

SHELDON TRAVIN, M.D.  
BARRY PROTTER, Ph.D.

# DEWIACJE SEKSUALNE

LECZENIE,  
WSKAZÓWKI DLA KLINICYSTÓW

Z języka angielskiego tłumaczyła  
dr hab. n. med. Małgorzata Tafil-Kławe



WARSZAWA 1995  
WYDAWNICTWO LEKARSKIE PZWL

psychiatryczny  
psychiatryczny  
obniecia i dewiacje seksualne  
Tytuł oryginału

Sexual Perversion. Integrative Treatment Approaches for the Clinician  
© 1993 Plenum Press, New York

616.891 : 613.88 : 615.85

© Copyright for the Polish edition by Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995

Wszystkie prawa zastrzeżone. Przedruk i reprodukcja w jakiegokolwiek postaci całości bądź części książki bez pisemnej zgody wydawcy są zabronione.

Recenzent prof. dr hab. med. *Zbigniew Lew-Starowicz*

Redaktor mgr *Teresa Materkowska*  
Redaktor techniczny *Wiesław Choroszewski*  
Korekta *Zespół*

Projekt okładki *Michał Maryniak*



36051

ISBN 83-200-1873-0

## Spis treści

Wstęp	7
<b>1. Krótka historia dewiacji seksualnych</b>	11
Historyczne podejście do dewiacji	12
Współczesne poglądy na temat dewiacji seksualnych	15
Medyczno-psychiatryczny (opisowy) kierunek badania dewiacji seksualnych	15
Kierunek seksuologiczny	16
Kierunek psychoanalityczny	19
Kierunek psychotechnologiczny	20
Kierunek socjopolityczny	21
Współczesne zasady prawno-sądowe	23
Wnioski	25
<b>2. Częstość występowania dewiacji seksualnych</b>	28
Dane na temat przestępstw na tle seksualnym	28
Kliniczny aspekt częstości występowania dewiacji	33
Dane epidemiologiczne dotyczące występowania przestępstw na tle seksualnym	39
Wnioski	44
<b>3. Diagnostyka i klasyfikacja dewiacji seksualnych</b>	48
Diagnoza psychiatryczna dewiacji seksualnych	49
Rozważania dotyczące prób opisu i klasyfikacji dewiacji seksualnych	53
Osobowość a dewiacje seksualne	55
Wnioski	57
<b>4. Biologiczne podstawy dewiacji seksualnych</b>	60
Biologia płci	60
Związek między stężeniem testosteronu a zachowaniami agresywnymi na tle seksualnym	64
Organiczne i czynnościowe uszkodzenia mózgu oraz schorzenia płata skroniowego	67
Alkohol a nadużycia seksualne	70
Depresja, natręctwa, parafilia i inne seksualne dewiacje	71
Wnioski	73
<b>5. Behawioralne i poznawcze spojrzenie na dewiacje seksualne</b>	77
Modele uczenia się w ujęciu behawioralnym	77
Czynniki poznawcze a zachowanie	81
Dyskusja	83

<b>6. Dewiacje seksualne w ujęciu psychodynamicznym</b>	86
Przegląd definicji (sformułowań) psychodynamicznych	86
Poglądy klasyków i rewizjonistów	86
Współczesne kierunki psychoanalityczne, szkoła relacji	91
Współczesne poglądy pluralistyczne	94
Krótki komentarz dotyczący specyficznych form dewiacji seksualnych	96
Kilka uwag o kazirodztwie	98
Fantazje a dewiacje seksualne	99
Konkluzja	101
<b>7. Metody klinicznej oceny dewiacji seksualnych</b>	104
Zwarty wywiad psychiatryczny	105
Dokładny wywiad seksuologiczny	106
„Psychodynamiczny” sposób zbierania wywiadu	109
Specjalistyczne testy psychologiczne	109
Badanie pletyzmograficzne prącia	110
Wnioski	112
<b>8. Leczenie dewiacji seksualnych</b>	115
Psychodynamiczne podejście do dewiacji	116
Poznawczo-behawioralne podejście do dewiacji	120
Techniki samokontroli	121
Opanowanie stresu	123
Przebudowa procesu poznania	123
Rehabilitacja społeczna	124
Wychowanie seksualne	125
Zapobieganie nawrotom dewiacji seksualnej	125
Organiczne aspekty leczenia dewiacji seksualnych	127
Aspekty rodzinne w leczeniu dewiacji seksualnych	128
Wnioski	129
<b>9. Integracyjne podejście do leczenia dewiacji seksualnych</b>	132
Dwuosiowe podejście do procesu leczenia	134
Elementy poznawczo-behawioralne	134
Celowane składniki psychodynamiczne w leczeniu dewiacji seksualnych	136
Integracja wieloczynnikowa (wieloosiowa)	137
<b>10. Zastosowanie praktyczne integracyjnych metod leczenia</b>	139
Pacjent z ciężką parafilią	140
Specjalny program leczenia	141
Pacjenci skierowani przez lekarza	142
Dewiacje ujawnione w procesie psychoterapii	148
Pacjent z umiarkowaną formą parafilii	151
Pacjent z łagodną formą parafilii	157
Dewiacje seksualne o przejściowym charakterze	160
Pacjent z seksualnymi zaburzeniami o charakterze kompulsywnym (nieparafilicznym)	161
Dewiacje seksualne kobiet	162
<b>11. Podsumowanie i wnioski</b>	164

