy z orgazmem. Wrażenie luzu w pochwie najczęściej ujawniało się w następujących przypadkach:

- Nawyk masturbacyjny partnera

W wyniku długotrwałej autostymulacji członka może powstać uwarunkowanie do określonego typu i intensywności bodźców dotykowych. W stosunku bodźce te mogą okazać się słabsze i sprawiać subiektywne wrażenie nadmiernego luzu w pochwie. Budzi to zaniepokojenie partnerów i wątpliwości co do swej budowy lub możliwości dopasowania. Również kobieta mająca uprzednio partnera z większymi rozmiarami członka może zachować subiektywną pamięć co do inności współżycia z obecnym partnerem. Niekiedy bardzo wysoki poziom podniecenia seksualnego kobiety i większe wydzielanie śluzu może również dać poczucie pływania w pochwie.

- Zmiany poporodowe u kobiety

Zdarza się, iż u niektórych kobiet po porodzie rzeczywiście zmieniają się warunki budowy: napięcie mięśni pochwy dające uczucie luzu, rozszerzenie pochwy.

- Metody antykoncepcyjne

U części kobiet stosujących dopochwowe tabletki, kremy o działaniu antykoncepcyjnym, w wyniku obfitej wydzieliny może dojść do uczucia luzu w pochwie u obojga partnerów.

- Fizjologiczna niewspółmierność budowy partnerów

Zdarzają się przypadki, iż partnerzy z budową narządów płciowych o różnej wielkości miewają uczucie luzu w trakcie stosunku. Ponadto u niektórych mężczyzn po długotrwałej abstynencji seksualnej może

dojść do zmniejszenia się wielkości członka, co może mieć znaczenie w subiektywnych odczuciach.

- Nieujawnione zaburzenia erekcji

Zdarza się, iż w trakcie przebiegu stosunku zmniejsza się erekcja członka, co nie jest odczuwane ani uświadamiane przez mężczyznę.

- Specyfika reaktywności seksualnej kobiety

U części kobiet w trakcie podniecenia seksualnego formuje się w P^o chwila „namiot”, czyli duże poszerzenie w jednym odcinku pochwy.

W przypadku, kiedy partnerzy stosują pozycje współżycia nacelowane na ten obszar pochwy, rzeczywiście może powstać odczucie rosnącego luzu w pochwie w miarę przebiegu stosunku.

178

W przypadkach luzu w pochwie zaleca się stosowanie innych technik, np. współżycie przy złączonych udach partnerki, zmiany pozycji na takie, które dają partnerom uczucie optymalnego zjednoczenia, a także technikę przedłużania linii pochwy przez dłoń kobiety. W niektórych przypadkach, konieczne jest doprowadzenie partnera do wytrysku przez ręczne pobudzenie członka, aby nawyk masturbacyjny uległ przewarunkowaniu.

Kompleks orgazmu lechtaczkowego

Dominującym problemem harmonii seksualnej w wielu związkach, zwłaszcza w ostatnich latach, stało się osiągnięcie orgazmu wyłącznie w wyniku pobudzania lechtaczki i jego brak w trakcie stosunku. W wielu związkach utożsamia się go z jakąś patologią. Powszechnie uważa się, że jedynie orgazm osiągnięty w trakcie stosunku jest dojrzały i prawidłowy, a orgazm osiągnięty w inny sposób ocenia się jako niedojrzały lub wręcz patologiczny. Wprawdzie w wyniku rosnącej edukacji na ten temat coraz więcej osób jest uświadomionych, ale zgłaszają się one do seksuologa prosząc o „zmianę orgazmu”, domaga się tego bowiem partner lub sama kobieta ocenia orgazm w trakcie stosunku jako nobilitujący ją w oczach własnych i partnera. W części przypadków okazuje się, że zmiana ta jest możliwa, ponieważ w pochwie jest ognisko zmysłowe, np. w przestrzeni Grafenberga. W innych przypadkach można kobietę przewarunkować stosując specjalne treningi, np. wg Zeissa lub przez łączenie stosunku z pobudzaniem lechtaczki (metoda „mostowa”) itp. Jednak u części kobiet uzyskanie orgazmu w wyniku pobudzania pochwy nie jest możliwe i wówczas konieczna bywa reedukacja seksualna, a nawet psychoterapia małżeńska, mająca na celu akceptowanie przez partnerów danego stanu rzeczy.

Różnice pobudliwości seksualnej

Istnieją różne typy pobudliwości seksualnej: od szybko — do wolno narastającej. Potocznie zwykło się uważać, iż ten pierwszy jest typowy dla mężczyzn, a drugi dla kobiet. Nie jest to jednak reguła i typ pobudzenia seksualnego nie tyle zależy od płci, ile od temperamentu, poziomu libido, czynników konstytucjonalnych. W związku partnerskim, w którym istnieją duże różnice w pobudliwości seksualnej, mogą się rodzić na tym tle konflikty, skutkujące nieprzystosowaniem rytmu pobudliwości, co prowadzi do spadku atrakcyjności współżycia. Konflikty powstają najczęściej wówczas, gdy któregoś z partnerów traktuje własny typ pobudliwości seksualnej jako układ odniesienia dla związku lub gdy w wyniku poprzednich doświadczeń seksualnych powstało przekonanie o optymalnym poziomie własnej pobudliwości i wini się dualnego partnera za rozczarowanie współżyciem seksualnym.

Osoby zgłaszające się o pomoc proszą najczęściej o zmianę typu

Pobudliwości seksualnej u siebie lub u partnera. W takich przypadkach

wskazana jest psychoterapia reedukacyjna, której celem jest akceptacja określonej pobudliwości seksualnej. Można zalecać również treningi seksualne w celu zmiany czasu pobudzania seksualnego, jeżeli okaże się to możliwe w danej metodzie. W większości przypadków nie jest to trudny problem w poradnictwie seksuologicznym.

Różnice biorytmów seksualnych

W niektórych związkach ZNS wyraża się dużą rozbieżnością biorytmów seksualnych partnerów, np. jeden z nich ma optymalną sprawność seksualną późnym wieczorem, drugi wcześniej rano. Różnica może również dotyczyć częstotliwości współżycia seksualnego, np. u jednej osoby dominuje większa intensywność potrzeb seksualnych. Problem rodzi się wówczas, gdy partnerzy narzucają własne potrzeby i upodobania drugiej osobie. Innym, z częściej spotykanych przykładów, jest stosowanie biologicznych metod sterowania płodnością: np. kobieta może odczuwać maksimum potrzeb seksualnych w okresach niepłodnych lub w czasie owulacji, a jej partner odwrotnie lub w sposób stały, przez cały okres trwania cyklu.

W takich przypadkach można stosować reedukację seksualną, pozwalającą partnerom akceptować swoją psychofizjologiczną inność albo zalecać narzucenie dostosowywanie się do specyfiki biorytmów obojga partnerów. Z tych względów ZNS może być wynikiem niezrozumienia faktu inności psychoseksualnej, ale także być wyrazem patologii małżeńskiej, która jest główną przyczyną zaburzenia.

Libido owulacyjne kobiet

U niektórych kobiet stosujących biologiczne metody sterowania płodnością nasilenie potrzeb seksualnych w okresie owulacji może stać się przyczyną ZNS. Dochodzi do sytuacji, kiedy współżycie w innych okresach cyklu miesięczkowego nie daje satysfakcji i nie kończy się orgazmem, a narzucona wstrzeźliwość w okresie owulacji skutkuje brakiem zaspokojenia, co prowadzi do rozczarowania współżyciem. Jeżeli nie jest możliwa zmiana metody (np. ze względów religijnych), to można zalecać partnerom stosowanie w okresie owulacji technik współżycia wiążących się z unikaniem wytrysku przez mężczyznę, ale jest to możliwe tylko w tych przypadkach, kiedy u mężczyzny nie ma kropelkowania nasienia i jest on zdolny do sterowania własnymi reakcjami seksualnymi. W przypadku, kiedy kobieta osiąga orgazm w wyniku pobudzenia pozapochwowego, nie ma żadnych przeszkód do doprowadzenia jej do orgazmu poza stosunkiem.

Różnice upodobań seksualnych

W niektórych związkach istnieją duże różnice upodobań seksualnych między partnerami, np. kobieta woli powolne ruchy frykcyjne, a jej partner

180 szybkie, jedno woli oralizm, a drugie tego nie akceptuje. Różnice upodobań mogą wynikać z uprzednio powstałych uwarunkowań, z indywidualnej wrażliwości i bywają na tyle dotkliwe, że stają się przyczyną ZNS. Terapeuta może pomóc przez zalecanie stosowania różnych form pobudzenia, akceptowanie inności, ułatwienie znalezienia równowagi między rozbieżnymi oczekiwaniami.

Tabela 19

Metody leczenia i ich skuteczność (w liczbach bezwzględnych)

Metoda leczenia	Podgrupy pacjentów					
	1	2	3	4	5	6
	N=173	278	69	47	33	12

W zasadzie leczenie ZNS nie sprawia większych problemów z wyjątkiem przypadków, kiedy wiąże się z patologią więzi partnerskiej, a problem seksualny jest jej uzewnętrznieniem. Innym źródłem niepowodzeń są sytuacje, kiedy partnerzy walczą o dominację w związku, a problem seksualny jest pozornie pierwszoplanowy. W przypadku problemów wiążących się z orgazmem lechtaczkowym zdarza się, iż jedno z partnerów nie chce się z tym pogodzić i szuka satysfakcji w kontaktach z innym partnerem.

ZESPÓŁ PROWOKOWANEJ ZDRADY

Ten typ związku polega na nakłanianiu partnera do zdrady, co wywołuje podniecenie seksualne przeżywane w trakcie wyobrażeń na ten temat lub na wymuszaniu u partnera opisu jej przebiegu.

Współpartner (jeśli nie ma potrzeby podporządkowania się oczekiwaniom partnera i pragnie dochować mu wierności) często nie wie, co robić w takiej sytuacji. Zdarza się, że ciągle próby skłaniają go do pozorowania rzekomo popełnianej zdrady w nadziei, że sprawa na tym się zakończy. Początkowo może odnieść wrażenie, że ta taktyka okazała się skuteczna, ponieważ partner okazuje np. wdzięczność, radość; po pewnym czasie sprawa jednak wraca i zaczyna być męcząca.

Jakkolwiek motywy prowokowania zdrady są różne (sprawdzanie postawy Wierności, tendencje masochistyczne, orgiastyczne, potwierdzanie własnej roli

seksualnej), to bagatelizowanie przez drugą osobę tych potrzeb lub porównanie spełniania tych życzeń odbija się w końcu negatywnie na więzi partnerskiej.

Spokojna odmowa realizacji potrzeb partnera niejednokrotnie wystarcza. W innych przypadkach niepotrzebnie się prowokuje konflikt przez mówienie partnerowi, że jest zboczony czy chory. Jeżeli te prowokacje nie ustają i przeradzają się w prawdziwą obsesję, konieczne staje się szukanie pomocy terapeutycznej. Separacja dotycząca współżycia seksualnego nie powinna być demonstrowana jako odrzucenie osoby partnera, mszczenie się za takie traktowanie, lecz jako okresowe rozwiązanie sugerujące partnerowi zmianę jego postępowania. W relacjach partnerskich ważna staje się wówczas analiza wzajemnych uczuć, zabieganie o stabilność i harmonię związku, a także okazywanie prowokującemu partnerowi, że seks ma wymiar osobowy, nie tylko zmysłowy i dotyczy więzi z daną osobą.

MAŁŻEŃSTWO NIE SKONSUMOWANE

Małżeństwo nie skonsumowane (MN) omawiane jest w nielicznych publikacjach seksuologicznych, chociaż stanowi specyficzny problem w leczeniu. W publikacjach częściej jest używana nazwa łacińska (matrimonium non consummatum); jedynie w pracach autorów z USA spotyka się angielski termin „unconsummated marriage”.

McCary (1973) po przeprowadzeniu badań 1000 małżeństw, które nie były w stanie rozpocząć współżycia seksualnego, stwierdził następujące przyczyny: odczuwanie bólu podczas prób immisji (20,3%), przekonanie, iż akt seksualny jest czymś przykrym (18%), impotencja (11,7%), mała pochwa (8,2%), ignorancja mężczyzny co do anatomii kobiety (5,2%), wstręt kobiety wobec członka (4,6%), wstręt u kobiety do antykoncepcji (3,3%), potrzeba „matkowania” mężowi (1,4%), lęk przed członkiem (1,2%), lęk przed nasieniem (0,9%).

Bramley (1983) badając 159 małżeństw stwierdził, że średni czas trwania

tego zaburzenia wynosił 2-4 lata. W wyniku leczenia 60% podjęło współżycie w okresie 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, a 72% po 2 latach.

Wyniki badań Kapłan (1983) dotyczące somatycznych przyczyn MN ze strony kobiety: wady błony dziewiczej, pochwy, guzy nowotworowe, wypadanie macicy, zanikowe zmiany pochwy, infekcje w obrębie narządów płciowych, endometriosis, choroby alergiczne, inne zaburzenia, np. neurologiczne. Somatyczne przyczyny ze strony mężczyzn: mikropenis i inne wady członka, organiczna impotencja, choroby w obrębie narządów płciowych (nowotworowe, infekcyjne, alergiczne, przepukliny, choroby stawów, neurologiczne, otyłość).

182

Psychogenne przyczyny ze strony kobiet: dyspareunia, pochwica, brak rhido, fobie, podświadome konflikty wiążące się z seksualnością, ciążą, acierzyństwem, osobą partnera.

Psychogenne przyczyny u mężczyzn: dyspareunia, stany lękowe, impotencja, wytrysk przedwczesny, fobie, ambiwalencja wobec partnerki, podświadome konflikty wiążące się z ojcostwem, seksualnością, patologiczna bierność, psychotyczne halucynacje o charakterze lękowym wiążące się z penetracją pochwy (vagina denata), zaburzenia umysłowe.

Do problemów diadycznych Kapłan zalicza: złą technikę współżycia, brak uświadomienia, niewłaściwą komunikację, neurotyczne interakcje partnerskie, sprzeczne fantazje seksualne, zaburzenia więzi wynikające z alkoholizmu i narkomanii.

Analiza badań własnych

Badana populacja obejmuje 41 małżeństw, w tym 17 skierowanych przez sądy rodzinne, a 24 zgłaszające się z własnej inicjatywy. W przypadku pierwszej grupy średni czas trwania zaburzenia trwał 2 lata, a drugiej grupy 1 rok. Interesujący jest fakt, iż w całej tej populacji nie było ani jednego zaburzenia na tle somatycznym. Być może MN na tle somatycznym trafiają do lekarzy innych specjalności.

Cała populacja była badana różnymi metodami: wywiad, badanie somatyczne, testy projekcyjne („zaczarowania" i Rorschacha).

ZAZDROŚĆ PATOLOGICZNA

Oznacza zazdrość o nietypowych formach treści i poziomie nasilenia.

Treść zazdrości patologicznej jest bardzo zróżnicowana, może obejmować wszystkie wymiary czasu, cechy partnera, jego środowisko, poglądy, ulubione przedmioty, zwierzęta, hobby, seksualność.

Poziom nasilenia

Poziom nasilenia zazdrości patologicznej bywa zróżnicowany. Najczęściej przybiera postać długotrwałej obsesji, która może utrzymywać się tygodniami, miesiącami, a nawet latami. W lżejszych przypadkach mamy do czynienia z „rzutami" takiej zazdrości, przedzielonymi okresami względnego spokoju. Zazdrość może ogarnąć całą psychikę, wypełniać wszystkie myśli, sterować uczuciami. Może też przybrać formy specyficznego podziału psychiki na część normalnie funkcjonującą i chorą. Typowym przykładem są zespoły paranoiczne- Nasilenie intensywności emocji wiążących się z zazdrością patologiczną najczęściej jest duże i może doprowadzić do silnego wzburzenia, obsesji, agresywności, działania w stanie afektu, aż do skrajnych form włącznie.

183

Typy zazdrości patologicznej

- Zazdrość anankastyczna

Są to natrętne myśli lub czynności wiążące się z zazdrością, często

będące objawem nerwicy natręctw. W praktyce najczęściej spotyka się natrętne myślenie, skojarzenia, wyobrażenia sobie drugiej osoby w objęciach kochanka(i), w trakcie pieszczot, stosunku itp. Wyobrażenia bywa często nader realistyczna, a sceny erotyczne stają się uporczywe i pojawiają się bez uchwytnej przyczyny, spontanicznie, nawet w najbardziej nietypowych sytuacjach. Nasuwające się myśli, wyobrażenia, burzą zdrowie psychiczne i stają się obsesyjne. Nie we wszystkich przypadkach zazdrość tego rodzaju bywa ujawniana. Jeżeli dana osoba zdaje sobie sprawę z jej chorobowego charakteru, może kryć się z tym i szuka pomocy u specjalisty. Niektórzy najpierw wolą się upewnić, czy zazdrość jest uzasadniona. Zdarza się również, że zazdrość anankastyczna wywołuje określone zachowania wobec drugiej osoby. Pewien pacjent, który zgłosił się do przychodni lekarskiej na leczenie, mówił, że nie może wytrzymać tych pojawiających się myśli i wizji niewierności żony, o której wiedział, iż z pewnością go nie zdradza. Zdawał sobie sprawę, że jest to objaw chorobowy. Myśli te pojawiały się wszędzie, np. w pracy, podczas jazdy autobusem, w kościele.

- Zespół Clerambaulta

Polega na tym, że w pierwszej fazie więzi dominuje okres optymistyczny: istnieje wzajemne uczucie, przekonanie o odwzajemnionym uczuciu, miłości, a partner bywa nawet idealizowany. W okresie drugim, pesymistycznym, rozwija się nagle lub stopniowo, bez uzasadnionej przyczyny, wrogie nastawienie do partnera, niechęć, podejrzenia o zdrady, zazdrość. W trzeciej fazie, nienawiści i pniactwa, zazdrość i negatywne uczucia prowokują zachowania pełne nienawiści, pogroźek, skandali, scen publicznych, pisanie do władz, zakładów pracy. Niekiedy dochodzi do wymierzenia „kary winnemu” w formie agresji fizycznej — do zabójstwa. Ten zespół zdecydowanie częściej jest spotykany u kobiet.

- Zespół Otella (inaczej: obłęd alkoholowy, paranoja alkoholowa)

Występuje w zaawansowanym stadium zależności od alkoholu i wiąże się z urojeniami niewierności partnerki. Rozwija się wolno i postępuje stopniowo. Zazdrość wiąże się z zadawaniem dręczących pytań, żądaniem wyjaśnień, śledzeniem partnerki, szukaniem dowodów niewierności. Wszelkie reakcje mimiczne, słowne, zachowania partnerki są interpretowane w „skrzywionej perspektywie” i pod określonym kątem. W wielu przypadkach dochodzi do zachowań brutalnych w celu zmuszenia do ujawnienia „prawdy”. Niektóre znękanym tym stanem

184

kobiety sądzą, że lepiej przyznać się do nie popełnionej zdrady i liczą na uzyskanie wytchnienia. Okazuje się to tylko pozornie dobrym rozwiązaniem, gdyż po takim wyznaniu zazdrość jedynie się nasila i przybiera jeszcze bardziej brutalne formy. Zazdrość stopniowo opanowuje całe życie psychiczne chorego, afekt utrwala się. Urojenia poszerzają się; rozwijają się też urojenia ksobne, prześladowcze, często irracjonalne. W tym stanie może dojść do popełnienia przestępstw. Ich obiektem staje się żona, domniemani kochankowie, osoby je „ochraniające” czy „kryjące”. Wynika to z zamiany postawy prześladowanego i pokrzywdzonego na postawę mściciela i prześladowcy. Zespół ten jest trudny do leczenia. Nazwa, pochodząca z dramatu Szekspira, tylko częściowo wiąże się z literackim pierwowzorem. Jak wiemy, Otello był czarnym kondotierem na służbie u Wenecjan,

pochodził z królewskiego rodu. Jagon, zazdrosny o pozycję Otella, wzbudził w nim zazdrość o żonę, co skończyło się dramatycznym zabójstwem. W pewnym momencie Jagon mówi przecież:

„Awans zależy od łaski i protekcji,
A nie od prawa starszeństwa, co każe,
Aby po jednym odziedziczył miejsce
Drugi z kolei.”

- Zazdrość paranoiczna

Wyraża stan patologicznej zazdrości u osoby, która zostaje owładnięta obsesyjnym przekonaniem o niewierności drugiej osoby, bez uzasadnionych przyczyn. Najczęściej polega to na tym, że u takiej osoby współlistnieje „zdrowa” i „chora” część osobowości. Dzięki temu może ona dobrze wykonywać swoją pracę zawodową, nie stwarza wrażenia chorej, jedynie to wszystko, co dotyczy osoby partnera(ki), objęte jest obsesyjną zazdrością. Nasilenie tej zazdrości w wielu przypadkach może osiągać poziom psychotyczny (urojenia niewierności, ksobne...).

Najczęstszym źródłem tego rodzaju zazdrości jest osobowość paranoiczna, która rozwija się w okresie dojrzewania lub wczesnej dojrzałości. Częściej pojawia się u mężczyzn niż u kobiet. Przyczyny nie są znane. Badacze mówią o roli uwarunkowań rodzinnych, genetycznych predyspozycjach, wczesnodziecięcych urazach itd. Zazdrość przejawia się: nietolerancją, znaczną nadwrażliwością, tendencją do błędnej oceny rzeczywistości, przesadnym odnoszeniem do siebie różnych zdarzeń, skłonnością do oskarżania innych, Przypisywaniem otoczeniu wrogich zamiarów, nadmiernym poczuciem własnej wartości, przecenianiem swych możliwości i cech, reagowaniem poczuciem krzywdy na krytyczne oceny, natarczywym domaganiem się swoich Praw, agresywnością.

A. Kępiński (1977) w ten sposób charakteryzuje cechy tej osobowości: „Są to ludzie samotni, zdani tylko na siebie. W dzieciństwie i młodości niejedno-
185

krotnie brak im było kontaktów zabawowych. W ich mniemaniu ludzie Sa pociągani niewidocznymi nitkami i jak się ich pociąga, tak się zachowują. Najczęściej pod fasadą urojeniową kryje się lęk przed ludźmi. System wartości opiera się na zasadzie: jestem atakowany, muszę się bronić. Dla nich świat jest światem walki. Paranoik całą sprawę teatru życia traktuje znacznie poważniej dla niego nie jest to zabawa, ale rzeczywistość, która mu zagraża. U paranoików uczucia są na ogół silne, ale często sprzeczne, ambiwalentne, zwykle nie może on sobie z nimi poradzić. Rozmawiając czy obcując z paranoikami odnosimy wrażenie, że ich spojrzenie na świat jest bardzo zawężone. Nie dostrzegają oni niczego poza swoją „prawdą”. Natomiast to, co jest w zasięgu ich „prawdy”, widzą oni niesłychanie ostro. Znana jest ich zadziwiająca pamięć i spostrzegawczość, gdy chodzi o tematykę związaną z ich urojenowym systemem. Natomiast to, co znajduje się poza granicami ich „prawdy” nie dociera często do ich świadomości. W osobowości paranooidalnych skłonność do reagowania nastawieniami urojenowymi jest większa niż w przeciętnej populacji”.

Przyczyny zazdrości patologicznej są bardzo zróżnicowane. Wymienię ważniejsze i częściej spotykane:

- urazowe wczesne doświadczenia i przeżycia seksualne, np. kontakty kazirodcze, uwiedzenie przez członka rodziny, starszych znajomych, molestowanie seksualne w wieku dziecięcym, doświadczenia zgwałcenia,

- niepewność w roli seksualnej i trudności w życiu seksualnym; jest to jedno z częściej spotykanych źródeł takiej zazdrości,
- własne doświadczenia erotyczne; niektóre osoby mające wielu partnerów seksualnych ujawniają później zazdrość patologiczną zgodnie z mechanizmem projekcji,
- osobowość paranoiczna,
- cechy dewiacyjne, np. masochistyczne, sadystyczne, kandaleuzizm, który oznacza dewiację polegającą na osiągnięciu satysfakcji seksualnej przy pokazywaniu swej obnażonej lub nagiej partnerki seksualnej innym mężczyznom bez jej wiedzy, za jej zgodą lub za zgodą wymuszoną albo na pokazywaniu jej fotografii (w tej dewiacji współistnieją cechy masochizmu i ekshibicjonizmu); z jednej strony zazdrość jest wyrazem cech masochistycznych, z drugiej zaś bywa prowokowana przez zachowania partnerki (rzeczywiste lub jej przypisywane) i mężczyzn wciągniętych w tę grę,
- uzależnienie od alkoholu, |
- procesy chorobowe w ośrodkowym układzie nerwowym, np. miażdżycowe, nowotworowe,
- zespoły psychotyczne, np. schizofrenia, otępienie itd.

186

W praktyce seksuologicznej często spotykam się z zazdrością patologiczną mężczyzn z zaburzeniami psychicznymi w okresie andropauzy czy na tle miażdżycy ośrodkowego układu nerwowego; rzadziej zjawisko to występuje przypadku kobiet. Niekiedy zazdrość patologiczna jest dominującym lub zwiastującym objawem tych zaburzeń.

ZESPÓŁ MALTRETOWANEJ ŻONY

O zespole maltretowanej żony coraz częściej się mówi i pisze, ale jego rozmiar jest trudny do ustalenia. Oblicza się, iż w USA 2 miliony żon rocznie jest maltretowanych, a w Niemczech ofiarami mężów było 4 miliony kobiet. Najczęściej maltretowane są żony młode, bez wykształcenia, pozbawione własnych dochodów, ale zdarzają się przypadki maltretowania żon w rodzinach dobrze sytuowanych, a nawet należących do olimpu społecznego. Problem nie ogranicza się do krajów Zachodu, ale ma bardziej powszechny zasięg. Psychiatrzy, seksuolodzy, psychologowie z wielu innych regionów świata również o nim donoszą.

Z danych amerykańskich (Strauss 1978) wynika, że w około 60% małżeństw stosowana była przemoc, 10% związków doświadcza w ciągu roku jeden lub więcej przypadków agresji fizycznej, a 33% — pięć i więcej razy. Bicie żony zdarza się częściej w tych małżeństwach, w których mężczyzna ma niski status społeczny, nie odczuwa potrzeby osiągnięć, ekspresji uczuciowej. Co ciekawe, dopuszczają się agresji zarówno mężowie dominujący w małżeństwie, jak i zdominowani przez żony, różna jest natomiast motywacja.

Badacze wyodrębniają różne formy maltretowania żon:

- fizyczne (np. bicie, umyślne uszkodzenie ciała, przypalanie papierosami, zranienia ostrymi narzędziami),
- emocjonalne (np. dokuczanie, poniżanie, ośmieszanie),
- seksualne (np. gwałcenie, zmuszanie do nieakceptowanych praktyk, współżycia z innymi mężczyznami, z dziećmi),
- ekonomiczne (np. pozbawianie środków do życia, wyrzucanie z mieszkania).

Należy dodać, iż nie wszystkie przypadki stosowania agresji między

małżonkami wyrażają maltretowanie. Może być ona również uzewnętrzniana przez związki, które deklarują wobec siebie miłość. Z badań Hentona (1983) wynika, że w około 10% związków akty fizycznej przemocy pojawiają się już na samym początku trwania związku. Wśród osób znajdujących się w fazie romantycznej miłości stwierdzono następujące formy i zakres agresji: 63% — szarpanie, potrącanie, 50% — policzkowanie, bicie po twarzy, 28% — uderzenia pięścią, kopanie, 15% — uderzanie przedmiotami w part-

187
nera, 14% — uderzenia przedmiotami, 4% — mocne bicie, cechy retowania, 3% — straszenie nożem, usiłowanie użycia broni.

Okazało się również, że przemoc w 44% przypadków pogorszyła relac' między partnerami, a w 36% — poprawiła. Co trzecia osoba uważa, że cW bicie nie należy do przyjemności, to jednak jest dowodem miłości. Jeżeli ofiar przemocy ma małe poczucie własnej wartości, przechodzi nad tym d porządku dziennego i toleruje przemoc. Coraz częściej zdarza się, iż sprawca przemocy bywa kobieta, a przynajmniej nie pozostaje dłużna wobec mężczy??. ny przejawiającego agresję. Rozważając zatem maltretowanie współmałżonka należy mieć na uwadze opisane zjawisko.

Seksuolodzy najczęściej mają do czynienia z następującymi formami zespołu maltretowanej żony:

- Gwałcenie własnych żon. Wymuszanie współżycia może przybierać formy bardzo brutalne, sadystyczne.
- Zmuszanie żon do praktyk seksualnych niezgodnych z ich poczuciem wstydu, systemem wartości, wrażliwością, np. do kontaktów analnych, sadomasochistycznych, z zastosowaniem sztucznych narzędzi, podczas oglądania filmów pornograficznych, w obecności innych osób.
- Narzucanie żonie liczby kontaktów seksualnych znacznie przekraczających jej potrzeby, oczekiwania i zmuszanie do współżycia różnymi formami szantażu, przez stosowanie przemocy fizycznej itp.
- Ośmieszanie partnerki podczas współżycia seksualnego, porównywanie do innych kobiet, okazywanie pogardy, lekceważenia itp.
- Zmuszanie partnerki do akceptowania przez nią lub tolerowania kochanek, przyprowadzanie ich do domu i nieukrywanie kontaktów z nimi.
- Zmuszanie partnerki do kontaktów kazirodczych.
- Nakłanianie lub zmuszanie partnerki do współżycia z innymi mężczyznanami, wymiany partnerów, seksu lesbijskiego, zbiorowego, zoofilii itp.

Większość znanych mi przypadków seksualnej przemocy wobec żon znam z praktyki terapeutycznej, a mniejszość — z praktyki w roli biegłego sądowego. Wiele kobiet unika rozwiązań prawnych, np. z powodu uzależnienia ekonomicznego od męża, pragnienia utrzymania rodziny, wychowania dzieci w pełnej rodzinie. Inne lękają się samotności.

Istnieją także tłumaczące predyspozycje niektórych kobiet (żon) do bycia maltretowaną: wewnątrzpsychiczne, interpersonalne i społeczno-kulturowe. Czynniki wewnątrzpsychiczne to np. osobowość maltretowanych żon, prowokująca agresję wobec siebie; są to osobowości bierne, żyjące w odrealnionym świecie, biernie-agresywne, niedojrzałe, masochistyczne, depresyjne, uzależnione od alkoholu, lękowe. Pośrednim dowodem istnienia tych czynników są

188
kobiety maltretowane w swych kolejnych małżeństwach, a także mężczy-
' ' przynający się do maltretowania jednej kobiety, a zachowujących się

^^jgnnie wobec innej. Również częściej padają ofiarą przemocy kobiety herne, naiwne, łatwowierne, uzależniające się od swych mężów. Do przyczyn | rerpersonalnych zalicza się przede wszystkim zakodowanie przemocy, eniesione z w}asnegO środowiska rodzinnego. Przemoc rodzi przemoc — to P -prostsza defjnycja przyczyny maltretowania. Wielu mężów dosłownie owiela zachowanie swych ojców w życiu rodzinnym.

Z kolei, zgodnie z teoriami społeczno-kulturowymi istnieją uwarunkowania obyczajowe w stosowaniu przemocy wobec żon, np. w niektórych środowiskach, subkulturach, regionach, z silną patriarchalną pozycją mężczyzn i przy sprzyjającym im systemie prawnym. W genezie maltretowania wskazuje się również na wpływ alkoholu i środków odurzających. Z wielu badań wynika, iż ponad połowa stosujących przemoc mężów była uzależniona od alkoholu.

Badacze zajmujący się takimi patologicznymi małżeństwami wskazują na istnienie trzech stopni rozwoju maltretowania. W fazie wstępnej przez wiele tygodni czy miesięcy pojawiają się drobne konflikty. Później następuje wybuch agresji i napięcia trwający do około 24 godzin, w którym dochodzi do aktu przemocy. Potem pojawia się faza „skruszenia”: sprawca czując się winny, stara się złagodzić napięcie, np. dając żonie prezenty, okazując czułość. Wiele żon zaczyna wówczas wierzyć, że mąż jest „prawdziwy” w tej pozytywnej fazie, a ujawniona przez niego agresja nie jest wyrazem jego natury. W tym okresie mamy do czynienia z „wiktyimizacją” kobiety, która odtąd będzie maltretowana, a jej obraz osoby męża jest niespójny i sprzeczny. Uzależnienie ekonomiczne od mężczyzny wiele kobiet czyni bezbronnymi ofiarami. Maltretowanie prowadzi do różnych następstw, np. urazów ciała, zaburzeń nerwicowych, psychicznych, uzależnienia się od alkoholu.

W wielu związkach maltretowanie żon zaczyna się od okresu zajścia w ciążę. Walker (1979), na podstawie badań 403 maltretowanych żon, ustalił, iż w 59% przypadków maltretowanie zaczęło się od pierwszej ciąży, a w 63% od drugiej. Pagelow (1984) badając 306 żon maltretowanie od pierwszej ciąży rozpoznał w 60% przypadków. Badacze zjawisko to tłumaczą frustracją seksualną mężów (przerwa we współżyciu seksualnym), zmianą w stylu życia małżeństwa, niechęcią mężczyzn do posiadania dziecka, zmianą zachowań żony.

W niektórych krajach zaczęto tworzyć specjalne schroniska dla maltretowanych żon, w których znajdują opiekę medyczną, prawną, psychologiczną. Badacze wskazują, że u części przebywających w nich żon istnieje tak silna więź uczuciowa wobec męża-sprawcy, że usiłują one bronić ich od odpowiedzialności prawnej. Te dziwne relacje między małżonkami należy ^umaczyć złożonymi czynnikami psychicznymi. Praca terapeutyczna z prze-189

śladowcami nastęrcza wiele problemów. Jak wynika z opracowanych danych wielu z nich pomniejsza i bagatelizuje swoje zachowania, zaprzecza im IUK obciąża odpowiedzialnością żony albo inne osoby, np. teściów.

Okazało się, że interwencja policji wobec prześladowcy i osadzenie s w więzieniu zmniejsza zachowania agresywne wobec żon. Porównując np. tak metodę z ograniczeniem się do rozmowy ze sprawcą przekonano się, ; w przypadku aresztowanych mężów tylko 19% stosowało przemoc w okresie 6 miesięcy po wyjściu z zakładu karnego, natomiast mężczyźni, z którym-jedynie przeprowadzono rozmowę, aż w 39% przypadków ponowili maltretowanie żon. Jakkolwiek pobyt w zakładzie karnym nie działa leczniczo, to jednak ogranicza agresywność wobec żon. Może to nie jest optymalny model

przeciwdziałania agresji, okazuje się jednak w miarę skuteczny. Podobnie w wielu znanych mi osobiście przypadkach bezkarność nie zmniejsza agresywności sprawców, a prowadzenie z nimi rozmów czy sesje terapii małżeńskiej nie ograniczały w sposób znaczący zakresu maltretowania. Natomiast obdukcje, postępowanie prokuratorskie hamowały często agresywność wobec żon.

Pierwszym krokiem przeciwdziałającym maltretowaniu wobec żon jest rozdzielenie małżonków. Stąd pomysł tworzenia schronisk dla maltretowanych żon. Następnie zaleca się oddzielną pracę z obojgiem małżonków w celu określenia przyczyn agresji, znalezienia szans renesansu więzi małżeńskiej i zmiany stylu interakcji między małżonkami. Zrozumiałe, że taka psychoterapia wymaga czasu, kwalifikacji i braku uprzedzeń wobec sprawców, a także „czarno-białego” oceniania małżonków. Jest to jedna z najtrudniejszych form psychoterapii.

W naszych warunkach pomoc maltretowanym żonom nie ma instytucjonalnego charakteru. Wprawdzie kobiety mogą podejmować czynności prawne, szukać pomocy u terapeutów małżeńskich, psychoterapeutów, ale pomoc socjalna jest obecnie coraz trudniej dostępna. Dotychczas nie powstało ani jedno schronisko dla maltretowanych żon. Znane trudności mieszkaniowe sprawiają, iż najczęściej są one zmuszone do przebywania pod tym samym dachem ze sprawcą swego cierpienia. Do tego dochodzi uzależnienie ekonomiczne czy inne względy.

A jak przedstawia się ten problem w ocenie samych zainteresowanych kobiet? Otóż wcale nie jest tak jednoznacznie oczywisty. Wiele kobiet jest ofiarami brutalności męskiej, ale niektóre często swoimi zachowaniami i cechami osobowości prowokują tę brutalność. Zdarza się również, że znajdują w tym pewną przyjemność, np. kobiety z masochistycznymi cechami osobowości.

Sytuacja życiowa kobiet też nie jest tu bez znaczenia. Jeżeli są one materialnie i mieszkaniowo całkowicie podporządkowane mężczyźnie i miałyby trudności z rozpoczęciem samodzielnego życia, podjęciem pracy zarob-

190
wej (np. w wyniku braku kwalifikacji, obarczenia opieką nad gromadką }ych dzieci), możemy rozumieć ich obiektywnie trudną sytuację i ograniczoną możliwość manewru wobec partnera. Bywają jednak inne sytuacje
° iowe j na nje chciałbym obecnie zwrócić uwagę, spotykamy się bowiem nimi dość często. Zdarza się, i jest to dość typowa sytuacja, iż kobieta wiąże się z partnerem, który zapewnia jej bardzo wysoki standard materialny, sypuje drogimi prezentami, podróżuje z nią po świecie. Jego niewątpliwą aletą jest umiejętność zarabiania mnóstwa pieniędzy, a towarzyszy temu rzeświadczenie, że wszystko i wszystkich można kupić, że dzięki pieniądзом można mieć wszystko. Kupił sobie zatem kobietę. Traktuje ją jak swoją własność i ma poczucie prawa do niej, robienia z nią wszystkiego, na co ma ochotę. Powstaje kontrakt: ja ci daję pieniądze, dobrobyt, wiele rzeczy, ale ty za to należysz do mnie i masz zgadzać się na wszystko. Taki mężczyzna jest sobą od samego początku i może być nim również w zakresie brutalnych zachowań. Część kobiet od początku związku z nim ma świadomość tego, na co się decyduje, albo liczy na przetrwanie lub zwyczajnie kalkuluje: musi być coś za coś. Czas płynie i nic się nie zmienia, brutalność jest codziennością, ona jest traktowana jak przedmiot i nakłaniana do zaspokajania wszelkich zachcianek swego partnera. U niektórych kobiet rodzi się bunt wobec takiej sytuacji, mają jej dość.

ZESPÓŁ MALTRETOWANEGO MĘŻA

Termin ten wprowadził do światowej nauki amerykański uczony Steinmetz w 1977 roku. Od początku pojawiły się trudności diagnostyczne i metodologiczne w ustaleniu zakresu tego zjawiska. Przytoczę kilka danych statystycznych. Zdaniem Straussa (1985) przemoc fizyczną wobec mężów stosuje 115 żon (z populacji 1000 małżeństw). Steinmetz i Lucca (1988) oceniają proporcje przemocy wobec mężów w stosunku do przemocy wobec żon na 1:14. Wielu badaczy zgodnie uważa, iż zakres różnych form agresji żon wobec mężów nasila się i zjawisko to przybiera charakter dramatyczny, szczególnie w młodszych populacjach małżeństw w USA i Anglii. Agresja ta ma różne formy: przemocy fizycznej, seksualnej, maltretowania psychicznego, zabójstwa. Stereotyp silnego mężczyzny i słabej kobiety w obrębie kultury Zachodu wpłynął na to, iż wielu mężczyzn nie przyznaje się, że doznaje przemocy ze strony swych żon, a wiele osób powątpiewa w realność tego zjawiska. Interesujące jest natomiast, iż częściej mamy do czynienia z zespołem maltretowanego męża w konwencji komicznej. Przewija się ona w literaturze, sztuce scenicznej, filmowej, a nawet w dowcipach. Saenger (1963) analizując treść komedii, których motywem jest przemoc w małżeństwie, doszedł do ustaleń przedstawionych w tabeli 20.

191

Tabela 20

Przemoc małżeńska w komediach

Mężowie

Żony

Sprawca agresji

10

73

Ofiara

63

39

Inicjujący przemoc

10

7

Odbierający

przemoc

14

I

Czyż można się zatem dziwić, iż ta humorystyczna konwencja nie skłania wielu mężów do ujawnienia doznawania przemocy ze strony żon?

W wielu kulturach przemoc fizyczna i seksualna żon wobec mężów również była odbierana komicznie. W Polsce śmiano się ongiś do łez na wspomnienie, jak hetmanowa Ogińska traktowała swego męża. Wystawiała go poza okno pałacu mocno trzymając, aż ugnie się wobec jej woli. Znano wiele innych historii z życia dworów, mieszczan czy włościan, w których mężowie padali ofiarą przemocy swych małżonek. Badania kultur prymitywnych ujawniły, iż w 71 z nich żony mogą przejawiać swoją przemoc wobec mężów. Steinmetz porównał zakres przemocy stosowanej w małżeństwach w różnych kulturach. Dane przedstawia tabela 21.

Tabela 21

Przemoc stosowana przez małżonków w różnych kulturach (w odsetkach)

Kraj	Średnia częstość mężowie	żony
------	-----------------------------	------

Finlandia	2,19	2,18
Puerto Rico	5,78	6,60
Honduras Brytyjski	6,38	6,38
Ludność hiszpańskojęzyczna	5,8	5,7
Kreole	7,8	7,2
Karaibowie	7,4	6,2
USA	6,6	7,0
Kanada	6,0	7,8
Izrael (kibuce)	9,9	12,6

W Finlandii około 60% małżonków obojga płci przyznaje się do stosowania wobec współmałżonka przemocy fizycznej. W wielu kulturach jej zakres okazuje się dość podobny. Zróżnicowane bywa natomiast nasilenie tej przemocy i np. w Puerto Rico w rozwiązywaniu konfliktów małżeńskich mężowie częściej uciekają się do groźnych form przemocy wobec swych żon-192

Wielu badaczy wskazuje na powiązania maltretowania żon i mężów doświadczeniami z życia rodzinnego. W wielu przypadkach agresja przybiera charakter międzypokoleniowy i partnerski. Walker (1984) na podstawie badania 400 maltretowanych żon ustalił, iż 67% z nich było maltretowanych w dzieciństwie (41 % przez matki, a 44% przez ojców, 20% przez rodzeństwo), z kolei 44% ojców w tych rodzinach maltretowało swoje żony, a 29% matek swych mężów.

W świetle przeprowadzonych badań kobiety maltretujące mężów częściej doznawały przemocy wobec siebie w życiu rodzinnym i mają niższy poziom kontroli nad swymi agresywnymi impulsami. Wiele z nich przenosi agresywne postawy wobec swych ojców na osobę męża. Przyczyną przemocy bywają często problemy seksualne (np. oziębłość żon, impotencja mężów). Strauss (1980) podaje, że w małżeństwach stosujących przemoc wobec współmałżonka problemy seksualne są o 300% częstsze w porównaniu ze związkami nie mającymi problemów seksualnych.

Maltretowanie mężów ze strony żon najczęściej polega na agresji słownej (poniżanie, ośmieszanie, lekceważenie, „kastrowanie psychiczne”). Coraz częstsze są również różnorodne formy agresji fizycznej (bicie, przemoc z użyciem broni gazowej czy palnej, zadawanie ran). W wielu związkach współistnieje agresja psychiczna i fizyczna. Mężowie mają opory wobec ujawniania doznawanej wobec siebie przemocy lękając się ośmieszenia. Zresztą niejednokrotnie spotykają się z przejawami niewiary i nieufności ze strony organów ścigania. Nic więc dziwnego, że nie znamy zakresu maltretowania mężów w małżeństwach. Im bardziej tradycyjno-patriarchalne społeczeństwo, tym rzadziej mężowie przyznają się do przemocy ze strony żon. W niektórych przypadkach dopiero analiza prób samobójczych i usiłowań zabójstw ujawnia maltretowanie mężów przez żony.

Przestępczość seksualna

Lernell (1974) stwierdza, że z prawniczego punktu widzenia przestępstwa seksualne są to „takie typy zachowań ludzkich (wraz z ich skutkami), powiązanych z życiem seksualnym człowieka, jakie są zakazane przez ustawodawstwo karne”. Giza (1963) odróżnia przestępstwa seksualne od przestępstw na podłożu seksualnym.

Kodeksy karne różnych krajów penalizują różne typy przestępstw seksualnych. Abraham (1969) w monografii poświęconej dewiacjom seksualnym przedstawia różne normy obyczajowe oraz kodeksowe dotyczące tych prze-

stepstw w historii Europy. W prawie germańskim przestępstwami seksualnymi były gwałt na kobiecie oraz niewierność. U Fryzów mężczyźni przyłapanych na zdradzie wrzucano do bagna. W prawie niemieckim z XIII wieku ustanowiony był zakaz współżycia seksualnego między chrześcijanami a Żydami oraz służącego z panią domu; groziła za to kara śmierci. W prawie miejskim Augsburga z 1267 roku spotyka się po raz pierwszy pojęcie pederastii; groziła za nie kara gardła, w przypadku duchownego — śmierć głodowa w klatce. W XV wieku opisane zostały pierwsze przypadki skazań za sodomie (kara ognia), natomiast kazirodztwo było traktowane łagodnie, kara ograniczała się do grzywny. W średniowiecznej Europie niejednokrotnie zmniejszano wymiar kary, stosując kastrację i odcięcie członka. Za czasów Fryderyka II, Katarzyny II i Józefa II, dzięki wpływom Woltera i humanistów francuskich ustawodawstwo stawało się coraz bardziej liberalne, zaczęto rezygnować z kary śmierci za przestępstwa seksualne. Można jednak stwierdzić, że do końca XX wieku dominował rygorizm prawny i obyczajowy w traktowaniu przestępstw seksualnych. Liberalizm wobec tych przestępstw pojawił się stosunkowo niedawno i jedną z jego przyczyn był rozwój seksuologii, wiedzy o zróżnicowanych mechanizmach zachowania człowieka oraz ograniczanie pojęcia normy seksualnej do sfery prywatności. W kulturach pozaeuropejskich zarówno kodeksy karne, jak i obyczajowość są bardzo zróżnicowane i np. w islamie spotyka się surowe kary za zdradę czy dewiacje.

194

ROZPOWSZECHNIENIE

Dane na temat rozpowszechnienia przestępstw na tle seksualnym są trudne do ustalenia. Ich źródłem są: statystyki kryminalne, badania ankietowe i praktyka kliniczna.

Statystyki kryminalne opierają się na rejestracji przestępstw zgłaszanych przez policję, prokuratury i sądy. W niektórych krajach tego typu informacje gromadzą specjalnie do tego celu powołane instytucje, np. w USA od 1930 roku Biuro do Spraw Ewidencji Przestępstw Federalnego Biura Śledczego oraz Urząd do Spraw Rejestracji Przestępstw. Dane z tego typu instytucji ograniczają się do ujawnionych przestępstw. Mimo tego ograniczenia są to jednak dane wartościowe, przedstawiają bowiem ewolucję przestępstw na tle seksualnym. I tak np. z danych FBI w USA wynika, że rośnie poziom zgwałceń ze szczególnym okrucieństwem (Times z 09.04.1990 r.).

W krajach Europy Zachodniej (Kaiser 1985) wskaźnik częstotliwości przestępstw seksualnych na 100 000 mieszkańców maleje. Dane przedstawia tabela 22.

Tabela 22

Kraj	Rok		Lata osiemdziesiąte	
	1969	1975		
Francja	32	27	26	
Włochy	12	11	2	
Wielka Brytania		43	49	40
Austria ⁶³	44	53		
Holandia	63	67	57	
Dania	88	60	41	
RFN	110	95	65	

Z danych statystyk policji w RFN (cyt. za Filar 1994) wynika, że w 1973 r. ujawnionych zgwałceń było 11,3 na 100 000 mieszkańców, a w 1987 r. 8,6, przy podobnym wskaźniku wykrycia (71,9%). Ich udział w liczbie ogólnej wszystkich przestępstw z 0,3% w 1973 r. zmniejszył się do 0,1 % w 1987 r. Filar

(1994) stwierdza, że w okresie od połowy lat siedemdziesiątych w społeczeństwie niemieckim zmniejszył się zakres dewiacyjnych zachowań seksualnych 0 znamionach przestępstw seksualnych.

Statystyki oparte na badaniach ankietowych populacji są kolejnym Źródłem informacji o rozpowszechnieniu przestępstw na tle seksualnym.

Najwięcej tego typu badań dotyczy przemocy seksualnej wobec dzieci 195

i młodzieży. I tak np. Finkelhor (1996) stwierdził, że na 100 dorosłych kobiet przemocy seksualnej w dzieciństwie doświadczyło — 32 w Holandii, 31 w Kostaryce, 27 w Austrii, 26 w USA, 23 w Hiszpanii, 18 w Kanadzie, 9 w Grecji. Ma ile obiektywne są tego typu dane statystyczne? Ograniczona wiarygodność takich badań wynika z kilku przyczyn: nie wszystkie osoby pamiętają urazy seksualne z przeszłości z powodu obronnego mechanizmu wyparcia, wiele osób z różnych przyczyn nie podaje prawdziwych odpowiedzi, badania zachowań i doświadczeń seksualnych mogą prowokować opory u badanych. Mimo tych ograniczeń, badania te dają pewne rozeznanie o rozpowszechnieniu zachowań z zakresu patologii i przestępczości seksualnej.

Dane z praktyki klinicznej. Ich poważnym mankamentem jest ograniczona wielkość populacji — pacjenci dobrowolnie zgłaszający się do terapeutów. Wartość ich polega natomiast na tym, że można poznać zmienne tendencje w nasilaniu się jednych, a w zmniejszaniu się innych zachowań i postawy wobec tych zachowań. I tak np. od czasu nagłaśniania w mass mediach problemu seksualnego wykorzystywania dzieci coraz więcej osób zaczyna ujawniać tego typu przeżycia i szukać pomocy.

Jakkolwiek obiektywne dane o rozpowszechnieniu przestępstw na tle seksualnym są trudne do uzyskania, to jednak można wyciągnąć kilka wniosków:

- Patologiczne zachowania i przestępstwa na tle seksualnym są częstym zjawiskiem w skali społecznej.
- Omawianie zagadnień patologii seksualnej i przestępstw na tle seksualnym w mass mediach sprzyja ich ujawnianiu wobec organów ścigania, w gabinetach terapeutów.
- Obserwowane zmiany w statystyce przestępstw na tle seksualnym skłaniają do badania przyczyn tego stanu rzeczy, co z kolei umożliwia oddziaływanie prewencyjne.

W rozdziałach poświęconych różnym typom przestępstw na tle seksualnym będą przedstawiane dane o ich rozpowszechnieniu z analizą tła zjawiska.

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA PRZESTĘPCZOŚĆ SEKSUALNĄ PŁEĆ

Campbell (1982) stwierdza, że przestępstwa ogółem częściej popełniają mężczyźni. Ihsan Al.-Issa (1982) podaje, że psychopatologia częściej dotyczy mężczyzn, "podobnie jak przestępczość. Prawidłowość ta ujawnia się już w wieku dojrzewania; u chłopców częściej występują zaburzenia zachowania-196

u dziewcząt osobowościowe. Chłopcy, zdaniem autora, są bardziej podatni na ^ekorzystne wpływy patologii rodzinnej, prowadzące do zachowań antysoc-:a[nych.

Seksuologia wieku rozwojowego dostarcza istotnych danych świadczących o tym, że przeżycia i zachowania seksualne są częstsze u chłopców i wiążą się z późniejszymi zachowaniami seksualnymi w wieku dorosłym:

- W wieku przedszkolnym chłopcy częściej operują seksualnym słownict-

wem, bawią się narządami płciowymi, uczestniczą w zabawach erotycznych (50% chłopców w porównaniu z 16% dziewcząt — Constantine 1990).

- W wieku 6-11 lat 40-65% chłopców uprawia wzajemną masturbację, miewa kontakty oralne, imitacje stosunków (Serbin 1987), a 50% miewa erekcje w następstwie działania nieseksualnych bodźców.
- W wieku przedpokwitaniowym (10-12 lat) 73% chłopców miewa zachowania masturbacyjne, u 10% dochodzi do wytrysków nasienia w kontaktach seksualnych (Martinson 1982). W 12 roku życia młodzież ujawnia różne formy zachowań seksualnych. Dane na ten temat, oparte na badaniu 880 osób, przedstawia tabela 19.
- Badania 1500 nastolatków w wieku 12-18 lat (Clark i wsp. 1999) ujawniły, że przed ukończeniem 18 roku życia inicjuje życie seksualne 66% dziewcząt i 79% chłopców, a w motywacji aktywności seksualnej są wyraźne różnice między płciami; presja partnera (61% dziewcząt i 23% chłopców), potrzeba bycia kochanym (45% dziewcząt i 28% chłopców), pod przymusem (26% dziewcząt i 19% chłopców), z lęku przed dokuczaniem z powodu dziewictwa (32% dziewcząt i 36% chłopców).
- Chłopcy ujawniają patologiczną aktywność masturbacyjną, prawie niespotykaną u dziewcząt.
- Nadmierna asceza w okresie dojrzewania może prowadzić do agresywności i obsesji seksualnych.
- W wieku dojrzewania u chłopców można spotkać wszelkie typy zachowań dewiacyjnych, a ich przyczyną są: choroby, psychopatologia, zachowanie rytualistyczne, zaburzenia identyfikacji, dysocjacyjne (Lehne 1990).

Urazy seksualne w dzieciństwie, zaburzenia rozwoju psychoseksualnego w okresie dojrzewania mogą prowadzić do antysocjalnych zachowań seksualnych. Etiopatogenezę tych zachowań przedstawia schemat (ryc. 2)

Psychologia różnic płciowych i ról seksualnych dostarcza wielu danych tłumaczących przyczynę większego rozpowszechnienia zaburzeń seksualnych i specyfikę przestępstw seksualnych u mężczyzn:

197

Tabela 23

Formy seksualności u 12-latków (Friedrich i wsp., 1991) (dane w odsetkach)

Forma zachowań	Chłopcy	Dziewczeta [^] -
Imitacja stosunku	2,4	1,1
Głębokie pocałunki	2,4	1,7
Imitacja kontaktów seksualnych z lalkami	1,5	7,5
Cheć ubierania się w ubiór płci odmiernej	3,4	2,9
Pokazywanie seksu dzieciom	4,4	2,3
Używanie seksualnego słownictwa	19,9	12,1
Flirtowanie	2,9	14,9
Masturbowanie się ręką	11,2	8,6
Oglądanie erotycznych wydawnictw	27,2	18,4
Obnażanie się wobec dorosłych	9,7	6,9
Pieszczoty piersi	11,7	9,2
Kissing z obcymi dorosłymi	18,9	26,4

- większy jest poziom libido, testosteronu, potrzeba seksualnej różnorodności,

- mężczyźni cenią młodszy wiek partnerek, atrakcyjność fizyczną, zmysłowość,
- mężczyźni muszą 4-krotnie udowodnić własną tożsamość seksualną: „nie jestem kobietą”, „nie jestem dzieckiem”, „nie jestem homoseksualistą”, „nie jestem impotentem”,
- u mężczyzn marzenia i fantazje seksualne często mają charakter poligamiczny i „pornograficzny”; większa jest: skłonność do współżycia z więcej niż z jedną partnerką, wrażliwość na bodźce wizualne, zachowania orgiastyczne, podatność na lęki i poczucie zagrożenia w sferze seksualnej.

Hammon (1982), Pospiszyl (1973) i Campbell (1982) wskazują, że u kobiet psychopatologia wiąże się m.in. z cyklicznymi przemianami układu hormonalnego, co ma również związek z przestępczością seksualną nasilającą się w okresach napięcia przedmiesiączkowego. Campbell uważa, że więcej przestępstw popełniają kobiety identyfikujące się z rolą męską. Klarczyk. Kubiak i Wierzbicki (1984) stwierdzają, że przestępczość kobiet na świecie ma tendencje wzrostowe; kobiety coraz częściej popełniają przestępstwa o charakterze agresywnym i emocjonalnym.

198

! aram antysocjalnych zachowań seksualnych (Francoeur 1982)

rrr~stipstwa zaburzeń rozwoju psychoseksualnego adolescentów oraz urazów seksualnych _____

przemocy

Mechanizmy wyparcia

Ekspresja złości i nienawiści

Degradowanie ofiary np. przez zachowania poniżające _____

Przemoc

Ekshibicjonizm

Telefoniczna

skatologia

z fantazjami

Przemocy

Ryc 2

Kontakty

oralne

Kontakty

analne

Urolagnia

Stosunki

pochwowe

Kontakty

sadystyczne

Seksualni

zabójcy

Stosowanie uwiedzenia

Akceptacja nieadekwatnych doświadczeń urazowych

Poczucie satysfakcji z akceptowanych potrzeb

Relacje z ofiarą przez miłe zachowanie

-

Pedofilne

Ekshibicjonizm

Bierny homoseksualizm

Podgląda-ctwo

Podpalanie motywowane seksualnie

-----» Telefoniczna skatologia z fantazjami uwodzenia

199

CZYNNIKI BIOLOGICZNE

Pogląd, że przestępczość seksualna jest uwarunkowana czynnikami genetycznymi i wrodzonymi ma długą historię, a do jego rozpowszechnienia i utrwalenia przyczynił się szczególnie Lombroso (1918). W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych popularna była teoria, iż aberracja genetyczna typu kariotyp XYY u mężczyzn wiąże się z wysokim poziomem agresywności (np. Hope 1967; Price, Whatmore 1967; Guaraldi 1970). Stwierdzono, że w populacji mężczyzn występuje on w stosunku 1 na 700 urodzonych chłopców i wiąże się z większą niż w populacji kontrolnej agresywnością przestępczością, dewiacyjną patologią seksualną. Cohen (1983) twierdzi, że zespół XYY sprzyja zachowaniom agresywnym, trudno natomiast powiedzieć na ile je determinuje. Jednakże dokładne badania psychologiczne ujawniły, że mężczyźni z zespołem XYY w porównaniu z mężczyznami o normalnym kariotypie XY nie różnią się w poziomie agresywności w sytuacji konfliktowej (Schiavi 1984). Przeprowadzone do tej pory badania empiryczne nie dostarczyły przekonujących dowodów na potwierdzenie teorii genetycznego uwarunkowania przestępczości, nie znaleziono ani genu, ani chromosomu przestępczości (Gierowski 2000).

Z prac wielu badaczy wynika, że zachowaniom przestępczym mogą sprzyjać następujące czynniki: uszkodzenia i choroby płata czołowego mózgu (Buikhuisen 1987), drobne uszkodzenia mózgu wiążące się z porodem (Mednik 1988), wysokie stężenie noradrenaliny (Rubin 1987), wysokie stężenie testosteronu (Clutton-Brock 1982, Olweus 1987, Dabbs 1990, Gray 1991), zespół napięcia przedmiesiączkowego u kobiet (Dalton 1990), niedobór serotoniny (Ellis 1991). Dużo danych o biologicznych uwarunkowaniach przestępczości przedstawiają Moir i Jessel (1998). Analiza wielu programów badawczych i bogatego piśmiennictwa sugeruje, że nie same uwarunkowania biologiczne przesądzają o zachowaniach przestępczych, a raczej interakcja czynników genetycznych, hormonalnych i rozwojowych (Turner 1994).

ALKOHOL

Wpływ alkoholu na zachowania agresywne i przestępczość seksualną jest dokładnie omówiony w piśmiennictwie. Livingston i McIntyre (1984) stwierdzają, iż alkohol zwiększa agresywność seksualną szczególnie u mężczyzn, niezależnie od stopnia uzależnienia od alkoholu. O wyzwalaniu agresywności

i przestępczości seksualnej przez działanie alkoholu piszą m.in.: Krzyżowski i Thille (1965), Kessel (1967), Imieliński (1974, 1982), McCord (1982), Kolarczyk (1984).

200

Często podkreśla się w piśmiennictwie powiązania między kazirodztwem alkoholizmem (Marcuse 1923; Weinberg 1955; Virkunnem 1974; Barwin & Fann 1973). Powszechność uzależnienia od alkoholu wśród kazirodców jest różnie oceniana przez autorów: Kaufman, Peck i Tagiuri (1954) oceniają ją na 75%, Fiorentini i Orsini (1962) — na 47%, Cavallin (1966) — na 33%, Lukianowicz (1972) — na 15%, Gebhard (1965) — na 25%, Jensen (1978) — na 72%, Meiselman (1978) — na 20%, Virkunen (1974) — na 41%. Forrest (1983) — omawiając badania innych autorów — podaje, że odsetek ten waha się od 20 do 70%.

Wielu autorów jest zdania, że w przypadku zgwałceń uzależnienie od alkoholu i działanie pod wpływem alkoholu należą do podstawowych czynników prowokujących zgwałcenie (Amir 1967; Rada 1974; Hyde 1974; Knauert 1981). Zdaniem Rada (1974) 50% gwałcicieli było alkoholikami, a według Jensena (1978) — 72%. Amir (1967) analizując 600 przypadków gwałtów, stwierdził, iż alkohol odegrał decydującą kryminogenną rolę w 217 przypadkach, a 10% ofiar piło alkohol ze sprawcami.

Wielu autorów uważa, iż w przypadku ekshibicjonizmu ostra intoksykacja alkoholowa lub alkoholizm przewlekły mogą stanowić genezę tego zaburzenia (Todd 1973; Ceru 1976; Knauert 1979; Forrest 1978; Wraa 1982). Ostrą intoksykację alkoholem autorzy stwierdzali w 30-50% przypadków.

Zachowania agresywne i przestępcze w rodzinach ojców uzależnionych od alkoholu, zdaniem Holdera (1976) omawiającego wyniki badań innych autorów, w 50-80% przypadków przechodzą na dzieci.

Pernanen (1981), badając powiązania między alkoholem a przestępczością stwierdza, że występują tu trzy następujące mechanizmy:

I • alkohol redukuje zahamowania i wyzwala zachowania przestępcze oraz dewiacyjne,

- alkohol zmienia aktywność neuroprzekaźników, co wiąże się z rozwojem zachowań agresywnych,
- alkoholizm przewlekły prowadzi do dysfunkcji kory mózgu, a szczególnie płata skroniowego, co również sprzyja patologii zachowania.

Autor ten zwraca również uwagę na mechanizm psychosomatyczny, w którym alkohol może prowadzić do powstania hipoglikemii i zaburzeń fazy REM snu — co z kolei sprzyja rozwojowi drażliwości i agresywności.

Heckler (1983) stwierdza, że alkohol jest typowym towarzyszem życia przestępców, a alkoholizowanie się należy do ich stylu życia.

201

NARKOMANIA

Benward (1975) uważa, że w populacji narkomanów występuje znacznie więcej przypadków gwałtu i kazirodztwa niż w populacji nie uzależnionych od narkotyków. Wielu autorów podkreśla wysoki odsetek zachowań homoseksualnych w tej populacji (około 30% pacjentów) (Cuskey 1972, Waldorf 1973, Weathers 1980). Zdaniem Chinlund (1970) u narkomanów homoseksualizm częściej występuje wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Uzależnienie od alkoholu, narkomania, a także lekozależność mają z przestępcami seksualnymi zarówno pierwotny, jak i wtórny związek. Z jednej bowiem strony uzależnienia prowokują zachowania przestępcze, z drugiej natomiast — zachowania przestępcze pogłębiają lub prowokują rozwój

uzależnień. Znany jest również kryminogeny wpływ subkultury narkomanów i alkoholików.

CZYNNIKI PSYCHICZNE

Osobowość nieprawidłowa

Literatura poświęcona powiązaniom między przestępczością a zaburzeniami osobowości (dawniej określanymi jako psychopatia) jest bardzo bogata. Wielu autorów zgodnie stwierdza, iż w populacji przestępców odsetek osób z zaburzeniami osobowości jest wyższy w porównaniu z normalną populacją. Różnie natomiast jest oceniany odsetek osób z zaburzeniami osobowości w populacji przestępców: Glueck (1944) ocenia go na 20%, Cruz (1939) — na 13%, Hyland (1942) — na 18%, Reid (1978) — na 7%, a McCord (1982) — na 10%.

McCord (1982) wyodrębnia „psychopatię kryminalną” jako jedną z postaci zaburzeń osobowości. Do przyczyn rozwoju tej osobowości zalicza: zaburzenia genetyczne, hormonalne (wpływ epinefryny), zespół XYY, czynniki konstytucjonalne i organiczne, fizjologiczną nadpobudliwość, psychopatię rodziców, wczesną deprawację, brak rodziców, środowisko. Ciarkowska (1976) do przyczyn rozwoju osobowości nieprawidłowej zalicza: niedojrzałość mechanizmów korowych, charakteropatię, patologię rodziny, psychopatię ojca. Psychoanalityczną interpretację osobowości nieprawidłowej w polskim piśmiennictwie przedstawiają Sokolik i Szostak (1976): „Psychopata ma zazwyczaj dobrą znajomość obowiązujących w społeczeństwie norm moralnych. Normy te jednak w niewystarczającym stopniu uwewnętrzniał, gotów je przestrzegać jedynie w odniesieniu do wybranego grona osób lub też za własne uznaje normy nieco odmienne od norm ogólnospołecznych (...). Sumienie psychopaty jest zazwyczaj bardzo ambiwalentne, zmienne, niedostosowane

202
,) Po okresach całkowitego braku poczucia winy, w których psychopata podejmuje szereg działań antyspołecznych, występują okresy poczucia winy czasami tak silnego, że paraliżuje ono całą aktywność (...), działania impulsywne nie podlegają kontroli wewnętrznej. Zachowanie impulsywne jest podejmowane natychmiast, zanim jakiegokolwiek zakazy superego dojdą do głosu (...)
O ^burzeniu zdolności do kontroli popędowo-emocjonalnej decyduje syndrom właściwości: ograniczona umiejętność tolerowania napięcia, znoszenia odroczenia, akceptacja substytutów i sublimacji. Osoby te nie znoszą deprawacji. Muszą napięcie rozładować natychmiast w sposób społecznie nieakceptowany. Nie są zdolne przy wyborze zachowań kierować się dalszymi konsekwencjami własnych czynów (...). Poza ogólnym, słabym rozwojem orientacji w rzeczywistości, psychopata ma zaburzoną zdolność odróżniania własnych przeżyć od faktów rzeczywistych. Wykazuje skłonność do tzw. życzeniowej interpretacji świata (do „myślenia życzeniowego”).
Wówczas, gdy rzeczywistość jest przykra, psychopata skłonny jest przyjmować jako realną inną, bardziej przyjemną wersję zdarzeń. Zaburzenie to jest szczególnie silne wtedy, gdy w grę wchodzi obraz własnej osoby. Psychopata w obronie przed poczuciem słabości i małej wartości stwarza sobie iluzję wszechmocy. Przekenia własne możliwości i nie docenia niebezpieczeństw, które mogą go spotkać (...). Jego antyspołeczne i impulsywne zachowania nie tylko służą redukcji napięcia i zaspokojeniu popędów. Stanowią także system mechanizmów obronnych, pod którymi kryją się problemy emocjonalne”. Jako przyczynę rozwoju psychopatii autorzy ci, zgodnie z teorią psychoanalizy, upatrują zaburzenia więzi uczuciowych w rodzinie.

Kozarska-Dworska (1977) na podstawie własnych badań jako cechy psychopatii wymienia: niedobór wyższej uczuciowości., matą elastyczność jastrojów, dominację uczuciowości popędowej^ brak integracji ze środowiskiem, niedostateczne przystosowanie do podstawowych reguł życia społecznego. Kępiński (1977) za przyczynę rozwoju osobowości nieprawidłowej o typie sadystyczno-masochistycznym upatruje: pozostałości sadomasochistyczne wieku dziecięcego, despotyzmu z dzieciństwa, niedojrzałość emocjonalną.

Vaillant i Perry (1978) stwierdzają, że osobowość antyspołeczna występuje w 0.05 do 15% populacji, w USA osobowość taką ma 3% mężczyzn i 1% kobiet, a wśród więźniów — 75% tej populacji. Do podstawowych symptomów tej osobowości w wieku do 18 roku życia zaliczają: sprawianie trudności wychowawczych, impulsywność w szkole, konflikty z prawem, ^czesne doświadczenia seksualne, alkoholizm, wandalizm, wagarowanie. Po ° roku życia pojawiają się następujące znaczące symptomy: zaniedbywanie Pracy zawodowej, odrzucanie norm społecznych, rozwody i separacja, uJawnianie agresji fizycznej.

203

Autorzy ci przedstawiają interesujące dane dotyczące odsetka ó o nieprawidłowej osobowości, wykazujących zaburzenia w określony^ strefach życiowych:

Zaburzenia zachowania

Strefy zachowań życiowych liczba osób (w procentach)

Przebieg pracy 85

Historia małżeństwa 81

Problemy finansowe 79

Areszty 75

Alkoholizm 72

Problemy z nauką 71

Impulsywność 67

Problemy w sferze seksualnej 64

W X, obecnie obowiązującej, Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych (1981) wyodrębniono dział: Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.

Wyróżniono w nim następujące typy osobowości nieprawidłowej:

- osobowość paranoiczna,
- osobowość chwiejna emocjonalnie,
- osobowość schizoidalna,
- osobowość lękliwa,
- osobowość anankastyczna,
- osobowość histrioniczna,
- osobowość zależna,
- osobowość dyssocjalna,
- inne zaburzenia osobowości (np. niedojrzała).

Osobowość z wyraźnymi cechami dyssocjalnymi można traktować jako odpowiednik psychopatii w dawnym tego słowa znaczeniu. Jaroszyński (1981) jako typowe dla tej osobowości podaje następujące cechy:

- brak trwałych związków uczuciowych,
- niezdolność do przewidywania skutków własnego działania,
- niezdolność wyprowadzenia praktycznych wniosków z dotychczasowych doświadczeń,
- brak istotnych zainteresowań,

- zmienność i nietrwałość dążeń, brak konsekwencji,
- wyraźna aktywność dla osiągnięcia celu doraźnego, zanikająca wobec minimalnych niepowodzeń,
- brak wglądu, zdolności oceny samego siebie, zrozumienia zależności niepowodzeń od własnych cech.

204

Według Jaroszyńskiego osoby o cechach antysocjalnych najczęściej mimo dobrej inteligencji, nie mają wykształcenia i zawodu, charakterystyczny jest brak stałych związków z ludźmi, brak stałych związków rodzinnych, nieupodkowane życie seksualne, uleganie nałogom, częste konflikty z porządkiem prawnym[^]

Koncepcja Eysencka

Zdaniem autora labilność emocjonalna osób ekstrawertycznych i neurotycznych sprzyja zachowaniom przestępczym, podobnie jak i wysoki poziom psychotyczności (Eysenck 1973). Wiele przeprowadzonych później badań z zastosowaniem metody badawczej autora skłoniło do weryfikacji poglądów i stwierdzenia, że przestępstwa mogą popełniać ludzie o różnych typach osobowości (Eysenck 1996).

Koncepcja Recklessa

Zwana inaczej teorią kontroli Recklessa. Według tego autora o podatności na zachowania przestępcze decyduje stopień odporności danego osobnika na pokusę stania się przestępcą lub dewiantem. Człowiek jest często narażony na tego typu pokusę i reakcja na nią zależy od jego wewnętrznej i zewnętrznej kontroli. Kontrola wewnętrzna (samokontrola) opiera się na wychowaniu i moralności, a zewnętrzna — to normy prawne i moralne.

Koncepcja Rottera

Koncepcja umiejscowienia kontroli Rottera (1954) polega na założeniu, że kontrola jest mechanizmem wyuczonym, zgodnym z zasadami warunkowania. Człowiek zdobywa wiedzę o przykrych i przyjemnych skutkach swojego zachowania, perspektywach zaspokajania potrzeb, oczekuje wzmocnień. Zachowanie jest wyborem między różnymi możliwościami realizującymi oczekiwane wzmocnienie. Przestępców cechuje zewnętrzny, a nie wewnętrzny typ umiejscowienia kontroli.

Koncepcja Grofa (1999)

S. Grof, jeden z twórców psychologii perinatalnej i transpersonalnej, stwierdza, że przebieg porodu ma wpływ na przeżycia sadomasochistyczne, zaabsorbowanie skatologią, łączenie seksu z lękiem, agresją i różnymi formami patologii seksualnej; dotyczy to większości zaburzeń płciowości 'preferencji seksualnych, szczególnie sadyzmu, nekrofilii, koprofilii, urolagnii i koprofagii.

Teorie agresji

Istnieje wiele teorii tłumaczących zjawisko agresji. Zdaniem Freuda jest ona wynikiem frustracji seksualnej. Lorentz (1969) traktuje agresję jako jeden

205

z czterech głównych instynktów, do których zalicza: instynkt seksualny, agresji i ucieczki.

Feshbach (1964) uważa, że instynkt agresji ma dwie odrębne komponenty- wrodzoną agresję „ekspresywną” oraz nabytą agresję „wroga”. Storr (1966[^]

traktuje agresję jako wrodzoną formę zachowania uwarunkowaną biologią nie, ale w świecie człowieka pozbawioną instynktownych ograniczeń, przez co

jest ona bardziej destrukcyjna i szkodliwa.

Musaph i Mettropol (1972) omawiają agresję według jej faz rozwojowych- faza 1 — agresja środowiskowa, faza 2 — agresja przeniesiona na inne osoby np. członków rodziny, faza 3 — agresja wyładowywana w prymitywnym i destrukcyjnym zachowaniu, faza 4 — agresja pośrednia będąca formą protestu, faza 5 — agresja pośrednia wyrażająca się w zachowaniach sadomasochistycznych, faza 6 — agresja inwestowana w aktywność produkcyjną i faza 7 — inwestowanie agresji w działalność twórczą, w sublimację. Baron (1980) po omówieniu biologicznych teorii agresji podkreśla jej uwarunkowania społeczne (prowokacje ze strony innych, frustracje społeczne, negatywny wpływ TV i publikatorów) oraz sytuacyjne, np. alkohol, narkotyki. O agresji prowokowanej przez publikatory pisze również Bruscek (1976). Stwierdza on, iż oglądanie filmów agresywnych stymuluje agresję, jeśli predyspozycje widza stwarzają ku temu warunki. Woody (1981) wskazuje na to, iż agresja ma większe natężenie i częściej występuje u mężczyzn, co wiąże z układem hormonalnym, np. androgenizacja kobiet zwiększa u nich poziom agresji. O wpływie płci na poziom i typ agresji pisze wielu autorów i np. Skórny (1968) podaje, że generalnie agresja jest większa wśród samców i mężczyzn, zwłaszcza wówczas, gdy ich ojcowie są też agresywni. Pospiszyl (1973) wyższy poziom agresji u mężczyzn tłumaczy jej uczeniem się (trening agresywny). Hine (1983) odróżnia agresję afektywną od zaborczej i wiąże to m.in. z neuroprzekaznikami:

Agresja afektywna	Agresja zaborcza
t T norepinefryna	4-
T dopamina	i
T acetylocholina	T
4- serotonina	i

Teorie dotyczące przyczyn można w zasadzie podzielić na trzy podstawowe grupy: biologiczne, psychologiczne i społeczne. Są również teorie eklektyczne ujmujące przyczyny agresji wieloczynnikowo. Do nich zaliczyć można teorię przedstawioną w pracy Kubackiej-Jasieckiej (1975), która zachowania agresywne człowieka wiąże z jego predyspozycjami temperamentalnymi oraz z wyuczeniem się agresji. Autorka ta stwierdza, iż stałość zachowań seksualnych człowieka uwarunkowana wymienionymi czynnikami polega na odbiorze sytuacji, kiedy specyficznie odbiera się sygnały i specyficz-

Je interpretuje, co przy słabych mechanizmach kontroli zachowania silnych nawykach reagowania agresją na stres prowadzi do zachowań agresywnych. Badania przeprowadzone na populacji osób agresywnych pozwoliły stwierdzić, iż występuje u nich mała odporność na stres, nieadekwatna agresywność, impulsywność, wigor fizyczny, słaba samokontrola, pogotowie lękowe, niski próg tolerancji, koncentracja na terażniejszości. W biografii osób agresywnych autorka znalazła: większą więź emocjonalną z matkami i jednocześnie ich lekceważeniem, odczuwanie lęku wobec ojca, niezdolność do trwałych więzi uczuciowych, rozdzielenie seksu od uczuć, brak pozytywnych uczuć do partnerek seksualnych, egocentryzm seksualny i agresywne kontakty seksualne (wynikające z lęku przed zależnością od kobiety), promiskuityzm seksualny wynikający z podświadomej potrzeby więzi, w której kontakt fizyczny zastępuje uczucie.

W latach siedemdziesiątych i na początku lat osiemdziesiątych zaczęły pojawiać się prace poświęcone agresji wewnątrzrodzinnej (Ellis 1981;

Frodi 1976; Hornung 1981; Steinmetz 1973; Strauss 1973). Z prac tych wynika, że np. w USA ok. 20% rodzin stosuje agresję wobec członków rodziny, a ponad 50% małżeństw wobec siebie. Z pracy pogładowej Piekarskiej (1984) poświęconej analizie piśmiennictwa na ten temat wynika, że mężowie są bardziej skłonni do agresji wobec żon niż odwrotnie i częściej ujawniają agresję wobec żon dominujących. Autorka stwierdza, że „wyraźnie więc daje się zauważyć związek władzy z agresywnością. Co ciekawsze, silna pozycja (dominacja) nie zapewnia uległości drugiej strony, lecz raczej rodzi jej frustrację i prawdopodobnie stałą gotowość do odreagowywania w formie agresywnej, gdy okoliczności temu sprzyjają. Szczególnie jest to wyraźne w przypadku zdominowanych, lecz buntujących się mężów, którzy (jak wcześniej wskazano) skłonni są do agresji wtedy, gdy obiektywna ocena przeciwnika (Jego^o fizycznej siły) wypada na ich korzyść”.

Fontana (1980) stwierdza, że doświadczenie na sobie agresji w wieku dziecięcym sprzyja późniejszemu przechodzeniu jej z generacji na generację. Z opracowania poświęconego zespołowi dziecka maltretowanego wynika (Starowicz 1981), że w przypadku agresji rodzinnej do istotnych czynników ryzyka należą: alkoholizm, zaburzenia psychiczne i narkomania małżonków. Konkludując można stwierdzić, że agresja jest jedną z podstawowych przyczyn przestępczości, m.in. seksualnej. Agresywność może być cechą osobowości nieprawidłowej (o czym mowa niżej) lub jedną z form reakcji na zagrożenie. Należy ona również do stereotypu męskości i dlatego ulega wzmocnieniu w procesie socjalizacji. Istnieją także sprzyjające warunki kulturowe do jej wzmocnienia.

Hołyst (1981) uważa, że „żyjemy w czasach, w których środki masowego Przekazu wdzierają się w życie codzienne człowieka, narzucają mu swoją

207
wszechobecność wszędzie”. W pracy pt. „Opinia publiczna i środki masowego przekazu a ujemne zjawiska społeczne” pod redakcją Hołysta (1990) omawiane są wszechstronnie powiązania między szerzonymi przez publikatory informacjami o przestępstwach seksualnych a ich odbiorem przez czytelników. Jak z tych rozważań wynika, upowszechnianie w publikatorach agresji i przestępczości prowadzi do niekorzystnych następstw, m.in. w postaci: psychozy strachu, kultu silnego człowieka, dostarczania pomysłów przestępcom, wzrostu poziomu agresji w społeczeństwie itd.

Przestępczość seksualna o typie agresywnym jest często tematem filmów publikacji w czasopiśmie, poczytnych kryminałów, programów TV. Jej upowszechnienie w ostatnich latach daje wiele do myślenia. Można tu mówić o eskalacji treści przestępczych podyktowanej potrzebą wzbudzenia zainteresowania u odbiorcy, który przecież szybko przyzwyczaja się do tego typu lektur czy obrazów. Motyw ekonomiczny kryjący się za tym mechanizmem potwierdza się również w przypadku wydawnictw pornograficznych, które na Zachodzie w ostatnich latach są coraz bardziej dewiacyjne i agresywne w treści, u odbiorców bowiem szybko pojawia się znudzenie. Jednak tego typu zjawisko wiąże się z negatywnymi następstwami, ponieważ osoby o predyspozycjach przestępczych znajdują w nim nie tylko pomysł, bodziec, ale często czują się zwolnione od odpowiedzialności. Można powiedzieć, iż agresja przedstawiana w kulturze masowej rodzi agresję w społeczeństwie oraz lęk przed tą agresją, prowokujący zachowania obronne również o agresywnym charakterze. Spirala narastającej agresji wpływa na mechanizmy życia społecznego, co wiąże się zarówno z postawami wobec przestępczości seksualnej,

jak i z jej genezą. Mamy tu do czynienia z przysłowiowym mechanizmem błędnego koła.

W podsumowaniu analizy teorii agresji Gierowski (2000) stwierdza, że geneza agresywnych zachowań przestępczych wiąże się ze zmiennymi biopsychicznymi, strukturą osobowości, uwarunkowaniami sytuacyjnymi, a agresywność jest istotnym wskaźnikiem przestępczości.

AGRESJA SEKSUALNA

Agresja seksualna jest to działanie słowne i/lub fizyczne zmierzające do wyrządzenia cierpienia i szkody partnerowi seksualnemu. Spotyka się również agresję seksualną przemieszczoną, kierowaną ku innym osobom bądź obiektom (np. zwierzęta, przedmioty, instytucje, idee).

Niektórzy badacze agresję seksualną tłumaczą socjobiologicznie, jako wyraz dziedzictwa świata przyrody i wynikająca z zapewnienia utrzymania dystansu (terenu), walk turniejowych, cyklicznej zmienności stężenia testosteronu, fallicznego zagrożenia. Fakt powszechnego występowania agresji

208
daje się potwierdzać tę teorię, ale w kulturach świata agresja jest zróżnicowana i ma związek z uwarunkowaniami kulturowymi. Przedstawiła to swoich pracach Margaret Mead (1986). U Arapeshów zachowania agresywne niezależnie od formy i przyczyny, spotykają się z dezaprobatą społeczną. /kolei u Mundugumorów poziom agresji jest wysoki. To plemię z Nowej Gwinei żyje w ciągłym niepokoju i nikt nikomu nie wierzy. Ojców i synów rozdziela wrogość, wcześniej zrodzona i społecznie utrwalona. Mundugumoro- wie uważają, że sami krzywdzą i są krzywdzeni przez innych, walczą o kobiety. Dzieci nie są pożądane i od urodzenia doświadczają agresji. Ich karmienie odbywa się w klimacie walki i złości. Wychowywanie dzieci wiąże się i upokarzającymi nadzorami. Gra miłosna pełna jest agresji (drapanie, gryzienie, pośpiech, niszczenie ozdób i ubioru), powszechna jest przemoc seksualna w relacjach rodzinnych. W wielu kulturach agresja poddana jest kontroli społecznej (rytualizacja, ukrycie w symbolach, opowieściach plemiennych, w obyczajach inicjacyjnych itp.).

Agresję seksualną tłumaczy się różnymi teoriami. Teorie socjobiologiczne i kulturowe przedstawiono wyżej. Są również teorie odwołujące się do czynników biologicznych (preferencje genetyczne, zaburzenia w metabolizmie neuroprzekaźników, neurohormonów, struktur ośrodkowego układu nerwowego). Znajdują one potwierdzenie w genezie niektórych dewiacji seksualnych, rozwijających się np. w wyniku zmian w płatach czołowych czy skroniowych mózgu.

Z najnowszych publikacji wynika, że padaczka pochodzenia skroniowego często wiąże się z zaburzeniami seksualnymi, przybierającymi różne formy, np. impotencji, zaburzeń libido, agresywności seksualnej, zachowań kazirodczych, a nawet wiary w reinkarnację. U wielu pacjentów ujawniają się różne typy parafilii (dewiacji seksualnych). W populacji mężczyzn z tego typu padaczką w porównaniu z mężczyznami z grupy kontrolnej znajduje się więcej takich zaburzeń seksualnych.

Z badań przeprowadzonych wśród sprawców przestępstw seksualnych, w których dopuścili się oni przemocy, wynika, iż część z nich cierpi na różne formy patologii mózgu. Na przykład Scott i Hucker (1988) rozpoznali je u 55% badanych sprawców. Zaburzenia w obrębie płatów skroniowych i czołowych mózgu stwierdzono u 33% sadystów w porównaniu z 18% mężczyzn z grupy kontrolnej. Różne zmiany patologiczne wykazane w tomografii komputerowej mózgu ujawniono u 67% sadystów, 36% agresorów seksualnych bez cech

sadystycznych i u 39% mężczyzn z grupy kontrolnej. Inne badania wykazały, że u 1% sprawców uzależnionych od alkoholu i mających z tego powodu zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym również ujawniono znaczne zakresy patologii. Jest to o tyle ważne, iż zdaniem wielu badaczy około 1% sprawców przemocy seksualnej nadużywa alkoholu.

209

Z przedstawionych i z innych wyników badań wynika zatem, iż zmiany patologiczne w mózgu obejmują jedynie część populacji sprawców przemocy seksualnej. Na ile ta patologia była znacząca w motywacji i w przebiegu [J. czynów, decyduje nie tyle sam wynik badania mózgu, ile stan kliniczny badanego.

W licznych publikacjach z zakresu przestępczości seksualnej przedstawiane są rozpoznania psychiatryczne, a wiele z nich opiera się na patologii ośrodkowego układu nerwowego. Znacznie więcej przypadków przemocy seksualnej nie jest jednak rejestrowanych przez organy ścigania. Łatwo wyprowadzić stąd wniosek, iż w tych publikacjach mowa jest o mniejszości a nie o większości sprawców. Możemy teraz snuć domysły, z jakich przyczyn jedni wpadają w karzące ręce sprawiedliwości, a inni nie. Być może osoby mające różne zaburzenia psychiczne mają mniej zdolności do unikania wymiaru sprawiedliwości niż inni. Sprawcy chodzący na wolności często bywają bardziej inteligentni, wyrafinowani, umiejętnie zacierają ślady, uzależniają wobec siebie ofiary własnej przemocy seksualnej itp. Mówiąc zatem o patologii psychicznej, miejmy na uwadze fakt, iż dotyczy to wyłącznie części populacji sprawców, a stan psychiczny większości z nich nie jest nam znany. Zmiany patologiczne w ośrodkowym układzie nerwowym często są rozpoznawane u sprawców przemocy seksualnej, u których stwierdzono cechy osobowości społecznej, patologiczną agresywność i mikrouszkodzenia tkanki mózgowej. Epizodyczne zaburzenia samokontroli wiążące się z przemocą seksualną rozpoznawano u osób z przebytymi urazami głowy, zapaleniem opon mózgowych, guzami różnych obszarów mózgu, z padaczką, stwardnieniem rozsianym. Przemoc seksualną stwierdzono również u osób z rozpoznaniem osobowości borderline („pogranicza”), nietypowej schizofrenii.

Teorie behawioralne zwracają uwagę na zaprogramowanie agresji seksualnej przez zachowania wyuczone i naśladowanie, np. wpływ oglądania programów TV pełnych przemocy, brutalnej pornografii ze scenami przemocy. Teorie psychoanalityczne tłumaczą rozwój agresji seksualnej konfliktami preedypalnymi, lękiem separacyjnym, urazami wczesnodziecięcymi, zaburzeniami identyfikacji z płcią.

Inne teorie psychologiczne zwracają uwagę na takie przyczyny agresji seksualnej, jak np. niekontrolowany lęk, kompleks niższości, wpływ uzależnień, osobowość antisocjalną typu borderline (pogranicza).

Agresja seksualna może mieć motywy nieseksualne (np. zgwałcenia z zemsty, dla wykazania swej wyższości), jak i seksualne, czego najlepszym przykładem są niektóre postacie zgwałceń, dewiacji (sadyzm, raptofilia, moru z lubieżności i inne). Agresja seksualna w niektórych związkach jest akceptowana jako element gry wstępnej, wyraz pozytywnych uczuć ze strony partnera („bije, bo kocha”) itp.

210

IMPULSYWNOŚĆ SEKSUALNA

Oznacza niezdolność do powstrzymania się od działania seksualnego,

niebezpiecznego dla siebie i/lub innych. Zaspokojenie potrzeby daje poczucie przyjemności. Impulsywność seksualna ma wiele wspólnych cech z agresją seksualną, są jednak i istotne różnice i dlatego w najnowszym piśmiennictwie nekjalistycznym została "wyodrębniona. Jest kilka typów impulsywności seksualnej:

- Parafilie (dewiacje s-eksualne) o charakterze impulsywnym. Najczęściej spotykane są: pedofilia, sadyzm, raptofilia (gwałcicielstwo). Wymienione typy parafilii nie zawsze mają charakter impulsywny. W tym przypadku dotyczy to zachowań dewiacyjnych wiążących się z niezdolnością do panowania nad nimi.
- Zachowania seksualne zagrażające zdrowiu lub życiu nie będące parafiliami. Dotyczy to niektórych form aktywności masturbacyjnej (przez pobudzanie się prądem elektrycznym, podwieszanie), pobudzanie przedmiotami, kontaktami z partnerami, łączącymi się z uświadomieniem sobie niebezpieczeństw (np. w przypadku partnera z groźną chorobą przenoszoną drogą płciową, mogącą zagrażać życiu).

Przyczynami impulsywności seksualnej mogą być czynniki:

- biologiczne (choroby ośrodkowego układu krążenia, zaburzenia metabolizmu, neuroprzekazników w mózgu, uwarunkowania genetyczne),
- zaburzenia osobowości (np. typu borderline, socjopatyczna, niedojrzała),
- zachowania sytuacyjne (np. pod wpływem nietypowej reakcji na alkohol, pod wpływem narkotyków, środków halucynogennych).

Rozpoznawanie impulsywności seksualnej ułatwiają specjalne metody diagnostyczne, np. testy projekcyjne, skala impulsywności (Barretta, Schallinga, Plutchika, Kellermana), fallopletyzmografia.

Impulsywność seksualną leczy się metodami psychoterapeutycznymi, treningowymi, lekami psychotropowymi i antyimpulsywnymi.

ROLA FANTAZJI EROTYCZNYCH

Nadal mało jest poznany wpływ fantazji erotycznych w genezie przestępczości seksualnej. Wynika to z kilku przyczyn: metodologicznych (osoby badane często nie chcą ujawniać treści swoich fantazji z różnych przyczyn), Wiedzy o roli fantazji w kreowaniu osobowości i w motywacji zachowań, Możliwości odtworzenia okoliczności powstania i treści fantazji, ustalenia

211 wiodących przyczyn powstawania fantazji (własna kreatywność?, odtwarzanie zapamiętanych scen i obrazów?, oddziaływanie pornografii?, mass mediów?) Jakkolwiek w odtwarzaniu mechanizmów prowadzących do zachowań przestępczych można niekiedy poznać wpływ oddziaływania fantazji, a także pojawianie się ich w okresie poprzedzającym zachowania, to jednak trudno ocenić ich realne znaczenie.

Stoller (1976) definiuje fantazje erotyczne jako: wyobraźnię o treści erotycznej, która może występować w snach, marzeniach (zarówno spontanicznych, jak i prowokowanych przez oddziaływanie tekstów, filmów itd.), w fantazjach towarzyszących aktywności masturbacyjnej, współżyciu seksualnemu.

W piśmiennictwie wymienia się różne przyczyny fantazji erotycznych: podtrzymywanie napięcia seksualnego przez mózg (Allport 1955), metabolizm neuroprzekazników (Jessel 1991), uzewnętrznianie się wewnętrznych konfliktów, autobiograficzna narracja potrzeb, frustracje, badanie pomysłów budzących w rzeczywistości lęk, wyraz nienasyceń (Friday 1993), kompensacja

własnych problemów, ujawnienie ukrytych potrzeb i preferencji (Lew-Starowicz 1995).

Najważniejsze wyniki badań nad fantazjami erotycznymi:

- Częściej spotykane są w młodym wieku. W wieku 18-22 lat ujawnia je 20% populacji, w wieku 28 - 35 lat 8%, a po 60 roku życia 1% (Cameron 1982).
- Fantazjuje 84% mężczyzn i 31% kobiet (Rathus 1993).
- U kobiet dominują następujące treści w fantazjach: sceny romantyczne, inna osoba, seks orgiastyczny, bycie prostytutką, gwałconą, a u mężczyzn — obraz genitaliów kobiecych, konkretne zachowania seksualne (Pietropinto 1977; Forster 1985).
- U Murzynów w porównaniu z białymi więcej jest treści sadomasochistycznych i seksu grupowego oraz seksu agresywnego (Price i Miller 1985).

Malamuth (1981) przeprowadził interesujące badania dotyczące fantazji o gwałcie. W eksperymencie brało udział 29 mężczyzn, studentów z Uniwersytetu w Manitoba. Zastosowano kwestionariusze oraz pokazy audiowizualne (slajdy). Pokazane sceny przedstawiały w pierwszej wersji zgwałcenie atrakcyjnej kobiety, a w drugiej dobrowolny udział kobiety w kontakcie seksualnym. Przebieg akcji był raz przedstawiany przez głos mężczyzny, a w drugim przypadku przez kobiety. Z badań wynika, iż ekspozycja na stymulację sceną gwałtu pobudzała niektóre osoby do fantazji o gwałtach.

212

Treść fantazji erotycznych wiąże się ze zróżnicowaniem kulturowym, 'rodowiskowym, z wykształceniem, a także z orientacją teoretyczną danej szkoły naukowej: np. pacjenci poddający się psychoanalizie bardzo często mają fantazje odpowiadające tej koncepcji teoretycznej: kastracyjne, o bogatej symbolice, edypalne. Z kolei pacjenci poddający się oddziaływaniu szkół o orientacji, mają więcej fantazji, które można tłumaczyć zgodnie symboliką orientalną. W jednym ze znanych mi w Polsce ośrodków seksuologicznych, którego interesuje sadomasochizm, pacjenci poddawani terapii częściej mają fantazje o treści sadomasochistycznej. Tak więc orientacja teoretyczna danego ośrodka badawczego, a zwłaszcza „zapotrzebowanie” badawcze tego ośrodka, sprzyja tworzeniu fantazji o określonej treści. To zjawisko „spełniania życzeń” przez pacjentów wobec swych terapeutów czy badaczy jest często spotykane w psychoterapii. I tym m.in. można tłumaczyć tak różne koncepcje tłumaczące genezę i treść fantazji erotycznych.

Reakcje i następstwa

Reakcje towarzyszące fantazjom erotycznym, zależą od wyjściowego poziomu napięcia seksualnego: im jest ono większe, tym silniejsze są reakcje. Do typowych reakcji fizjologicznych należą: pobudzenie autonomicznego układu nerwowego, erekcja, niekiedy orgazm, wzrost stężenia kwaśnej fosfazy w moczu i testosteronu w surowicy krwi (Barclay 1970; Pirke 1974). Reakcje psychiczne Byrne (1978) dzieli na: proseksualne (podniecenie i przyjemność), ambiwalentne, nastrojowe i antyseksualne (uczucie wstrętu, niechęci, agresji).

Oceniając następstwa fantazji erotycznych badacze koncentrują się na różnych zagadnieniach. Byrne (1978) uważa, że działają one jak afrodyzjaki i mogą zniekształcać rzeczywistość, McQuire (1965) — że fantazje towarzyszące masturbacji mogą odgrywać dużą rolę w formowaniu zachowań dewiacyjnych, jeżeli taka w nich dominuje treść. Money (1978) wskazuje na

pozytywne możliwe następstwa: redukcję lęków seksualnych, wzrost tolerancji wobec różnych zachowań seksualnych i form kontaktów seksualnych i ogólne zwiększenie częstotliwości współżycia. Crepault (1980) wskazuje, iż mężczyźni z wysokim poziomem fantazji erotycznych osiągają wyższy poziom aktywności seksualnej, lepiej kontrolują czas współżycia, odczuwają intensywniejszy orgazm w seksie oralnym, preferują pozycję od tyłu, współżycie w późnych godzinach. Bancroft (1983) wskazuje na wartość fantazji erotycznych w diagnozowaniu zaburzeń seksualnych, a także w wykorzystywaniu ich w terapii tych zaburzeń. To ostatnie jest obecnie często stosowane w wielu ośrodkach terapii seksualnej.

W ośrodkach leczenia zaburzeń seksualnych analiza treści fantazji erotycznych należy do standardowych pytań w zbieraniu wywiadu. Dane o fantazjach erotycznych uzyskuje się także na podstawie stosowania specjal-

nych metod badania seksuologicznego, np. testy projekcyjne, prowokowan' fantazji przez bodźce słuchowe, wizualne. W leczeniu wielu zaburzeń seksualnych fantazje erotyczne odgrywają szczególnie dużą rolę. np. w treni- gach masturbacyjnych w przypadku pierwotnej anorgazmii czy impotent w leczeniu fobii i parafilii. Metody wizualizacji wiążące się z fantazjami' erotycznymi obecnie są stosowane w seksuologii powszechnie.

CZYNNIKI KULTUROWE

Wiele jest teorii kulturowych uwarunkowań dewiacyjności społecznej i seksualnej, np. psychoanalityczne, funkcjonalizm antropologiczny (Malinowski), strukturalizm (Levi-Strauss), społecznej integracji (Durkheim), społecznej anomii (Merton), kontroli społecznej (Hirschi), subkultur społecznych (Cohen, Miller), społecznej dezorganizacji i konfliktu (Sellin, Thio), systemowe, etnoseksuologiczne, skryptów (Simon i Gagon, Delamater), frustracji- -agresji (Bandura, Berkowitz), modelowania rodzinnego (Gully, Lamuss, Farrington), oddziaływania TV i mass mediów (Huessmann, Goldstein, Freedman), poznawcze (Perry, Patterson).

Hoffman (1994) analizując większość z wyżej wymienionych teorii stwierdza, że nie dają one dostatecznego wyjaśnienia genezy zachowań patologicznych, badacze podają sprzeczne dane, wiele wniosków nie jest dobrze udokumentowanych. Można jedynie stwierdzić, iż czynniki kulturowe mają pewien wpływ na zachowania patologiczne, ale w kompleksie uwarun- kowań bio-psycho-społecznych. Z badań Huesmanna i Erona (1986) prze- prowadzonych u 758 dzieci w wieku 7-11 lat z Australii, Finlandii, Polski, Izraela i USA wynika, że oglądanie TV wiąże się z identyfikacją z bohaterami agresywnymi. Przemoc seksualna pokazywana w TV rodzi przemoc, powoduje odtwarzanie oglądanych wzorców zachowań agresywnych i potęguje je.

Następstwa doraźne polegają na identyfikacji i naśladownictwie, a odległe na uciekaniu w świat fantazji, utrwalaniu się agresji seksualnej.

Moore (1994) analizując wyniki badań transkulturowych stwierdza, że przemoc seksualna w wielu kulturach wbudowana jest w męskie role seksualne, w interakcje między płciami, w struktury życia rodzinnego, w obyczajowość społeczną. Wiąże się z hierarchicznością relacji.

Wielu badaczy dąży do tłumaczenia przyczyn przemocy seksualnej uwarunkowaniami społecznymi i kulturowymi. Słuszność tej drogi zdawały się potwierdzać badania antropologów kulturowych. Analiza życia społecznego, seksualnego, relacji między płciami dostarczały wielu dowodów na to, iż w pewnych kulturach poziom przemocy seksualnej jest wysoki, a w innych niski, a ponadto potępiany przez normy społeczne. Przykładem takich

agresywnych kultur są np. Mundugumorowie z Nowej Gwinei i ktf

214

pogranicza Ugandy i Kenii. Mead (1986) opisując codzienne życie Ltundugumorów stwierdza, że żyją w ciągłym niepokoju, nie wierząc nikomu, ani są z agresywności i porywczosci. Między członkami rodziny dominuje resja, wrogość, dystans. Relacje między płciami, gra miłosna, zawieranie jomości pełne są aktów przemocy. Agresywność seksualna, porywczosc, rywalizacja, zazdrość, gotowość do zemsty, walka — oto ideały osobowościowej tej kultury. Turnbull (1972) obrazując życie plemienia Ik stwierdza, iż dominuje w nim wrogość i agresja. Ludzie żyją w swych lepiankach jak fortecach. Nikt nie może liczyć na pomoc zarówno obcych, jak f członków najbliższej rodziny.

Fakt znacznego nasilenia przemocy seksualnej w USA w ostatnich dziesięcioleciach tłumaczą badacze różnie. Podkreśla się wpływ nadmiernej potrzeby osiągnięć, ideału, „siły przebicia”, ducha konkurencji, purytyzmu i cech narcystycznych. Inni wskazują na zanik autorytetów, patologię rodzinną (wysoki odsetek rozwodów i rodzin ponownych, powszechne stosowanie przemocy fizycznej w rodzinach). Do najbardziej znanych obecnie teorii tłumaczących przyczyny przemocy seksualnej należą teorie: systemowa, funkcjonalna, strukturalna, kulturowa, feministyczna. Należy dodać, iż wielonarodowościowe społeczeństwo USA ułatwia przeprowadzenie badań nad społecznymi uwarunkowaniami przemocy seksualnej. Okazało się np., iż poziom przemocy wyższy jest wśród Anglosasów, a niższy w rodzinach pochodzenia meksykańskiego, japońskiego i żydowskiego.

Z przeglądu kilkudziesięciu teorii wyjaśniających naturę przemocy seksualnej można wyprowadzić kilka wniosków. Przemoc seksualna wiąże się zarówno ze społecznościami o silnym patriarchalnym modelu, z dominującą rolą mężczyzny, jak i z kulturami znajdującymi się w procesie przemian, które wyrażają się dążeniami emancypacyjnymi kobiet, rywalizacjami i walką między płciami.

A oto inne wnioski:

- Istnieją mity i stereotypy sprzyjające stosowaniu przemocy seksualnej, np. o przekornej masochistycznej naturze kobiet, o często ujawnianych przez nie marzeniach i potrzebie bycia zgwałconą.
- Przemoc seksualna, jakkolwiek jest spotykana we wszystkich środowiskach, to jednak w większym zakresie występuje w niższych warstwach społecznych, u ludzi z niższym poziomem wykształcenia i dochodów.
- Niektóre kultury sprzyjają stosowaniu przemocy seksualnej (np. kult macho w krajach Ameryki Łacińskiej, niektóre społeczności prymitywne), a inne ujawniają wobec nich krytyczne postawy (np. Indie, Europa chrześcijańska).
- Zakres przemocy seksualnej nasila się podczas wojen, napięć społecznych, pogorszenia warunków życia i zagrożeń społecznych.

215

Pornografia (tzw. twarda) sprzyja rozpowszechnianiu przemocy seksualnej w następstwie przedstawiania scen brutalnych. Szczegół niebezpieczny jest wpływ pornografii na dzieci i dojrzewającą młodzież. Okazało się też, iż w porównaniu z grupą kontrolną sprawcy przemocy seksualnej o wiele częściej mają kontakt z pornografią. Wielu z nich przyznało, iż pornografia dopingowała ich do zachowań seksualnych o typie przemocy i dostarczała pomysłów. Szczególnie silny wpfy^ pornografii odnotowano u pedofilów.

Przemocy seksualnej sprzyjają brutalne sceny upowszechniane w środkach masowego przekazu, szczególnie w TV.

Wybrane wyniki badań

- Wysoka temperatura sprzyja zachowaniom agresywnym, np. w USA najwięcej brutalnych przestępstw popełnianych jest w stanach, w których lato jest długie i gorące.
- Im większe stłoczenie populacji, tym więcej agresji. Stwierdzono to również u zwierząt.
- Agresji sprzyja zmiana klimatu, np. sirocco, halny.
- U zwierząt, które pozbawione są genu odpowiedzialnego za wytwarzanie tlenu azotu, poziom agresji jest wyższy.
- Najbardziej podatni na uczenie się agresji z TV są chłopcy w wieku 6-10 lat, a następnie w wieku dojrzewania.
- Zachowania przestępcze z zastosowaniem przemocy ujawnia mała część populacji i tak np. badanie przez 27 lat 10000 mężczyzn urodzonych w Filadelfii w 1945 roku ujawniło, że 6% z nich popełniło 73% zgwałceń, 69% uszkodzeń ciała, a 71% zabójstw.
- Lista czynników ryzyka przestępczości obejmuje (wg kolejności): narkomanię, patologię rodzinną, kontakt z patologiczną grupą rówieśniczą, słabe wyniki w nauce, rozpad rodziny, ubóstwo, alkoholizm w rodzinie, oglądanie aktów przemocy.

OSOBOWOŚĆ SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW SEKSUALNYCH

Dokładna analiza osobowości sprawców różnych przestępstw seksualnych zostanie przedstawiona w dalszych rozdziałach. W tym rozdziale zostaną omówione ogólne cechy osobowości i rozpoznania u sprawców przestępstw seksualnych.

216

NIELETNI SPRAWCY

Obniża się granica wieku oskarżanych o popełnienie przestępstw seksualnych. Przed kilkoma laty głośna była w mass mediach sprawa 6-letniego chłopca oskarżonego w USA o seksualne molestowanie. Johnson (1988) i Cantwell (1988) ostrzegają, że bagatelizuje się problem bardzo młodych napastników seksualnych. Zgodnie z kryteriami SPARK (Międzynarodowego programu Wsparcia dla Dzieci Reagujących na Urazy) dziećmi-sprawcami są te, które zachowywały się w sposób seksualny wobec innego dziecka, "stosowały wobec innego dziecka przymus, w biografii dziecka występował wzorzec otwartych zachowań seksualnych (Johnson 1988). Okami (1994) uważa, że zgodnie z tego typu kryteriami za przemoc seksualną mogą być uznane typowe zachowania seksualne w wieku dziecięcym. Przyczyną tak dalece rygorystycznej postawy wobec seksualności dzieci stały się względy moralne, poglądy konserwatywnych specjalistów edukacji seksualnej, rosnące zainteresowanie negatywnymi aspektami seksualności, zaistnienie zorganizowanych interesów ludzi czerpiących materialne korzyści z obecności tego tematu w świadomości społecznej, zamaskowana kruczata moralna. Zdaniem Rubina (1986) i Willisa (1988) do upowszechniania się tej postawy przyczynia się „negatywizm seksualny” u walczących z pornografią, utożsamiających typowe zachowania seksualne nieletnich z następstwami oddziaływania pornografii. Okami (1994) uważa, że historyczne podejście do dziecięcych zachowań seksualnych nasila ten niedobry trend. Należy zatem z dużą dozą ostrożności traktować pojęcie dziecka w roli napastnika seksualnego. Nie ma natomiast tego typu kontrowersji w przypadku sprawców ^

przestępstw seksualnych będących w wieku dojrzewania (adolescentów). W USA są oni sprawcami 20% ogółu zgwałceń i 30-50% seksualnego wykorzystywania dzieci, a połowa sprawców dorosłych zaczęła ujawniać zachowania przestępcze w okresie dojrzewania.

Jessor (1993) nieletnich sprawców przemocy seksualnej określa terminem „syndrom deviant behavior” i do charakterystycznych cech tego zespołu zalicza 10 cech:

poczucie mniejszej wartości w roli męskiej,
niska samoocena,
lęk wobec kobiet,
zaburzone relacje interpersonalne,
nietypowe fantazje erotyczne,
wysoki poziom lęku,
negatywne relacje z matkami,
wczesna inicjacja seksualna,
uzależnienia,
promiskuityzm.

217

Zdaniem autorki są trzy warianty przyszłości nieletnich, dewiantów- kontynuowanie patologicznych zachowań, zmiana ich kierunku, pozytywne transformacja [niekonwencjonalność, asertywność, kreatywność].

Roseñthal (1991) stwierdza, że większość nieletnich sprawców doświadczyła seksualnej przemocy w dzieciństwie („przemoc rodzi przemoc” a w 75% przypadków ich ofiarami są młodsze dzieci, głównie dziewczynki. Skutkiem takich zachowań był gwałt (lub usiłowanie gwałtu) na 52% studentów w Nowej Zelandii, 25% w USA i 23 % w Anglii.

Z analizy piśmiennictwa wynika, że przyczyną przestępstw seksualnych popełnianych przez nieletnich mogą być te same, przyczyny biopsychosocjalne co u dorosłych sprawców, a szczególne znaczenie mają następujące czynniki: patologia środowiska rodzinnego, nadmierna asceza w okresie wczesnego dojrzewania, zaburzenia identyfikacji z płcią, zaburzenia osobowości, choroby psychiczne, zaburzenia preferencji seksualnych, uzależnienia.

Nemecek (1998) stwierdza, że w USA młodzież została dotknięta falą przemocy, a przyczyną tego zjawiska jest pokazywanie przemocy w TV i kultura przemocy dorosłych.

DOROŚLI SPRAWCY

Z analizy bogatego piśmiennictwa wynika, że do rozpowszechnienia przestępczości seksualnej prowadzą następujące czynniki:

- negatywne doświadczenia z okresu dzieciństwa, np. patologia rodzinna, doznanie przemocy seksualnej, kontakty kazirodcze, wrogość między członkami rodziny, częste stosowanie agresji we wzajemnych relacjach,
- cechy osobowości agresywno-impulsywnej,
- stesy, np. przeżywanie agresji między rodzicami, odrzucenie w roli partnera seksualnego, ośmieszenie i lekceważenie przez osoby płci odmiennej, izolowanie ze strony rówieśników,
- alkohol,
- nieudane relacje małżeńskie, niepowodzenia w życiu seksualnym
- fantazje i marzenia erotyczne pełne przemocy seksualnej,
- cechy dewiacyjne o charakterze seksualnym, które mogą być zaspokajane w przypadku użycia przemocy seksualnej (np. pedofilia),

- potrzeba uzyskania gratyfikacji seksualnej bez wysiłku i natychmiast,
- cechy wrogości, lęku, zagrożenia wobec osób płci odmiernej.

Niektóre z badań poświęconych predyspozycjom przemocy seksualnej budzą podziw swą dokładnością i wieloletnim obserwacjom.

218

Farrington z Instytutu Kryminologii w Cambridge w Anglii przeprowadził badania 411 mężczyzn z Londynu w wieku od 8 do 32 lat. Okazało się, że do szczególnych czynników wpływających na rozwój predyspozycji do stosowania przemocy w wieku dojrzewania i dojrzałym należą: deprawacja ekonomiczna, przestępczość w rodzinie, wagarowanie, złe wyniki i niepowodzenia nauczycielskie, impulsywność, nadpobudliwość i cechy społeczne ujawniane już w wieku szkolnym.

Istnieją również badania stwierdzające mechanizm błędnego koła w rozwoju przemocy seksualnej i nieprawidłowych cech osobowości. Doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie może ukierunkować rozwój osobowości w kierunku cech nieprawidłowych, a te z kolei sprzyjają stosowaniu przemocy seksualnej.

Rubin i Stiffman, badacze z USA, stwierdzili np., że na 291 młodocianych 0 nieprawidłowych cechach osobowości, którzy uciekali z domu, wagarowali, aż 41 przeżyło przemoc seksualną w dzieciństwie i to doświadczenie w znacznym stopniu ukierunkowało zarówno rozwój ich osobowości, jak i stosowanie wobec innych przemocy seksualnej.

Istnieją również powiązania między osobowością, przemocą a ukierunkowaniem rozwoju orientacji seksualnej.

Seksuolog Harry z Illinois wykazał, że negatywne relacje chłopców z ojcami, doświadczenie agresji ze strony ojców i cechy kobiece w dzieciństwie mogą sprzyjać doświadczeniu na sobie przemocy seksualnej ze strony obcych osób, a z kolei to doświadczenie inicjuje rozwój orientacji homoseksualnej w okresie dojrzewania.

Jak wynika z cytowanych wyników badań, powiązania między czynnikami rozwoju osobowości, orientacji psychoseksualnej a przemocą seksualną są bardzo złożone i głębokie, a często sięgają wczesnych lat życia.

W „Der Spiegel” z 12 sierpnia 1991 roku opublikowano artykuł poświęcony relacjom seksualnym matek z synami. Stwierdza się w nim, iż ten typ kazirodztwa należy do ostatnich tabu seksualnych. Terapeuci dowiadawali się o tego rodzaju kontaktach od pacjentów, często dopiero ujawniających to w badaniach projekcyjnych. Matki z reguły nie demonstrują tego rodzaju zachowań wobec synów. Ocenia się, że około 25% czynów kazirodczych ujawnionych w 1990 roku we Frankfurcie zostało popełnionych przez matki. Badacze z USA zajmujący się tą formą relacji seksualnych stwierdzają, że obejmuje ona trzy fazy. W pierwszej matka i syn śpią i kąpią się razem. Jakkolwiek nie ma seksualnych kontaktów, jest to również niebezpieczna faza, zwłaszcza w przypadku dorastających synów. W drugiej fazie matka podnieca syna, ale nie dopuszcza do niczego więcej. W trzeciej fazie dochodzi do kontaktów seksualnych.

Następstwa tych kontaktów bywają różne. Wielu mężczyzn kryje w sobie głębokie poczucie winy. Inni lękają się współżycia z kobietami, a u niektórych

219 rozwija się agresja wobec kobiet. Naukowcy z Oklahomy stwierdzili, że : mężczyzn z takimi doświadczeniami miało problemy seksualne, 88% cierpiało na depresję, a 63% stało się narkomanami.

Badania osobowości sprawców przestępstw seksualnych opierają się na

wynikach badań biologicznych, psychologicznych, psychiatrycznych i seksuologicznych. I tak np. Aigner (1997) na podstawie badania 35 mężczyzn (przestępców seksualnych) rezonansem magnetycznym mózgu rozpoznał zmiany patologiczne u 4 z 9 pedofilów, 9 z 11 sadystów, 14 z 21 agresorów seksualnych. Eher (1997) na podstawie badania 53 przestępców u większości z nich stwierdził wysoki poziom zaburzonych relacji interpersonalnych. W ostatnich latach coraz częściej autorzy sugerują, że u sprawców przestępstw seksualnych istnieje osobowość wielokrotna.

Na podstawie analizy piśmiennictwa i własnych badań Dwyer i Amberson (1981) opracowali profil osobowości przestępcy seksualnego.

Dzieciństwo i młodość:

doznanie urazu seksualnego,
zespół braku ojca,
wykorzystanie seksualne,
nadopiekuńcza matka,
bierność,
niska samoocena, wysoki samokrytycyzm.

Wiek dorosły:

niedojrzałość społeczna,
religijna obsesyjność,
postrzeganie niezgodnych z prawem zachowań seksualnych jako niezależnych od Ja,
cechy dysocjacyjne,
stłumiony gniew,
manipulowanie otoczeniem,
represyjność w zachowaniach,
projekcja.

Klasyfikacja sprawców przestępstw seksualnych (Faulk 1994)

Autor, opierając się na bogatym materiale empirycznym, wyodrębnia następujące typy sprawców przestępstw seksualnych:

- Normalny mężczyzna w nienormalnych okolicznościach:

Przykładem są uczestnicy rytuałów satanistycznych, w których czyn seksualny wiąże się z obrzędowością, a nie z motywacją seksualną.

Podobne zjawisko dotyczy np. niektórych sprawców zgwałceń zbiorowych, dokonujących zgwałceń nie w celu zaspokojenia potrzeby seksualnej, lecz z konformizmu.

220

- Tłumiący podniecenie seksualne:

Typowym przykładem są osoby dokonujące zgwałceń swojej sympatii czy żony z różnych przyczyn nie wyrażających zgody na kontakt seksualny.

- Dewianci seksualni (parafilie):

Czyn służy zaspokojeniu dewiacyjnych potrzeb.

- Następstwo zaburzeń psychicznych.
- Opóźnieni w rozwoju umysłowym.
- Osobowość nieprawidłowa.

Z powyższej klasyfikacji wynika, że do terapii seksualnej kwalifikują się sprawcy z grupy 3, czyli dewianci seksualni. W pozostałych przypadkach sprawcy nie wymagają terapii i seksualnej, lecz oddziaływań resocjalizacyjnych i leczenia psychiatrycznego.

Rozpoznanie psychiatryczne i seksuologiczne

Sussman (1978), omawiając wyniki badań innych autorów stwierdza, iż

wśród przestępców seksualnych około 56-81% ma osobowość antysocjalną. W populacji kobiet 25% miało doświadczenia homoseksualne, 60% nadużywało alkoholu, wcześniej rozpoczęło inicjację seksualną, często doświadczało gwałtu na sobie, 70% miało zaburzenia seksualne (najczęściej problemy z identyfikacją własnej roli seksualnej, oziębłość oraz dyspareunię). W „Practitioner” (1967) wysunięta została hipoteza, iż wśród przestępców seksualnych częsty jest kompleks Quasimodo.

Drvota i Student (1975) wskazują, że w populacji przestępców seksualnych dominuje agresywność seksualna, chłód uczuciowy, nadpobudliwość seksualna, a 75% sprawców tych przestępstw jest dotkniętych alkoholizmem. Filipiak (1974) stwierdza, że 40% przestępstw seksualnych zostało popełnionych pod wpływem alkoholu, 65% sprawców nigdzie nie pracowało, 46% z nich to recydywiści, większość pochodzi ze środowiska robotniczego. R- i E. Leśniak (1974) po zbadaniu 77 sprawców przestępstw seksualnych podzielił ich na agresywnych i nieagresywnych. Wśród agresywnych średnia wieku jest najniższa, bez względu na rodzaj popełnionego przestępstwa; częściej są oni introwertykami, działają brutalnie, sadystycznie, przeważnie w nocy, nie znają swych ofiar, są impulsywni i okrutni. Przesłupcy nieagresywni (głównie pedofile) są ekstrawertywni, infantylni, najczęściej znają swoje ofiary, działają w dzień, 65% z nich jest alkoholikami.

Smoczyński (1977) na podstawie 117 orzeczeń sądowo-psychiatrycznych dotyczących sprawców przestępstw seksualnych stwierdza, iż tylko 8 nie miało oburzeń psychicznych, przy czym 54% z nich uznano za poczytalnych.

221

Objawy zespołu psychoorganicznego stwierdzono w 74 przypadkach, Pnc(, moencefalogram 47 badanych był patologiczny, a 60 — prawidłowy.

Student (1979) na podstawie badania 150 przestępców stwierdza, iż u 5i% z nich ujawniały się cechy dewiacyjne, u 21% nie było dewiacji, ale działali pod wpływem alkoholu, a 5 przestępców cechowała duża psychopatia agresywna.

Zverina i Pondelnickova (1979) przedstawiają analizę 264 mężczyzn — „seksualnych agresorów”. Najczęściej byli to mężczyźni młodzi (w wieku poniżej 30 lat — 62%, a powyżej 40 lat — 11,9%). W stanie wolnym pozostawało 56%. Dominowało niskie wykształcenie, przeważnie byli to robotnicy niewykwalifikowani. Interesujące są stwierdzenia autorek, iż 32% mężczyzn z badanej populacji miało wzrost poniżej 169 cm, małą wielkość członka — 14%, przeciętną wielkość — 51,5%. Recydywa przestępstw seksualnych występowała u 40% badanych.

Rozpoznanie psychiatryczne były następujące: psychopatia — 33,7% badanych, dewiacje seksualne — 28%, niedojrzałość socjoseksualna — 10%, alkoholizm — 6%, defekty umysłowe — 4,5%, a objawów psychopatologii nie stwierdzono u 14% badanych. W dokładniejszej analizie psychopatologicznej autorki rozpoznały: niedostosowanie społeczne — 63% badanych, wpływ alkoholu in tempore criminis — 55,6%, cechy wybuchowe — 39%, encefalopatię — 35,9%, dewiacje seksualne — 28,1% oraz różne defekty umysłowe — 24,2% badanych.

Bonheur i Rosner (1981) u większości z 64 sprawców przestępstw seksualnych rozpoznali zaburzenia psychiczne, u niewielu natomiast — organiczne uszkodzenia systemu nerwowego. Graber (1981) twierdzi, że wśród przebadanych przez niego przestępców seksualnych połowa cierpiała na zaburzenia organiczne mózgu. R. i E. Leśniak (1983) wykazali, że 70% przestępców seksualnych (20 oskarżonych o zabójstwa seksualne, 24

— o zgwałcenie, a 38 — o czyny lubieżne z nieletnimi), 82 przebadanych znajdowało się pod wpływem alkoholu w czasie popełniania przestępstwa, a 70% było w przedziale wieku 21-40 lat; 75% — to pracownicy fizyczni, 59% było stanu wolnego, 80% ich matek miało osobowość prawidłową, a 80% badanych negatywnie oceniało ojców, przeważnie mieli wykształcenie podstawowe. Większość badanych przeszła brutalne i wulgarne uświadomienie seksualne. Dewiacje seksualne miało 25%, a gwałcicieli — 50%; 87% zabójców, 79% gwałcicieli i pedofilów — 71% ujawniało nasiloną introwersję.

Leigh (1983) podkreśla, że należy przestępcze zachowania seksualne różnicować z następującymi rozpoznaniem:

- intoksykacje: ostry i przewlekły alkoholizm, narkomania, zatrucia patologiczne,

222

- zaburzenia psychiczne: psychozy, zaburzenia osobowości, problemy małżeńskie i rodzinne, dziecko maltretowane,

- zaburzenia organiczne: upośledzenie umysłowe, ostry zespół mózgowy, padaczka.

Abel i współpracownicy (1987) na podstawie badania 561 osób z rozpoznaniem parafilii stwierdzili, iż np. 50% podglądaczy ujawniało zainteresowania dewiacyjne przed 15 rokiem życia, a 40% pedofilów-kazirodców i 30% gwałcicieli — przed 18 rokiem życia.

Łącznie 53,6% sprawców przemocy seksualnej ujawniało swe dewiacyjne skłonności przed 18 rokiem życia. W tabeli 24 autorzy przedstawiają udział różnych parafilii w przemocy seksualnej.

Dane te dotyczą, rzecz jasna, wyłącznie ujawnionych przypadków przemocy seksualnej. Nie znamy rozmiaru parafilii w przemocy ukrywanej przed areanami sprawiedliwości.

W 67,2% przypadków przemocy seksualnej ofiarami były wyłącznie kobiety, a w 11,9 wyłącznie mężczyźni. 56% sprawców ujawniało przemoc wobec obcych, a 12% w zachowaniach kazirodczych. U wielu sprawców rozpoznano więcej niż jedną parafilię. Z kolei u niektórych sprawców danej przemocy seksualnej rozpoznano różne postacie parafilii i tak np. wśród gwałcicieli dorosłych kobiet: 44% miało cechy heteroseksualnej pedofilii, 20% ekshibicjonizmu, 24% nawiązało kontakty kazirodcze z żeń-

Tabela 24

Udział parafilii w przemocy seksualnej (w odsetkach)

Typ parafilii Akty parafilne Odsetek wszystkich aktów przemocy

Pedofilia (obiekt żeński)	1,8	2,3
Pedofilia (obiekt męski)	14,8	11,8
Pedofilia (kazirodztwo)	5,3	0,2
Zgwałcenia	0,3	0,5
Ekshibicjonizm	24,6	37,3
Oglądactwo	10,0	13,6
Ocieractwo	18,1	28,6
Transseksualizm	1,9	0,0
Petysyzm	2,4	0,1
Sadyzm	1,3	0,1
Masochizm	6,6	0,0
Masturbacja publiczna	2,2	0,9
Zoofilia	1,1	0,9
Urolagnia	0,1	0,2

kimi członkami rodziny, u 18% stwierdzono oglądactwo, u 11% ocieractwo u 10% — sadyzm. Przeprowadzono wiele badań sprawców z cechami parafin! pod kątem ich predyspozycji, zachowań, reaktywności.

Chciałbym zwrócić uwagę na interesujące wyniki badań dotyczące podatności sprawców na autosugestię i hipnobilność. Bliss i Larson (1985) badali 33 sprawców przemocy seksualnej, w tym 18 gwałcicieli, 9 pedofilów 6 kazirodców. Oceniano reakcje seksualne i zainteresowanie marzeniami fantazjami, autohipnozą. U 67% badanych stwierdzono podatność na hipnozę Okazało się również, iż 66% badanych nie miało związków uczuciowych z kobietami, 69% odczuwało negatywne uczucia wobec kobiet, 53% ujawniało osobowość specjalną, 31% uległo przemocy seksualnej w dzieciństwie, a 28% nadużywało alkoholu. Wyniki badań sugerują związek między kryminalnymi zachowaniami a mechanizmami hipnotycznymi. Autohipnozą wiąże się u badanych z poczuciem dystansu wobec ludzi, odrealnieniem, osłabieniem zapamiętywania zdarzeń. Autorzy te mechanizmy autohipnozy tłumaczą oddziaływaniem wczesnej izolacji społecznej, odsuwania się od ludzi, wpływem alkoholu i z problemami seksualnymi i wczesnymi doświadczeniami przemocy seksualnej wobec własnej osoby. Wyniki badań wskazują, że u 2/3 sprawców przemocy seksualnej z cechami parafilii wystąpiło pewne rozkojarzenie podczas popełniania czynu, jak i przed nim. W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań ukierunkowanych na poznanie preferencji seksualnych mających związek z przemocą seksualną. Dotyczy to przede wszystkim pedofilii, sadyzmu, gwałcicielstwa. Ocenia się w tych badaniach reaktywność seksualną mężczyzn na różnego rodzaju bodźce erotyczne przedstawiane w slajdach, filmach i tekstach. Są to bodźce w postaci typowych, dewiacyjnych, z zastosowaniem przemocy, form kontaktów seksualnych. Specjalna aparatura mierzy dokładnie poziom reaktywności seksualnej (głównie reakcję członka). Analizuje się następnie zarówno reaktywność seksualną, jak też poziom kontrolowania przez badaną osobę własnych reakcji.

Barbaree i Marshall (1989) porównywali reakcje osób dopuszczających się przemocy seksualnej wobec dzieci z grupą kontrolną. Wyodrębniono pięć typów reaktywności seksualnej:

- profil „dorosły”, czyli przewaga reaktywności wobec kobiet powyżej 20 roku życia,
- profil „dojrzewanie”, czyli przewaga reaktywności wobec dziewcząt w wieku 13 lat i niewiele więcej,
- profil „niespecyficzny”, czyli reakcje na wszystkie grupy wiekowe,
- profil „dziecko-dorosły”, czyli reakcje na kontakt seksualny osoby powyżej 18 roku życia z dzieckiem poniżej 11 roku życia,
- profil „dziecko”, czyli reakcja na kontakt z dzieckiem poniżej 11 roku życia. Uzyskane wyniki przedstawia tabela 25.

224

25

Tab

Zakres reaktywności seksualnej badanych mężczyzn (w odsetkach)

-----		Sprawcy			
Grupy	Kazirodcy	przemocy	Grupa kontrolna		
		wobec dzieci			
Grupa 1	„dorosły”	40,0	12,5	70,0	
Grupa 2	„dojrzewanie”		15,0	25,0	14,0

Grupa 3 „niespecyficzna”	40,0	15,0	18,0
Grupa 4 „dziecko-dorosły”	5,0	12,0	0,0
Grupa 5 „dziecko”	0,0	35,0	0,0

Widoczne są zatem różnice między badanymi grupami mężczyzn, potwierdzające istnienie preferencji do różnych zachowań seksualnych. Badania mające na celu poznanie preferencji do zgwałceń ujawniły, iż u części badanych mężczyzn są one silnie wyrażane, a u innych mają różny zakres rozpowszechnienia. W zasadzie nie ma ostrej granicy między tymi preferencjami u gwałcicieli i nie-gwałcicieli. Korelują one z istnieniem negatywnych postaw wobec kobiet. Alkohol często uaktywnia istniejące skłonności do gwałtów. Podobne działanie ma twarda pornografia. Z kolei preferencje do nieseksualnej przemocy wobec kobiet rozpoznano w toku badań u 20% gwałcicieli i 10% mężczyzn z grupy kontrolnej.

Istotne jest poznanie przyczyn powstania określonych preferencji seksualnych. Ustalono na podstawie przeprowadzonych badań, że mogą one formować się w następstwie oddziaływania kilku mechanizmów:

- wpływ fantazji i marzeń erotycznych, najczęściej towarzyszących zachowaniom masturbacyjnym,
- wpływ mitów i stereotypów dotyczących potrzeb i oczekiwań drugiej płci: dotyczy to np. przekonania, iż kobiety rzekomo pragną być gwałcone, dziewczynki mają potrzeby seksualne itp.,
- wpływ tzw. twardej pornografii,
- wpływ postaw agresywnych, negatywnych wobec drugiej płci.

Okazało się, iż preferencje seksualne z reguły są wyuczone, nabyte, a nie wrodzone i dziedziczne. Ważny jest również wpływ pierwszego doświadczenia seksualnego o charakterze patologicznym (np. przemoc seksualna wobec dziecka, zgwałcenie kobiety). Może ono zakodować się i utrwalić. Sprzyja też powstaniu lub utrwaleniu danej preferencji. Istniejące u danej osoby dyspozycje seksualne wiążą się z obniżeniem progu wrażliwości na związane z nimi bodźce erotyczne i osłabioną zdolność do samokontroli w tym zakresie. Preferencje seksualne to jednocześnie podatność i wrażliwość na

specyficzne bodźce erotyczne, a także poziom samokontroli wobec tych bodźców.

Przeprowadzono wiele badań ukierunkowanych na poznanie zasięgu preferencji o typie agresji seksualnej w populacji mężczyzn. Dla przykładu podam wyniki uzyskane przez Kossa i Dinero (1988) na podstawie badania 6159 studentów z 32 uczelni w USA. W badanej populacji było 9% kawalerów, 9% żonatych, 1% rozwiedzionych; 86% białych, 6% Murzynów, 4% Azjatów, 3% hiszpańskojęzycznych, 40% katolików, 34% protestantów, 5% wyznania mojżeszowego i 22% innych wyznań. Podczas badań użyto wiele testów i technik laboratoryjnych. Wyodrębniono pięć grup badanych i porównywano te grupy z ujawnianymi praktycznie zachowaniami seksualnymi. Wyniki badań przedstawia tabela 26.

Tabela 26

Klasyfikacja seksualnej agresywności mężczyzn (w odsetkach)

Formy agresji	Seksualnie nieagresywni	Typowe kontakty seksualne	Kontakty wymuszone
	Zgwałcenia		

Nieagresywni seksualnie	Mający typowe kontakty	Wymuszający kontakty	Pragnący gwałtu	Mający zgwałcenia w życiu
53,0	30,0	18,0	15,0	16,0
24,0	23,0	10,0	17,0	21,0
				23,0
				36,0

Przeprowadzone badania wykazały, iż mężczyźni z preferencjami do

przemocy seksualnej mieli wyższy poziom agresji, wcześniejsze doświadczenia seksualne i doświadczali w dzieciństwie przemocy wobec kobiet. Częściej też w swoim życiu seksualnym wymuszali stosunki, dokonywali gwałtów, nadużywali alkoholu, oglądali twardą pornografię. Jak więc widać, preferencje seksualne wpływają na formy kontaktów seksualnych w znaczącej części badanej populacji.

Maletzky (1995) na podstawie badania 5000 przestępców seksualnych stwierdził, że 45% z nich było żonatych, 21% rozwiedzionych, a 12% to kohabitanci. Podział według wieku przedstawiał się następująco: 10-19 lat — 7%, 20-29 lat — 27%, 30-39 lat — 26%, 40-49 lat — 15%, 50-59 lat — 16%, 60-69 lat — 7% i powyżej 70 lat — 2%.

Autor badanych rozpoznał następujące zaburzenia preferencji seksualnych:

- pedofilia heteroseksualna — 57,3% >
- pedofilia homoseksualna — 17,1% ,

226

- ekshibicjonizm — 15,4%,
- publiczna masturbacja — 1,5%,
- podgladactwo — 1,4%,
- ocieractwo — 1,2%,
- transwestytyzm — 1,2%,
- fetyszyzm — 0,6%,
- skatologia telefoniczna — 0,5%,
- sadomasochizm — 0,5%,
- zoofilia — 0,4%.

Weiss i Zimanova (1995) na podstawie badania 53 przestępców seksualnych z zaburzeniami preferencji seksualnych, porównywanych z 53 przestępcami, którzy nie mają takich cech stwierdzają, że za typowe dla przestępców z zaburzeniami preferencji seksualnych można uznać następujące cechy: zaburzony rozwój psychoseksualny powiązany z zahamowaniami w sferze kontaktów heteroseksualnych oraz stosunkowo późnymi kontaktami seksualnymi, wczesne rozpoczęcie aktywności dewiacyjnej, powtarzalność przestępczych zachowań seksualnych, powtarzanie tych samych przestępstw seksualnych, u większości normalna struktura osobowości, lepsze dostosowanie społeczne i lepsze związki partnerskie niż u przestępców niedewiacyjnych. U przestępców z zaburzeniami preferencji seksualnych defekt dotyczy głównie motywacji seksualnej oraz sfery socjalizacji seksualnej.

Analiza 166 mężczyzn sprawców przestępstw seksualnych (Lew-Starowicz)

Oskarżenia:

- zgwałcenie (19,6% ze szczególnym okrucieństwem) — 68,8%,
- kazirodztwo — 7,2%,
- czyny lubieżne wobec nieletnich — 23,2%.

Ofiary:

- dorosłe kobiety (10,8% kobiety powyżej 70 r.) — 55,4%,
- dziewczynki — 33,7%,
- chłopcy — 10,9%,
- członkowie rodziny (23; 10 — córki, 3 — pasierbice, 5 — matki, siostra, teściowa, szwagierka) — 27,7%.

Sprawcy:

Wiek

9,6% do 21 roku,

68,7% 22-40 lat,

227

10,9% 41-50 lat,

4,8% powyżej 50 lat.

Niektóre dane

Wykształcenie podstawowe połowa, 17% — niższe,

Brak zawodu — 45,8%,

Brak stałej pracy — 62,7%,

Stale związki partnerskie — 32,5%,

Prawidłowa rodzina pochodzenia — 30,1%,

Trudności wychowawcze — 57,8%,

Inteligencja przeciętna — 43,4%, wyższa — 18,1%.

Diagnoza psychiatryczna

- Encefalopatia — 41%,
- Osobowość nieprawidłowa — 26,5%,
- Osobowość niedojrzała — 3,6%,
- Głębsze zaburzenia (organiczne, psychozy) — 10,8%.

Rozpoznanie psychiatryczne

- Osobowość nieprawidłowa — 129,
- Osobowość niedojrzała — 71,
- Nadużywanie alkoholu — 49.

Rozpoznanie seksuologiczne

- Heteroseksualna orientacja płciowa — 112,
- Preferencje pedofilne — 39,
- Preferencje ekshibicjonistyczne — 17,
- Inne zaburzenia preferencji seksualnej — 11,
- Hiperlibidemia — 19,
- Zaburzenia identyfikacji z rolą męską — 127.

Charakterystyczne cechy osobowości

- Zaburzenia identyfikacji z rolą męską — 127,
- Niska samoocena — 19,
- Lęki wobec kobiet i seksualności — 148,
- Nietypowe fantazje erotyczne — 109,
- Negatywne relacje z ojcami — 138,
- Negatywne relacje z matkami — 23,
- Wczesny wiek inicjacji seksualnej — 47,
- Uzależnienia (najczęściej od papierosów i alkoholu, rzadko narkotyków) — 153,

228

- Nadmierna asceza seksualna — 67,
- Kontakty homoseksualne (w tym 42 uwiedzionych i wykorzystanych) — 47, „
- Niewyzwolony potencjał męski (agresywność, zawiść wobec mężczyzn, autorytaryzm) — 133.

OFIARY PRZESTĘPSTW SEKSUALNYCH

Dane o następstwach różnych typów przestępstw seksualnych będą dokładniej przedstawione w następnych rozdziałach, tutaj natomiast będą omówione wybrane zagadnienia.

U ofiar przestępstw seksualnych spotyka się różne następstwa: biologiczne (urazy, choroby przenoszone drogą płciową, stany zapalne itd.), ciężę, zaburzenia psychosomatyczne, psychiczne. Bardzo częste są następujące

zaburzenia: bulimia, anoreksja, aleksytymia, zespoły lękowe, depresyjne. W przypadku szczególnie brutalnych i urazowych przestępstw seksualnych u ich ofiar może dojść do rozwoju pourazowego zespołu stresowego, osobowości wielokrotnej.

ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO

Polega na przeżyciu wydarzenia przekraczającego zakres zwykłego ludzkiego doświadczenia.

Typowe objawy:

- nawracające uporczywie przykre wspomnienia wydarzenia, sny wiążące się z urazem,
- uczucia nawracania urazowego wydarzenia; niekiedy towarzyszą temu złudzenia, omamy,
- usiłowanie unikania wspomnień,
- znaczne zmniejszenie zainteresowania ważnymi zadaniami życia codziennego,
- uczucie oddalenia i wyobcowania w relacjach interpersonalnych,
- ograniczenie zakresu uczuć, np. niezdolność do miłości,
- poczucie braku perspektyw w przyszłości,
- bezsenność,
- drażliwość lub wybuchy gniewu,
- trudności w koncentracji uwagi,
- nadmierna czujność,
- występowanie objawów wegetatywnych wiążących się ze wspomnieniami lub z sytuacją urazu.

229

OSOBOWOŚĆ WIELOKROTNA

Według klasyfikacji ICD-10 osobowość wielokrotna należy do zaburzeń dysocjacyjnych (konwersyjnych) i sygnowana jest numerem F44.81. RZa(j)ko spotykana (rozpoznawana?). Istotną cechą jest pojawianie się u jednej osoby dwóch lub więcej osobowości, choć w danej chwili ujawnia się tylko jedna z nich. Każda z osobowości ma charakter odrębny, pełny, z własnymi zachowaniami i preferencjami. Zwykle dominuje jedna osobowość, ale żadna nie ma dostępu do wspomnień i prawie nigdy nie uświadamia sobie istnienia innych osobowości. Przejście od jednej osobowości do drugiej jest nagłe. Częściej występuje u kobiet.

Każda z innych osobowości jest określana nazwą. Typowe osobowości alternatywne to: dziecko, protektor (obrońca), persekutor (często antysocjalna i destrukcyjna), osobowość płci przeciwnej (u kobiet może prowadzić do zachowań lesbijskich), inna żyjąca osoba, nie żyjący członek rodziny.

Tego typu zmiany osobowości wiążą się z różnymi zachowaniami seksualnymi: zaburzeniem identyfikacji płciowej, promiskuityzmem seksualnym, zmianą orientacji seksualnej, transseksualizmem, prostytuowaniem się, zaburzeniami seksualnymi (Ross 1989; Strzelecka 1997).

Osobowość wielokrotna jest problemem w orzecznictwie sądowym i to zarówno w przypadku, kiedy dotyczy sprawców, jak i ofiar przemocy seksualnej. Problemem jest określenie poczytalności, umiejętności rozpoznania przypadków symulacji, wiedzy sprawcy o istnieniu osobowości alternatywnych u jego ofiary. W tym ostatnim przypadku orzeka się winę sprawcy.

ZESPÓŁ SZTOKHOLMSKI

(MIŁOŚĆ DO PRZEŚLADOWCY)

Historie kobiet, które zakochiwały się w swych prześladowcach (w gwałcicielach, porywaczach) znane są w dziejach wielu kultur, zdarzały się w przeszłości, spotyka się je również teraz. Kobiety mające romantyczną wizję życia tłumaczą takie przypadki możliwością zakochania się od pierwszego wejrzenia. A to, że osoba mężczyzny i forma zawarcia znajomości wydaje się raczej dziwna, kwitują znaną sentencją „miłość nie wybiera” itp. Z kolei feministki reagują agresywnie na tego rodzaju interpretacje i twierdzą, że zakochanie się w swym prześladowcy to skrajny wyraz męskiego szowinizmu i najwidoczniej kobieta od dzieciństwa była wychowywana w takim duchu, podświadomie przygotowując się do bycia w roli

230
jevolnicy. Postrzegają taką kobietę jako ofiarę mężczyzn, a prześladowca est jedynie jednym z nich w jej życiu.

Interpretacje mężczyzn są odmienne. Jedni widzą w tym archetyp traktowania kobiety przez mężczyznę jako własność, rzecz. Kobieta zdobyta (w sensie seksualnym) przez mężczyznę staje się jego własnością i ona sama też ma tego świadomość. Jako dowód przytacza się obyczaje wielu kultur, w których akt porwania lub zmuszenia kobiety do współżycia automatycznie prowadził do uznania jego prawa do niej. Musiała z tym pogodzić się rodzina danej kobiety, a ona sama mogła zakochać się w takim mężczyźnie, mogło to bowiem być jedynym rozwiązaniem dla niej. Odrzucenie prześladowcy bynajmniej nie pozbawiało go prawa własności do niej, a jeżeli nawet udało się jej uwolnić od jego osoby, to z kolei dla innych mężczyzn była w pewnym sensie tabu i traciła na atrakcyjności. Szansę związania się z innym mężczyzną były bliskie zeru. Nie zmienia to faktu, że niektóre kobiety chciały być porwane i zniewolone seksualnie lub niektórzy mężczyźni świadomie to czynili, ponieważ dla jednych, jak i dla drugich mogło to być jedyną szansą związania się z ukochaną osobą.

Zakochanie się kobiety w swym prześladowcy uzasadniano również w pojęciach naukowych. Dzięki wiedeńskiemu psychiatrze Richardowi von Krafft-Ebingowi zaczął upowszechniać się pogląd, iż kobiety są z natury masochistkami. Rozwinięcie tej koncepcji zawdzięczamy Freudowi i innym psychoanalitikom. Kobiecie przypisywano w psychoanalizie nie tylko masochizm, ale i bierność oraz narcyzm. Niektóre twierdzenia psychoanalitików obecnie, w procesie tak szerokich emancypacyjnych przeobrażeń i ruchów feministycznych, mogą wydawać się zgoła szokujące i tak np. Maria Bonaparte w monografii wydanej w 1953 roku twierdziła, że nawet moment poczęcia ma charakter masochistyczny, gdyż komórka jajowa ulega wówczas zranieniu, a sam stosunek seksualny per se jest aktem masochistycznym, ponieważ kobieta doznaje bicia przez członka i ceni sobie przecież tego gwałtowność. Czyż w świetle tego typu poglądów zakochanie się kobiety w swym prześladowcy może dziwić? Z tych względów upowszechniły się różnego rodzaju stereotypy na temat kobiet, które pokutują do dnia dzisiejszego, np.: „kobieta pragnie być zgwałcona”, „kobiety nie można zgwałcić, jeżeli ona sama tego nie będzie chciała”. Odwołują się do tych stereotypów sami prześladowcy w sytuacji, kiedy zajmuje się nimi wymiar sprawiedliwości, a zresztą i policja w wielu krajach okazuje nadmierną nieufność wobec oskarżeń o porwanie i zgwałcenie. Również pozornie trafne potwierdzenie tych stereotypów dostarcza analiza treści erotycznych marzeń sennych i fantazji na jawie. Wiele kobiet ujawnia sny czy fantazje o byciu gwałconą, niewoloną seksualnie. Czy to nie dowód, że one naprawdę tego chcą? — myśli sobie niejeden mężczyzna. W najnowszych koncepcjach psychoanalitików,

a także innych szkół psychoterapeutycznych, podważa się tego rodzaju

231

stereotypy, i pogląd, że kobiety są z natury masochistkami, jest obecnie odrzucany.

No dobrze, ale jak wyjaśnić niewątpliwe fakty zakochiwania się kobiet w swych prześladowcach? Wprawdzie problem dotyczy niewielu osób, ai jednak jest. Obecnie wprowadzono nowy termin — sztokholmski zespół oznaczający przywiązanie się ofiary do prześladowcy. Nazwa pochodzi od wydarzenia, które rozegrało się w Sztokholmie, gdzie przetrzymywana przez kilka dni w roli zakładniczki Brygida Lundbland bezpośrednio n0 uwolnieniu zaczęła odwiedzać w więzieniu odsiadującego wyrok jednego ze sprawców jej porwania. Zgromadzono wiele innych tego typu historii. Okazało się, że zakochaniu się w prześladowcy sprzyja kilka czynników sytuacyjnych: niemożność uniknięcia tej sytuacji, uwolnienia się od tej osoby, poczucie zagrożenia i lęku, które budzi osoba prześladowcy, przejawianie przez sprawcę chociażby nieznacznych przejawów zainteresowania osobą kobiety. Jak badacze interpretują mechanizmy, przyczyny prowadzące do zakochania się kobiety w swoim prześladowcy? Otóż stawiane są następujące hipotezy:

- Możliwe jest zakochanie się w danej osobie ze względu na jej szczególną atrakcyjność w oczach kobiety.

Atrakcyjność ta może wiązać się nie tylko z aparycją, ale dotyczyć innych jego cech, np. bycia silnym, zdobywczym mężczyzną. Może to mieć znaczenie w sytuacji, kiedy taki model „prawdziwego mężczyzny” jest wysoko ceniony przez daną kobietę, a jej dotychczasowe doświadczenia wiązały się z mężczyznami „mięczakowatymi”, mało męskimi.

- Przeniesienie na osobę sprawcy i sytuację wcześniejszych uwarunkowań.

Mogą one na przykład wiązać się z doświadczeniem na sobie w dzieciństwie przemocy seksualnej ze strony akceptowanej uczuciowo osoby (członka rodziny, obcej osoby). Prześladowca staje się zatem archetypem osoby z przeszłości.

- Poczucie stania się własnością i przynależności do prześladowcy.

Przypomina mi się tu historia pięknej dziewczyny, dziewicy, która z narzeczoną i z rodzicami wyjechała na wczasy do Jugosławii-Towarzystwo bawiło się świetnie, popiło, a dziewczyna samotnie snuła się po plaży późnym wieczorem. Mile polechtana przejawami adoracji ze strony nader przystojnego Greka i będąc naprawdę naiwną zgodziła się pokazać mu w swym pokoju hotelowym rysunki, # które otrzymała prestiżową nagrodę. Chciała zaimponować. Uznała, że

232

jeżeli wszyscy przebywają w tym samym hotelu, a bliskie jej osoby siedzą na tarasie hotelowym, to przecież jest bezpieczna. Po zamknięciu drzwi miły i szarmancki Grek przeobraził się nagle w inną osobę i dziewczyna została przez niego zgwałcona. Bezpośrednio po zajściu ponownie starał się być miły i szarmancki. Sprawa zakończyła się oskarżeniem o gwałt, a bohaterka tej historii po powrocie do kraju uznała, że bardziej należy do Greka niż do swego narzeczonego. Ostatecznie związała się ze swym prześladowcą. Dodam, że w tym akurat przypadku małżeństwo to okazało się szczęśliwe i po 5 latach wróciła do domu.

- Niespodziewanie pozytywne doznania seksualne.

Jako przykład podam historię, która wydarzyła się w Warszawie. Zamężna tłumaczka, która oceniała swoje małżeństwo jako udane (również w sensie seksualnym) została zgwałcona przez osobę, którą odwiedziła w hotelu. Dodajmy, że opiekowała się nią służbowo i przyszła, aby wspólnie udać się na konferencję. Doszło do zgwałcenia, przed którym nie udało się jej obronić i doznała urażeń ciała. Wymuszony i niechciany początkowo stosunek dostarczył jej bardzo dużo nieoczekiwanych doznań i przeżyć. Pierwszy raz w życiu odczuwała jako niezwykle podniecające silne ruchy frykcyjne i w końcu przeżyła orgazm o niespodziewanej sile. Nie tylko nie oskarżyła swego oprawcy, ale zakochała się w nim. Romans z nim (ukryty) trwał około dwóch lat, ale w końcu brak perspektyw bycia razem doprowadził do rozstania. Nikt poza terapeutą nie znał tej historii. Pani Anna zgłosiła się z prośbą o uwolnienie jej od poczucia silnego przywiązania do ekspartnera i zaradzenie w niezaspokojonych potrzebach przeżywania tak ekscytującego seksu.

- Potrzeba bycia ukaraną.

W przypadku Marii P. dominujące poczucie winy wynikające z udawania przed mężem przeżywania orgazmu i ukrywania serii romansów wpłynęło na ocenę przeżytego zgwałcenia jako należnej jej „kary”, a zakochanie się w osobie prześladowcy wyrażało motyw potrzeby „odpokutowania win”. Poza tym dochodziły jeszcze do głosu skomplikowane meandry jej systemu wartości.

- Zdaniem niektórych badaczy w sytuacji doznawanej przemocy dochodzi u kobiety do urazowego infantylizmu, paraliżu uczuć, a przejawy „ludzkiej reakcji” ze strony prześladowcy zaczynają sprzyjać powstaniu oswojenia się z jego osobą i „wdzięczności” za to, że nie doszło do zagrożenia życia.

233

Poczucie bezradności, depresji, niskiej samooceny sprzyjają zdaniu się na sprawcę i w ten sposób może dojść do urazowego przywiązania uczuciowego pewnej symbiotycznej więzi, szczególnie wtedy, kiedy prześladowca (i zachowań agresywnych przechodzi do przejawiania czułości i poczucia winy opiekowania się ofiarą. W takiej sytuacji może dojść do nietypowego osobliwego związku uczuciowego.

Jak widać — geneza zespołu sztokholmskiego może być różna. Zachowanie kobiety może być dla otoczenia, jak i dla wymiaru sprawiedliwości niepojęte i niezrozumiałe. Aby to wytłumaczyć, sięga się do przebrzmiały[^] teorii masochizmu kobiecego, „tajemniczej i pełnej niespodzianek psychiki kobiet”. Odbija się to zresztą i na postawach wobec danej kobiety. Gdy była w roli ofiary — cieszyła się współczuciem i szacunkiem. Zakochując się w prześladowcy — traci jedno i drugie.

NIEKTÓRE TYPY PRZESTĘPSTW

SEKSUALNYCH

WYKORZYSTYWANIE SEKSUALNE DZIECI

Zachowania seksualne wobec dzieci spotykamy w wielu kulturach i okresach historii.

Najczęściej obejmowały one następujące formy:

- rytualna przemoc seksualna (np. w sektach gnostyckich, satanistycznych),
- dewiacyjne zachowania seksualne (np. pedofilia, ekshibicjonizm),

- relacje kazirodcze; mogą one wiązać się z motywami dewiacyjnymi. a także z różnymi formami patologii wewnątrzrodzinnej,
- pozaseksualnie motywowane zachowania agresywne (np. deflorowanie córki wroga, wyrażanie zemsty wobec klanu, rodu),
- obyczajowo akceptowane zachowania seksualne wobec dzieci (np w niektórych kulturach Nowej Gwinei i Wysp Oceanii praktykowane są kontakty oralne z chłopcami przez dorosłych mężczyzn).

Powyższe formy zachowań były powszechnie znane i opisywane w piśmiennictwie medycznym, antropologicznym itd. Dopiero od 1962 roku, kiedy Kempe opisał zespół maltretowanego dziecka, zaczęły mnożyć się publikacje w których przedstawiano różne postacie zachowań seksualnych wobec dzieci; Okazało się wówczas, że zakres tego zjawiska jest znacznie szerszy

234

niż

sądono. Dotąd trwają spory między specjalistami, czy mamy obecnie do czynienia z rzeczywiście rosnącą falą przemocy seksualnej, czy też z większym ujawnianiem zachowań, które były ukrywane z różnych przyczyn.

Dotąd nie ma ujednoczonego nazewnictwa, co również utrudnia ocenę skali zjawiska i jego klasyfikację. Mówi się np. o nadużyciach seksualnych, maltretowaniu, przemocy, uwiedzeniu, czynach nierządnych itp.

Definicje

Obecnie najczęściej spotykany w piśmiennictwie anglojęzycznym jest termin „child sexual abuse”, który wg Światowej Organizacji Zdrowia (1986) oznacza nadużywanie dziecka dla uzyskiwania przyjemności seksualnej przez osoby starsze i dorosłe. W tej definicji brak określenia przemocy seksualnej ujawnianej przez dzieci wobec dzieci. Ten termin dla jednych oznacza przemoc seksualną, a dla innych zachowanie seksualne wobec dziecka, co z natury rzeczy oznacza nadużycie. O ile grupa autorów rozważa subtelne różnice między pojęciami przemoc, nadużycie, maltretowanie, zachowanie seksualne wobec dziecka itp., o tyle inni badacze bardziej koncentrują się na formach kontaktów seksualnych z dziećmi. I tak np/Fracoeur (1991) definiuje child sexual abuse jako molestowanie seksualne, polegające na ekshibicjonizmie, pieszczeni narządów płciowych, praktykach oralnych, analnych lub waginalnych.

Według Wakefield (1994) bardziej umiarkowana definicja przemocy seksualnej wobec dziecka brzmiałaby: „oddziaływanie fizyczne natury seksualnej dorosłego lub starszej, dojrzałej osoby postrzegane przez dziecko lub retrospektywnie przez formalnie dorosłego jako niechciane lub nieprzyjemne lub. innymi słowy, molestujące”. Na podstawie takiej definicji, orientacyjny odsetek dzieci doświadczających przemocy seksualnej mieściłby się między 8 a 13% w badaniach na próbach społecznych (Badgley 1984; Finkelhor 1984; Kercher & McShane 1984; Kilpatrick 1992; Murphy 1992), jak i na próbach uniwersyteckich (Briere & Runtz 1988; Fritz et al. 1981; Haugaard & Emery 1989; Reed & Kenning 1987).

Rozpowszechnienie

W piśmiennictwie prezentowane są różne dane o zakresie zjawiska wykorzystywania seksualnego nieletnich. Najdokładniejsze pochodzą z USA, Holandii, Anglii i krajów skandynawskich. Są one przedstawione w tabeli 27.

Dane z Polski, oparte na badaniu reprezentatywnej populacji z 1992 r. (ew-Starowicz 1992), są przedstawione w poniższych tabelach.

Kontakt z zachowaniem ekshibicjonistycznym miało w dzieciństwie

6-5% kobiet i 4,9% mężczyzn.

235

Tabela 27

Dane (w %) z USA, Holandii, Anglii i krajów skandynawskich o wykorzystywaniu seksualnym nieletnich

Tabela 29

Formy kontaktów seksualnych u badanych wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie (dane w odsetkach)

Autor	Rok	Dziewczęta	Chłopcy	Razem
Kelly	1985	21	7	
Hali	1985	21		
Risin, Koss	1987		7,3	
Finkelhor	1988	27	16	
NICCAN (USA)	1988	25	19	
Tuckman	1989	25	20	
Bifulco	1990	8,7		
Finkelhor	1990	27	16	21,5
Erikson	1991		15	
Kaiser	1992		32,3	
Moeller	1993	19,8		
Mullen	1994	32		

Najbardziej dokładne dane (w %), oparte na reprezentatywnych badaniach przeprowadzonych w 20 krajach podaje Finkelhor (1994, 1996):

Kraj	Dziewczęta	Chłopcy	Kraj	Dziewczęta	Chłopcy	
Austria	36	19	Kanada	18	8	
RPA	34	29	Grecja	16	6	
Holandia	33	-	Dania	14	7	
Kostaryka	32	13	Wielka Brytania	12	8	
Nowa Zelandia		32	-	Szwajcaria	11	3
Australia	28	9	Niemcy	10	4	
USA	27	16	Szwecja	9	3	
Hiszpania	23	15	Francja	8	5	
Norwegia	19	9	Irlandia	7	5	
Belgia	19	-	Finlandia	7	4	

Tabela 28

Zakres przemocy seksualnej wobec dzieci w Polsce (dane w %)

Wyszczególnienie	Kobiety	Mężczyźni
Kontakt seksualny z rodzicami	2,5	0,8
Kontakt seksualny z rodzeństwem	2,4	2,5
Kontakt seksualny z innymi członkami rodziny	3,3	1,9
Kontakt seksualny z osobami obcymi	7,5	17,5
Zgwałcenie	3,9	

236

Wyszczególnienie	Kobiety	Mężczyźni	
Potykanie narządów płciowych		37,3	60,1
Seks oralny	14,1	18,1	
Stosunki międzyudowe		16,5	26,3
penetracja waginalna		17,5	
Seks analny		28,5	

Podobne dane przedstawiają specjaliści z innych ośrodków, np. z Zakładu Seksuologii CMKP w Warszawie. Z uzyskanych informacji jednoznacznie wynika, że zjawisko przemocy seksualnej wobec dzieci ma w Polsce szeroki

zakres. Trudno natomiast mówić o jego narastaniu, skoro odsetek osób ujawniających tego typu doświadczenia w dzieciństwie jest podobny w różnych grupach wieku. Niewątpliwie jest to zjawisko coraz częstsze.

KLASYFIKACJA ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH WOBEC DZIECI

Poniżej przedstawiam klasyfikację autorstwa Kathleen Faller, którą dokładniej omawiam w innej swojej pracy (1992). Wymaga ona pewnych uzupełnień dla ukazania skali problemu. I tak np. z wielu krajów coraz częściej dochodzą sygnały świadczące o rosnącym zjawisku pornografii dziecięcej. W USA w produkcji filmów porno wykorzystywanych jest rocznie 30 000 dzieci, a w samym tylko Los Angeles 3000 dzieci do 14 roku życia. Również narasta problem prostytucji dziecięcej, głównie w krajach Azji i temu zjawisku była poświęcona międzynarodowa konferencja w Manili w 1993 roku. Prostytucja dziecięca wiąże się z tzw. przemysłem turystycznym i dopiero od niedawna czynione są próby ograniczania tego zjawiska i przeciwdziałania mu. Wielu badaczy, najczęściej ze środowisk feministycznych, do grupy przemocy seksualnej włącza zabiegi genitalne u kobiet. Jakkolwiek mają one obyczajowo-religijny charakter, to jednak prowadzą do okaleczenia, a w następstwie — do wielu zaburzeń (infekcje, patologia seksualna, zaburzenia cyklu miesięczkowego) i zgonów. Oblicza się, że w samej tylko Afryce prawie 100 milionów kobiet poddano tego typu zabiegom, a we Francji, w samym 1993 roku, 25 000.

Innym, bulwersującym zjawiskiem przemocy, jest tzw. przemoc rytualna. Według grupy ekspertów z Los Angeles z 1989 roku, jest to „brutalna forma Przemocy wobec dzieci i adolescentów, obejmująca przemoc fizyczną, seksualną i psychiczną wiążącą się z rytuałami często o satanistycznym

237 charakterze”. W USA dotyczy to około 60 000 dzieci. Finkelhor i Willjail) (1988) stwierdzają, że motywacja do takiej formy przemocy może mieć charakter psychopatologiczny, pseudorytualny i rytualny. Według Youno (1991) sprawcy często sami byli torturowani w dzieciństwie, ujawniają incydenty znęcania się nad zwierzętami i nastąpiła u nich seksualizacja wczesnych impulsów sadystycznych. Następnym tej formy przemocy jest ekstremalny stres, a nawet zgony.

Klasyfikacja child sexual abuse — wg Kathleen Faller — 1988

- Bez kontaktu fizyczne go:
 - rozmowy o treści seksualnej,
 - ekspozycja anatomii i czynności seksualnych,
 - oglądactwo (voyeurizm).
- Pobudzanie intymnych części ciała dziecka:
 - dotykanie ciała dziecka,
 - całowanie intymnych części ciała dziecka,
 - ocieractwo,
 - pobudzanie ręczne narządów płciowych dziecka,
 - zmuszanie dziecka do pobudzania narządów płciowych sprawcy.
- Kontakty oralno-genitalne:
 - lizanie,
 - całowanie,
 - stosunek oralny,
 - cunnilingus (kontakt z pochwą),
 - fellatio (kontakt z członkiem),
 - anilingus (kontakt z odbytem).
- Stosunki udowe:

- Penetracja seksualna:
 - palcem,
 - narzędziem,
 - genitalna,
 - analna.
- Seksualne wyzyskiwanie dzieci:
 - dziecięca pornografia,
 - dziecięca prostytutcja.
- Przemoc seksualna z różnymi formami przemocy:
 - narkotyki,
 - alkohol,
 - urolagnia,
 - defekacja,
 - inne.

CZYNNIKI RYZYKA

Analiza piśmiennictwa pozwala wyłonić zespół czynników, które/śtworzą: a ryzyko doświadczenia przemocy seksualnej li dzieci.

Należą do nich dzieci:

ujawniające duże zainteresowanie sferą seksualną,
 zmysłowe,
 z bierną osobowością,
 wychowujące się w rodzinie z izolacją socjalną,
 niepełnosprawne,
 niechciane,
 adoptowane.

0

Sprawcy przemocy wykorzystują często przejawy zainteresowań i zachowań dzieci, wynikające z rozwoju psychoseksualnego. Z przeprowadzonych badań (Constantine i Martinson 1982; Money 1990) wynika np., że u dzieci zainteresowanie budową genitalną pojawia się w 2-5 roku życia, a ponad 50% chłopców i 16% dziewczynek bierze udział w tzw. zabawach seksualnych. W 4 roku życia mamy do czynienia u dzieci z seksualną eksploracją. W wieku przedszkolnym powszechne bywają fantazje o erotycznym charakterze.

~~ Niektóre dzieci mają wysoki poziom erotyzacji w wyniku następujących uwarunkowań: intensywnych kontaktów dotykowych z członkami rodziny, wlewów doodbytniczych, permissywnego wychowywania^ nudyizmu. Również spontaniczne i niekontrolowane zachowania seksualne między rodzeństwem mogą w 40% przypadków wiązać się z erotyzacją dziecka.

Z różnych badań wynika, że w wieku 9 - 12 lat w kontaktach seksualnych między rodzeństwem w 24% przypadków dochodzi do ekspozycji genitalnej, w 60% do dotyków i seksu oralnego, a w 15% do stosunków seksualnych. Część dzieci z tego typu doświadczeniami jest wykorzystywanych seksualnie przez dorosłych.

Chruszczewski (1998) na podstawie analizy piśmiennictwa podaje, że grupą większego ryzyka są: dziewczęta, dzieci w wieku preadolescencji, dzieci z małą liczbą przyjaciół, wychowujące się bez naturalnej matki lub °ica, „dalekie" emocjonalnie od matek, z rodzin bez dobrych relacji Mfedzy rodzicami, mające ojczyma: Status socjalnoekonomiczny jest bez znaczenia.

238

239

NASTĘPSTWA

/ Typ i zakres następstw Seksualnego wykorzystania w dzieciństwie determinują następujące czynniki (Harasim 1999):/bkres trwania przemocy, rodzaj przemocy i reakcja na przemoc.

il

Tabela 30

Objawy wiążące się z wykorzystywaniem seksualnym

acjijjyp przezy j pc

W piśmiennictwie wymienia się wiele możliwych następstw seksualnego wykorzystywania:

- depresje, poczucie winy'Jobie,fioczenie nocne, zaburzenia emocjonalne (Tsai 1979).
- lautodestrukcyjne zachowania promiskuityczne (Bentovim 1988),
- uzależnienia (Browne, Finkelhor 1986),
- skłonność do seksualnego wykorzystywania innych w przyszłości (Shledrick 1991).

W wielu publikacjach przedstawiane są dokładne wyniki badań dotyczących wczesnych i odległych następstw przemocy seksualnej. W tabeli 29 przedstawiam własne wyniki badań 89 chłopców i 232 dziewcząt dotyczących bezpośrednich następstw przemocy. Najczęściej stykają się z nimi pediatrzy, chirurdzy oraz ginekolodzy i psychiatrzy dziecięcy. Powiązanie objawów i zespołów chorobowych z przemocą seksualną może rodzić trudności z wielu przyczyn: ukrywania faktów przez rodziny, sprawców, ofiary, niespecyficzność niektórych następstw, brak znajomości zjawiska przez specjalistów, nieznanomość metod diagnostycznych itp.

Zespół ostrych objawów psychiatrycznych u ofiar przemocy seksualnej (Rostain i Shumwag 1993):

- objawy behawioralne typu acting out (agresywność, nadpobudliwość, hiperseksualizm dziecka) oraz typu acting in (regresywne zachowania, zaburzenia psychosomatyczne),
- zaburzenia emocjonalne (lęki, depresje, hipomania, samodestrukcja),
- zaburzenia poznawcze (zaburzenia myślenia, problemy z nauką),
- zaburzenia interpersonalne (konflikty, problemy rodzinne, zanik aurytetytów).

Bentovim (1990) podkreśla, że u chłopców tego typu objawy wiążą się z następującymi mechanizmami: identyfikacja z przemocą, seksualizacja, urazowe selfrepresentation, stygmatyzacja sprawcy.

Jednym ze specyficznych następstw przemocy seksualnej jest zespół Muenchausena przez podstawienie, w którym ofiary mają typowe zespół objawowe, a kiedy sprawca znajduje się w pobliżu dziecka, jest medycznie zorientowany i ma zaburzenia psychiczne.