## Wstęp

Tytuł tej książki „Sexual Perversion. Integrative Treatment Approaches for the Clinician” już sam w sobie wydaje się być problematyczny. Dwuznaczności zawsze cechują każdą dyskusję na temat czyichś przekonań, określających tzw. innych osobników jako chorych i/lub przestępców. Również sam fakt wprowadzenia określenia „pacjenci o zachowaniach dewiacyjnych” wywołuje medyczne, społeczne i prawne kontrowersje, którym towarzyszą takie odczucia, jak uprzedzenia, nieporozumienia i stany agresji. Do dnia dzisiejszego właściwie każde określenie znajdujące się w tytule książki może wywołać dyskusję, nie tylko co do definicji, ale również pytania, czy w ogóle można traktować badania nad zachowaniami dewiacyjnymi w kategoriach naukowego poznania. Termin „perwersja seksualna” (używany przez autorów książki w znaczeniu stosowanego w polskiej nomenklaturze określenia „dewiacje seksualne”, przyp. tłum.) ma znaczenie pejoratywne, ale ma również pewien aspekt historyczny. Przez całe wieki różne ludzkie zachowania seksualne były określane w różnych społeczeństwach jako „niemoralne, nienaturalne, nikczemne”, w skrócie „perwersyjne”. Słownik Webstera definiuje słowo „perwersyjny” jako „odchylający się od tego, co jest uważane za dobre i słuszne; zły, niewłaściwy itd. lub niegodziwy, nikczemny...” [(1), str. 1009]. Również słowo „parafilia” ma charakter pejoratywny w tym ujęciu, w którym zostało użyte w podręczniku „Diagnostyki i statystyki chorób psychicznych”, wydanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne [(2), (DSM-III-R)]. W słowniku Webstera definicja przedrostka „para-” jest następująca: „czynnościowo zakłócony, nieprawidłowy...” [(1), (str. 978)].

[Biorąc pod uwagę podobieństwa tych dwóch terminów zdecydowaliśmy się używać określenia „perwersja seksualna” z kilku powodów. Stoller pisał: „perwersja to twarde słowo, pełne skojarzeń, podczas gdy „parafilia” brzmi jak ciepłe kluchy” [(3), (str.6)]. Co więcej, ujmując rzecz historycznie, słowo „perwersja” zostało po raz pierwszy użyte przez Freuda w jego badaniach dotyczących podświadomych pragnień i psychicznej rzeczywistości.

Ponieważ będziemy przypatrywali się różnym procesom psychicznym, związanym z pojawieniem się dewiacyjnego zachowania seksualnego, określenie „perwersje” wydaje się najbardziej słuszne.]\*