Istnieje również obfita literatura poświęcona odległym następstwom przemocy seksualnej. Bentovim (1990) i Miller (1991) wiążą je np. z na"

240

Objawy	Chłopcy N = 89		Dziewczęta N = 232	
	%	liczba przypadków	%	liczba przypadków
• Objawy somatyczne				
- urazy zewnętrznych narządów płciowych	1,1	1	3,4	8
_ urazy okotoodbytnicze	1,1	1	0,4	1
- urazy odbytu	10,1	9	0	0
- urazy pochwy	-	-	38,4	89
_ przerwanie błony dziewiczej	-	-	25,4	59

- infekcje	3,4	3	12,0	28
- ciąża -	-	1,7	4	
• Objawy seksualne				
- erotyzacja dziecka	8,0	7	33,6	78
- prowokacyjne zachowania seksualne	3,4	3	12,5	29
- zachowania masturbacyjne	4,5	4	13,4	31
- zachowania seksualne wobec rówieśników	18,0	16	3,0	7
- erotyczna twórczość dziecka	5,6	5	41,8	97
• Niespecyficzne objawy somatyczne				
- bóle głowy	26,0	23	47,0	109
- bóle brzucha	10,0	9	57,8	134
- nudności	10,0	9	38,4	89
- wymioty	3,4	3	13,4	31
• Objawy psychiatryczne				
- zaburzenia snu	32,6	29	42,7	99
- koszmary i lęki nocne	8,0	7	9,0	21
- fobie, lęki	32,6	29	54,7	127
- izolowanie się	30,3	27	38,4	89
- zachowania regresywne	19,1	17	64,2	149
- nadpobudliwość ruchowa	32,6	29	61,6	143
- depresja, przygnębienie	44,4	44	55,6	129
- lęki wobec rodzica danej płci	4,5	4	42,2	98
- problemy z nauką, szkolne	30,3	27	12,5	29

stepującymi czynnikami: młodym wiekiem ofiary, wielopostaciowymi formami oraz wielokrotnymi aktami przemocy i ich urazowym przebiegiem, ignorowaniem przemocy przez członków rodziny.

Z analizy piśmiennictwa wynika, że do odległych następstw przemocy seksualnej należą: obniżona samoocena, zaburzenia identyfikacji z rolą płciową, uzależnienie, osobowość borderline, zespoły depresyjne, przewlekłe bóle miednicy u kobiet, zaburzenia psychiczne i seksualne, homofobia, orientacja homoseksualna, wielopostaciowa osobowość, pourazowy zespół stresowy, Briere (1984) stworzył pojęcie post-sexual abuse syndrom, w którym kluczowe są następujące objawy: lęk, dysocjacja osobowości, wrogość wobec 'nnych, trwałe napięcie mięśni, negatywna samoocena. '

241

Dokładniejsze dane o odległych następstwach przemocy seksualnej ^ stawiam w innej pracy (Lew-Starowicz: Odległe następstwa przemocy seksualnej w dzieciństwie. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 1993. 2 3 117-202).

W piśmiennictwie kontrowersyjnie są oceniane odległe następstwa relacji kazirodczych. Wynika z nich np., że przeciętny czas trwania relacji oiec-córka wynosi 4 lata, a tylko w 1 % przypadków towarzyszy jej przemoc fizyczna.

Następstwa negatywne stwierdzano u 52% ofiar tych relacji (utrata zaufania do mężczyzn, obniżona samoocena, wrogość, negatywny cykl kazirodczy). W 30% przypadków mamy do czynienia z pozytywnymi następstwami (poznanie ciała i fizjologii seksualnej, pozytywne przeniesienie relacji na innych mężczyzn).

Michael Myers z Vancouver w Kanadzie badając odległe następstwa przemocy seksualnej u mężczyzn w 1989 r. opublikował dane stwierdzające, że u wielu mężczyzn ujawniły się homo- i biseksualizm, impotencja, opóźniony wytrysk lub jego brak, bierność seksualna w kontaktach homoseksualnych,

fobie seksualne, problemy z postawami wobec swego ciała. Odległe następstwa psychopatologiczne obejmują: zaburzenia lękowe, zespoły depresyjne, zespół pourazowy i inne zaburzenia psychiczne (np. uzależnienia, psychozy). To, jakie będą następstwa przeżytej przemocy seksualnej, zależy od wielu czynników: osobowości dziecka, więzi z rodzicami, osobowości sprawcy, formy i przebiegu przemocy seksualnej, reakcji na zdarzenie, braku lub uzyskania kwalifikowanej pomocy. (Ważne jest również, czy było to jednorazowe czy wielokrotne przeżycie. Z badań wynika, że 25% przypadków przemocy wobec dzieci było jednorazowym incydem, 44% kilkakrotnym, a w 25% przypadków długotrwałym.. Następstwa są poważniejsze, gdy:

- przemoc seksualna była wielokrotna lub występowała systematycznie,
- sprawcą była osoba z najbliższej rodziny (zwłaszcza rodzic),
- w jej przebiegu doszło do uszkodzenia ciała dziecka, obrażeń,
- dziecko nie ma poczucia bezpieczeństwa w rodzinie, nie doznaje z jej strony miłości, opieki, zainteresowania,
- dziecko ma cechy neurotyczne, jest bardzo delikatne i wrażliwe,
- dziecko ma świadomość bycia wykorzystywanym przez sprawcę,
- sprawca jest cyniczny, brutalny, bardzo agresywny, stosuje formy przemocy najbardziej urazowe: kontakty oralne, analne, genitalne, dewiacyjne,
- dziecko jest podejrzewane o świadomy współudział w zdarzeniu,
- dziecko jest wielokrotnie przesłuchiwane, badane, staje przed sądem w obecności wielu obcych dla siebie osób,
- dziecko nie uzyskało pomocy psychoterapeutycznej wkrótce po zdarzeniu.

242

Jon Conte z narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego w USA na podstawie dużej liczby danych przedstawia w tabelach charakterystykę przemocy seksualnej wobec dzieci.

Tabela 31

Objawy występujące u dzieci z doświadczeniem przemocy seksualnej ([w odsetkach)

Objawy	Obecnie	W przeszłości	
Stany lękowe	5,7	1,6	
Zachowania regresywne		13,8	5,4
Pobudzenie układu nerwowego		4,6	0,5
Depresja	18,7	1,1	
Seksualny przymus wobec innych		3,2	0,8
Lęk	11,7	2,2	
Problemy z obrazem swego ciała		7,9	1,4
Zaburzenia snu	13,8	2,7	
Zaburzenia jedzenia	0,8	0,3	
Używanie narkotyków, alkoholu		2,2	1,1
Nieproporcjonalne do wieku seksualne zachowania	7,9	1,4	
Problemy z policją	3,3	0,5	
Tendencje samobójcze	5,7	1,4	
Zaburzenia psychosomatyczne		10,0	3,8
Obniżenie samooceny	32,8	0,5	
Fantazje przemocy	2,4	0,3	
Prostytuowanie się	0,8	0,5	
Problemy szkolne	9,2	1,6	
Koszmary i lęki nocne	20,1	9,2	

Zachowania agresywne 14,4 1,4
 Destrukcyjne relacje z innymi 7,0 0,5

Jak wynika z badań, przemoc seksualna wpływa na różne cechy i zachowania dzieci, powoduje, że będą one różnić się od rówieśników, zarówno bezpośrednio po akcie, jak i w odległej przyszłości.

Spróbujemy obecnie usystematyzować wiedzę o następstwach przemocy seksualnej. Wyodrębnia się następstwa w zależności od czasu powstania (szybkie i odległe), rodzaju następstw (fizyczne, seksualne, psychopatologiczne. rodzinne)/

Dawid Muram, ginekolog z Tennessee, na podstawie somatycznego badania 205 dziewcząt, które doświadczyły przemocy seksualnej, stwierdza, że u Połowy z nich istnieją różne zaburzenia, takie jak zmiany skórne w obrębie

243
 Tabela 32

Proporcja różnych cech ujawnianych przez dzieci z doświadczeniem przemocy seksualnej i bez doświadczeń przemocy (w odsetkach)

Objawy	Dzieci	
	Z doświadczeniem przemocy (198)	Bez doświadczenia 1 przemocy (165)
Reakcje lękowe	23,8	7,9
Depresja	47,0	15,8
Przemoc seksualna wobec innych		3,8 0,0
Ucieczki z domu	20,0	6,1
Tendencje samobójcze		4,3 0,0
Zaburzenia obrazu własnego ciała		21,6 5,5
Problemy z jedzeniem		10,3 3,0
Alkohol	2,7	1,8
Problemy z policją (np. wandalizm)		4,9 1,8
Myślenie o samobójstwie		13,5 3,0
Zachowanie o typie rytualistycznym		8,1 1,8
Sny z fantazjami o stosowaniu przemocy		13,5 7,3
Zaburzenia emocjonalne		53,0 18,8
Prostytuowanie się	2,2	0,0
Problemy w szkole	21,6	4,8
Bezsenna noc, koszmary nocne	31,5	6,7
Problemy z posiadaniem kolegów		30,4 4,2
Zachowania agresywne		38,6 16,4
Obniżona samoocena, poczucie niższości		41,8 20,0
Zachowania seksualne	14,1	1,8

narządów płciowych, uszkodzenie błony dziewiczej, choroby przenoszone drogą płciową, infekcje moczowo-płciowe; u 29% nie stwierdza się żadnych zaburzeń w obrębie układu moczowo-płciowego.

U dzieci, bezpośrednio fizyczne następstwa przemocy seksualnej, obejmują, zdaniem badaczy, urazy ciała, bóle, uszkodzenia w obrębie odbytu i narządów płciowych, stany zapalne, trudności w oddawaniu moczu, spadek apetytu, u niektórych dziewcząt możliwa jest ciąża.

Bezpośrednie następstwa seksualne u dzieci to! publiczne masturbowanie się, pobudzenie seksualne, nadmierne zainteresowanie seksem, dążenie do dziwnych nieraz w przebiegu zabaw seksualnych. Następstwa psychiczne polegają na: bólach głowy, izolowaniu się, bezsenności, drażliwości, lęklności, trudnościach w nauce, zaburzeniu kontaktów z rodzicami i rówieśnikami f

Odległe następstwa przemocy seksualnej mogą dotyczyć cech somatycznych (np. bezsenność, bóle głowy, miednicy, choroby psychosomatyczne, zaburzenia miesiączkowania), seksualnych (np. brak orgazmu, dyspareunia, zaburzenia pożądania u kobiet, a impotencja u mężczyzn, rozwój homoseksualnej i biseksualnej orientacji płciowej, pedofilii, transwestytyzmu, innych dewiacji, promiskuityzmu, prostytucji, gwałcenia). Jak więc widać, następstwa seksualne mogą być bardzo zróżnicowane u obu płci. Przedstawię niektóre wyniki badań na ten temat.

John Biriere i Lisa Zaidi z Los Angeles zaprezentowali w 1989 r. biografię 100 swoich pacjentek cierpiących na odległe następstwa przemocy seksualnej doświadczonej w młodości. Ich zdaniem prawie połowa kobiet szukających opieki psychiatrycznej miała tego rodzaju przeżycia. Badane przez nich pacjentki wywodziły się z różnych narodowości, 39% było niezamężnych, 15% miało stałe związki (małżeństwa lub typu kohabitacja), 39% było rozwiedzionych, a 7% owdowiałych. Badacze stwierdzili, że przeżyta w przeszłości przemoc seksualna wiązała się z następującymi następstwami: przemoc wobec innych — 17% badanych, prostytuowanie się — 17%, narkotyzowanie się — 57%, nadużywanie alkoholu — 37%, zaburzenia seksualne — 31%, tendencje samobójcze — 77%, zaburzenia osobowości — 60%.

Gloria Bachman z kliniki ginekologicznej w New Jersey stwierdza, że u jej pacjentek, które doznały w młodości przemocy seksualnej, często występują odległe następstwa: zaburzenia snu, bóle głowy, otyłość, depresja, lęki, przewlekłe bóle miednicy, zaburzenia miesiączkowania, brak orgazmu, trudności z podniecaniem się.

Różne odległe następstwa przemocy seksualnej stwierdza się również w przypadku mężczyzn. I tak np. Roberta Hibbard z Indianapolis wykazała, że 18,3% studentów na 700 doświadczyło na sobie przemocy seksualnej i w następstwie tego odczuwają obecnie: bezsenność, zaburzenia w życiu uczuciowym, uzależnienie od alkoholu i narkotyków, myśli samobójcze.

WCZESNE DOŚWIADCZENIA SEKSUALNE

- „Dzieci są seksualne — możemy zrozumieć normalny rozwój naszych dzieci tylko wtedy, gdy zaakceptujemy ten fakt" (Goldman 1982).
- „Przez zaprzeczenie erotyzmu swojego dziecka rodzice ograbiają go lub ją z bezwzględnie decydującego składnika, z którego powinno rozwijać się poczucie tożsamości i szacunku do samego siebie. Prawdziwa niewinność dzieciństwa jest tym, co niszczy lub wypaczamy przez odmawianie przyjemności seksualnej lub niszczenie jej lub nazywanie jej złą, a szczególnie nadawanie jej etykiety grzesznej" (Mary Calderone 1983).

245

Badania kliniczne na temat skutków wczesnych doświadczeń seksualnych dają bardzo różnorodne wyniki — od wpływu szkodliwego do neutralnego, a nawet, w pewnych przypadkach, korzystnego.

Przełomowych badań dokonała dr Allie Kilpatrick z University of Georgia (1992). Przebadła 501 kobiet na południowym wschodzie USA, sprawdzając związek między wczesnym doświadczeniem seksualnym a funkcjonowaniem w dorosłości. Badania nie wykazały żadnego związku między obecnością wczesnych doświadczeń sek-

sualnych i dorosłością w ani jednym z branych pod uwagę kryteriów (poczucie własnej wartości, zadowolenie, satysfakcja małżeńska i seksualna, stosunki rodzinne). Większość przypadków wczesnych doświadczeń była relacjonowana jako przyjemne, z wyjątkiem tych, w których obecny był wysoki stopień przymusu. Nie ma tu żadnej różnicy z definicją warunkującą rolę seksualną partnera (z wyjątkiem przypadków użycia siły lub dużego nacisku). Uogólniając, Kilpatrick nie znalazła więcej negatywnych skutków w przypadkach wczesnych doświadczeń seksualnych. Wnioskuje, że „pojęcie syndromu przemocy seksualnej wobec dzieci, które pojawiło się w literaturze klinicznej; nie jest podtrzymywane przesłankami naukowymi a niebezpieczeństwa wynikające z używania tego pojęcia są poważne”.

John Money zauważył w 1980 (Williams & Money), że doświadczenia seksualne w dzieciństwie wcale nie muszą wpływać na dziecko niekorzystnie. Dlaczego więc doświadczenia seksualne dzieci (bez względu na wiek partnera) są 'często uważane za szkodliwe? Częściową odpowiedź sugeruje Schultz (1973): „Jak dotąd, największe potencjalne zaburzenia osobowości dziecka dokonują się przez społeczeństwo i rodziców ofiar, jako wynik następujących czynników:

1. Potrzeby użycia ofiary do oskarżenia sprawcy.
2. Potrzeby udowodnienia przez rodziców lub samym sobie, rodzinie, sąsiadom i społeczeństwu, że ofiara nie uczestniczyła w akcie z własnej woli i że nie zawinili oni jako rodzice. [...] Nie jest to napaść seksualna, która zwykle wywołuje uraz, ale zachowanie rodziców po odkryciu tego faktu wpływające na dziecko”.

Stanowisko Schultza potwierdzone jest przez Gibbonsa (1963), którego badania zachowań rodziców po stwierdzeniu zajścia przemocy seksualnej wobec dziecka wykazały, że „26% rodziców zaangażowanych jest w zachowanie pogarszające zaszłą sytuację przemocy seksualnej lub wykorzystują sytuację dziecka dla korzyści społecznej”.

246

W konsekwencji pojawia się pytanie: Czy, jeżeli niektóre nie-przymuszone związki seksualne zostaną zdekriminalizowane, będzie to szkodliwe? Jest trochę pozytywnych doniesień na ten temat ze Szwecji, Szwajcarii, Holandii i Belgii, gdzie prawa dotyczące przestępstw seksualnych są znacznie mniej restrykcyjne niż w USA, lecz nie są w swej wymowie definitywne. W tych państwach, na przykład, stosunki seksualne między dwiema osobami powyżej 12 roku życia są legalne, jeżeli różnica między nimi jest nie większa niż 3 lata, lub jeżeli obie przekraczają wiek 16 lat.

TEORIE PRZYCZYN

Powstało wiele teorii wyjaśniających przyczyny zachowań seksualnych wobec dzieci.

Teorie najważniejsze:

psychoanalityczne (Freud 1939; Glueck 1954; Finkelhor 1979),
psychiatryczne (Kaplan 1993; Tseng 1992),
intrapsychiczne (Loevinger 1976),
socjokulturowe (Gil 1970; Giovannioni 1971; Russell 1986),
systemów rodzinnych (Steinmetz i Straus 1973; Post 1982),

transakcyjne (Someroft i Chandler 1975),
encounter (Zimrin 1984),
sytuacyjne (Patterson 1977),
wielopoziomowe (Parke 1982).

Kathleen Faller opracowała dynamiczny model czynników prowadzących do przemocy seksualnej wobec dzieci.

Przyjrzyjmy się temu bliżej. Czynniki wiążące się z osobą sprawcy, jak np. odczuwanie seksualnej atrakcyjności dziecka, zostaną omówione przy opisie cech sprawców.

Zdaniem wielu badaczy bardzo istotne są czynniki kulturowe/Wskazuje się np. na fakt, że przemoc seksualna wobec dzieci jest najbardziej rozpowszechniona i/ kulturach zdominowanych przez mężczyzn; a prawie 90% sprawców to przecież mężczyźni. Kultury te, które traktują płęć żeńską jako bierną, podporządkowaną, uległą, często przypisują kobiecości wrodzoną potrzebę doznawania przemocy seksualnej. W niektórych społecznościach istnieją tzw. podkultury gwałtu, w których przemoc jest postrzegana jako ^rtość, wyraz męskości, jest źródłem uznania, prestiżu, nawet podziwu. Inni badacze wskazują na wpływ pornografii, szczególnie tzw. twardej, czyli yfikującej przemoc, dewiacje, sadyzm. Mówi się też o negatywnym

247

oddziaływaniu TV w programach, które powielają stereotypy zdobyw^ silnej męskości, niejednokrotnie agresywnej seksualnie.

Badacze Huesemann i Eron w 1986 r. przeprowadzili badania 758 dzie w wieku 7-11 lat w kilku różnych krajach. Wynika z nich, że dz identyfikujące się z agresywnymi bohaterami częściej fantazjują na ten agresji. Przemoc płynąca z ekranówTV/rodzi przemoc, potęguje też wyucz wzorce zachowań agresywnych, powiela tradycyjne stereotypy płci. Prawie I dzieci i młodzieży silnie identyfikuje się z telewizyjnymi bohaterami i na siaduje ich zachowania, co nie jest bez znaczenia w ich przyszłych postawach wobec drugiej płci. Badania wielu sprawców przemocy seksualnej wykazały że w ich wyobrażeniach i fantazjach seksualnych tkwią zakodowane obrazy przemocy oglądanej w TV i to zakodowanie może mieć charakter pod-śwjadomy.

/ Z czynników rozwojowych do najważniejszych zalicza się poziom ekonomiczny i społeczną izolację/Statystyki ujawniają, że najczęściej ujawnionych sprawców wywodzi się z dolnych, jeśli chodzi o dochód, warstw społecznych, oni również demonstrowują najbardziej drastyczne formy przemocy seksualnej. W przypadku społecznej izolacji chodzi zarówno o ofiary, jak i sprawców: życie w izolacji, gettowość, przy braku dostosowania się do norm życia społecznego; ujawnianie buntu przeciw nim może prowokować zachowania agresywne w sferze życia seksualnego.

/ Czynniki indywidualne i rodzinne — różne zaburzenia osobowości, narkomania, alkoholizm, problemy z rolą seksualną, trudności w zaspokajaniu potrzeb seksualnych mogą skłaniać do zainteresowania się nie zagrażającymi i dostępnymi obiektami erotycznymi, jakimi stają się dzieci i młodzież.^Z kolei u wielu rodziców molestujących seksualnie swoje dzieci badania ujawniły niedojrzałość, patologię postaw rodzicielskich, konflikty małżeńskie, odmowę współżycia ze strony współmałżonka, brak satysfakcji z życia seksualnego w małżeństwie.

SPRAWCY

Przeprowadzono wiele badań różnych populacji sprawców przem' seksualnej wobec dzieci. Większość badaczy jest zgodnych, że przeważają

wśród nich mężczyźni — 90% ogółu wszystkich sprawców. Różne są natomiast oceny liczby sprawców znanych dzieciom. Kinsey twierdzi, np., że 70% nie jest znanych dzieciom, a Finkelhor, że tylko 25%. Kathleen Fallerpo zbadaniu 190 sprawców uważa, że 90% z nich było mężczyznami, 60% wielokrotnie dopuszczało się aktów przemocy wobec dzieci, ponad połowa miała dochód roczny poniżej 15 000 dolarów, większość była młoda — do 23 roku życia.

248

Formy stosowanej przez nich przemocy seksualnej wyglądały następująco:

- bez kontaktu fizycznego — 14,9%
- pobudzanie intymnych części ciała dziecka — 41,2%
- kontakty oralno-genitalne — 19,3%
- stosunki międzyudowe — 1,8%
- kontakty analne — 2,7%
- penetracja ręczna — 1,8-2%
- penetracja członkiem — 15,7%
- pornografia dziecięca — 2,0%
- prostytutcja dziecięca — 1,0%

W zdecydowanej większości przypadków sprawcami bylk[^]członkowie najbliższej rodziny/fojcowie — 36%, matki — 5,9%, dziadkowie — 3,2%, 'wujkowie -<- 4,3%, bracia — 5,9%, kuzyni — 1,1%), przyjaciele rodziny < — 4,3%; osoby opiekujące się małym dzieckiem ^ 2,2%, -nauczyciele — 1,1%, osoby znane rodzinie — 2,7% i osoby inne znane dziecku — 2,2%.

Wśród sprawców 24,5% miało kryminalną przeszłość, 15% było rozwiedzionych, więz seksualną i zainteresowanie seksualne z dzieckiem miało 30,2%, obcość wobec dziecka odczuwało — 34,9% a uczucie wrogie do dzieci - 17,2%.

Czynniki biologiczne sprawców

Shelton i Hendricks z Uniwersytetu w Nebrasca zbadali w 1988 r. 16 sprawców pod kątem struktur ośrodkowego układu nerwowego. Na podstawie analizy tomografii komputerowej mózgu uznali, iż przyczyną przestępczości mogą być zaburzenia mózgowie/Bradford z Kliniki Psychiatrii Sądowej i Zachowań Seksualnych w Ottawie uważa, że przemoc seksualna wiąże się z agresją uzależnioną m.in. od stężenia hormonu testosteronu -w surowicy krwi. Jeśli jest wysokie to poza agresywnością wywołuje hiperseksualizm i fantazje 0 treści erotycznej.

Inni badacze stwierdzają u sprawców/ównież zaburzenia hormonalnetnp. podwyższone stężenie kortyzolu, a obniżone prolaktyny)/zaburzenie w metabolizmie neuroprzekaźników w ośrodkowym układzie nerwowym,' zaburzenie chromosomów (typ XYY kariotypu), zmiany w układzie limbicznym i w płatach skroniowych mózgu, padaczkę/

Czynniki osobowościowe sprawców

Wielu badaczy podkreśla znaczenie różnyclś zaburzeń oso bowości, uzależnienie od alkoholu i narkotyków./^fależy jednak do tych danych podchodzić 1 dużą rezerwą. Mogłem przekonać się na podstawie własnej praktyki, iż Populacja sprawców odpowiadająca przed sądem a populacja,, której udało się uJsc przed odpowiedzialnością karną, to jakby dwa odmienne światy.

249

U tych pierwszych rzeczywiście w większości przypadków można rozpoznać zaburzenia osobowości, uzależnienia, wpływ subkultury przestępczej, patologię rodzinną, brak norm moralnych i podobne czynniki. Z kolej u tych drugich znajdujemy nienaganne maniery, wychowanie, kulturę, dobrą

opinię, poważne zawody, wyższe wykształcenie, życie małżeńskie i rodzinne w miarę nawet udane, a ich przemoc seksualna wobec dzieci stanowi jakby drugą, ukrytą naturę. Ich inteligencja, umiejętność bycia, przewidywania następstw swych czynów sprawia, iż potrafią się dobrze kryć, inscenizować sytuacje umożliwiające zaspokajanie potrzeb seksualnych, potrafią w razie potrzeby dobrze się bronić lub załatwiać sprawę z rodziną pokrzywdzonego dziecka na zasadzie „ugody”. Tak więc ci, którzy dali się złapać i zostali oskarżeni, kreują dość niewiarygodny obraz osobowości sprawców. Peter Fehrenbach z Waszyngtonu zbadał 305 sprawców, którzy byli młodymi ludźmi: 297 chłopców i 8 dziewcząt, w tym 22% badanych liczyło sobie 11-13 lat, 20,3% — 14 lat, 17,7% — 15 lat, 23,6% — 16 lat i 16,4% — 17 lat. Większość stosowała przemoc seksualną wobec małych dzieci, odznaczała się wysokim poziomem izolacji społecznej, brakiem przyjaciół i więzi koleżeńskich, niedojrzałością w swojej fazie rozwojowej w porównaniu z rówieśnikami.

Znacznie dokładniej przebadana jest populacja pedofilów, którzy często bywają sprawcami aktów przemocy seksualnej wobec dzieci. Większość z nich nigdy nie miewa problemów z prawem. Według Rossmana tylko 1% z nich odpowiada przed sądem. O'Carroll stwierdził, że najbardziej atrakcyjnymi obiektami erotycznymi są dla nich dziewczęta w wieku 8-11 lat i chłopcy w wieku 11-15 lat. Wyniki badań wyodrębniły często powtarzające się u pedofilów cechy: złe kontakty z matkami, brak więzi uczuciowej z ojcami, nieudane dzieciństwo, skłonność do darzenia uczuciem nie zaspokojonych uczuciowo dzieci, wybór zawodów ułatwiających nawiązywanie kontaktów z młodzieżą.

Wskazuje się również na inne, często spotykane cechy u pedofilów: kompleks Edypa, pochodzenie z wielodzietnych rodzin, tęsknota za kontaktami seksualnymi ze starszymi wiekiem partnerkami w okresie dojrzewania, zainteresowanie pedofilne przewijające się w marzeniach i snach erotycznych, wielokrotne powtarzanie czynów.

Marc Hillbrand ze swymi współpracownikami z Connecticut w 1990 r. przedstawił wyniki badań trzech grup sprawców: gwałcicieli dzieci, stosujących inne formy przemocy seksualnej wobec dzieci oraz gwałcicieli dorosłych. Nas interesują te dwie pierwsze grupy. Okazało się, że nie było między nimi różnic w zakresie cech psychicznych i społecznych. Łączyły ich: niedojrzałość, zaburzenia osobowości, złe relacje społeczne, zbuntowanie w okresie dzieciństwa, zmienność nastrojów, agresywność, słaba identyfikacja z męskością.

250

Na podstawie własnych badań sprawców pedofilów mogłem się przekonać, że u większości z nich występowały następujące cechy: /Wiek do 25 roku życia, pochodzenie robotnicze,] wykształcenie podstawowe lub zawodowe zasadnicze, stan cywilny wolny, zawody fizyczne, negatywna więź uczuciowa i ojcem, atiozytywna z matką, „w domu dominacja ojca, /przewaga wyobraźni pedofilnej/ Ojcowie nie byli modelem pozytywnych cech męskich, a matki oceniały negatywnie małżeństwo z nimi i szukały rekompensaty w więzi z synem;/ Pedofile najczęściej identyfikowali się z matkami i chcieli być antyojcem". Wobec dorosłych kobiet odczuwali lęk i poczucie zagrożenia." Psychiatrzy badający sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci najczęściej rozpoznają u nich zaburzenia psychiczne, opóźnienie rozwoju umysłowego, patologię rodzinną w postaci kazirodztwa oraz pedofilie. Seksualność sprawców

Marshall, Barbaree i Butt z Wydziału Psychologii Uniwersytetu w Ontario w Kanadzie przeprowadzili w 1988 r. badania polegające na obserwacji reakcji seksualnych sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci oraz mężczyzn z grupy kontrolnej. Zbadano 21 sprawców i 18 mężczyzn z grupy kontrolnej. Procedura polegała na zastosowaniu aparatury oceniającej reakcje członka osób badanych podczas pobudzenia obrazami o treści seksualnej (slajdy), nagranyymi rozmowami. Badanie ujawniło sprawców, w porównaniu z grupą kontrolną, znacznie silniejszą reakcję na ekspozycję męskiej seksualności, brak różnic w przypadku ekspozycji kobiecej seksualności, silniejszą reakcję bodźce wiążące się z przemocą seksualną, seksem oralno-genitalnym i na rozmowy dotyczące seksu. Obie grupy różniły się zatem znacząco.

Abel z Toronto rozpoznał u sprawców różne dewiacje seksualne: ocieractwo, ekshibicjonizm, pedofilię hetero- i homoseksualną. Okazało się, że spośród pedofilów 50% było gwałcicielami, 29% ekshibicjonistami, 13% oglądaczami, 5% sadystami, 3% masochistami, a 8% ocieraczami. Badania Bradforda z 1987 r., pochodzące ze szpitala w Ottawie obaliły mit o rzekomej nieszkodliwości ekshibicjonistów. Okazało się, że wśród ekshibicjonistów sprawców było: 20% — pedofilów heteroseksualnych, 10% — pedofilów homoseksualnych, 8% — homoseksualistów, 11% — transwestytów, 51% oglądaczy, 21% — skatologów (rozmowy telefoniczne o obsceniczej treści), 19% — gwałcicieli. Wiele badań eksperymentalnych zgodnie wykazuje, iż sprawcy mają głęboko zakodowane i utrwalone preferencje wobec dzieci, tkwią one w ich potrzebach, oczekiwaniach, podświadomości, formach reagowania na widok dzieci, wyborze różnych form przemocy seksualnej wynikających z upodobań i potrzeb. Różnią się zatem wyraźnie od nie-sprawców.

Poznanie seksualności sprawców i ich specyficznego postrzegania atrakcyjności erotycznej dzieci jest możliwe dzięki zastosowaniu różnych metod

251
badawczych, np. testów projekcyjnych, przedstawionych wyżej eksperymentów, testu rysunku postaci itd. Wiele interesującego materiału dostarczają jcu pamiętniki, listy, a także twórczość literacka.

Cohen (1993) sprawców przemocy seksualnej wobec dzieci podzielił na cztery grupy:

- typ niedojrzały psychicznie,
- typ regresywny (traktujący dziecko jako pseudodorosłe),
- typ sadystyczny,
- typ utrwalony.

W tym ostatnim przypadku są to najczęściej mężczyźni, którzy preferują kontakty oralno-genitalne, mają cechy kompulsywne, są samotni, zaczynają popełniać te czyny w wieku dojrzewania i mają zaburzony wcześniej przebieg rozwoju psychoseksualnego.

Tabela 33

Korelacje między typami sprawców a zachowaniami wobec ofiar

Typ zachowań

Krzywdzący dziecko

Preferencje pedofilne

Osoby znane dziecku

Stosunki seksualne

Niedojrzały

Regresywny

Sadystyczny

Utrwalony

OFIARY

Zainteresowanie badaczy, organów ścigania, opinii społecznej problemem przemocy seksualnej wobec dzieci obejmuje zarówno sprawców, jak i ich ofiary. Jeśli w przypadku sprawców najczęściej zadawane są pytania: czym się kierowali, czy to ludzie zdrowi, czy chorzy, to w przypadku dzieci będących ofiarami rodzi się więcej pytań: w jakim są wieku, jak to przeżywają, jakie są następstwa przemocy w ich obecnym i przyszłym życiu? Na te pytania postaram się odpowiedzieć. Przeprowadzono wiele badań na ten temat, i to w różnych krajach. Sięgnę do najbardziej reprezentatywnych i najlepiej opracowanych. Oczywiście, dokonuję wyboru z ogromnej liczby prac z tego zakresu.

Kathleen Faller w 1988 r. opisuje grupę 144 molestowanych seksualnie dzieci. Z jej badań wynika, że ofiarami przemocy najczęściej padały dzieci w wieku 3 i 4 lata/Czy to przypadek? Jeżeli uzmysłowimy sobie, że sprawcami są głównie mężczyźni, to wyłania się pewna prawidłowość. Otóż dzie

252
w wieku 3 - 4 lat znajdują się w fazie rozwoju psychoseksualnego i uczuciowe-
0 w której rośnie zainteresowanie innymi ludźmi i szuka się modeli
^prezentujących role płciowe. Dzieci żyjące dotąd w silnym związku ze
svvyrni matkami odczuwają potrzebę kontaktu z ojcem i innymi przed-
stawicielami jego płci. Nic więc dziwnego, że sprawcy mogą nawiązać z nimi
sZytko kontakt, wzbudzić zaufanie do siebie, a następnie wykorzystać te
dzieci. Podobny mechanizm dotyczy również kontaktów kazirodczych, ale
0 tym będzie jeszcze mowa niżej. Nie oznacza to jednak, że ofiarą przemocy
padają przede wszystkim dzieci w wieku 3 i 4 lat. Dane z innych krajów są
odmienne.

Ingrid Leth w 1989 r. przedstawiła informacje dotyczące przemocy seksualnej w krajach skandynawskich. Ofiarami jej było 40 chłopców i 96 dziewcząt.

Ofiarami przemocy najczęściej padali chłopcy w wieku 7-12 lat< czyli
w okresie poprzedzającym dojrzewanie, w którym dominuje większe zaintere-
sowanie kontaktami z przedstawicielami tej samej płci, co wykorzystywane
było przez sprawców. W przypadku dziewcząt ofiarami były wszystkie grupy
wiekowe w podobnym zakresie, co dowodzi, że sprawcy kierowali się samym
faktem przynależności dziewcząt do drugiej płci.

Marcia Herman-Giddens na podstawie badania 105 dziewcząt będących
ofiarami nadużycia doszła do wniosku, że jednym z czynników sprzyjających
zastosowaniu wobec nich przemocy był fakt pojawienia się drugorzędowych
cech płciowych już przed 8 rokiem życia (owłosienie pod pachami, łonowe,
rozwój piersi, przyspieszone miesiączkowanie). Jej zdaniem fakt wcześ-
niejszego dojrzewania biologicznego dziewcząt/Stanowi czynnik ryzyka dla
przemocy seksualnej polegającej na penetracji pochwy.

Mishbah Klian i Mary Sexton z Uniwersytetu Maryland przedstawili dane
o przemocy seksualnej wobec 113 dzieci w wieku do 12 lat. Okazało się, że
była ona użyta wobec 60 dzieci w wieku do 6 lat (56% dziewcząt i 44%
chłopców), 34 dzieci w wieku między 6 a 9 rokiem życia (24 — 48%) i 19 dzieci
w wieku między 10 a 12 rokiem życia (20-7%).

Jak więc wynika z cytowanych danych, badacze różnie oceniają wiek
dzieci, wobec których zastosowano przemoc seksualną. Różnice te należy
tłumaczyć kilkoma przyczynami: specyfiką danego państwa, środowiska, ale

w dużej mierze dostępnością danych i zgłaszalnością. Ocenia się, że zdecydowana większość przypadków przemocy seksualnej wobec dzieci nie jest ujawniana i dlatego nie dysponujemy dotąd rzeczywistym i obiektywnym obrazem tego zjawiska.

Jakkolwiek <izieci najczęściej padają ofiarą mężczyzn, to jednak i kobiety y*ają sprawcami. Robert Johnson na podstawie badania 1000 pacjentów wieku dojrzewania w New Jersey stwierdził u 11 chłopców fakt zastosowania wobec nich przemocy seksualnej przez kobiety. Były one w wieku

253
16-36 lat. Kontakty polegały na zmuszeniu do stosunku seksualnego pobudzeniu oralnym, analnym lub masturbacji. Część kobiet dążyła do' sprowokowania wytrysku nasienia u swoich ofiar, a połowie to się udało. Niektórzy badacze stwierdzają, że rośnie liczba przypadków stosowania przemocy przez kobiety wobec chłopców (15-27% przypadków).

Przemoc seksualna wobec chłopców ze strony mężczyzn, częściej prowadzi do rozwoju orientacji homoseksualnej i zaburzeń seksualnych u ofiar. Przemoc ze strony kobiet w mniejszym stopniu daje takie następstwa.

Niekiedy dzieci-ofiary czynnie współuczestniczą w przebiegu przemocy seksualnej wobec siebie, np. chętnie poddają się wszelkim poleceniom odczuwają pewną przyjemność, zainteresowanie. Badania przeprowadzone u tego typu ofiar ujawniły, że w większości przypadków były to dzieci z niedorozwojem umysłowym, z zaburzeniami osobowości, przedwcześnie dojrzałe biologicznie i seksualnie. U innych mogły istnieć tendencje czy preferencje masochistyczne. Wiele ofiar przemocy seksualnej dopiero w przyszłości ujawnia swoje doznania związane z przemocą seksualną. W okresie zdarzenia z różnych przyczyn nie robi się tego i tłumi w sobie przeżycie, a inni puszczają je w niepamięć. Zdarza się też, że niektóre dzieci i młodzież nie zdają sobie sprawy z tego, że przydarzyło im się coś złego, nienaturalnego. Swe przeżycia uznały za normalne zachowanie dorosłych osób i przeszły nad tym do porządku dziennego.

Elżbieta Wyatt z Instytutu Neuropsychiatrycznego w Los Angeles zainteresowała się zagadnieniem różnic rasowych w przemocy seksualnej wobec dzieci. W USA badanie tego problemu nie nastęrcz trudności z racji wielonarodowościowej struktury państwa. Postanowiła zatem porównać populację białych i Murzynów. Przebadła populację 248 kobiet z regionu Los Angeles (126 Murzynek i 122 białych kobiet). Wyniki wykazały, że średni wiek inicjacji seksualnej obu populacji jest podobny i wynosi 16,9 lat.

W populacji kobiet, które doświadczyły przemocy seksualnej (głównie oralnej lub penetracji pochwowej), dobrowolne kontakty seksualne średnio wystąpiły o 15,4 miesiący wcześniej w porównaniu do kobiet, które nie doświadczyły na sobie przemocy. Doświadczenie przemocy przyspiesza zatem dobrowolne kontakty seksualne. Między Murzynkami a białymi kobietami nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie.

Dziecko jako rzekoma ofiara i prawdziwe ofiary nadużyć seksualnych — Hollida Wakefield i Ralph Underwager (1994)

Kierowanie sprawami ofiar przemocy seksualnej: dzieci, dojrzałych i dorosłych — Charlene Steen (1994)

Produkcja „wspomnień” przemocy seksualnej: ostatni trend w psychiatrii — Lee Coleman (1994)

254

- Istnieją obiegowe opinie, które mogą ujemnie wpływać na obiek-

tywność w ocenie przypadków użycia przemocy seksualnej wobec dzieci (Ravetz 1971): „Przemoc seksualna wobec dzieci staje się epidemią”, „Społeczeństwo ignoruje przemoc seksualną”, „Dzieci nie kłamią o przemoc seksualnej”, „Dzieci nie mogą mówić o rzeczach, których nie doświadczyły”, „Dzieci są nie bardziej sugestywne niż dorośli”, „Dzieciom trzeba wierzyć za wszelką cenę”. Starr (1979) przypuszcza, że 83% przypadków przemocy jest identyfikowanych prawidłowo.

- Gdy dorośli popełniają błąd polegający na leczeniu dziecka, które wcale nie doznało przemocy, nie jest to szkodliwe. Ale Schultz (1989) stwierdza, że w prawie wszystkich takich przypadkach mamy do czynienia z urazami psychicznymi.

- Jones (1991) opisuje 9 elementów systemu jatrogennej krzywdy (działanie lekarskie) wpływających na dziecko, które doświadczyło przemocy:

1. Nadmierna interwencja profesjonalna.
2. Powtarzane przesłuchania (wywiady).
3. Powtarzane badania fizyczne.
4. Negatywna zmiana stylu życia.
5. Podejmowanie decyzji obronnych.
6. Stawianie się do sądu.
7. Podtrzymywane leczenie.
8. Nadmierne leczenie.
9. Opieka zastępcza.

1 Everstine i Everstine (1989): W sprawach rozwodowych, w których oskarżenia o przemoc seksualną wobec dziecka były prawdopodobnie prawdziwe, średni wiek ofiary wynosił 8,6; w przypadkach zarzutów prawdopodobnie fałszywych — 4,6.

Przy ustalaniu zasadności oskarżenia o molestowanie seksualne dziecka, pomocne mogą być obserwacje z terapii polegającej na zabawie z dzieckiem. Terapię tę często określa się jako „opierającą się na ujawnieniu” (Campbell 1992). Podczas zabawy dziecko ujawnia emocje i zachowania, które mogą być cennymi przesłankami w śledztwie. Na przykład agresywny sposób zabawy dziecka, używanie postaci potworów itp., ujawnia istniejący w nim niepokój, strach i seksualność (Archer et al. 1988; Best 1983; Bretherton 1982; Bretherton and Beeghly 1982; Fein 1981; Gundersen et al. 1981).

W" terapii z dzieckiem używa się także lalek, rysunków dziecka i specjalnych książek. Przykładem tej ostatniej może być „Red Flag Green Flag People” (Centrum gwałtu i przemocy kryzysowej 1985).

Na pierwszych stronach dziecko uczy się o dobrym i złym dotyku.

255

Następnie proszone jest o zakolorowanie na rysunku człowieka tej części ciała, która była u niego dotykana. Jeżeli zakolorowane zostaną genitalia, potwierdza się przypuszczenie molestowania. Zgodnie z konstytucją USA, pozwani w sprawie kryminalnej mają prawo do konfrontacji i przesłuchania oskarżyciela. Prawo to przysparza problemów w przypadkach spraw o molestowanie dzieci, ponieważ ofiara musi stanąć twarzą w twarz z napastnikiem i odpowiadać na jego pytania, co jest dodatkowo traumatyzującym przeżyciem. W więzieniu stanowym w Kalifornii przesłuchania takie przeprowadzano rozdzielając pozwanego i oskarżyciela jednostron-

nym lustrem, tak że napastnik widział ofiarę, której zadawał pytania, lecz ona go nie widziała.

Doświadczenie przemocy seksualnej powoduje u ofiary powstanie wielu wspomnień, które są głęboko ukryte w jej psychice, jakby zablokowane. We współczesnej terapii psychiatrycznej funkcjonuje trend do „odblokowywania” tych wspomnień, związanych z doznaną krzywdą, dochodzeniem, przesłuchaniami, uwalniania ich, odkrywania i podejmowania dalszego leczenia.

Ukryte wspomnienia mogą być podłożem następujących problemów i zaburzeń:

- koszmary nocne,
- alienacja,
- uprzedzenia seksualne,
- zaburzenia trawienia, ginekologiczne, bóle głowy i stawów,
- abstynencja,
- fobie,
- zapędy samobójcze, depresja,
- depersonalizacja, psychiczne oddzielenie od własnego ciała,
- życie w wyimaginowanym świecie,
- związki ambiwalentne,
- unikanie luster,
- pragnienie zmiany nazwiska,
- ograniczenie kontroli procesów myślowych,
- osobowość wielokrotna,
- dziecięce chowanie się,
- lęk przed byciem podglądanym lub zaskakiwanym,
- brak zaufania lub niedyskryminatywne zaufanie,
- podejmowanie wysokiego ryzyka lub nieumiejętność podjęcia ryzyka,
- strach przed utraceniem kontroli,
- zachowania obsesyjno-nałogowe,
- wina, wstyd,
- _ poczucie niskiej wartości samego siebie,
- _ uczucie szaleństwa, braku rzeczywistości,
- _ awersja do bycia dotykany,
- _ nałogowa seduktywność, nałogowa aseksualność,
- agresywność seksualna,
- promiskuityzm,
- prostytutka, zamieszczenie w przemyśle pornograficzny (Blume 1991).

256

PROBLEMY WIĄŻĄCE SIĘ Z ROZPOZNAWANIEM SEKSUALNEGO WYKORZYSTANIA

Wiele informacji na ten temat podjął Glaser i Frosh (1995), a ponieważ ta bardzo praktyczna publikacja została u nas wydana, swoje rozważania poświęcę innym zagadnieniom.

Haskett i wsp. (1995) stwierdzają, że na decyzję specjalistów o uznaniu zasadności podejrzenia o seksualne wykorzystanie dziecka miały wpływ następujące czynniki: szczegółowość, stałość w ciągu kolejnych wywiadów, logiczność, spójność z zeznaniami innych, strach przed sprawcą, wyniki badania lekarskiego. Natomiast wątpliwości u specjalistów wzbudzały; brak relacji dziecka z aktu wykorzystania, złośliwość i niespójność z zachowaniem

dzieci wykorzystywanych.

Z badań Kendall-Tacket (1991) wynika, że kobiety bardziej ufają dzieciom niż mężczyźni, młodsze dzieci są odbierane jako bardziej wiarygodne od starszych.

Chruszczewski (1998) porównywał zasadność podejrzeń o wykorzystywanie seksualne dziecka formułowane przez specjalistów i niespecjalistów. Z przeprowadzonych badań wynika, że w sprawach o rozstrzygnięcie podejrzeń o seksualne wykorzystywanie dzieci wraz z większym doświadczeniem wcale nie przybywa pewności decyzyjnej.

Kazuistyka z doświadczeń własnych

Badana populacja oskarżonych o czyny lubieżne wobec dzieci jest stosunkowo młoda wiekiem: 60% z nich ma poniżej 25 lat. W porównaniu do innych badanych populacji uderza wyższy odsetek osób pochodzenia inteligentnego; najczęściej chodzi tu o mężczyzn z zaburzeniami identyfikacji w roli męskiej, zakompleksionych, niepewnych siebie, wychowywanych przez nadopieczne matki, izolowanych od „złego towarzystwa”, pozbawionych kontaktów rówieśniczych.

257

Również charakterystyczna dla tej populacji jest duża liczba osób, identyfikujących się z matką oraz dominacja negatywnej oceny ojca i więzi uczuciowej z nim. Matki były najczęściej zdominowane przez swoich mężów, oceniały negatywnie własne małżeństwo i przez więź uczuciową z synem zaspokajały nie zaspokojone w małżeństwie potrzeby uczuciowe. Ich synowie postrzegali ojców jako złych, brutalnych, krzywdzących matkę, nic zatem dziwnego, iż nie stanowili pozytywnych modeli roli męskiej. Bardzo często badani widzieli własną rolę męską na zasadzie „anty” wobec cech ojca. Stosunkowo wczesny wiek inicjacji zachowań masturbacyjnych w tej populacji można tłumaczyć różnymi mechanizmami. Jednym z nich jest wczesny wiek dojrzewania biologicznego. Można jednak założyć, iż masturbacja w tych przypadkach ma również psychogenne przyczyny, które można określić jako nie rozwiązany kompleks edypalny; silna więź uczuciowa z matką i negatywne uczucia do ojca są dość stałe od wczesnego dzieciństwa. Potwierdzeniem tej tezy jest chociażby analiza treści fantazji towarzyszących masturbacji — w wielu przypadkach występuje w nich dorosła kobieta o cechach przypominających fizyczne i psychiczne cechy matki. Wysoki poziom fantazji pedofilnych u badanych wiązał się z różnymi mechanizmami; fantazje te były zarówno pierwotne, jak i wtórne wobec doświadczeń pedofilnych. Fantazje wtórne w stosunku do zachowań pedofilnych można rozumieć jako odtwarzanie, przypominanie. Źródłem fantazji pierwotnych często były zablokowane potrzeby kontaktów rówieśniczych, zaburzenia identyfikacji z rolą męską, zespół Madonny jako następstwo nadmiernie silnego związku z matką. Fantazje o treści pedofilnej stawały się zatem formą zastępczą, obronną w stosunku do potrzeb kierowanych do dorosłej kobiety.

Sny seksualne o treści orgiastycznej występowały najczęściej u mężczyzn z wysokim poziomem libido, nie zaspokojonych seksualnie, z długotrwałym treningiem masturbacyjnym. Można zatem traktować je jako wyraz potrzeby eskalacji bodźców seksualnych oraz mechanizm kompensujący problemy z własną męskością. Potwierdzeniem jest treść snów, w których badani często byli aktywni wobec wielu kobiet, praktykowali zróżnicowane formy pieszczot i style współżycia.

Analiza ulubionych form stymulacji seksualnej w tej populacji pozwala

stwierdzić, iż analizm wiązał się z kontaktami o typie pedofilii homoseksualnej lub z doświadczeniami homoseksualnymi; najczęściej był zastępczą formą stosunku. Oralizm w tej grupie był zwykle wynikiem symbolicznej potrzeby eksponowania swej męskości, zastępczą formą ukazywania męskiej siły i dominacji. Występował również często w homo- i heteroseksualnych kontaktach pedofilnych. Badani eksponujący potrzebę „głaskania” j⁰ podstawową formę ars amandi najczęściej ujawniali wysoki poziom niepewności w roli męskiej, nieśmiałości wobec kobiet, brak oswojenia z nagości

258
drugiej płci; owo „głaskanie” wyrażało zatem infantylny seksualizm. 35% badanych z tej populacji wysoko oceniało pozycję współżycia „od tyłu”; najczęściej dotyczyło to badanych z doświadczeniami homoseksualnymi. W badanej populacji zaburzenia erekcji i wytrysku najczęściej miały charakter wtórny, sytuacyjny, psychogeny, natomiast zaburzenia libido — bardziej zróżnicowany.

Krótkotrwałe więzi uczuciowe z partnerkami najczęściej dotyczyły pierwszych nieudanych prób współżycia seksualnego lub partnerów homoseksualnych. W przypadku wieloletnich więzi uczuciowych chodziło o „zadurzenie się” w przyszłym obiekcie zachowań seksualnych: w tych przypadkach pojawiały się np. zachowania opiekuńcze wobec dzieci, wchodzenie w rolę wujka” i zaprzyjaźnianie się z ich domem rodzinnym.

Analiza technik projekcyjnych ujawnia w badanej grupie zróżnicowanie postaw wobec kobiet; brak postaw agresywnych, przeważają natomiast zahamowania seksualne, lęki wobec dorosłych kobiet, które są swoistym „tabu” seksualnym. Stosunkowo często ujawniane postawy obronne wobec roli męskiej są wyrazem zaburzeń identyfikacji z tą rolą i poczucia niższości. W porównaniu do innych badanych populacji częściej spotykano się w tej grupie z rozpoznaniem biseksualizmu, który w przeważającej większości przypadków wiązał się z zaburzeniami identyfikacji z rolą męską, utrwalonymi już w okresie młodzieńczego rozwoju psychoseksualnego.

W/przypadku biseksualizmu najczęściej występował charakterystyczny ciąg: nieudane próby lub stłumione potrzeby heteroseksualne — zrealizowane zachowania homoseksualne — zachowania pedofilne>/Ciąg ten oznacza kolejne wycofywanie się z zagrażających kontaktów seksualnych, przy czym źródłem zagrożenia były trudności w znalezieniu partnera, lęk przed opinią środowiska, zaburzenia sprawności w kontaktach seksualnych.

Zachowania pedofilne w badanej populacji, ogólnie rzecz biorąc, wynikały z zaburzeń identyfikacji w roli męskiej, z zastępczych form realizacji potrzeb seksualnych, w których obiekt seksualny (dziecko) był mniej zagrażający od obiektu dorosłego.

Zastępczy, obronny charakter kontaktów pedofilnych można przedstawić na przykładzie poniższych ciągów:

- problemy seksualne w małżeństwie — pedofilia heteroseksualna,
- kompleksy, lęki wobec kobiet — pedofilia heteroseksualna,
- małżeństwo — konflikty na tle seksualnym — pedofilia heteroseksualna,
- homoseksualizm — pedofilia homoseksualna.

W jednym przypadku pedofilia stanowiła równoległą z heteroseksualną Orrną zachowań; dokładniej jest ona opisana dalej.

Na podstawie Wszystkich badanych przypadków można wysnuć pewien generalny wniosek: dla dzieci, które były obiektem zachowań pedofilnych,

O wiele większy stres stanowiły czynności dochodzeniowe, procedura sądowa reakcja rodziców, niż sam czyn/Na 26 omawianych przypadków reakcje szota psychicznego wystąpiły u 6 dzieci: były to zresztą dzieci starsze wiekiem, które zostały zmuszone do zachowań rozumianych już przez nie jako seksualne i wzbudzających poczucie lęku. Małe dzieci często nie były świadome tego faktu, przebiegu czynności, natomiast reakcja rodziców, postępowanie wyjaśniające i sądowe stawały się formą utrwalania i odtwarzania zdarzenia, jego kodowania. W ten sposób powstawał szok wtórny, o* wiele groźniejszy dla równowagi psychicznej dziecka.

Dla przykładu omówię 3 sprawy sądowe oraz przypadek pacjenta, który nie wszedł formalnie w konflikt z prawem:

I. Opinia sporządzona na zlecenie Sądu Wojewódzkiego w S. W sprawie K. C, lat 62 rencisty, o wykształceniu podstawowym, rozwiedzionego, mającego 2 dzieci, karanego wielokrotnie za czyny lubieżne.

K.C. oskarżony jest o to, że w 1984 r. przez dotykanie narządów płciowych dopuścił się czynów lubieżnych wobec 11-letniej M. oraz 10-letniej K.

Zachowanie badanego w przypadku sprawy będącej przedmiotem badania, jak również w 17 poprzednich czynach, o które był oskarżony i za które był skazywany, było podobne: szedł za dziewczynkami ulicą, wchodził za nimi na klatkę schodową, przedstawiał się jako lekarz, który ma przeprowadzić badanie. Budził zaufanie swoim wyglądem. Następnie wchodził do mieszkania, jeżeli nie było w nim członków rodziny dziewczynki (w przypadku gdy dowiadywał się, że ktoś jest „umawiał się” na inny termin). Polecał dziewczynce się rozebrać, oglądał jej narządy płciowe, dotykał, głaskał, delikatnie pobudzał okolice łechtaczki i delikatnie wsuwał czubek palca do pochwy, po czym wychodził do łazienki, w której się onanizował, a następnie spokojnie opuszczał mieszkanie.

Badanie seksuologiczne

Badany wychowywał się w tradycyjnej rodzinie robotniczej. Był jedynakiem. Wobec ojca odczuwał lęk i był przez niego często karany „za byle co”. Miał bardzo dobrą więź uczuciową z matką, czuje się do niej podobny psychicznie i fizycznie. Uczył się przeciętnie, czytał dużo książek, czasopism i rzeczywiście zakres słownictwa badanego jest bardzo bogaty. Z okresu dzieciństwa nie ma żadnych wspomnień seksualnych. Dojrzewanie w 15 roku życia. Masturbować się zaczął w 16 roku życia, średnio raz na 1 - 2 tygodnie, przez ręczną stymulację, wyobrażał sobie aktywną wobec niego atrakcyjną, dojrzałą kobietę. W kontaktach rówieśniczych nieśmiały, długo nie miał sympatii. Inicjacja seksualna w 20 roku życia, z przyszłą żoną, która była starsza od niego o 3 lata, doświadczona seksualnie i „lubiała wyrafinowanie, np. wysoko ceniła sobie oralizm, zmiany pozycji, częste współzycie, podczas którego opowiadała różne historyjki erotyczne”. Uważała, że motywem zawarcia małżeństwa z jej strony była chęć zamieszkania w dużym mieście (pochodziła ze wsi). Małżeństwo początkowo układało się dobrze, ale „zawsze czułem, że jej nie dogodzę, ona potrzebowała więcej, miała większy temperament, chyba mnie zdradzała, ale nie miałem na to dowodów”. Współzycie seksualne było częste „kilka razy w tygodniu, nieraz pobudzała mnie, abym powtórzył stosunek, nie zawsze się to udawało”. Żona osiągała orgazmy w trakcie oralnego pobudzania łechtaczki, a także w czasie stosunku.

Przed 20 laty miał wypadek samochodowy, leżał w szpitalu, rozpoznano „ciężki wstrząs mózgu”. Od tego czasu czuł się psychicznie źle, leczył się u psychiatrów, otrzymywał 1< psychotropowe. Popęd płciowy gwałtownie się zmniejszył, „mogłem mieć stosunek najwyżej raz na 3-4 tygodnie”, erekcje ranne, nocne i dzienne pojawiały się sporadycznie. W tra'cc' współzycia pobudzał się wolno, „żona musiała mi pomagać, bo nie miałbym erekcji”- P™ ' 260

gółzycia z innymi kobietami były nieudane: „nie mogłem mieć wytrysku, śmiały się ze mnie”. Od około 10 lat poczuł wzrost poziomu potrzeb seksualnych: „stale się czułem podniecony, takie myślałem o seksie, ale z żoną nadal mi nie wychodziło, wiedziałem, że jest ze mnie jezadowolona, znalazła sobie kochankę młodszego o 12 lat i przestała ze mną współżyć”.

Stopniowo w jego wyobraźni i fantazjach seksualnych zaczęły pojawiać się dziewczynki: zaczęły mu się podobać „takie w wieku 9-12 lat, było w nich coś takiego czystego, pięknego, uśpionego eksualnie”. Szukał kontaktów z dziewczynkami: „przekonałem się, że lubią mnie, postanowiłem być lekarzem, który będzie je badał”. Ta forma kontaktów seksualnych „podniecała mnie. erekcja wolno narastała, w łazience doprowadzałem siebie do wytrysku, ale musiałem mocno to robić”.

«

W wyniku złego stanu zdrowia, pogorszenia sprawności umysłowej, zawodowej, męczywo-LCj postanowił przejść na emeryturę. Nadal był leczony przez psychiatrów, z dokumentacji chorobowej wynika, że rozpoznano u badanego zespół psychoorganiczny.

Badanie somatyczne

Budowa ciała prawidłowa. Owłosienie łonowe typu męskiego. Narządy płciowe prawidłowej budowy i wielkości. Napletek zsuwalny. Jądra obecne w worku mosznowym, prawidłowej wielkości, niebolesne.

Test stymulacji wizualnej

Badany reaguje wolno narastającym podnieceniem seksualnym jedynie w trakcie ekspozycji bodźców o treści pedofilnej.

Test rysunku postaci

W rysunku kobiety występują cechy infantyilizacji, rysunek przedstawia dziewczynkę z wyraźnie zaznaczonymi cechami płci, naga sylwetką. Rysunek mężczyzny wyraża postawę obronną, brak cech płci. Odmawia wykonania rysunku Ja, tłumacząc to zmęczeniem.

Test projekcyjny Starowicza

Badany wobec kobiet ujawnia cechy infantyilizacji oraz wysoką ich ocenę. Natomiast wobec mężczyzn — przewagę cech negatywnych (przypisuje im agresywność). Własne Ja przedstawia jako ciepłe, opiekuńcze, cechy roli seksualnej nie są wyrażone.

Wniosła

Na podstawie analizy akt sprawy oraz przeprowadzonych badań stwierdza się, co następuje: Rozpoznaje się u badanego pedofilię w przebiegu zespołu psychoorganicznego. Badany w środowisku rodzinnym identyfikował się z matką, nie miał wzorca identyfikacji męskiej. W kontaktach rówieśniczych był nieśmiały, w fantazjach seksualnych towarzyszących masturbacji przyjmował rolę bierną. Żona była pierwszą partnerką seksualną, która wprowadziła go w życie seksualne, miał wobec niej kompleks niższości i niewywiązywania się z zadania. Współżycie małżeńskie zaspokajało jego potrzeby i oczekiwania seksualne. Po doznanym urazie powstały trudności i zaburzenia w życiu seksualnym (zaburzenia erekcji, wytrysku, obniżenie poziomu libido), które pogłębiły jego kompleksy, a nieudane próby współżycia z innymi kobietami również je utrwaliły. Nawiązanie przez żonę trwałego układu partnerskiego i zerwanie z nią więzi seksualnej przyczyniło się do dalszego pogłębiania poczucia niższości w roli męskiej. Wzrost Poziomu libido, który pojawił się w tym okresie (na tle organicznym?) oraz frustracja aktywności "eteroseksualnej wiązały się z rozwojem orientacji pedofilnej, która miała charakter zastępczy, j* także podbudowujący poczucie własnej wartości. Orientacja ta, jak wynika z przeprowadzonych an> stała się dominującą i wyłączną w realizacji potrzeb seksualnych.

Biegli psychiatrzy występujący w tej sprawie rozpoznali u badanego zespół psychoorganiczny ' ' znacznie ograniczona poczytalność.

261

II. Opinia wydana na zlecenie Prokuratury Wojewódzkiej w W. Dot. J.K., lat 29, ekono misty, żonatego, mającego kilkoro dzieci.

J.K. oskarżony jest o to, że w 1983 r. zmuszał 10-letniego M. oraz 13-letniego K. (braci) do czynów lubieżnych: zdejmował im spodnie, wkładał członek do ust, dotykał ich narządów płciowych, ponadto sam się obnażał, zdejmował spodnie i kazał brać w ręce swój członek.

Z protokołu przesłuchania podejrzanego:

„(...) od grudnia 1981 r. z żoną i 2 córkami zamieszkałem w budynku w (...), w tym samym czasie wprowadzili się państwo W. (...) z dwoma synami (...); pomiędzy nimi dochodziło do awantur (...); po pewnym czasie między mną a A. W. Doszło do zacieśnienia stosunków (. j

spowodowanych pomocą w wychowywaniu dzieci, gdyż jej mąż prawie nie bywał w domu (..) Często bywałem w ich mieszkaniu, pilnowałem ich nauki, dbałem, aby się ubierali, myłem ich (...) Nie wiem, jak to się stało, ale zacząłem go (M.) onanizować (...), nie sprawiało to mnie żadnej satysfakcji (...) Nie wiem też dlaczego wzięłem do ust jego członek (...). Kiedy wyszedłem (...) _ zastanawiałem się, co się ze mną dzieje. Dzwoniłem do telefonu zaufania".

Z opinii psychologicznej

U obu badanych chłopców uwidaczniała się postawa negacji osoby podejrzanego, również w związku z tym, że traktował ich bezwzględnie, potrafił ich bić, karać, krzyczeć. Wypowiedzi nieletniego M stanowią odbicie przeżyć, brak tendencji do wypowiedzi kłamliwych bądź opartych na fantazjowaniu.

Z opinii psychiatrycznej

Biegle nie rozpoznali u podejrzanego niedorozwoju umysłowego ani choroby psychicznej; stwierdzili zaburzenia kierunku popędu o nieustalonej etiologii.

Proponują obserwację w oddziale psychiatrycznym oraz badanie przez biegłego sądowego.

Badanie seksuologiczne. Wywiad

Badany ocenia rodziców jako „dobrych, spokojnych, życzliwych innym”. Ojciec lat 71, emeryt, z zawodu inż. architekt, „uparty, nietolerancyjny, czułem przed nim lęk”. Matka lat 64, emerytka, z zawodu urzędnik, „trudno ją oceniać, bo jest po 20 latach cukrzycy, potrafi być wybuchowa, nerwowa. Jej nazwisko dotąd otwiera mi wiele drzwi i serc. była bowiem bardzo zaangażowana w pracy społecznej”.

W domu bardziej dominowała matka. Małżeństwo rodziców ocenia jako nieudane, „ojciec mało ambitny, nie potrafił się przebić, miał jakąś kobietę, teraz ich małżeństwo jest wzorowe”. Klimat w domu? — „ciepły, mimo awantur i konfliktów”. Badany o matce wypowiada się ciepło, tłumacząc ją, stara się przedstawić ją z najlepszej strony, wyczuwa się wobec niej duży szacunek i więź uczuciową. Stwierdza, że psychicznie czuje się podobny do matki.

Badany ma siostrę starszą o 12 lat, z którą ma dobrą więź, dawniej dużo się nim zajmowała.

Brat jest starszy o 9 lat, mieli słabą więź. Ulubieńcem matki był brat, a ojca siostra „ja byłem trzecim dzieckiem, na marginesie, w okresie rozkwitu kariery rodziców”. Bezpośrednio po tej wypowiedzi dodaje — „ale byłem kochany przez nich”.

Z okresu dzieciństwa nie ma żadnych wspomnień seksualnych. Uświadomiony teoretycznie został w 17 roku życia dzięki koledze, który później został lekarzem, rozmawiali na te tematy, otrzymywał różne książki.

Dojrzewanie biologiczne w wieku 13-14 lat, „pamiętam, że ten pierwszy wytrysk przerażał mnie”. Masturbować się zaczął w 13 roku życia, do niedawna były to sporadyczne przypadki. Okres nasilonej masturbacji przypadł na czas jego pobytu w Afryce po studiach, kiedy poznał różne homoseksualne zachowania w swoim środowisku; początkowo odczuwał wobec nich obrzydzenie „ale połączone z pewną ekscytacją”. Stopniowo, zaczął odczuwać wzrost zainteresowania różnorodnymi zachowaniami seksualnymi i fantazje zaczęły pojawiać się w masturbacyjnych zachowaniach coraz częściej, również i po powrocie z Libii do kraju.

262

Inicjacja seksualna w 15 -16 roku życia. Partnerką była sąsiadka starsza o 11/ roku, „chyba niedoświadczona seksualnie”, do kontaktu doszło z jej inicjatywy, ocenia go jako „pozytywny”, przez dalsze pół roku współżyli seksualnie, kontakty były wzajemnie udane, chociaż zdarzały się za szybkie wytryski nasienia, niepełne erekcje, „ale drugi stosunek zawsze był udany”.

Badany podaje, że łącznie miał około 20 partnerek seksualnych, ich wspólne cechy to Zgodność.

We współżyciu najbardziej ekscytująco działały: wzajemne pieszczoty oralno-genitalne, pieszczoty w formie ułożenia głowy na kolanach kobiet, pozycja klasyczna współżycia. Małżeństwo zawarł w 1977 r. Więź seksualną z żoną ocenia jako przeciętną. Dla żony był pierwszym partnerem seksualnym. Stosowali pozycję jeźdźca we współżyciu, „bo ona tak chciała”, uważa, że żona osiągała orgazmy. W związku „żona usiłuje dominować, a ja się opieram,

mieszkamy z teściową, która się wtrąca".

Badany neguje kontakty homoseksualne i pedofilne. Podaje, że do pieszczot z chłopcami doszło na przełomie lat 1982/1983. Przebieg faktów taki, jak w wyjaśnieniach z akt sprawy. Pytany, czy miał wówczas erekcje, wytryski, odpowiada „nie pamiętam”. Czy czuł podniecenie? – „czułem wzniosłość, część satysfakcji, to, co odczuwam we współżyciu, gdy kobieta ma satysfakcję”. Po tych zdarzeniach „psychicznie poczułem się źle, straciłem kontrolę swych uczuć”.

Podaje, że po pieszczotach ze starszym chłopcem pojawiła się potrzeba bardziej zaawansowanych pieszczot seksualnych, były erekcje, przeczuwał, że dojdzie do kontaktów seksualnych. Temperament seksualny u siebie ocenia jako „średni”. Potrzeby kontaktów seksualnych „są codzienne”. Erekcje ranne, nocne występują często. Polucji brak. Miewa sny seksualne, występują w nich sceny z filmów porno oglądanych w Szwecji. Badany podaje, że w liceum miał przyjaciela, do którego lubił się przytulać, ale nie doszło do kontaktu seksualnego, każdy z nich miał swoje partnerki seksualne. Wspomnienia z tym przyjacielem kilkakrotnie pojawiły się we śnie, nie było wytrysku. W szkole podstawowej ćwiczył zapasy, „wtedy oswoiłem się z ciałem mężczyzn, zapachem potu”; jego przyjaciel z tego okresu później został homoseksualistą. Potrzeby homoseksualne neguje, „choć nie jestem obojętny na męską urodę”.

Badany obraz kobiecości określa następująco: „ciepło, łagodność, serdeczność, wyrozumiałość, wdzięk, harmonijna i pełna budowa”. Obraz męskości: „pewność siebie, zdecydowanie, solidność, słowność, trzeźwość myślenia, dobra i szczupła budowa, solidna, niezbyt mierne uwłosienie”. Pytany, czy żona jest dla niego kobieca, odpowiada „wiele straciła przy dzieciach”. Czy ocenia siebie jako męskiego? — „raczej tak”.

Z pacjentem w trakcie badania był dobry kontakt. Wypowiadał się spokojnie, siedział wygodnie. Mowa wyraźna. Napęd, uwaga, pamięć bez zaburzeń. Objawów psychotycznych nie stwierdzono. Tok myślenia prawidłowy. Afekt żywy, adekwatny do wypowiedzi. Ujawniał zainteresowanie przebiegiem badania oraz jego wynikami, chciał się dowiedzieć, jakie jest rozpoznanie oraz mechanizmy powstania u niego zachowań wobec chłopców. Uznał również potrzebę leczenia się w przyszłości. Wypowiedział żal, iż w wyniku zaszłych zdarzeń stracił uczucia chłopców, „których przecież kocham”.

Badanie somatyczne

Budowa ciała prawidłowa. Owłosienie łonowe typu męskiego. Narządy płciowe prawidłowej wielkości i budowy. Napletek zsuwalny. Jądra prawidłowej wielkości, niebolesne.

Test rysunku postaci

p Postać mężczyzny: centralna w rysunku, wyrażająca pewność siebie, męskość, siłę woli.
wtać kobiety: centralna w rysunku, wyrażająca ciepło, podkreślone cechy atrakcyjności
ycznej. Rysunek „mój dom rodzinny”: postacią centralną jest ojciec (mocny, wzbudzający
llr^rozenie)> następne centralne postacie to brat i siostra, matka umieszczona w tle; badany nie
lescił siebie na tym rysunku. Rysunek „Moje małżeństwo”: osobą pierwszoplanową i dominu-
263

jącą jest żona, badany umieścił siebie obok niej, ale w formie podporządkowanej, dzieci w ujęciu ,
bocznych słabo zarysowane. Rysunek „jaki jestem”: postać centralna, słabo zaznaczon
wyrażająca niepewność, zamknięcie w sobie, dystans, ujawnia się postawa obronna i 2!
groźeniowa.

Test projekcyjny Rorschacha

Dominują wypowiedzi o treści seksualnej głównie dotyczące kobiecych zewnętrznych
narządów płciowych, odbytu, członka (z wyraźnymi cechami szoku seksualnego). Pozostał
wypowiedzi ujawniają słabe kontrolowanie emocji popędu oraz cechy regresywne.

Wnioski

Na podstawie danych z akt sprawy oraz przeprowadzonych badań seksuologicznych
stwierdza się, co następuje:

1. Rozpoznaję u badanego biseksualną orientację płciową z cechami pedofilii.

2. Brak podstaw do stwierdzenia zniesionej lub ograniczonej w stopniu znacznym zdolności rozumienia znaczenia swoich czynów i kierowania swym postępowaniem.

Z analizy wszystkich danych wynika, że badany niezupełnie identyfikuje się z rolą męską. Na powstanie w jego rozwoju psychoseksualnym orientacji biseksualnej, poza wyżej wymienioną niepełną identyfikacją z rolą męską, wpłynęły: niezaspokojenie potrzeb uczuciowych w środowisku rodzinnym, pozycja w rodzinie odbierana jako marginesowa, zakodowane hetero- i homoseksualne sygnały z okresu dojrzewania. Od czasu pobytu w Libii tendencje homoseksualne uległy nasileniu. Lęk wobec realizacji potrzeb homoseksualnych przy malejącej atrakcyjności więzi seksualnej z żoną powodował, że zaczął ukierunkowywać potrzeby seksualne w stronę zachowań pedofilnych, które należy rozumieć jako formę zastępczą, wtórną. Zaniepokojenie sobą skłoniło badanego do szukania pomocy. W zaistniałej sytuacji szansę leczenia seksuologicznego można ocenić jako rokujące pozytywnie.

III. Opinia wydana na zlecenie Sądu Wojewódzkiego w W. w sprawie K.C., lat 30.

o wykształceniu zawodowym, pochodzenia robotniczego, żonatego, mającego 2 dzieci.

Badany oskarżony jest o to, że w 1982 r. działając z zamiarem pozbawienia życia 13-letniej M. wciągnął ją do piwnicy, ale zamierzonego skutku nie osiągnął.

Badanie seksuologiczne

Badany podaje, że fizycznie jest podobny do matki, miał z nią lepszy kontakt psychiczny.

W domu dominował ojciec. Ma 2 braci, on jest średnim w rodzeństwie. Z wczesnego dzieciństwa nie ma wspomnień seksualnych, pierwsze jakie pamięta, dotyczą 9-10 roku życia i wzajemnego obnażania się z dziewczynkami. Uświadomiony seksualnie został przez kolegów. Okres dojrzewania w 13 roku życia. Onanizował się od 14 roku życia, co trwa dotąd, z różni częstotliwością, stopniowo coraz częściej („teraz muszę codziennie”), przez ręczną stymulację.

Pytany o wyobraźnię towarzyszącą masturbacji — badany namyśla się długo i podaje, „że głaszcze dziewczyny po ich poślądkach, narządach”. Sny o treści seksualnej ma od 14 roku życia, „terazpo kilka w tygodniu” — najczęściej śni mu się, że głaszcze po poślądkach, narządach dziewczyny- Pytany o ich wiek — odpowiada „mają chyba po 15-16 lat”.

Inicjacja pettingu w 15 roku życia, głaskał 14-letnią dziewczynkę, dotykał jej narządów płciowych, poślądków, „to mi wtedy wystarczyło, czułem wstręt do stosunku, czego ona zreszł chciała”. Podaje też, że był związany z grupą hippisów, obserwował stosunki grupowe, ale nie br< w nich udziału, tłumaczy to tym, że wstydził się takiej formy kontaktów, lękał się możliw* kompromitacji, czuł wstręt do seksu grupowego, bał się ośmieszenia z powodu wielkości swego członka, który uznawał za zbyt mały.

264

Inicjacja seksualna w 22 roku życia, „z przygodną znajomą, 17-letnią, doświadczona była, parku”, kontakt wynikał ze wspólnej inicjatywy, partnerka nie była zadowolona, miał bowiem epelna erekcję oraz zbyt wczesny wytrysk nasienia. Mieli ze sobą tylko ten jeden kontakt. Później, już w małżeństwie, miał 2 próby współżycia z 2 kobietami, również wystąpiły niepełne erekcje i szybki wytrysk.

Żonę poznał w 1978 r., była młodsza o 7 lat, myślał wtedy, że jest dziewicą, ale zmienił zdanie pierwszym ich współżyciu, nie było bowiem objawów defloracji; żona podtrzymywała wersje swej rzekomej dziewiczości. Do pierwszego stosunku doszło po 2 miesiącach ich znajomości, jego inicjatywy, przebieg był udany. Współżyli łącznie ze sobą 4 lata. Początkowy okres współżycia nie był udany, przyjmował wówczas leki psychotropowe, miał zaburzenia erekcji. Po 2-3 miesiącach nastąpiła poprawa sprawności seksualnej i stosunki w większości były udane. Ulubiona forma pieścizot — „głaskanie po poślądkach”. Ulubione pozycje — „zwłaszcza od tyłu”. N'e w'e> czy żona miała orgazmy, „była chyba oziębła”.

Badany podaje, że żona szybko się roztyła, „nie była higieniczna”, co wpłynęło na zanik zainteresowania współżyciem z nią, w tym również czasie był przez nią zdradzany, „ale nie ma na to dowodów, nie złapałem ją in flagranti”. Rozwód nastąpił w wyniku „niezgodności charakterów, różnych stylów życia, zmienił się jej charakter”. Zdenerwował go też fakt, iż żona nie miała nic przeciw wymianie partnerów z zaprzyjaźnionym z nimi małżeństwem, podejrzewa, że ten znajomy

był kochankiem żony.

Oralizm był rzadko stosowany, „nie było to atrakcyjne”. Dążył do kontaktów analnych, ale nie chciała ich żona, były tylko dwie próby takiego kontaktu. W trakcie stosunku zawsze miał uczucie luzu w pochwie, wstydził się pytać o to żonę, ale wyczuwał, że wołałaby, aby członek był większych rozmiarów, „powiedziała o tym pośrednio, kiedy powiedziałem, że się lecę i może on mi się powiększy, odrzekła, że to by się przydało, miał to być żart z jej strony”.

Badany neguje zainteresowania homoseksualne, zoofilne i inne dewiacyjne. Pytany o zainteresowania pedofilne — najpierw długo się namyśla, a później stwierdza, że lubił „tylko głaskanie pośladków”, neguje stosunki pedofilne: „tylko 3 razy dotykałem genitaliów, sam byłem ubrany”. W kontaktach tych nie miał wytrysków nasienia, zdarzały się jedynie wycieki nasienia, były erekcje. Po tego typu zdarzeniu onanizował się, odtwarzając przebieg spotkania z dziewczynką. Pacjent badany podaje, że odczuwa potrzeby seksualne. Erekcje nocne, ranne i dzienne występują i są pełne. Polucji nie ma. Pornografii nie lubi ze względów estetycznych, „wolę akty”. Pod wpływem alkoholu odczuwa wzrost popędu seksualnego.

Uważa, że nieudane małżeństwo przyczyniło się do zainteresowania narkotykami, lekomanią, powstania niechęci do kobiet; zaczął wyżej sobie cenić masturbacje od stosunków.

Pytany o ulubiony typ kobiety — odpowiada — „blondynki, ale teraz po nieudanym małżeństwie wolę brunetki, dziewczyny o drobnej budowie ciała, bo nie mógłbym zaspokoić roślej, miłe i frywolne”. Zachowanie badanego w tym momencie zdradza stan napięcia.

Pytany o przedmiot sprawy, odpowiada, że niczego nie pamięta, żałuje teraz swego zachowania podczas obserwacji, ale wynikało to z braku więzi z psychiatrami.

Badanie somatyczne

Budowa ciała prawidłowa. Owłosienie łonowe typu męskiego. Członek długości 7 cm.

Napletek zsuwalny. Jądra obecne w worku mosznowym, niebolesne. Odruchy nosidłowe i duszne prawidłowe.

Test stymulacji wizualnej

Badany ujawnia dobrą reaktywność seksualną w trakcie stymulacji bodźcami o treści woseksualnej, nieco mniejszą przy bodźcach o treści pedofilnej. Członek w stanie erekcji osiąga $\approx 0,5$ cm. Badany ujawnia zażenowanie swoją budową i zainteresowanie możliwościami teenia wielkości członka.

265

i?

Test rysunku postaci

Rysunek postaci męskiej wyraża postawę niepewności, obronną. Rysunki postaci kobii i dziewczynki nie różnią się od siebie, ujawniają zainteresowanie, poczucie zagrożenia, słabe j[^]t zaznaczenie cech płci. W rysunku własnego Ja badany ujawnia kompensacyjne zaznaczenie cech mocnego, silnego mężczyzny.

Test projekcyjny Rorschacha

Badany w 10 skojarzeniach ujawnił szoki seksualne przy tabl. IX, dominowały wypowied[^] łączące się z treściami seksualnymi w innych tablicach, w tabl. VI i VII ujawnił skojarzenie o treści analnej. Szoki barwne wystąpiły w tabl. VIII-X. Czas reakcji szybki, dominowały wypowiedz globalne.

Inwentarz projekcyjny Starowicza

W obrazie własnego Ja badany ujawnia impulsywność, wybuchowość, atrybuty męskości (życzeniowe). W obrazie kobiety dominuje zgeneralizowana agresja. W obrazie dziewczynki badany ujawnia ambiwalencję.

Zachowanie w trakcie badania

Kontakt z badanym jest dobry, ma on pełną orientację. Treści psychotycznych nie stwierdzono. Bogaty zasób słownictwa. Ujawnia duże zainteresowanie sprawami seksu, a zwłaszcza możliwościami terapii zaburzeń seksualnych, powiększania rozmiarów narządów płciowych. Wiele wypowiedzi poprzedzonych było namysłem i samokontrolą, zwłaszcza dotyczących zachowań pedofilnych — przedmiotu sprawy.

Wnioski

Na podstawie analizy akt sprawy i przeprowadzonych badań seksuologicznych stwierdza się, co następuje:

1. Rozpoznaję u badanego heteroseksualną orientację płciową z cechami pedofilii, psychogenne zaburzenia erekcji.

2. Wielkość członka badanego mieści się na pograniczu dolnej normy.

3. W strukturze psychoseksualnej badanego istnieje poczucie niższości w roli męskiej, kompleks małego członka, zgeneralizowana agresja wobec kobiet, lęk przed impotencją.

Z analizy całego zebranego materiału wynika, iż badany ma słabą identyfikację z rolą męską, poczucie niepewności w tej roli i kompleksy. Jest to skutek przekonania o nieprawidłowej budowie swych narządów płciowych (kompleks małego członka). Nieudany przebieg inicjacji seksualnej, pierwszego okresu współżycia z żoną oraz innymi partnerkami (psychogenna impotencja) pogłębiał poczucie zagrożenia w roli męskiej. Można także założyć, iż współżycie seksualne z żoną również nie wzmacniało samooceny badanego, odczuwał bowiem dysproporcje fizjologiczną budowy między partnerami. Powyższymi mechanizmami można m.in. tłumaczyć ujawnienie się zachowań pedofilnych, które miały dla badanego znaczenie zastępcze w realizacji potrzeb seksualnych i były mniej zagrażające od kontaktów z kobietami. Problemy z własną rolą męską oraz problemy wynikające z zaburzeń seksualnych przyczyniły się do rozwoju zgeneralizowanej agresji wobec kobiet, czym należy tłumaczyć fakt totalnej krytyki byłej żony.

Poczucie zagrożenia w roli męskiej, wymienione wyżej problemy seksualne badanego zostały ukierunkowane w formę zastępczą — pedofilną; brak leczenia i konsultacji z seksuologiem zapewne również wiązał się z silnym lękiem i kompleksami badanego, zważywszy, iż ujawnia on dość dobry poziom uświadomienia i słownictwa seksualnego.

IV. Analiza osobowości kolejnego pacjenta jest interesująca z kilku względów. Po pierwsze pacjent ten zgłosił się dobrowolnie na leczenie, mając na swym „koncie” kilkadziesiąt no' lubieżnych o charakterze pedofilnym, nie był nigdy karany, złapany ani podejrzany. Po drug

266
jego autowyywiadu można poznać nie tylko mechanizmy prowadzące do orientacji j^jo i różnorodnych zachowań seksualnych, ale także jego ocenę tych zachowań i osób prowokowanych do współdziałania w nich. Istnieje jeszcze inna sprawa — pacjent ten, bardzo ?JteInteligentny, potrafił umiejętnie wykorzystać swój poziom intelektualny do skutecznej strategii w realizacji swych potrzeb, a także uruchomienia specyficznej samooceny i mechanizmów obronnych.

j.J. lat 35, pochodzenie inteligenckie, ukończył studia wyższe, jest pracownikiem naukowym, żonaty, ma 3 dzieci, nie był nigdy karany. Zgłosił się do przychodni prosząc o pomoc, ponieważ pedofilne praktyki w kręgu dalszej rodziny zostały ujawnione. Stały się one źródłem szoku w małżeństwie, rodzinie i to ostatecznie zadecydowało o potrzebie „zakończenia tego rodzaju życia”, jak sam to określił.