Kim zatem jest osobnik o seksualnych zachowaniach dewiacyjnych? Niektórzy twierdzą, że elementy zachowań perwersyjnych są uniwersalną cechą ludzkiej natury, wynikiem archaicznych faz rozwojowych. Każdy osobnik przynajmniej okresowo miewa fantazje seksualne o cechach perwersji. Perwersyjne fantazje, w niektórych przypadkach również zachowania o charakterze dewiacyjnym, występują praktycznie u każdego. W rzeczywistości spotykamy je u różnych pacjentów, z którymi mamy kontakt w czasie naszej codziennej praktyki psychiatrycznej. Z drugiej strony jednak są i pacjenci „przeżarci” przez fantazje i zachowania o charakterze dewiacyjnym; najbardziej ekstremalne przypadki to osobnicy, których seksualne zachowania dewiacyjne łamią przyjęty porządek społeczny. Ci ostatni określane są mianem „wykorzystujących seksualnie” (seksual abusers). Jeśli wejdą w konflikt z prawem i zostaną zatrzymani, określa się ich mianem „przestępców” (sex offenders). W literaturze te dwie grupy pacjentów — z łagodnymi i przejściowymi inklinacjami w kierunku dewiacji oraz ci z bardziej kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi, którzy nadużywają seksualnie innych i dopuszczają się przestępstw na tle seksualnym — są traktowane w różnych kategoriach. Tak z punktu widzenia teoretycznego, jak i z punktu widzenia terapii są pewne pragmatyczne korzyści, skłaniające do uznania powyższych grup za osobne. Chociaż osobnicy z bardziej łagodną formą dewiacji seksualnych mogą mieć objawy również i innych nieprawidłowości psychologicznych, to jednak poddawani są leczeniu na zasadzie dobrowolnego zgłoszenia się na oddział. Natomiast osobnicy z drugiej grupy stają się pacjentami (często bardzo niechętnie) tylko wtedy, kiedy są do tego zmuszeni w sposób zgodny z prawem.

Chociaż istnieje uzasadnienie dla podziału na powyżej przedstawione dwie grupy — określając pierwszą, jako wykazującą jedynie objawy o charakterze dewiacyjnym, natomiast drugą mianem parafilii — to jednak autorzy tej książki uważają, że ten podział jest niepotrzebny i powoduje zawężenie dyskusji dotyczącej całej złożoności postępowania leczniczego w dewiacjach seksualnych. Chociaż autorzy z pewnością dostrzegają różnice, i to zarówno z punktu widzenia klinicznego, jak i teoretycznego, pomiędzy pacjentem o skłonnościach narcystycznych, który ma łagodne sadomasochistyczne fantazje, a pedofilem, to jednak są głęboko przeko-

\* Z uwagi na polską terminologię w tekście zdecydowano się na stosowanie terminów „dewiacje seksualne”, „parafilii” i niekiedy, historycznie, w ujęciu freudowskim — perwersja seksualna (przyp. tłum.).

nani, że można bardzo dużo zyskać przez integrowanie spostrzeżeń, koncepcji, opinii, odnoszących się do każdej z powyższych grup. I tak np. ci psychoterapeuci, którzy zajmują się bardziej „łagodnymi” formami dewiacji seksualnych, wykazujący większe skłonności do spojrzenia humanistycznego muszą być jednak również uwrażliwieni na takie zagadnienia, jak samokontrola, zagadnienia etyczno-prawne dotyczące nadużywania seksualnego, jak również problemy związane z udziałem organów ścigania i wymiaru sprawiedliwości. Z drugiej strony, ci specjaliści, którzy zawodowo zajmują się leczeniem przestępców o charakterze seksualnym, mogą zyskać poprzez zrozumienie, że dewiacje seksualne mają swoje korzenie głęboko w psychice człowieka, związane są z formowaniem się charakteru i niuansami w stosunkach interpersonalnych.

Niezależnie od nasilenia zachowań dewiacyjnych, niezależnie od miejsca i sytuacji, w których się ujawniają (prywatne biuro, instytucje państwowe), lecząc te zachowania musimy pamiętać o tzw. normatywnym zachowaniu seksualnym, głęboko zakorzenionym w sferze społecznej, moralnej, kulturowej, historycznej, a nawet politycznej. Wystarczy tylko wspomnieć o współczesnych debatach na temat homoseksualizmu, aby zrozumieć wpływ sfery społecznej i politycznej na zdefiniowanie tego, co określamy dewiacyjnymi zaburzeniami psychoseksualnymi (4). Nie ma chyba wątpliwości, że czynnik socjalny i kulturowy wpłynął (jeśli nawet jej nie ustalił) na definicję tego, co określane jest jako „normatywne” zachowanie seksualne i tego, co uznano za „dewiacyjne”. Możemy tutaj wspomnieć, że był taki czas, kiedy seks oralny był uważany za formę dewiacji seksualnej. Na przełomie minionego i obecnego stulecia uważano również, że masturbacja jest przyczyną wielu dewiacji seksualnych (5).