Pacjent urodził się z normalnej ciąży, poród był bez problemów, rozwijał się prawidłowo. Środowisko inteligenckie rodziców stworzyło mu również dość dobry standard materialny w dzieciństwie. Nie miał rodzeństwa. W okresie dzieciństwa bawił się z licznymi rówieśnikami z sąsiednich domków jednorodzinnych. Utrwaliła mu się wyraźnie zabawa, kiedy miał 5 lat: odgrywam rolę krowy, stoję na czworakach i jestem dojony przez B. do jakiegoś kubeczka; oddałem do niego mocz, a B. śmiała się z zadowoleniem". Druga wkrótce po tej zabawa z rówieśnicą polegała na tym, że „B. położyła się na brzuszku, opuściła majteczki, uniosłem jej spódniczkę, obnażyłem jej tyłeczek i zastygłem w poczuciu jakiejś niezwykłości, dopuszczenia do czegoś pięknego, zobaczyła nas sąsiadka, uciekliśmy i przez kilka dni baliśmy się, że to się wydało, ale nic się nie stało".

Wielokrotnie brał udział w zabawach w „doktora”. Polegało to na tym, że w gronie 6 rówieśników udawał się w zarośla, wszyscy rozbierali się, kucali i oglądali narządy płciowe.

Ulubioną formą zabawy było również robienie „zastrzyków” B. w obnażony pośladek:

towarzyszyło temu poczucie czegoś zakazanego. W 7 roku życia z jednym z rówieśników uprawiał

masturbację; polegało to na wzajemnym patrzeniu na siebie w trakcie pobudzania członka ręką aż do jego usztywnienia; nie było wytrysku ani wzajemnego dotykania się; „marzyło mi się dotykanie jego fioletowej żołądki, ale wstydziłem się zaproponować to”. W 13 roku życia do masturbacji dołączyła się wyobraźnia erotyczna dotycząca koleżanek ze szkoły, dorosłych kobiet. Obejmowała ona anatomie kobiece, pieszczoty, współżycie. Stopniowo w treść tych marzeń erotycznych zostały wprowadzone obrazy z wydawnictw pornograficznych, doświadczenia pedofilne. Również zakres i forma fantazji towarzyszących uprawianej masturbacji w zasadzie dotąd były rozbudowane, przypominały one scenariusz długiego filmu. Orgazm mógł być osiągnięty bez ręcznego drażnienia członka.

W 14 roku życia pacjent przebywał na wczasach z kolegami. Jeden z nich publicznie onanizował się, doszło do zbiorowej zabawy polegającej na wzajemnym onanizowaniu się chłopców leżących obok siebie w dużym namiocie: „upatrzyłem sobie wtedy 8-letniego chłopczyka, zacząłem się z nim bawić, przy tej okazji niby niechcący dotykałem jego genitalii, ale nie chciał pokazać mi ptaszka. Ponowną próbę podjąłem z 5-letnim kuzynem zaraz po tych wczasach; dotykałem jego członka, nie czułem podniecenia.” Potem przez kilka lat nie miał tego typu kontaktów z chłopcami. „Dopiero w ostatnich latach zacząłem znów zwracać na nich uwagę, ale to już wyraźnie w zastępstwie dziewczynek. Ugruntowało się we mnie przekonanie, że u małych dzieci pociąga mnie ich świeżość, delikatność ciała i w braku dziewczynek Poszukiwałem małych chłopców (...). Raz trafił mi się 2-letni synek przyjaciół; próbowałem go Pieścić, całować, onanizować ręką i ustami. Nie tak dawno pieściłem się z 5-letnim chłopcem; Pozwalał się pieścić, również ustami. Jego miękki kutasik nie był dla mnie specjalnie atrakcyjny, ale namówiłem go do onanizowania mnie i to było podniecające. Nie uważam jednak, że jestem PMerastą. Pierwszy bardziej intymny kontakt z dziewczynką miałem w 20 roku życia. Była to A., a moich przyjaciół, lubiła bawić się ze mną, pomagałem jej w myciu pupki, była ona taka orstka w dotyku. Kiedyś pod pozorem sprawdzania, czy nie jest jej zimno (byłem z nią samochodzie), dotykałem jej genitaliów rzekomo po to, aby stwierdzić, czy się nie zmoczyła.

267

Powiedziała mi wtedy, że cipki się nie dotyka. Od tej pory częściej się z nią bawiłem, oswajałemT1 • ze sobą, a kiedy spała w łóżku dotykałem dłonią jej całego ciała, nie obudziła jej nawet pieszczot łechtaczki i krocza. Później odtwarzałem to wszystko w trakcie onanizmu. Zaczęła sprzyzwyczajając do mnie i w trakcie wspólnych wakacji spędzanych z tą rodziną moje pieszczoty! były coraz bardziej śmiałe; A. nie protestowała. Postanowiłem zrobić jej zdjęcia. Zacząłem z n; o tym rozmawiać. Do pierwszych zdjęć pozowała chętnie, pozwoliła sobie zrobić zdjęcia nag0 w różnych pozycjach, w tym i rozchylając nóżki. Pod pretekstem oczyszczenia cipeczki z jakiś okruszków manewrowałem językiem przy łechtaczce. Cały czas zasypywałem ją czułym słowami, zapewniałem o jej urodzie; odpowiadała na to: co ty wujku mówisz, są ładniejsze ode mnie. Pozwalała na wszystko — na pieszczoty, na pozowanie w różnych pozach. Powiedziała też że marzy o zostaniu modelką, ale nie do takich zdjęć. Jako ostatnie zrobiłem jej zdjęcie po jej ubraniu, z wrzosem w ręce. Powróciła jeszcze raz chwila seksualnego podniecenia, gdy powiedziała, że chce zrobić siusiu; zachęcałem ją, aby zrobiła to po chłopięcemu na stojąco, ale nie chciała, chociaż jej pokazałem, jak można to zrobić, rozchylając jej wargi sromowe. Wracaliśmy z lasu w dobrej komitywie”.

W dalszym autowywiadzie pacjent dokładnie relacjonuje swoje doświadczenia z około 40 dziewczynkami, omawia w nich szczegóły samych zachowań, dokładnie podając szczegóły anatomiczne, wyglądu zewnętrznego. Zachowania te obejmowały różnorodne bodźce, np. zachęcanie do robienia „siusiu na stojąco”; „dotykałem wtedy mokre jeszcze cipeczki”, pieszczoty całego ciała, całowanie ciała, narządów płciowych, dotykane i oralizm, wprowadzenie palca do pochwy. Typowe uwiedzenia dziewczynek pacjent opisywał następująco: „podchodzę do dziewczynki stojącej przed blokiem. Uśmiecham się do niej, na ogół odpowiada mi uśmiechem. Zaczynam z nią rozmawiać ojej domu, mówię, niech mi pomoże sprawdzić listę lokatorów, pytam o kogoś fikcyjnego. Rozmawiając z nią ręką głaszczę ją po włosach, po ramieniu. Gdy przyjmuje to naturalnie, to moja ręka opada niżej, głaszczę nóżki, a później pod sukienką, zaczynam mówić

O ulubionych zabawach dzieci. Proponuję przejście na wyższe piętra domu lub do piwnicy. Tam swobodniej przytulam małą, głaszczę po brzuszku, rozchylam nóżki, aby pieścić fałdki sromu, lechtaczkę i ujście pochwy. Później jeszcze rozmawiamy i rozstajemy się jak przyjaciele. Niektóre dziewczynki nie chcą takich pieszczot, inne same zadzierają sukienki i ze śmiechem pozwalają na wszystko. Marzę zawsze o dziewczynce, która sama będzie odwzajemniać moje pieszczoty, 1 spotykałem też takie. Jako taki przykład niech służy niedawno poznana 8-letnia Z. Wszystko przebiegało tak jw. Spokojnie rozmawiała ze mną i wtedy, gdy pieściłem jej lechtaczkę. Mnie głos łamał się z podniecenia. Kiedy wprowadziłem palec do pochwy, poczułem narastającą wilgoć. Umilkła, poczułem, że wstrząsa nią dreszcz. Spytałem — przyjemnie ci? Powiedziała, że tak. Chcesz, aby było jeszcze przyjemniej? Odpowiedziała, że chce. Położyłem ją na ziemi, rozchyliłem jej nóżki, wprowadziłem palec do pochwy i poruszałem jak w stosunku. Prężyła się i cicho kwiliła. Powiedziałem, że może w nagrodę popieścić mnie. Wyjąłem członek. Takiego jeszcze nie widziałam, powiedziała. Dotknij go — zaczęła go dotykać, powstała erekcja. Czy chcesz, aby wypłynęło z niego mleczko? — zapytałem. Mówiła, że chce, to wystarczyło, aby był wytrysk. Przyglądała się uważnie. Powiedziała — jeszcze raz chcę, ale ja już nie byłem w stanie. Własne ciało nigdy nie stanowiło dla mnie wstydliviego tabu ani chronionej świętości, ono było dla mnie czymś sympatycznym. Lubilem też wydaliny i wszystkie części mego ciała, nigdy nie czułem obrzydzenia do tego. Bawiłem się w badacza i próbowałem określić smak wszystkich wydaliny z nasieniem włącznie. Nasienie często łykałem po masturbacji. Potrafiłem tak ułożyć siebie, aby wytrysk mój trafił prosto do ust. Masturbowałem się również przyglądając się temu w lustrze. Próbowałem również robić sobie irygacje, ale było to mało przyjemne. Próbowałem również doświadczyć seksu ze zwierzętami. Eksperymentowałem na psach i przekonałem się,* one bardzo lubią onanizowanie ich, łatwo podniecają się i dopominają o powtórzenie podniecenia. Onanizowanie dużego psa jest podniecające, ma on dużą erekcję, obfity wytrysk, wykonuje silne ruchy. O ile samce pobudzanych przeze mnie zwierząt lubiły pobudzanie, to samice na ogół uciekały. Kontakty analne z psami nie były natomiast podniecające i szybko je przerwałem •

268

pacjent pierwszy kontakt heteroseksualny miał w 23 roku życia, z przyszłą żoną. Współżycie seksualne od początku było udane, nigdy nie miał zaburzeń seksualnych. W trakcie małżeństwa miał 3 romanse z dorosłymi kobietami, przebieg kontaktów był udany. Jeden z romansów trwał 6 lat, do kontaktów dochodziło raz w tygodniu. Z wywiadu uzyskanego od żony pacjenta wynika, iż są dobranym seksualnie i szczęśliwym małżeństwem. Żona (atrakcyjna) uważa, że są związani uczuciowo, a mąż jest bardzo dobrym towarzyszem życia, partnerem seksualnym; ich kontakty seksualne odbywają się 2-3 razy w tygodniu, są bardzo urozmaicone, najczęściej stosują pieszczoty oralno-genitalne przed stosunkiem, różne pozycje, razem osiągają orgazmy. O przeszłości i doświadczeniach dewiacyjnych męża nic nie wie.

Z wywiadu zebranego od obojga małżonków wynika, iż małżeństwo jego rodziców nie jest udane. Matka jest apodyktyczna, dominująca, rygorystyczna, atrakcyjna wizualnie. Ojciec jest typem lekkoducha, bardzo inteligentny, słaby i podporządkowany żonie. Pacjent czuje się podobny psychicznie do ojca. Nauka układała mu się bardzo dobrze. Był celującym uczniem i studentem. W pracy jest lubiany, osiągnął wysoką pozycję zawodową. Z rówieśnikami miał dobrą więź, ma wielu znajomych i przyjaciół. Małżonkowie prowadzą dom otwarty, w którym zawsze jest wiele gości.

Badania somatyczne nie ujawniły żadnych nieprawidłowości. Narządy płciowe mają prawidłową budowę i wielkość. Test stymulacji wizualnej wykazał wysoki poziom libido u badanego; najwyższy poziom reaktywności dotyczył bodźców o treści pedofilnej, heteroseksualnej oraz zoofilnych. Iloraz inteligencji: 140. Według testu Rorschacha pacjent ma również wysoki poziom intelektualny, wyobraźni, zainteresowań interpersonalnych i seksualnych. Liczne były skojarzenia o treści pedofilnej (10%), regresywnej. W rysunku mężczyzny badany ujawniał postawy obronne, zaznaczone były cechy seksualne oraz różne natury: dziecka, supermena, silnego mężczyzny. W rysunku kobiety badany zaznaczył cechy seksualne, pedofilne, dyspozycyjność seksualną. W rysunku własnej osoby podkreślił rolę intelektualną, sprzeczną samoocenę.

W testach projekcyjnych i w teście uzupełniania zdań badany wykazał sprzeczną samoocenę, wysoką erotyczną ocenę roli seksualnej kobiet, dziewczynek, chłopców.

Analiza jego osobowości pozwoliła stwierdzić dominację orientacji pedofilnej, zespół nie zróżnicowanego obiektu erotycznego, introwersję, nieprawidłowe cechy, regresję, niedojrzałość emocjonalną (rola Dziecka), trudności identyfikacji z rolą męską. Częstym mechanizmem obronnym były wielostopniowa racjonalizacja, regresja, kompensacja, projekcja.

W okresie dzieciństwa badany wychowywał się w konfliktowym środowisku rodzinnym, identyfikował się z podporządkowaną i niedojrzałą osobowością ojca. W domu brak było rygorów wychowawczych i kar wobec badanego. Zainteresowania dewiacyjne zakodowały się we wczesnym dzieciństwie. W wieku dojrzewania doświadczenia seksualne łączyły się z zachowaniami o typie orgiastycznym. Filozofia życiowa badanego sprowadza się do maksymy „życie jest przyjemne, piękne, trzeba wszystkiego spróbować, zwłaszcza w seksie”. Rola zawodowa, rodzinna, społeczna, małżeńska były podporządkowane globalnej potrzebie przyjemności i zabawy, orgiastycznemu seksowi. Wysoki poziom intelektualny badanego i zdolności manipulacyjne pozwoliły badanemu uniknąć sytuacji przykrych i konfliktu z prawem. Na zakończenie mogę dodać, iż po 3-letniej terapii (leczenie antyandrogenami, terapia awersyjna, psychoterapia oraz psychoterapia małżeńska) pacjent został wyleczony i pozostaje jedynie pod kontrolą ambulatoryjną.

KAZIRODZTWO

'Kazirodztwem (łac. incestus — splamiony) określa się współzycie seksualne między spokrewnionymi osobami/Stopień pokrewieństwa określają normy prawne. W polskim kodeksie karnym w artykule 201 stwierdza się:

269

dopuszcza się obcowania płciowego w stosunku do wstępnego, zstępnego przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, podlega karze pozbawienia wolności/od 3 miesięcy do 5 lat!/ Ustawodawca przez pojęcie „obcowanie płciowe” rozumie zarówno stosunek seksualny, jak i inne zachowanie seksualne, np. petting, pieszczoty oralno-genitalne.

Normy prawne bywają jednak zróżnicowane i zmienne w różnych kulturach. Mogą też pociągać za sobą nieprzewidziane następstwa; i tak np. synody biskupie ustaliły w X wieku zakaz współzycia między krewnymi aż do 7 stopnia pokrewieństwa. Te decyzje wynikały zapewne z rozpowszechnienia kontaktów kazirodczych, które biskupi pragnęli ograniczyć, zdecydowanie poszerzając granice „ochronne”. Nie przewidzieli jednak, że może to stać się dla innych wygodnym pretekstem do unieważnienia małżeństwa. I tak się w tym przypadku stało. W rodach arystokratycznych i na dworach monarszych lawinowo rosły liczby unieważnionych małżeństw, które często były zawierane w obrębie rodów w celach politycznych, ekonomicznych itp. Przybrało to rozmiary epidemii. Sprawa stała się na tyle poważna, iż zajął się nią Sobór Laterański w 1215 roku. Wprowadzono korektę i zredukowano kryterium kazirodztwa do 4 stopnia pokrewieństwa.

Powszechnie uważa się, iż kazirodztwo jest zjawiskiem rzadkim, a tabu kazirodztwa obejmuje wszystkie kultury. Istnieje ono również w przyrodzie.

W świecie zwierząt spotykamy się z unikaniem kontaktów seksualnych w przypadku rodzin zwierząt długotrwale zajmujących się potomstwem, a także z przykładami wrodzonego mechanizmu. W dawnych dziejach związku kazirodcze z reguły były potępiane. Brown (1952) na podstawie badania 110 społeczeństw stwierdził, że tabu kazirodztwa jest powszechne. Są jednak wyjątki. W przeszłości związki kazirodcze nie należały do rzadkości i były nawet prawnie sankcjonowane. Dotyczyło to jednak z reguły władców i arystokracji, np. w starożytnym Egipcie, Persji, u Inków, w Fenicji wolno było zawierać związek małżeński między ojcem i córką, synem a matką. Najczęst-

sze były małżeństwa zawierane między rodzeństwem (np. w Birmie, Syjamie, u Celtów, Kalangów z Jawy, mieszkańców Tajwanu).

Motywy kazirodcze spotykamy również w wielu mitologiach. Były one różnie oceniane. Szczególnie bogata w te motywy jest mitologia grecka. Znane są głównie historie Edypa i jego matki (posłużyła ona Freudowi do stworzenia pojęcia kompleksu Edypa), związek Kronosa z siostrą, Zeusa z siostrą, Mirry (córką króla Cypru) z ojcem. Również w Biblii spotykamy się z motywem kazirodztwa:

„Lot wyszedł z Soaru i zamieszkał wraz z dwiema swymi córkami w górach. A gdy mieszkał z córkami w pieczarze, rzekła starsza do młodszej: „Ojciec nasz wprawdzie jest już stary, ale nie ma w tej okolicy mężczyzny, który by przyszedł do nas na sposób wszystkim właściwy. Chodź więc, upoimy ojca naszego winem i położymy się z nim, a tak będziemy miały potomstwo 270

i ojca naszego". Upoily więc swego ojca winem tej samej nocy; wtedy starsza poszła i położyła się przy ojcu swoim, on zaś nawet nie wiedział ani kiedy się kładła, ani kiedy wstała. Nazajutrz rzekła starsza do młodszej; „oto ostatniej nocy ja spałam z ojcem; upóymy go winem także tej nocy i idź ty, i śpij z nim, abyśmy obie miały potomstwo z ojca naszego..." I tak obie córki Lota stały się brzemiennie za sprawą swego ojca".

Motywy kazirodztwa była w tym przypadku potrzeba prokreacji, ale nie wiemy, czy była to jedyna potrzeba i czy nie kryły się tu inne motywy.

W każdym razie Lot będąc odurzony alkoholem zdawał się nie wiedzieć o niczym. W wielu mitologiach nie ma wątpliwości, iż motywy kontaktów kazirodczych bywały różne: namiętność, pożądanie, potrzeba zemsty i odwetu. Zdarzały się kontakty kazirodcze w formie zgwałcenia, różnego szantażu, dobrowolne.

W większości kultur i religii świata spotykamy się z zakazem kontaktów kazirodczych. Do dziś trwają między uczonymi dyskusje, z czego one wynikały. Niektórzy twierdzą, że z wrodzonych mechanizmów, inni (większość) skłaniają się ku mechanizmom kulturowym. Zakazy te były jednak nie zawsze respektowane i dlatego w każdej historii kultury spotykamy różne przykłady związków kazirodczych. Najczęściej dotyczyły one ojców i córek oraz braci z siostrami. Nie zapominajmy o tym, że kontaktom tym sprzyjały nader prozaiczne często przyczyny, np. spanie całej rodziny w jednym łóżu, wpływ alkoholu, brak czułych relacji między ojcami a córkami. W tym ostatnim przypadku córki były traktowane jako kobiety z poczuciem dystansu ze strony ojców, a brak więzi uczuciowych nie sprzyjał hamowaniu potrzeb seksualnych.

Świeckie prawodawstwo wprowadzało przepisy karne zabraniające kontaktów kazirodczych: w Szkocji w 1567, w Anglii w 1908, a w Kanadzie w 1892 roku.

Różne też bywają klasyfikacje i terminologie kazirodztwa. Najczęściej wyróżnia się .kazirodztwo endogamiczne („prawdziwe”), czyli związki między blisko spokrewnionymi osobami jak: rodzice — dzieci, dziadkowie — wnuki i wnuczki, bracia

Jie dotyczy dalszego stopnia pokrewieństwa, np. wujka i siostrzenicy^Wyodrębnia się również ^kazirodztwo proste (np. ojciec — córka) i wielopostaciowe (np. ojciec — córka, ten sam ojciec — syn, brat z siostrą w tej samej rodzinie). /

Istnieje rozbieżność między ujawnionymi a ukrytymi przypadkami związków kazirodczych. W Polsce rocznie skazuje się średnio 20 osób za tego

! "odzaju przestępstwa. Przepuszcza się jednak, iż dysproporcja między tymi ujawnionymi a ukrytymi faktami jest duża. O tej rozbieżności mówi się obecnie coraz częściej, przeprowadzono w wielu krajach dokładne badania różnych Populacji. Dla przykładu podam kilka wyników takich badań:

271

- infantylne dla danego wieku zachowania, fantazje,
- nietypowe dla wieku zachowania seksualne,
- pogorszenie relacji międzyludzkich.

Wskaźniki zachowań rodziców:

- nadmiernie opiekuńcze postawy wobec dziecka,
- używanie alkoholu, narkotyków,
- izolowanie się rodziny,
- obniżona samoocena,
- przypisywanie dziecku predyspozycji do prostytuowania się czy innj seksualnych zachowań.

OSOBOWOŚĆ SPRAWCÓW

Związki kazirodcze między ojcami a córkami należą do najeżę spotykanych i dlatego badacze poświęcili im najwięcej uwagi. Badano osobowość ojców, matek i córek w tych rodzinach.

Weiner (1962) stwierdził, że większość ojców-sprawców intelekt nie[^] zaburzony. Częste natomiast były: oburzenia identyfikacji z rolą męś nieświadome cechy homoseksualne i pedofilne. uzależnienie od alkoholu, tyranizowanie członków rodziny.[^])

Z badań przeprowadzonych w latach osiemdziesiątych w USA (Julian wynika, że większość ojców była w wieku 35 -44 lat, 90% miała wykształcenie średnie i wyższe, 35% z nich molestowano seksualnie w dzieciństwie, nawiązało kontakty z córkami liczącymi 10-13 lat, 35% z córkami w i 14-17 lat, a 12% z córkami do 9 roku życia. U ojców często stwierdzono więzi uczuciowe z rodzicami, nieprawidłowe cechy osobom wysoki poziom dominacji, tendencje paranoidalne, trudności w życiu seksualnym z dorosłymi kobietami, izolację społeczną, konfliktowe relacje z żonami. Z badań przeprowadzonych w latach osiemdziesiątych i na początku lat dziewięćdziesiątych wynika, że ojcowie często mieli pedofilne zainteresowania i lęki wobec współżycia z dorosłymi kobietami. Zainteresowanie seksualne wynikało również z erotycznych fantazji na ich temat, unikania współżycia przez żony. U wielu ojców istniał tzw. kryzys wieku średniego, niepowodzenia w pracy zawodowej i trudności materialne. Układ ojciec-córka często wymierzony w matkę, a ojciec wybiera do tego celu córkę najbardziej bierną, która nie potrafi się bronić.

/ Żony tych mężczyzn często są bierne, uzależnione, depresyjne, mają więzi uczuciowe z mężem i z dzieckiem, w życiu seksualnym nie odczuwają satysfakcji i starają się unikać zbliżeń. Córki-ofiary pedofilnych ojców, są w nich zakochane, świadome znaczenia swoich wartości erotycznych.

274

An Tyler, terapeuta rodzinny z Salt Lake City w USA (1986), stwierdza, że osobowość ojców-kazirodców różni się kilkoma cechami od osobowości ojców stosujących przemoc fizyczną bez podtekstu seksualnego i ojców normalnych. Do takich wniosków doszła autorka oceniając po 20 ojców z wymienionych grup. W grupie ojców-kazirodców odnotowano: wyższy średni wiek (34,7 lat), niedzielną dietę, doznanie przemocy seksualnej w dzieciństwie, nadużywanie alkoholu, złe przystosowanie małżeńskie, wysoki poziom stresu, natomiast niższy poziom empatii i samooceny.

Toulouse po przebadaniu takich związków kazirodczych (1982) stwierdził, że w wielu przypadkach wyrażają one patologię rodzinną, są w zasadzie środkiem służącym utrzymaniu rodziny, sposobem na uniknięcie jej rozpadu. Powstaje specyficzna więź rodzinna, traktowana jako wzajemne należenie do siebie z prawem do gwałtu włącznie. Wymaga to zachowania tajemnicy. Uderzające, że członkowie rodziny pozostają wierni mitowi rodzinnej harmonii, a zachowanie tajemnicy jest potrzebne, aby wina nie spadła na wszystkich. W tych związkach matka podświadomie przekazuje córce „prawo uwiedzenia” ojca, czyli zastąpienia jej w roli seksualnej, której sama nie chce lub nie może pełnić, godziny takie zamykają się w sobie, izolują od otoczenia. Matka wyłącza się z relacji małżeńskich, a wobec córki ujawnia sprzeczne uczucia.. Seks jest tematem tabu^^Matka udaje, że nic nie wie./Rezygnując z roli żony, w większym stopniu/zajmuje się organizacją życia rodzinnego/Wiele matek terroryzuje rodzinę swymi hipochondrycznymi postawami. Rola ojca jest niejasna. Nie jest on w pełni ani jęzern. ani ojcem. Autor stwierdza, że ten rodzaj więzi kazirodczych jest wybranym środkiem do uniknięcia rozpadu rodziny i służy zachwianej równowadze. />

Zrozumiałe, iż w tym przypadku wyjściem z sytuacji jest leczenie całej rodziny, a szczególnie poprawienie relacji między matką a córką. Zdarzają się również związki kazirodcze ojców z córkami wiążące się z różnymi formami dewiacyjnymi, np. z fetysyzmem, urolacją, sadyzmem, masochizmem itd. Niekiedy dochodzi do rozbudowanych rytuałów i zachowań seksualnych. W przypadku spraw sądowych ofiary na ogół rzadko przyznają się do zachowań dewiacyjnych, poprzestając na oskarżeniu o zgwałcenie czy zmuszenie do stosunków seksualnych. Często poczucie wstydu, zażenowania hamuje pełne wyznanie. Należy również pamiętać o tym, że CZEŚĆ oskarżeń o różne dewiacyjne zachowania ojców nie zawsze jest Prawdziwa. Niekiedy córki, które uwolniły się ze związków z ojcem, oskarżają <° ° różne czyny, kierując się poczuciem zemsty, agresją, pragnieniem Pozbycia się go z domu na wiele lat. Inne pragną w ten sposób uwolnić się od P°czucia winy za współudział we współżyciu z ojcem. Badania seksuologiczne sprawcy i ofiary w takich przypadkach bywają nader trudne i złożone. °wiek większość znanych mi zachowań dewiacyjnych w tego typu

275

związkach wiązała się z zaburzonymi osobowościami ojców, ich uzależnieniem od alkoholu, to jednak spotykałem się z przypadkami braku rozpoznania psychopatologicznych. U ojców dominowały potrzeby dewiacyjne których nie mogli zrealizować we współżyciu z żonami, innymi dorosłymi kobietami i stąd wybór córek jako obiektów współżycia. -

Badacze zgodnie stwierdzają, że związki kazirodcze matek z dziećmi należą do najrzadziej spotykanych.

Elliott i Peterson (1994) podają, że u matek, które można podejrzewać o wykorzystywanie seksualne swoich dzieci, /stwierdza się w wywiadzie nieudane życie rodzinne, w przeszłości były one /Ofiarami seksualnego wykorzystania, zawarły poehopnie małżeństwo, ich małżeństwo jest nieudane, zaniedbują obowiązki, są uzależnione, mają niezaspokojone potrzeby bezpieczeństwa, władzy, bliskości, są izolowane od rodziny i przyjaciół, nie mają partnera seksualnego lub mają wielu partnerów, mają zaburzenia emocjonalne, osobowości.,

W piśmiennictwie przedstawiane są związki kazirodcze z synami w różnym wieku. Najczęściej synowie liczą ponad 14 lat. Są doniesienia o współ-

życiu matek z synami młodszymi. Ira Chasnoff z Chicago (1986) opisuje trzy przypadki relacji seksualnych między matkami a synami w wieku do 2 lat. Należy dodać, iż u tych matek rozpoznano zaburzenia osobowości, narkomanię, uzależnienie od alkoholu.

Poza związkami między ojcami a córkami, do najczęściej spotykanych należą /wiązki seksualne między rodzeństwem. /Badacze podają bardzo rozbieżne dane. I tak np. Hunt (1974) stwierdza, że na 1800 badanych osób 4% ujawniło tego typu kontakty. Finkelhor (1982) podaje, że 15% dziewcząt i 10% chłopców ma tego typu doświadczenia. W 75% przypadków dotyczyło to wieku powyżej 8 lat, a w 35% powyżej 12 lat. Dominowały relacje brat-siostra (74%). Relacje homoseksualne najczęściej dotyczyły ofiar w wieku 9- 12 lat. W 67% związków między braćmi a siostrami starsi wiekiem byli bracia.

W relacjach heteroseksualnych forma kontaktów seksualnych korelowała z wiekiem ofiary. W przypadku dzieci do 8 lat — w 40% dochodziło do pieszczot narządów płciowych, w 53% do seksu oralnego, a w 5% do stosunku. U ofiar w wieku powyżej 12 lat — seks oralny dotyczył 64% przypadków, a stosunki — 118%. 27% tych związków trwało ponad rok, ale w 2 przypadkach więź seksualna była kontynuowana ponad 10 lat.

Do czynników sprzyjających powstaniu tego typu związków, zdąnjgJ13 badaczy, należą:

- fizyczna lub emocjonalna nieobecność w domu jednego lub obojrodziców,
- pełnienie przez sprawcę roli rodzica wobec ofiary,
- trudności w uzyskaniu akceptacji przez rówieśników, w znalezieniu sobie partnera,
- czynniki sytuacyjne, psychopatologiczne, homoseksualizm, dewiacje.

Finkelhor badał wpływ tego typu związków na życie seksualne kobiet w wieku dojrzałym. W porównywaniu z kobietami bez doświadczeń kazirodczych, mają one w wieku 18-23 lat więcej doświadczeń seksualnych (proporcja 44 do 72%) oraz częściej współżyją seksualnie. Znamienne jest to, że w wielu przypadkach relacje uczuciowe między rodzeństwem w tych związkach były pozytywne.

NASTĘPSTWA DOŚWIADCZEŃ KAZIRODCZYCH

Zakres oraz rodzaj możliwych następstw doświadczeń kazirodczych zależą od wielu czynników. Wymienię najważniejsze z nich: wiek dziecka, rodzaj pokrewieństwa, relacja uczuciowa między sprawcą a ofiarą, czas trwania związku kazirodczego, rodzaj zachowań seksualnych sprawcy, w jakiej mierze udział ofiary był dobrowolny, prowokujący, a w jakiej wynikał z zastosowania przez sprawcę przemocy seksualnej.

Siefer (1984) uważa, że najwięcej mówi się o następstwach doświadczeń kazirodczych w relacji ojciec-córka i jest to oczywiste, zważywszy, że ta forma kazirodztwa należy do najczęściej spotykanych. Należy jednak pamiętać o innych, bardziej zawoalowanych, a nawet symbolicznych formach kazirodztwa, które również wywierają wpływ na rozwój psychoseksualny ofiary. Jako przykład autor podaje zakładanie córkom przez matki tamponów, karmienie dziecka piersią do 4 - 5 roku życia, pozbawienie dziecka warunków intymności w życiu rodzinnym.

Autor wyodrębnia/ffzy grupy objawów towarzyszących związkom seksualnym/między dziećmi a dorosłymi, które bardzo często mogą sygnalizować otoczeniu możliwości zaistnienia kazirodztwa:

- Objawy psychiczne: tendencje samobójcze, prostytutka dzieci i młodzieży.
- Specyficzne zachowania: otrzymywanie pieniędzy od sprawcy, drastyczne zmiany w przebiegu nauki, lęk, bezsenność, depresja, lęki ujawniane w szkole przed powrotem do domu, zachowanie nieadekwatne dla wieku biologicznego dziecka, ucieczka z domu, zamknięcie się w sobie, milczenie, trudności w zachowaniu dyscypliny szkolnej, pogorszenie relacji z rówieśnikami.
- Objawy somatyczne: specyficzne bóle brzucha, ciąża, choroby przenoszone drogą płciową, zaburzenia chorobowe w obrębie narządów

277

moczowo-płciowych, bolesność przy oddawaniu stolca u chłopców urazy ciała.

Cooper i Cormier (1990) na podstawie przeglądu światowego piśmiennictwa stwierdzają, że do najczęściej spotykanych następstw doświadczeń kazirodczych należą:

prostytuowanie się w przyszłości,
stosowanie przemocy seksualnej wobec innych w późniejszym wieku,
nerwice, depresje, zaburzenia psychosomatyczne i psychiczne,
obniżenie samooceny, poczucia własnej wartości,
zaburzenia identyfikacji z rolą męską czy kobiecą,
agresja, oziębłość, promiskuityzm w życiu seksualnym.

Zdaniem autorów wymienione następstwa nie zachodzą jednak u wszystkich ofiar zachowań kazirodczych. Do czynników sprzyjających głębszym i bardziej negatywnym następstwom kazirodztwa należą: młody wiek ofiary, zachowania seksualne o bardzo ekspresyjnym i bogatym charakterze, sadystyczne, homoseksualne, głęboka patologia rodziny/Te negatywne następstwa dodatkowo utrwalają takie czynniki, jak np. przykry przebieg śledztwa 1 procesu sądowego, ujawnienie tego w mass mediach, błędne postawy członków rodziny, środowiska, służby zdrowia. Ponadto, do negatywnych następstw o poważnym charakterze należy ciąża. Może ona zmienić życie ofiary kazirodztwa, a również wiąże się z wysokim ryzykiem różnych nieprawidłowości genetycznych, wysokiej śmiertelności, opóźnienia rozwoju psychicznego dziecka. Urodzenie dziecka i wychowywanie go w tego typu rodzinie zmienia sens relacji rodzinnych, ponieważ dziecko urodzone np. ze związku ojca z córką jest dla niej zarówno dzieckiem, jak i rodzeństwem; podobne komplikacje z uwagi na pokrewieństwo dotyczą innych członków rodziny.

Jednym z następstw doświadczeń kazirodczych są samobójstwa. Trudno ocenić zakres tego zjawiska, nie we wszystkich bowiem przypadkach zostawiane są listy i, notatki sugerujące taką przyczynę odebrania sobie życia. Z kolei wiele osób uratowanych również nie ujawnia motywacji zamachu samobójczego.

Pichot i Alvin ze szpitala Bicetre we Francji (1983) badając 20 dziewcząt w okresie dojrzewania, hospitalizowanych w wyniku następstw kazirodztwa z ojcami stwierdzają, że 18 dziewcząt ujawniło tendencje samobójcze, 8 cechy depresyjne, 4 wymioty, 4 problemy z nauką, 8 zaburzenia psychosomatyczne. 2 narkomanię. Pichot (1986) na podstawie późniejszych badań 21 dziewcząt z tego samego szpitala podaje, że u 18 z nich występowały tendencje samobójcze, u 8 depresja, u 8 zaburzenia psychosomatyczne, u 5 wymioty, a u 5 problemy z nauką.

278

Najwięcej badań przeprowadzono w populacjach dorosłych kobiet, oceniając odległe następstwa doświadczeń kazirodczych. Ograniczę się do przedstawienia wyników badań przeprowadzonych u większych populacji Kobiet.

Becker i wsp. (1986) przeprowadzili badania populacji 372 kobiet na Uniwersytecie Columbia w Nowym Jorku. 54% z nich było samotnych, 15% rozwiedzionych lub żyjących w separacji, a 31% zamężnych. Zaburzenia seksualne miało 41,4% (152 kobiety). W porównaniu z grupą kontrolną — 99 kobiet — u tych ostatnich zaburzenia seksualne ujawniało 92,8% kobiet.

Spośród 152 kobiet — 31% miało dwa zaburzenia, 23% trzy, 10% cztery, a 2,6% pięć różnych zaburzeń. Natomiast w grupie kontrolnej 76,5% kobiet miało jedno zaburzenie, a 23,5% dwa.

Porównanie populacji kobiet mających i nie mających doświadczeń kazirodczych prowadzi do następujących wniosków: wśród 41% kobiet z przeszłości kazirodczą występowały zaburzenia seksualne, w porównaniu z grupą kontrolną były one głębsze i wielokrotne. Wpływ na ten stan rzeczy miały głównie niższy poziom wykształcenia tych kobiet oraz urazowe relacje ze sprawcami. Caranon i wsp. (1986), z Uniwersytetu w Północnej Dakocie, na podstawie badania 57 dorosłych kobiet, które w przeszłości miały doświadczenia kazirodcze, stwierdzili, iż znamienne częściej występowały u nich: obniżona samoocena i negatywne relacje heteroseksualne. Pewne cechy temperamentu (alienacja, zmienność nastrojów, obniżona samoocena, dyskomfort) stwarzały predyspozycję do zachowań kazirodczych.

Wielu badaczy uważa, iż doświadczenia kazirodcze mogą sprzyjać rozwojowi orientacji homoseksualnej, pedofilii, sadyzmu, stosowania przemocy seksualnej wobec dzieci, zachowań kazirodczych. Mogą również wywołać różne zaburzenia psychiczne. Jednym z nich jest np. fichtillomania (Singh 1989)7 Jest to nerwica natręctw, polegająca na przymusie kręcenia i wyjiwania własnych włosów.

Najbardziej urazowe i negatywnie oddziałujące w przyszłości okazują się związki kazirodcze między ojcami a córkami, następnie między matkami a synami, potem między rodzicami a synami. Najmniej urazowe okazują się związki między rodzeństwem. Podobnie negatywnie oddziałują formy przemocy seksualnej oraz pełne kontakty seksualne w kazirodczych relacjach. Poza zaburzeniami w rozwoju psychoseksualnym doświadczenia kazirodcze utrudniają nawiązywanie pozytywnych relacji partnerskich, tworzenie życia rodzinnego. a u wielu kobiet sprzyjają powstaniu wielopostaciowych zaburzeń seksualnych o trwałym charakterze.

279

NIETYPOWE KAZIRODZTWO

Doris Jacobson, profesor Uniwersytetu w Los Angeles, zajmuje się analizą nietypowych i coraz częściej spotykanych relacji seksualnych w rodzinach amerykańskich. Dotyczy to sytuacji, kiedy pod jednym dachem zamieszkują dzieci z poprzednich małżeństw mające ojcymów i dziadków z nowych układów rodzinnych. Nie są to związki o biologicznym pokrewieństwie. Czy seksualna relacja niebiologicznego dziadka z dojrzewającą wnuczką jest kazirodztwem? Okazuje się, że należy na nowo definiować, jakie relacje można uznać za kazirodcze. Ponadto skomplikowane związki rodzinne (np. trzeci ojciec a córka z drugiego małżeństwa czwartej żony) wprowadzają nowe relacje między członkami rodziny, zarówno uczuciowe, jak i seksualne. Takich

nietypowych związków jest coraz więcej.

Tabu kazirodztwa i przemocy seksualnej —Joan A. Nelson i Jean-Ric Meller (1999)

Ciekawostki kulturowe

- U afrykańskich Bohindu (Westermarck 1889) wszystkie dzieci urodzone tego samego dnia w tej samej wiosce traktowane były jako rodzeństwo i nie mogły się ze sobą żenić.
- W społeczności Indian Navajo zakaz małżeństw między sobą obejmował wszystkich członków klanu matki i ojca (Diamond 1992).
- W niektórych kulturach mężczyźni nie wolno poślubić wdowy po swoim bracie. W innych, małżeństwo to było nie tylko dozwolone, ale i obowiązkowe, jeżeli kobieta była do tego czasu bezdzietna.
- Naliczono 96 różnych społeczeństw, w których dozwolone są jakieś formy aktywności seksualnej między członkami rodziny (Fox 1990).
- W wielu cywilizacjach starożytnych małżeństwa kazirodcze były legalne — np. Persja, Egipt.
- Do niedawna, wśród amerykańskich Mormonów poza Kościołem zawierano małżeństwa kazirodcze.

[Wystrzeganie się kazirodztwa ma podłoże biologiczne. Dzieci z tych związków zdecydowanie częściej mają wady genetyczne.]

- Z kazirodczą miłością i małżeństwem syna z matką spotykamy się w micie o Edypie Homera.
- W Starym Testamencie opisane jest prawo karania śmiercią za kazirodztwo.
- Według Talmudu, dziecko płci żeńskiej w wieku „trzech lat i jednego dnia" mogło być zaręczone przez stosunek seksualny za zgodą ojca. Mimo że stosunek płciowy z dzieckiem mającym mniej niż 3 lata nie zobowiązywał do małżeństwa, nie był też nielegalny (Rush 1980).

- W chrześcijaństwie granica 3 lat była podniesiona do 7. Stosunek z dzieckiem młodszym także pozostawał bez znaczenia.
- Realna walka z kazirodztwem w USA zaczęła się dopiero w XVIII i XIX wieku. Wtedy jednak niemal każda ekspresja seksualna była uważana za występki. Odpowiedzialnością za prawie każde zdarzenie u dzieci, chorobę psychiczną czy problem społeczny obarczano masturbację. U chłopców miała ona wywoływać szaleństwo i wczesną śmierć, a u dziewczynek doprowadzać do nimfomanii i prostytucji.

Prawo współczesne o kazirodztwie

- We Francji i w Japonii kazirodztwo między dorosłymi nie jest przestępstwem.
- W 1976 roku Szwecja była bliska dopuszczenia prawa legalizującego małżeństwa między rodzeństwem (Engström 1976).
- W USA kazirodztwo jest nielegalne, małżeństwa kazirodcze są nieważne, a w przypadku posiadania dzieci rodzice podlegają karze więzienia.
- W 1977 roku Victoria Pittorino i David Goddu zawarli związek małżeński. Odkryto, że byli oni rodzeństwem, rozdzielonym i wychowywanym przez różne rodziny. Przywołano prawo z 1695 roku, wg którego podlegali oni karze pozbawienia wolności do 20 lat.

Zamiast tego, pozwolono im żyć razem tak długo, jak długo nie będą popełniali kazirodztwa.

- Również w 1977 roku 20-letni Christopher Lillie poślubił swoją matkę, 42-letnią Jean Marie Lillie (Christopher dorastał w przybranej rodzinie). 7.01.1980 roku sędzia J. M. H. Willis skazał oboje na 5 lat pozbawienia wolności, ale zawiesił wyrok w zamian za 10 lat „dobrego zachowania”. W tym okresie nie mogli spotykać się ani komunikować.

Prawo USA o kazirodztwie

- Związek krwi jest wstępnym warunkiem do oskarżenia o kazirodztwo tylko w Kalifornii, Dystrykcie Kolumbia, na Florydzie, Hawajach, w Indianie, Kansas, Louisianie, Maryland, Minnesocie, Nevadzie New Mexico, Nowym Yorku i Płn. Dakocie.

281

- Stany, w których do orzeczenia kazirodztwa konieczne jest stwierdzenie zajścia stosunku (penetracji) dopochwowego: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Kalifornia, Delaware, Dystrykt Kolumbia, Floryda, Georgia, Hawaje, Idaho, Indiana, Kentucky, Louisiana, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Missisipi, Missouri, New Hampshire, Nevada, New Mexico, North Carolina, Oklahoma, Utah, West Virginia.

- W niektórych stanach za kazirodztwo karze się pozbawieniem wolności w różnym wymiarze, np. w Indianie do 18 miesięcy, w Delaware do 2 lat, w Illinois od 4 do 15 lat, w Kansas od 2 do 10 lat, a w Płd. Carolinie 10 lat lub więcej.

Dzieci i kazirodztwo

- Rodziny, w których dochodzi do kazirodztwa, są bardzo często naznaczone alkoholizmem, zaburzeniami psychicznymi oraz innymi problemami społecznymi. Dzieci w tych rodzinach są często ofiarami molestowania lub przemocy fizycznej (Yates 1982).

- Nie jest obecnie znany wpływ kazirodztwa na dalsze życie dzieci. Żadne badania nie zgromadziły odpowiedniej grupy kontrolnej (Weitzel et al. 1978).

- W rodzinie kazirodczej bardziej patogeniczny od samych zachowań seksualnych jest jej kształt, panujące stosunki (La Barbera et al. 1980).

- „Wiele dzieci wydaje się nie uznawać doświadczeń kazirodczych jako wysoce nieprzyjemnych czy traumatycznych, lecz opisuje to raczej łagodnie i w sposób rzeczowy.” (Weitzel et al. 1978).

- „Największą krzywdą wynikającą z kazirodztwa nie jest akt seksualny sam w sobie, lecz przekonanie dziecka, że ta forma seksualności jest niewłaściwa i krzywdząca.” (Margolin 1986).

- Money: „Dla młodego uczestnika kazirodztwa ciężar dyskrecji i oszustwa może równie dobrze być większym cierpieniem niż samo doświadczenie seksualne. Jeżeli w erotycznie aktywnym związku kazirodczym istniała więź, to odkrycie, rozwiązanie partnerstwa, a nie partnerstwo samo w sobie, może być źródłem urazu. Takie realia psychologiczne nie mają jednak znaczenia w prawie. [•••]

Bycie dewiantem seksualnym jest jak bycie dewiantem religijny01 w społeczeństwie wyznającym jedną religię. Większość ludzi nie radzi sobie z tym.” (Williams and Money 1980).

- Istnieje specyficzna konsekwencja, o której donosi wielu nauko

wców (BenderiBlau 1937; Rogersi Weiss 1953; Kriegeretal. 1980; Yates 1982). Mianowicie, u dzieci uczestniczących w kazirodztwie stwierdza się wczesne ukształtowanie świadomości seksualnej i tożsamości erotycznej. Yates stwierdza, że u dzieci mających za sobą przeszłość kazirodczą rozwija się wczesna odpowiedź erotyczna, która zwykle jest źródłem problemów w rodzinach zastępczych. Finkelhor (1980) zaprezentował obserwację 796 studentów 6 college'ów i uniwersytetów z New England; 15% kobiet i 10% mężczyzn donosiło o jakimś rodzaju doświadczeń seksualnych z rodzeństwem. Około 1/3 z tych doświadczeń była oceniana przez badanych pozytywnie.

282

Jako przykład relacji kazirodztwa w orzecznictwie sądowo-seksuologicznym podaję własną opinię w tego typu sprawie:

Dane z akt sprawy: S. G. Podejrzany jest o to, że:

- w kwietniu 1979 r. w Warszawie używając przemocy i groźby zmusił swą 13-letnią córkę do poddania się czynom nierządnym, przy czym działał ze szczególnym okrucieństwem,
- w okresie od 1973 r. do grudnia 1980 r. w Warszawie znęcał się fizycznie i moralnie nad swoją żoną oraz dziećmi, bijąc ich i znieważając słowami obelżywymi, to jest o czyny z art. 168 § 2 k.k. i 175 k.k. w zw. Z art. 10 § 2 k.k. i art. 184 § 1 k.k.

Z protokołu z dnia 5.12.1980 r.:

K.G. zeznała: „mąż mój dopuścił się obcowania płciowego z 12-letnią wówczas naszą córką oraz zmuszał ją, aby była obecna w czasie, gdy dopuszczał się czynu nierządnego, wbrew mojej woli, wobec mnie i także dwukrotnie zmusił mnie i naszego wówczas 15-letniego syna do obcowania płciowego. Mąż był przy tym zawsze obecny i również uczestniczył w spółkowaniu. Był wtedy zawsze pod wpływem alkoholu (...), zastraszał nas (...), córka usiłowała odebrać sobie życie”.

Z protokołu przesłuchania M. G. (3 — 5):

„Ojciec mój dawno pije alkohol (...), wszyscy boimy się ojca, bo np. kiedyś chciał pociąć R. żyłką, gasił papierosy na ciele, kopał mamę, wyrywał jej włosy (...). Ojciec tak strasznie zachowuje się od 7 lat (...), ojciec kazał, abym spała w ich łóżku i patrzyła, co oni robią. Wszyscy byliśmy rozebrani i odkryci, ojciec leżał na matce i wkładał mamie (...), chciało mi się wymiotować (!), kazał mi się położyć i kazał mamie przynieść krem Nivea, wysmarował mi kremem tę dziurkę 'Położył się na mnie i chciał mi włożyć, ale nie mógł, wpychał (...). Jeszcze wcześniej pokazywał TM członka. mówił, abym go wzięła za członka i przesuwawa ręką, pokazał, jak mam to robić. Robiłam to chyba z 15 minut.”

Z protokołu przesłuchania R. G. (6-7):

„Ojciec kazał, abym się przyglądał, jak on odbywa stosunek płciowy z matką. Kazał, abym się ra>. położył na mamie. Wtedy swoją ręką włożył mego członka do pochwy mamy, robiłem to odb ^ raZ ""|" SW0Ja- ręk<l przesuwając po moim członku doprowadził do stanu podniecenia (...), r^ Stosunek z mama.> a mnie kazał onanizować się (...), co chwila pytając mnie, czy już mi ' *azał mi znowu spróbować z mamą.”

283

Z protokołu przesłuchania K.G. {8-10):

Od 1972 r. zauważyłam zboczenia seksualne mego męża. Po powrocie z sanatorium ma zaczął stosować takie czyny: wkładał mi do pochwy ugaszone papierosy, przypalał papierosami moje ciało, tj. dotykał palący się papieros do pochwy, wkładał mi członka do kiszki stolcowej Córka zmuszona była do całowania jego członka, w trakcie stosunku ze mną wkładał jej rękę j pochwy.”

Z przesłuchania podejrzanego w dn. 11.12.1980 r.:

Treść przedstawionych mu zarzutów zrozumiał, nie przyznaje się jednak do ich popełnienia

Z historii choroby S.C. z poradni odwykowej:

Pacjent był leczony w poradni w latach 1975-1980 z rozpoznaniem „Alkoholizm przewlekły”. W 1976 r. wielokrotnie stwierdzano, że pacjent pije alkohol, w stanach nietrzeźwości bije żonę i dzieci, wypiera się picia. W 1977 r. odnotowano, że po wypiciu alkoholu bywa agresywny, jest bezkrytyczny wobec nałogu.

W licznych pismach i zażaleniach pisanych do prokuratury S.G. tłumaczył, iż zarzuty postawione mu przez żonę są niedorzeczne i absurdalne i wywołane pogorszeniem jej stanu psychicznego.

Badanie seksuologiczne

Badany porusza się swobodnie, siada wygodnie. W dobrym kontakcie. W nastroju wyrównanym. Orientacja pełna, zachowana. Wypowiada się płynnie, wyczerpująco. W trakcie rozmowy czujnie patrzy w oczy, przy omawianiu spraw objętych postępowaniem karnym kontroluje wyraźnie swe wypowiedzi, jest ostrożny, obronny. Objawów psychotycznych nie stwierdzono. Nie przyznaje się do zarzucanych mu czynów, oskarżenia żony tłumaczy jej chorobą psychiczną, a zeznania dzieci wpływem na nie matki: „nie mogę tego zrozumieć, jest to dla mnie najbardziej bolesna w tej sprawie sprawa, byłem przecież dla nich zawsze dobrym ojcem, nie rozumiem, jak mogły tak postąpić, mimo że z pewnością matka musiała długo ich namawiać”. Badany podaje, że urodził się w 1940 r., ojca nie miał. Wychowywany był przez matkę, którą ocenia wysoko: „serce oddane, człowiek pracy, dobry człowiek”, była kucharką w wojsku. pracowała ciężko, nieraz do późnego wieczora. Ocenia siebie jako zewnątrznie i psychicznie podobnego do matki: „mamy wiele wspólnych cech, stosunek do pracy, uszanowanie rodziny, dzieci są dla nas wszystkim”.

Gdy miał 8 lat, matka ponownie wyszła za mąż. Ojczym „od początku był wrogi dla mnie, byłem dla niego znajdą”. Wkrótce urodził się jego przyrodni brat; nie był o niego zazdrosny, opiekował się nim, gdy ojczym odszedł od nich.

Drugie małżeństwo matki początkowo było udane, „gdy ojczym nie pił, to był dusza człowiek”. Stopniowo ojczym coraz częściej pił alkohol — stawał się wówczas agresywny, „wszystkich nas bił, był bardzo zazdrosny o matkę, stale podejrzewał ją o kochanków, chociaż nie było w tym nic prawdy. Matka go kochała, była przygnębiona. Gdy ojczym odszedł od nas, tęskniła za nim, żałowała tego, próbowała go sprowadzić do domu, poszła raz z nami do niego do pracy, ale on nie chciał wrócić. Dotąd mieszka sam. Mój brat nie utrzymuje z nim żadnych kontaktów”- Uświadomiony seksualnie został przez kolegów i „jakieś książki”. Okres dojrzewania biologicznego od 17 roku życia, polucje pojawiły się w 18-19 roku życia. Kompleksów żadnych nie miał. Nigdy się nie masturbował, zaprzecza temu po kilkakrotnym powtórzeniu pytania. Nie miał również snów erotycznych.

Inicjacja seksualna w 17 roku życia, z partnerką niedoświadczoną seksualnie, w altance przebieg stosunku ocenia jako udany. Z partnerką miał jeszcze dwa, również udane stosunki. Rozstali się, „bo mieszkaliśmy w różnych miastach”. Przed żoną miał jeszcze dwie partnerki, stosunki seksualne z nimi były udane. Zjedną z nich chodził ponad rok i nie było współżycia,» ona miała jakieś zwięźenie, ale później zgodziła się i było dobrze”.

284

Żonę poznał w 1958 r. Nigdy jej nie zdradzał. Żona od początku ujawniła duży temperament seksualny, chciała codziennie współżyć, podejrzewała go o zdrady, zwłaszcza od 1963 r., gdy zachorowała w trakcie pierwszej ciąży na schizofrenię. Współżyli w pozycji klasycznej, z małą ilością pieszczot, „bo żona tego nie lubiała”.

Łącznie badany miał 4 partnerki seksualne, które osiągały z nim zadowolenie seksualne, miały orgazmy. Orgazm u kobiety poznawał po „preżeniu się, mętnieniu oczu, przytuleniu do mnie”.

Nie zapobiegał ciąży aż do urodzenia się drugiego dziecka. Później przez krótki czas stosował prezerwatywę, ale żona nie zgadzała się na to, bo „nic nie czuła” i zaczął stosować stosunki przerywane.

Badany podaje, że nigdy nie miał trudności ani zaburzeń seksualnych, zaprzecza kontaktom

homoseksualnym, sadystycznym itp. Poziom własnych potrzeb seksualnych określa jako: jeden raz w tygodniu na początku małżeństwa, później raz na dwa tygodnie, a „żona nie może się z tym pogodzić i dlatego, czując się nie zaspokojona, oskarża mnie o takie różne rzeczy”.

Potrzeby seksualne odczuwa. Erekcje ranne występują bardzo rzadko od około 1970 r. Erekcji samoistnych dziennych „nigdy nie miałem”, polucje są rzadkie. Alkohol nie działał na niego pobudzająco seksualnie.

Pornografii nie oglądał, „bo to wstrętne”. Pytany o ocenę kobiet odpowiada po dłuższej przerwie, bardzo ostrożnie, powoli: „to trudne pytanie, po takich przeżyciach zwłaszcza”. Jako cechy świadczące o kobiecości podaje: „ładna, drobna figura, czysta, dbająca o siebie”. Cechy męskości: „umysłowo jasny, kierujący myśleniem, świecący przykładem”.

Pytany o alkohol podaje, iż „piłem rzadko, w towarzystwie, nie upijałem się, to żona robiła mi opinię pijaka”.

Pytany o zarzucane mu czyny, ponownie zaprzecza, demonstruje oburzenie na taki rodzaj zachowań seksualnych, które ocenia jako zboczone i nienormalne.

Badania somatyczne

Budowa narządów płciowych prawidłowa. Jądra obecne w worku mosznowym, prawidłowej wielkości i konsystencji. Odruchy czuciowe, nosidlowe zachowane, prawidłowe.

Skala bodźców seksualnych

Akceptuje pocałunki i stosunki w pozycji klasycznej. Odrzuca inne pozycje, pieszczoty oralno-genitalne, oceniając je: „to nienormalne, ohydne, wstrętne, nie dla mnie”. Pieszczoty łechtaczki nie są mu znane, nie potrafi określić, czy ocenia je jako normalne, prawidłowe.

Test stymulacji wzrokowej

Badany reaguje wolno narastającym podnieceniem i erekcją na stymulację wzrokową, w tym również na pieszczoty oralno-genitalne.

Test projekcyjny Rorschacha

Poziom intelektualny dobry. Myślenie konkretne, rzeczowe. Wyraźne cechy tłumienia, wypierania emocji. W treści myślenia dominuje sfera seksualna, a szczególnie wiążąca się z płciowością kobiety.

Test rysunku postaci

Analiza postaci męskiej ma cechy obronne, wyraża potrzebę niezależności, siły oraz podkreśla rolę seksualną. W postaci kobiecej dominuje atrakcyjność erotyczna, uległość, Podporządkowanie — sposób przedstawienia tych cech może wyrażać tendencje sadystyczne. " Postaci żony dominuje postrzeganie jej w kategoriach atrakcyjności seksualnej, a w obrazie jasnego Ja — świadome podkreślanie frustracji ojcowskiej oraz wyraźne zaznaczenie roli męskiej.

285

Opinia i wnioski

Badany wychowywał się początkowo w środowisku rodzinnym pozbawionym ojca (zespół braku ojca), co wiąże się z zakłóceniem procesu socjalizacji, zwłaszcza iż matka badanego jakkolwiek łączyła ich dobra więź uczuciowa, była głównie zajęta pracą zawodową. Pierwszą znaczącą postacią męską był ojczym. Uderza duża zbieżność, podobieństwo zachowań badanego i ojczyma. Przedstawianie biografii seksualnej i potrzeb oraz zachowań seksualnych przez badanego

ujawnia wyraźne cechy obronne. Rozbieżność między poziomem tych potrzeb a deklarowanym stanem ujawniają zwłaszcza metody projekcyjne i techniki stymulacji seksualnej. Badania te wykazały duże, chociaż mieszczące się w granicach normy, potrzeby seksualne. Postawa badanego wobec kobiet ujawniona w technikach projekcyjnych wyraża się postrzeganiem ich jako obiektów seksualnych, zaznaczone są tendencje sadystyczne. Pod wpływem alkoholu wspomniane tendencje oraz zachowania popędowe mogą się nasilać aż do form objętych postępowaniem wyjaśniającym. Seksualne zachowania orgiastyczne badanego, polegające na włączaniu w akty seksualne własnych dzieci, są wyrazem tzw. zespołu niezróżnicowania obiektu, który jest charakterystyczny dla niektórych przypadków degradacji alkoholowej oraz potrzeby dopingu seksualnego. Obronne

wypowiedzi badanego w zakresie ocen niektórych zachowań seksualnych świadczą o potrzebie ukrycia własnych upodobań seksualnych oraz o zachowanej świadomości co do ich wartościowania. Można założyć, że zachowana była zdolność rozumienia znaczenia swych czynów, co pośrednio potwierdzają zeznania członków rodziny badanego i przebieg zarzucanych mu zdarzeń, natomiast zdolność kierowania swoim postępowaniem była częściowo ograniczona.

Na podstawie danych z akt sprawy dokumentacji lekarskiej, wywiadu oraz zastosowanych technik badania seksuologicznego stwierdzam, co następuje:

- Rozpoznaję u badanego S.G. zespół nieodróżnicowania obiektu seksualnego z tendencjami sadystycznymi i kazirodczymi.
- Poziom popędu płciowego badanego mieści się w granicach normy.

ZGWAŁCENIE

Zgwałcenie należy do najczęściej spotykanych form przemocy seksualnej.

Jego ofiarami najczęściej są kobiety. W polskim prawie karnym zgwałcenie/ jest definiowane następująco: i(kto przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do poddania się czynowi nierządnemu lub do wykonania takiego czynu, podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat"/Pojęcie „czyn nierządny" obejmuje nie tylko stosunek seksualny, ale i inne zachowania seksualne mające prowadzić do osiągnięcia satysfakcji seksualnej u sprawcy. W kodeksach karnych różnych krajów wymienia się zachowania seksualne rozumiane jako zgwałcenia, a w innych wyodrębnia je (np. oralizm). Jedno jest jednak wspólne: brak zgody ze strony ofiary i zastosowanie przymusu ze strony sprawcy.

Zgwałcenie należy do najbardziej rozpowszechnionych form seksualnej przemocy. Polski kodeks karny traktuje je jako przestępstwo przeciwko wolności seksualnej i obyczajowości:

Art. 197 kk.:

§ 1. „Kto przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od roku do 10 lat'

286

§ 2. „Jeśli sprawca, w sposób określony w § 1, doprowadzi inną osobę do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat/.

TEORIE PRZYCZYN

(BARON, STRAUS 1989)

Autorzy wyodrębniają następujące^teorie przyczyn/zgwałceń:

- wiktymologiczne (prowokowane przez ofiary, np. poprzez lekkomyślność, wspólne picie),
- psychiatryczne (analiza psychopatologii sprawców),
- feministyczne (podkreślające rolę przemocy w rolach seksualnych męskości),
- dezorganizacji społecznej.

Ze zgwałceniami spotykamy się prawie we wszystkich kulturach świata, począwszy od czasów najstarszych. Wzmianki na ten temat znajdujemy w Biblii, w mitologiach, w kodeksach prawnych. Groude i Green (1980) na podstawie analizy 65 kultur świata stwierdzili, że w 15% tych kultur wysoki jest poziom agresywności seksualnej mężczyzn, a w większości zgwałcenia nie należą do rzadkości; jedynie w 8 kulturach nie były one znane ani ujęte w kodeksie obyczajowo-prawnym. Dokładniejsze badania 156 kultur, przeprowadzone przez Sanday (1981), potwierdziły, że w 18% kultur często spotyka się zgwałcenia, co wynika z antagonizmu między kobietami a męż-

czynami i traktowania gwałtu jako wyraz męskiej dominacji. W 47% kultur nie notuje się zgwałceń, co wynika z wysokiej pozycji kobiety i niskiego poziomu stosowania przemocy w życiu społecznym.

Jak dalece uwarunkowania kulturowe wpływają na zakres zgwałceń ujawniają badania Mead (1986). Spośród trzech kultur żyjących na Nowej Gwinei, w jednej z nich — Mundugumorów — często pojawia się przemoc seksualna. Wynika ona z kanonów życia społecznego tego plemienia.

Mundugumorowie żyją w ciągłym niepokoju, nie wierząc sobie nawzajem, między członkami rodziny dominuje wrogość i postawy rywalizacyjne, Poczucie bycia krzywdzonym przez wszystkich. Dziecko od momentu narodzin doświadcza na sobie braku poczucia bezpieczeństwa i agresji. W życiu Seksualnym wstępne pieścizoty nie wyrażają czułości, lecz są wyrazem agresji. Kontakty kazirodcze w rodzinach są zjawiskiem nagminnym. Jedna rzecia małżeństw zawieranych jest w wyniku przemocy. Kobiety nie są traktowane jak istoty delikatne i wymagające męskiej opieki, postrzega się je Jako agresywne rywalki. Od obu płci oczekuje się porywczosci, ducha walki,

287

-enii,

ccep-

:zyn-

agresywnosci, zazdrosci. Nic więc dziwnego, iż gwałty indywidualne i zbiorowe są zjawiskiem powszechnym.

Również w społeczności Gusii, żyjącej w południowo-zachodniej Kenii, dominuje przemoc seksualna uwarunkowana kulturowo i obyczajowo akcentowana.

Badania różnych kultur dowiodły, iż zgwałceniom sprzyjają takie czynniki, jak przemoc w stosunkach międzyludzkich, wysoka dominacja mężczyzn, negatywne postawy wobec kobiet, mity o seksualności kobiet (rzekomo są masochistyczne z natury i marzą o byciu gwałconą), brutalność w środkach masowego przekazu, „twarda” pornografia. Takie właśnie warunki istnieją w wielu krajach Zachodu. Nic dziwnego, częstość zgwałceń jest w nich wyższa w porównaniu np. z krajami Azji, kulturami Pacyfiku.

Zgwałcenia, których liczba w latach osiemdziesiątych wyraźnie wzrosła, stały się obiektem zainteresowania wielu krajów. Poświęcono im kolejne międzynarodowe konferencje, wiele specjalistycznych monografii, opracowano specjalne strategie profilaktyki, leczenia, powołano do życia służby interwencyjne. Ruchy feministyczne alarmują i krytycznie oceniają zdominowaną przez mężczyzn działalność organów ścigania, sądownictwa. Dysponujemy obecnie ogromnym materiałem porównawczym na te tematy pochodzącym z wielu krajów. Wiele danych wskazuje na to, że liczba zgwałceń rośnie w miarę narastania kryzysów społecznych, ekonomicznych, przemian obyczajowych, wiążących się z rywalizacją i walką o władzę między kobietami i mężczyznami.

W Polsce, jak pisze A. Stapiński (1985), gwałty znano już od dawna.

W czasach Bolesława Chrobrego za czyny nierządne karano mężczyzn w ten sposób, że prowadzono ich na most targowy, przymocowywano i następnie wbijano gwóźdź przez mosznę z jądrami. Obok umieszczano ostry nóż i dawano do wyboru — śmierć lub obcięcie narządów płciowych. Bolesławowi II przypisuje się dokonanie zgwałcenia na Krystynie, żonie rycerza Mścisława, za co króla obarczono klątwą. W prawodawstwie staropolskim przewidywano bardzo surowe kary za gwałty, a jeden z najstarszych dokumentów z tej dziedziny wydano w 1279 r. W Statucie Wiślickim z 1347 roku przewidywano nakaz

małżeństwa ze zgwałconą kobietą, a w przypadku, kiedy takiej możliwości nie było, zalecano wymierzenie surowej kary. Tak więc za zgwałcenie można było ponieść śmierć, co przewidywał również Statut Litewski z 1588 roku. Również prawa miejskie nakładały równie wysokie kary. Z kroniki miasta Poznania dowiadujemy się, że np. w 1581 roku ścięto woźnego Szymona za zgwałcenie 10-letniej dziewczynki, Jakuba z Jabłonowa za zgwałcenie kobiety w lesi w 1682 roku i w tym samym roku Macieja Jadamczyka oraz jego dwu współników za zgwałcenie córki obywatela. Prawodawstwo było zatem surowe; Skądinąd jednak wiadomo, iż zgwałcenia były częste w obyczajowości wiejskiej i dla wielu mężczyzn były one wyrazem jurnej, zdobywczej męskości*
288

pokonywane były zarówno w środowisku rodzinnym, jak i wobec obcych kobiet. Analizując kulturę polską należy jednak stwierdzić, iż zgwałcenie kobiety było oceniane surowo, a wysoka pozycja kobiety (szczególnie wśród szlachty, inteligencji) wiązała się z nakazem okazywania jej czci i szacunku, piętego gwałt był oceniany jako ze wszech miar godny pogardy.

ROZPOWSZECHNIENIE

Trudno ocenić zakres tego zjawiska, ponieważ większość gwałtów nie jest z różnych przyczyn ujawniana organom ścigania. Proporcja ujawnionych do nie ujawnionych zgwałceń jest szacowana na 1 : 100. Na 100 000 kobiet w USA zgwałconych jest ok. 40, w Japonii 12, w Norwegii 1, a w Polsce 7.

Przestępstwo zgwałcenia dokonywane jest na całym świecie z nielicznymi wyjątkami. I tak np. nie jest ono znane społecznościom Yapese i Trukese z wysp Pacyfiku. Nie oznacza to wcale, że rajskie wyspy Pacyfiku są oazą bezpieczeństwa dla kobiet, ponieważ na wyspach Tonga dokonuje się wielu zgwałceń.

Rozpowszechnienie zgwałceń w USA

Masters i Roberson (1990) podają, że rocznie jest gwałconych około miliona kobiet. 27,5% studentek doświadczyło usiłowania zgwałcenia do 14 roku życia (Koss 1987), a 20% stosunku z przemocą fizyczną (Estrich 1987). Podobne dane podaje Warsaw (1988): 25% populacji kobiet doświadczyło usiłowania zgwałcenia lub zgwałcenia, 5% powiadomiło o tym policję. Z danych przedstawionych przez National Victim Center Statistics (1977), wynika, że:

- co trzecia Amerykanka doświadczyła w życiu napaści seksualnej,
- w skali roku jest gwałconych około 700000 kobiet, w ciągu godziny — 78 kobiet,
- 1/7 kobiet została zgwałcona przez męża,
- 3% zgwałceń dotyczy osób do 11 roku życia, 65% poniżej 18 roku życia, a 22% w wieku 18-24 lat.
- 78% zgwałconych kobiet nie znało sprawcy, a 84% nie ujawniło tego policji.

Z raportu Centrum Praw Kobiet w Warszawie (1998) wynika, że 14% ^wetowanych kobiet doświadczyło kontaktu seksualnego bez własnej zgody; 38% zgwałceń towarzyszyło użycie siły fizycznej, 24% — presja psychiczna groźby,] 8% — wykorzystanie przez sprawcę swojej pozycji lub autorytetu. 54% przypadków sprawca był znany ofierze. Na 100 zgwałconych kobiet ** W Poinformowało przyjaciół, 16 — rodzinę, 12 — policję, 10 — lekarza.

289

Tabela 34

Policyjna statystyka zgwałceń w Polsce w latach 1993- 1996

Rok -

1993 1994 1995

Liczba stwierdzonych przestępstw Liczba skierowanych aktów oskarżenia Liczba skazanych osób
1976 1477 930 2039 1600 1027 2267 1787 914 1985 1526 1032 -----

Badaczy zastanawia fakt tak dużej rozbieżności między ujawnionymi a nie ujawnionymi zgwałceniami. Z przeprowadzonych badań wynika, że-przyczynami ukrywania zgwałcenia przez kobiety-ofiary są najczęściej: lęk przed możliwą zemstą ze strony sprawcy i jego środowiska, poczucie wstydu, niewiara w skuteczność działania organów ścigania i wymierzanych kar sprawcom, niechęć do poddawania się badaniu lekarskiemu, bagatelizowanie samego czyni/

Przyczyny nieujawniania zgwałcenia przez kobiety

Zdaniem Hagana (1990) należą do nich:/L)oczucie stygmatyzacji u ofiary, seksizm obyczajowy, przykra procedura prawna, lęk przed zemstą."Według National Victim Center Statistics w USA (1997) u 43% kobiet dominuje poczucie, że nic nie można zrobić, u 27%, że to ich prywatna sprawa, u 12% lęk przed reakcją policji, a 12% uważało, że nie było to na tyle ważne. Z danych Centrum Praw Kobiet w Warszawie wynika: brak odwagi, z lęku iż i tak nikt im nie uwierzy, wstyd, obwinianie siebie, brak „100% przekonania" co do zaistnienia przemocy.

KLASYFIKACJA

Wśród wielu klasyfikacji (np. Katchadourian 1989; Soutoul 1983) na,, dziej przejrzysta i pełna jest typologia zgwałceń przedstawiona przez Godlewskiego (1989), oparta na zmodyfikowanej klasyfikacji różnych autorów-/tiodlewski Wyodrębnia następujące typy zgwałceń/

- Zgwałcenia motywowane głównie pozaseksualnie.
- Władcze. Przemoc i agresja są w nich ograniczone. Uszkodzenia ciała raczej niewielkie i przypadkowe niż zamierzone Sprawca posługuje* się słownictwem nakazowo-dochodzeniowym, np. wydaje poleceni; zadaje pytania o osobistym charakterze. Czas trwania jest wydłużony Napaści są powtarzane, poprzedzone fantazjami, przygotować Napastnik bywa często pijany, w stanie lęku. Celem zgwałcenia je-uspokojenie niepewności, poczucie niesprawności, poszukiwań

290
uznania u ofiary. Niekiedy dochodzi jedynie do manipulacji narządów płciowych ofiary lub wymuszenia seksu oralnego, jeżeli np. sprawca nie ma erekcji członka.

- Gniewne. Agresja ma charakter wyładowania. Uszkodzenia ciała są zamierzone, rozmyślne i obejmują wszystkie okolice. Sprawca posługuje się słownictwem obrazi i wym, sprośnym, często z przekleństwami. Czas trwania zazwyczaj krótki. Napaści bywają powtarzane, nagłe, impulsywne. Motywacją jest odwet za krzywdy doznane od innej kobiety.

- Represyjne. Przemoc i agresja są często ograniczone do gróźb, rzadko dochodzi do uszkodzenia ciała ofiary. Sprawca operuje słownictwem poniżającym ofiarę. Napaść ma charakter epizodyczny, zaplanowany, ale niekiedy podejmowana jest w wyniku pojawienia się sprzyjającej sytuacji. Motywacją jest potrzeba ukarania ofiary przez poniżenie jej. Napastnik może ograniczać swoje zachowania do zmuszania ofiary do poniżających zachowań, np. masturbacji, seksu oralnego; niekiedy odbywa się to w obecności innych osób.

> Zgwałcenie motywowane seksualnie, niespecyficznie bądź kombinowane.

Przemoc i agresja są ograniczone, ale mogą przekraczać zakres potrzebny do przezwyciężenia oporu ofiary, jeśli sprawca jest szczególnie brutalny, a ofiara stawia silny opór lub broniąc się sama atakuje. Uszkodzenia ciała nie są zamierzone, ale mogą mieć różny zakres, niekiedy z zabójstwem włącznie. Sprawca posługuje się językiem nakazowym. Czas trwania zazwyczaj krótki. Napaści mogą się powtarzać i stać się stylem życia, są zaplanowane lub sprowokowane sytuacją. Napastnik jest często pijany. Motywacją jest uzyskanie satysfakcji seksualnej i narzucenie swojej woli. Z reguły dochodzi do stosunku.

Zgwałcenia motywowane seksualnie, i

- Sytuacyjne. Wynikają z błędnej oceny zamierzeń bądź zachowania ofiary, często w stanie podniecenia, do którego ofiara czynnie się przyczyniła. Opór ofiary może być mylnie rozumiany jako kokieteria, przekora. Przemoc jest ograniczona. Brak uszkodzenia ciała ofiary. Czas trwania najczęściej krótki. Napaść epizodyczna, nie planowana. Motywacja: zaspokojenie potrzeby seksualnej. Z reguły dążenie do stosunku.

- Instrumentalne, wiążą się z innymi dewiacjami (poza sadyzmem). Przemoc i agresja są ograniczone, a jeżeli doszło do uszkodzeń ciała, nie było to zamierzone ani celowe. Słownictwo sprawcy bywa niekiedy uwodzicielskie. Napaści są powtarzane, poprzedzone fantazjami, ale zdarzają się i nagłe, sytuacyjnie sprowokowane. Sprawca jest

291

.....
w stanie podniecenia seksualnego. Motywacja: zdobycie partnera trudno osiągalnego akceptowanymi sposobami bądź powszechnie nie akceptowanymi. Zachowanie sprawcy wiąże się z typem dewiacji oraz jego osobistymi cechami; i tak np. w przypadku pedofilii może dojść do dotykania narządów płciowych dziecka, seksu oralnego analnego, pochwowego.

Ten typ zgwałceń spotykany jest w wielu formach dewiacji seksualnych i może być nawet jedyną drogą do zdobycia osoby partnera lub sprowokowania zachowań umożliwiających osiągnięcie satysfakcji seksualnej (np. w przypadku urolanii, koprofagii). Najczęściej spotykaną dewiacją w tej grupie zgwałceń jest pedofilia. Wprawdzie nie każdy pedofil jest gwałcicielem, ale w populacji pedofilów zgwałcenia nie należą do rzadkości. Wynika to z kilku przyczyn: gwałcenie jest wyrazem przemocy wobec dziecka stawiającego opór sprawcy, zmuszania do zachowań seksualnych nie akceptowanych przez ofiarę (np. seksu oralnego, analnego), wyrazem nieprawidłowych cech osobowości (agresja, antysocjalność) itp. Badania przeprowadzone w populacji pedofilów-gwałcicieli ujawniły, iż wielu z nich doznało na sobie przemocy seksualnej w dzieciństwie, czy w wieku dojrzewania. Wielu badanych przeze mnie pedofilów oskarżonych o zgwałcenie nieletnich dokładnie odtwarzało własne negatywne i urazowe przeżycia z przeszłości.

- Sadystyczne. Przemoc i agresja mają charakter erotyczny. Uszkodzenia obejmują narządy płciowe i cechy płciowe, w krańcowych przypadkach może dojść do zabójstwa. Słownictwo używane przez

sprawcę ma charakter rozkazujący i poniżający. Czas napadu jest wydłużony. Napaści mogą być zrytualizowane, są przemyślane i zaplanowane. Sprawca znajduje się w stanie silnego podniecenia. Motywacja: zaspokojenie potrzeby seksualnej, poczucie władania i dysponowania ciałem ofiary przez jego kaleczenie, niszczenie.

• Zgwałcenia dewiacyjne.

Przemoc i agresja mają charakter erotyczny, uszkodzenia ciała są raczej przypadkowe i ograniczone. Język sprawcy nie jest charakterystyczny, może wyrażać groźby, rozkazywanie, a niekiedy nawet skruchę i P0' czucie winy po zdarzeniu. Czas trwania raczej krótki. Napaści si powtarzane, poprzedzone szukaniem sprzyjającej okazji. Sprawca jest w stanie podniecenia seksualnego. Motywacja: uzyskanie sprawność i zaspokojenia potrzeby seksualnej lub doświadczeń służących późniejszego współżycia z partnerką współżyjącą dobrowolnie. Czernikiewicz, Lew-Starowicz, Gwardecka i Pohorecka (1996) na p* stawie analizy 44 zgwałceń ustalili, że były to następujące typy zgwałceń'1

292

Tabela 35

Charakterystyka poszczególnych rodzajów zgwałceń

1. Zgwałcenia motywowane seksualnie

Rodzaj zgwałcenia	L Przemoc i agresje	1-----	Uszkodzenia ciała -
i-----	Język	Czas trwania 1-----	1 niecharakterystyczny,
raczej krótki	-----	[niecharakterystyczny, raczej krótki	
sytuacyjne	ograniczona, instrumentalna	brak	I -----
niecharakterystyczny			-----
instrumentalne	Ograniczona, instrumentalna	brak	ograniczone, przypadkowe
niecharakterystyczny			1
sadystyczne	ma charakter erotyczny	dotyczy narządów płciowych i trzeciorzędowych cech	
płciowych, aż do zabójstwa	-----	rozkazujący, poniżający	_____ mało
charakterystyczny czasem skrucha po akcie	-----	L	wydłużony
_____	raczej krótki	-----	_____
raptofilne	ma charakter erotyczny	przypadkowe	
-----	_____		

Rodzaj zgwałcenia	Powtarzalność zachowania	Planowanie	-----	Motywacja
Nastrój napastnika	Aktywność seksualna			
sytuacyjne	epizodyczne	nieplanowane	-----	premedytacja, zaplanowane
	zaspokojenie podniecenia seksualnego	podniecony seksualnie	-----	-----
dążenie do spółkowania	zależna od rodzaju dewiacji			
instrumentalne	-----	sadystyczne	raptofilne	-----
	zdobycie partnera trudno osiągalnego	amnipotencja, zachowanie konieczne do zaspokojenia		powtarzane
seksualnego	uzyskanie sprawności	zaspokojenie potrzeby	-----	L
podniecony seksualnie				
powtarzane, zrytualizowane	przemyślane, zaplanowane			
1-----				
-----				podniecony seksualnie
	spółkowanie, kopulacja zwłok			
	powtarzane	-----	sytuacyjne	ub powtarzanie sytuacji
-----				podniecony seksualnie
				niecharakterystyczne

293

2. Zgwałcenia motywowane pozaseksualnie

Rodzaj zgwałcenia	Przemoc i agresja	Uszkodzenia ciała	Język	Czas trwania
władcze	instrumentalna, ograniczona	brak lub przypadkowe		nakazowo--

dochodzeniowy wydłużony
gniewne przekracza potrzeby, charakter wyładowania zamierzone, rozmyślne, całe
ciało obraźliwy, przekleństwa, sprośność, krótki

represyjne ograniczone, groźby brak nakazowy, poniżający, niecharakterystyczny

3. Zgwałcenia o motywacji mieszanej (socjopatyczne, psychopatyczne)

Należą do pogranicza zgwałceń motywowanych specyficznymi zaburzeniami seksualnymi i szeroko rozumianymi zaburzeniami osobowości.

Rodzaj	Powtarzalność	Planowanie	Motywacja	Nastroj	Aktywność
zgwałcenia	zachowania		napastnika	seksualna	
władcze	napaść po- wtarzana, agresja fantazjami wzrasta	planowane, poprzedzone	niepewność, nie- wydolność po alkoholu	nie- chętność przy narzą- dach płcio- wych	lękowy, manipulacja

gniewne	napaść epizo- dyczna impulsywna, nagła, spon- taniczna	napaść odwet za dozna- ne krzywdy od innej kobiety	wściekłość i depresja	niecharakte- rystyczna	
---------	--	--	--------------------------	---------------------------	--

represyjne	napaść epizo- dyczna nagle, okazjo- nalnie	podjęte na- korzenie ofiary po alkoholu, mniej pod- niecony	poniżenie, upo- hamowany	z reguły od-	spółkowanie
------------	---	---	-----------------------------	--------------	-------------

17 — psychopatyczne, 13 — sytuacyjne, 5 — gniewne, 3 — władcze,
2 — raptofilne, 2 — sadystyczne, 1 — instrumentalne, 1 — represyjne.

W 20 przypadkach zgwałceń nie było urazów fizycznych u ofiar, u 16 ofiar były uszkodzenia przypadkowe (otarcie błony śluzowej pochwy, odbytu, otarcia naskórka sromu, okolicy przyśrodkowej ud, drobne zadrapania różnych części ciała), w 8 przypadkach uszkodzenia były zamierzone (oparzenia ogolenie sromu, rozerwanie błony śluzowej pochwy, rany, naderwanie brodawki sutkowej, stłuczenia i złamania). Większy zakres urazów fizyczny wiązał się: z czynną obroną ofiary, wydłużonym czasem zdarzenia, napasnikiem pod wpływem alkoholu, karaniem za podobne czyny, starsz. wiekiem, planującym napaść.

294

SEKSUALNOŚĆ

i

ZGWAŁCENIA

i

RAPTOFILNE

SYTUACYJNE

i

INSTRUMENTALNE

i

SOCJOPATYCZNE

i

SADYSTYCZNE

i

PSYCHOPATYCZNE

i

WŁADCZE

i,

GNIIEWNE

i

REPRESYJNE

i

AGRESJA

Soutoul (1993) rozróżnia następujące typy zgwałceń:

- gwałt kazirodczy: negatywne następstwa dla psychiki stwierdza się zwłaszcza u ofiar w wieku poniżej 12 roku życia, później trudno je ustalić,
- gwałt zbiorowy: z badań wynika, że najczęściej nie powoduje obrażeń fizycznych, rzadko dochodzi do ciąży — autor sugeruje, że przyczyną mogą być stosunki przerywane, jakie często praktykują sprawcy tej formy gwałtu,
- gwałt indywidualny: może on być wynikiem przypadku lub być dokonany z premedytacją — w tych przypadkach częste są urazy fizyczne i zgony, a tragiczne następstwa często łączą się ze skłonnościami sadystycznymi sprawcy, zamroczeniem alkoholowym itp.,
- gwałt w czasie snu: należy takie przypadki traktować z rezerwą, często bowiem bywają efektem hysterii i halucynacji u rzekomych ofiar tej formy gwałtu,

295

- gwałt w czasie narkozy i hipnozy: należy takie przypadki traktować z rezerwą, ponieważ gwałt w hipnozie nie jest możliwy, z wyjątkiem sytuacji, kiedy ofiara uprzednio zażyła dużą dawkę alkoholu lub narkotyków,
- gwałt sodomiczny: częsty jest w przypadkach zgwałceń zbiorowych u ofiar często stwierdza się uszkodzenie mięśnia zwieracza odbytu.
- Gwałt i parafilie sadomasochistyczne — Peter M. Sheridan i Steven Hucker (1994).

W ostatnich latach definicja gwałtu uległa zasadniczej modyfikacji i pojęcie to obejmuje nie tylko napaść seksualną na nieznanego z użyciem siły przez napastnika, lecz także randkę, znajomość i gwałt małżeński.

Rodzaje

- Gwałt sadystyczny. Sam akt gwałtu pojawia się jako zjawisko uboczne. Gratyfikacja seksualna osiągnięta jest przez wywoływanie u ofiary strachu, bólu, urazu lub nawet śmierci (Brittain 1970; Langevin et al. 1985).
- Gwałt preferencyjny. Gwałcielel ma uporczywy popęd i fantazje dotyczące gwałtu, zwykle na nieznanym kobietach, mimo dostępu do chętnych partnerów seksualnych (Freund et al. 1986; Freund et al. 1972; Freund a. Steiner 1980).
 - Penetracja dopochwowa nie jest czynnikiem koniecznym do stwierdzenia gwałtu. Gwałcielel mogą używać różnych przedmiotów (np. butelki). Do gwałtu zalicza się także plucie, ejakulowanie i oddawanie moczu na ofiarę, a ponadto przemoc werbalną o podłożu zarówno seksualnym, jak i aseksualnym (Darke 1990, Holmstrom a. Burgess 1980).
 - Amir (1971): do 60% gwałtów włączone jest bicie z różnymi poziomami brutalności.
 - 10-14% mężatek zgłaszało gwałt zadany im przez własnych mężów z użyciem siły (Russel 1982; Yllo a. Finkelhor 1985).
 - Badania pod kątem nowej definicji gwałtu sugerują, że 24-26% kobiet było gwałconych przez swoich mężów bądź kochanków

(Kilpatrick et al. 1988; Sorenson et al. 1987).

- Prawie wszystkie stany USA mają neutralne wobec płci prawa dotyczące gwałtu. Tylko nieliczne (Alabama, dystrykt Kolumbia, Georgia i Idaho) zabraniają ustawowo jedynie gwałtu na kobietach.

- W większości stanów USA klasyfikacja gwałtu zależy także od różnicy wieku między napastnikiem a ofiarą (np. napaść seksual-

296
na trzeciego oraz drugiego stopnia — w tej ostatniej ofiara i napastnik są w zbliżonym wieku).

- Niektóre stany, np. Missisipi, uznają gwałt tylko wtedy, gdy napastnik jest starszy od ofiary. Inne dopuszczają, by napastnik był młodszy — od 2 lat (np. Alabama) do 10 (np. Kalifornia). W 3 stanach wiek napastnika nie ma znaczenia, jeżeli ofiara jest poniżej określonego wieku (od 10 lat w Płd. Dakocie do 16 w Dystrykcie Kolumbia i Missouri) (National Victim Center 1992).

- „Blitz rape” — gwałt z nagłej, niespodziewanej napaści przez nieznanego napastnika. Częściej niż w przypadku innego rodzaju gwałtów pojawia się zagrożenie życia ofiary, na ogół wykorzystywana jest broń.

- „Confidence rape” (~ „gwałt z pewnością siebie”) — gdy ofiara zna napastnika, są znajomymi lub umawiają się na randki. Częściej od poprzedniego typu gwałtu wiąże się ze spożyciem alkoholu lub narkotyków (zarówno przez napastnika, jak i ofiarę), zwykle zdarza się w domu lub w samochodzie gwałciiciela, częściej jest wydłużonym w czasie zajściem. Ponad połowa wszystkich ofiar tego rodzaju gwałtu nie odnosi urazów fizycznych (Bownes et al. 1991). W 43-48% przypadków po gwałcie napastnik przeprosza, prosi o jeszcze jedną szansę lub zastrasza i ostrzega ofiarę, by nie zgłaszała gwałtu (Bownes et al. 1991). Koss (1985) odkrył, że 13% studentek uniwersyteckich przyznawało się do odbycia kontaktów oralnych, analnych lub dopochwowych pod przymusem, ale tylko połowa określała to jako gwałt.

Gwałt na mężczyznach

- Wiele systemów prawnych nie bierze pod uwagę sytuacji, w których to mężczyzna, a nie kobieta, jest ofiarą gwałtu. Te przypadki stanowią znaczną mniejszość, ale nie ma na ten temat pewnych wyników.

- Większość napastników gwałtów na mężczyznach była orientacji heteroseksualnej, podczas gdy ich ofiary to zwykle homo- i biseksualiści (Groth 1979; Groth a. Burgness 1980; Hillman et al. 1990). Groth (1979) zauważył, że napastnicy w gwałtach na mężczyznach częściej niż w gwałtach na kobietach są osobami obcymi dla ofiary. W większości tego rodzaju gwałtów odbywa się w domu ofiary bądź napastnika, często poprzedza je spożycie alkoholu lub narkotyków. P^{ez} obie strony, typowa jest przemoc werbalna, zastraszanie; Przemoc fizyczna jest rzadsza. Napastnik często jest osobą znajomą,

297
partnerem ofiary, kimś spotkanym przez ofiarę w klubie dla gayów lub w innych miejscach dla nich charakterystycznych (Hillman et al. 1990; Mezy a. King 1989; Stermac et al. 1993).

- 35% ofiar gwałtów płci męskiej było kalekami, 21% ofiar podczas

napaści było niezdolnych do oporu, tzn. pod wpływem środków toksycznych, narkotyków lub snu (Stermac et al. 1993).

- Napastnicy w gwałtach na mężczyznach zaliczają się najczęściej do dwóch grup:

- Heteroseksualnych mężczyzn, którzy gwałcą innych mężczyzn w celu ukarania lub poniżenia ich (np. w więzieniu).

- Gayów lub biseksualistów, którzy zmuszają partnerów lub znajomych do stosunku seksualnego używając przy tym gróźb lub zastraszając.

- Napaści seksualne na mężczyzn w wykonaniu kobiet nie są nieznane, aczkolwiek rzadkością jest przemoc fizyczna (Sarrel a. Masters 1982). Występująca presja ma najczęściej formę psychologiczną — ofiara nie chce być wzięta za homoseksualistę, osobę niemęską, niedoświadczoną, nieśmiałą (Muehlenhard a. Cook 1988; Struckamn — Johnson 1988).

- 10% mężczyzn będących ofiarami przemocy antygayowskiej zgłaszało doświadczanie napaści seksualnych ze strony mężczyzn heteroseksualnych (Berrill 1990).

Gwałt jako parafilia

- Powszechne jest przekonanie, że gwałciciele uciekają przed karą wykorzystując diagnozy psychiatryczne gwałtu parafilicznego (rozpoznanie: parafiliczna przemoc).

- Abel i Rouleau (1990): W miarę, jak spada zdolność ofiary do odparcia napaści seksualnej (np. przy pedofilii) lub wzrasta poziom użytej przy napaści siły (gwałt), społeczeństwo wykazuje odpowiednio mniejszą akceptację usprawiedliwień psychiatrycznych i większe uznanie dla kar wymierzanych przez system prawny. Jednak lekarze podejmują odpowiedzialność za postawioną diagnozę. Leczenie nie trwa krócej niż wymierzony wyrok pozbawienia wolności, a raczej jest przedłużone.

- Ponieważ gwałt parafiliczny ma naturę cykliczną, powtarzalną, i)e można zaniechać leczenia na rzecz zwykłego wyroku pozbawienia wolności. Popęd i narastające napięcie seksualne oraz niepohamowane fantazje będą nadal pchały skazanego do gwałcenia.

298

- 50% gwałcicieli zaczyna doświadczać tego rodzaju pobudzenia w wieku 21 lat (Abel a. Rouleau 1990).

- Gwałciciele mają inne parafilie, jak niekaziroduca (44%) i kaziroduca (24%), pedofilia żeńska, ekshibicjonizm (28%), voyeurizm (18%), ocieractwo (11%) i sadyzm (10%) (Abel et al. 1988).

- Do badania gwałcicieli używa się pletyzmografu. Zwykle są oni tak samo pobudzeni opisami seksu z użyciem siły lub bez użycia siły, zaś badani nie będący gwałcicielami są zdecydowanie mniej pobudzeni przy tym pierwszym opisie (Abel et al. 1977).

- Wyniki badań sugerują, że poza niewątpliwą heterogenicznością gwałcicieli, swoistą różnorodność w odniesieniu do seksu wykazują także mężczyźni nie będący gwałcicielami. Mianowicie, dewiacyjne preferencje seksualne mogą być ujawniane także przez „normalnych” heteroseksualistów w niektórych sytuacjach, np. po spożyciu alkoholu (Barbaree et al. 1983), po uzyskaniu zgody (Quinsey et al. 1981), doświadczanie (Yates et al. 1984), z winy ofiar (Sundberg et al. 1991), przy wyraźnym podnieceniu ofiary podczas gwałtu

(Malamuth et al. 1980), jeśli gwałt poprzedza oglądanie agresywnej pornografii (Marshall et al. 1991).

W tego rodzaju badaniach występują dwie trudności. Po pierwsze, różnicowanie gwałcicieli od nie-gwałcicieli przysparza często problemów; decydującym czynnikiem staje się ocena reakcji na stymulację. Po drugie, badani mogą pozorować reakcje — ukrywać lub zwiększać swoje podniecenie (Quinsey a. Bergersen 1976; Wydra et al. 1983).

Gwałt preferencyjny i sadystyczny, sadomasochizm

- Większość badaczy (Abel et al. 1988; Treund et al. 1983; Groth 1979) podaje, że 5-10% badanych spełnia kryteria DSM-III-R* (APA 1987) dla sadyzmu seksualnego; ale u niektórych autorów (Fedora et al. 1992; Hucker et al. 1988) wartości te sięgają 45%. Taka rozbieżność może być tłumaczona innymi populacjami testowanymi w badaniach poszczególnych autorów i pewną różnorodnością w koncepcji klasyfikacji sadyzmu seksualnego.
- W gwałcie preferencyjnym napastnik korzysta tylko z siły niezbędnej do podporządkowania sobie ofiary, zaś sadysta używa siły zdecydowanie większej, niż jest to konieczne do zadania gwałtu (Abel 1989).

* ^ . 7 " — | —

e diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostyczny i statystyczny znik zaburzeń psychicznych), trzecia edycja, poprawiona.

299

W jednym z badań nad studentami college'u respondenci oceniali, że 45% mężczyzn miało ochotę na gwałt, gdyby miało gwarancję bezkarności, zaś 32% kobiet chciałoby być gwałconych, jeżeli nikt by się o tym nie dowiedział (Malamuth et al. 1980); 51% mężczyzn zapytanych o swoje upodobania, chciałoby zgwałcić bez ponoszenia konsekwencji, a tylko 2% kobiet odczuwałoby przyjemność z bycia gwałconą. Średnio, 35% mężczyzn z college'u przyznało, że mogłoby dokonać gwałtu w określonych warunkach (Malamuth 1981), jednak aż 60% ma takie pragnienia (Briere a. Malamuth 1983).

W innym badaniu akademickim co najmniej 74 mężczyzn przyznała się do użycia przymusu, aby odbyć stosunek seksualny z niechętnym im partnerem (Koss et al. 1987).

W jeszcze innym badaniu 10 do 15% kobiet zgłosiło, że na początku były zmuszone do aktywności seksualnej, która później sprawiała im przyjemność (McConaghy 1993).

Hunt (1974): ok. 5% mężczyzn i 2% kobiet zgłasza, że osiąga przyjemność seksualną przy zadawaniu bólu, zaś 3% mężczyzn i 5% kobiet przy doświadczaniu bólu.

Wielu badaczy wyodrębnia zgwałcenia małżeńskie. Z danych z USA wynika, że około 14% kobiet zostało zgwałconych przez mężów, a motywacją tego zachowania najczęściej była złość, zmuszenie do podporządkowania, sadyzm, sytuacyjna potrzeba zaspokojenia potrzeby seksualnej pod wpływem działania alkoholu.

Mufson i Krauz (1996) wyodrębniają typ „zgwałcenie na randce”. Jak wynika z danych przedstawionych przez autorów, w populacji studentek w USA 13% doświadczyło zgwałcenia na randce, a 10% usiłowania zgwałcenia. Przyczyny zgwałceń były następujące:

- stereotyp randki („tak robią wszyscy”),
- stereotyp wychowawczy („słodczy i siła”),
- stereotyp sytuacji; zdaniem sprawców byli zmuszeni do aktywności seksualnej w sytuacji, kiedy wydali na kobietę dużo pieniędzy, P<>; zwałała im dotykać piersi, starała się wzbudzić w nich pożądanie, b) parą, najpierw chciała, a później zmieniła zdanie, miała k^ontaj z innymi mężczyznami, zachęcała do seksu, sprawca był tak P niecony, że nie mógł wytrzymać,
- miły seksualne, np. kobiety lubią być zdobywane siłą, ubierają seksownie w celu bycia uwiedzioną, niezaspokojenie seksualne J szkodliwe dla zdrowia mężczyzny.

300

Zdaniem autorów z gwałtami na randce wiążą się następujące czynniki ryzyka: nowa sympatia, bycie sam na sam, zależność ofiary, odrzucenie, zgoda na brak szacunku, niska samoocena, układne maniery, bagaż seksualnych doświadczeń.

Hyde (1994) wyodrębnił typ zgwałceń, w których mężczyzna jest ofiarą a kobieta sprawcą. Najczęściej są to zgwałcenia kazirodczne, młodych chłopców przez opiekunki (bay-sitter abuse).

OSOBOWOŚĆ SPRAWCÓW I OFIAR

Soutoul, analizując osobowość gwałcicieli, stwierdza, że najczęściej spotykane są elementy: błędy i braki wychowawcze, wczesne uświadomienie seksualne w połączeniu z brakiem ilościowym i jakościowym doświadczeń w tej dziedzinie oraz, czasem, osobowość patologiczna: 75% sprawców ma niskie wykształcenie, 90% należy do najniższych warstw społecznych, u ponad 50% sprawców stwierdza się patologię rodzinną. Jeśli chodzi o osobowość ofiar/ zgwałcenia, autor podkreśla następujące cechy: bardzo różny wiek (od 14 miesięcy do 83 lat), niski poziom wykształcenia, często są to kobiety samotne, klasyczny „portret” ofiary to: nieśmiałość^jskromność, fatalizm, brak poczucia bezpieczeństwa, duża podatność na sugestię/ W około 30% przypadków ofiary nieświadomie prowokowały, szczególnie w przypadkach gwałtów kazirodczych (w/ażny był tu motyw niechęci lub nienawiści do matki). Volk, Boeckle-Joest i Hilgarth (1984) stwierdzają, że /sprawcy zgwałcenia często są zniewieściali/We wczesnym dzieciństwie nie pozostawiono im możliwości ujawniania agresji, w środowisku społecznym są/ulegli i zaadaptowani. Zgwałcenie stanowi wybuch ukrywanej dotąd agresywności./Ukierunkowanie wybuchu tej agresji na kobiety autorzy tłumaczą uwarunkowaniami kulturowymi (społeczeństwo patriarchalne). Nadmierne przystosowanie sprawców do środowiska wynika ze zbyt dużej Jiominacji ich matek, dlatego często wybierają oni na partnerki życiowe kobiety mające nad nimi przewagę, a to z kolei prowadzi do stałego poczucia, że są poniżani i wyzwala frustrację w obrazie własnej męskości. Ponieważ sprawca nie może się sprawdzić, zgwałcenie jest formą przesunięcia agresji z osoby matki czy innej znaczącej kobiety na tę, która jest po prostu symbolem kobiety/Zasadniczym celem zgwałceni^ wcale nie jest zaspokojenie potrzeb seksualnych, lecz /ujarzmienie ofiary;/80% przebadanych przez autorów sprawców miało przeciętny poziom popędu płciowego. Wielu sPrawców nie ma cech sadystycznych, jednak sam czyn nosił cechy sadyzmu, 0 można tłumaczyć tym, iż mieli potrzebę ujawnienia pewnych elementów yzrnu w celu umocnienia poczucia swej wartości i sprawdzenia się w roli

301

Osobowość ofiar zgwałceń, zdaniem autorów, ma takie cechy, jafc

cierpliwość, bierność, masochizm. Omawiając interakcję między sprawcą i ofiarą autorzy podkreślają, że sprawca nie widzi w ofierze jej wiek i atrakcyjność nie odgrywają znaczącej roli. Ofiara jest „symbolem” kobiety”. Ujawnienie przez ofiarę bezbronności jest sygnałem wyzwalamy czyn. Oprawca na ogół nie ma poczucia winy, częste natomiast jest ono. Im więcej obrażeń zewnętrznych u ofiary, tym mniejsze jest jej poczucie winy. U 6-7% sprawców stwierdzono chorobliwy sadyzm. Ważne jest usiłowanie nawiązania rozmowy ze sprawcą przez kobietę; w wielu przypadkach uniemożliwia to gwałt, ponieważ kobieta stała się osobą. Koss i Dinero (1989) do ryzyka gwałcenia kobiet zaliczają następujące czynniki:

- urazowe doświadczenia, np. przeżycie wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie, przemoc w rodzinie,
- czynniki socjalne i psychiczne, np. wrogość wobec kobiet, mity o gwałtach, akceptacja przemocy,
- czynniki sytuacyjne, np. alkohol.

Motywacyjna typologia sprawców zgwałceń (Cohen 1980):

- kompensacja, np. nieudanego życia seksualnego, innych niepowodzeń w życiu,
- agresja do kobiet,
- sadyzm,
- impulsywność erotyczna.

Osobowość sprawców wg Holmesa (1991)

-Matki dominujące i nadopiekuńcze. Ojcowie bierni, z niską pozycją w domu lub nieobecni. Wielu sprawców doświadczyło seksualnych frustracji, sadyzmu i zachowań kastracyjnych ze strony matek. U 60% istnieją cechy socjopatyczne. Wielu sprawców jest atrakcyjnych fizycznie, ma partnera seksualnego, żonę, dzieci, przeciętny lub wysoki poziom inteligencji.

Czynniki ryzyka sprawców zgwałceń

Malamuth (1991) wymienia następujące czynniki predysponujące sprawców do zgwałceń:

- doświadczenie w rodzinie przemocy, seksualnego wykorzystania, postawy negatywne wobec kobiet w środowisku rodzinnym,
- popełnianie różnego typu przestępstw,
- promiskuityzm seksualny,
- osobowość agresywna.

Silverman (1988) stwierdza, że w zgwałceniach dokonanych przez znajomych sprawców występują następujące prawidłowości: sprawca rzadziej stosował broń i groźbę zabójstwa, sytuacja przemocy trwała ponad 5 godzin, ofiara częściej używała alkoholu lub narkotyków, rzadziej obawiała się o swoje życie, częściej próbowała opierać się i uciekać, częściej odczuwała złość w trakcie zdarzenia/

Osobowość sprawców zgwałceń zbiorowych

Aleksandrowicz (praca doktorska 1994) na podstawie badania 320 sprawców ustalił, że:

- zgwałcenia nie były planowane, zwykle były kontynuacją libacji alkoholowej z ofiarą,
- najwięcej sprawców było w wieku 16-21 lat,
- większość sprawców miała przedtem udane kontakty seksualne z różnymi partnerkami,
- większość sprawców miała zaburzenia emocjonalne, małą adaptację

społeczną,

- głównymi motywami była agresywność, wrogość, chęć dominowania,
- dominująca rola przywódców („liderów”) polegała na inicjacji zdarzenia i określeniu sposobu dokonywania przestępstwa.

Wielu badaczy zgodnie stwierdza, że mity o gwałtach sprzyjają zgwałceniom. Oto kilka z najczęściej spotykanych:

każda kobieta pragnie być zgwałcona,
kobiety nie można zgwałcić wbrew jej woli,
 prostytutki nie są ofiarami zgwałceń,
gwałciciele mają wzmożony popęd płciowy,
kobiety ubierające się seksownie chcą być uwiedzione,
kobiety lubią być zdobywane siłą,
mężczyzna może czuć się uprawniony do wymuszenia współżycia, gdy
kobieta go prowokuje, pozwala dotykać piersi, najpierw chciała seksu,
a później zmieniła zdanie, miała kontakty z innymi mężczyznami,
zachęcała do seksu.

MITOLOGIA GWAŁTU

2 analizy piśmiennictwa (Crooks i Baur 1983; Walker 1988; Holmes 1991)

ika, że najczęściej spotyka się następujące mity o gwałtach:

' sprawca jest osobą obcą,

- ofiarami są młode i atrakcyjne kobiety,
- 1 kiedy kobieta mówi „nie”, często myśli „tak”,
- | kobiety w trakcie gwałtu mogą odczuwać przyjemność,
- istnieje specyficzny typ sprawcy,

303

- gwałcą seksualni frustraci,
- nie ma gwałtu, jeżeli sprawca znajdował się pod wpływem działania alkoholu,
- większość oskarżeń jest fałszywych.

NASTĘPSTWA

Sposoby radzenia sobie przez ofiary w sytuacji zgwałcenia

Burgess i Holstrom (1976) stwierdzają, że w przypadku zgwałcenia przez obcego sprawcę ofiary układa się wg następującego schematu:

- Faza przed wymuszonym kontaktem seksualnym:
 - myślenie jak uciec, jak wpłynąć na napastnika,
 - próba nawiązania rozmowy z napastnikiem,
 - gra na zwłokę,
 - próba wzbudzenia sympatii, udawanie choroby, groźenie, mówienie pochlebstw,
 - obrona fizyczna.
- Faza wymuszonego kontaktu seksualnego:
 - koncentracja uwagi na czymś odległym od zdarzenia,
 - dążenie do zapamiętania cech napastnika,
 - modlenie się, krzyczenie, jęczenie, wzywanie pomocy,
 - napinanie mięśni w celu uniknięcia stosunku,
 - walka, odpychanie, gryzienie itp.
 - nudności, wymioty, bóle,
 - uruchamianie mechanizmów obronnych (wypieranie, negacja, racjonalizacja, minimalizowanie, dysocjacja uczuć).
- Faza po wymuszonym kontakcie seksualnym
 - ucieczka lub negocjowanie,
 - wyżej wymienione mechanizmy obronne i reakcje fizjologiczne,

- niezadowolenie z własnych zachowań (Bass i Davis 1998).

Reakcja na zgwałcenie

Koss i Harvey (1991) wyodrębniają następujące fazy reakcji na zgwałcenie:

- uświadomienie sobie zdarzenia,
- poczucie szoku,
- ekspresja zdarzenia np. płacz, krzyk,
- reakcje somatyczne, np. bóle głowy, brzucha, biegunka, częstoskurcz*
- powrót do równowagi.

Resick 0983), Becker i Kapłan (1991) stwierdzają, że średnio u 10% °flj występuje ^fhe rape trauma syndrome'/. Główne jego objawy/lęki, poczucie bezradności, szok i niedowierzanie, poczucie winy, upokorzenia, obwim* 304

innych, wściekłość, depresja, zaburzenia seksualne, bezsenność, osłabienie pamięci, uoikanie ulubionych czynności, miejsca i sytuacji, w jakich doszło do zdarzenia. Natomiast u części ofiar nie ujawniają się wyraźne reakcje (silent rape reactions), co może sprawiać błędne przekonanie, iż zdrowie psychiczne ofiary nie uległo zaburzeniu, gdy tymczasem może pogłębiać się głęboko ukryta depresja, zmiana osobowości.

Syndrom urazu gwałtu (the rape trauma syndrome)

Burgess i Holstrom (1979) wyróżniają objawy;

• Faza ostra (dezorganizacji)

I - dolegliwości wiążące się z urazem fizycznym,

- zaburzenia układu moczowo-płciowego, pokarmowego,
- silne bóle głowy, zmęczenie, bezsenność,
- nadwrażliwość na bodźce,
- reagowanie płaczem lub śmiechem w przypadku odczuwania lęku, złości,

- uczucie wstydu, poniżenia, złości,

- samoobwinianie się.

• Faza długoterminowa (zaczyna się w 2-3 tygodnie po zdarzeniu)

- potrzeba ucieczki (podróżowanie),
- bierność, izolowanie się,
- szukanie wsparcia w rodzinie,
- lęki i koszmary nocne,
- fobie, depresje, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, inne zaburzenia psychiczne,
- zaburzenia seksualne (59% kobiet zrywa swoje związki partnerskie),
- uzależnienia.

Badania katamnestyczne przeprowadzone u kobiet w 2 lata po zgwałceniu (Nadelson 1986) ujawniły, że u 41 % występuje lęk przed ponownym gwałtem, u 33% różne zaburzenia emocjonalne, u 40% reakcje nerwicowe.

Rozpowszechnienie zgwałceń i ich następstwa skłoniły wiele krajów do organizowania specjalnych ośrodków pomocy dla ofiar zgwałceń czynnych całą dobę, w których uzyskują pomoc lekarską, psychologiczną, prawną. Wiele ofiar zgwałceń korzysta z pomocy psychoterapeutów.

Piśmiennictwo dotyczące zgwałceń (w tym również zbiorowych) zostało °kładniej omówione wyżej; jest ono dość bogate także w Polsce. Dlatego też e W2głędu na zakresloną objętość pracy nie omawiam szerzej własnej KaZUistyki.

kawał P""a wydana na zlecenie Sadu Wojewódzkiego w W., dotycząca Kazimierza L., lat 27, °dok ra' ° ^kształceniu podstawowym, pracownika fizycznego, nie karanego. Oskarżony "anie 4 zgwałceń i usiłowanie dokonania 1J.

Badany wobec ojca odczuwał lęk i nienawidził go. Z matką miał dobry kontakt i czuje się do niej podobny psychicznie. Ma 3 siostry, starsze od siebie, miał z nimi słaby kontakt, „byłem dla nich smarkaczem”. Z okresu dzieciństwa nie ma wspomnień seksualnych. Uświadomiony został przez kolegów, którzy pokazywali mu fotografie nagich kobiet i „puczali, jak należy z nimi postępować, że prawdziwy mężczyzna nie cacka się z dupą, tylko ją zdobywa, bo one i tak tego chcą”. Masturbować się zaczął w 14 roku życia, początkowo kilka razy w tygodniu (nauczył go tego kolega), a później codziennie. Wyobrażał sobie, że zdobywa różne kobiety, w różnym wieku. Sny seksualne ma średnio 1 raz w miesiącu, w treściach marzeń sennych występują piękne kobiety zapamiętane z wydawnictw porno, zdobywa je bez pieszczot. Odczuwa potrzebę codziennych stosunków. Erekcje ranne, nocne i w ciągu dnia występują codziennie, „mam i wtedy, jak oglądam atrakcyjną kobietę od tyłu, jak sobie pomyślę, co z nią robię”.

Inicjacja seksualna w 16 roku życia, w lesie, z doświadczoną koleżanką, która znana była jako „łatwa”; przebieg był udany. Miał do niej negatywne uczucia: „znana to kurwa, każdemu dawała mnie później nie chciała dawać, wołała tych facetów z forszą i samochodami”. Był zakochany w 16 roku życia, wydawało mu się, że to była „porządna dziewczyna, ale później nakryłem ją z facetem który mógł być jej ojcem, taki forsiały pacan, brzydki jak noc. Od tego czasu uznałem, że wszystkie kobiety to kurwy i chcą jednego, a miłość to tylko udawanie, aby omamić faceta”. Od tego czasu zaczął wymuszać kontakty seksualne i gwałcić kobiety przypominające mu wiekiem oraz urodą byłą sympatię. Podniecał go sam fakt wymuszania stosunku, wyraz lęku u kobiety. „ale rozjuszało mnie, jak próbowały zamykać oczy lub płakały, że są dziewicami”.

Sprawność seksualna była cały czas zachowana, nigdy nie miał zaburzeń seksualnych.

W badaniu somatycznym nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego. W teście stymulacji seksualnej reagował podnieceniem na widok kontaktów heteroseksualnych. W rysunku postaci kobiety zawarł cechy agresji, w rysunku mężczyzny i własnego Ja podobnie wyrażone cechy siły, dominacji, „supermena”. W teście Rorschacha ujawnił w 45% wypowiedzi treści jawnie seksualne, wiążące się z genitaliami kobiety i mężczyzny, przy tabl. IX miał skojarzenie „siłą zdobywana kurwa”. W teście projekcyjnym Starowicza ujawnił zgeneralizowaną agresję wobec kobiet, wysoką samoocenę w roli męskiej.

We wnioskach stwierdzono heteroseksualną orientację płciową, nieprawidłowe cechy osobowości, zgeneralizowaną agresję wobec kobiet. Z badań wynika, iż oskarżony nie miał w domu rodzinnym pozytywnych wzorców do identyfikacji z rolą męską. Model męskości przejął od rówieśników, którzy kultywowali w nim potrzebę siły, zdobywania i lekceważenia kobiety. Pierwszy kontakt seksualny miał z partnerką, wobec której czuł pogardę i wrogość. Jedyna próba zaangażowania uczuciowego zakończyła się stresem. Odtąd zgeneralizowała się u niego agresja wobec kobiet i wszystkie kolejne jego ofiary „płaciły” za sympatię, która wyzwoliła w nim poczucie krzywdy i potwierdziła środowiskową postawę wobec kobiety. Gwałcenie kobiet stało się dla niego dominującą formą zaspokajania potrzeb seksualnych, w której oprócz wspomnianego mechanizmu „karania” kobiet realizował stereotyp silnego, zdobywczego wobec nich mężczyzny. Dla badanego osoba matki była wyjątkiem, nie oceniał jej jednak w roli kobiecej, była dla niego uosobieniem ciepła. Jednak również wobec niej ujawniał postawę lekceważenia: „to słaba kobieta, dała się zawojować przez ojca, nie miała własnego zdania, po prostu niewolnica”.

PROSTYTUCJA

/ Prostyucją określa się różnorodne w formie kontakty hetero- lub homoseksualne uprawiane w celach zarobkowych z większą liczbą osób. Stosunek prostytucyjny jest traktowany w kategoriach rzeczowych (usługowych) i klucza więzi uczuciowej.

Lee.(1994) uważa, że typowa prostytutka jest postrzegana jako przestępstwo, w którym nie ma ofiary. W wielu krajach prostytutka nie jest karana. Organizacje Ochrony Praw Prostytutek naciskają w kierunku dekryminalizacji i prawnej legalizacji prostytucji.

W Polsce biegli seksuolodzy mają styczność ze zjawiskiem prostytucji najczęściej w następujących przypadkach:

- pedofilna prostytucja,
- prostytucja nieletnich,
- osoby prostytuujące się jako ofiary przemocy seksualnej.

W tym rozdziale ogólne aspekty prostytucji będą omówione w niewielkim zakresie, natomiast więcej uwagi poświęcam prostytucji nieletnich i pedofilnej.

Przyczyny

Z bogatego piśmiennictwa na ten temat wynika, że najczęściej wymieniane są następujące przyczyny prostytuowania się:

Czynniki społeczno-kulturowe:

- surowy, patriarchalny, monogamiczny model małżeństwa,
- czynniki utrudniające tworzenie głębokich i trwałych relacji interpersonalnych, np. w przypadku osób niepełnosprawnych,
- kryzysy ekonomiczne,
- migracje (rozluźnianie lub zrywanie dotychczasowych relacji interpersonalnych),
- wojny,
- konsumpcyjny styl życia,
- podwójna moralność.

Czynniki osobowościowe:

- zaburzenia osobowości,
- motywy ekonomiczne,
- ukryte lub jawne preferencje homoseksualne.

Czynniki wiążące się z rozwojem psychoseksualnym:

- relacje kazirodce,

doświadczenie seksualnego wykorzystania,

przedwczesne dojrzewanie płciowe,

negatywne doświadczenia wiążące się z inicjacją seksualną

szybkie przechodzenie z pettingu do stosunków seksualnych (deficyt relacji uczuciowych),

- wysoki poziom libido przy osłabionej zdolności kontroli popędu.

307

PROSTYTUCJA NIELETNICH

Najstarszy zawód świata, niestety, zaczyna obejmować dzieci i młodzież na skalę dotąd niespotykaną. Dotyczy to milionów osób. Dla przykładu podam dane z krajów Azji: Indie — 500000 dziewcząt, Pakistan — 40000 Tajlandia — 200 000, Chiny — 450 000, Filipiny — 60 000, Tajwan — 70 000, Sri Lanka — 15 000, Bangladesz — 10000, Wietnam — 6000, Kambodża — 2000, czyli prawie półtora miliona młodzieży wciągniętej jest w ten tryb życia. Zjawisko jest również powszechne w krajach Afryki, Ameryki Południowej i Środkowej. Do tego dochodzą dzieci i młodzież wykorzystywane w produkcji filmów pornograficznych; w samych USA dotyczy to rocznie 60000 osób. Zainteresowały się tymi zjawiskami rządy wielu państw, organizowane są międzynarodowe konferencje z udziałem Watykanu. Jaki to ma związek z rozprzestrzenianiem się AIDS, nie trzeba chyba wyjaśniać. Profesor Ron O'Grady na podstawie dokładnie przeprowadzonych badań ustalił, że w tzw. seksualnej turystyce do krajów Azji z usług dzieci i młodzieży korzystają pedofile: 25% to Amerykanie, 18% — Niemcy, 14% — Australijczycy, 12% — Anglicy i 6% — Francuzi. Około 10% młodzieżowej prostytucji dotyczy chłopców. Skala zjawiska systematycznie rośnie. Nie udało się dotąd

ograniczyć tego procederu.

Motywy prostytuowania się młodzieży jest przede wszystkim ubóstwo i nędza. W wielu krajach prostytutką zajmują się tzw. dzieci ulicy, które pozbawione domu rodzinnego, całe swoje życie spędzają na ulicach. Niewystarczająca opieka społeczna nie jest w stanie nic tu zmienić i w celu zapobiegania rozpowszechnianiu się AIDS zaczęto upowszechniać wśród dzieci ulicy prezerwatywy; rozdaje się bezpłatnie z obrazkowymi ilustracjami. Tyle zrobiono dotąd.

W wielu krajach rozwija się również prawdziwy przemysł prostytucji i naganicze ściągają dzieci do domów publicznych, bezlitośnie je wykorzystując. Co z tego, że Interpol i inne międzynarodowe organizacje odkryły źródła naboru i drogi przetrwania dzieci, skoro ukarano niewielką część sprawców handlu „żywym towarem”. System kar okazuje się nieskuteczny, skoro nie udaje się zlikwidować przyczyn ekonomicznych prostytucji nieletnich. Karanie klientów również niewiele daje. W budżecie niektórych krajów są oni przecież źródłem cennych dewiz. I tak rozwija się nadal i utrzymuje ten nieszczęsny proceder.

W naszym kraju zjawisko to nie przybrało jeszcze rozmiaru społecznego, ale wyraźnie narasta. Motyw ekonomiczny jest jednym z najważniejszych 'innymi' czynnikami prostytucji są narkomania, patologia psychiczna i seksualna/

Dla profesjonalistów szczególnie trudne są sytuacje, kiedy do prostytuowania się zachęcają lub zmuszają rodzice. Resocjalizacja takiej młodzieży wymaga wiele wysiłku, a także wiąże się z problemami organizacyjnymi i kosztami.

W czasach zagrożonych AIDS przyszłość prostytucji (dla zainteresowanych klientów, jak i ją uprawiających) wiąże się z dużym ryzykiem dla życia a prezerwatywy tego zagrożenia nie eliminują.

PROSTYTUCJA PEDOFILNA

Pederastia w obecnej obyczajowości i w postawach społecznych jest formą więzi homoseksualnych, ocenianych szczególnie negatywnie. Trudno powiódzieć, jaki odsetek tego rodzaju związków wiąże się z prostytucją. Z badań socjologicznych wynika, że ta forma prostytucji budzi największą agresję i rzutuje na postawy wobec homoseksualistów, których wielu badanych utożsamia z tym rodzajem związków. Podobne postawy wobec prostytucji pedofilnej spotykamy zresztą w przeszłości, np. w starożytnej Grecji mogło to prowadzić do pozbawienia praw obywatelskich sprawcy.

Kontakty młodych chłopców ze starszymi mężczyznami praktykowane są w niektórych kulturach prymitywnych. W Australii wiąże się to z rytuałem inicjacyjnym, w czasie którego opowiada się mity. Stroną inicjującą jest wyłącznie obcy dla chłopca mężczyzna. Przez pewien czas wspólnie przebywają w oddaleniu od społeczności. Chłopiec uczy się od swego „opiekuna” różnych sekretów dotyczących życia seksualnego, utrzymuje z nim kontakty seksualne, a na koniec otrzymuje prezent o symbolicznym znaczeniu — romb, będący zarazem symbolem fallicznym i kobiecym. Dorosły mężczyzna (erasta) w tych rytuałach inicjacyjnych zawsze odgrywa rolę aktywną, a chłopiec (eromen) bierną. Ten, który ma stać się mężczyzną, odgrywa teraz rolę kobiety. Rytuał ten jest tłumaczony różnie, ale najbardziej przekonująca jest hipoteza, że wynika on z przypisywania nasieniu cudownych, specyficznych właściwości. W związkach seksualnych inicjujących przekazuje się chłopcu własną wiedzę i moc przez nasienie. Inicjacja obejmuje poza wtajemniczenie-

niem seksualnym także wprowadzenie w inne męskie role: polowanie, rolnictwo, bojowość, sztukę wojenną. Tak więc pedofilny związek ma w tych kulturach specyficzne rytualne znaczenie, chłopiec staje się mężczyzną i wchodzi później w heteroseksualne związki. Nie ma tu natomiast żadnej Prostyucji.

W kulturze Zachodu pedofilna prostytucja była szczególnie ostro ścigana i stanowiła margines obyczajowości homoseksualnej, bardzo utajniana. Istniały ukryte domy publiczne świadczące usługi (np. w XVIII-wiecznej Anglii), zakamuflowane kluby, do których sprowadzano młodych chłopców dla zamożnych i ustosunkowanych klientów. Dopiero w XX wieku ona prawdziwym handlem o dużym zasięgu: powstały specjalne

wydawnictwa pornograficzne, kluby, domy publiczne, siatka stręczycieli sprowadzająca niekiedy chłopców z odległych krajów.

Stosunkowo niedawno zaczęto badać to zjawisko. Początkowo uważano głównie dorosłym mężczyznom: jaka jest ich motywacja, biografia życiowa, forma zachowań. Stopniowo zaczęto interesować się również ofiarami tej prostytucji. Poznano ich środowisko rodzinne, osobowość, intelekt, motywacje itd.

Interesujące wyniki badań uzyskali Gauthier-Hamon i Teboul we Francji (1987), którzy przeprowadzili badania ankietowe, a także liczne rozmowy z samymi zainteresowanymi. Pytano o dwa problemy: dlaczego dziecko zaczyna zwracać się w stronę pedofila i odwrotnie? Jak układa się taki związek, który akceptują obie strony?

Wyniki tych badań posłużyły autorom do wyodrębnienia dwóch schematów prowadzących do tej prostytucji: /

- dziecko ucieka z domu i spotyka pedofila, który zabiera je do siebie, opiekuje się nim, utrzymuje kontakty seksualne, zapewnia byt materialny, płaci lub daje prezenty,

- młody chłopiec zostaje porwany przez dorosłego mężczyznę.

Autorzy na podstawie przeprowadzonych badań prostytuujących się chłopców w wieku od 8 do 12 lat stwierdzili u nich depresję pierwotną. Ten psychoanalityczny termin oznacza stan depresji wynikający ze złych relacji uczuciowych między matką a dzieckiem, a także między ojcem a dzieckiem, które zaburzą identyfikację w rozwoju psychoseksualnym z rolą męską?

W takiej sytuacji dziecko poszukuje uczucia, które umożliwi identyfikację męską. Zwraca się do każdego, kto tylko jest w stanie poświęcić mu uwagę, kto zaspokoi mu potrzeby uczuciowe. Pedofil może być takim substytutem ojca, ale wprowadza mętlak, odgrywając wobec dziecka rolę zarówno „ojca”, jak i „matki”. Pedofil jest jednak w oczach dziecka, bardziej obrazem ojca.

Analiza postaw pedofilów wskazuje, że mają oni zarówno potrzebę ojcostwa, jak i macierzyństwa, która jest bardziej ukryta. Jednak współistnieją obie. Pedofil daje dziecku to, czego oczekiwało od swojej matki, a sam jest matką, jaką sam chciał mieć. / Powyższe zachowanie, zwane układem ojciec-matka łączy się ze współistniejącym u pedofila drugim układem ojciec-ojciec/Oba służą identyfikacji.

Z badań klinicznych wynika, że takie pseudoojcostwo ma kilka poziomów oddziaływania. Pedofil i dziecko znajdują się w tym samym układzie transgeneracyjnym, tzn. pedofil nie odnajduje się jako syn swojego ojca-podobnie jak chłopiec. Obaj znajdują się też na tym samym poziomie seksualności.

W biografii życiowej pedofilów znajdujemy prawie zawsze fakt inicjał,

seksualnej z osobą dorosłą, co świadczy o ciągłym powtarzaniu i odtwarzam
310

pierwotnego doświadczenia (primal scenę). Pedofil fascynujący chłopca jest dla niego zastępczym obrazem ojca. Freud wskazuje na dwoisty charakter tego związku, na ambiwalentne utożsamianie się z ojcem przez dziecko. Współżycie seksualne pedofila z dzieckiem równoważy autorytet ojcowski, który może istnieć w takim związku.

Autorzy podkreślają, że istnieje różnica między związkiem pedofila z młodym i ze starszym chłopcem. W tym pierwszym przypadku seksualność zbliżona jest do macierzyńskich pieszczot, a w drugim ma bardziej erotyczny charakter. W obu jednak sytuacjach u dziecka istnieje pierwotna depresja, a akt seksualny dla obu ma wartość antydepresyjną.

Omawiani autorzy "c drogę rozwoju pedofilnej prostytucji/przedstawiają w formie następującego uproszczonego schematu:

Problemy rodzinne lub szkolne chłopca

(depresja pierwotna)

i

ucieczka z domu

(brak oparcia moralnego, środków do życia)

i

spotkanie z pedofilem

(sa. wśród nich „specjaliści" polujący na uciekinierów)

i

inicjacja seksualna

i

prezenty, pieniądze

Jakie są losy tych prostytuujących się chłopców? Część z nich, po osiągnięciu dojrzałości, nawiązuje kontakty heteroseksualne. Inni powtarzają pierwsze doświadczenia seksualne i później sami stają się pedofilami. To zakodowanie pierwszych doświadczeń potrafi być tak silne, iż wielu badanych przeze mnie w sądach pedofilów wiernie odtwarza te doświadczenia. Jeżeli np. spotkali się z „macierzyńską" opieką, to samo powtarzają we własnym życiu. Zdarza się też, że urazowe, brutalne, sadystyczne scenerie pierwszych doświadczeń również są powielane w późniejszym życiu.

Inni stają się homoseksualistami szukającymi rówieśników, starszych m?żczyzn, a jeszcze inni biseksualistami. Bardzo często jednak pedofilia rodzi Pedofilię, prostytuowanie się — korzystanie z prostytuujących się chłopców/
ULICZNA PROSTYTUCJA (Lee 1994)

- Według niektórych badań nawet 50-70% ulicznych prostytutek jest nosicielkami HIV
- Są miejsca, w których nazwiska osób mających wynik pozytywny na STDs (choroby weneryczne) są wywieszane w miejscu publicznym.

311

Nawet wśród prostytutek ulicznych, które są najniżej w hierarchii prostytucji, istnieje wewnętrzna hierarchizacja — niżej są np. prostytutki niezależne, bez alfonsa. Słabszą pozycję od 20-dolarowych hookers (dziwek) mają męskie prostytutki (queens), a najniżej są tzw. five dollar ho.

Uliczne prostytutki są częściej od innych czarne, są nosicielkami chorób wenerycznych, narkomankami.

ALFONSI (Lee 1994)

- Alfonsi uważają, że kobiety chcą być kontrolowane i przyjmują patriarchalną siłę narzucając swoje zasady i panując nad swoją „rodziną”.
- Wiele spośród kobiet mających alfonsów wywodzi się z dobrych rodzin, gdzie zostały rozpieszczone, nigdy nie dokonując samodzielnych wyborów, będąc pod opieką i kontrolą mężczyzn w swoim życiu. Dotyczy to szczególnie dzieci-prostytutek. Alfons kontroluje ich życie, wydaje rozkazy, karze.
- Białe prostytutki jest zwykle łatwiej kontrolować od czarnych.
- Alfonsi preferują białe kobiety. Co prawda czarne potrafią zarabiać równie dobrze, ale są częściej zgarniane przez policję.
- Większość prostytutek marzy o zakończeniu kiedyś kariery, a alfonsi utwierdzają je w tych marzeniach, przekonując, że ich pieniądze są przez nich dobrze ulokowane i zabezpieczone (Hali 1972).
- Alfonsi rzadko wiążą się seksualnie z prostytutkami, ich stosunki mają charakter czysto finansowy, co redukuje zazdrość.
- prostytutki w razie wpadki kontaktują się telefonicznie z alfonsami, którzy przy użyciu ich dochodów wyciągają je z więzienia.
- Alfonsi kontrolujący dzieci przyjmują bardziej aktywną rolę. Sami wyszukują klienta, pokazują mu zdjęcie, podstawiają dziecko na umówione miejsce. Muszą uważać na policję (Campagna 1988). Użycie telefonu i CB-radio podwyższa ryzyko aresztowania.

KLIENCI PROSTYTUTEK

- Według badań Camdena 50% osób korzystających z usług prostytutki było żonatych (Freund et al. 1991).
- Główne powody korzystania z prostytutki:

312

- te kobiety są tam po to, by być wykorzystywane,
- brak czasu, by zaciągnąć kobietę do łóżka,
- regularne randki są zbyt kosztowne,
- regularne randki są niewygodne,
- element niebezpieczeństwa,
- próbowanie przechrzenia hustlera,
- zwykle kobiety nie spełniają ich upodobań.

» Klienci prostytutek dzielą się na takich, którzy za każdym razem szukają innej i nie przywiązują się, oraz takich, którzy chcą się umawiać ciągle z jedną, a czasem nawet fundują jej mieszkanie, płacą rachunki itp.

Klienci wykazują pewną naiwność i brak realizmu. Wierzą, gdy prostytutka mówi, że nie jest nosicielką i nie zażywa narkotyków. Często uważają, że przy seksie oralnym i różnych innych formach są zabezpieczeni przed chorobami przenoszonymi drogą płciową (Freund et al. 1991).

DZIECIĘCA PROSTYTUCJA

- Podczas gdy większość dorosłych prostytutek ulicznych jest czarna, większość dzieci-prostytutek jest biała (Weisberg 1985).
- Młoda męska prostytutka jest bardziej pożądana, gdy nie jest muskularna i ma bardziej kobiecy wygląd (Campagna 1988).
- Ile by dziecięca prostytutka nie zarabiała, zwykle nie jest w stanie nic zaoszczędzić. Daje pieniądze alfonsowi albo płaci za miejsce do spania, oddaje przyjaciółom, kupuje narkotyki.

MOLESTOWANIE SEKSUALNE W PRACY

Definicje

Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (Musaph 1994):

Molestowanie seksualne to świadome lub powtarzane uwagi, gesty albo kontakty fizyczne natury seksualnej, które są niepożądane przez odbiorcę.

Wyróżniane są dwie formy napastowania seksualnego (Divasto 1984):

- inwazyjna (pieszczoty, usiłowanie zgwałcenia, zgwałcenie)
- nieinwazyjna (obsceniczne rozmowy telefoniczne, podglądanie, eks-
hibicja).

Według Warylewskiego (1999) molestowanie seksualne to niechciane za-
wanie o podłożu seksualnym, które jest odbierane przez ofiarę jako deter-
J3ce warunki zatrudnienia lub kreujące nieprzyjazne środowisko pracy.

313

Może przybierać/dwie formy: seksualny szantaż i stwarzanie nieprzyjaz-
nych warunków pracy.

Zdaniem Autora molestowanie seksualne wiąże się z następującymi
przestępstwami z kodeksu karnego:

Art. 216 kk. - odpowiedzialność za zniewagę i zniesławie-
nie.

Art. 217 § 1 kk. - odpowiedzialność za naruszenie nietykalności
cielesnej.

Art. 197 § 1, 2 i 3 kk. - odpowiedzialność za zgwałcenie.

- odpowiedzialność za nadużycie stosunku zale-
żności.

- odpowiedzialność za prezentowanie treści po-
rnograficznych.

- odpowiedzialność za znęcanie.

- odpowiedzialność za doprowadzenie do upra-
wiania prostytucji.

- odpowiedzialność za naruszanie praw pracow-
nika.

- odpowiedzialność za wykroczenia przewi-
dziane w kodeksie pracy.

Art. 199 kk.

Art. 202 § 1 kk.

Art. 207 § 1 kk.

Art. 203 kk.

Art. 218 § 1 kk.

Art. 281-283 kk.

Zakres zjawiska

Barbara Gutek (1985) w książce pt. „Sex and the Workplace” zawarła
wyniki badania, które polega na tym, że pracownikom zatrudnionym poza
swoimi domami w wymiarze więcej niż 20 godzin tygodniowo, zadaje się
pytanie: „Co jest napastowaniem seksualnym?”

Wyniki (odpowiedzi pozytywne):

Mężczyźni Kobiety

Uprzejme komentarze 21,9% 33,5%

Obrażliwe komentarze 70,3% 85,5%

Uprzejme spojrzenia i gesty 18,9% 28,9%

Obrażliwe spojrzenia i gesty 61,6% 80,3%

Dotykanie nieseksualne 6,6% 7,3%

Dotykanie seksualne 58,6% 84,3%

Oczekiwanie spotkań 91,1% 95,8%

Oczekiwana atrakcyjność seksualna 94,5% 98%

Powella (1986), badając pracowników fizycznych zatrudnionych w państwowej posiadłości w USA stwierdził, że w ciągu ostatnich miesięcy; napastowanych seksualnie było 42% kobiet i 15% mężczyzn. ^v

Ubożnym efektem feminizmu staje się postawa antyseksualna, najmniejszy przejaw zainteresowania seksualnego jest uznawany za

314
związkiem „

' (Kate Lⁱg^g jest skalana

kobiet doświadczenia (GÓmicka-B<-tyńska, 1999), 33%

nych propozycji mechanicznych założeń, erotycznych zaczepki i s<<fauai-

Definicja

Zgodnie z polskim

"t. 1999 k.k.: „kto, przemoc

położenia, doprowadza inną osobę

innej czynności seksualnej

pozbawienia wolności 313

Zakres zjawiska

seksualnej

Stożki

Ktoż treści

anie krytycznego

Ubożnego

czynności podlega karze

swoimi

7scn gnan therapy,

10,5% w terapii behawioralnej,

7% w Gestalt therapy

5,5% w terapii elektrycznej,

SIWJTJ lb

o Aghassy

mesPrecyzowani.

315

seksualny, zakochanie się. Wielu autorów wymienia inne możliwe motywy; hierarchiczność stosunku typu mężczyzna-kobieta (Kahn-Nathan 1982), psychopatologia (Shepard 1971), kompensacja poczucia nieatrakcyjności (Lowry 1975), racjonalizacja ukrytych potrzeb (Kardener 1973), mechanizm przeciwnościsienia (Musaph 1982), seksizm (Stone 1984), cechy dominacji, izolacji i antyspołeczne (Jehu 1994).

Przyczyny nawiązywania przez pacjentki kontaktów seksualnych z terapeutami

W piśmiennictwie wymienia się najczęściej spotykane przyczyny: niedojrzałość emocjonalną (Redlich 1971), potrzebę neutralizacji napięcia (Musaph 1982), hierarchiczność relacji (Kahn-Nathan 1982), doświadczenie wykorzystania seksualnego w dzieciństwie (Smith 1989), zakochanie się (Pope 1989), reakcje dysocjacyjne, osobowość borderline (Jehu 1994).

Następstwa

W piśmiennictwie wymienia się następujące następstwa seksualnych relacji między terapeutami a pacjentkami: ambiwalencja wobec terapeuty i terapii, uzależnienie od terapeuty, problemy w życiu osobistym (Apfel 1985), reakcje dysocjacyjne, seksualizacja zachowań, uzależnienia, depresje, zabu-

rzenia psychosomatyczne, pourazowy zespół stresowy (Jehu 1994), zaburzenia seksualne/(Winson 1984).

Pope (1990) stworzył termin therapist-patient sex syndrome/który obejmuje następujące cechy: ambiwalencja wobec terapeutów, złość, izolacja, zahamowania seksualne, ryzyko popełnienia samobójstwa, czucie się jak w relacji kazirodczej, zaburzenia poznawcze, objawy podobne jak u ofiar zgwałceń.

Gartrell (1986, 1987) stwierdza, że w 44,6% przypadków doszło do zerwania kontaktu z terapeutą, w 29% — do przyjaźni bez więzi seksualnej, w 3,6% — do kontynuowania terapii bez więzi seksualnej, w 7,2% do kontynuowania więzi seksualnej bez terapii; 81% terapeutów zakochało się i po zakończeniu terapii kontynuowało związek uczuciowy i seksualny.

Zagadnieniami relacji seksualnych między terapeutami a pacjentami zaczęli zajmować się specjaliści z różnych dziedzin nauki, pojawiły się specjalne poradniki, np. „Professional Therapy Never Includes Sex” (Kalifornia 1989), opracowywane są programy prewencji i terapii sprawców, jak i ofiar (Jehu 1994).

Wyniki badań własnych

W latach 1994-1996 przeprowadzałem badania ankietowe wśród suologów, psychiatrów i fizjoterapeutów oraz pacjentek. Wyniki tych badań przedstawione w tabelach 36-38.

316

Tabela 36

Poglądy populacji Polaków na temat relacji seksualnych terapeutów z (Lew-Starowicz)

"~

N = 1188

Czy terapeuci mają kontakty seksualne ze swoimi pacjentami?

• psychiatrzy kobiety - K

mężczyźni - M

» seksuolodzy K

M

• fizjoterapeuci K

M

Czy doświadczyteś(aś) prowokacji erotycznej przez terapeutę

lub nastąpił kontakt seksualny?

• z psychiatrą kobiety - K

mężczyźni - M

• z seksuologiem K

M

fizjoterapeutą K

M

pacjentami (w odsetkach)

wiem]

• z

2,5 97,5

0,0 100,0

0,5 99,5

0,0 100,0

1,5 98,5

0,0 100,0

27,0

34,0

94,0

43,0

35,0

39,0

Tabela 37

Zakres i rodzaj relacji seksualnych między terapeutami a pacjentami (w odsetkach)

	Psychiatrzy	Seksuolodzy	Fizjoterapeuci
Typ relacji seksualnych	N=100	N=inn	"
Odczuwanie podniecenia seksualnego w trakcie terapii			
Fantazjowanie o seksualnym kontakcie z pacjentem			
Doświadczenie prowokacji seksualnej ze strony pacjentów			
Pocałunki erotyczne			
Petting			
Kontakty oralno-genitalne			
Stosunki pochwowe			
Stosunki analne			

Usankcjonowanie zaangażowania między terapeutą a pacjentem

- Masters i Johnson (1966) rozwinęli metodę pomocy pacjentom płci męskiej z dysfunkcjami seksualnymi przez dopuszczanie ich do Praktycznych ćwiczeń terapeutycznych w łóżku z inną kobietą, specjalnie do tego przeszkoloną. Kobieta zastępcza otrzymywała

317

codziennie instrukcje od Masters i Johnson. Skuteczność metody w okresie 13 lat wynosiła ponad 80%. Większość kobiet leczyło tylko jednego pacjenta jednocześnie i nie miało w ciągu ok. 1 roku innych pacjentów. Kobiety te nie były też w tym czasie zaangażowane w żadne długotrwałe związki. Technika ta znalazła niewielką kontynuację w latach osiemdziesiątych. Prawdopodobnie w Europie nie była wcale wprowadzana. Metoda Masters i Johnson bez kobiety zastępczej jest obecnie używana przez terapeutów seksualnych. Heslinga (1977), Verkuyl (1977) z duńskiego centrum rehabilitacji są pionierami metod pomocy ludziom fizycznie niepełnosprawnym w osiągnięciu satysfakcji i realizacji potrzeb seksualnych. I tutaj korzysta się często z pomocy specjalnie przeszkolonych wolontariuszek.

Tabela 38

Oczekiwana metoda badania seksuologicznego (w odsetkach) N = 280 kobiet

Metoda badania	Tak	Nie	Nie wiem
Wywiad, rozmowa	100,0	0,0	0,0
Badanie ginekologiczne	53,0	25,7	21,1
Testy psychologiczne	47,1	13,9	39,0
Aparatura pobudzająca seksualnie	3,9	82,9	13,2
Pobudzenie stref erogennych ręką	58,9	40,4	0,7
Partner zastępczy	0,0	100,0	0,0
Stosunek seksualny	11,1	41,8	47,1

ZABÓJSTWA NA TLE SEKSUALNYM

Hanausek (1995) stwierdza, że za zabójstwo na tle seksualnym należy rozumieć /Spowodowanie śmierci człowieka „pozostające w związku ze wzbudzeniem, nasileniem, utrzymywaniem lub zaspokojeniem popędu sek-

sualnego sprawcy skierowanego na jego ofiarę'/ Determinantą tego typu zabójstwa jest realizowanie potrzeby seksualnej w sposób odbiegający o powszechnie przyjętych norm.

TYPOLOG/A (WG HANAUSEK 1995)

- Zabójstwa pozorowane popełnione na tle seksualnym (np. z zems y
- Zabójstwa ąasi-seksualne. Ich sprawcami są osoby chore psychicz

318
przyczyną zabójstwa jest treść przeżyć chorobowych, a nie zaburzenie seksualne.

- Zabójstwa „przypadkowe”, zewnętrznymi cechami przypominające zabójstwa na tle seksualnym.
- Zabójstwa akcesoryjne w stosunku do zazwyczaj wcześniejszego od nich aktu seksualnego. Spowodowanie śmierci nie daje sprawcy satysfakcji seksualnej, ale służy ukryciu kontaktu seksualnego z późniejszą ofiarą, najczęściej wymuszonego siłą.
- Właściwe zabójstwa na tle seksualnym są popełniane:
 - w celu wzbudzenia popędu płciowego sprawcy (np. nekrofilia),
 - w celu utrzymania lub nasilenia popędu płciowego,
 - po odbyciu stosunku seksualnego; zabójstwo stanowi namiastkę powtórnego stosunku lub przedłużenie uprzedniego,
 - zamiast odbycia stosunku seksualnego (z lubieżności).

Biegły seksuolog jest wzywany do przypadków zabójstw, co do których podejrzewa się, że mają tło seksualne (np. mord z lubieżności), którym towarzyszą różne zachowania seksualne (np. gwałt) i w których akt skrajnej agresji jest skierowany ku obiektowi seksualnemu (np. na kochanka, partnera homoseksualnego). We wszystkich tych przypadkach oczekuje się od biegłego określenia struktury psychoseksualnej przestępcy oraz mechanizmów kierujących jego zachowaniem.

Salwa (1965) stwierdza, iż zabójcy swych kochanek najczęściej popełniali przestępstwo w sytuacji, gdy doszło do niepożądanego ciąży oraz z poczucia krzywdy powstałego w wyniku zagrożenia publicznym ujawnieniem związku bądź szantaż:u ze strony partnerki, braku warunków do zalegalizowania związku, niedostatku materialnego, niezgodności charakterologicznej. Zabójstwo wyzwala poczucie ulgi, a zarazem lęk przed karą.-W przypadku zabójców żon istniejące różnice charakterologiczne, ujawniana przez żony — obojętność uczuciowa, poczucie obcości, w domu — wyzwalały poczucie krzywdy, rozdrażnienia, nasilające się zwłaszcza w stanach upojenia alkoholem/ Allen (1969), opisując/lord z lubieżności/podaje jego charakterystyczne powtarzające się cechy: (/kresowość napadów, wbijanie noża w piersi i genitalia kobiety, ssanie, lizanie, pocieranie członkiem ran./W trakcie gwałcenia umierającej ofiary mogą występować erekcje i wytryski nasienia. ^Tędzy kolejnymi napadami sprawcy zachowują się normalnie.

Hirschfeld (cyt. za Imielińskim 1974) odróżnia 6 typów mordów seksualnych:

- * w celu osiągnięcia orgazmu (mord z lubieżności), dokonany w czasie przeżywania orgazmu,
- Prty pokonywaniu oporu ze strony ofiary,
- w c?lu ukrycia przestępstwa seksualnego, np. zgwałcenia,

- 319
- w celu uniemożliwienia ofierze wołania o pomoc,
 - pozorowany na mord z lubieżności.

R. Leśniak, A. Szymusik i E. Leśniak (1974) na podstawie badania 15

sprawców zabójstw seksualnych stwierdzili, iż 11 z nich miało poniżej 30 lat, w większości byli to pracownicy fizyczni, o wykształceniu podstawowym, ze środowiska wielkomiejskiego. Działali przeważnie nocą; 7 sprawców dokonało zgwałcenia w trakcie popełniania przestępstwa. Badanych sprawców w porównaniu z innymi zabójcami cechuje wyższy poziom intelektualny. Występują wśród nich zaburzenia w rozwoju psychoseksualnym i skrajnie nasiloną introwersja: 75% z nich działało pod wpływem alkoholu. U większości ustalono zmniejszoną lub zniesioną poczytalność i wnioskowano internację w zakładzie psychiatrycznym, stwierdzono bowiem duży odsetek zaburzeń psychicznych.

Kozarska-Dworska (1975) na podstawie analizy 34 spraw o zabójstwo podaje, że 31 zabójstw związanych było z gwałtem. U 30 sprawców zamiar zabójstwa powstał w trakcie lub po akcie seksualnym, a u 4 sprawców zabójstwo było warunkiem osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Dewiacje seksualne rozpoznano u 19 sprawców, sadyzm i cechy sadystyczne u 8. U 7 rozpoznano czynnościowe zaburzenia seksualne, a 14 miało prawidłowy popęd płciowy; 70% sprawców znajdowało się w chwili czynu w stanie upojenia alkoholowego, 52% z nich to recydywiści (chuligaństwo, rozbój, pobicie); 72% sprawców było stanu wolnego.

Na II Krajowym Sympozjum poświęconym nietypowym zachowaniom seksualnym (Jabłonna 1976) Rydzek podał, że liczba zabójstw na tle seksualnym od 1966 roku ma tendencje wzrostowe; średnio były 23 zabójstwa rocznie. Wielu zabójców jest nieśmiałych wobec kobiet, ma niedorozwój moralny, widoczny jest u nich prymitywizm intelektualny.

Gurgul (1982), omawiając zabójstwa z lubieżności, podkreśla jako ich cechy charakterystyczne: seryjność, przypadkowy dobór ofiar, stereotypowość działania sprawców, staranne dobieranie miejsca przestępstwa, rzadkość okaleczania ciała ofiary. Jeśli chodzi o sylwetkę zabójcy, to jest to tylko /mężczyzna działający sam, psychopata, sfrustrowany seksualnie, nie umiejący nawiązywać kontaktów z kobietami, który wcześniej uległ demoralizacji, konfliktowy, najczęściej w wieku poniżej 40 lat, przeciętnie wyglądający („ginie w tłumie”), poczytalny./pierwsze zabójstwo z najczęściej ma moty* aseksualny, i 15% ofiar należy do bliskiego kręgu znajomych lub rodzin; /Frustracja seksualna wynika z impotencji, wad budowy członka, poczuci odrzucenia przez kobiety^

Imieliński (1982) podkreśla, że mord z lubieżności jest skrajnym Vn wem sadyzmu, przy czym nie musi dochodzić do kontaktu seksualn' z ofiarą. Zaspokojenie seksualne może być osiągnięte przez naśladowa' 320

genitalnego wniknięcia w ciało ofiary, w czasie którego zostają rozerw jamy ciała, rozcięte piersi, gardło, narządy płciowe; może też dojść rozkawałkowania ciała.

Leszczyński (1995), na podstawie analizy przykładów spraw o zabójst na tle seksualnym, stwierdza m.in., że:

- sprawcami są przeważnie mężczyźni, nie ma specyficznego tyi zabójcy,
- większość sprawców wywodzi się z rodzin ubogich, wielodzietnyc zdemoralizowanych, jest w wieku 18-37 lat, żonatych, ale ich związ nie są udane,
- u większości sprawców rozpoznano sadyzm w skrajnej postaci, ograniczoną lub zniesioną potencję seksualną przy zachowaniu silnego popęd

płciowego,

- niekiedy sadyzm seksualny jest powiązany z innymi zaburzeniami preferencji seksualnych,
- u wielu sprawców rozpoznaje się schizoidalny typ osobowości,
- u sprawców rzadko istnieje wampiryzm seksualny.

Z badań autora wynika, że najczęściej tego typu przestępstw popełnianych jest na terenie województwa katowickiego, łódzkiego i warszawskiego, w styczniu i w sierpniu, w godzinach wieczornych. Większość sprawców jest stanu wolnego lub ma nieudane związki, niski poziom wykształcenia, w chwili popełnienia czynu 84,9% znajdowało się pod wpływem alkoholu. Wyniki badań nie potwierdziły obiegowych opinii dotyczących sprawców, np. ich rzekomo wysokiego poziomu inteligencji, nadzwyczaj silnego popędu seksualnego, żądzy krwi i widoku cierpień ofiar.

ANALIZA BADAŃ WŁASNYCH

Na podstawie 93 badań sądowo-seksuologicznych sprawców zabójstw na tle seksualnym można uznać, że większość sprawców:

- jest w wieku 24-36 lat, ma wykształcenie podstawowe i zawodowe, pracuje fizycznie, nie ma udanych związków partnerskich,
- ujawniła ambiwalencję wobec ojca, pozytywne uczucia do matki, identyfikację z ojcem,
- ma obniżoną samoocenę w roli partnera seksualnego, obniżony poziom libido, tradycyjne role płciowe, ma zaburzenia erekcji i osobowości,
- w metodach badań projekcyjnych wykazywała: osłabioną reaktywność seksualną, jawną ekspresję erotyczną w rysunku postaci kobiety, postawy obronne w rysunku własnego Ja, szoki seksualne w teście Rorschacha, agresję wobec kobiet w teście zaczarowania i wolnych skojarzeń.

321

Badana populacja zabójców kobiet w porównaniu z innymi wykazują większe zróżnicowanie wiekowe; najstarszy zabójca liczył 47 lat. Charakterystyczną odmiennością w strukturze więzi rodzinnych badanych z tej populacji jest powszechność negatywnej oceny osobowości ojca i więzi z nim uczuciowej przy jednoczesnym identyfikowaniu się z nim. Matki są oceniane pozytywniej od ojców, ale uczucia do nich są bardziej zróżnicowane, częściej widoczne jest lekceważenie dla słabszej i zastraszonej matki. Analiza więzi rodzinnych w tej grupie wskazuje, iż bardzo często zachowania agresywne picie alkoholu przechodzą z pokolenia na pokolenie w linii męskiej; jest to jakby powielanie stereotypu męskości.

W badanej grupie częściej niż w pozostałych występuje sadyzm i agresywność wobec kobiet. Najczęściej wiąże się to z cechami osobowości antysocjalnej, agresywnej, ale w wielu przypadkach można było prześledzić mechanizmy rozwoju agresji wobec kobiet, czego ilustracją są poniżej podane przykłady. Można powiedzieć, iż na takim podłożu, jakim jest osobowość nieprawidłowa, stosunkowo łatwo rozwija się narastająca agresja wobec kobiet w przypadku związanego z nimi ciągu niekorzystnych, negatywnych doświadczeń życiowych i seksualnych. Zabójstwo danej kobiety staje się odwetem, ofiara „płaci” swym życiem za rzeczywiste lub urojone krzywdy wyrządzone sprawcy przez inne kobiety.

W populacji zabójców często występują różnorodne zaburzenia seksualne w formie niepełnych erekcji, obniżenia poziomu libido czy wytrysków przed- bądź zbyt wczesnych. Dokładniejsza analiza tych zaburzeń pozwala wysunąć twierdzenie, iż najczęściej chodzi tu o impotencję i hipolibidemię alkoholową, natomiast rzadziej występują czynnościowe zaburzenia seksualne. Rozwijają-

ce się zaburzenia seksualne zaczynają prowokować konflikty małżeńskie. poczucie zagrożenia w roli męskiej. Nieudane kontakty są bardzo dramatycznie przeżywane, podważają bowiem model męczyzny sprawnego seksualnie i panującego nad kobietą. Jest to również jeden z mechanizmów prowadzących do zabójstwa kobiety postrzeganej jako obiekt sam w sobie zagrażający.

W badanej populacji często były rozpoznawane zaburzenia reaktywności seksualnej, odruchów nosidłowych w trakcie badania, co potwierdzało podejrzenie hipolibidemii. Uderza wysoki odsetek zachowań obronnych ujawnianych w badaniach projekcyjnych. Polegały one albo na odmowie poddania się tym badaniom, albo na ujawnianych w nich postawach obronnych. Trudno się jednak temu dziwić. Badany w trakcie wywiadu jest świadomy, iż może kontrolować swoje wypowiedzi, udzielać informacji zgodnie z założonym planem; chodzi tj w końcu o wysoką stawkę życiową. W przypadku metod projekcyjnych 'c ukryte znaczenie i niejasność w sposób naturalny rodzą lęk i nieufność.

I. Opinia wydana na zlecenie Prokuratury Wojewódzkiej w B w sprawie J. K. 'aI |*'" środowiska robotniczego, o wykształceniu podstawowym, żonatego, bezdzietnego-322

Dane z akt sprawy: J. K. podejrzany jest o to, że:

- 1) w nocy dnia 13 listopada 1980 r., zamierzając dopuścić się czynu nierządowego wzgl J. Z., schwycił ją ręką za szyję i począł uciskać, a następnie przycisnął ją do płotu, zamierzonego skutku nie osiągnął z uwagi na spłoszenie go,
- 2) w nocy dnia 12 stycznia 1981 r. zamierzając dopuścić się czynu nierządowego wzgl F. N., schwycił ją ręką za szyję i począł ściskać; aby uniemożliwić jej krzyk, włożył palce do ust. lecz zamierzonego skutku nie osiągnął z uwagi na wszczęty przez nią alij. o czyny z art. 11§ 1 wzw. żart. 168 § 1 kk. i 156§ Iwzw.zart. 10 § 2 kk. i art. 60 § i
- 3) nocą z 30 na 31 sierpnia 1980 r. przemocą polegającą Tlą ucisku rękami szyi H. doprowadził ją do poddania się czynowi nierzadnemu i spowodował u niej obrażenia c w postaci podbiegnięć i wylewów krwawych oraz otarć naskórka naruszających czynne organizmu na czas pow. 7 dni, tj. o czyn z art. 168 § 1 kk..
- 4) dnia 17 września 1980 r. w zamiarze pozbawienia życia, obrabowania i odbycia stosu płciowego połączonego ze szczególnym okrucieństwem pobił pięścią oraz włożył rękę narządów płciowych M. B., poważniejsze uszkodzając i zacisnął pętlę z bluzki na jej szw wskutek czego natychmiast ona zmarła,
- 5) w dniu 16 października 1980 r. w zamiarze pozbawienia życia i odbycia stosu płciowego przemocą połączoną ze szczególnym okrucieństwem, z liczącą ponii 15 lat D: uciskiem na szyję spowodował jej natychmiastowy zgon oraz ręką zad uszkodzenia wewnętrznych narządów płciowych, tj. o czyn z art. 148 § 1 kk. w zi z art. 168 § 2 , art. 176, 10 § 2 i art. 60 § 1 kk.

Świadek T. (żona oskarżonego) zeznała, że poznała go w 1971 r., nie zauważyła u niego żadnych zmian psychicznych, podczas współżycia seksualnego zachowywał się normalnie i kulturalnie, nie zbliżał się do niej, kiedy był po alkoholu, pił rzadko, z usposobienia b) domatorem. Kiedyś powiedział jej, że musi się leczyć, bo mógłby ja zabić. Podczas wesela 19801 doszło między nimi do sprzeczki, w czasie której powiedział jej, że jednak jest mordercą. Podczas przesłuchania w dniu 13.01.1981 r. J. podał, że po wypiciu alkoholu odczuwa silny popęd płciowy i kiedy po krótkiej rozmowie z napotkaną kobietą z niewiadomych dla niego przyczyn wyzwołała się w nim agresja, schwycił ją rękoma za szyję i zaczął dusić. Podczas przesłuchania w dniu 13.01.1981 r. podejrzany podał, że popełnione przez niego czyny są spowodowane wcześniejszymi przeżyciami; ojciec bił go często za najdrobniejsze przewinienia, w szkole był poniżany przez kolegów z racji wątłej budowy ciała, a nauczycielki karały go za to, że był mańkutem. W 10 roku życia zmarła mu matka, z którą był związany uczuciowo, w miesiąc później ojciec jego ponownie się ożenił z młodszą od siebie o 20 lat kobietą. Odczuwał niechęć i nienawiść do macochy, która wyzywała go od zdechłaków. W 12 roku życia,

będąc w sanatorium, był świadkiem stosunku płciowego pielęgniarki, która wyśmiała go. robiąc aluzje do jego matki; nabrał do niej nienawiści. W 13 roku życia podczas pobytu w sanatorium matka kazała mu się rozebrać i namawiała go do odbycia stosunku płciowego oraz w sposób wulgarny uświadamiała go seksualnie, wyśmiewała się z niego, że nie ma wzwodu. W 16 roku życia miał pierwszą dziewczynę: pewnego razu widział ją rozebraną w łóżku z innym mężczyzną, przeżył to bardzo. W tym również roku miał pierwszy stosunek płciowy; był on normalny, po kilku miesiącach współżycia zerwał ze swoją partnerką, nabrał bowiem dla niej wstrętu, kiedy zobaczył, że zdradza go ze starszym mężczyzną. Potem utrzymywał przez całe wakacje stosunki z dziewczyną, która nakłaniała go do miłości francuskiej, co wywoływało w nim wstręt i odrazę. °zcharował się też i do żony, kiedy przekonał się, że podobnie jak jego poprzednie partnerki, żona e tyła cnotliwą dziewczyną. Po wyjściu z więzienia dowiedział się, że żona go zdradzała, czuł się W nią upokorzony. W 1979 r. dowiedział się, że żona zdradzała go też i z innymi mężczyznami; w ""owo narastała w nim nienawiść do żony i do wszystkich kobiet, którą usiłował topic a ki ri Współżył z żoną, mimo że odczuwał do niej wstręt. Często chciał zadawać jej ból, y widział w jej oczach strach, sprawiało mu to ulgę. W tym okresie nawiązał kontakty e z E. W., zauważył u siebie przedwczesne wytryski nasienia. Przerywał stosunek i był 323

wścickły na siebie, na cały świat, a zwłaszcza na kobiety. Postanowił wtedy zabić swoją żonę w taki sposób, aby ją to bolało; unikał alkoholu wiedząc, że w stanie nietrzeźwym nie odpowiada za siebie. Żył nienawiścią i czekał okazji, kiedy będzie mógł mścić się na kobietach, aby później móc spokojnie żyć. W końcu sierpnia ub. R. będąc pod wpływem alkoholu spotkał nieznaną kobietę. Spostrzegł na jej twarzy strach, wtedy wpadł w szok i zaczął ją dusić, nie panował nad sobą i nie wiedział, co robi. W dniu 17.09.1980 r. będąc pod wpływem alkoholu, wychodząc z parku spotkał całującą się parę, w tym momencie odczuł przyływ złości na swoją żonę i kobiety. Spotkał następnie młodą dziewczynę. Miała rozwarte szeroko przestraszone oczy. Dostał wtedy szoku i zaczął ją dusić. Wypuścił ją, kiedy zauważył, że nie daje znaków życia, rozebrał ją całkowicie z ubrania, zaczął bić ją pięściami po całym ciele, włożył jej rękę do pochwy. W miesiąc po zabójstwie znalazł się na jakimś podwórku (również był pod działaniem alkoholu), weszła tam w pewnym momencie dziewczyna, coś od niej promieniowało w jego kierunku, odczuł wówczas w ciele jakby impuls elektryczny; chwycił ją za gardło, po zanieśieniu w ciemne miejsce podwórka obnażył jej dolną część ciała, odbył z nią stosunek płciowy. Po tych zabójstwach odczuwał częściową ulgę.

Badanie seksuologiczne

Badany porusza się swobodnym krokiem, siada na brzegu krzesła, w trakcie rozmowy nie zmienia pozycji. Wypowiada się cicho, lakonicznie, krótkimi zdaniami. W trudnym kontakcie na początku badania: odpowiada po długiej przerwie i kilkakrotnym powtórzeniu pytania przez badającego. Na wiele pytań odpowiada „nie wiem” lub nie udziela odpowiedzi. Stopniowo kontakt poprawia się, ale do końca badania przeważały zachowania obronne. W rozmowie na tematy seksualne wyraźne było zażenowanie i badany podkreślał swoją nieporadność językową oraz niechęć do mówienia o sprawach, „na które z nikim tak dokładnie nie mówiłem”. Początkowo dominował nastrój nieco obniżony, który stopniowo ulegał wyrównaniu.

Mimika zmienna, żywa, adekwatna do nastroju i wypowiedzi. Gestykulacja skąpa. Orientacja pełna, uwaga, pamięć — zachowane. Tok myślenia prawidłowy. Objawów psychotycznych nie stwierdzono.

Badany podaje, że ojciec ma lat 68, teraz jest rencistą, „nigdy nie mogliśmy się zrozumieć” — określa go jako wybuchowego, nerwowego, „chciał zawsze rządzić, ale to macocha zaczęła nim rządzić i nie powinien się ożenić, kiedy trwała żałoba”. Uważa, że ojciec był przystojnym mężczyzną i podobał się kobietom. W trakcie wypowiedzi o ojcu badany jest napięty, ujawnia żal i rozgoryczenie.

Matka zmarła w wieku 45 lat na „raka narządów”, miał wówczas 11 lat, określa ją w taki sposób: „dobra, spokojna, pieściła mnie i przytulała, kiedy było mi źle”, czuł się z nią silnie związany uczuciowo, bardzo przykro przeżył jej śmierć. Uważa, że zewnętrznie jest podobny do

matki, psychicznie do ojca. Pytany o ocenę małżeństwa rodziców — nie potrafi się wypowiedzieć: „nie kłócili się”, nie wie, czy wiązało ich uczucie, „wtedy nie myślałem o tym”. Czy ojciec zdradzał matkę? — wiele razy, był kobieciarzem. Czy matka zdradzała ojca? — (po dłuższej przerwie) zawsze myślałem, że nie, ale żona mi kiedyś powiedziała, że zna osoby, które wiedzą, że ona zdradzała ojca, nie wiem, co o tym myśleć, może to i prawda. Pytany o rodzeństwo stwierdza, że jest ich sześcioro, 3 kobiety i 3 mężczyzn, badany jest przedostatni. Najlepszą więź miał zawsze z najmłodszą siostrą, najgorszą natomiast z bratem, który był ulubieńcem ojca. Nie odpowiada na pytanie — kto był ulubieńcem matki.

Starszemu rodzeństwu zazdrościł „wolności”, tzn. swobody bycia poza domem. Dwie siostry są zameżne, nie potrafi wypowiedzieć się, jakie są z nich żony i jak układa się [IT] małżeństwo.

Macocho jest młodsza od ojca o 20 lat, atrakcyjna, nie lubił jej, bo dokuczała mu, że razei z młodszą siostrą są „jak małżeństwo” (badany nie potrafi wypowiedzieć się, co znaczyło określenie, zaprzecza również tendencjom kazirodczym). Gdy miał 12 lat, widział współzycie oj z macochą, wzbudziło to w nim zainteresowanie i chęć doświadczenia stosunku. Pytany o ucz

324
<jo macochy, poza wspomnianą złością podaje, że był o nią zazdrosny, ale nie udziela więcej informacji na ten temat.

Uświadomiony seksualnie zosta! przez kolegów i książki, w domu na temat seksu nie mówiono. Okres szkoły wspomina niemile: „byłem na uboczu, to oderwana sprawa, byłem chory, nie mogłem być z nimi, np. w grach w piłkę”; czuł się wyizolowany, obcy, miał przezwisko zdechłak”. Z nauczycielami „miałem różny kontakt, zależy od człowieka, ale nienawidziłem nauczycielki w 5 klasie, zachowywała się dziwnie, podchodziła do mojego stolika i stawała tak dziwnie, że odznaczał się u niej wzgórek łonowy, nienawidziłem ją za to, robiła to długo”.

Inicjacja seksualna w 16 roku życia, z koleżanką 14-letnią: „było to na łące, razem tego chcieliśmy, ona już miała mężczyzn, puszczałska, spała też ze starym takim przykiem, dla forsy”. Przebieg współzycia określa jako udany.

Badany podaje, iż łącznie miał ponad 15 partnerek seksualnych, kontakty z nimi określa jako udane, on osiągał zadowolenie, nie wie natomiast, czy one z nim miały, później zaczął na to zwracać uwagę, kiedy był zdradzany przez żonę. Zakochany był kilka razy, pierwszy raz w Bożenie, w żonie „mniej, zresztą to taka sama kurwa jak inne kobiety”. Współzycie z żoną ocenia jako udane, przez większość czasu trwania małżeństwa było codziennie, najchętniej w pozycji, „kiedy wiele mogłem widzieć, tzn. w siedzącej na mnie”.