Co więcej, twierdzenie, że osobnicy o skłonnościach dewiacyjnych powinni podlegać leczeniu, jest twierdzeniem zupełnie współczesnym, które ciągle jeszcze budzi kontrowersje. Zagadnienia o charakterze polityczno-moralnym stają się znowu niezwykle ważnym elementem w procesie leczenia. I tak, biorąc pod uwagę moralny punkt widzenia, nie usłyszymy słów domagających się surowej kary dla niektórych przestępców. Ale jednocześnie słyszymy z wielu miejsc apele o zwiększenie surowości kary dla osób zmuszających dzieci do praktyk seksualnych. Z punktu widzenia polityki seksualnej również spotykamy się z krytyką naszych prób leczenia dewiacji seksualnych. Krytycy ci, wśród których jest wielu przedstawicieli mniejszości seksualnych, bronią prawa do bycia różnymi i wolnymi w swoich praktykach seksualnych; nie chcą być uważanymi za chorych, a wielu z nich widzi rolę psychiatry w kontekście swoistej kontroli społecznej.

Nawet ci psychoterapeuci, którzy zasadniczo zgadzają się z twierdzeniem o konieczności leczenia dewiacji seksualnych, skłaniają się do

tego, żeby poddawać leczeniu jedynie „niegroźne” formy zaburzeń seksualnych, jak np. fetyszizm, a z zupełnie niezrozumiałych względów bronią się przed leczeniem parafilii czy innych form dewiacji, pociągającej za sobą ofiary (np. pedofilia). Ten opór ze strony terapeutów uwypukla takie problemy, jak: udział czynnika trzeciego, w tym wypadku organów ścigania i/lub władzy sądowniczej, jak również konieczność bliskiej współpracy terapeuty z sądem i wydziałami prewencji. Ten ostatni problem jest szczególnie istotny, ponieważ powoduje konieczność odejścia od klasycznego, dualistycznego modelu terapeuty-pacjent, zapewniającego pacjentowi całkowitą dyskrecję. Niechęć psychoterapeutów do udziału w terapii potencjalnie niebezpiecznych pacjentów o skłonnościach dewiacyjnych jest często maskowana przez wyrażanie sceptycyzmu co do skuteczności postępowania terapeutycznego w tej populacji.

W podsumowaniu: postępowanie terapeutyczne w stosunku do osób o skłonnościach do dewiacji seksualnych pozostaje w ścisłym związku z czynnikami socjokulturowymi, moralnymi, etycznymi, prawnymi, politycznymi. Stawia to przed klinicystą wyjątkowe wymagania: każe mu ogarnąć całą złożoność poszczególnych czynników. Celem tej książki jest przedstawienie zwartego zestawienia poglądów dotyczących podstawowych zagadnień, związanych z leczeniem osób z dewiacjami seksualnymi. Ze względu na złożoną naturę tych schorzeń, szczególnych warunków, w jakich odbywają się spotkania pacjent-lekarz i całej oprawy społecznej, w której funkcjonuje psychoterapeuta, jest rzeczą niezwykle ważną, aby był on świadomy i umiał posługiwać się różnymi metodami terapeutycznymi. Ta książka przeto lansuje też o integracyjnym, wielodyscyplinarnym podejściu do leczenia dewiacji seksualnych. Napisana jest z myślą o ogólnie praktykujących psychoterapeutach, którzy mogą napotkać pacjentów z dewiacjami seksualnymi, jak również z myślą o terapeutach, specjalizujących się w leczeniu zaburzeń seksualnych.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Neufeld V, Guralnik DB, eds. *Webster's New World Dictionary of American English*. Third College Edition. New York, NY: Simon & Schuster; 1991.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*. 3rd ed, revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
3. Stoller RJ. *Observing the Erotic Imagination*. New Haven, Conn: Yale University Press; 1985.
4. Bayer R. *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1987.
5. Engelhardt JHT. The disease of masturbation: values and the concept of disease. *Bull Hist Med*. 1974; 48:234—248.