Podczas badania badany potwierdza wszystkie informacje podane przez siebie w trakcie przesłuchań oraz wersje zdarzeń.

Z wyraźnym wysiłkiem i zażenowaniem, po dłuższej przerwie, przyznaje, że od inicjacji ma kompleks małego członka, jakkolwiek żadna partnerka mu tego nie wypomniała i nie robiła aluzji na ten temat. Kompleks ten zrodził się w nim w wyniku powtarzających się zrad ze strony jego partnerek: „przecież musiały mieć jakiś powód, pewnie im nie dogodziłem”; nigdy również nie mierzył sobie wielkości członka; długość w stanie erekcji określa jako „pewnie ponad 15 cm, a może i 17-18 cm”. Brak również informacji co do porównywania siebie do rówieśników w zakresie budowy narządów płciowych.

Samozaspokojenie seksualne zaczął w 13 roku życia. Stopniowo było ono coraz częstsze, w ostatnim okresie codzienne; wykonuje je przez ręczną stymulację, towarzyszą mu wyobrażenia kontaktów seksualnych z kobietami. Polucje ma rzadko, „jak dłużej nie współżyje”. Sny o treści erotycznej występują od dawna, często śnią mu się „kontakty z różnymi kobietami, orgie, jest to nie zawsze przyjemne”, w snach zawsze widzi siebie, a wspomniane orgie to współzycie grupowe z kilkoma kobietami. Zaprzecza, jakoby miał podobne potrzeby na jawie. Przyznaje, że oglądał wydawnictwa pornograficzne, wzbudziły w nim podniecenie, najbardziej podobały mu się fotografie przedstawiające stosunek płciowy.

Erekcje ranne, nocne, dzienne występują u badanego często. Alkohol z jednej strony działa na niego podniecająco w sensie potrzeby stosunku, ale w trakcie współzycia utrudniał mu wytrysk,

..często wcale go nie miał, dlatego przed stosunkiem wolałem nie pić".

Badany przyznaje również, że od inicjacji miał skłonności do zbyt wczesnych wytrysków nasienia, tzn. po kilku ruchach frykcyjnych; po kilku minutach mógł powtórzyć stosunek 1 wówczas trwał on znacznie dłużej. Podaje, że z tego powodu czuł się zakompleksiony, miał poczucie niższości i niepewności, czy partnerkom to nie przeszkadza, zamierzał się leczyć, ale dopiero wtedy, kiedy dowiedział się, że są seksuolodzy, nie szukał jednak dotąd porady. Badany neguje kontakty i zainteresowania homoseksualne, pedofilne, kazirodcze i inne dewiacyjne.

Pytany o swoją ocenę kobiet — uśmiecha się ironicznie i mówi: „wolałbym nie odpowiadać, nie ma sensu". Po dalszych pytaniach na ten temat stwierdza, że „wszystkie zdradzają”, „nie ma w wiyh”, „to diabły wcielone”, „zdradzają, bo ciągle im mało”, „jak suka nie da, to pies nie jes m'e ' ^tany' czy n'e uważa, że są kobiety mające tylko 1 partnera — odpowiada: „takiej (j0 , ze nie spotkałem, to niemożliwe". Nie wierzy również, aby jakakolwiek kobieta potrafiła wać wierności np. z motywów religijnych — „nawet zakonnice się też puszczają. Kiedyś em w Lublinie kobietę, spałem z nią, ale nigdy nie pozwalała mi się dać odprowadzić,

325

poszedłem kiedyś za nią i dowiedziałem się, że jest zakonnica". W wypowiedziach na temat kobiet jest napięty, wzburzony, agresywny, ironicznie się uśmiecha.

Agresję wobec kobiet pierwszy raz silnie odczuł podczas pobytu w więzieniu, kiedy był oskarżony o gwałt; „za ten niby gwałt znienawidziłem je wtedy wszystkie i postanowiłem się na nich zemścić". Agresja stopniowo w nim narastała i pod wpływem alkoholu wzrastała do wysokiego poziomu.

Pytany o ocenę zarzucanych mu czynów, odpowiada: „dobrze myślący człowiek tego by nie zrobił, zwłaszcza że nie znałem tych kobiet (...) żałuję tego i nie żałuję". Podaje, że we wszystkich tych zaburzeniach dominowała w nim wściekłość na kobiety, potrzeba zrobienia im krzywdy, ale nie czuł wówczas pobudzenia seksualnego, dopiero później, „samo duszenie nie budziło podniecenia tylko wściekłość na kobiety i ulgę".

Alkohol zaczął pić jeszcze w szkole zawodowej, a częściej „jak rzuciłem zawodówkę" Zaczął pić od 2-3 razy w miesiącu, „jak często się dało", najczęściej wódkę i wino, w ilościach około 0,5 litra.

Nie tracił jednak „filmu" i nie upijał się do nieprzytomności. Wszystkie zarzucane mu czyny zdarzały się pod wpływem alkoholu.

Badanie somatyczne

Tatuaże na przedramionach, ramionach oraz klatce piersiowej — przedstawiające kobiety — wykonane były podczas pierwszego pobytu w więzieniu. Budowa ciała prawidłowa. Narządy płciowe prawidłowej wielkości, owłosienie łonowe typu męskiego, jądra prawidłowej konsystencji, znajdują się w worku mosznowym.

Skala bodźców seksualnych

Jako maksymalnie przyjemne bodźce seksualne określa wg kolejności: stosunek (w pozycji od tyłu, siedzącej), styl francuski wobec kobiety, aktywność partnerki, pieszczoty piersi. Jako obojętne określa: pozycję współżycia klasyczną, stojącą, odwrotną oraz styl francuski stosowany przez partnerkę.

Stymulacja pornograficzna

Badany wykazuje zwłaszcza duże zainteresowanie widokiem stosunków; szybko powstaje erekcja (członek ma długość 18,5 cm). Ze względu na szybko rozwijające się podniecenie pacjenta badanie zostaje skrócone.

Badanie testem Rorschacha

Ze względu na małą liczbę wypowiedzi test nie nadaje się do interpretacji. Badany na tab. II. IX reaguje skojarzeniami o treści wyłącznie seksualnej.

Test rysunku postaci

Badany zdecydowanie odmawia wykonania rysunku postaci rodziców i własnego Ja.

dłuższej przerwie zdecydował się jedynie na rysunek postaci kobiecej, w której wyraźnie zazaczył strefy erogenne; na końcu umieścił na głowie rogi, co tłumaczył „one i tak są tylko diabłami

Pytany o swoje oczekiwania i życzenia określił je następująco wg kolejności:

- 1) mieć kobietę, z którą miałbym pełne zadowolenie seksualne i żeby ona też je miała-
- 2) dobrze zjeść,
- 3) niech mnie w końcu już powieszą, męczy mnie to trwanie sprawy, a przecież i tak innego nie będzie.

Na zakończenie badania prosił badającego o interwencję u lekarzy w celu uzyskania śrc zmniejszających popęd płciowy: „ja już nie mogę wytrzymać, a podczas obchodu w sali ws się o tym powiedzieć". Ujawnił również zainteresowanie wynikami badania oraz ich interpr przez badającego.

326

Pf Wnioski

Na osobowość badanego silny wpływ wywarła jego sytuacja rodzinna, a zwłaszcza śmierć siatki, z którą czuł się bardzo związany uczuciowo. Wobec ojca wcześniej ujawniły się tłumione oraz okazywane zachowania agresywne, pogłębione przez fakt małżeństwa jeszcze w trakcie trwania żałoby po matce. Osoba macochy wzbudzała w nim ambiwalencję z przewagą agresji. Fakt przewlekłej choroby izolującej od rówieśników wpłynął na poczucie mniejszej wartości.

Dla rozwoju psychoseksualnego badanego ważne znaczenie miały jego urazowe związki heteroseksualne. Jakkolwiek trudno w tej sytuacji powiedzieć, ile w ocenie i interpretacji tych związków jest rzutowania wstecz, a ile obiektywnej relacji —jednak począwszy od okresu dojrzewania badany stopniowo generalizował negatywne uczucia wobec kobiet. Kompleks małego członka, trudności seksualne w postaci zbyt wczesnych wytrysków nasienia, kolejne fakty odrzucenia przez partnerki pogłębiały poczucie niższości i jako mechanizm obronny nasilała się agresja. Jednocześnie wobec kobiet badany ujawniał ambiwalencję: jego duże potrzeby seksualne skłaniały go do nawiązywania kontaktów heteroseksualnych, a równocześnie rosnąca agresja j niewiara wobec kobiet zwiększały poczucie dystansu wobec nich. Badany miał świadomość nasilania się w nim agresji wobec kobiet aż do granicy nienawiści, potrzeby zemsty i ukarania. Działanie alkoholu sprzyjało uaktywnianiu się tej agresji. Ujawnione zachowania sadystyczne były wyrazem wspomnianej agresji, potrzeby ukarania, zemsty. Badany w zachowaniach agresywnych wobec kobiet realizował również potrzebę znaczenia w roli męskiej, samorealizacji w tej roli. Wyniki badania pozwalają przypuszczać, iż dokonane zabójstwa nie miały cech mordów z Iubieżności. a ujawnione zachowania sadystyczne nie mają cech dewiacji seksualnej zwanej sadyzmem.

/ . Opinia

Na podstawie danych z akt sprawy, wywiadu oraz zastosowanych technik badania seksuologicznego stwierdzam, co następuje:

1. U badanego rozpoznaję osobowość nieprawidłową.
2. Brak podstaw do stwierdzenia u badanego dewiacji seksualnej.
3. Badany ujawnia nieprawidłowe postawy wobec kobiet, stwarzające niebezpieczeństwo dla porządku prawnego.
4. In tempore criminis badany miał zachowaną zdolność rozumienia znaczenia swych czynów, a zdolność kierowania swym postępowaniem była ograniczona w stopniu znacznym.

II. Opinia wydana na zlecenie Prokuratury Wojewódzkiej w K. w sprawie J. K.. lat 31, o wykształceniu podstawowym, żonatego, z zawodu mechanika.

Badany oskarżony jest o serię zabójstw kobiet w różnym wieku, sadystyczną formę tych Przystępstw.

Podał, że „moje zachowanie nie jest dewiacją, ale jest odchyleniem seksualnym (...), nie onanizowałem się przy zwłokach, ale miałem w trakcie zabijania wzwód członka i wytrysk (...); zięki jednej kobiecie znenawidziłem wszystkie kobiety, moja nienawiść pogłębiła się jeszcze odziej w 1971 roku, byłem wtedy wściekły na kobiety i zacząłem je uważać za coś gorszego (...);

"YWtkiem była moja żona, nie umiałbym jej zrobić krzywdy, mimo że we mnie wrzało (...) wiele y wychodziłem z domu pałając chęcią uderzenia i zabicia kobiety".

z opinii psychologicznej z dnia 1.09.1982 r.

j.o., "T— silna tęsknota za prawidłową rodziną, nie zaspokojona potrzeba akceptacji ze strony e | brak ojca — wzorca męskiego. Istnieje prawdopodobieństwo, że normalne współżycie r,, ne z żoną nie dawało mu pełnej oczekiwanej satysfakcji seksualnej. Wysoki poziom ogu JU umysłowego: 11=129. Zbrodnie były natury seksualnej z elementami sadyzmu. K. J. ony jest o zabójstwo 5 kobiet i usiłowanie zabójstwa 7 kobiet.

327

Badanie seksuologiczne (wywiad biograficzny)

Badany podaje, że ojca nigdy nie widział, wie że pochodził on z rodziny awanturników. Małżeństwo rodziców trwało krótko. Ojciec żyje, „podobno chce się ze mn spotkać”. W szkole podstawowej zaczął mu dokuczać brak ojca, „bo inni mieli ojca. Początków nie wiedziałem nic o nim, ale później czułem do niego żal i złość”.

Matka — „do dzisiaj jej nie rozszyfrowałem. Ostatnio nie utrzymujemy kontaktów, jestem skłócenii. Była zapracowana, zagoniona, stale brakowało pieniędzy. Nerwowa. Do 6 roku zyc okazywała mi czułość, później nie potrafiłem wrócić do niej”.

Brat — „zmarł, miał wtedy 3 miesiące, ja miałem wtedy 5 lat”.

Babcia — „zmarła w 1972 r., miała wtedy 80 lat, dobrych słów dla niej nie mam, byłem nielubianym wnukiem. Bardziej kochała inne wnuki niż mnie. Pewnie myślała, że będę takim samym człowiekiem jak ojciec. Byłem bity za byle głupstwo. Skarżyła się na mnie do matki bez powodu. Nawet nie znam czegoś takiego, żeby poczęstowała mnie cukierkiem”.

„Do matki przychodzili różni mężczyźni, ale wstydziała się mnie. Widziała, że jestem nerwowy i dlatego straszyla tym mężczyzn”.

Badany uważa, że z wyglądu nie jest podobny do nikogo z rodziców, a psychicznie „ja jestem nerwowy, a matka też”.

Dzieciństwo: „święta mieliśmy w ścisłym gronie, nikt mnie nie odwiedzał, nie miałem przyjaciół, dostawałem drobne upominki”. Rodzina wyznania protestanckiego, raz w miesiącu jeździli do zboru. Najbardziej przyjemne wspomnienie? — „jak była gwiazdka i dostawałem prezent”. Najbardziej przykre wspomnienie? — „jak byłem bity i katowany nawet z błahych powodów i to, że matka dawała wiary babce (...). Gdy miałem 17 lat. to nie wytrzymałem i skoczyłem do babki i matka nas rozdzieliła”. Uczucia do babki? — „złość, wściekłość, rozżalenie”. Uczucia do matki? — „rozgoryczenie, żal”.

Badany podaje, że w okresie dzieciństwa nie miał żadnych kontaktów seksualnych.

Kontakty z rówieśnikami: „nie mogłem znaleźć wspólnego języka, stroniłem. Chciałem mieć dużo kolegów, ale nie wychodziło. Wielu śmiało się z moich warunków domowych, dokuczali, stronili”. Jakie miał przydomisko? — „Anglik”, badany nie potrafił wyjaśnić przyczyny tego przydomiska.

Dojrzewanie biologiczne w 14 roku życia. Uświadomienie — „uliczne”. Masturbacja od 16 roku życia, aż do poznania żony, średnio kilka razy na tydzień, przez ręczną stymulację, nie towarzyszyła temu żadna wyobraźnia erotyczna. Nie miał z tego powodu żadnego poczucia winy lub kompleksów. Polucje: bywały, „ale wstydziałem się ich. czułem się po nich zmęczony”. Mając około 15 lat durzył się w aktorkach, gwiazdach filmowych.

Pierwsza sympatia — przyszła żona, „miałem 20 lat, a ona miała 18. Poznaliśmy się przypadkowo, wyszedłem wtedy z więzienia. Dowiedziałem się, że szyje spodnie. Mieszkała z rodzicami. Poderwała mnie. Przez 2-3 miesiące chodziliśmy ze sobą. Podobało mi się u niej to wszystko, czego mi było brak, była kolosalna różnica między nią a matką, była ciepłą osobą. Pierwszy stosunek w życiu miałem właśnie z nią, było to 1 kwietnia 1973 r. w pół roku po poznaniu.

Przyszło to nagle, byliśmy zaskoczeni tym, co się stało. Przyszła do mnie. robiłem rysunek zaliczeniowy. Zrobiła mi jedzenie. Były pieszczoty, a później stosunek. Była dziewicą. Dla mnie to było coś nowego. Niestety, przeżyłem coś dobrego, a znałem tylko brutalność”.

Badany podaje, że współżycie początkowo było nieregularne, 1-2 razy na miesiąc. Ślub w 1974 r. Kontakty seksualne ocenia jako wzajemnie udane, „orgazmy raczej miała, n'e rozmawialiśmy na te tematy". Jak poznawał, czy żona odczuwa przyjemność seksualną? — „j&fl miała, to gryzła, drapała, w końcowej fazie miała skurcze całego ciała, krzyczała". Ulubione formy pieszczot dla niego? — „pocałunki piersi — łona". Żona ujawniała aktywność, pieściła g°- Stosunki w pierwszych miesiącach małżeństwa były codziennie, później 3 -4 razy na tydzień, „b° człowiek był zagoniony, były też dzieci". Warunki mieszkaniowe mieli dobre. Kontakty seksualne były w pozycji klasycznej. Badany neguje kontakty analne i oralno-genitalne. Stosunki b) odbywane w różnych porach, byli zawsze nago. Ocena żony? — „choć pięknością nie by>a

328

kochałem ją za to dobro". Badany podaje, że żona nie miała interupcji, metodą antykoncepcyjną był

(2W. kalendarzyk. Córka ma 6 lat, syn 4 lata, badany podaje, że kocha dzieci, były one planowane i chciane. Ocena małżeństwa? — „udane, zgrane, konflikty są w każdym małżeństwie, ale u nas były

drobne". Żona była jego jedyną partnerką seksualną, a relację z nią określa jako partnerską.

Ideał kobiety? — „żona, kobieta spokojna, gospodarna, nie decydująca sama".

Ideał męskości? — „z pewnością nie ja. Pracowity, dbający o swoją rodzinę, ustępujący

żonie" Samoocena? — „zła, bo u mnie było drugie ja, drugie życie, ten cały brud". Badany neguje doświadczenia i kontakty homoseksualne, dewiacyjne. Podaje, że z żoną nie współżył, gdy miała miesiączki, „bo to jest nieprzyjemne dla człowieka, a żona miała bóle". Podaje, że zawsze był sprawny seksualnie i nie miał żadnych zaburzeń seksualnych.

Jak ocenia swój temperament seksualny? — „leniwy, mniejszy od innych. Inni się chwala, zaraz lecą do kobiet, ja tego nie považałem".

Badany podaje, że odczuwa potrzeby seksualne. Erekcje nocne, ranne i dzienne są częste i pełne, polucje występują. Masturbuje się „teraz tak, po aresztowaniu". Sny o treści seksualnej „rzadko", występują w nich sceny striptisu oglądanego w lokalach. Jak działa na niego

pornografia? — „mam słabe podniecenie, bo to brutalne, nieprzyjemne, podobały mi się akty". Jak odczuwał u siebie wpływ alkoholu? — „w odróżnieniu od innych mężczyzn nie dążyłem do zbliżenia z kobietą, dopiero po wywietrzeniu dążyłem do zbliżenia z żoną".

Badany podaje, że w 18 roku życia był ukarany za usiłowanie gwałtu. „Było nas trzech, w Sylwestra, to była dziewczyna, która przyjechała do sąsiadów. Była prywatka 4 stycznia. Rozmawialiśmy o stosunkach seksualnych. Kolega zszedł z nią do piwnicy, a my za nim. Ściągnęliśmy jej majtki. Ona zaczęła krzyczeć, przyszedł jej brat, dostałem wyrok 3 lata, siedziałem półtora. Drugi wyrok w 1980 r., „po pijanemu pobiłem kobietę, dostałem rok. Byłem wstawiony, wyszedłem z bramy, potrafiłem ją, zaczęła krzyczeć, a ja nie znoszę, jak kobieta na mnie krzyczy, uderzyłem ją".

O co jest oskarżony? — „o 5 zabójstw i 7 usiłowań". Kim były ofiary? — „różne kobiety, najstarsza miała 40 lat, a najmłodszą była dziewczynka 13 lat, w 2 przypadkach przedtem te kobiety same chciały ze mną współżyć". Jak doszło do tego?: „byłem wściekły na kobiety po tej pierwszej sprawie; przy tej pierwszej sprawie bratowa poszkodowanej krzyczała, że dostałem za mały wyrok, a była to kobieta, której moja matka pomagała. Krzywdy specjalnej przecież nie zrobiliśmy, byliśmy wszyscy młodzi. W więzieniu nie mogłem pogodzić się z traktowaniem więźniów, bolało mnie to, poznałem to na swojej skórze, siedziałem o półtora roku za długo, wcale mnie tam nie wychowywali, spotkałem się z brudem". Jak przebiegały zabójstwa? — „w 2 przypadkach tylko nie byłem po wódce, w innych po wypiciu. Byłem zawsze silnie wzburzony.

W pierwszym zdarzeniu kobieta chciała ze mną odbyć stosunek cielesny, mnie to zdenerwowało, miałem w oczach więzienie, bałem się tego, odtrąciłem ją, uderzyłem siekierą. W 2 przypadku byłem zdenerwowany po ciężkiej pracy, spity, zasnąłem w autobusie, kierowca mnie obudził. Poszedłem na przystanek tramwajowy, podeszło 3 takich, co szukają burdy, nadjechał tramwaj, ludzie widzieli to zajście. Jedna kobieta wymyślała mi od bandytów, miałem narzędzie ze sobą.

Zdenerwowała mnie. Wysiadła, ja za nią, była przestraszona, ale nadal krzyczała, zabiłem ją". Badany nie potrafi wyjaśnić, dlaczego obnażał ciała kobiet. Twierdzi, że nie miał w trakcie zabójstwa ani w czasie po jego dokonaniu żadnych doznań i reakcji seksualnych, „nie było Wytrysków, erekcji też nie”. Na kilkakrotne ponowienie pytania odpowiadał podobnie. Stwierdził natomiast, że: „po uderzeniu czułem później strach, lęk, starałem się ukryć ciało”.

Pytany o swoje postawy wobec kobiet odpowiada: „nie dobrego nie mogę powiedzieć. Często S'C je traktuje jako coś lepszego od mężczyzny, ja sędzę inaczej. Znałem różne kobiety moich Kolegów, one przyjmowały małżeństwo po cwaniacku, zawsze na swoje wychodziły”.

Badanie somatyczne

Budowa ciała prawidłowa. Narządy płciowe prawidłowej wielkości. Owłosienie łonowe typu heskiego. Jądra obecne w worku mosznowym, niebolesne. Napletek zsuwalny. Odruchy brzuszne "rawidłowe, nosidłowo wzmożone.

329

Badania uzupełniające

Test Uzupełniania Zdań

Agresja wobec babki, matki, zgeneralizowana wobec kobiet, którym zarzuca „falszywość zdrady”.

Test wolnych skojarzeń

Brak cech charakterystycznych.

Test projekcyjny Rorschacha

Postawa obronna, brak skojarzeń w tabl. VII-X.

Test stymulacji wizualnej

Słaba reakcja podniecenia seksualnego przy stymulacji fotografiami (o różnej treści).

Test życzeń

Na 3 pytania badany odpowiada podobnie: „chciałbym być w domu”.

Test projekcyjny zaczarowania (Starowicza):

JA — gerber, bo to kwiat mojej żony

Żona — przedmiot, który chciałbym mieć przy sobie, np. róża

Kobiety — przedmioty martwe, np. kamień

Matka — przedmioty martwe, np. kamień

Babka — proch.

Ojciec — lepiej, żeby go nie było.

Test rysunku postaci ludzkiej

Mężczyzna — afirmacja męskości, przeciętnie podkreślone cechy,

Kobieta — maskulinizacja postaci, postawa dystansu,

Moje małżeństwo — wyraz więzi rodzinnej,

Matka i babka — silnie wyrażona maskulinizacja cech, postawa zagrożeniowa, lękowa, agresywna.

Przebieg badania seksuologicznego

W trakcie badania oskarżony był w dobrym kontakcie. Wypowiadał się swobodnie, płynnie, bez cech zahamowań, skrepowania, wstydu. Mimika zmienna, żywa, adekwatna do wypowiedzi. Orientacja pełna. Uwaga, pamięć bez zaburzeń. Dobry poziom intelektu. Nastrój nieco obniżony. Objawów psychotycznych nie stwierdzono. Wobec badającego ujawniał postawę współpracującą, spokój, brak cech nasilonego oporu.

Wnioski

Na podstawie analizy danych z akt sprawy, dokumentacji lekarskiej oraz przeprowadzonych badań seksuologicznych stwierdzam, co następuje:

1. Rozpoznaje u badanego heteroseksualną orientację płciową.
 2. W postawie wobec kobiet istnieją silne cechy sadystyczne, nie mające jednak cech dewiacji seksualnej zwanej sadyzmem.
 3. Poziom libido i reaktywności seksualnej badanego mieści się w granicach normy.
- Z danych zebranych w trakcie badania wynika, iż badany wychowywał się

bez wzorców męskich, w środowisku kobiecym, którego główne osób) znaczące (babka, matka) wzbudzały negatywne uczucia przerażające s w agresję generalizowaną następnie na inne kobiety. Agresja uległa nasileniu w związku z pierwszym wyrokiem za usiłowanie gwałtu. Z pola agresji b; wyłączona osoba żony, a odczuwane wobec niej niekiedy uczucia agresji b) przemieszczane na inne kobiety. Fakt wyłączenia z bezpośredniej agresji os żony można tłumaczyć tym, iż była to pierwsza osoba w jego życiu da)3 ' 330

poczucie akceptacji i bezpieczeństwa, zaspokajająca uczucia afiliacji, była też jego pierwszą partnerką seksualną, a więc seksualna z nią zaspokajała jego potrzeby więzi uczuciowej. Można również przypuszczać, iż badany wobec żony ujawniał cechy zespołu Madonny, czyli postawy adoracyjne, archetypu matki, symbolu ciepła. Agresywność wobec kobiet, mająca w sobie cechy sadyzmu, obejmowała u badanego kilka form: agresję wyobrażeniową, słowną, fizyczną, a obnażanie ciała kobiet m.in. można tłumaczyć jako symboliczne ich profanowanie. Jeżeli towarzyszyły temu reakcje seksualne (erekcje, wytrysk), miały znaczenie wtórne, a nie pierwotne, czyli nie była to dewiacja seksualna typu sadyzmu.

Elementy agresji wobec kobiet, poza cechami osobowościowymi, obejmują następujące czynniki: kompensację uczucia nienawiści do babki i matki, zgeneralizowaną negatywną postawę wobec kobiet, przemieszczanie sytuacyjnej agresji wobec żony. eksplozję poczucia krzywdy, wpływ subkultury środowiskowej, kompensowanie poczucia nieśmiałości w kontaktach z kobietami, brak pozytywnych wzorców relacji partnerskich- między płciami, kompleks późnej inicjacji seksualnej, braku doświadczeń seksualnych. Nakładające się na siebie przyczyny zgeneralizowanej agresji wobec kobiet prowadziły do ich skrajnego nasilenia w formie sadystycznych zachowań z zabójstwami włącznie.

LECZENIE SPRAWCÓW PRZEMOCY SEKSUALNEJ

Ofiary przemocy seksualnej najczęściej budzą współczucie, postawy opiekuńcze i chęć udzielenia im wszechstronnej pomocy medycznej, prawnej, psychologicznej, socjalnej. Rządy wielu państw, instytucje prywatne i wyznaniowe nie szczędzą pieniędzy na organizowanie specjalistycznych form pomocy ofiarom przemocy. Nieco odmiennie przedstawia się problem leczenia agresorów seksualnych. Prowokują oni negatywne postawy wobec siebie w opinii społeczeństwa, które domaga się głównie wymierzenia im surowej kary pozbawienia wolności. Leczenie polega na zastosowaniu radykalnych metod przeciwdziałających możliwości powtórzenia się czynów przestępczych (np. wykonanie kastracji chirurgicznej lub hormonalnej). Rzecz jasna, leczenie możliwe jest po odbyciu zasłużonej kary lub podczas jej odbywania. Sprawcy przemocy seksualnej, którzy ujawniają motywację do poddania S'C leczeniu, niejednokrotnie spotykają się z przejawami niechęci czy różnych °porów i zahamowań ze strony terapeutów. Szczególnie sprawcy przemocy Seksualnej wobec małych dzieci prowokują negatywne emocje. Nie jest im zatem łatwo znaleźć zrozumienie, sympatię, porozumienie i możliwość nawiązania współpracy z terapeutą. Sami zresztą również mają opory przed |lenieniem całej prawdy o sobie, przyjmują postawy obronne, usiłują 331

manipulować osobą terapeuty. Skądinąd wiadomo, iż sama kara pozbawienia wolności nie rozwiązuje problemu i nie działa leczniczo. Może jedynie na pewien czas działać odstraszająco i jedynie niektórych motywuje do zmiany siebie. Jeden z groźnych pedofilów, który odbywał karę pozbawienia wolności

za zgwałcenie trzech dziewczynek, po wyjściu z zakładu karnego zgłosił się do mnie z prośbą o ratunek dlatego, że współwięźniowie dokuczali mu tak dalece że przeżywał paniczny lęk wyobrażając sobie możliwość ponownego tam pobytu. Był gotów do poddania się wszystkim możliwym metodom leczenia z kastracją chirurgiczną włącznie.

Wielu sprawców przemocy seksualnej rezygnuje z próby poddania się leczeniu, odczuwając niechęć wobec siebie ze strony personelu służby zdrowia. Inni nie mogą trafić na terapeutę gotowego udzielić im pomocy. Z kolei wielu innych sprawców zmuszanych jest do poddania się leczeniu ze strony członków rodziny, policji, sądów. Przychodzą zatem pod presją, a samo leczenie traktują jako szansę uzyskania zaświadczenia od lekarza, jako ochronę w przykrych dla siebie okolicznościach, możliwość uzyskania zawieszenia wykonania kary, odroczenia sprawy itd. Niektórzy sprawcy nie mają żadnych motywacji do leczenia i odrzucają taką możliwość. Inni rezygnują z leczenia zniecierpliwieni jego długim czasem trwania. Można to zrozumieć, ponieważ rzeczywiście często trwa ono ponad rok czy nawet kilka lat.

Niezależnie od wymienionych trudności, w wielu krajach organizowane jest wyspecjalizowane leczenie dla sprawców przemocy seksualnej. Obecnie przybrało to charakter masowy, zważywszy na liczbę kandydatów do tego leczenia i postęp możliwości leczniczych.

Leczenie sprawców przemocy zaczęło się w zasadzie rozwijać od lat sześćdziesiątych. Stosowano początkowo leki, metody awersyjne (np. zastosowaniem środków wymiotnych, prądu elektrycznego), chirurgiczne i czyniono próby psychoterapii. W latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych mamy do czynienia z zespołem metod leczenia i z dokładnym opracowaniem ich przebiegu, warunków i skuteczności.

Zanim przedstawię, w formie ogólnej, stosowane obecnie metody leczenia, kilka refleksji poświęcę specyfice tego leczenia. Ważne znaczenie ma osobowość sprawców przemocy seksualnej i motywacje ich zachowań. Zrozumiałe, że im bardziej prawidłowa jest osobowość, tym szansę leczenia będą lepsze. Przemoc seksualna prowokowana potrzebami dewiacyjnymi wymaga innych metod leczenia niż np. prowokowana uogólnioną agresją wobec ludzi, danej płci, obiektów erotycznych. Większe są szanse leczenia w przypadku, kiedy pragnie go sam zainteresowany i jest nastawiony na długotrwały proces terapii.

Fakt, iż w populacji sprawców przemocy seksualnej zdecydowanie przeważają mężczyźni, wpływa na kierunek ich leczenia. Ważna jest ocena i identyfikacja z rolą męską. U wielu sprawców identyfikacja ta przybier

332

charakter narcystyczny, a u innych wiąże się z ukrytymi cechami i mechanizmami lękowymi. Ich źródłem mogą być wczesne fazy rozwoju psychoseksualnego, w których pojawiły się np. lęk wobec matki i pogarda wobec ojca, doznanie przemocy seksualnej w dzieciństwie, odrzucenie ze strony rówieśników. Lęk może również wynikać z braku akceptacji własnego wyglądu, męskości, z niepowodzeń w nawiązywaniu więzi uczuciowych, zaburzeń sprawności w życiu seksualnym.

Leczenie musi być poprzedzone bardzo dokładnymi badaniami. Obejmują one wywiad (analizujący dokładnie całe życie pacjenta i jego nieprawidłowe zachowania), metody testowe i kwestionariusze, oględziny ciała, pomiary stężenia różnych hormonów (np. testosteronu, estrogenów, prolaktyny), a często i zastosowanie specjalnej aparatury oceniającej reaktywność seksualną na różne typy bodźców erotycznych. Proces diagnostyczny to wiele godzin

pracy z pacjentem. Po jego zakończeniu opracowywane jest rozpoznanie osobowości, preferencji seksualnych, orientacji psychoseksualnej, typu relacji międzyludzkich i innych czynników. Ważna jest współpraca terapeuty z pacjentem pod kątem motywacji do leczenia i gotowości współpracy, współdziałania z zespołem leczącym. Po tych fazach opracowuje się plan leczenia, który m.in. obejmuje metody i techniki leczenia, zasady kontaktu terapeuty z pacjentem.

Obecnie przedstawię najczęściej obecnie stosowane metody leczenia sprawców przemocy seksualnej i ich skuteczność.

Metody farmakologiczne

Stosowane są leki psychotropowe mające na celu uzyskanie złagodzenia stanu napięcia, pobudliwości, agresywności, neurotyzmu, lęków pacjenta. Agresywność seksualną zmniejsza się dzięki stosowaniu grupy leków działających antyimpulsowo. Takie leki antyandrogenne i inne stosuje się często przez wiele miesięcy, zmieniając dawki. Zdaniem wielu badaczy skuteczne efekty leczenia uzyskuje się u wielu przestępców seksualnych po 6 miesiącach takiego leczenia.

Opracowane są określone strategie tej metody i specjalne metody badania reaktywności seksualnej sprawców. Należy podkreślić, iż wprowadzenie do leczenia leków antyandrogennych i zbliżonych do nich działających antyseksualnie zrewolucjonizowało leczenie w tym zakresie. Dodajmy, iż niektórzy pacjenci są zmuszeni do przyjmowania takich leków przez wiele lat.

Metody behawioralne

Polegają one na stosowaniu specjalnych technik, których celem jest zmiana reaktywności seksualnej i przewarunkowanie seksualne. Stosowana jest np. edensybilizacja fantazyjna (czyli seria seansów z zaprogramowanymi marzeniami seksualnymi), desensybilizacja klasyczna (polegająca na redukowaniu

333
Zachary (1997) uważa, że w leczeniu można stosować różne metody psychoterapii, a szczególnie zaleca psychoterapię grupową.

Pacjenci z dewiacjami seksualnymi przychodzą do psychoterapeutów w związku z motywacjami bądź wewnątrzpsychicznymi, bądź społecznymi. Przez motywacje wewnątrzpsychiczne można rozumieć, że cierpią oni albo wskutek objawów (w szczególności niepokoju lub depresji), albo w związku z szerokimi obszarami osobistego niespełnienia się, w szczególności wskutek trudności w bliskich stosunkach międzyosobowych. Procesy społeczne dotyczące wspomnianych elementów obejmują takie kanały formalne, jak lekarze pierwszego kontaktu i naciski nieformalne ze strony rodziny lub przyjaciół. Nie przeprowadzono żadnych dokładnych badań ani nad czynnikami, które powodują zgłoszenie się pacjentów z dewiacjami seksualnymi do instytucji udzielających pomocy, ani nad sposobem wyboru osób udzielających pomocy, tj. psychiatrów, psychoterapeutów, psychoanalityków, psychologów zachowawczych itp. Na podstawie prac badawczych nad tworzącymi wspólnotę grupami z dziedziny homofilii (aby się posłużyć przykładem najlepiej udokumentowanym) można mieć pewność, że większość takich osób nigdy nie wybiera żadnej formy leczenia psychiatrycznego (Saghir i in. 1969); po drugie, jest pewne, że my, jako osoby udzielające pomocy, wybieramy sposób, z którego nie zdajemy sobie sprawy, ale który jednakże doprowadza nas do przyjmowania bardzo różnych pacjentów o odmiennych zaburzeniach i dewiacjach seksualnych. To prawie zawsze tłumaczy, dlaczego psychoanalitycy wciąż zachowują ortodoksyjne stanowisko w stosunku do „perwersji” seksualnej i pragną ją leczyć (Scarides 1979); terapeuci behawiorysty

przyjmują pacjentów, którzy pragną być zmienieni ze względu na swoje zachowanie; psychoterapeuci eklektyczni (do których należy autor) przyjmują dobraną grupę ludzi z różnymi problemami, prezentowanymi w różnych kontekstach, uważanymi w najlepszym razie za warianty seksualne (Crown 1979). Grupa ta charakteryzuje się również skomplikowanymi stanowiskami w stosunku do własnego postępowania, a w szczególności do „leczenia”.

Ocena

Ocenę psychoterapeutyczną dewiacji seksualnych szeroko stosuje się do standardowego planu zapoznania się z przebiegiem schorzenia, przebadania stanu umysłowego, oceny psychodynamicznej i wyznaczenia odpowiedniego leczenia lub kombinacji leczenia. Mogą one obejmować więcej sposobów leczenia psychoterapeutycznego niż jeden (np. indywidualne plus behawiorystyczne lub poznawcze) i leczenie przez podawanie leków psychotropowych' gdy jest to stosowne.

Przydatna jest metoda ogólna, polegająca na tym, że centralnym punktu staje się sama dewiacja seksualna, a potem, urozmaicając pytania, obejmuje s inne aspekty, np. historie rodziny („Czy podobny problem występuje u inny 336

członków rodziny?”), historię osobistą („Czy omawiał pan ten problem przedtem z lekarzem?”).

Ocena psychodynamiczna powinna również zmierzać do ujawnienia sił drżących w pacjencie, jak również jego słabości, struktury i skuteczności jego sił obronnych (np. czy bierze on odpowiedzialność za siebie i za swoje kłopotliwe położenie na siebie, czy wszystko przerzuca na świat zewnętrzny?).

Wybór i łączenie sposobów leczenia

Autor jest przekonany, podobnie jak w przypadku leczenia dysfunkcji płciowej (Crown i d'Ardenne 1982), że w razie potrzeby pod uwagę należy brać wszystkie metody leczenia, włącznie z chemoterapią. Po drugie, metody te należy ustalić i przeprowadzić w ramach dyskusji psychodynamicznej.

Obejmowałyby to np. szczerą rozmowę na temat zasadności stosowania przez pewien okres leków powodujących ustąpienie stanów niepokoju, aby pacjent miał uczucie, że sam kieruje swoim programem oraz, że jest to dla niego możliwe do przyjęcia.

Wydaje się, że mało jest wskazówek na temat, czy systematyczną badawczą psychoterapię psychodynamiczną należy prowadzić indywidualnie (Crown i Lucas 1976) czy grupowo (Burbank 1976). Istotne znaczenie ma preferencja pacjenta i stanowi ona jego główny problem. Pomimo postępów, niektóre dewiacje seksualne mogą być akceptowane przez innych pacjentów w terapii grupowej, podczas gdy pedofilia nie byłaby tolerowana. Oczywiście, jeżeli wyróżnia się, dla odmiany, jakiś bardzo specyficzny element zachowania, to potrzebny jest program jego modyfikacji. Często pomocą dla pacjentów w umożliwieniu im interpretowania lub ponownego reinterpretowania swoich problemów jest strategia i taktyka terapii poznawczej (Mac Kay 1982). Kiedy w grę wchodzi druga osoba, można zainicjować terapię pary (małżeńskiej), np. w takich problemach, jak: niezdolność do wzwodu lub przedwczesny wytrysk w małżeństwie homoseksualisty, albo pomoc w stosunkach sadystyczno-masochistycznych, kiedy może zaistnieć potrzeba wspólnego sformułowania i ustalenia uzgodnionych granic dopuszczalnego zachowania,(Crown 1976). Inne formy psychoterapii mogą nadawać S'C dla indywidualnego pacjenta — spotkanie, konstrukcja indywidualna, Postawa „JA”, itp. Należy poznać zasady teoretyczne i metody kliniczne tych nowych terapii, aby w razie potrzeby można było dokonać odpowied-

nich skierowań.

Realizacja terapii

Jeżeli zaakceptowane zostaną ograniczenia kliniczne, etyczne i personalne -> w ramach których dewiację seksualną można przedstawić psychoterapeutycznie w czasie leczenia, wtedy następuje eklektyczne podejście do psychoterapii.

337

W przypadku tego typu podejścia do leczenia indywidualnego lub zbiorowego podstawową terapię stanowić będzie psychoterapia, która może być połączona z terapią behawiorystyczną, poznawczą lub ewentualnie z jakąś nową.

Stosowna mogłaby być grupa spotkaniowa, jeżeli mężczyzna poddany terapii indywidualnej pragnie „uzewnętrznić się” (wypowiedzieć się) na forum półpublicznym, co ma stanowić raczej część próby ustalenia przekonującej tożsamości homoseksualnej.

Jest oczywiste, że przemiany i kombinacje metod leczenia będą się różniły odpowiednio do problemów i do tego, jak pacjent uszeregowuje ich pierwszeństwo: brak aprobaty społecznej, dysfunkcja płciowa (Masters i Johnson 1979), konflikt monogamia — stosunki pozamałżeńskie, dwupłciowość a ewentualne małżeństwo heteropłciowe z walką o dzieci, problem tożsamości płciowej („kim jestem?”).

Różnorodność kwestii psychoterapeutycznych i sposobów podejścia do zagadnienia może mieć zastosowanie, w większym lub mniejszym zakresie, do każdej innej dewiacji seksualnej: fetyszyzmu, transwestytyzmu, sadyzmu, masochizmu, pedofilii, ekshibicjonizmu itd. Z wieloma z tych problemów, a w szczególności z dwupłciowością, transwestytyzmem (przebieranie się w stroje płci odmiernej), sadomasochizmem, późno rozpoczętym lub późno poznanym transeksualizmem mogą i często wiążą się w znacznym stopniu inne problemy. W takich przypadkach wskazana jest terapia równoczesna z małżeństwem lub rodziną. I tak młoda kobieta może pragnąć pomocy w podjęciu decyzji czy wyjść (lub nie) za mężczyznę dwupłciowego, żona może być wyczerpana zwiększaniem się u męża skłonności do transwestytyzmu, albo praktykami sadystycznymi (np. może żądać od niej, aby udawała „niewolnicę”); jakaś rodzina, włącznie z dziećmi a nawet dziadkiem, może potrzebować pomocy w pogodzeniu się z operacją w celu zmiany płci, której żąda ktoś znany przez nich jako zwykle dobry syn, żona lub ojciec.

W przypadku dewiacji seksualnych rozstrzygająca jest elastyczność terapeutyczna. Z doświadczenia autora, wynika że przy założeniu tej elastyczności, możliwa powinna być, podobnie jak w przypadku innych stanów leczonych za pomocą psychoterapii, znaczna pomoc u około 2/3 zgłaszających się.

Obecnie przedstawię przykłady programów leczenia sprawców przestępstw na tle seksualnym:

Dane z raportu B. Maletzky'ego (Oregon 1995)

Program terapeutyczny dotyczył 5000 przestępców seksualnych; 45*

z nich było żonatych, 12% żyło w kohabitacji, a 21% było rozwiedzionych'

Wiek:

10-19 lat 7%

338

20-29 lat

30-39 lat

40-49 lat

50-59 lat
60-69 lat
70-79 lat
27%
26%
15%
16%
7%
2%

W 74% przypadkach chodziło o czyny o charakterze pedofilnym, w 15% ekshibicjonistycznym, w 3% o zgwałcenia, a pozostałe to: zoofilia, sadomasochizm, podglądactwo, ocieractwo, transwestytyzm, publiczna masturbacja, skatologia telefoniczna.

Program terapeutyczny obejmował 3 fazy:

- Fazę aktywnej terapii (trwającą 4 miesiące).

Stosowane były następujące metody leczenia: farmakoterapia, techniki awersyjne, desensybilizacja, biofeedback, treningi masturbacyjne.

- Fazę środkowej terapii (trwającą 6 miesięcy).

Obejmowała metody leczenia z fazy pierwszej oraz: techniki wizualizacyjne, techniki poznawcze, asertywne, neutralizujące lęk, psychoterapię partnerską (małżeńską) i terapię grupową.

- Fazę pobudzającą (trwającą 6 miesięcy).

Obejmowała techniki awersyjne, pomocnicze, desensybilizację i „zadania domowe”.

Tabela 39

Skuteczność terapii

N osób

339

Czynniki korelujące z efektywnością programu terapeutycznego:

Czynnik	% popraw	% niepowodzeń		
Brak motywacji do zmiany zachowania	15,4	48,2		
Brak motywacji do leczenia	9,3	22,7		
Niski poziom inteligencji	2,8	4,5		
Sprawca będący w dzieciństwie ofiarą przemocy	21,3	18,7		
Wysoki poziom zachowań dewiacyjnych	18,9	57,8		
Osoby stosujące przemoc	20,1	53,8		
Sprawcy mający dewiacje złożone	4,1	22,7		
Czas zachowań ponad 5 lat	47,0	50,3		
Częstotliwość zachowań ponad 10 lat	36,8	40,1		

Dane z badań Wincze (1989)

Autor następująco określa cele leczenia: zatrzymanie patologicznej aktywności seksualnej, umożliwienie poznania wszystkich czynników wiążących się z zachowaniami seksualnymi, udzielenie pomocy w rozwijaniu wrażliwości zmysłowej w innego typu zachowaniach seksualnych.

Program leczenia obejmuje 4 fazy:

- Faza 1

Metody: danie oparcia, kontrolowanie bodźców, techniki awersyjne, psychoterapia grupowa, treningi masturbacyjne, farmakoterapia.

- Faza 2

Treningi asertywne, masturbacyjne i psychoterapia.

- Faza 3

Farmakoterapia, psychoterapia, techniki służące poprawie samooceny.

- Faza 4

Psychoterapia podtrzymująca i oddziaływanie prewencyjne.

Leczenie trwa 2-3 lata, a jego skuteczność średnia w przypadku parafilii wynosi 70%.

Dane z badań S. Travin i B. Protter (1995)

Badacze omawiają wyżej wymienione metody leczenia. Najważniejsze informacje z ich badań:

- Należy stosować jednocześnie różne metody leczenia, nie ma jednej uniwersalnej. Sukces terapeutyczny wymaga indywidualizacji leczonych, integracyjnego podejścia z uwzględnieniem wielu metod, w tym 1 czasochłonnej psychoterapii.

340

- W porównaniu z leczeniem w zakładach karnych lepsze wyniki osiąga się w przypadkach leczenia w warunkach zawieszenia kary lub zwolnienia warunkowego.

- W umiarkowanych dewiacjach terapia powinna być ukierunkowana na cechy charakterologiczne, a w ciężkich — na objawy.

Raport z programu terapii psychoseksualnej w warunkach zakładu karnego N. Larson i S. Maison (1995).

Program był realizowany w zakładzie karnym Shakopee (USA) przez dwóch terapeutów i dotyczył kobiet — sprawców wykorzystywania seksualnego dzieci. Obejmował intensywną psychoterapię grupową (dwie godziny w tygodniu), terapię partnerską i rodzinną, uzupełnioną edukacją seksualną; był finansowany przez dotację władz federalnych.

W skład programu wchodziły następujące zagadnienia: funkcjonowanie poznawcze, wewnętrzne umiejscowienie kontroli, analiza poczucia wstydu, znieczulenia emocjonalnego, niedojrzałości psychoseksualnej, słabej zdolności do wchodzenia w związki, ujawniane podstawowe mechanizmy obronne, opór.

Po 6 miesiącach leczenia uzyskano u leczonych zmianę postaw wobec własnych zachowań.

Ocena leczenia przestępców seksualnych I. Rose (1996)

- Psychoterapia grupowa jest bardziej efektywna w porównaniu z indywidualną.

- Przestępcy seksualni w metodach terapii grupowej są bierni i wymagają technik dyrektywnych.

- Terapia grupowa powinna być prowadzona w małych grupach (do 5 pacjentów).

- Z 1461 programów terapii seksualnych przestępców w USA wynika, że należy łączyć różne metody terapii.

- Z programu terapii w stanie Floryda wynika, że w przypadku leczonych przestępców recydywa dotyczy 11-14%, a w przypadku nie leczonych — 19%. Zakres recydyw wiąże się z typem przestępstw. W przypadku leczonych sprawców — recydywa zachowań kazirodczych wynosi 4-10%, ekshibicjonizmu 41-71% pedofilii 10-40%, zgwałceń 7-35%.

- Z programu kanadyjskiego wynika, że po leczeniu w okresie od 2 do 7 lat recydywa dotyczyła 10 sprawców, a w Kalifornii — 8%.

- W przypadku nie kastrowanych (i nie leczonych) przestępców seksualnych ogólny poziom recydywy wynosi 50%, a w przypadku kastracji — od 3 do 5%. Kastracja jest wykonywana w Szwecji i Niemczech

a rzadko w USA.

341

15111

^ 171 i

:g."H. Ł

g §| = 3 §" P- &

8 &"!|*;*«'

ai § ii ę

- Leczenie depresji i przejawów autoagresji u ofiary.
- Przywrócenie normalnego rozwoju psychoseksualnego.
- Poprawę obrony własnego Ja.

Innym problemem jest leczenie odległych następstw przemocy seksualnej, np. zaburzeń seksualnych czy psychicznych. Przemoc seksualna może być główną lub jedną z przyczyn różnych zaburzeń. Wymaga to stosowania odpowiednio dostosowanych form psychoterapii. W większości przypadków dąży się do neutralizowania doznanego urazu dzięki metodom odreagowującym emocje, hipnozie, relaksacji połączonej ze wspomnieniami itd. Celem leczenia jest przywrócenie zdrowia psychicznego, prawidłowych postaw wobec siebie, ról partnerskich i seksualnych, odbarczenia z poczucia winy, wstydu, tajonej wrogości i nienawiści wobec sprawcy. W piśmiennictwie specjalistycznym cytowane są liczne przykłady psychoterapii z zastosowaną procedurą, oceną przebiegu i skuteczności. Zdaniem niektórych psycho-terapeutów szczególnie pomocna w leczeniu ofiar-kobiet jest terapia grupowa trwająca średnio 10 tygodni. Dla pacjentek już sam fakt, że znajdują się w obecności innych kobiet mających podobne przeżycia okazuje się ważnym czynnikiem pomocnym w leczeniu. Efekty leczenia kobiet z urazowymi przeżyciami okazują się wyższe, jeżeli grupa obejmuje ofiary takiej przemocy, a terapeutami są mężczyzna i kobieta. Leczenie w grupach, w których nie ma kobiet z podobnymi przeżyciami, okazuje się w przypadku ofiar przemocy mniej skuteczne. Nie można się temu dziwić, ponieważ ujawnianie takich faktów wobec osób, które ich nie doświadczyły, może krępować pacjentkę i ograniczać spontaniczność jej zwierzeń.

Wzrasta procent ujawnionych przypadków związków kazirodzych oraz wynikających z nich możliwych negatywnych następstw, sprawców, ofiar oraz całych rodzin. Jest to istotne, ponieważ większość osób mających kazirodcze doświadczenia dopiero w późniejszych latach szuka pomocy u specjalistów, a do tego czasu ukrywa swoje urazowe doświadczenia. Celem uchronienia ofiar kazirodztwa przed negatywnymi następstwami stworzono specjalne ośrodki specjalistyczne. Zaleca się jak najwcześniejsze oddziaływanie lecznicze. W przypadku sprawców ma to również na celu uchronienie ich od nawrotu kazirodzych zachowań i recydywy działań przestępczych.

Adams-Tucker (1984) w przypadku leczenia dzieci poddanych doświadczeniom kazirodzym zwraca uwagę na następujące czynniki ryzyka: dziewczęta częściej w porównaniu z chłopcami są obiektem przemocy seksualnej w rodzinie, ojcowie są częściej sprawcami niż matki, w rodzinach rzadziej » stosowane brutalne formy przemocy seksualnej, dzieci są częściej obiektatf w porównaniu do adolescentów czy starszych członków rodziny, przypal kazirodztwa występują w rodzinach o różnym poziomie ekonomiczny

344

w różnych grupach etnicznych czy wyznaniowych. Na podstawie własnych doświadczeń autorka opracowała różne strategie postępowania z dziećmi

w zależności od ich wieku.

Swanson i Biaggio (1985) podkreślają znaczenie klimatu panującego w rodzinach kazirodczych, który ma wpływ na wybór strategii leczenia.

W klimacie tym częste jest np. ukrywanie kazirodztwa, aura przemocy fizycznej, patologia relacji między wszystkimi członkami rodziny. Rodziny te są typowo patriarchalne, ojciec jest dominującym tyranem, matki są bierne i seksualnie zaburzone. Leczenie musi zatem obejmować wszystkich członków rodziny.

Becker i Coleman (1988) omawiają konieczność stosowania różnych form leczenia w przypadku związków kazirodczych. Terapia małżeńska obejmuje sprawcę i jego współmałżonka. Celem jest odkrycie przyczyny nieudanej więzi między nimi, poprawa komunikacji i więzi seksualnej. W leczeniu ofiar stosowane bywają różne formy psychoterapii indywidualnej, hipnoza. W leczeniu sprawców również zalecane są różne formy leczenia, łącznie z zastosowaniem leków, przewarunkowania orientacji pedofilnej, biseksualnej lub homoseksualnej, zmniejszenia libido. Zalecane są również różne techniki terapii rodzinnej i psychoterapii grupowej.

Przeglądając bogate piśmiennictwo z tego zakresu można stwierdzić, iż w wielu krajach w wyspecjalizowanych ośrodkach personel stosuje różne strategie i metody leczenia, które trwają od kilku tygodni do wielu miesięcy. Podawane są statystyczne efekty tego leczenia wskazujące, iż warto poświęcać im czas, są bowiem skuteczne. Zmniejszają negatywne następstwa kazirodztwa.

Rosnąca liczba zgwałceń i wynikające z nich następstwa (biologiczne, psychiczne, seksualne, rodzinne, społeczne) skłoniły rządy wielu państw do organizowania wyspecjalizowanych form pomocy ofiarom zgwałceń. Sponsorzy prywatni i wyznaniowi również zaczęli organizować podobną pomoc. W wielu krajach Zachodu istnieją zatem specjalistyczne placówki z wyszkoloną kadrą fachowców. Powstała nowa dziedzina nauki i terapii dotycząca sytuacji kryzysowych. Międzynarodowe konferencje, szkolenia, różne staże i formy współpracy, monografie specjalistyczne donoszą, jak dynamicznie rozwija się ta dziedzina wiedzy i jak stała się złożona.

Specjaliści zgodnie stwierdzają, iż udzielanie pomocy ofiarom zgwałceń powinno być możliwie jak najszybsze, aby przeciwdziałało odległym następstwom, tendencjom samobójczym, depresji. Podkreśla się konieczność empatii, Ciepła i szacunku dla ofiary zgwałcenia. Zakres form koniecznej pomocy określa wiele czynników: osobowość ofiary, typ i przebieg zgwałcenia, faza kryzysowa, w jakiej znajduje się aktualnie ofiara, doznane urazy i obrażenia w wyniku zgwałcenia, sytuacja życiowa pacjentki itp. Mamy zatem do czynienia z różnymi modelami udzielania pomocy. Z przeprowadzonych

345

- przestępstwa seksualne zostały umieszczone w jednym rozdziale: XXV,
- po raz pierwszy w polskim prawie eksponuje tzw. wolność seksualną, tj. wolność od wszelkich form przymusu w zakresie życia płciowego człowieka, jako samoistne, chronione dobro,
- archaiczne pojęcia „czynu nierządneho” i czynu lubieżnego” zostały zastąpione pojęciami „obcowania płciowego” oraz „innych czynności seksualnych”; pojęcie „obcowania płciowego” dotyczy zachowań, w których narządy płciowe jednego z uczestników aktu są wprowadzane do ciała innego uczestnika; „inne czynności seksualne” to zachowania inspirowane seksualnie i polegające na cielesnym kontakcie uczest-

ników czynu, np. zmuszenie ofiary do masturbowania sprawcy, do obnażania lub masturbowania się, cielesnych manipulacji, obmacywanie ofiary w obrębie jej narządów płciowych,

- przestępstwo zgwałcenia zostało rozbite na dwie oddzielne postacie,
- ograniczono minimalną liczbę uczestników tzw. zgwałcenia zbiorowego z trzech do dwóch,
- penalizuje się czyny o charakterze seksualnym z osobą w stanie nienormalnym, polegające na wykorzystaniu takiego stanu dla podjęcia z ofiarą czynów seksualnych,
- złagodzone przepisy dotyczące pornografii (ale w trakcie pisania tej publikacji dokonywane są próby ponownej zmiany tych przepisów),
- wprowadzono nowy przepis (art. 203 kk.) przewidujący karę za doprowadzanie innej osoby do uprawiania prostytucji,
- uległ dekryminalizacji czyn z art. 177 kodeksu karnego z 1969 r. dotyczący czynu nierządowego publicznie lub w obecności małoletniego poniżej 15 roku życia.

Rozdział XXV kodeksu karnego:

Przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności

Art. 197.

§ 1. Kto przemocą, groźbą bezprawną lub podstępem doprowadza inną osobę do obcowania płciowego, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli sprawca, w sposób określony w § 1. doprowadza inną osobę do poddania się innej czynności seksualnej albo wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

§ 3. Jeżeli sprawca dopuszcza się zgwałcenia określonego w § 1 lub 2, działając ze szczególnym okrucieństwem lub wspólnie z inną osobą, podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

348

Art. 198.

Kto, wykorzystując bezradność innej osoby lub wynikającą z upośledzenia umysłowego lub choroby psychicznej brak zdolności tej osoby do rozpoznania znaczenia czynu lub pokierowania swoim postępowaniem, doprowadza ją do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

Art. 199.

Kto, przez nadużycie stosunku zależności lub wykorzystanie krytycznego położenia, doprowadza inną osobę do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Art. 200.

§ 1. Kto doprowadza małoletniego poniżej lat 15 do obcowania płciowego lub do poddania się innej czynności seksualnej albo do wykonania takiej czynności, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto utrwał treści pornograficzne z udziałem takiej osoby.

Art. 201.

Kto dopuszcza się obcowania płciowego w stosunku do wstępnego, zstępного, przysposobionego, przysposabiającego, brata lub siostry, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Art. 202.

§ 1. Kto publicznie prezentuje treści pornograficzne w taki sposób, że może to narzucić ich odbiór osobie, która tego sobie nie życzy, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 2. Kto małoletniemu poniżej lat 15 prezentuje treści pornograficzne lub udostępnia mu przedmioty mające taki charakter, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 3. Kto produkuje w celu rozpowszechniania lub sprowadza albo rozpowszechnia treści pornograficzne z udziałem małoletniego poniżej lat 15 albo związane z użyciem przemocy lub posługiwaniem się zwierzęciem, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

Art. 203.

Kto, przemocą, groźbą bezprawną, podstępem lub wykorzystując stosunek zależności lub krytyczne położenie, doprowadza inną osobę do uprawiania Prostyucji, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

349

najbogatszej nawet wyobraźni i kojarzą się z kręgami dantejskiego piekła. Afe można się też spotkać z przejawami altruizmu najwyższej klasy. Często także potwierdza się stwierdzenie, iż praktycznie w każdym człowieku drzemie dr Jekyll i mr Hyde — owo uosobienie podwójnej osobowości, w której dobro i zło współistnieją ze sobą.

SPECYFIKA ROLI BIEGŁEGO SEKSUOLOGA

Biegły seksuolog znajduje się w specyficznej sytuacji, daleko odbiegającej od typowej dla niego roli psychoterapeuty. Jego zadaniem jest przeprowadzenie badań i wydanie opinii mającej ważny, acz nie decydujący, wpływ na wyrok sądu. Występuje w roli eksperta, który ma postawić diagnozę, wyjaśnić motywy i mechanizmy zachowań danej osoby, w danej sytuacji. Z jednej strony pozostaje nadal terapeutą, co sprzyja pojawieniu się postaw opiekuńczych, życzliwych, chęci służenia pomocą. Z drugiej jednak strony reprezentuje w pewnym sensie wymiar sprawiedliwości, społeczeństwo oceniające sytuację i daną osobę. Gdy będzie zbyt identyfikować się z rolą terapeuty, wówczas może to sprzyjać łagodzeniu oceny sytuacji i danej osoby. Jeżeli natomiast będzie nadmiernie identyfikował się z wymiarem sprawiedliwości, to skłoni to go do przyjęcia postawy oceniającej, pełnej niezyczliwego nawet dystansu wobec osoby badanej. Zachowanie koniecznej równowagi między tymi dwoma skrajnymi biegunami jest właśnie jednym z głównych zadań biegłego. W pracy biegłego konieczny jest również pewien dystans emocjonalny, obiektywizm i wewnętrzny spokój. Może się bowiem zdarzyć, iż w niektórych przypadkach nawiązanie dobrego kontaktu z badaną osobą zbyt oddali w perspektywie widzenia przez biegłego przedmiotu sprawy; po prostu badany stanie się mu „bliższy” niż np. jego ofiara. W innym przypadku emocjonalna reakcja na przedmiot sprawy stanowi, iż np. ofiara stanie się mu „bliższa” psychicznie niż osoba badana. I tu zatem konieczna jest właściwa perspektywa wobec osoby badanej, przedmiotu sprawy, osób poszkodowanych.

Niektórzy biegli omijają powyższe problemy, przyjmując postawę chłodnego technokraty medycznego. Badany jest dla nich przedmiotem określonego postępowania, który należy rozebrać na czynniki pierwsze, a następnie zespolić w jakąś syntezę.

W pracy biegłego seksuologa najczęściej występują następujące problemy'

I. Konflikt ról

Między rolą terapeuty a rolą biegłego jest zasadnicza, podstawowa różnica'

Czynności biegłego niekiedy mogą przypominać prowadzenie śledztwa.

Badany broni się, kłamie, ujawnia postawy oporu czy niechęci, ukrywa ważne

informacje. Uzyskanie ich niekiedy wymaga od biegłego zastosowania wręcz krzyżowego ognia pytań, powtarzania pytań inaczej sformułowanych, nawracania w różny sposób do istoty sprawy. Rola śledcza może być przykro

przeżywana, a jednocześnie jest nieraz postrzegana jako jedynie skuteczna. Między tą rolą a rolą zawodową, terapeutyczną istnieje zatem rozbieżność j biegły może mieć nieraz wątpliwości, czy to naprawdę jest jego właściwa rola.

II. Ciężenie odpowiedzialności za los badanego

W niektórych sprawach karnych czy cywilnych biegły zdaje sobie sprawę z tego, że jego opinia może mieć istotny wpływ na wymiar kary czy ujawnienie „winnego” rozpadu małżeństwa. Biegły o orientacji humanistycznej może mieć wątpliwości, czy akurat kara pozbawienia wolności jest najwłaściwszym rozwiązaniem problemu dewiacji. Sam fakt przyczynienia się do skazania może kojarzyć mu się z rolą prokuratora itp. Tego rodzaju emocje są silniejsze w sytuacjach, kiedy biegłemu udało się ustalić, iż mechanizmy prowadzące do zachowań przestępczych bądź patologicznych wynikają głównie z uwarunkowań środowiskowych, rodzinnych, urazowych. W jego przekonaniu prawdziwymi winnymi są właściwie inni, nie zaś sam badany. Szczególnym momentem mogącym stresować biegłego są rozważania dotyczące poczytalności badanego. Niewątpliwie zdarzają się sytuacje, kiedy stwierdzenie znacznie ograniczonej poczytalności u badanego wynika z włączenia się mechanizmów obronnych u biegłego. Wydaje mi się, że sam fakt tego rodzaju przeżyć jest czymś naturalnym, biegły bowiem nie przestaje być lekarzem. Musi jednak i w tym przypadku zachować właściwe proporcje między rolą terapeuty i rolą biegłego, a naginanie opinii w celu poprawy sytuacji badanego może podważyć jego autorytet biegłego.

III. Obciążenie pracą

Biegły obciążony różnymi obowiązkami terapeutycznymi, orzecznictwymi itp. może odczuwać zmęczenie skłaniające go do pośpiechu, rutynowego potraktowania sprawy, niezbyt dokładnego badania. Mogą być również wywierane na niego naciski ze strony sądów czy prokuratury, mające na celu Przyspieszenie wydania opinii. Biegły nie może jednak ulegać ani takim naciskom, ani potrzebie ułatwienia sobie zadania.

IV. Problemy diagnostyczne

Niekiedy biegły spotyka się z trudnymi do zdiagnozowania przypadkami czy zaburzeniami mało mu znanymi. Może go to skłaniać do skierowania danego do ośrodka specjalistycznego, co jest optymalnym rozwiązaniem; "tożę też przedłużać orzekanie. Wielu biegłych nie traktuje siebie jako autorytetów znających się na wszystkim i taka postawa jest przecież zro-

zumiała (również dla sądu), ale zdarzają się sytuacje, kiedy biegły, nie chcąc „stracić twarzy”, opracowuje opinię mało czytelną, przeładowaną terminologią naukową.

V. Zachowanie badanego

W porównaniu z pacjentami badani w sprawach karnych i cywilnych często prezentują zachowania wymagające od biegłego opanowania, cierpliwości, a nawet odporności. Badani potrafią być agresywni, makiaweliczni, kłamliwi, cyniczni itp. W sprawach rozwodowych spotykane są prowokujące erotycznie zachowania partnera osoby badanej czy samej osoby badanej, mające na celu uzyskanie orzeczenia na własną korzyść; nie należy to zresztą do

rzadkości. Bywa również, iż badany apeluje do tożsamości płciowej z biegłym, np. „my wiemy obaj, jakie są kobiety” itp.

Niektórzy badani natomiast są prawdziwymi erudytami w danej dziedzinie i potrafią stworzyć biegłemu trudną sytuację.

VI. Problemy osobiste

O wpływie problemów osobistych na pracę terapeuty pisze wielu autorów, szerzej zagadnienia te przedstawione są w literaturze specjalistycznej (Starowicz 1985). Mniej natomiast pisze się o podobnym mechanizmie w pracy biegłego. W sprawach karnych sytuacja taka jest na ogół rzadziej spotykana niż w sprawach cywilnych, kiedy to biegły mając np. za sobą kolejne nieudane małżeństwa może podświadomie stosować mechanizmy obronne, najczęściej projekcje i racjonalizację. Doświadczony terapeuta i biegły ma wgląd we własne problemy i potrafi w swej pracy zachować obiektywizm.

Problemy osobiste mogą się również przejawiać w identyfikowaniu się z sytuacją badanego czy osoby poszkodowanej na tle własnych doświadczeń biegłego z przeszłości. Oprócz zatem kryterium wiedzy, kwalifikacji specjalnych biegły spełniać musi również w swej pracy kryterium dojrzałości psychicznej i samoświadomości.

VII. Stereotypy i uwarunkowania kulturowe

Zdarza się niekiedy, iż własne poglądy biegłego na normy i wartości seksualne są rozbieżne z takowymi u badanego. Różnice te mogą m.in. wynikać z uwarunkowań środowiskowych czy kulturowych. Biegły powinien zatem dysponować również wiedzą dotyczącą podkultur, uwarunkowań środowiskowych i kulturowych, postaw seksualnych, postaw wobec płci, ról seksualnych.

VIII. Podstawowe źródła błędnych osądów i opinii seksuologicznych
Godlewski i Szymusik (1996) zaliczają do nich m.in.:

- przesady związane z seksualnością,
- poglądy na temat tego, co należy nazywać normalnym a co nienormalnym w seksualności.

354

MIEJSCE I PRZEBIEG BADANIA

!mai-

Najbardziej odpowiednim miejscem do przeprowadzenia badań seksuologicznych jest gabinet lekarski. W takim pomieszczeniu biegły łatwiej łączy rolę lekarza z rolą biegłego, a i osoba badana ma również większe poczucie bezpieczeństwa oraz zaufanie do badającego. Badany od dzieciństwa miał kontakt ze służbą zdrowia, powstały w nim określone uwarunkowania na wyposażenie gabinetu lekarskiego, sprzęt medyczny, leżące słuchawki, fartuch itp. W podświadomości osoby badanej gabinet lekarski jest zakodowany jako miejsce, gdzie udziela się pomocy, okazuje się zainteresowanie stanem zdrowia. Zdarza się wprawdzie, iż osoba badana ma negatywne nastawienia wobec służby zdrowia, zakodowany lęk, a nawet wrogość, lecz mimo wszystko są to raczej sporadyczne przypadki.

Wielokrotnie miejscem badania jest gabinet lekarski w zakładzie karnym, specjalny gabinet dla biegłych w niektórych sądach czy prokuraturach. Jest to jednak mniej optymalne rozwiązanie, dla osoby badanej bowiem takie umiejscowienie gabinetu lekarskiego utożsamiane jest z konkretną instytucją, a biegły jest wtedy nie tyle lekarzem społecznej służby zdrowia, co urzędnikiem danej instytucji. Stworzenie klimatu zaufania i nawiązanie więzi zależy wówczas w dużym stopniu od zachowania biegłego.

Najgorszym natomiast rozwiązaniem jest badanie przeprowadzone na sali sądowej lub w pokoju obok sali sądowej. Takie miejsce w sposób naturalny

kojarzy się osobie badanej z instytucją, której biegły jest urzędnikiem. Często badani są przekonani, iż biegły jest etatowym pracownikiem sądu i nie mają do niego zaufania, nie widzą w nim lekarza, lecz osobę wykonującą czynności śledcze i reprezentującą interes wymiaru sprawiedliwości, niezdolną do obiektywizmu. Niektórzy badani nie chcą w takim miejscu poddać się badaniu, odmawiają udzielania odpowiedzi na pytania, są bowiem przekonani, iż nie ma to sensu, „bo i tak wiadomo, jaki będzie wynik tego badania”. Jeżeli obiektywnie nie ma innej możliwości niż badanie w takim miejscu, to biegły powinien najpierw wyrazić swoje niezadowolenie ze spotkania w takim właśnie miejscu, zrozumienie uczuć i nastawienia, które ma osoba badana. a także stworzyć atmosferę prywatności.

Ważne jest także, aby w trakcie badania w danym pomieszczeniu znajdowali się wyłącznie biegły i osoba badana. Często się zdarza, iż osobie badanej towarzyszy funkcjonariusz policji, argumentując to obowiązującymi Lo przepisami. Badanie w obecności osób trzecich właściwie mija się z celem. Miejsce badania powinno być jednak odpowiednio zabezpieczone w sposób niemożliwiający ucieczkę. Niejednokrotnie występowałem do prokuratury i uzyskanie specjalnego zezwolenia na tego rodzaju badanie i nie spotkałem się z odmową. Jest to ważne nie tylko ze względu na charakter badania carskiego, ale na jego intymność. Wielu ludzi ma duże opory przed poruszaniem spraw seksualnych i uczuciowych, a co dopiero mówić o takim ich omawianiu w obecności osób postronnych, nie będących lekarzami. Optymalną byłaby sytuacja, w której biegły ubrany byłby w fartuch lekarski, a nie w ubranie cywilne. Wprawdzie obecnie większość psychiatrów, psychologów i seksuologów występuje w takim ubraniu, a nie w fartuchu, jednak specyfika badania sądowo-seksuologicznego polega na tym, iż ubranie cywilne osobie badanej kojarzy się raczej z przedstawicielem organów ścigania, wymiaru sprawiedliwości niż z pracownikiem służby zdrowia. Fartuch czy inny ubiór lekarski jest jakby widocznym sygnałem więzi terapeutycznej, co dla samopoczucia osoby badanej nie jest bez znaczenia. Ważne jest również, aby biegły już na samym początku badania nawiązał z osobą badaną kontakt osobisty, np. przedstawił się, podał swoją specjalność, podkreślił fakt swego zatrudnienia w zakładzie leczenia otwartego, przywitał się przez podanie ręki. Poruszam tu może sprawy oczywiste, ale byłem świadkiem badań, w których biegły tego nie zrobił i w sposób naturalny osoba badana nie była w stanie nawiązać z nim kontaktu; już od samego początku była uprzedzona i nieufna.

Biegły i osoba badana powinni siedzieć raczej blisko siebie, obok siebie, pod kątem ostrym. Siedzenie naprzeciw w sposób naturalny stwarza dystans, a osoba badana jest już negatywnie uwarunkowana na taką pozycję w trakcie poprzednich czynności, np. śledczych. Siedzenie bezpośrednio obok siebie może wzbudzić nieufność do biegłego, jest to bowiem przekroczenie bariery intymności, o której w takiej sytuacji trudno raczej mówić. Uważam natomiast, że rozdzielenie biegłego od osoby badanej biurkiem nie jest właściwym rozwiązaniem, nadaje bowiem badaniu od razu charakter urzędowy, narzuca dystans.

Byłoby dobrze, gdyby biegły dysponował bardzo dobrą pamięcią i nie musiał robić dokładnych notatek. Najlepiej, gdyby w trakcie całego badania prowadził rozmowę bez żadnych notatek. Często nie jest to jednak możliwe, ponieważ zakres zdobywanych informacji jest duży i ważne są oryginalne, podane w pełnym brzmieniu wypowiedzi osoby badanej. Jeżeli zatem biegły musi robić notatki, to powinien przynajmniej dysponować jakąś techniką

skrótów, kodów czy stenografii. Notatki robiłby zatem rzadko, lakoniczne i w całym badaniu dominowałaby atmosfera rozmowy. W wielu przypadkach dokładne zapisywanie wszystkiego, co mówi osoba badana, stwarza w niej pewne bariery, niechęć do ujawnienia ważnych informacji, kojarzy się również z poprzednimi czynnościami w postępowaniu śledczym. Badanie, w którym dominuje rozmowa, tworzy w sposób naturalny bliższy kontakt.

Jakkolwiek badanie sądowo-seksuologiczne nie ma charakteru w pełni terapeutycznej, jest to jednak kontakt lekarza z osobą badaną i dlatego pewne cechy charakterystyczne dla kontaktu terapeutycznego i w tego typu badaniu są konieczne: życzliwość, cierpliwość, stwarzanie odpowiedniego klimatu bez'

pieczeństwa i ciepła, traktowanie osoby badanej jako partnera dialogu. Ważne jest również dystansowanie się od tzw. pierwszego wrażenia, które w psychologii jest oceniane jako szczególnie istotne w spotkaniu międzyludzkim. Wiele badanych osób nie wzbudza pozytywnego pierwszego wrażenia, gdyż ich zachowanie obronne, a często i wygląd wręcz prowokują do niechęci. Należy jednak mieć na względzie specyfikę tego spotkania z osobą badaną, która przecież czuje się zagrożona, często zalekniona, nieufna. Biegły, znając psychologiczne uwarunkowania pierwszego wrażenia, powinien umieć zachować odpowiedni dystans w stosunku do niego.

W trakcie przeprowadzania badań seksuologicznych osoba badana często zajmuje postawy obronne: odmawia udzielania odpowiedzi lub są one lakoniczne czy wymijające, nie chce poddać się testom projekcyjnym, rozebrać się do badania somatycznego itp. Ważne jest zatem stworzenie takiej atmosfery, aby tego rodzaju postawy obronne były minimalne lub neutralizowane. W trakcie własnej wieloletniej pracy jedynie kilka razy zdarzyło mi się spotkać z trwałą, uporczywą postawą obronną utrudniającą przebieg badania. Nacisk, pospieszanie, reagowanie przez biegłego niechęcią czy agresją mogą nawet uniemożliwić badanie. Niekiedy zdarza się, iż osoba badana okazuje wręcz agresję wobec biegłego, ale najczęściej jest to wyrazem lęku, mechanizmu obronnego. Do biegłego należy rozładowanie takiej sytuacji przez użycie odpowiednich technik werbalnych i niewerbalnych. Są one opisane w publikacjach z zakresu psychoterapii i psychologii. W trakcie badania biegły rejestruje różne werbalne i niewerbalne zachowania osoby badanej, które również powinny zostać opisane w jego opinii. Zachowania te mają znaczenie diagnostyczne, dostarczają bowiem wielu informacji o osobowości badanego, jego reakcjach wobec konkretnych sygnałów, pytań.

Wachlarz zachowań osoby badanej

Obejmuje wiele sygnałów. Postawa może być wyprostowana, przygarbiona, skurczona, przeciętna. Może zatem wyrażać pewność siebie, wyzwanie, lęk, nieśmiałość itp. Chód może być pewny, szybki, powolny, drobny, niepewny, chwiejny itp. Może on wynikać ze stanu zdrowia (np. zaburzenia neurologiczne) lub być wyrazem konkretnego stanu psychicznego, np. lęku. Ważny jest dla obserwatora sposób siedzenia osoby badanej; np. sztywny sposób siedzenia może ujawniać dystans wobec badającego, siedzenie „skokowe”, jakby w każdej chwili osoba badana chciała się podnieść, może wyrażać postawę obronną czy agresywną. Siedzenie wygodne, „rozwalone” może świadczyć o pewności siebie, poczuciu przewagi „i tak nic nie można mi „dowodnie”. Niektóre osoby siedzą ze skrzyżowanymi rękoma, co może sygnalizować duży poziom samokontroli i dystans. Inne siedzą wygodnie,

^gnaljując otwarcie, ufność. Pozycja, w jakiej siedzi badany, często zmienia
357

się w trakcie badania i ważne jest rejestrowanie tego w powiązaniu z przebiegiem badania.

Ważna jest również mimika osoby badanej. Patrzenie wprost w oczy może być wyrazem zaufania, poczucia bezpieczeństwa, ale i agresji, wyzwania. Unikanie patrzenia wprost, „uciekanie spojrzenia” może świadczyć o kłamliwości, braku zaufania, poczuciu wstydu. Patrzenie w dół bez podnoszenia oczu bywa wyrazem poczucia winy, ale i lęku, braku zaufania. Mimika zatem jest źródłem wielu istotnych informacji, ale jej interpretacja nie zawsze jest łatwa, ma ona bowiem wiele znaczeń i należy poznać „klucz” reakcji mimicznych danej osoby.

Wiele podobnych znaczeń wyrażają również inne zachowania osoby badanej: głos (krzykliwy, przeciętny, cichy, szept...), dykcja (wyraźna, mruczenie, jąkanie...), mowa (płynna, gadatliwość, milczenie, niepewna...), uwaga (rozproszona, wysiłkowa, roztargniona, przerywana...), emocje towarzyszące (śmiech, uśmiech, lęk, płacz, żart, bez wyrazu...), współpraca z biegłym (zainteresowanie, niepewność, ostrożność, zaczepność, znudzenie, odmowa, entuzjazm, manipulowanie...).

Również postawa badanego wobec biegłego kryje w sobie wiele ważnych znaczeń. Może np. wyrażać wyższość, arogancję, sarkazm, lekceważenie, spoufalanie się, przyjacielskość, kokietowanie, schlebianie, ugrzecznienie, przymilność, pochlebstwo, podejrzliwość, lęk, nieufność, dystans, wrogość, bezradność itp.

Wszystkie wyżej omówione sygnały są często zmienne w trakcie badania, wieloznaczeniowe i wymagają dobrej znajomości psychiki i osobowości osoby badanej, aby mogły być trafnie interpretowane. W treści opinii powinny one być opisane raczej w sensie rejestracji faktów niż interpretacji, która przecież może być mylna. Często jednak zachowanie w trakcie badania dostarcza biegłemu wielu ważnych informacji o osobowości osoby badanej, sytuacji objętej przedmiotem sprawy. Ponieważ jednak biegły odbiera je subiektywnie, konieczne jest zatem zachowanie dużej ostrożności przy ich interpretacjach. W przypadku dominacji postaw obronnych u osoby badanej rejestracja tych zachowań może mieć duże znaczenie, ponieważ kontakt werbalny mógł być nader lakoniczny.

Zachowania biegłego w trakcie badania również są ważne, ponieważ indukują czy prowokują określone zachowania osoby badanej. Należy pamiętać o tym, iż w tej szczególnej sytuacji, jaką jest badanie seksuologiczne, osoba badana jest wyczulona na sposób zachowania się biegłego, rejestruje również różne formy reakcji mimicznych oraz werbalnych i reaguje na nie lub wprowadza je w swój program zachowań obronnych albo manipulacyjnych. Często się zdarza, iż osoba badana jest bystrym i trafnym obserwatorem, me gorszym od wielu zawodowych psychologów, a szczególna sytuacja, jaką jest sam fakt badania, wyostrza zdolności obserwacji. Osoba badana potrafi np-
358

wyczuć słabe strony biegłego i niekiedy wykorzysta to nie tylko w trakcie badania, ale i na sali sądowej. W przypadku, gdy zachowanie biegłego nie wzbudza poczucia zagrożenia, jest odbierane jako życzliwe, rozumiejące, wówczas ułatwia to przebieg samego badania, a w niektórych przypadkach by wa nawet początkiem nawiązania kontaktu terapeutycznego. Spotykałem się np. z sytuacjami, kiedy po zakończeniu sprawy rozwodowej czy odbywania kary pozbawienia wolności osoba badana zgłaszała się dobrowolnie na

leczenie, powołując się na uprzednie badanie będące źródłem zaufania i potrzeby leczenia.

Herren (1977), Strotzka (1983) podkreślają znaczenie umiejętności wczuwania się w sytuację osoby badanej, np. w jej zachowania dewiacyjne. Służy to nie tylko zmniejszeniu dystansu, pokusy oceniania, emocjonalnego reagowania, ale i lepszemu zrozumieniu sprawy, a także zbliżeniu się do osoby badanej, która przecież dobrze to wyczuje.

BADANIE SOMATYCZNE

Badanie somatyczne należy do rutynowych badań sądowo-seksuologicznych w procesach karnych, a także w wielu sprawach rozwodowych.

Zdawałoby się, iż to stwierdzenie jest oczywiste, spotykałem się jednak z sytuacjami, kiedy tego rodzaju badanie nie zostało przeprowadzone i wynikały z tego później duże nieporozumienia.

Biegły seksuolog powinien znać podstawowe zasady badania neurologicznego, urologicznego, ginekologicznego, internistycznego, dermatologicznego i psychiatrycznego. Zakres przeprowadzanego badania zależy od przedmiotu sprawy.

Rutynowe badanie seksuologiczne powinno obejmować:

- układ płciowy męski: członek, jądra, gruczoł krokowy, odbył,
- układ płciowy żeński: zewnętrzne i wewnętrzne narządy płciowe, wejście do pochwy, pochwa, szyjka macicy, odbył, mięsień łonowo-guziczny (Kegla),
- budowa ogólna: wzrost, wygląd ogólny, RR, tętno, skóra.

Badanie neurologiczne obejmuje: odruchy brzuszne, nosidłowe, czucie

* obrębie miednicy, pachwin i ud. W miarę potrzeby badanie może być poszerzone lub wsparte badaniem innego specjalisty.

Badanie somatyczne dostarcza wielu ważnych informacji diagnostycznych, także dotyczących mechanizmów zachowań. W przypadku np. zaburzeń lekcji na tle organicznym w przebiegu schorzeń neurologicznych w obrębie miednicy i kończyn dolnych są również zaburzone odruchy z tego obszaru.

359

Zaburzenia czucia w obrębie miednicy, w strefie genitalnej, kończyn dolnych mogą być wynikiem chorób neurologicznych i naczyniowych itp.

Stwierdzenie, iż członek jest zbyt mały, może mieć znaczenie dla wyjaśnienia mechanizmów rozwoju zachowań dewiacyjnych. Spotkałem się np. z sytuacjami, kiedy obiektywny niedorozwój wielkości członka (mikropenis) stał się źródłem ukierunkowania potrzeb seksualnych w stronę zachowań pedofilnych, a w 1 przypadku — agresji seksualnej wobec kobiet prowadzącej do serii zabójstw.

Często spotykane tatuaże w obrębie członka są wprawdzie wyrazem subkultury zakładów karnych czy niektórych środowisk młodzieżowych, ale mogą się również wiązać z osłabieniem reakcji genitalnych w wyniku uszkodzenia receptorów.

Wielkość członka może mieć znaczenie w niektórych sprawach karnych, zdarza się bowiem, iż osoba badana neguje możliwość gwałtu, argumentując, iż ma zbyt mały członek. Jako prawidłową przyjmuje się długość członka w stanie spoczynku od 6 do 10 cm. Jednak długość członka w stanie erekcji nie zależy od długości w stanie spoczynku i np. członek o długości 7 cm może w stanie erekcji osiągnąć 14 cm, a członek mający w stanie spoczynku 11 cm może w stanie erekcji osiągnąć 17 cm.

Zbyt duży członek bywa źródłem zaburzeń we współżyciu seksualnym, np. wyzwała dyspareunię u kobiety, natomiast zbyt mały może w stanie erekcji

zakłócać osiągnięcie orgazmu przez kobiety. Należy jednak stwierdzić, iż wady wielkości członka należą raczej do rzadkości, osobiście w swojej pracy biegłego spotkałem się z nimi w 9 przypadkach, w tym w 6 w sprawach rozwodowych na tym tle.

Innymi, często spotykanymi wadami członka, są: stulejka, spodziectwo, skrócenie wędzidełka. Wady te mogą utrudniać, a nawet uniemożliwiać odbywanie stosunków, co nieraz znajduje wyraz w sprawach rozwodowych. W przypadku innej wady, jaką jest skrzywienie osi członka będącego w stanie erekcji, może to wyzwalać poczucie niepełnej wartości, kompleksy, a u osobników o osobowości nieprawidłowej — prowokować zachowania agresywne wobec kobiet. Nieraz wada ta wiąże się z rozwojem zachowań pedofilnych, homoseksualnych.

Badanie somatyczne poza wykrywaniem ewentualnych wad budowy, jest przydatne w różnicowaniu czynnościowych i organicznych zaburzeń seksualnych, w diagnozowaniu hipolibidemii, pochwicy, dyspareunii.

W niektórych sprawach rozwodowych jako źródło nieprzystosowania seksualnego podawane są różnice w budowie genitalnej partnerów, np. zBJ wielki członek w stosunku do pochwy bądź odwrotnie. Sprawy takie należy traktować z wielką ostrożnością, często bowiem powody takie są pozorni prawdziwe, a naprawdę za żądaniem rozvodu kryją się zupełnie inne motywy*] W większości przypadków nie spotyka się aż takich różnic w budo*

360

genitalnej, że mogą negatywnie wpływać na przystosowanie seksualne. Oczywiście jest fakt, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety mają w granicach statystycznej normy małe, średnie lub duże narządy płciowe. Analiza fizjologii seksualnej wskazuje, iż partnerzy mający odmienne typy budowy (np. mała pochwa — duży członek, mały członek — szeroka pochwa) osiąga optymalne przystosowanie seksualne dzięki odpowiedniej technice współżycia. Prawdziwe nieprzystosowanie seksualne w wyniku rozbieżności w budowie spotyka się wyjątkowo rzadko. Na podstawie własnych ponad 16-letnich doświadczeń terapeutycznych spotkałem się z 8 przypadkami nadmiernie dużego członka w stosunku do standardowych typów budowy kobiecej oraz z 16 przypadkami zbyt małego członka, z 22 przypadkami nadmiernie szerokiej pochwy (najczęściej po wielu porodach) oraz z 14 przypadkami niedorozwoju pochwy. Problemy te jednak nie wystąpiły w sprawach sądowych, lecz w terapii.

Fried (1983), stwierdza, że na podstawie analizy typu tatuażu skóry można ustalić u danej osoby wszystkie mechanizmy obronne i postawy wobec seksu — narcyzm, sadyzm, masochizm, poczucie niższości, wszechmocy, winy, agresję. Tatuaz ujawnia podświadomość danej osoby. Niektóre tatuaże mają wprost seksualne treści. Często jest treść symboliczna i np. tatuaże w formie lwów, smoków, orłów wyrażają potrzebę przejęcia cech tych zwierząt, np. odwagi, okrucieństwa, wytrzymałości. Autor ten stwierdza dalej, iż tatuaże mogą również ujawniać bogaty świat wyobraźni danej osoby, nie rozwiązany kompleks Edypa, niepokoje seksualne. U wielu przestępców seksualnych tatuaz ujawnia cechy narcystyczne.

Tatuaz u kobiet, zdaniem cytowanego autora, raczej ma cechy ekshibicyjoniczne, a do najczęściej stosowanych należą symbole klasyczne freudowskie, ukazujące strefy erogenne. Autor podkreśla również, iż samo tatuowanie się ma również podświadome znaczenie aktu seksualnego — przenikanie ostrej igły przez skórę i wstrzykiwanie płynu może mieć zarówno hetero-, jak i homoseksualne znaczenie. Potwierdza to chociażby częstotliwość i rozmiary

tatauazy u os6b dluo przebywajacych w izolacji (zaklady karne, internaty, marynarze).

Badanie w przypadkach zgwalcen6

Biegly seksuolog stosunkowo rzadko bierze udzial w badaniu somatycznym ofiary gwaltu, najczesciej robia to lekarze sadowi, ginekolodzy. Zdarza sie jednak, ze powolywany bywa i biegly seksuolog, zwlaszcza gdy jego pierwsza specjalnoscia jest ginekologia.

W wielu przypadkach zgwalcenia dochodzi do defloracji. Bywaja z tym Jednak pewne problemy diagnostyczne, wynikajace m.in. z roznych typow budowy blony dziewiczej. Dokladnych informacji na ten temat mozna ?aczerpnac z podruczniczkow ginekologii i medycyny sportowej. W praktyce 361

spotyka sie najczesciej blone w formie polksiezycyca oraz okragla. Rodzaj uszkodzenia blony przy defloracji zalezy od jej typu anatomicznego, a takze przebiegu stosunku (sila, czestość, rozmiar penisa). Najczesciej dochodzi do jednego peknicia, sredniej wielkoscii, w tylnym odcinku blony. Peknicie to jest zazwyczaj promieniste lub ukosne, moze tez dochodzic do brzegow blony.

Blona w ksztalcie polkolistym czesto rozrywa sie na koncach, a blona w ksztalcie pierścienia ma wiele peknic6 przypominajacych promienie kola.

W niektorych przypadkach dochodzi do nieznacznego peknicia blony i pozostaje wybroczyna. W trakcie badania nalezy zwrócic uwage na cala pochwe, wargi mniejsze i wieksze, wewnetrzne powierzchnie ud.

Krwawienie przy defloracji jest uzalezniione od grubosci blony, stopnia odpornosci, unaczynienia. Przerwanie grubej blony o szerokich naczyiniach powoduje duze krwawienie, przy czym moze nawet nie byc zadnych uszkodzen okolicy genitalnej. Krwawienie moze miec postać krwotoku albo w ogole nie wystapic.

B6l przy defloracji najczesciej nie jest silny, zwlaszcza gdy pierwszy stosunek jest akceptowany. W przypadku gwaltu odruchowe skurcze miesni krocza zwiększajaa doznania bolowe, brak jest lubricatio, ale zdarzaja sie tez gwalty niebolesne.

Soutoul i Froge (1983) w przypadku badania ofiar zgwalcen6 zalecaja zwr6cenie uwagi na nastepujace sprawy. Jezeli badanie jest przeprowadzane w kilka godzin po agresji, powinno sie odbywac pod nieobecnośc os6b trzecich, trzeba zapewnic dyskrecje i przeprowadzic dokladny wywiad. W badaniu krocza i wewnetrznej powierzchni ud nalezy zwrócic uwage na slady krwi, zadrapania, slady nasienia. Badanie pochwy moze nastreczaa pewne problemy w wyniku reakcji miejscowej, dlatego niekiedy konieczne jest miejscowe znieczulenie, a nawet narkoza. W trakcie badania niezbedne jest wprowadzenie do pochwy palca wskazujacego. Jezeli wprowadzenie przez otwor w blonie dziewiczej jednego palca jest niemozliwe, oznacza to, iz nie bylo wprowadzenia do pochwy czlonka normalnych rozmiarow, a wiec nie bylo pelnego stosunku i defloracji. Jezeli uda sie wprowadzic dwa palce, to mozna uznać, iz mial miejsce pelny stosunek; w6wczas dokladne badanie pochwy pozwala to potwierdzic. W przypadku, gdy mozna do pochwy wprowadzic kciuk, ale nie 2 palce, nie mozna miec pewnościi, czy gwalt byl i nalezy dokonac badania blony w jej tylnej czescii. Najczesczym zrodlem pomylek, zdaniem autorow, jest przekonanie, iz stosunek bez uszkodzenia blony jest niemozliwy oraz ze niemozliwe jest zgwalcenie przez domnianego sprawce, poniewaz ma on zbyt mały czlonka. W przypadku dziewczynki w wieku 6-12 lat wprowadzenie czlonka do pochwy powoduje powazne uszkodzenie blony, po 12 roku zycia pelen stosunek jest mozliwy, jedynie dysproporcja wielkoscii narzadzow plciowych moze spowodowaa miej5'

cowe uszkodzenia. W przypadku gwałtu na dojrzałej płciowo dziewczycy obrażenia są poważniejsze niż przy normalnej defloracji.

362

Autorzy w przypadku zgwałcenia uprzednio współżyjącej seksualnie kobiety zalecają, zwracanie uwagi na obrażenia na całym ciele, jednak brak takich obrażeń nie może być traktowany jako równoznaczny z wyrażeniem zgody na stosunek. W przypadku gwałtu połączonego z zabójstwem biegły, zdaniem autorów, powinien ustalić, czy do zabójstwa doszło po gwałcie, czy był to gwałt sadystyczny prowadzący do zgonu, czy też do zgwałcenia doszło po zabójstwie (np. zbrodnia w afekcie).

W przypadku badania domniemanej ofiary gwałtu po upływie dłuższego czasu od agresji pytania biegłego powinny dotyczyć tego, czy była odczuta penetracja, bolesność, krwawienie, czy była ejakulacja u sprawcy, czy były groźby, bicie, przymuszanie do wykonywania określonych gestów. Ważna jest obserwacja zachowania badanej.

W ostatecznym opisie badania powinny być uwzględnione: stan wewnętrznej powierzchni ud, większych i mniejszych warg sromowych, błony dziewiczej, rejonu pod moczowodem, szyjki macicy, stan odbytu, zmiany skórne.

WYWIAD SEKSUOLOGICZNY

W pracy biegłego seksuologa wywiad należy do najważniejszych metod badawczych. W porównaniu z jego pracą terapeutyczną, wywiad zbierany w celu wydania opinii sądowo-seksuologicznej ma zupełnie inny charakter, chociaż zakres uzyskanych informacji może być dość podobny. W pracy terapeutycznej zbieranie wywiadu trwa szybciej, osoba badana ujawnia postawy obronne w mniejszym zakresie, jest ona zainteresowana tym, aby lekarz dysponował możliwie dokładną biografią seksualną, a wielu pacjentów pragnie przy tej okazji „wygadać się”.

Zbieranie wywiadu w sprawach rozwodowych wiąże się z typowymi, najczęściej występującymi problemami:

- małżonkowie mają tendencję do nadmiernego „rozdmuchiwania” okresu życia objętego przedmiotem sprawy, dają często przesadnie drobiazgowo informacje o różnych scenach z życia małżeńskiego; niekiedy trudno jest wręcz powstrzymać natłok sądów, których celem jest ukazanie własnego Ja jako strony pokrzywdzonej, a osoby partnera jako — „winnej”,
- subiektywizm oceny sytuacji, na tle której strona udzielająca wywiadu pragnie zrobić pozytywne wrażenie, wywołać pozytywną ocenę, stąd te same fakty strony przedstawiają w sposób skrajny lub wybiórczo,
- mechanizm rzutowania wstecz—bardzo często wybiera się z przeszłości to wszystko, co ukazuje małżeństwo jako źródło cierpienia, a współmał-

363

żonka jako jego sprawcę; fakty z przeszłości uzyskują nowy znak emocji i np. ofiarowanie prezentu w rocznicę zawarcia małżeństwa było oceniane pozytywnie, gdy w tym małżeństwie „grało”, teraz natomiast krytykowany jest rodzaj prezentu, sposób jego wręczenia, motywy kryjące się za tym itp.; w ten sposób można w zasadzie przedstawić cały przebieg małżeństwa w krzywym zwierciadle z przypisywaniem ujemnych znaków emocji,

- fałszowanie zdarzeń — w wielu przypadkach podawane są wręcz zmyślone i nieprawdziwe informacje w celu stworzenia negatywnego obrazu współmałżonka; często zatem wywiady zbierane od stron zawierają sprzeczne informacje,

- ukrywanie istotnych informacji, np. o związkach pozamałżeńskich, aktualnym trwałym związku itp.,
- ujawnianie burzliwych emocji w trakcie udzielania odpowiedzi,
- manipulacje i zabiegi mające na celu uczynienie z biegłego stronnika w sporze małżeńskim, własnego sprzymierzeńca.

W przypadku zbierania wywiadu od stron w sprawach rozwodowych biegły najczęściej rozmawia najpierw z jedną stroną, a następnie z drugą. Błędem byłoby zbieranie wywiadu w obecności współmałżonka, często bowiem prowadzi to do otwartego konfliktu między stronami, zaprzeczania sobie, zarzucania kłamstwa, odwoływania się do biegłego, jakby spełniał on rolę sędziego. Wiele sprzeczności w uzyskanych informacjach zmusza niekiedy biegłego do przeprowadzenia ponownego, uzupełniającego wywiadu. Zatem po zakończeniu rozmowy z jedną ze stron wskazane jest ustalenie terminu ewentualnego dodatkowego spotkania.

W przypadku spraw karnych zbieranie wywiadu jest odmienne niż w sprawach cywilnych i często powtarzają się tu następujące problemy:

- lakoniczność odpowiedzi — biegły często uzyskuje informacje skąpe, ograniczające się do „tak” lub „nie”, „nie wiem”, „nie pamiętam”; jeżeli nawet odpowiedzi udzielane są wprost, to również są skąpe i dlatego wywiad polega na zadawaniu serii bardzo drobiazgowych pytań, a w przypadku ujawniania przez osobę badaną postaw obronnych, konieczne staje się kilkakrotne nawracanie do tych samych pytań w dalszej fazie badania, przy czym wskazane jest inne ich formułowanie,
- postawy oporu, obrony, odmawianie zgody na udzielenie odpowiedzi: lakoniczne lub obronne wypowiedzi osoby badanej często wydłużają zbieranie wywiadu,
- trudności językowe — wielu przestępców pochodzi z prymitywnych środowisk, wielu jest mało wykształconych, stwarza to zatem trudność w werbalizowaniu zagadnień seksualnych, częsta też jest nieznanosć słownictwa i dlatego biegły powinien znać slangi, język żargonów.

364

i skłonić osobę badaną do mówienia tak, jak ona potrafi; często też osoba badana, nie rozumiejąc pytania i wstydzając się tego, udziela odpowiedzi zbywającej lub błędnej, np. nie wiedząc, co to jest polucja, podaje, że takowych nigdy nie miała lub „czasami”; nieznanosć słownictwa ze sfery życia seksualnego jest tak powszechna, iż biegły powinien naprowadzać osobę badaną przez zadawanie bardziej opisowego pytania,

- trudności z ujawnianiem spraw intymnych — w wielu środowiskach niski jest nadal poziom uświadomienia seksualnego, brak jakichkolwiek rozmów na tematy seksualne, które stanowią tabu, nic więc dziwnego, iż brak odpowiedzi, zażenowanie, wstyd nie należą do rzadkości i mylnie mogą być potraktowane jako zachowanie obronne,
- ukrywanie ważnych informacji i udzielanie pozornych — badany zdaje sobie sprawę z tego, że niektóre informacje mogą mieć charakter obciążający, a inne — wspomagający; szczególnie dotyczy to pytań o zachowania dewiacyjne bądź przebieg zdarzenia objętego aktem oskarżenia,
- bariera płci — zdarza się, i to wcale nie tak rzadko, iż badany nie jest w stanie przełamać zahamowań przy przedstawianiu informacji biegłemu, który jest kobietą; z taką postawą spotykam się bardzo często i dopiero w obecności biegłego-mężczyzny badany potrafi otworzyć

się i przedstawić istotne fakty z przeszłości seksualnej.

Ze względu na fakt, iż większość badanych pochodzi z prostych środowisk, ma niski poziom wykształcenia, ujawnia stereotypowe widzenie ról seksualnych, a wobec kobiet — zgeneralizowaną agresję, nie jest wskazane, aby jedynym biegłym była kobieta.

Specyfika zbierania wywiadu w sprawach karnych wymaga stosowania różnych improwizacji i tak np. w jednym przypadku można zbierać wywiad na zasadzie od początku do końca, w innym lepiej pozwolić wypowiedzieć się osobie badanej i niekiedy ukierunkować rozmowę, a w jeszcze innym lepiej zacząć od spraw najmniej zagrażających, a zagrażające zostawić na sam koniec. Z reguły najbardziej zagrażające są zagadnienia związane z przedmiotem sprawy, co jest przecież zrozumiałe, warto zatem poruszać je w końcowej, a nie w początkowej fazie zbierania wywiadu. Dobrze jest również zapytać, o co chodzi w tej sprawie. Osoba badana lepiej się czuje w sytuacji, kiedy biegły sprawia wrażenia, iż nie jest w pełni zorientowany w Przedmiocie sprawy, niż w sytuacji, gdy biegły pozwala wyczuć, iż dobrze mu są znane akta sprawy, akt oskarżenia.

Najlepiej jest, gdy zbieranie wywiadu ma charakter rozmowy, a nie sterowanego badania w całości przenoszonego na papier lub, co gorsza, grywanego na magnetofon. Biegły może również pomóc w nawiązaniu

365

kontakty, jeżeli ujawni, iż nic go nie dziwi, wiele podobnych spraw widział, traktuje je jako ludzkie, a nie jakieś sensacyjne czy nadzwyczajne. Zdarza się niekiedy, iż biegły w celu uzyskania potrzebnych informacji „kokietuje” osobę badaną obietnicami, że np. pomoże. Może to wzbudzać nieufność, skąd bowiem taki altruizm u biegłego, który w oczach badanego reprezentuje organa wymiaru sprawiedliwości.

Dobrze przeprowadzony wywiad może okazać się wystarczający do wydania opinii seksuologicznej, ale często też wymaga uzupełnienia przez zastosowanie dodatkowych metod, o których będzie mowa niżej.

Przedstawiona wersja wywiadu seksuologicznego jest pewną propozycją.

I. Dane ogólne

- wiek, miejsce urodzenia, wykształcenie, zawód, stan cywilny, liczba dzieci, miejsce pracy, hobby, zainteresowania, światopogląd, przebyte choroby, operacje, nałogi...

II. Okres dzieciństwa

- środowisko rodzinne (robotnicze, wiejskie, inteligenckie...),
- charakterystyka ojca: wiek, zawód, charakter, typowe zachowania,
- charakterystyka matki: wiek, zawód, charakter, typowe zachowania,
- charakterystyka rodzeństwa: jak wyżej,
- ocena małżeństwa rodziców,
- kto dominował w domu, w rodzinie,
- ocena więzi uczuciowych w rodzinie, klimatu, i atmosfery rodzinnej,
- ocena więzi uczuciowej z rodzicami, rodzeństwem; kto był „kozłem ofiarnym w rodzinie”, a kto ulubieńcem rodziców i dlaczego,
- kto praktycznie zajmował się wychowywaniem i jaki miało ono charakter (kary, nagrody...),
- warunki materialne w rodzinie, sposób spędzania wolnego czasu,
- ocena podobieństwa fizycznego i psychicznego do rodziców,
- informacje o przebiegu ciąży, rozwoju wczesnodziecięcym, chorobach,
- czy badany zapamiętał jakieś sceny seksualne z tego okresu,

- opis najlepiej zapamiętanej sceny z okresu dzieciństwa, najprzyjemniejszego i najprzykrzejszego zdarzenia,
- w jaki sposób w rodzinie okazywano sobie uczucia,
- jaki był przebieg seksualnych zabaw dziecięcych (z kim, w jaki sposób: gdzie, reakcja otoczenia itp.),
- czy była masturbacja w wieku dziecięcym, reakcje otoczenia na ni*
- czy w rodzinie poruszano sprawy seksu (w jaki sposób, przy jakich okazjach...),
- charakter kontaktów rówieśniczych, ulubione formy zabaw.

366

III. Okres młodości

- przebieg nauki, przerwy w nauce, powtarzanie klas, najbardziej i najmniej ulubione przedmioty,
- charakter kontaktów z nauczycielami i wychowawcami,
- najsilniejsze wspomnienia z okresu szkolnego, ulubione rozrywki, lektury, sporty,
- wspomnienia z kontaktów rówieśniczych: przezwiska, pozycja w grupie, więzi uczuciowe,
- wiek dojrzewania biologicznego (mutacja, pierwsza miesiączka, polucje, owłosione łonowe), forma reakcji na nie, reakcja otoczenia,
- źródła i rodzaj uświadomienia seksualnego, przeżycia mu towarzyszące,
- kompleksy w tym wieku, jakie, przeżywanie ich, reakcje rówieśników,'
- wiek rozpoczęcia masturbacji, częstość masturbowania się, forma (ręczna, z użyciem narzędzi, wyobrażeniowa, strumieniem wody),
- wyobrażenia towarzyszące masturbacji (dokładny opis),
- postawa wobec masturbacji, uczucia jej towarzyszące,
- wiek powstania zainteresowań seksualnych, pierwszych randek, adoracji, spotkań,
- marzenia i fantazje o charakterze seksualnym w tym okresie,
- wiek podjęcia pierwszych pieszczot seksualnych (z kim, gdzie, w wyniku czego, uczucia towarzyszące, dokładny rodzaj pieszczot, czy dochodziło do reakcji seksualnych, jakich, jak reagowała druga osoba),
- ogólny obraz więzi uczuciowych przed pierwszym stosunkiem,
- wiek inicjacji seksualnej, jej miejsce, z kim, w jaki sposób, dokładny opis jej przebiegu, uczuć towarzyszących, czyja była inicjatywa, jakie były reakcje seksualne i uczuciowe, jej motywy, ocena teraz, czy ta znajomość była kontynuowana, dlaczego,
- przebieg następnych kontaktów seksualnych (z kim, gdzie, w jaki sposób, ich przebieg...),
- » częstość kontaktów seksualnych, ulubione formy pieszczot, pozycje współżycia, metody zapobiegania ciąży,
- > marzenia i fantazje towarzyszące stosunkom seksualnym,
- konfrontacja marzeń i oczekiwań z rzeczywistością współżycia, trudności w życiu seksualnym (jakie, dlaczego, czas trwania, formy przeciwdziałania im, rodzaj reakcji ze strony partnera...),
- sny seksualne: częstość, ich treść,
- inne formy aktywności seksualnej,
- najważniejsze zdarzenia zapamiętane z tego okresu, ich ocena,
- ogólna liczba związków uczuciowych i seksualnych, inicjatywa w ich zawieraniu i zrywaniu, wzajemność uczuciowa, powody braku takich związków,

367

- ulubione formy pieszczot seksualnych, pozycje współżycia, formy zachowania się partnera.

IV. Małżeństwo lub t?~wały związek

- miejsce poznania partnera, co się w nim podobało, inicjatywa zawarcia znajomości, przebieg „chodzenia ze sobą”, współżycia (od kiedy, z czyjej inicjatywy, ocena sprawności i przeżyć...),
- porównanie więzi uczuciowej i seksualnej z przeszłością,
- poziom doświadczenia seksualnego partnera, reakcja na nie,
- dokładna analiza więzi uczuciowej z partnerem,
- ulubione formy pieszczot, pozycje współżycia, oczekiwania i potrzeby, satysfakcja seksualna u partnera,
- dokładny opis gry wstępnej, przebiegu stosunku, czasu jego trwania, fantazji towarzyszących współżyciu,
- przekazywanie między partnerami informacji o uczuciach, życiu seksualnym,
- metody zapobiegania ciąży, przerwania ciąży, emocje z nimi związane,
- orgazm u partnera (w jaki sposób osiągany, na czym polegał),
- wprowadzanie nowych form współżycia (z czyjej inicjatywy, dlaczego, jakie, reakcje na nie),
- problemy i trudności w życiu seksualnym (jakie, czas trwania, formy przeciwdziałania im, reakcja partnera na nie, własne reakcje na problemy partnera),
- ocena następujących relacji więzi partnerskiej: intelektualnej, charakterologicznej, uczuciowej, seksualnej, materialnej, rodzicielskiej, organizacji codziennego życia, forma spędzania wolnego czasu,
- konflikty partnerskie: jakie, dlaczego, jak często, sposób reagowania na nie, formy rozwiązywania ich,
- rodzicielstwo: liczba dzieci, więzi uczuciowe z nimi, typ kontaktu z nimi,
- związki pozamałżeńskie: jak często, z kim, dlaczego, ich przebieg, analiza życia seksualnego w nich.

V. Globalna ocena aktualnego życia seksualnego

poziom potrzeb seksualnych (temperament),

częstość stanów podniecenia seksualnego (czym wywołane, w jakich sytuacjach),

erekcje ranne, dzienne, nocne, polucje — ich częstość,

stan sprawności seksualnej,

ulubione pieszczoty, pozycje, formy aktywności własnej i partnera,

oralizm (częstość, typ, z czyjej inicjatywy, uczucia towarzyszące),

analizm (jak wyżej),

368

- kontakty homoseksualne (według schematu jak wyżej),
- potrzeby dewiacyjne,
- kontakty dewiacyjne (typ, częstość, dokładny opis i przebieg),
- samoocena w roli partnera seksualnego,
- wpływ alkoholu na życie seksualne (dokładna analiza).

VI. Inne dane

- ulubione lektury, filmy o treści seksualnej,
- kontakt z pornografią (jak często, ulubione formy wizualne, reakcje na nie, działanie pornografii na życie seksualne),
- ideał kobiecości i męskości,
- typowe wady i zalety mężczyzn i kobiet,

- cel i sens współżycia seksualnego,
- normy regulujące życie seksualne,
- obraz siebie w roli partnera,
- niespełnione potrzeby i oczekiwania,
- wizja idealnego seksu, współżycia.

Nie zawsze jednak sytuacja wymaga zbierania wszystkich tych danych.

W sprawach rozwodowych od partnerów zbiera się wywiad podobny, a w przypadku kobiet dodatkowo ukierunkowany na ciążę, porody, przebieg porożeń, stan ginekologiczny. W przypadku spraw karnych uzyskanie wywiadu od partnera może być bardzo przydatne, ale nie zawsze jest to możliwe. Informacje uzyskane od stałego współpartnera pozwalają zobiektywizować uzyskane dotychczas informacje i niekiedy ukazują obraz więzi w zupełnie innym świetle. Warto zatem, aby zbieranie wywiadu od partnera było praktykowane częściej niż dotychczas.

NIERUTYNOWE METODY BADANIA

Analiza akt sprawy, badanie somatyczne i wywiad seksuologiczny są podstawowymi metodami pracy biegłego seksuologa i stanowią podstawę do opracowania przez niego opinii sądu seksuologicznej.

Ponadto, istnieje grupa metod badania seksuologicznego, które mogą być przydatne w uzyskaniu potrzebnych informacji. Jakkolwiek nie są to metody rutynowe, jednak w wielu przypadkach wspomagają podstawowe metody pracy biegłego. Dokładniejszy opis różnych metod diagnostycznych w seksuologii można znaleźć w innych publikacjach (Bilikiewicz i Imieliński 1974; Imieliński 1982; Starowicz 1985). Poniżej omówię przede wszystkim te metody, które wykorzystuję we własnej pracy biegłego, mniej natomiast poświęcę metodom rzadziej stosowanym.

369

Nierutynowe metody badania seksuologicznego w zasadzie mają charakter uzupełniający lub kierunkowo pogłębiający metody rutynowe (wywiad, badanie somatyczne, analiza akt sprawy). Zdarzają się jednak przypadki, kiedy dopiero dzięki nierutynowym metodom można uzyskać pełny i prawdziwy obraz sytuacji, postawić diagnozę. Z opisu tych metod wynika, iż biegły seksuolog powinien być „bliższy” psychiatrii i psychologii niż innym specjalnościom. W dotychczasowym modelu specjalizacji z zakresu seksuologii specjalistami zostawali psychiatry, ginekolodzy, urolodzy czy pediatry. Sądzę, że spośród tej grupy specjalistów najbardziej odpowiadają potrzebom roli biegłego seksuologa lekarze specjalności psychiatrycznej. W nowym programie specjalizacji z zakresu seksuologii przewidziane jest bardziej wszechstronne kształcenie seksuologów, co w większym stopniu umożliwi im pełnienie roli biegłego.

TEST RYSUNKU POSTACI

Psychorysunek należy do grupy metod projekcyjnych, które można z powodzeniem stosować w warunkach ambulatoryjnych, jako dodatkową metodę badania seksuologicznego. Doświadczony terapeuta może na podstawie psychorysunku wyciągnąć wiele wniosków dotyczących osobowości badanego i jego samooceny w roli seksualnej. Dzięki daniu określonych tematów do rysowania uzyskuje się również informacje na oczekiwany temat, np. struktury związku, oczekiwań itp.

Ponieważ psychorysunek jest metodą projekcyjną, do jego oceny potrzebne jest przygotowanie psychologiczne, chociaż nie musi być stosowany jedynie przez psychologów. Poważnym ograniczeniem wartości psychorysunku jest

subiektywne ocenianie przez terapeutę, który może go opiniować z perspektywy własnych problemów i własnego systemu wartości. Innym ograniczeniem jest brak stałych schematów interpretacji, gdyż nie ma do nich uniwersalnego klucza.

Psychorysunek może służyć różnym celom: diagnostycznym, interpretacyjnym, rokowniczym oraz leczniczym. Cel diagnostyczny osiągany jest np. w sytuacji, kiedy zahamowany pacjent ma trudności z wypowiedziami na temat własnej orientacji seksualnej — psychorysunek może wówczas okazać się dla niego mniej zagrażający niż wywiad, a dla terapeuty przydatne mogą okazać się uzyskane informacje.

Cel interpretacyjny natomiast osiągany jest np. w sytuacji, kiedy analiza konfliktowego związku skłania do hipotezy, iż istnieje powtarzanie między partnerami pewnych relacji przeniesionych z własnych środowisk rodzinnych; wówczas rysunek wykonany przez obu partnerów na temat „dom rodzinny”, „moje małżeństwo” lub „nasza rodzina” może uj-

370

charakter wspomnianych relacji, wynikających z pozycji ojca, matki w rodzinie.

Cel rokowniczy może dotyczyć np. oceny perspektyw związku konfliktowego, a cel leczniczy osiągany jest wówczas, gdy psychorysunek służy do zajęć terapeutycznych w psychoterapii grupowej lub partnerskiej.

Technika wykonania jest prosta. Osobie badanej daje się kartki formatu A4, komplet różnokolorowych flamastrów, ołówek i prosi się o wykonanie rysunku na określony temat. W seksuologii typowe tematy rysunków to: „postać ludzka”, „kobieta”, „mężczyzna”, „nasz związek”, „dom rodzinny”, „Ja”. Najczęściej osoba badana oponuje, tłumaczy się, iż nie ma zdolności rysunkowych, inną bawi taka metoda lub traktuje ją jako niepoważną. Należy wówczas zachęcać do rysowania; rzadko spotyka się zdecydowaną odmowę wykonania rysunku.

Przedmiotem interpretacji jest:

- Wybór materiału: np. ołówek może być wyrazem tłumienia uczuć, a kolorowe flamastry, kredki — uzewnętrzniania uczuć.
- Wielkość rysunku: nadmiernie duża wielkość, zajmująca całą kartkę, może wyrażać agresję, zbyt dużą zależność, a umieszczenie siebie w dolnym brzegu i w małej wielkości — poczucie niższości, niską samoocenę, skłonność do depresji, mały rysunek może wyrażać postawę obronną, neurotyzm.
- Grubość linii: linie przerywane mogą oznaczać niepewność, Jęk, a bardzo wyraziste — zdecydowane uczucia.
- Przebieg linii: dbałość o doskonałość formy może wyrażać pedanterię, linie burzliwe — niestałość uczuciową, nerwowość, nadmiar szczegółów — skrupulatność, cechy zaburzeń organicznych (np. epilepsję).
- Kolory: czarny może wyrażać tłumienie uczuć, obniżenie nastroju, czerwony — agresywność, seksowność, intensywność uczuć pozytywnych.
- Ujęcie ciała: zbyt krótkie ramiona mogą wyrażać niepewność, bezradność, wielkie ręce — kompleks onanistyczny, ekspozycja twarzy — postawy prospołeczne, fascynację daną osobą, twarz z boku — postawę obronną, dystans wobec danej osoby; wyraz twarzy może wyraźnie wskazywać na postawy wobec tej osoby, brak osoby; wyraz twarzy może wyraźnie wskazywać na postawy wobec tej osoby, brak nóg — może być wyrazem niepewności.

- Podkreślenie wyraźne linii bioder, talii — poczucie męskości i kobiecości, natomiast linia niewyraźna lub jej brak — niepewność w tych rolach. W przypadku rysowania kilku osób na tej samej kartce, np. w temacie „nasza rodzina”, do interpretacji służy rozmieszczenie tych osób, ich wielkości w Porównaniu do innych, użyte kolory.

371

Pomocne w interpretacji może być tzw. nadmuchiwanie, czyli powiększanie danego rysunku w wyobraźni do naturalnych wielkości. Bardziej wytrawni znawcy potrafią odczytywać wiele symboli zawartych w rysunku i np. ręka uniesiona w górę może być symbolem fallicznym itp.

Osoby niedojrzałe w roli seksualnej potrafią niekiedy rysować osoby w formie dzieci, podobnie własne Ja.

Interpretacja rysunku może być nieraz bardzo trudna i ryzykowna, wymaga dużego doświadczenia i dlatego psychorysunek należy traktować jako metodę pomocniczą, a nie decydującą w ocenie.

Dokładniejsze informacje na temat psychorysunku można znaleźć w wydanych publikacjach: Obuchowski (1974), Hornowski (1982), Gapik (1978).

BADANIE PLETYZMOGRAFICZNE CZŁONKA

Polega na pomiarze reaktywności członka w odpowiedzi na bodźce wizualne i akustyczne w warunkach laboratoryjnych, z zastosowaniem specjalnej aparatury. Standardowe bodźce wizualne to slajdy i filmy video, wybrane odpowiednio do typu podejrzanego zaburzenia seksualnego. Bodźce dźwiękowe to opisy dewiacyjnych zachowań seksualnych (rzadziej stosowane).

Badanie tą metodą, stosunkowo łatwe w wykonaniu, wiąże się jednak z pewnymi ograniczeniami. W przypadku osoby badanej, która miała częsty kontakt z tego typu bodźcami, może występować obniżony poziom reaktywności bądź brak zainteresowania i badanie nie dostarcza żadnych informacji.

Obniżony poziom reaktywności może być również wynikiem zażywania leków, np. psychotropowych, sytuacji związanej z badaniem itp.

W wielu jednak przypadkach metoda ta dostarcza cennych danych, zwłaszcza gdy chodzi o diagnozowanie tendencji i zachowań dewiacyjnych.

Ważne są w niej: umiejętność dobierania bodźców działających seksualnie (naprzemienność z bodźcami o treści heteroseksualnej), czas ekspozycji (nie krótszy niż 5 i nie dłuższy niż 15 sekund), forma (najlepiej działa film, slajdy), barwa (lepiej działają wydawnictwa kolorowe niż czarnobiałe), jakość (np. wydawnictwa pornograficzne na kredowym papierze, pięknie ilustrowane, pozbawione wulgarności oddziałują lepiej).

Tego rodzaju metoda badania wymaga od lekarza taktu, delikatności i pewnej subtelności, jest ona bowiem intymna ze swej natury. Wymaga również pewnego przygotowania osoby badanej (omówienia konieczności i zastosowania) i uzyskania jej zgody. Najczęściej biegłym jest mężczyzna

który tę metodę stosuje wobec badanych mężczyzn. Są jednak sytuacje w których konieczne jest specjalne omówienie przydatności i możliwości użycia tej metody, np. biegły i badany są odmiennej płci, badany jest

372

homoseksualistą. W tych sytuacjach reagowanie podnieceniem seksualnym może być zablokowane lub odwrotnie — wzmożone. Tego typu problemy muszą być brane pod uwagę i należy wówczas rozważyć celowość i sens zastosowania tej metody.

W przypadku spraw rozwodowych metoda ta jest stosowana wyjątkowo

rzadko, najczęściej wobec badanych podejrzewanych o hipo-, hiperlibidemie lub też mających podstawowe braki w uświadomieniu seksualnym i nie oswojonych z fizjologią seksualną. W tym ostatnim przypadku jako bodźce stosuje się ilustracje dotyczące przebiegu ars amandi, anatomiczne itp. Nie należy natomiast eksponować treści dewiacyjnych, urazowych.

Metoda stymulacji wizualnej jest obecnie często stosowana w leczeniu zaburzeń seksualnych; powstały nawet szkoły ustalające określone programy (np. LoPiccolo 1979). Stosowana jest również powszechnie w celach diagnostycznych i trudno sobie wyobrazić gabinet seksuologa pozbawiony materiałów koniecznych do jej stosowania. Na podstawie własnych doświadczeń w roli biegłego muszę stwierdzić, iż metoda ta okazywała się bardzo pomocna w ustaleniu diagnozy i stosowałem ją w wielu przypadkach. Rzadko spotykałem się ze zdecydowaną odmową poddania się tego typu badaniu. Najczęściej nie wyrażały na to zgody osoby oskarżone o zabójstwa na tle seksualnym, z hiperlibidemią, jest zatem zrozumiałe, że metoda ta mogła w nich wzbudzać poczucie zagrożenia. W 2 przypadkach odmowa poddania się badaniu była motywowana zażenowaniem, iż może powstać reakcja seksualna o intensywnym przebiegu.

Ze względu na to, że dostępność wydawnictw pornograficznych jest coraz większa, przydatność tej metody może się zmniejszać.

Wielu badaczy (np. Rossen i Beck 1988; Simon i Schouten 1991; Travin i Protter 1995) wymienia następujące ograniczenia wartości diagnostycznej tej metody:

- dewiacyjne pobudzenie seksualne nie zawsze jest potwierdzeniem dewiacji,
- istnieje realna możliwość zafałszowania odpowiedzi,
- nadużyciem jest traktowanie tej metody jako jedyne lub decydującego dowodu.

TEST ZACZAROWANIA

Wykaz projekcyjny jest projekcyjną metodą badania, stosunkowo łatwą do Poprowadzenia. Dostarcza ona informacji o samoocenie osoby badanej, jej P^ostawach wobec płci własnej i przeciwnej oraz obiektów erotycznych i współpartnera. Metoda ta polega na zalecaniu osobie badanej, aby „zaczarowała” konkretną osobę czy osoby w przedmiot należący do niżej

wymienionych kategorii: przedmiot martwy — roślina — drzewo — zwierzę — instrument muzyczny — postać z bajki — rola w cyrku.

Metoda ta jest wprawdzie łatwa w wykonaniu, ale trudniejsza do interpretowania. Interpretacja musi się wiązać ze znajomością symboliki (kulturowej, środowiskowej, podkulturowej, indywidualnej).

W sprawach rozwodowych wykaz projekcyjny najczęściej ogranicz się do „zaczarowywania” własnej osoby, współmałżonka, ewentualnie innego stałego partnera pozamałżeńskiego. W przypadku spraw karnych „zaczarowywanie” najczęściej obejmuje: własną osobę, współmałżonka, mężczyzn, kobiety, a także specyficzne obiekty erotyczne mające związek z dewiacjami (np. w przypadku pedofilii homoseksualnej dotyczy to chłopca, a zachowań kazirodczych — dziecka itp.).

Dla przykładu omówię kilka wykazów projekcyjnych. Mężczyzna, lat 44, oskarżony o zabójstwa kobiet z cechami sadyzmu, następująco „zaczarował” kobiety: zimny głaz, zdeptana trawa, trzęsąca się osika, żmija, bęben, czarownica, kłown. Ten wykaz projekcyjny ujawnia zgeneralizowaną agresję wobec kobiet.

Mężczyzna lat 23, wielokrotny gwałcieciel, następująco oceniał własną osobę: ozdobny sztylet, tulipan, lampart, dąb, flet, król, pogromca lwów. Ten typ wypowiedzi wyraża pozytywną samoocenę w roli męskiej i seksualnej, stereotyp siły i dominacji.

Mężczyzna, lat 28, pedofil homoseksualny, w inwentarzu cech określił następująco własne Ja: pudełeczko na biżuterię, ozdobny kwiatek, kotek, wrzos, paż króla, harfa, tancerz. Ten zestaw cech wyraża identyfikację raczej z rolą kobiecą.

Kobieta, lat 28, po 2 latach udanego związku pozamałżeńskiego, wystąpiła o rozwód; swego męża scharakteryzowała następująco: nitka, bluszcz, wierzba płacząca, zając, smyczek, Jaś, kłown. Wykaz ten dowodzi, iż mąż jest postrzegany jako mało atrakcyjny i mało męski, słaby.

W niektórych wypowiedziach samoocena własnej osoby lub ocena drugiej osoby może wyrażać niespójność, niepełną identyfikację z rolą seksualną; i tak np. kobieta, lat 26, rozwodzająca się, własne Ja oceniała następująco: kamień, róża, topola, myszka, pogromczyni zwierząt, harfa, baba-jaga.

Wykaz projekcyjny rzadko wyzwała postawy obronne, jest niekiedy traktowany jako metoda o nieco humorystycznym charakterze, jako zabawa. Jak już wyżej wspomniano, interpretacja tego testu powinna uwzględniać różne szyfry znaczeniowe, zdarza się bowiem np., iż w jednym środowisku „flecistka” kojarzy się z atrakcyjnym obiektem erotycznym, w innych natomiast oznacza kobietę „łatwą”, uprawiającą oralizm, prostytutkę. Określenie mężczyzny jako „zajączka” może wyrażać postrzeganie go jako osób słabej, zdominowanej, ale u niektórych kobiet jest przejawem ciepła, tkliwości-pozytywnych uczuć.

374

TEST UZUPEŁNIANIA ZDAŃ

Metoda ta jest techniką dobrze znaną psychologom; ma swoją standaryzację i reguły interpretacji. Lekarz, który przecież nie jest psychologiem, nie może stosować metod wymagających specjalistycznego wykształcenia. W przypadku tego testu chodzi o jego wersję skróconą, dostosowaną do specyfiki pracy biegłego seksuologa. Zmodyfikowane wersje testu Są stosowane również w psychiatrii i psychoterapii. Inaczej mówiąc, biegły seksuolog stosuje określoną wersję tej techniki, praktycznie sprowadzającej się do uzupełnienia wywiadu.

Technika testu polega na tym, że osobę badaną prosi się o zakończenie, uzupełnienie przerwanego zdania, wypowiedzanego przez badającego. Niedokończone zdania dotyczą treści uczuciowych, seksualnych, partnerskich postaw wobec płci. W celu uniknięcia nadmiernej koncentracji na tym zadaniu i rozwoju zahamowań czy postaw obronnych u osoby badanej zdania te są przeplatane z innymi, również niedokończonymi, ale poruszającymi treści neutralne, obojętne.

A oto przykłady zdań niedokończonych:

- „kobiety w życiu seksualnym najbardziej...”,
- „idealna partnerka we współżyciu powinna...”,
- „ideałem mężczyzny jest dla mnie...”,
- „sądzę, że większość kobiet ...”,
- „w życiu seksualnym najbardziej mi odpowiada...”,
- „do mężczyzn czuję...”,
- „gdy widzę, jak kobieta mnie prowokuje, to...”

Test uzupełniania zdań jest przydatny zarówno w sprawach rozwodowych, jak i karnych. Jego wartość jest tym większa, im bardziej spontaniczne są

wypowiedzi osoby badanej, krótszy namysł.

Dla przykładu podam 2 wypowiedzi badanych osób.

Kobieta, lat 37, która wystąpiła o rozwód, motywując to nieudanym współżyciem, wieloletnimi zaburzeniami seksualnymi u męża: „Do mężczyzn czuję złość, że nie potrafią zainteresować się, co czuje niezaspokojona seksualnie kobieta”, „idealny mężczyzna to człowiek, który potrafi mężnie przyznać się, że czegoś nie może i wtedy odważnie szuka pomocy u specjalisty”. „Sądzę, że większość kobiet potrafi długo znosić upokorzenia ze strony mężczyzn, ich egoizm, ale też ma granice wytrzymałości”. Test w tym przypadku ujawnił uczucie żalu do Partnera, że nie starał się poprawić więzi seksualnej przez szukanie pomocy u specjalisty, bagatelizował niezaspokojone oczekiwania swej żony. Badana zaczęła generalizować na mężczyzn negatywną cechę postępowania swego męża (mechanizm projekcji), zaczęła identyfikować SI? z cierpiącymi kobietami, a same kobiety oceniać jako bardziej wartościowe od mężczyzn (mechanizm racjonalizacji).

Mężczyzna, lat 33, wielokrotny gwałciciel, mający zarazem bogate doświadczenie seksualne i duże powodzenie u kobiet: „Sądzę, że większość kobiet to kurwy”. „Gdy widzę, że kobieta mnie prowokuje, to czuje do niej pogardę i wściekłość”. „Kobiety w seksie najbardziej cenią sobie obywatelstwo przez samca, a miłość jest dla nich tylko wielkim udawaniem”. Badany mający liczne

375 podboje, często prowokowany przez kobiety, po zawodzie uczuciowym w swej pierwszej miłości zaczął postrzegać kobiety jako niewierne z natury. Karał je w formie gwałtu za fakt odrzucenia w przeszłości i niespełnienie marzenia spotkania ideału. Wrogość do kobiet uległa generalizacji, nie ma do nich zaufania. Liczne są u niego racjonalizacje, które u mężczyzn są często spotykane.

METODA SKOJARZEŃ I WYOBRAŻEŃ

Metoda ta polega na tym, że poleca się badanej osobie wygodne położenie się na leżance, zamknięcie oczu i wyobrażenie sobie określonych osób, sytuacji oraz wypowiedzianie tych wyobrażeń na głos. Badający interpretuje te skojarzenia. Celem tej metody jest uzupełnienie wywiadu, poznanie reakcji emocjonalnych, kojarzonych z konkretnymi zdarzeniami i osobami.

Metoda jest prosta w przeprowadzeniu i bardzo przydatna zarówno w diagnozowaniu, jak i w określaniu rokowania np. związku partnerskiego. Częściej bywa stosowana w sprawach rozwodowych, w których wobec współpartnera ujawniane są sprzeczne oceny, zahamowania i blokady uczuciowe oraz niejasne nastawienia do innego partnera. Jest ona szczególnie przydatna w diagnozowaniu awersji seksualnej. Może być również stosowana w sprawach karnych, ale w tych przypadkach często są ujawniane postawy obronne, opór ze strony osoby badanej.

Dla przykładu przedstawię wypowiedzi uzyskane za pomocą metody skojarzeń zastosowanej u kobiety, lat 29, utrzymującej od 1 roku kontakty zarówno z mężem, jak i z innym partnerem. Pozew rozwodowy wniósł mąż po ujawnieniu istnienia związku pozamałżeńskiego żony. Po uzyskaniu stanu relaksacji i odprężenia przez wyobrażenie sobie leżenia na plaży, chodzenia po wiosennym lesie osobę badaną poproszono o wyobrażenie sobie męża. Po krótkiej chwili na jej twarzy uwidocznił się grymas niechęci, mięśnie uległy napięciu. W wyobraźni zobaczyła twarz męża: „odpychająca, jest niemiła dla mnie, nie chcę go widzieć”. Wyobrażenie współżycia z mężem było bardziej dramatycznie przeżywane: przyspieszenie oddechu, zaczerwienienie twarzy, wyraz złości, obrzydzenia: „widzę, jak próbuje mnie dotknąć, chce mi się wymiotować, uciekam na bok”.

Natomiast wyobrażenie sobie osoby partnera ze związku pozamałżeńskiego dość szybko zmieniło reakcje: twarz się rozjaśniła, pojawił się uśmiech, mięśnie uległy rozluźnieniu, oddech się zwolnił: „ma takie piękne i delikatne ręce, głaszcze mnie, pragnę być z nim, lubię go oglądać całego, pragnę go

pieścić długo, długo (...)"

W innym przypadku małżeństwa rozwodzącego się z powodu nierozpoczęcia współżycia seksualnego obie strony obwiniały się o niewłaściwe zachowanie. Metoda skojarzeń została zastosowana w celu diagnostycznym i polegała na zalecaniu drobiazgowego, powolnego, jak w przypadku r»
376

w zwolnionym tempie, odtwarzania przebiegu próby współżycia seksualnego. Metoda ta ujawniła, iż mąż w sposób wyculony reagował na wyraz oczu żony (kompleks Meduzy). Odbieranie jej spojrzenia jako zagrażającego („patrzy, co teraz zrobię, wyczuwam, że mnie lekceważy”) wiązało się z zanikiem erekcji członka.

Metoda skojarzeń jest również przydatna w poznawaniu cech atrakcyjności erotycznej, ulubionych form pieścizot, erogennych stref ciała, sytuacji rodzących poczucie zagrożenia, lęku, intensywności podniecenia seksualnego, np. przy nawiązywaniu kontaktów o typie pedofilnym.

TEST PROJEKCYJNY RORSCHACHA

Tpcf D~_l .

m-vm ir~l

Test Rorschacha jest jedną z najtrudniejszych do interpretacji metod badania projekcyjnego. Zdaniem znawców tej metody do jej stosowania konieczne jest wieloletnie doświadczenie. Jest ona obecnie oceniana kontrowersyjnie — ma swoich zagorzałych zwolenników i wrogów. Powstało wiele monografii specjalistycznych oraz publikacji w czasopismach poświęconych testowi Rorschacha a także wiele jego modyfikacji. W Polsce o tym teście pisały szerzej Grzywak-Kaczyńska (1967), Sikora (1973). Badanie tą metodą jest wykonywane przez wytrawnych psychologów; jakkolwiek prosta w wykonaniu, wymaga jednak czasochłonnego opracowania.

Posługuję się testem Rorschacha od 1967 roku, przebadalem nim ponad 800 pacjentów z zaburzeniami seksualnymi, 175 pacjentów z rozpoznaniem zespołów nerwicowych, 88 pacjentów psychotycznych. Z reguły stosuję metodę Rorschacha we wszystkich badaniach sadowo-seksuologicznych. Muszę stwierdzić, iż test ten cenię bardzo wysoko, a studia psychologiczne umożliwiły mi opracowanie metodologii jego stosowania.

Test Rorschacha polega na tym, iż osobie badanej pokazuje się 10 tablic z różnorodnymi plamami; część tablic jest kolorowa. Osobę badaną prosi się o wypowiedzanie skojarzeń dotyczących tego, co widzi na tych tablicach, co one przypominają. Notuje się pełne wypowiedzi, a także czas reakcji na tablice, formę ich ujmowania itp. Wszystkie dane są następnie kodowane i interpretowane według ustalonych zasad. Rzecz jednak w tym, iż interpretacja wypowiedzi osoby badanej wymaga indywidualizowania, a to wiąże się z koniecznością posiadania przez badającego bogatego doświadczenia w stosowaniu tego testu.

Biegły seksuolog, w przypadku gdy jest lekarzem bez dodatkowego Wykształcenia psychologicznego, nie jest w stanie stosować tej metody. Może natomiast zapoznać się z nią w ograniczonym zakresie — dotyczącym jedynie wypowiedzi o znaczeniu seksualnym.

377

Wypowiedzi te mogą mieć następujące warianty:

- a) jawne skojarzenia seksualne; są one ujawniane najczęściej podczas oglądania tablic II, III, VI, VII, IX,
- b) wypowiedzi o ukrytej treści seksualnej; obejmują one skojarzenia dotyczące narządów wewnętrznych, np. płuca, serce, a także wypowie-

dzi o treści symbolicznej,

c) szoki seksualne: polegają one na odmowie wypowiedzi przy oglądaniu tablic określanych jako: „seksualne”; szczególnie dotyczy to (w kolejności) tablicy VI i IX, a następnie VII, III i II, szoki seksualne przy innych tablicach są spotykane sporadycznie,

d) wypowiedzi o treści dewiacyjnej.

Ad a. Zdaniem wielu badaczy (Loosli-Uster 1961; Bohm 1957; Zullinger 1952) zdrowy, normalny człowiek daje bardzo mało tego typu wypowiedzi, najwyżej 1 -1. Polemizowałbym z tym stanowiskiem, ponieważ w trakcie badania osób nie mających żadnych problemów i zaburzeń seksualnych uzyskiwałem więcej wypowiedzi tego typu. Sądzę, że wynikało to z postrzegania osoby badającego jako seksuologa, co podświadomie ukierunkowywało na skojarzenia ze sfery seksu.

Najwięcej wypowiedzi kryjących jawne skojarzenia o treści seksualnej (w porównaniu do wszystkich wypowiedzi) dawały osoby z rozpoznaniem hiperlibidemii, osoby nie zaspokojone seksualnie, mające wysoki poziom potrzeb i doświadczeń seksualnych. W tych grupach odsetek tego typu wypowiedzi wahał się w granicach 20-50%. Brak jawnych skojarzeń o treści seksualnej najczęściej występował u osób nie rozbudzonych seksualnie, z rozpoznaniem hipolibidemii, mających zahamowania i kompleksy seksualne.

Ad b. W tym przypadku interpretacja wypowiedzi jest szczególnie trudna, symbolika seksualna bowiem jest wieloznaczna i wymaga znajomości symboli zarówno kulturowych, jak i środowiskowych, a także osobniczych.

Tego typu wypowiedzi dotyczą zakresu seksu w podświadomości, w mechanizmach obronnych (zwłaszcza wyparcia i stłumienia). Najczęściej występują one u osób z kompleksami i zahamowaniami.

Ad c. Innym rodzajem szoku jest wydłużony czas reakcji przy oglądaniu tablic „seksualnych” w porównaniu z innymi. Często zdarza się np., iż osoba badana udziela odpowiedzi po 5-15 sekundach oglądania danej tablicy, a w przypadku tablic „seksualnych” po 40 - 60 sekundach lub jeszcze później. Szoki seksualne najczęściej występują u osób z kompleksami i zahamowaniami seksualnymi, z zaburzeniami seksualnymi.

Ad d. Mogą one być zarówno jawne, jak i symboliczne, np. ekshibicjoniści częściej mają skojarzenia związane z członkiem, pedofile — z dziećmi w^o cechami budowy dzieci, osoby uwarunkowane na kontakty doodbytnicze często mają skojarzenia o treści analnej (szczególnie dół tablicy VII)-

378
Z moich doświadczeń wynika, iż osoby mające problemy z odbyciem stosunku częściej reagują szokiem na tablicę IX, impotenci — na tablicę VI, przestępcy sadystyczni częściej mają szoki barw lub częściej treść plam kojarzy im się z krwią itd.

W literaturze światowej istnieją inwentarze wypowiedzi uznawanych za specyficzne dla różnych orientacji psychoseksualnych, np. homoseksualnej, biseksualnej, transseksualnej itd. Diagnozowanie w tych przypadkach wymaga jednak bardziej specjalistycznego przeszkolenia psychologicznego.

SKALA BODŹCÓW SEKSUALNA

Pierwotną wersję tej metody opracowałem w 1968 r., a obecnie posługuję się jej modyfikacją z 1975 roku. Jest to bardzo prosta metoda badania, może ją zastosować każdy biegły. Polega ona na tym, że osobie badanej daje się 30 karteczek z hasłami o treści seksualnej i prosi o ustalenie hierarchii bodźców — od najbardziej do najmniej pozytywnych.

Na karteczkach znajdują się następujące hasła:

- przytulenie się,
- pocałunek twarzy,
- pocałunek w usta,
- nagość partnera,
- pieszczoty piersi,
- dotykane narządów płciowych przez partnera,
- dotykane narządów płciowych partnera,
- pieszczoty łechtaczki,
- pobudzanie członka ręką,
- pobudzanie pochwy ręką,
- pieszczczenie ustami narządów płciowych przez partnera,
- pieszczczenie ustami narządów płciowych partnera,
- odczuwanie podniecenia seksualnego partnera,
- immisja (wprowadzenie członka do pochwy),
- uczucie zjednoczenia w immisji,
- ruchy członka w pochwie,
- wytrysk nasienia poza pochwą,
- wytrysk nasienia w pochwie,
- orgazm kobiety,
- orgazm w wyniku pieszczczenia ustami narządów płciowych,
- pozycja klasyczna (mężczyzna leży na kobiecie),
- pozycja odwrotna (kobieta leży na mężczyźnie),
- pozycje boczne,

379

pozycja siedząca,

pozycja od tyłu,

pozycja stojąca,

przewaga własnej aktywności we współżyciu,

przewaga aktywności partnera we współżyciu,

wzajemna aktywność partnerów we współżyciu,

fantazjowanie w trakcie współżycia seksualnego.

W wersji zmodyfikowanej doszły jeszcze następujące hasła:

- seks grupowy,
- współżycie z dwoma partnerami,
- stosunek doodbytniczy,
- stosunek między udami partnerki,
- wytrysk nasienia w ustach partnerki,
- członek między piersiami partnerki,
- wytrysk w wyniku ręcznego pobudzania przez partnera,
- orgazm w wyniku samopobudzania ręką,
- orgazm w wyniku samopobudzania wodą,
- orgazm w wyniku samopobudzania jakimś narzędziem,
- zapach partnera,
- zapach okolic genitalnych partnera,
- techniki wydłużonego stosunku.

Skala bodźców seksualnych ma kilka zalet. Po pierwsze pomaga wielu badanym określić wartość konkretnych bodźców seksualnych, czego nie byłoby w stanie zrobić ze względu na zażenowanie brakiem znajomości słownictwa i koniecznością wypowiedzania się wprost na ten temat. Po drugie pozwala ustalić pozytywną i ewentualnie negatywną hierarchię bodźców seksualnych. W przypadku badania stron sprawy rozwodowej metoda ta pozwala określić poziom zbieżności i rozbieżności w potrzebach partnerów.

SKALA SFŻ (MELL-KRAT) — SFM

Do przeprowadzenia badań potrzeb i reakcji seksualnych pomocna może być Skala Mell-Krat (wersja kromierzyńska). Wersja dla kobiet obejmuje 20 cech skalowanych od 0 do 4, a wersja dla mężczyzn — 13 cech, podobnie skalowanych. Badanie trwa stosunkowo krótko, zawiera dużo informacji, można je przedstawić w formie graficznej. Maksymalna liczba punktów dla kobiet wynosi 80, poziomem optymalnym jest 55 punktów* w przypadku mężczyzn — odpowiednio 52 i 38 punktów. Skala jest również przydatna do przeprowadzania badań katamnesticznych, ujawnia be

380 dynamikę zmian w strukturze potrzeb i reakcji seksualnych, (rzetelność wersji dla kobiet = 0,69, rzetelność wersji dla mężczyzn = 0,86).

Inną zaletą tej skali jest możliwość porównywania badań z różnymi autorami — Kratochvil (1974); Lew-Starowicz (1977, 1980) lub traktowania wspomnianych badań jako grup kontrolnych.

W celu uzyskania większej rzetelności wyników badania byłoby wskazane, by badający sam nanosił na skalę wypowiedzi pacjenta, najlepiej uzyskiwane w wywiadzie. Podobny warunek dotyczy również badań przeprowadzanych w grupach kontrolnych. Wynika to z konstrukcji skali, łatwo bowiem można się zorientować, że im wyższa ocena danej cechy, tym lepiej, skłania zatem niektórych badanych do zawyżania samooceny, a u podatnych na kompleksy i mających już poczucie niższości wroli seksualnej — do ich pogłębienia, kiedy ich wypowiedzi ograniczają się do poziomów 0-1.

Skala Mell-Krat dla kobiet (Mell-Krat, wersja 1970)

(wersja autora)

Imię..... Wiek.....

Stan rodzinny..... Liczba porodów.....

1. Chęć do współżycia

0 - niechęć

1 - nie muszę go mieć, nie potrzebuję

2 - potrzebuje przeciętnie

3 - potrzebuje

4 - mam silne potrzeby

2. Potrzeba współżycia (gdyby to zależało od moich chęci, gdybym miała warunki, odpowiadałoby mi)

0 - nigdy, najwyżej raz na rok

1 - kilka razy na rok, najwyżej raz na miesiąc

2 - kilka razy na miesiąc, najwyżej raz na tydzień

3-2 razy lub częściej na tydzień

4 - codziennie, kilka razy dziennie

3. Częstość dochodzenia do szczytowania (bez względu na sposób: podczas stosunku, przez samogwałt)

0 - nigdy, najwyżej raz na rok

1 - kilka razy na rok, najwyżej raz na miesiąc

2 - kilka razy na miesiąc, najwyżej raz na tydzień

3-2 razy lub częściej na tydzień

4 - codziennie, kilka razy dziennie

4. Częstość stosunków (dochodzi u mnie do współżycia z partnerem)

0 - nigdy, najwyżej raz na rok

1 - kilka razy na rok, najwyżej raz na miesiąc

381

- 2 - kilka razy na miesiąc, najwyżej raz na tydzień
 3-2 razy lub częściej na tydzień
 4 - codziennie, kilka razy dziennie
5. Częstotliwość orgazmu w stosunku
 0 - nigdy lub sporadycznie w ciągu życia
 1 - w mniejszości przypadków współżycia
 2 — w większości przypadków współżycia
 3 - w każdorazowym współżyciu
 4 - zawsze, nawet w nie sprzyjających warunkach, też w powtarzaniu
6. Procent zadawalających stosunków (wyrażony w procentach orgazmów w ostatnim roku: całkowite zadowolenie — orgazm)
 0-0
 1 - około 25
 2 - około 50
 3 - około 75
 4 - około 90-100
7. Podniecenie — reakcje przy przygotowaniu (odczucia przy pieszczotach, gra miłosna, przebieg odczuć, tak bym scharakteryzowała)
 0 - jest to dla mnie nieprzyjemne, nie staram się, odrzucam to
 1 - staram się, ale nic nie czuję, jestem sucha
 2 - odczuwam mierne nawilgotnienie, silnie się podniecam chwilami
 3 - mam duże nawilgotnienie, silnie się podniecam
 4 - bardzo łatwo i dużo podniecam się, nawet w mało dogodnych warunkach
8. Odczucia w stosunku
 0 - nieprzyjemne, bolesność
 1 - wrażenie, że jestem zimna
 2 - przyjemne, stale jednakowo narastają
 3 - przyjemne narastają do pewnego punktu, ewentualnie zanikają
 4 - przyjemne, narastają aż do orgazmu
9. Szybkość dochodzenia do szczytowania
 0 - nic
 1 - około 15 minut
 2 - około 6 do 15 minut
 3 - około 3 do 5 minut
 4 - około 1 do 2 minut
10. Zgranie z partnerem w dochodzi)
 0 - nigdy
 1 - jedynie przy pierwszym drażnieniu narządów płciowych, raczej poza stosunkiem szczytowaniu (do orgazmu w stosunku
- 382
- 2 - w większości po dłuższym drażnieniu przez partnera lub po dalszym stosunku
 3 - w większości jednocześnie lub prawie jednocześnie
 4 - wielokrotnie podczas stosunku
11. Nastrój przed stosunkiem
 0 - niechęć, strach, wstręt, staram się unikać
 1 - obojętność, nigdy mi nie zalety •
 2 - niekiedy mam chęć, ale inicjatywy nie przejawiam

3 - w większości cieszę się stosunkiem, potrafię być aktywna, mogę się podniecić

4 - stale się cieszę, szukam, mogę go mieć nawet w nie sprzyjających warunkach

12. Nastrój po stosunku

0 - czuję się bardzo źle, mam bóle, nerwowość, odczuwam złość na partnera

1 - czuję obojętność, brak objawów, dobrze zasypiam

2 - czuję się całkiem dobrze, nieraz mam uczucie, że czegoś brakuje, potrzebę dalszego rozwijania współżycia

3 - czuję się dobrze, jestem zadowolona, przyjemnie zmęczona

4 - czuję się bardzo dobrze, odczuwam silne zadowolenie, błogostan, jestem wesoła, mam większą chęć do pracy, do życia

13. Ocena siebie w roli partnerki

0 - wydaję się nienormalna, chłodna, niezdolna

1 - wydaję się mało zdolna, chłodniejsza

2 - nie jestem całkiem pewna, czy jestem w porządku

3 - jestem w porządku

4 - jestem świetna kochanka, dowiodę tego, kiedy chcę

14. Aktywność przy stosunku

0 - pozostawiam wszystko partnerowi, pasywnie leżę, ruchów sama nie wykonuję

1 - na końcu stosunku trochę się poruszam w rytm ruchów partnera

2 - pieszczę partnera, rytmicznie przyciskam ciałem

3 - od początku aktywnie poruszam ciałem, staram się zwiększyć podniecenie przez dotykanie go i ściąganie napletka

4 - sama pobudzam partnera w czułych miejscach (członek), wprowadzam członek do pochwy, aktywnie reguluję ruchy frykcyjne

15. Pozycje

0 - zgadzam się tylko na klasyczną, odrzucam „eksperymenty”

1 - wyjątkowo zgadzam się na inną

2 - zmieniam na różne, ale podstawowe,

3 - chętnie próbuję różnych pozycji, łącznie, gdy jestem na partnerze

383

4 - cenię różnorodność, zmieniam pozycje w przebiegu jednego stosunku, przyjemny jest też styl francuski

16. Zachowanie w orgazmie

0 - orgazm niczym się nie przejawia

1 - przyspieszony oddech

2 - silnie przyspieszony oddech, westchnienia

3 - silne westchnienia, skurcze ciała

4 - wyraźne objawy oddechowe, dźwiękowe, ruchowe

17. Cieleśne reakcje w orgazmie (we współżyciu podczas szczytowania dochodzi u mnie samoistnie do zmian w pochwie; objaw, uczucie)

0 - nie mam takich odczuć

1 - nie jestem pewna

2 - czuję, ale słabo

3 - czuję wyraźnie, 2-5 razy

4 - czuję intensywnie, ponad 5 razy

18. Częstość cielesnych reakcji w orgazmie

0 - nigdy

1 - około 25%

- 2 - około 50%
- 3 - około 75%
- 4 - w każdym orgazmie
- 19. Orgazmy nocne
- 0 - nigdy
- 1 - rzadko, najwyżej raz na rok
- 2 - kilka razy na rok
- 3 - kilka razy na miesiąc, najwyżej raz na tydzień
- 4-2 razy i więcej na tydzień
- 20. Pojawienie się i trwanie zaburzeń, o ile są
- 0 - nigdy nie było lepiej, ten stan trwa od początków współżycia
- 1 - ten stan istnieje od półtora roku
- 2 - krócej niż pół roku, wcześniej się rozwijał na krótko
- 3 - nie skarżę się na żadne zaburzenia, trudności pojawiają się wyjątkowo w niesprzyjających warunkach lub na początku związku intymnego
- 4 - nie wiem, co to znaczy mieć trudności we współżyciu

Skala Mell-Krat dla mężczyzn

- 1. Chęć do współżycia
- 0 - niechęć
- 1 - nie muszę, nie potrzebuję
- 2 - potrzebuje przeciętnie
- 3 - potrzebuję
- 4 - mam silne potrzeby

384

Tabela 41

Profil graficzny Skali Mell-Krat dla Kobiet

Imię.....

- 1. Libido
- 2. Potrzeba — częstość
- 3. Częstość orgazmu
- 4. Częstość stosunków
- 5. Częstość orgazmu w stosunkach
- 6. Odsetek stosunków z orgazmem
- 7. Podniecenie przed stosunkiem
- 8. Odczucia w stosunku
- 9. Szybkość osiągania orgazmu
- 10. Zgranie z partnerem w orgazmie
- 11. Nastrój przed stosunkiem
- 12. Nastrój po stosunku
- 13. Samoocena
- 14. Aktywność w stosunku
- 15. Pozycje
- 16. Zachowanie w orgazmie
- 17. Skurcze pochwy w orgazmie
- 18. Częstość reakcji pochwy w orgazmie
- 19. Orgazmy nocne
- 20. Czas trwania zaburzeń seksualnych
- 2. Potrzeba współżycia
- 0 - nigdy, najwyżej raz na rok
- 1 - kilka razy na rok, najwyżej raz na miesiąc
- 2 - kilka razy na miesiąc, najwyżej raz na tydzień

- 3 - 2 lub więcej razy na tydzień
- 4 - codziennie, kilka razy dziennie
- 3. Częstość osiągnięcia szczytowania (bez względu na sposób)
 - 0 - nigdy, najwyżej raz na rok
 - 1 - kilka razy na rok, najwyżej raz na miesiąc
 - 2 - kilka razy na miesiąc, najwyżej raz na tydzień
 - 3 - 2 lub więcej razy na tydzień
 - 4 - codziennie, kilka razy dziennie
- 4. Częstość stosunków
 - 0 - nigdy, najwyżej raz na rok
 - 1 - kilka razy na rok, najwyżej raz na miesiąc
- 385
 - 2 - kilka razy na miesiąc, najwyżej raz na tydzień
 - 3-2 lub więcej razy na tydzień
 - 4 - codziennie, kilka razy dziennie
- 5. Częstość orgazmów w stosunkach
 - 0 - nigdy, sporadycznie
 - 1 - w mniejszości przypadków współżycia
 - 2 - w większości przypadków współżycia
 - 3 - w każdorazowym współżyciu
 - 4 - zawsze, nawet w niesprzyjających warunkach
- 6. Procent zadowolających stosunków (% w ostatnim roku)
 - 0-0
 - 1 - 25
 - 2-50
 - 3-75
 - 4 - 100
- 7. Jakość wzwodu
 - 0 - wzwód zaburzony, niepełny lub brak
 - 1 - wzwód początkowo dobry, ale zanika przed stosunkiem
 - 2 - trwa długo, ale zanika przed wytryskiem nasienia, po immisji
 - 3 - trwa do wytrysku nasienia
 - 4 - długotrwały, występuje przy bodźcach seksualnych zewnętrznych
- 8. Czas trwania współżycia
 - 0 - wytrysk przed immisją
 - 1 - podczas immisji
 - 2 - wytrysk po 1 - 2 minutach stosunku
 - 3 - wytrysk po 3 minutach stosunku lub więcej
 - 4 - zawsze mogę kierować wytryskiem czasem aż do pełnego zaspokojenia partnera
- 9. Nastrój przed stosunkiem
 - 0 - silny strach, niepokój, unikam współżycia
 - 1 - niepokój, że wszystko może się nie udać
 - 2 - niekiedy niepokój, ale współżycia się nie wyrzekam
- 10. Nastrój po stosunku
 - 0 - czuję się bardzo źle, jestem rozdrażniony
 - 1 - nieprzyjemny, czuję się wyczerpany, zmęczony
 - 2 - spokojny, przeszkadza mi niezaspokojenie partnerki
 - 3 - dobry, przyjemnie, jestem uspokojony
 - 4 - bardzo dobry, czuję się szczęśliwy, mam chęć do pracy, życia
- 11. Ocena siebie jako partnera

0 - jestem nienormalny, chory, niezdolny, niezdalny

1 - jestem mało zdolny

386

2 - nie jestem pewny, czy jestem w porządku

3 - jestem w porządku

4 - jestem świetnym partnerem, dowiodę tego

12. Ocena ze strony partnerki

0 - jestem do niczego, nienormalny

1 - jestem mało zdolny, ma do mnie żal, wyrzuty

2 - nie zawsze potrafię zaspokoić

3 - jestem dobrym partnerem

4 - jestem świetnym kochankiem

13. Pozycje techniki

0 - zgadzam się tylko na klasyczną

1 - wyjątkowo próbuję innej

2 - zmieniam na różne, ale podstawowe

3 - chętnie próbuję innych pozycji

4 - cenię różnorodność, zmieniam pozycje w jednym współżyciu;

przyjemny jest i styl francuski

Tabela 42

Profil graficzny Skali Mell-Krat dla mężczyzn

Imię.....

Reakcje seksualne

1. Libido

2. Potrzeba

3. Częstość orgazmu

4. Częstość stosunków

5. Częstość orgazmów w stosunkach

6. Odsetek zadowolających stosunków

7. Stan erekcji

8. Czas współżycia

9. Nastrój przed współżyciem

10. Nastrój po współżyciu

11. Samoocena

12. Ocenianie przez partnerkę

13. Pozycje techniki

WYKAZ INTERAKCJI SEKSUALNYCH

LOPICCOLO — (WIS)

LoPiccolo i Steger (1974) opublikowali metodę pomiaru dysfunkcji seksualnych służącą określeniu przystosowania i satysfakcji seksualnej w związkach heteroseksualnych. WIS składa się z 17 form zachowań
387

heteroseksualnych; każdego zachowania (osobno dla kobiety i osobno dla mężczyzny) przewidziano 6 odpowiedzi na pytania. Odpowiedzi są ujęte w 6-stopniowej skali.

Odpowiedzi dotyczące wszystkich 17 zachowań sumuje się i wynik ten ma zastosowanie do określenia 11-skalowego profilu.

Formy 17 zachowań heteroseksualnych są następujące:

1. Mężczyzna ogląda nagą kobietę

2. Kobieta ogląda nagiego mężczyznę

3. Mężczyzna i kobieta całują się przez 1 minutę

4. Mężczyzna pieści kobietę, nie dotykając jej piersi i narządów

płciowych

5. Mężczyzna pieści ciało kobiety z wyjątkiem jej narządów płciowych
6. Mężczyzna pieści rękami piersi kobiety
7. Mężczyzna pieści piersi kobiety wargami i językiem
8. Mężczyzna pieści narządy płciowe kobiety ręką
9. Mężczyzna pieści narządy płciowe kobiety ręką aż do uzyskania u niej orgazmu
10. Kobieta pieści rękami narządy płciowe mężczyzny
11. Kobieta pieści rękami narządy płciowe mężczyzny aż do wytrysku
12. Mężczyzna pieści narządy płciowe kobiety ustami (wargami lub językiem)
13. Mężczyzna pieści narządy płciowe kobiety ustami aż do uzyskania jej orgazmu
14. Kobieta pieści narządy płciowe mężczyzny ustami (wargami lub językiem)
15. Kobieta pieści narządy płciowe mężczyzny ustami (wargami lub językiem) aż do uzyskania u niego wytrysku
16. Mężczyzna i kobieta mają stosunek
17. Mężczyzna i kobieta mają stosunek i osiągają orgazm

Wszystkie z wymienionych 17 heteroseksualnych zachowań seksualnych mają podobne sformułowania powtarzające się 17 razy, a różniące się jedynie hasłem na górze karteczki (hasłem jest powyższa lista zachowań):

Czy ty i twój partner angażujecie się w zachowanie seksualne, kiedy występuje to zachowanie? Jak często chciałbyś (chciałabyś, aby występowało)?

1. Obecnie występuje:

- a) nigdy
- b) rzadko (10% przypadków)
- c) okazjonalnie (25% przypadków)
- d) dość często (50% przypadków)
- e) zwykle (75% przypadków)
- f) zawsze

388

2. Chciałbym, aby występowało:

- a) nigdy
- b) rzadko (10% przypadków)
- c) okazjonalnie (25% przypadków)
- d) dość często (50% przypadków)
- e) zwykle (75% przypadków)
- f) zawsze

«

Jak przyjemne jest obecnie to zachowanie? Jak sądzisz, jak przyjemne jest ono dla twojego partnera?

3. Jest dla mnie:

- a) skrajnie nieprzyjemne
- b) umiarkowanie nieprzyjemne
- c) nieznacznie nieprzyjemne
- d) nieznacznie przyjemne
- e) umiarkowanie przyjemne
- f) bardzo przyjemne

4. Sądzę, że dla mojego partnera jest:

- a) skrajnie nieprzyjemne
- b) umiarkowanie nieprzyjemne

- c) nieznacznie nieprzyjemne
- d) nieznacznie przyjemne
- e) umiarkowanie przyjemne
- f) bardzo przyjemne

Jak myślisz, jak przyjemne powinno być to zachowanie dla ciebie i dla twojego partnera idealnie? Jak chciałbyś odczuwać to zachowanie? Jak chciałbyś, aby odczuwał je twój partner?

5. Chciałbym odczuwać je jako:

- a) skrajnie nieprzyjemne
- b) umiarkowanie nieprzyjemne
- c) nieznacznie nieprzyjemne
- d) nieznacznie przyjemne
- e) umiarkowanie przyjemne
- f) bardzo przyjemne

6. Chciałbym, aby mój partner odczuwał je jako:

- a) skrajnie nieprzyjemne
- b) umiarkowanie nieprzyjemne
- c) nieznacznie nieprzyjemne
- d) nieznacznie przyjemne
- e) umiarkowanie przyjemne
- f) bardzo przyjemne

389

Uzyskane odpowiedzi najpierw są nanoszone na następujący inwentarz:

- | | | |
|-------------|--------------|--------------|
| 1) 1 abcdef | 2) 1 abcdef | 3) 1 abcdef |
| 2 abcdef | 2 abcdef | 2 abcdef |
| 3 abcdef | 3 abcdef | 3 abcdef |
| 4 abcdef | 4 abcdef | 4 abcdef |
| 5 abcdef | 5 abcdef | 5 abcdef |
| 6 abcdef | 6 abcdef | 6 abcdef |
| 4) | | |
| 7) | | |
| 10) | | |
| 13) | | |
| 16) | | |
| 1 abcdef | 5) 1 abcdef | 6) 1 abcdef |
| 2 abcdef | 2 abcdef | 2 abcdef |
| 3 abcdef | 3 abcdef | 3 abcdef |
| 4 abcdef | 4 abcdef | 4 abcdef |
| 5 abcdef | 5 abcdef | 5 abcdef |
| 6 abcdef | 6 abcdef | 6 abcdef |
| 1 abcdef | 8) 1 abcdef | 9) 1 abcdef |
| 2 abcdef | 2 abcdef | 2 abcdef |
| 3 abcdef | 3 abcdef | 3 abcdef |
| 4 abcdef | 4 abcdef | 4 abcdef |
| 5 abcdef | 5 abcdef | 5 abcdef |
| 6 abcdef | 6 abcdef | 6 abcdef |
| 1 abcdef | 11) 1 abcdef | 12) 1 abcdef |
| 2 abcdef | 2 abcdef | 2 abcdef |
| 3 abcdef | 3 abcdef | 3 abcdef |
| 4 abcdef | 4 abcdef | 4 abcdef |
| 5 abcdef | 5 abcdef | 5 abcdef |
| 6 abcdef | 6 abcdef | 6 abcdef |

1 abcdef	14) 1 abcdef	15) 1 abcdef
2 abcdef	2 abcdef	2 abcdef
3 abcdef	3 abcdef	3 abcdef
4 abcdef	4 abcdef	4 abcdef
5 abcdef	5 abcdef	5 abcdef
6 abcdef	6 abcdef	6 abcdef
1 abcdef	17) 1 abcdef	
2 abcdef	2 abcdef	
3 abcdef	3 abcdef	
4 abcdef	4 abcdef	
5 abcdef	5 abcdef	
6 abcdef	6 abcdef	

Po zakodowaniu inwentarza opracowuje się punktację skali LoPiccolo według następującego wzoru

1. Częstość dyssatisfakcji mężczyzny
2. Częstość dyssatisfakcji kobiety
3. Samoakceptacja mężczyzny
4. Samoakceptacja kobiety
5. Osiągnięcie przyjemności przez mężczyznę
6. Osiągnięcie przyjemności przez kobietę
7. Dokładniejsza percepcja przez mężczyznę
8. Dokładniejsza percepcja przez kobietę
9. Akceptacja partnera przez kobietę
10. Akceptacja partnerki przez mężczyznę

] 1. Ogólna niezgodność

Punktacje] i 2 są różnicą wyników zsumowania 17 punktów WIS między odpowiedziami na pytania 1 i 2. Wysoki wynik w którejkolwiek ze skal wykazuje, iż dana osoba nie jest usatysfakcjonowana współżyciem seksualnym, w które jest zaangażowana.

Skale 3 i 4 są różnicami wyników uzyskanych z różnic między odpowiedziami na pytania 3 i 5. Wysokie wyniki wskazują, iż dana osoba chciałaby doznać większej przyjemności z zaangażowania w aktywność seksualną.

Skale 5 i 6 są odpowiedzią na pytanie trzecie ze wszystkich 17 zachowań i wyrażają poziom osiągnięcia przyjemności z aktywności seksualnej.

Skale 7 i 8 stwierdzają, z jaką dokładnością każda z osób zna najbardziej przyjemne formy zachowań seksualnych swego partnera. Są one wynikiem różnicy osiągniętej przez zsumowanie różnic odpowiedzi na pytania 3 i 4.

Wysokie wyniki wskazują, że partnerzy nie komunikują się wzajemnie w sposób efektywny.

Skale 9 i 10 są różnicą zsumowania różnic odpowiedzi na pytania 4 i 6.

Wysoki poziom tych wyników wskazuje na to, iż odpowiadający uważa, że jego partner nie reaguje na przyjemności seksualne lub ich nie odczuwa.

Skala 11 jest sumującą, wyprowadzoną ze wszystkich zsumowanych różnic wyników na innych skalach (z wyjątkiem skal 5 i 6).

WIS jest metodą przydatną w przypadku spraw rozwodowych, nie mówiąc już o przydatności w leczeniu zaburzeń i nieprzystosowania seksualnego partnerów.

390

391

U)

L

41. Żona (mąż) jest pierwszą osobą, do której zwracam się po radę 42. Mamy wspólnych przyjaciół 43. Staram się stworzyć miły nastój przed zbliżeniem fizycznym 44. Wydaje mi się, że będę się z małżonkiem rozumiał(a) coraz lepiej 45. Gotów jestem zrobić wszystko, aby uratować trwałość naszego małżeństwa 46. Uwzględniam we współżyciu seksualnym życzenia małżonka 47. Mam z żoną (mężem) podobne poglądy odnośnie do wychowywania dzieci 48. Sądzę, że gdybym ponownie miał(a) zawrzeć związek małżeński, wybrałbym swoją żonę (męża) po raz drugi 49. Mam poczucie bliskości z małżonkiem po współżyciu seksualnym 50. Doceniam pracę domową żony (męża) 51. Chcę, żeby małżonek osiągnął coś w życiu 52. Inicjuję współżycie seksualne w zależności od samopoczucia żony (męża) 53. Przyznaję się do winy wobec małżonka 54. Jestem zdolny do wielkich poświęceń dla żony (męża) 55. Osiągam satysfakcję psychiczną z życia seksualnego z małżonkiem 56. Doceniam pracę zawodową małżonka 57. Mamy z żoną (mężem) wspólne rozrywki 58. Okazuję zainteresowanie przeżyciami małżonka po zbliżeniu fizycznym 59. Zgadzam się z małżonkiem co do liczby dzieci w naszej rodzinie 60. Wyznam z żoną (mężem) te same zasady moralne

Skala więzi małżeńskiej

Szopińskiego

- b. często

często

OJ niekiedy

b. rzadko

\

b. rzadko

n < 2 s-

Crg ja •"

!*3.ffW*»

^ ^ ^ r-i O ż^Tc—>. 3 ^ O rK C Z - O *-t " ' " ^ < t u

^ - | | * ^ s

cn O

CL 3

«U?JC^«|ff

o

S-a^

2? s- o., " ^ 2. ?. ?s* o. S

j g. || *>

T3

ft O

^ | ag*?

Q <—i

3\

S^^a

= 3

Pomoc ze strony biegłego psychologa w wielu przypadkach może być niezbędna, a czasem może wspomagać opinię biegłego seksuologa, zwłaszcza gdy nie dysponuje on odpowiednią wiedzą z zakresu psychopatologii oraz psychogennych czy socjogennych uwarunkowań zachowań seksualnych. Coraz częściej w opiniowaniu przestępczości seksualnej spotyka się zespół

biegłych psychiatrów, psychologów i seksuologów, których opinie są dla sądu wartościowym materiałem, rzucającym światło na osobowość sprawcy czynu i motywy jego postępowania.

Biegły psycholog, odpowiednio przeszkolony i doświadczony, poza wachlarzem testów, innych metod badania, dysponuje również umiejętnością właściwej obserwacji i analizy psychologicznej materiałów zawartych w aktach sprawy. Także w niektórych sprawach rozwodowych opinia biegłego psychologa może ujawnić relacje między partnerami, mechanizmy rozpadu więzi seksualnej i uczuciowej, a także strukturę więzi rodzinnych. Ta praktyka jest coraz częściej spotykana w wyniku korzystania przez sądy m.in. z usług ośrodków rodzinno-diagnostycznych.

OPINIA SĄDOWO-SEKSUOLOGICZNA

Opinia sporządzona przez biegłego seksuologa składa się z typowych następujących części:

- nagłówek: zawiera informacje, dla kogo i na czyje zlecenie została sporządzona opinia, kogo dotyczy (imię, nazwisko, imiona rodziców, data i miejsce urodzenia, pochodzenie, wykształcenie, zawód stan cywilny), przez kogo została sporządzona i gdzie (na podstawie badania ambulatoryjnego w..., obserwacji w...), sygnaturę akt sprawy i datę sporządzenia opinii,
- dane z akt sprawy: dane z postanowienia sądu czy prokuratury (pytania kierowane do biegłego), wyciąg z akt sprawy, dokumentacji lekarskiej i psychologicznej znajdującej się w aktach sprawy, z innych danych, którymi dysponował biegły (np. informacje z innych akt sprawy),
- dane z przeprowadzonych badań seksuologicznych: zapis wywiadu, opis stosowanych metod oraz treści i wyniki badania, wyniki badania somatycznego i badań laboratoryjnych, opis zachowania się osoby badanej w trakcie badania,
- wnioski i ich uzasadnienie: rozpoznanie, odpowiedź na pytania sądu czy prokuratury, ich uzasadnienie.

Dla sądu czy prokuratury najważniejsza jest ta ostatnia część opinii biegłego, podobnie jak dla osoby badanej oraz jej obrońcy. Wnioski powinny

396

mmmm
iCZ"ej
^959; Sp
1977). W
oPoczytalności
Jż d° wydana '
Psychiatrzy, ^ k
Praktykowanej
tr*y dopiero
njego o poczyta]no?cl)o Pin" przez
2 opinii seksuolog^ wPT°WUją włas"a
IInPn»Je co do Senv i Wleluseksuo'ó
Pisami. ^ I»«ytaalnofci
°rZeczenia
L
f
lub
°rZeka"ia
ając wnioski

i i dlatego ich
zującymi prze.

397

Chciałbym również podkreślić istnienie pewnej możliwości w orzekaniu o poczytalności, która budzi pewne opory sądu i prokuratury, a przez wielu biegłych jest niedoceniana. Otóż zdarza się, iż sprawca miał zachowaną zdolność rozumienia znaczenia czynu, przy czym zdolność kierowania swoim postępowaniem była zachowana, ograniczona nieznacznie lub znacznie. Oba te człony określenia poczytalności mogą zatem być rozdzielane i sądzę, że w odniesieniu do sprawców przestępstw seksualnych nie należy to do rzadkości. Pogląd swój opieram na stwierdzeniu, iż uwarunkowane stereotypy zachowań seksualnych o określonej intensywności mogą ograniczać zdolność kierowania postępowaniem przy zachowaniu zdolności jego rozumienia. Tego typu sformułowania dotyczące poczytalności stosowałem w swoich opiniach. Było to wprawdzie przedmiotem zażartej nieraz dyskusji, ale spotykałem się też często z akceptacją tego sposobu określenia poczytalności.

Większość polskich psychiatrów wyraża pogląd, że w przypadkach, kiedy przestępstwo seksualne nie łączy się z chorobą psychiczną, czy też niedorozwojem umysłowym, należy rozpoznać pełną lub tylko nieznacznie ograniczoną poczytalność (Godlewski i Szymusik 1997). Argumentem bywa pogląd, iż można panować nad popędem patologicznym podobnie jak nad normalnym. Jest to, zdaniem autorów, założenie bardzo trudne do udowodnienia. Znaczne ograniczenie bądź zniesienie zdolności pokierowania swoim postępowaniem można odnieść do progresywnych form dewiacji seksualnych (sprawca nie jest w stanie powstrzymać się od aktywności dewiacyjnej, aktywność ta powoduje u niego poczucie winy, dewiacja ma cechy egodystyczne) i impulsywnych dewiacji seksualnych (niecałkowite wyparcie skłonności dewiacyjnych, działania są nieoczekiwane, impulsywne, często pod wpływem stresu i alkoholu). Ten typ dewiacji seksualnych opisał Imieliński (1982, 1986).

Poza problemem określania poczytalności sprawców obecnie bardzo istotną sprawą w orzecznictwie sąduwo-seksuologicznym stały się kontrowersje wiążące się z rozpoznawaniem wykorzystania seksualnego. Dotyczy to głównie zagadnienia fantazji o wykorzystaniu seksualnym oraz fałszywych oskarżeń.

Yapko (1994) stwierdza, że coraz więcej osób ujawnia zafałszowanie pamięci. Może to wiązać się ze specyficzną modą w zakresie wykorzystywania seksualnego oraz sugerującymi pytaniami profesjonalistów. Z drugiej jednak strony dwie trzecie ofiar wykorzystania seksualnego ujawnia utratę pamięci tego faktu (Briere i Conte 1993), a nie ma standardowych metod ułatwiających odtwarzania faktu z pamięci. Namysłowska i Siewierska-Niedziałek (1996) stwierdzają, że terapeuci mogą przeoczyć lub potraktować jako fantazje prawdziwe przypomnienia, prowokować zafałszowanie pamięci. W książce Sagan „Świat widziany przez demony” jest wiele przykładów błędów popełnianych przez profesjonalistów, fantazjowania o byciu wykorzystanym seksualnie, jak i fałszywych oskarżeń.

398

Zdaniem badaczy około 2-8% zgłoszonych przypadków przemocy seksualnej nie jest prawdziwych i opiera się na fałszywych oskarżeniach. Marek Everson i Barbara Boat z Uniwersytetu w Południowej Karolinie w USA na podstawie analizy 1249 przypadków w 1989 r. uznali, że w przypadku dzieci było 1,1-2,1% fałszywych oskarżeń, a w przypadku dojrzewającej młodzieży 8-12,7%. Kto zgłasza te fałszywe oskarżenia?

Zbadano 23 osoby i okazało się, że w 96% przypadków były to dziewczęta, a rzekomym sprawcą mieli być: adoptujący ojciec lub przyjaciel matki (45%), biologiczny ojciec (31%). Motywy postępowania dziewcząt przedstawia tabela 44.

Tabela 44

Motywy fałszywych oskarżeń

Przyczyny fałszywych oskarżeń

Motywy zemsty

Zmiana trybu życia rodzin (np. zamieszkanie innej osoby)

Chęć zainteresowania sobą

Manipulowanie otoczeniem

Traktowanie jako dziecka

Nieznane

I

Zdarzają się fałszywe oskarżenia przez rzekome ofiary skierowane pod adresem nauczycieli, wychowawców, duchownych, np. z powodu zemsty za brak właściwego zainteresowania, za ośmieszenie i lekceważenie zadurzenia, z potrzeby ukarania za zainteresowanie innymi rówieśnikami, w wyniku nazbyt wybujałej wyobraźni, przedwczesnego rozbudzenia seksualnego, naśladowania historii oglądanej na ekranie czy przeczytanej itp.

Fałszywe oskarżenie może wypłynąć i z innej strony. Mikkelsen (1992) wyodrębnia kilka typów fałszywych oskarżeń ze strony dzieci i adolescentów o wykorzystywanie seksualne ze strony członków rodziny: manipulowanie rodzicami, objaw psychopatologii (osobowość borderline, psychoza), jatrogenny.

Przyczyną trudności diagnostycznych w sprawach o seksualne wykorzystywanie dzieci może być specyfika pamięci badanej osoby i zachowania badającego. Walker (1993) podaje, że w miarę upływu czasu postępuje krzywa zapominania, a brakujące elementy uzupełniane są informacjami po zdarzeniu i sugestywnymi pytaniami. Badający dziecko często sugerują odpowiedzi (Goodman 1991), podatność na sugestię jest szczególnie duża do 11 roku życia (Cole 1987), fantazje erotyczne dziecka mogą być postrzegane jako realne (Mc Anulty 1993). Inną przyczyną problemów diagnostycznych może być reakcja

psychiczna dziecka na zdarzenie, np. zaburzenia osobowości w następstwie urazu, obwinianie się, uczuciowa więź ze sprawcą (Herman 1998).

Godlewski i Szymusik (1997) stwierdzają, że biegły seksuolog nie jest powołany do oceny rzetelności zeznań pokrzywdzonych, świadków, opinio- wanych. Powinien jednak oceniać treści zawierające nieprawdziwe informacje dla specjalisty. Jako przykład podają sprawę o pozbawienie praw rodzicielskich ojca 6-letniego dziecka, którego matka zeznała, że mąż jest homoseksualistą i dziecko molestuje seksualnie, ponieważ kiedy leżał z synem, zauważyła u męża erekcję, a po powrocie ze spotkania z kolegami miał zabrudzoną kałm bieliznę. Autorzy stwierdzają, że biegły ma prawo oceniać tego typu argument, ale może oceniać prawdziwość samych faktów i powinien pamiętać o tych różnicach i granicach.

SALA SĄDOWA Z PERSPEKTYWY BIEGŁEGO

Przebieg wielu rozpraw na sali sądowej można porównać z tragedią, a niekiedy z komedią, przypominającymi świetne spektakle teatralne. Odmienność tego teatru polega jednak na tym, iż wiele osób odgrywa tu swoje prawdziwe role życiowe, inne natomiast grają o wysoką stawkę. Porównanie z teatrem szczególnego rodzaju być może razi w publikacji tego typu, ale

wydaje mi się, że ważne jest spojrzenie na dramatis personae rozgrywającego się na sali sądowej i z takiej właśnie perspektywy. Każda z osób uczestniczących w rozprawach sądowych (sędzia, ławnik, prokurator, obrońca, protokolant, świadek, biegły) ma własne spojrzenia i specyficzne wyostrzenie zarówno własnej roli, jak i zachowań innych. Biegły również jest postrzegany, oceniany, a jego zachowanie bywa też interpretowane przez osoby uczestniczące w rozprawie sądowej.

Biorąc od lat udział w wielu sprawach sądowych, zarówno karnych, jak i cywilnych, chciałbym podzielić się kilkoma spostrzeżeniami, które nie dotyczą większości spraw przebiegających rutynowo, sprawnie. Pamiętam jednakże sprawy sądowe, które na długo utrwaliły mi się w pamięci i ujawniły znaczenie subiektywnych postaw, kwalifikacji, reakcji emocjonalnych różnych stron. Obserwacje te układają się w pewne charakterystyczne spostrzeżenia, których nie należy uogólniać, ale i nie można bagatelizować. Specyfika zagadnień seksualnych, ich intymność, znaczenie subiektywnych doświadczeń, własnych postaw wobec drugiej płci wiążą się z nie tak rzadkim zjawiskiem osobistych reakcji emocjonalnych w przebiegu spraw sądowych. Zdarzają się np. przypadki pełnego zażenowania milczenia p^o odczytaniu opinii przez biegłego, ponieważ ujawnione mechanizmy P^o stopowania sprawcy lub treść jego orientacji seksualnej stwarzają barierę pełną

400 wstydu, zahamowań. Niejednokrotnie po takim milczeniu okazuje się, że nikt nie ma pytań do biegłego, chociaż sprawa jest kontrowersyjna i złożona. Zdarza się również, iż sprzeciw wobec opinii biegłego wypływa z odmienności postaw wobec życia seksualnego, z własnych doświadczeń życiowych w tej dziedzinie osoby zadającej pytanie. Pamiętam np. uporczywe powtarzanie przez sędziego (kobietę) pytania, czy rzeczywiście biegły ocenia praktyki oralno-genitalne (tzw. miłość francuska) jako prawidłową formę zachowań seksualnych, sędzia bowiem była przekonana, iż jest to dewiacja seksualna, a ten rodzaj stymulacji seksualnej wzbudzał w niej poczucie wstępu i obrzydzenia. Zagadnienia seksualne dla niektórych ławników bywają bardzo trudne do oceny. Jak wynika z moich własnych obserwacji, wielu ławników w postawach wobec seksu ujawnia tradycjonalizm i rygoryzm; opinia biegłego może być zatem dla nich szokująca i sprzeczna z wyznawanymi poglądami. Najczęściej kontrowersje budzą oralizm, analizm, homoseksualizm, seks grupowy, triolizm, które są jednoznacznie traktowane jako dewiacja, choroba. W kontaktach z prokuratorami najczęściej kontrowersyjnie bywa oceniana poczytalność sprawcy; wielu z nich nie akceptuje rozdzielania poczytalności w zakresie rozumienia znaczenia czynów od poczytalności w kierowaniu postępowaniem. Niektórych skłania to do wniosku o powołanie innego biegłego seksuologa.

Najwięcej problemów ma biegły z adwokatami i to zarówno w sprawach cywilnych, jak i karnych. Problemy te sprowadzają się do kilku najczęściej spotykanych:

- Rozbieżności terminologiczne i teoretyczne. Niektórzy obrońcy i pełnomocnicy są prawdziwymi erudytami w tej dziedzinie i szybko wyłapują kontrowersje między różnymi szkołami seksuologii. W przypadku gdy biegły jest również erudytą, da sobie radę z obroną opinii. Byłem jednak świadkiem spraw, kiedy erudycja mecenas stwarzała trudną sytuację biegłemu, który nie znał nowego piśmiennictwa z tego zakresu. Inni natomiast mecenas dysponują nieaktualną już wiedzą z zakresu seksuologii i dochodzi w związku z tym do polemiki z biegłym

prezentującym inny punkt widzenia.

- Reakcje emocjonalne. Zdarza się, że pełnomocnik w sprawach cywilnych angażuje się uczuciowo w obronę swego klienta, identyfikując się z nim i wówczas ujawnia projekcję własnych potrzeb i postaw seksualnych. Spotykałem się z sytuacjami, w których tego typu reakcje były tak silne, iż pytania zadawane biegłemu jedynie naruszały interesy klienta.

- Słaba znajomość przedmiotu sprawy. Zdarza się, iż obrona działa zbyt powierzchownie, nie zna nawet dobrze akt sprawy i biegłemu zadawane są pytania, na które odpowiedź była wyczerpująco podana w opinii, ale 401

to jeszcze nie stanowi problemu. Gorzej, gdy pytania praktycznie naruszają interesy klienta, natomiast opinia zawierała wnioski bardziej dla niego korzystne.

- Stereotypy zachowań seksualnych, ról seksualnych. Zdarza się, iż dla dobra obrony przypisuje się ofierze w sprawach o zgwałcenia zachowania prowokujące, których wcale nie było. Spotkałem się np. z przypadkiem dyskusji, w której obrońca usiłował twierdzić, iż uśmiech kobiety zawsze ma znaczenie przyzwalające seksualnie, tymczasem był to uśmiech bez seksualnego podtekstu. Wywiązała się zatem dyskusja o istocie kobiecości i męskości. W innym przypadku obrońca lansował opinię, iż kobiety nie można zgwałcić bez jej przyzwolenia. Dyskusja dotyczyła różnych form zachowań w sytuacji zagrożenia, lęku.

Trzeba też przyznać, iż niektórzy biegli nieświadomie „podkładają się” treścią opinii, w której konkretne zachowania były oceniane zbyt kategorycznie lub też ocena tych zachowań przekraczała ich kompetencje. W tego typu przypadkach biegły może znaleźć się w bardzo trudnej sytuacji i w rezultacie zostać zapędzony w przysłowiowy kozi róg.

Niektórzy adwokaci są prawdziwymi mistrzami w zastawianiu różnych „pułapek” na biegłego. Mogą one być sprowokowane przez opinię biegłego, który przekroczył w niej granice swoich kompetencji, niepotrzebnie „rozdawał się” czy też dokonał nieobiektywnej selekcji materiału z akt sprawy. Częściej jednak „pułapki” te powstają dopiero w trakcie obrony opinii przez biegłego i polegają np. na prowokowaniu biegłego do przekroczenia zakresu swych kompetencji. Najczęściej polega to na tym, że biegłemu seksuologowi zadaje się pytania z zakresu psychiatrii czy psychologii. Innym rodzajem „pułapki” jest wnioskowanie badań dodatkowych, rozpatrywanie konieczności ich przeprowadzania dla ustalenia rozpoznania. Jeżeli biegły podejrze do tego zagadnienia z czysto teoretycznego punktu widzenia, to w konsekwencji obrońca może dowieść konieczności przeprowadzenia różnorodnych skomplikowanych badań diagnostycznych, które w danym przypadku i tak nie mogą wniesić niczego nowego. Inną pułapką jest sprowokowanie biegłego do rozważań zgoła filozoficznych, egzystencjalnych. W takiej sytuacji łatwo podważyć kompetencje biegłego, jeżeli zaangażował się on w takie, z natury rzeczy kontrowersyjne rozważania. Zdarza się również, nie tak rzadko zresztą, iż obrona zmierza do wyprowadzenia biegłego z równowagi, doprowadzenia go do stanu irytacji, zdenerwowania. Wówczas łatwiej jest pokierować jego wypowiedziami w pożądanym kierunku. Wielu biegłych reaguje drażliwie na próby podważania ich kwalifikacji, doświadczeń zawodowych, umiejętności diagnostycznych, jak również na udowodnione sprzeczności czy niedokładności w sporządzonej opinii. Wolę mieć do czynienia z tego typu obroną aniżeli z obroną bierną milczącą, pogodzoną z treścią niekorzystnej dla klienta opinii.

Trudna sytuacja powoduje u wielu biegłych wydanie rozbieżnej opinii, co nader często umiejętnie i nie bez racji wykorzystuje obrona.

Również zachowania oskarżonego lub opiniowanych stron w procesie rozwodowym mogą sprawiać trudności. Zdarza się, iż dopiero na sali sądowej biegły dowiaduje się o czymś zupełnie nowym, co nie zostało ujawnione w trakcie badania. Gorzej natomiast, gdy osoba badana ujawni niedokładności w przeprowadzonym badaniu. Zdarza się również, iż zaprzecza, jakoby to czy tamto zostało powiedziane czy badane.

Sala sądowa jest bardzo często dla biegłego swoistą formą tego, co nazywane jest feedbackiem, czyli potwierdzeniem lub zaprzeczeniem opracowanej opinii.

Wielu biegłych z racji obciążenia zawodowego dąży do ograniczenia własnej roli na sali sądowej jedynie do obrony opinii; jest to postawa zrozumiała. Zdarza się jednak, iż uczestnictwo w rozprawie, przy przesłuchaniu świadków czy osoby badanej, może być bardzo wartościową lekcją, a także być cenne dla ostatecznego sformułowania opinii. Pamiętam np. przebieg rozprawy, w trakcie której pytania stawiane przez biegłego ofierze zgwałcenia ujawniły inny przebieg zdarzenia, co podważyło oskarżenie o gwałt. Ostatecznie sprawa zakończyła się uniewinnieniem oskarżonego.

Seksuologia:

prawo,

obyczajowość

EWOLUCJA OBYCZAJOWOŚCI I PRAWA

W ZAKRESIE SEKSUALNOŚCI

Od początków cywilizacji seksualność była objęta regulacją obyczajową i prawną. W ostatnich latach opublikowano w Polsce wiele prac na ten temat np.: Imieliński (1989); Hanausek i Leszczyński (1995), seria książek wydawnictwa Uraeus itd. Historia obyczajowości i prawodawstwa seksualnego dysponuje ogromem informacji. W tej pracy z konieczności ograniczam się do podania wybranych informacji.

Już w najstarszych cywilizacjach państwo narzucało prawną reglamentację życia seksualnego i generalnie było nastawione na małżeństwo i rodzinę. Rygorystyczne zakazy chroniły władzę ojca rodziny, szczególnie ostro były karane kontakty pozamałżeńskie ze strony żon. Kodeks Hammurabiego przewidywał surowe kary za zdradę, kazirodztwo, uwiedzenie nieletniej, zgwałcenie kobiety. Podobnie surowe było prawo w Izraelu. Inaczej natomiast były traktowane niektóre obyczaje w krajach starożytnego Wschodu, wiążące się z kultami płodności, z prostytutką sakralną. W świecie antycznym wolna od reglamentacji prawnej była prezentacja płciowości. Kodeks Likurga w Sparcie zezwalał na publiczne obnażanie narządów płciowych. Prawo greckie karało jedynie cudzołóstwo i kazirodztwo, inne zachowania seksualne były traktowane liberalnie. Dopiero od IV w p.n.e zaczęła się pojawiać negatywna postawa wobec seksualności. Rzym, tak skłonny do kodyfikacji prawnej całego życia obywateli, w zakresie seksualności był tolerancyjny z wyjątkiem zmuszania do seksu kobiet i dzieci. W świecie chrześcijańskim stopniowo ewoluowała rygorystyczna postawa wobec ciała i seksualności, co wyrażało się np. w coraz bardziej rygorystycznych karach za homoseksualizm, kontakty analne, cudzołóstwo (głównie kobiet). Z kolei w świecie islamu prawo chroniło władzę mężczyzny, ale zachowania dewiacyjne, np. zoofilne, kazirodztwo, pederastię karano jedynie chłostą. W dziejach Europy pierwszym przykładem

pojawienia się represyjnego wobec seksualności prawa świeckiego była
404

Constitutio Criminslis Carolina z 1532 r. przewidująca karę śmierci za sodomie, homoseksualizm, zgwałcenie, kazirodztwo. Od czasu Soboru Trydenckiego zaczęto karać nagość w sztuce, zaostrożono przepisy moralne dotyczące obyczajowości seksualnej. Od 1643 r. pojawiła się cenzura) najpierw w Prusach, a w 1702 r. w Anglii. Od XIX wieku w krajach Europy datuje się antyseksualna krucjata, która zaowocowała penalizacją wielu zachowań seksualnych. Zjawisko to dotarło również do USA, a szczególnym tego przykładem stał się Anthony Comstock, fanatyk walki z seksem. Rygoryzm prawa utrzymywał się do 1964 r., kiedy na IX Kongresie Międzynarodowego Stowarzyszenia Prawa Karnego w Hadze zaczęto domagać się radykalnej depenalizacji prawa w zakresie seksualności i oparcia karalności na kryterium niebezpieczeństwa społecznego czynu. Od tego czasu zaczął się zwiększać zakres dekryminalizacji zachowań seksualnych w prawie. Money (1994) stwierdza, że zaczęto przechodzić od kryminalizacji do patologizacji w przypadku dewiacyjnych zachowań seksualnych. W USA, w podręczniku diagnostycznym i statystycznym zaburzeń psychicznych, pewne dewiacje (zwane parafiliami) klasyfikowano jako perwersyjne praktyki kryminalne (np. pedofilię, sadyzm seksualny), a większość parafilii jako niekryminalne. W Polsce nowoczesne podejście do seksualności ujawniło się w znowelizowanym w 1993 roku kodeksie karnym, o czym była mowa wyżej, w rozdziale poświęconym pracy biegłego.

Ewolucja obyczajowości erotycznej i postaw wobec różnych form seksualności wiąże się również z pracą biegłego seksuologa. Szczególnym tego przykładem jest orzekanie w sprawach dotyczących pornografii. W tego typu sprawach nakładają się na siebie różne mechanizmy: osobiste poglądy biegłego, obowiązujący system prawny, kontrowersje wokół pornografii ze strony różnych grup profesjonalnych, oddziaływania religii, organizacji i stowarzyszeń itd. Uznałem za wskazane zaakcentować w tej pracy zagadnienie pornografii jako przykład problemów, z jakimi może zetknąć się biegły seksuolog.

POLICJA SEKSUALNA I PRAWO W CHINACH: WTEDY I DZIŚ

— Fang-fu Ruan

- Pomimo długiej historii poligamii w Chinach, obecnie moralnie i prawnie dozwolone jest tylko małżeństwo monogamiczne.
- Mimo iż nie ma żadnego prawnego przepisu karającego seks przed- i pozamałżeński, wszystkie takie zachowania mogą być karane przez instytucje rządowe jako „xingzuicuo” (przestępstwa seksualne i złe zachowania). Do niewłaściwego prowadzenia się zalicza się ponadto wspólne życie przez parę lat bez legalnego małżeństwa, seks grupowy i homoseksualizm.
- Na podstawie artykułu 140 prawa karnego nielegalne jest „zmuszanie kobiety do zaangażowania w prostytutkę”.

405

- Komuny wolności seksualnej nie są legalne. Na przykład w 1987 roku aresztowano 18 związków żyjących w jednym kampusie.
- Procent niezamężnych kobiet dokonujących aborcji w Szanghaju wzrósł z 16% w 1986 do 40% w 1987 r.
- Liczba rozwodów w Chinach wzrastała systematycznie od 170449 w 1978 do 1 000000 w 1989 roku.
- Wymagany wiek do zawarcia małżeństwa to 22 dla mężczyzny i 20 dla kobiety.

- W latach 770 p.n.e. — 24 n.e. męski homoseksualizm nie tylko nie był traktowany jako przestępstwo czy niemoralny, lecz był wręcz nobilitujący. Spośród 11 cesarzy Dynastii Zachodniego Hana (206 p.n.e — 8 n.e.) 10 ujawniało skłonności homoseksualne. W latach 256-581 n.e. homoseksualizm był akceptowany wśród wyższych klas społecznych.
- Jedną z pierwszych zmian społecznych wprowadzonych przez komunistów po przejściu przez nich władzy w Chinach był zakaz prostytucji. Domy publiczne zamykano, a prostytutki i inne osoby zamieszane w prostytucję aresztowano. Podobnie postąpiono z pornografią.
- W późnych latach siedemdziesiątych bardzo nasilił się przemyt artykułów pornograficznych z Hongkongu i innych państw.
- Kampania przeciw prostytucji i pornografii znacznie nasiliła się po masakrze na Placu Tiananmen.

SEKSUOLOGIA SĄDOWA W ROSJI — A. A. Tkachenko

- Na wsi dorosły kawaler nie miał prawa głosu w decyzjach podejmowanych w rodzinie i we wsi. Mówiono, że „stary kawaler jest szaleńcem” i „stary kawaler jest półmężczyzną”.
- Punktem zwrotnym w Rosji był rok 1917. Zmieniło się podejście do seksu, warunkowane wcześniej wpływami tradycyjnej moralności religijnej. W latach dwudziestych dominowała „wolna miłość”: 85-95% mężczyzn i 48-62% kobiet było zaangażowanych w związki pozamałżeńskie. Wysoki był odsetek samotnych matek i niechcianych ciąż. W latach trzydziestych nastąpił powrót do bardziej tradycyjnych zachowań seksualnych i relacji małżeńskich. Podczas pierestrojki w latach osiemdziesiątych cenzura nieco się rozluźniła i publicznie dostępne stały się klasyczne książki erotyczne, filmy, wystawy malarstwa i fotografii erotycznej. Przeciw głośności i mass mediom występowały z licznymi hasłami antypornograficznymi organizacje szowinistyczne i konserwatywne.

406

PORNOGRAFIA

W nowym kodeksie karnym (z 1998 r.) zachowana została penalizacja rozpowszechniania i sprowadzania pornografii z udziałem małoletnich poniżej 15 roku życia, związanej z użyciem przemocy lub posługiwaniem się zwierzęciem. Zmianie natomiast ulega penalizacja tzw. pornografii miękkiej. Jej produkcja i rozpowszechnianie przestały być zabronione. Zabroniony natomiast jest jedynie taki sposób prezentacji, który może narzucić ich odbiór osobie, która sobie tego nie życzy. Jak stwierdza Filar (1999) jest to przejście z tzw. moralistycznej racjonalizacji penalizacji pornografii na powszechnie obecnie spotykaną racjonalizację wolnościową — zapewnia się wolność osobom chcącym oglądać pornografię i chroni wolność tych, które nie chcą jej oglądać.

Kryteria kwalifikacji treści erotycznych i pornograficznych

Definicje

W literaturze specjalistycznej oraz w ekspertyzach biegłych spotyka się następujące definicje pornografii:

- Pornografią są takie materiały słowne lub wizualne, które przedstawiają anatomię lub aktywność seksualną, a podstawową intencją twórcy jest prowokowanie podniecenia seksualnego u odbiorców (np. Raport Attorney Generals Commission of Pornography — USA, Mosher — USA 1988, Bancroft — Anglia 1990, Holmes — USA 1991). Istotą

pornografii jest zatem treść oraz założony cel.

- Erotografią są materiały przedstawiające seksualność jako jedną z dziedzin życia człowieka, a pornografią są takie materiały, które pomijając wszelkie konteksty koncentrują się na eksponowaniu seksualności. Granice między erotografią a pornografią są nieostre, a pomocne są w ocenianiu standardy społeczne (np. Selg — RFN 1989; Gordon i Snyre — USA 1989; Bullough — USA 1994). Istotą pornografii jest zatem treść, przy uwzględnianiu standardów społecznych.
- Pornografią są wyrażone za pośrednictwem słów i obrazów przedstawienia o treści seksualnej, które ocenia się jako obrażające poczucie wstydu i obsceniczne (np. Arestin 1998). Istotą pornografii jest zatem odbiór społeczny.
- Pornografią są dzieła, które zawierają jawnie seksualne treści przedstawiające przemoc wobec kobiet lub degradujące kobiety i dehumanizujące relacje między płciami (np. Lewin — Kanada 1992; Szwedzkie Towarzystwo Edukacji Seksualnej 1994). Ta koncepcja wywodzi się z inspiracji feministycznej i akcentuje męski seksizm.

407

Istnieje nadrzędne pojęcie — materiały wyraziście seksualne (sexually explicit materials). Obejmują one: erotografię, erotopornografię, pornografię soft (np. sceny nagości z seksualną ekspresją, typową aktywność seksualną, dewiacje), pornografię hard (sceny zawierające przemoc, dewiacje o dużym wyrafinowaniu, wulgarności i z agresją). Trudne do określenia są granice wyżej wymienionych kategorii (np. Duncan 1991; Robinson 1996).

Cechą wspólną wszystkich tych definicji jest kwalifikacja treści — eksponowanie seksualności z pominięciem wszelkich kontekstów oraz odniesienie tych treści do standardów społecznych.

Pojęcie pornografii nie ma charakteru absolutnego i pozostaje pod wpływem zmieniającej się obyczajowości. Uzależnione jest od dominujących w danym okresie, w określonej kulturze, społeczności, poglądów na seksualność człowieka oraz modeli zachowań seksualnych.

Ekspertki m.in. stwierdzają co następuje:

- każda społeczność, grupa społeczna i każdy człowiek ma własne wyobrażenie o tym, co jest erotyką, a co pornografią,
- kodeksy obyczajowe ulegają zmianom, podobnie jak pojęcie obsceniczności,
- trudno stwierdzić, co obraża odczucia moralne,
- granice między erotyką, sztuką erotyczną a pornografią są trudne do ustalenia,
- trudno stwierdzić, czy dany materiał miał na celu wywołanie podniecenia seksualnego,
- podniecenie seksualne samo w sobie nie jest niczym nagannym ani patologicznym,
- źródłem podniecenia seksualnego mogą być również nieseksualne treści.

Kryteria kwalifikacji treści pornograficznych

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione definicje oraz niejasności wiążące się z ocenianiem treści erotycznych oraz pornograficznych moim zdaniem ważne jest stosowanie następujących kryteriów kwalifikacyjnych:

- Treść dzieła
- Erotografia (sztuka erotyczna). Nie jest pornografią.

- Erotopornografia. Jest stanem pogranicza i należą do niej dzieła, w których nagości towarzyszy ekspozycja anatomii seksualnej. Mogą być trudności w interpretacji.

- Pornografia „mięka”. Można do niej zaliczyć np. ekspozycję genitalną, praktyki masturbacyjne, stosunki w różnych pozycjach, typowe w danej obyczajowości zachowania seksualne. Wyżej wymie-

408
nione treści są ekspozowane jako cel sam w sobie, bez żadnego kontekstu.

- Pornografia „twarda”. Można do niej zaliczyć treści ze scenami przemocy, pedofilii, zoofilii. W tym przypadku również treści nie mają żadnego kontekstu, są celem samym w sobie.

- Adresat

Treści pornograficzne nie powinny być udostępniane osobom poniżej 18 roku życia. Wynika to z faktu, że często zawierają one odbiegające od rzeczywistości zachowania seksualne, koncentrujące się na seksualności, z pominięciem innych kontekstów i dlatego mogą stać się wzorcem relacji i zachowań seksualnych, modelem seksualności, a to może utrudniać przebieg rozwoju psychoseksualnego.

- Kontekst kulturowy

Oceniając przeobrażenia obyczajowości erotycznej w Polsce na przestrzeni ostatnich 40 lat można stwierdzić zmienność standardów społecznych, norm i zachowań seksualnych. I tak np. w nieodległej przeszłości kontakty oralne były postrzegane jako wyrafinowane i patologiczne, a kontakty analne jako typowe dla relacji homoseksualnych. Obecnie oba te typy zachowań seksualnych nie są traktowane jako patologia i realizowane są w wielu związkach heteroseksualnych. W przeszłości sztuka miłosna wiązała się z tabu nagości, z powszechnością tzw. pozycji klasycznej — obecnie akceptowana jest urozmaicona i zróżnicowana sztuka miłosna. Postawy społeczne wobec seksualności i zachowań seksualnych są zróżnicowane. Są osoby i środowiska, które jako pornograficzne i szkodliwe obyczajowo postrzegają akty seksualne, pieszczoty seksualne, nie mówiąc już o ekspozycji scen stosunków seksualnych. Biorąc jednak pod uwagę wyniki badań socjoseksuologicznych można stwierdzić, że następujące cechy seksualności i zachowań seksualnych są powszechnie akceptowane: akty, sceny przedstawiające pieszczoty (mecking, kissinn, petting), kontakty oralne, analne, stosunki w różnych pozycjach.

Natomiast postrzegane jako negatywne są treści zawierające przemoc seksualną, wykorzystywanie seksualne dzieci, osób niepełnosprawnych, parafilie (dewiacje seksualne), zachowania seksualne ekspozujące udział duchowieństwa.

- Estetyczna forma przekazu

To kryterium jest nader subiektywne i dlatego ma ono indywidualny charakter. Ujawnia się np. związek z poziomem wykształcenia, wiekiem, płcią.

- Wpływ na zdrowie seksualne

W przeszłości sam fakt prowokowania podniecenia seksualnego, odczuwania pożądania postrzegano jako wyraz „zwierzęcej natury”,
409

zagrożenie dla zdrowia psychicznego, moralności i życia społecznego. Od 30 lat postawy wobec seksualności na świecie uległy głębokiej

metamorfozie. Ciało, seksualność, płeć, przyjemność seksualna, sztuka miłosna są traktowane jako wartość. Spotyka się jednak przetrwałe tradycyjne poglądy, czego wyrazem są następujące stereotypy wiążące się z pornografią: „jest złem, ponieważ działa podniecająco”, „pornografia sprowadza człowieka do poziomu zwierzęcego”, „prowadzi do przestępstw”, „rozbija małżeństwa” itp.

Biorąc pod uwagę wpływ pornografii na zdrowie psychiczne i seksualne odbiorcy należy stwierdzić, że nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Możliwość neeatywnego oddziaływania pornografii istnieje w przypadku dzieci, młodzieży, osób nie mających żadnych doświadczeń seksualnych — kreuje bowiem nieadekwatny do rzeczywistości model zachowań seksualnych i relacji między partnerami. Z tego punktu widzenia pornografię można określić mianem seksualnej bajki. Seksualnym dewiantom i osobom popełniającym motywowane seksualnie przestępstwa pornografia może dostarczać inspiracji i pomysłów, pobudzać do działania. Z drugiej strony treści pornograficzne wypełniają luki w uświadomieniu seksualnym (dostarczają informacji o anatomii i fizjologii seksualnej), są afrodyzjakiem, „wentylem seksualnym” dla różnych kategorii seksualnych dewiantów, zastępczym bodźcem seksualnym. Tak dalece zróżnicowane oddziaływanie pornografii na stan zdrowia psychicznego i seksualnego odbiorców nie uzasadnia jednoznacznego stwierdzenia o szkodliwym znaczeniu treści pornograficznych. Pornografia bywa wykorzystywana w leczeniu zaburzeń seksualnych zarówno jako element metod awersyjnych, jak i metoda edukacyjna oraz treningowa. Niezależnie od powyższego, rzetelne wyniki badań naukowych nie stwierdzają korelacji między pornografią a patologią i przestępczością seksualną.

RZEKOMY ZWIĄZEK MIĘDZY PORNOGRAFIĄ A PRZEMOCĄ

— F.M. Christensen

- Trudno jest szukać powiązania pornografii z przestępstwami seksualnymi, gdyż problematyczne jest wykazanie związku przyczynowego. Wiadomo, że wysoki procent przestępców seksualnych korzysta z pornografii. Fakt ten nie jest bynajmniej pomocny ani rozstrzygający. Podobnie duży wskaźnik rzeczonych kryminalistów pije kawę.
- W końcu lat sześćdziesiątych naukowcy przeprowadzili 5 badań na zlecenie Amerykańskiej Komisji Obsceniczności i Pornografii. Tylko w jednym z badań (Davis a. Fosen; Goldstein i in. 1970; Walker 1970). W trzech badaniach wskaźnik ten u przestępców był niższy.

410

- W późnych latach osiemdziesiątych wykonano badania i nie wykazały one korelacji między pornografią a gwałtem (Condron a. Nutter 1988).
- W Danii po udostępnieniu pornografii w sprzedaży, odnotowano spadek liczby przestępstw na tle seksualnym.
- » Badania kryminalistów seksualnych wykazały, że pornografia stanowi dla nich swojego rodzaju środek zastępujący codzienne marzenia erotyczne (Goldstein a. Kant 1973).

Nie ma żadnych dowodów na to, by pornografia odgrywała jakąś rolę w kształtowaniu się parafilii seksualnych (Money a. Ehrhardt 1972).

Postawy polskich seksuologów wobec pornografii

W polskim kodeksie karnym artykuły dotyczące pornografii były nie-

zmienne od 70 lat. Zgodnie z art. 173 § 1 kk z 1969 r. „kto rozpowszechnia pisma, druki, fotografie lub inne przedmioty mające charakter pornograficzny podlega karze pozbawienia wolności do lat 2, ograniczenia wolności lub grzywny. Zgodnie z art. 173 § 2 kk z 1969 r. podobnie karane było „sporządzanie, przechowywanie, przenoszenie, przesyłanie lub przewożenie przedmiotów o charakterze pornograficznym w celu ich rozpowszechniania”. W słownikach języka polskiego, encyklopediach i komentarzach kodeksu karnego definicja pornografii brzmi następująco: pisma, druki, filmy, wizerunki i inne przedmioty wykonywane i rozpowszechniane w celu wywołania u odbiorcy podniecenia seksualnego. Nie jest natomiast pornografią reprodukcja dzieła sztuki, której odbiór wywołuje podniecenie seksualne. Według autorów ww. definicji podniecenie seksualne wywołują: nieprzyzwoite treści, przedstawianie zjawisk seksualnych w sposób wchodzący w konflikt z przyjętymi w społeczeństwie zakazami i obyczajami, poczuciem wstydlivosti i dyskrecji. Jak wynika z powyższego, autorzy definicji pornografii przyjmują kryterium subiektywistyczne — intencją twórcy jest wywołanie podniecenia seksualnego i nie ma znaczenia, czy twórca działał w celu osiągnięcia korzyści majątkowej.

Do 1989 roku pornografia w Polsce była mało dostępna, nie była bowiem produkowana w Polsce, a władze celne konfiskowały ją. Art. 173 kodeksu karnego z 1969 r. praktycznie był „martwy”. Od 1989 roku transformacji ustrojowej w Polsce towarzyszy masowe upowszechnianie pornografii, która stała się dostępna w kioskach ulicznych. Postawy społeczne wobec pornografii uległy polaryzacji. Większość młodzieży i dorosłych mężczyzn, jak wynika z badań socjologicznych, prezentuje pogląd, że wydawnictwa pornograficzne powinny być dostępne dla osób dorosłych z wyjątkiem scen z udziałem dzieci, zwierząt i z udziałem przemocy.

411

Większość kobiet, osób głęboko religijnych, z niskim poziomem wykształcenia, mieszkańców wsi i małych miast (głównie z regionu wschodniej i południowo-wschodniej Polski) ujawnia negatywną postawę wobec pornografii i domaga się karaniami za jej rozpowszechnianie. Pojawiły się również różne formy walki z pornografią, głównie ze strony środowisk katolickich, niektórych organizacji politycznych i indywidualnych osób, a w 1997 roku walka z pornografią została włączona do akcji poprzedzającej nowe wybory do parlamentu. Walka tych środowisk z pornografią uległa instytucjonalizacji. W następstwie tej akcji w latach 1994-1997 zgłoszono do policji i prokuratur 729 doniesień o przestępstwie rozpowszechniania pornografii. Jako ekspertów zaczęto powoływać seksuologów. Nierzadko domagano się powołania jako biegłych ekspertów konkretnych osób reprezentujących orientację katolicką. Problem pornografii stał się obiektem intensywnej kampanii w środkach masowego przekazu (prasa, radio, TV). Zarysowała się polaryzacja stanowisk. Zdaniem przeciwników pornografii jest ona źródłem patologii i przestępstw seksualnych, degradacji kobiety, uzależnienia od seksu, rozpadu rodzin, patologii społecznej, świadomego działania masonerii i bliżej nieokreślonych środowisk Zachodu w celu walki z Kościołem katolickim i z Polską. obrońcy pornografii oddalają te zarzuty, powołując się na niejasne kryteria definicji pornografii, brak związku pornografii z przestępstwami seksualnymi, przestarzały i już nieaktualny pogląd, iż podniecenie seksualne jest czymś negatywnym samym w sobie, a walkę z pornografią oceniają jako zamach na zdobytą w 1989 roku wolność, dążenie do wprowadzenia państwa wyznaniowego i cenzury. Od biegłych obie strony

domagają się jasnego sprecyzowania definicji pornografii i oceny jej następstw.

Analizie poddano 729 opinii sądowo-seksuologicznych wydanych w latach 1994-1997 w sprawach dotyczących rozpowszechniania pornografii. Opinie zostały opracowane przez 43 biegłych seksuologów, a obiektem ich ekspertyz było:

- 8019 pism ilustrowanych, w tym 5879 wydawanych w Polsce,
- 9448 kaset video, w tym 9438 pochodzących z importu, głównie z Niemiec,
- 113 dysków komputerowych, w tym 97 pochodzących z importu,
- 69 talii kart do gry,
- 17 kalendarzy, wszystkie wydane w Polsce.

Na podstawie analizy treści opinii sądowo-seksuologicznych można wyróżnić następujące postawy seksuologów:

- Postawa restrykcyjna

Ujawniła się w 227 ekspertyzach. Biegli ocenili, że wszystkie materiały mają charakter pornograficzny i szkodliwy obyczajowo. Poniżej cytuję 412

poglądy biegłych z tych opinii, wybierając najczęściej powtarzające się i reprezentatywne:

- „Materiały zawierają ewidentne treści pornograficzne. Ukazują dewiacje seksualne, spiętrzają wszelkie możliwe kombinacje seksualne. Materiały te prowadzą do zahamowania rozwoju osobowości, zwiększają przestępczość, sprzyjają upowszechnieniu się gwałtów, perwersji, przemocy, zniszczenia wrażliwości. Najwyższy czas, aby pomyśleć o zlikwidowaniu tego procesu”.
- „Materiały prezentują dewiacje seksualne, polegające na uzyskiwaniu orgazmu za pomocą kontaktu oralno-genitalnego. Na dnie tego rodzaju praktyk tkwią zboczenia płciowe”.
- „Materiały są pornografią i są szkodliwe obyczajowo. Pornografia upowszechnia zachowania perwersyjne, wpływa na wczesną inicjację seksualną, powoduje wzrost liczby przestępstw seksualnych, gwałtów, degraduje kobiety, zmniejsza tendencje do potępienia rozwiązłości, poddaje w wątpliwość dobro małżeństw”.
- „Materiały są pornografią. Wprowadza ona młodzież w stany podniecenia seksualnego. Wyzwała potrzebę natychmiastowego zaspokojenia popędu, przyczynia się do gwałcenia dziewcząt przez kolegów z tej samej klasy”.
- „Pornografia szkodzi młodemu pokoleniu. Działa na podświadomie wydawane rozkazy przez komórki mózgu, poddaje społeczność lokalną atakom kultury barbarzyńskiej i wulgarnej. Odniesiona z trudem wolność Polski jest wykorzystywana do demoralizacji społeczeństwa”.
- „Materiały są pornografią. Pornografia czyni szkody. W historii obumierały narody pijące ten złudny nektar. Zachód przejadł się zmysłami i wypływa z siebie zmysły w stronę Polski”.
- „Materiały mają charakter pornograficzny. Nie można za postęp na drodze ku Zachodowi uważać tego, co tam się przeżyło, budzi wstręt i prowadzi do psychopatii”.

Postawę restrykcyjną ujawniło 11 biegłych. 7 biegłych reprezentowało związek z organizacjami katolickimi, które nierzadko domagały się powołania

ich w celu opracowania ekspertyz. Żaden z tych biegłych nie miał specjalizacji z zakresu seksuologii, najczęściej byli to psychiatrzy i ginekolodzy. 4 pozostałych biegłych było seksuologami.

- Postawa permissywna

Ujawniła się w 198 ekspertyzach. Biegli nie rozpoznali pornografii w materiale dowodowym, który ocenili jako erotografię nieszkodliwą obyczajowo. W uzasadnieniu wniosków powoływali się na brak obowiązującej definicji pornografii, wielość definicji, niejasne kryteria kwalifikacyjne, absurdalność postrzegania podniecenia seksualnego jako cze-

413
goś negatywnego i niemożność określenia intencji twórcy. Powoływali się na wyniki badań, które nie stwierdzały korelacji między pornografią a patologią i przestępstwami seksualnymi. Podkreślali również fakt przeobrażeń obyczajowych w Polsce, które m.in. polegają na zmianie postaw społecznych wobec seksualności, zwiększenia się postaw liberalnych i tolerancyjnych.

Postawę permissywną ujawniło 7 biegłych. Wszyscy byli seksuologami, mężczyznami z dużych miast z regionu Polski centralnej.

- Postawa różnicująca

Reprezentowało ją 25 biegłych, w większości specjalistów seksuologów, w 304 ekspertyzach. W tej grupie biegłych można wyodrębnić trzy podgrupy:

- Biegli różnicujący treści erotyczne, soft-pornography i hard-pornography. Podstawą rozpoznawania hard-pornography były treści z udziałem dzieci, zwierząt i przemocy seksualnej i określono ją jako szkodliwą obyczajowo. Hard-pornography stanowiła margines w analizowanym materiale dowodowym. Tego typu postawę reprezentowało 18 biegłych.

- Biegli kierujący się kryterium uwarunkowań społecznych i kulturowych w analizie materiału dowodowego. Podkreślali, że pojęcie pornografii nie ma charakteru absolutnego, uzależnione jest od dominujących w danym okresie, w określonej kulturze, społeczności poglądów na seksualność człowieka oraz towarzyszących im wzorów postępowania w zakresie tej sfery życia. W ekspertyzach stwierdzano, że postawy społeczne ulegają w Polsce zmianie i wymieniano treści obecnie postrzegane jako pornograficzne, np. sceny z dziećmi, wyrazistą, a odgrywaną w formie zabawy przemocą seksualną. Tego typu postawę reprezentowało 4 biegłych, trzech seksuologów i 1 prawnik.

- Biegli kierujący się nadrzędnym pojęciem — sexually explicit materials, w którym wyodrębniali: erotografię, erotopornografię, soft-pornography i hard-pornography. Jako kryteria kwalifikacyjne były stosowane: treść materiału dowodowego, adresat, kontekst kulturowy, estetyczna forma przekazu oraz związek ze zdrowiem seksualnym. Ekspertyzy zawierają dokładną analizę materiału dowodowego wg ww. kryteriów oraz opracowanie teoretyczne, w którym były przedstawione różne definicje pornografii, klasyfikacje, poglądy badaczy i przegląd piśmiennictwa światowego.

Wnioski były poszerzone o następujące stwierdzenia:

nie można oceniać pornografii jako szkodliwej za sam fakt prowokowania podniecenia seksualnego,
nie

e można postrzegać pornografię jako przyczynę przestępczości seksual-
nej.

dzieciom i młodzieży pornografia nie powinna być udostępniana, zarówno restrykcyjna, jak i permissywna postawa wobec pornografii okazuje się błędna w ocenie jej istoty, następstw, polityce społecznej i prawodawstwie.

Ten typ postawy reprezentowało trzech biegłych seksuologów, którzy wydali łącznie 269 ekspertyz.

SYSTEM PENITENCJARNY

Negatywny wpływ izolacji w zakładach karnych na rozwój psychoseksualny i życie seksualne skazanych jest szeroko opisywany w piśmiennictwie, począwszy od publikacji Leppmanna (1990). W pracach tych stwierdza się, iż skazani utrzymują kontakty homoseksualne w ponad 40% przypadków. Giza (1971), badając ukierunkowania seksualne wśród byłych więźniów, stwierdza, iż w 17,2% przypadków rozwinęły się u nich nieprawidłowe odchylenia (homoseksualizm, biseksualizm).

W przypadku skazanych za przestępstwa nie mające tła seksualnego nieprawidłowe następstwa w życiu seksualnym mogą wynikać z różnych przyczyn. Z badań Sikory (1973) wynika, iż w badanej populacji 35 więźniów objawy neurotyczne występują w 89% przypadków. U 71-80% badanych rejestruje się przekształcenie uczuciowości dojrzałej i stabilnej na labilną i impulsywną. 71% badanych ujawnia rozwój nieprawidłowych relacji interpersonalnych (izolacja, nieufność, niechęć). Zrozumiałe jest zatem, iż utrwalenie się tych nieprawidłowości może mieć wpływ na rozwój psychopatologii seksualnej i zaburzeń więzi partnerskiej. Ten ostatni czynnik jest również bardzo ważny w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych. Panek (1968) na podstawie badania 160 więźniów dochodzi do wniosku, że niepokojąco dużo wykazuje negatywną postawę wobec małżeństwa, wobec kobiet (50% recydywistów i 35% pierwszy raz skazanych). Rzepliński (1981) w swojej monografii podaje bogate dane na temat więzi małżeńskiej więźniów długoterminowych. Wynika z niej, iż zakres patologii tej więzi jest szeroki, a odsetek małżeństw, które uległy rozpadowi, jest znacząco wysoki. W 1/3 małżeństw stwierdzono zerwanie lub ograniczenie wzajemnych kontaktów, 21% żon skazanych nawiązało mniej lub bardziej trwale związki z innymi mężczyznami, 18% małżeństw uległo formalnemu rozwiązaniu.

Z raportu dotyczącego problemów seksualnych więźniów (TPR 1972) wynika, iż frustracja seksualna jest bardzo duża i różne są próby przeciwdziałania jej: masturbacja, podglądactwo, gwałty homoseksualne, związki
415

homoseksualne, prostytutka homoseksualna. W przypadku skazanych za przestępstwa seksualne problem wydaje się być równie trudny i złożony. Wysoki odsetek recydywy w tej grupie zdaje się świadczyć o tym, iż kara pozbawienia wolności nie dała przewidzianego rezultatu, a zachowania przestępcze okazały się utrwalone. W przypadku dewiacji seksualnych izolacja w zakładzie karnym bynajmniej nie działa leczniczo, a jedynie w części odstrasza.

Bullough (1994) stwierdza, że w normalnych warunkach okresowa abstynencja seksualna nie jest problemem. W przypadku, kiedy jest przedłużona, może prowokować zachowania impulsywne lub kompulsywne, w formie gwałtu czy homoseksualnego czynu. Wprawdzie zachowania masturbacyjne mogą wyładować energię seksualną, ale u wielu więźniów nie

są one satysfakcjonujące.

Inną formą zaspokajania potrzeby seksualnej w zakładach karnych są homoseksualne gwałty, jest ich kilka form:

- Indywidualny. Agresywny więzień gwałci młodszego, biernego, przestraszonego więźnia. Używa ofiary jako swojej kobiety, fantazjując o kontakcie z nią. Forma gwałtu jest analna. Może to być jednorazowy czyn lub jako wprowadzenie do długotrwałego związku („tatus i jego dzieciak”). Ofierze nie sprawia przyjemności seksualnej, ale zapewnia opiekę „tatusia”, np. lepsze jedzenie, ubranie, ochrona, wprowadzenie do więziennej wspólnoty.
- Gwałt gangu więziennego. Przywódca wybiera młodego mężczyznę, biernego, typu samotnik, przestraszonego. Gwałt może być wyrazem inicjacji w więzienną społeczność, dowodem dominacji i siły agresorów, karą za współpracę więźnia z personelem, za nieprzystąpienie do gangu, za konkretne zachowania. Ofiary mogą doświadczać różnych następstw, np. poczucia winy, agresji do społeczeństwa za umieszczenie w więzieniu, za nieuchronienie przed takimi atakami, stawania się sprawcą zgwałcenia wobec nowych więźniów w przyszłości. Nie jest zgłaszany personelowi, informator bowiem byłby za to prześladowany i odrzucony przez więzienną społeczność, a reakcja ze strony personelu więziennego jest nieprzewidywalna.

Inną formą aktywności seksualnej więźniów są związki homoseksualne, akceptowane przez obu partnerów. Zwykle nie są długotrwałe i nie są kontynuowane między partnerami w przypadku opuszczenia zakładu karnego. Jeden partner przyjmuje rolę męską — dominującą, a drugi kobiecą — bierną. Niebezpieczeństwem takiego związku może być negatywna postawa ze strony innych więźniów i personelu, prowokowanie homofobii, homoseksualnych potrzeb innych więźniów. Money (1980) uważa, że jeżeli społeczeństwo nie stwarza warunków do heteroseksualnych kontaktów, to

416
w takich sytuacjach prowokuje metamorfozę orientacji heteroseksualnej w biseksualną.

Bullough (1994) jako kolejną formę zachowań seksualnych wymienia prostytutkę homoseksualną — męska prostytutka zwykle miewa wielu klientów, którzy są zazdrośni o względy prostytutki; może to prowokować napaści i bójki. Autor podaje przykład skierowania takiej agresji do męskiej prostytutki, która została zgwałcona przez ponad stu więźniów (doszło do wielu obrażeń ciała).

W przypadku więźniarek (Yomelson i Samenow 1976; Bullough 1994) związki lesbijskie mają nieco odmienny charakter. Kobiety agresywne zmuszają uległe młode kobiety do kontaktów incydentalnych. Związki te cechuje pewna dynamika i czas ich trwania, są w nich role „ojca” (lesbijka agresywna i dominująca), „matki” (kobiety bierne, chronią „dzieci”, które są lojalne wobec obojga „rodziców”), „dzieci”. Związki homoseksualne są częstsze w więzieniach kobiecych w porównaniu z męskimi. Są one bardziej otwarte, budzą mniejsze zainteresowanie ze strony personelu. Edelwick i Brodsky (1979) stwierdzają, że związki lesbijskie nie są w pełnym znaczeniu seksualne, kobiety realizują w nich raczej jakby relacje rodzinne. Zdarzają się i gwałty homoseksualne. Ofiara jest zmuszana do masturbowania sprawczyń, seksu oralnego, pobudzania pochwy przedmiotami. Gwałty są jednak rzadsze w porównaniu z mężczyznami. Z reguły w związkach kobiecych jest więcej uczuć.

Bullough (1994) zwraca również uwagę na relacje seksualne więźniów z personelem w zakładach karnych. Więźniowie i więźniarki oczekują ochrony, opieki. Niekiedy rywalizują o względy. Kiedy do takiego związku dojdzie, nierzadko personel zaczyna być szantażowany, np. w celu zyskania większej swobody, wysyłania korespondencji; psychopatyczne lesbijki chętnie manipulują, chcą zyskać przewagę i dominację u przestraszonych partnerki. Najwięcej związków z personelem ma charakter hetero-, a nie homoseksualny.

Dlaczego seks odgrywa tak dużą rolę w życiu więźniów? Bullough (1994) uważa, że w przypadku gwałtów wyraża on potrzebę odczuwania dominacji i mocy, a nie seksu jako takiego. Dotyczy to również związków homoseksualnych. Świadomość, że przez dłuższy czas nie ma szans na normalne związki seksualne, sprzyja aktywności seksualnej w więzieniach, nawet w warunkach pozbawionych intymności. Wizyty partnerów seksualnych z zewnątrz mogą stać się problemem, ukrywa się bowiem przed nimi seksualne kontakty w więzieniu. Towarzyszy temu poczucie winy, tendencje samobójcze. Po wyjściu z więzienia może pojawić się problem z tożsamością i orientacją płciową.

Na podstawie własnych doświadczeń w tej dziedzinie problemy seksualne u skazanych widziałbym następująco:

417

- Kara pozbawienia wolności prowadzi do frustracji seksualnej, wynikającej z niemożności realizowania potrzeb seksualnych, tak jak to było dotychczas. Frustracja ta sprzyja uruchamianiu wyobraźni seksualnej, różnorodnych mechanizmów obronnych, a jedynie w części przypadków dochodzi do powstania samoregulacji ze strony organizmu (polucje, przejściowy spadek libido).
- W trakcie odbywania kary pozbawienia wolności są stosowane zastępcze metody zaspokajania potrzeb seksualnych. Można tu wymienić kilka najczęściej spotykanych: masturbacja, masturbacja wzajemna, oglądactwo, kontakty homoseksualne, gwałty homoseksualne. Wspomniane mechanizmy zastępcze u jednych osób są przejściowe i ograniczają się do okresu pozbawienia wolności, u innych natomiast ulegają zakodowaniu, co sprzyja powstawaniu trwałego uwarunkowania na taką formę realizacji potrzeb seksualnych. Wielu byłych więźniów przenosi nowe utrwalone zachowania seksualne do warunków wolnościowych.
- Długotrwała przerwa we współżyciu seksualnym u wielu byłych skazanych prowadzi do negatywnych następstw w życiu seksualnym i w więziach partnerskich, takich jak: zaburzenia libido, erekcji, czasu trwania współżycia, rozwój nietypowych form zachowań seksualnych czy zachowań dewiacyjnych, powstanie zespołu nieprzystosowania seksualnego, problemy seksualne w małżeństwach, konflikty małżeńskie na tle seksualnym.
- W przypadku przestępców seksualnych często dochodzi do nasilenia agresji wobec obiektów zachowań seksualnych. Szczególnie zdarza się to w przypadku sprawców zgwałceń; kobieta jest postrzegana jako źródło kary, cierpienia, frustracji seksualnej. W tym przypadku postawa ta może być wyrazem określonych norm u osobowości nieprawidłowych, a często następstwem indukowania negatywnych postaw wobec kobiet, prezentowanych przez innych więźniów.

W przypadku skazanych za przestępstwa seksualne o charakterze dewia-

cyjnym często dochodzi do utrwalenia się cech dewiacyjnych wraz ze wzrostem agresywności wobec obiektów zachowań seksualnych. Spotkałem się również ze specyficznymi następstwami izolacji w życiu seksualnym i małżeńskim byłych internowanych, kiedy to frustracja potrzeb seksualnych, oddzielenie od partnera sprzyjały wystąpieniu zaburzeń sprawności seksualnej. To z kolei prowadziło do spadku autorytetu „męskości” w oczach partnerek i do późniejszych problemów małżeńskich. Niektórzy skazani za przestępstwa seksualne po zakończeniu kary pozbawienia wolności postanowili przeciwdziałać nawrotom zachowań dewiacyjnych i dobrowolnie zgłaszali się na leczenie. Zdarzało się również (obecnie

418 jest to coraz częściej spotykana praktyka), iż sąd zawieszał wykonanie kę polecając oskarżonemu poddać się leczeniu specjalistycznemu u seksuologa. Biorąc to pod uwagę, uważam, iż dla przeciwdziałania negatywnym następstwom izolacji więziennej w życiu seksualnym więźniów powinien uwzględnić się następujące środki:

- farmakoterapia — w wielu wypadkach leki psychotropowe czy antyanrogeny mogą zmniejszyć poziom libido i pomóc w opanowaniu napięć seksualnych; leki psychotropowe o charakterze kojącym mogą ułatwić skazanemu przystosowanie się do nowej sytuacji, jaką jest pobyt w zakładzie karnym i zmniejszyć poziom leku, agresywności,
 - psychoterapia — w przypadku dobrze rokujących skazanych możliwym jest zastosowanie psychoterapii, mającej na celu reorientację nieprawidłowych zachowań seksualnych, zaburzeń samooceny itp.,
 - umożliwianie utrzymywania więzi seksualnej z partnerkami; jest to wskazane szczególnie wówczas, gdy partnerki ujawniają pozytywne postawę wobec partnera, związek jest udany,
 - oświata seksualna — prowadzenie uświadomienia seksualnego w zakładach karnych, a szczególnie ukazanie mechanizmów kodowania się zastępczych zachowań seksualnych, może zmniejszać takie formy zachowań seksualnych, które mają znaczenie zastępcze, sprzyjają ich utrwaleniu (np. kontakty homoseksualne),
 - terapia specjalistyczna — w niektórych przypadkach możliwe jest leczenie seksuologiczne skazanych, jeżeli oni sami widzą taką potrzebę; tego typu leczenie przeciwdziałałoby recydywie, ułatwiałoby późniejsze przystosowanie w warunkach wolnościowych
 - właściwa polityka penitencjarna, np. odpowiednia segregacja skazanych w celu przeciwdziałania gwałtom i demoralizacji, właściwe warunki pracy, pobytu, odpowiedniej lektury, wypełnienie czasu wolnego itp.
- PARAFILICZNA PREWENCJA; SPOŁECZNE I PRAWNE IMPLIKACJE — James J. Krivacska
- Dane zebrane na podstawie badań nad dziećmi uczęszczającymi do szkół podstawowych po odbyciu przez nie programu prewencji przemocy seksualnej: od 18 dzieci z klasy VI do 57% z I klasy postrzegало swoje genitalia po kursie jako złe części swojego ciała; 57% dziewczynek i 50% chłopców definiowało wartościowanie genitaliów jako zależne od tego, czy były one dotykane. W ostatnim przypadku wartościowanie jest negatywne (Jenson 1993)
 - Założenia promowane we wsparciu dla Biomedycznej Fundacji Parafilicznej Prewencji:

419

1. Seks i seksualność są integralnymi i nierozłącznymi składnikami

naszego człowieczeństwa i własnej tożsamości.

2. Seksualność jest podstawowym procesem rozwojowym, który ewoluuje w różnego zasięgu ekspresję od urodzenia do śmierci, ponadto, odkąd seks nie jest ani zły, ani dobry z moralnego punktu widzenia, koncepcja dziecka jako seksualnie niewinnego pozostaje bez związku.

3. Dzieci wystawione na kontakty seksualne i świat seksualności dorosłych nie koniecznie są traumatyzowane tymi doświadczeniami.

4. Kara nie jest leczeniem.

5. Rozpoznanie nie oznacza prewencji.

6. Jednostki (zarówno dziecko, jak i dorośli), które doświadczają napaści seksualnej ze strony parafilicznego napastnika, nie zawsze doświadczają tego incydentu jako traumatycznego i zakres manifestowanych negatywnych reakcji jest bardzo różny.

Piśmiennictwo

WAŻNIEJSZE POZYCJE POLSKOJĘZYCZNE

1. Chruszczewski M.: Analiza porównawcza oceny zasadności podejrzenia o wykorzystanie seksualne dziecka formułowanej przez specjalistów i niespecjalistów (praca magisterska). Wydział Psychologii Uniw. Warszawskiego, Warszawa 1998. — 2. Elliott A., Peterson L.: Wykorzystywanie seksualne chłopców przez ich matki. *Medycyna po dyplomie*, 1994, 3, 10, 74-81. — 3. Gierowski J. i Szymusik A. (red.): Postępowanie karne i cywilne wobec osób zaburzonych psychicznie. Wybrane zagadnienia z psychiatrii, psychologii i seksuologii sądowej. *Colegium Medicum UJ*, Kraków 1996. — 6. Gierowski J.: Psychologiczne wyznaczniki przestępczości. W: Strelau J. (red): *Psychologia*, tom III (w druku) Gdańskie Wyd. Psychol., Gdańsk 2000. — 5. Glaser D., Frosh S.: Dziecko seksualnie wykorzystywane. PZWŁ, Warszawa 1995. — 6. Harasim M.: Portret psychologiczny chłopca obserwowanego w celu stwierdzenia, czy jest on ofiarą wykorzystywania seksualnego (praca magisterska). Wydział Psychologii UW, Warszawa 1999. — 7. Herman /.: *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańskie Wyd. Psychol., Gdańsk 1998. — 8. Imieliński K.: *Seksiatria*. PWN, Warszawa 1990. — 9. Lew-Starowicz Z.: *Seksuologia sądowa*. Wyd. Prawnicze, Warszawa 1988. — 10. Lew-Starowicz Z.: *Przemoc seksualna*. Wyd. Jacek Santorski, Warszawa 1992. — 11. Lew-Starowicz Z.: *Leczenie zaburzeń seksualnych*. PZWŁ, Warszawa 1997. — 12. Lew-Starowicz Z. i M.: *Homoseksualizm*. PZWŁ, Warszawa 1999. — 13. Madanes C.: *Miłość. Przemoc. Psychoterapia sprawców i ofiar*. Gdańskie Wyd. Psychol., Gdańsk 1999. — 14. Namysłowska/, Siewierska-Niedziałek A.: Wykorzystywanie seksualne — fakt czy fantazja. *Psychoterapia*, 1996, 99, 4, 31-39. — 15. Pospiszyl /.: *Przemoc w rodzinie*. WSiP, Warszawa 1994. — 17. Hanausek T. i Leszczyński J.: *Kryminologiczne i kryminalistyczne problemy zabójstw z łubieżności*. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1995. — 17. Travin S., Protter B.: *Dewiacje seksualne*. PZWŁ, Warszawa 1995. — 18. Warylewski J.: *Molestowanie seksualne w miejscu pracy*. Wyd. Prawnicze LEX, Sopot 1999.

WAŻNIEJSZE POZYCJE OBCOJĘZYCZNE

1. Archer J.: *Male Violence*. Routledge, London and New York 1994. — 2. Bentovim A.: *Child Sexual Abuse within the Family*. Wright, London 1990. — 3. Berliner L, Conte J.: *Sexual abuse evaluation; Conceptual and empirical obstacles*. *Child Abuse a. Neglect*, 1993, 17, 1, 111-125. — 4. Bullough V.: *Human Sexuality an Encyclopedia*. Garland Publ., New York 1994. — 5. Feierman J.: *Pedophilia. Biosocial Dimensions.*, Springer-Verlag, New York 1994. — 6. Finkelhor D.: *The international epidemiology of child sexual abuse*. *Child Abuse a. Neglect*, 1994, 18, 409-417. — 7. Haskett M.: *Substantiation of sexual abuse allegations. Factor involved in the decisions making process*. *Issues in Child Abuse Accusations*, 1995, 7, 4, 233-240. — 8. Holmes R.: *Sex Crimes*. Sage Publ., London 1991. — 9. Kendall-Tackett K., Watson M.\

Factor that influence professionals' perception of behavioral indicators of child sexual abuse. *J. Interpersonal Violence*, 1991 6,3,385-395.— 10. Koss M., Haney M.: *The Rape Victim* Sage Publ., London 1991. — 11. Krivacska J. a. Money J. (eds.): *The Handbook of Forensic Sexology*. Prometheus Books, Amherst, New York 1994. — 12. Maletzky B.: *Treating the Sexual Offender*. Sage Publ., London 1991. — 13. Matsumoto S. (ed.): *Sexuality and Human Bonding*. Excerpta Med., Amsterdam 1996. — 14. Money J.: *Principles of Developmental Sexology*. Continuum, New York 1997. — 15. Rosen I. (ed.): *Sexual Deviation*. Oxford University Press, 1996. — 16. Zachary A.: *Psychotherapy of sexual deviation and perversion*. *Current Opinion in Psychiatry* 1997, 10, 251-255.

Skorowidz

Ag Rog 164

Agresja(e) 206

— narcystyczna 136

— seksualna 208

Aiyiperi 164

Alfonsi 312

Alkohol 200

— wpływ na życie seksualne 26

Allopotemnofilia 143

Altokacifilia 125

Amok 164

Analiza akt sprawy 350

Androgeny 23

Andromimeza 94

Andropauza 25

Apotemnofilia 125, 143, 148

Asfiksjozofilia 149

Autoapotemnofilia 144

Autofilia 133

Autoginefilia 95

Automonoseksualizm 125

Autosassinofilia 148

Awersja seksualna 69

Celos 164

Choroba(y) gruczołu krokowego 43

— nerek 44

— Peyrona 42

— serca 39

— układu moczowo-płciowego 41

Ciwestytyzm 98

Częstość występowania zaburzeń seksualnych w zaburzeniach psychicznych 51

Członek podwójny 41

Czynnik(i) biologiczne sprawców przemocy seksualnej 249

— międzypartnerskie w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych 59

— osobowościowe sprawców przemocy seksualnej 249

-----w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych 54

— psychopatologiczne w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych 57

- rodzinne w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych 53
- społeczno-kulturowe w etiopatogenezie zaburzeń seksualnych 61
- Badanie(a) pletyzmograficzne członka 372
- seksuologiczne w przypadku zgwałceń 361
- wykonane przez biegłego 355
- somatyczne w procesie karnym 359
- Belonefilia 148
- Bewitchment 164
- Biorytmy seksualne 180
- Boxi 164
- Ból(e) genitalne przewlekłe 143
- po wytrysku 88
- Brak jąder 42
- potrzeb seksualnych 66
- radosnego przeżywania 73
- reakcji genitalnych 73
- Bulimia 35
- Defloracja 362
- Depresja 45
- Dewiacja(e) nienormalne 10
- seksualne normalne 10
- społeczne 10
- czynniki kulturowe 214
- Dyspareunia 85
- Efekt Westermarcka 129
- Eksaudyryzm 144
- Ekshibicjonizm 119
- leczenie 122
- Ekstrementofilia 125
- Erotografia 408
- Erotomania 90, 155
- Erotopomografia 408
- 423
- Falaj 165
- Fantazje erotyczne 55, 211
- Feromony 25
- Fetyszyzm 123, 125
- nekrofilny 131
- Filofeminizm 98
- Flagellantyzm 111
- Fobie seksualne 149
- Fobofilia 148
- Gerontofilia 144
- Gila merian 165
- Gtód seksualny 155
- Grawiditofilia 125
- Gwatt(y) kazirodczy 295
- „z pewnością siebie” 297
- indywidualny 295
- małżeńskie 300

- na mężczyznach 297
- następstwa 304
- parafiliczny 298
- preferencyjny 296
- sadystyczny 296
- sodomiczny 296
- w czasie narkozy i hipnozy 296
- snu 295
- zbiorowy 295
- Gynemimeza 94
- Hearth distress 165
- Hipolibidemia 67, 322
- Hipoteza molestowanego/molestującego 130
- Histeria seksualna 150
- Hiwa-Itok 165
- Homoseksualizm 13, 17
- Hsieh-ping 165
- Hwa-Byung 165
- Hybrystofilia 148
- Idiosynkrazja seksualna 70
- Iluzje seksualne 158
- Impotencja opiumowa 162
- Impulsywność seksualna 211
- Inarum 165
- Infantylizm urazowy 233
- Iniekcje z PGE-1 w ciało jamiste członka 49
- Jadłowstręt psychiczny 33
- Jayau 166
- Kandaulezizm 120
- Kazirodztwo 17, 269
 - czynniki ryzyka 273
- Kazirodztwo, następstwa 277
 - nietypowe 280
- Klasyfikacja zgwałceń 291
- Kleptomania 125
- Kompleks 63
 - Amazonki 64
 - Dafne 64
 - Damoklesa 64
 - Diany 64
 - kastracyjny 65
 - małego członka 65
 - Meduzy 65
 - Nany 65
 - onanistyczny 65
 - orgazmu lechtaczkowego 179
 - Pigmaliona 66
- Koncepcja Eysencka 205
 - Grofa 205
 - kontroli Recklessa 205
 - umiejscowienia kontroli Rottera 205
- Kontakty seksualne z pacjentami, przyczyny 315

Koro 166
Kryteria kwalifikacji treści pornograficznych i erotycznych 407
Kwestionariusz badania skali więzi małżeńskiej 393
Lanti 166
Latah 167
Leczenie ofiar przemocy seksualnej 342
— sprawców przemocy seksualnej farmakologicznie 333
-----metodami behawioralnymi 333
-----metodami chirurgicznymi 334
-----metodami psychoterapeutycznymi 334
Leki psychotropowe, wpływ na zaburzenia seksualne 50
Lęk 57
— kajakowy 167
Libido owulacyjne kobiet 180
Luz w pochwie 178
Łechtaczka, wady 41
Ma i manatu 167
Ma i popole 167
Ma i walea 167
Mai ojo 167
Mai puesto 167
Małżeństwo histeryczne 152
— nie skonsumowane 182
Masochizm 114
— moralny 116
Masturbacja 16, 62
— zoofilna 141

Menopauza 23
Metoda(y) badania seksuologicznego, nierutynowe 369
— skojarzeń i wyobraźni 376
Mikropenis 41, 154
Miłość do prześladowcy 230
Mitologia gwałtu 303
Mizofilia 131
Molestowanie seksualne w pracy 313
-----w relacji terapeuta-pacjent 315
Moralność seksualna świecka 15
Mord z lubieżności 112, 319
Napaść seksualna przy użyciu przemocy fizycznej 148
Narcyzm 125, 133
Narkomania 202
Natręctwa seksualne 155
Negi-Negi 168
Nekrofilia 125, 131
Nekrosadyzm 131
Nerwica histeryczna 151

Nietrzymanie moczu 43
Nimfomania 63
Noc zmysłów 156
Norma(y) kulturowe 12
— medyczne 14
— prawne 13
— religijne 11
— seksualne 9
Nozofilia 131
Ocieractwo 136
Ofiary przemocy seksualnej 152
Oglądactwo 123
Opinia sądowo-seksuologiczna 369, 396
Opryszczka narządów płciowych 42
Orgazm 80
— bolesny 86
— za wczesny u kobiet 82
Oskarżenie fałszywe 399
Osobowość antyspołeczna 203
— gwałcicieli 301
— narcystyczna 134
— nieprawidłowa 203
— ofiar gwałtów 301
— sprawców przestępstw seksualnych 216
-----zgwałceń zbiorowych 303
— wielokrotna 230
Otyłość 35
Ozolagnia 138
Paraliż senny 170
Paraorgazm 87, 143
Pederastia 309
Pedofilia 126
— fiksacyjna 130
— homoseksualna 258
— klasyfikacje 129
— regresyjna 129
Pica 168
Pigmalionizm 125
Pluralizm 145
Pobudliwość seksualna 179
Pochwica 83
Poczytalność 397
Popęd seksualny nadmierny 89
Pornografia 407
— miękka 408
— twarda 409
Priapizm 42, 157
Prosekutor 230
Prostytucja 17, 306
— dziecięca 313
— nieletnich 308
— pedofilna 309

— uliczna 311
Protektor 230
Przemoc parafiliczna 298
— rytualna 237
Przepisy prawne dotyczące przestępstw seksualnych 347
Przestępstwa na tle seksualnym 195
-----czynniki 196
Psychopatia 202
Psychorysunek 307
Pyrofilia 148
Rabt 168
Rak członka 42
Regulacja płodności 17
Retifizm 125
Rozpoznanie wykorzystania seksualnego dziecka 257
Różnice biorytmów seksualnych 180
— pobudliwości seksualnej 179
— upodobań seksualnych 180
RudenpaMamai 168
Rytuał Panca-Makara 146
Pa-leng 168
Parafilie 102, 104, 137
udział w przemocach seksualnych 223
Sadomasochizm 110, 148, 299
Sadyzm 110
— bierny 111
— fantazyjny 110
Saladera 168
Saliromania 112
Sar 169
Saya 169
Seks grupowy 145
424
425

Seks orgiastyczny 145
— pozamatżeński 16
Seksoholizm 91
Seksualność, regulacja obyczajowa 404
— sprawców przemocach seksualnych 251
Sem-unmada 169
Skala bodźców seksualnych 379
— Mell-Krat 380
— więzi małżeńskiej Szopińskiego 392
Skrzywienie osi członka w czasie erekcji 41
Sny o treści erotycznej 55
Spodzieństwo 42
Sprawcy dorośli 218
— nieletni 217
— przemocach seksualnych 248
— przestępstw seksualnych, klasyfikacja 220

Streszczenie akt sprawy 351
Stulejka 41
Stwardnienie ciał jamistych członka 42
Subian 169
Susto 169
Symforofilia 148
Syndrom urazu gwałtu 305
System penitencjarny 415
Tabanka 169
Tars 169
Tatuaż 31
— członka 41
Tawatl ye sni 169
Teoria agresji 205
— rekrutacji seksualnej 130
— przyczyn zachowań seksualnych wobec dzieci 247
Terapia sprawców przemocy seksualnej 337
— psychoseksualna w warunkach zakładu karnego 341
Test projekcyjny Rorschacha 377
— rysunku postaci 370
— uzupełniania zadań 375
— zaczarowania 373
Testosteron 23
Timofilia 142
Transseksualizm 95, 100
Transwestytyzm 95, 98
— fetyszystyczny 125
Trichotillomania 279
Triolizm 145
Ufufunyana 170
Uraz członka 42
— seksualny 52
Uszkodzenie rdzenia kręgowego 37
Uzależnienie od alkoholu 27
— od narkotyków 30
— od seksu 91
Wampiryzm seksualny 112
Waswas 170
Wierzchniactwo 42
Wnętrostwo 42
Wpływ leków psychotropowych na reaktywność seksualną 52
Wstręt seksualny 70
Wytrysk przedwczesny 81
Wyciąg z akt sprawy 351
Wykaz interakcji seksualnych Lopiccio 387
Wykorzystanie seksualne dzieci 234
-----objawy 241
----- czynniki ryzyka 239
-----klasyfikacja 237
Wywiad seksuologiczny w sprawach karnych

- Zabójstwa akcesoryjne 319
 - na tle seksualnym 318
 - przypadkowe 319
 - quasi-seksualne 318
- Zaburzenia erekcji 74
 - identyfikacji z płcią 93
 - — — następstwa 96
 - komunikacji 60
 - obsesyjno-kompulsywne 148
 - orgazmu 77
 - podniecenia seksualnego u kobiet 77
 - preferencji seksualnych 102, 148
 - relacji partnerskich 171
 - seksualne 10
 - klasyfikacja 20
 - przyczyny hormonalne 23
 - psychogenne 52
 - u pacjentów depresyjnych 45
 - związane z bólem 83
 - uwarunkowane kulturowo 161-170
- Zachowania seksualne antysocjalne 199
 - zagrożające zdrowiu i życiu 148
- Zadzierzgnięcie członka przez włosy 41
- Zahamowanie orgazmu 78
- Załupek 41
- Zapalenie cewki moczowej 43
 - jąder 43
- Zaspokajanie potrzeb seksualnych w zakładzie karnym 416
- Zazdrość anankastyczna 184
 - paranoiczna 185
 - patologiczna 183
- Zdrowie seksualne 14
- Zespół(y) „demonia nocy” 158
 - Clerambaulta 184
 - Hoovera 153
 - Kehera 160
 - kultury zachodniej 170
 - maltretowanego męża 191
 - maltretowanej żony 187
- Zespół(y), Miichausena 240
 - nieprzystosowania seksualnego 177
 - okołosennych iluzji seksualnych 158
 - Otella 184
 - prowokowanej zdrady 180
 - stresu pourazowego 229
 - sztokholmski 230
 - złego traktowania 148
- Zgwałcenia 286
 - dewiacyjne 292
 - motywowane pozaseksualnie 290

-----seksualnie 291
— o motywacji mieszanej 294
— reakcje ofiar 304
— sadystyczne 118
Zgwałcenia, statystyka policyjna 290
Zoofilia 140
Związek(i) „alergiczny” 173
— „opuszczonego gniazda” 176
— dysharmoniczny 172
— formalny 171
— kazirodcze, osobowość sprawców 274
— neurotyczny 172
— niedojrzały 175
— rywalizacyjny 174
— socjopatyczny 176
— z ostrym kryzysem 177
Żyłki powrózka nasiennego 43
426