## 1. Krótka historia dewiacji seksualnych

---

Historia dewiacji nierozłącznie związana jest z historią seksualności. W przeciwieństwie do rozwoju różnych postaw społecznych w stosunku do seksualności na przestrzeni lat, badania nad seksualnością człowieka były długo niedostrzegane przez historyków. Dopiero w ostatnich latach seksualność stała się przedmiotem poważnych badań (1). Patrząc od strony historycznej wyraźnie widzimy, że problem dewiacji (do czasów Freuda określanymi jako perwersje, przyp. tłum.) stanowił ciemną stronę seksualności i zwykle był to temat tabu. Postrzegane jako wcielenie diabła, dewiacyjne zachowanie seksualne traktowane było jako objaw zepsucia, jako niemoralne, obrzydliwe, grzeszne, sprzeczne z obowiązującym prawem i w tym rozumieniu — zasługujące na surową karę. W czasach znacznie późniejszych zaczęto uważać je za nienormalne, patologiczne. Jednakowoż nawet tak uznany badacz jak Krafft-Ebing (2), w swoim dziele o dewiacjach, akty seksualne określał terminami łacińskimi, najprawdopodobniej nie chcąc urazić opinii ówczesnego społeczeństwa. Dopiero w pół wieku później można zauważyć zmianę społecznego nastawienia w stosunku do dewiacji seksualnych.

Dla uproszczenia, spójrzmy na historię dewiacji seksualnych od strony historycznej i współczesnej. Podział taki zaproponował Robinson (3) w swoich pismach dotyczących zachowań seksualnych u ludzi. Pierwszy okres dotyczy historii dewiacji seksualnych, kiedy jeszcze pozostawały one w ścisłym związku z tradycjami społecznymi (religie, mitologia, kultura, piśmiennictwo, obowiązujące prawodawstwo). W drugim okresie, rozpoczynającym się w połowie XIX wieku, dewiacje rozpatrywano na podstawie antropologii, medycyny, psychiatrii, psychoanalizy i seksuologii. Tak więc współczesna historia dewiacji seksualnych jest związana z rozwojem psychologii, nauk socjologicznych i współczesnego rozwoju prawodawstwa karnego.

## Historyczne podejście do dewiacji

Bullough (4) w zwięzłym szkicu pt. „Odchylenia seksualne w społeczeństwie i historii”, wydanym w 1976 r., opisuje główne „przednaukowe” spojrzenia na różne przejawy „nieprawidłowej” seksualności. Autor ten cytuje biblijne źródła starożytnego judaizmu, opisując nienormalne formy zachowań seksualnych, takie jak homoseksualizm, sadomasochizm, transwestytyzm i onanizm. Równocześnie Bullough zauważa, że starożytni Grecy byli znacznie bardziej tolerancyjni w stosunku do różnych praktyk seksualnych, pod warunkiem, że nie zagrażały one życiu rodzinnemu. Przejawy homoseksualizmu były wszechobecne: mężczyźni grali kobiece role w teatrze, przebieranie się w stroje płci przeciwnej było nieodłącznym atrybutem festiwali dionizyjskich; zachowania sadomasochistyczne włączano w niektóre ceremonie religijne, okrucieństwo było motywem bajek i romansów, a seksualne związki pomiędzy mężczyzną a chłopcem były traktowane jako normalny etap rozwoju. Licht (5) zwraca uwagę jednak, że dla Greków „chłopiec” w rzeczywistości oznaczał seksualnie dojrzałego lub dojrzewającego partnera. Co więcej, zmysłowy związek pomiędzy dorosłym mężczyzną i dzieckiem nie miał większego znaczenia. Dla Greków miłość do chłopców miała swoje „korzenie w bezprzykładnej apoteozie męskiego charakteru i roli mężczyzny w publicznym i prywatnym życiu” (6). Określenie „pederastia” wywodzi się ze zlepku dwóch greckich słów: „chłopiec”, „miłość”; w starożytnej Grecji określenie to miało charakter wyłącznie pejoratywny.

„Praktyki pederastyczne” zostały przeniesione do wczesnego Rzymu, gdzie uznawano je za normalne zachowania seksualne. Juliusz Cezar, twórca Imperium Rzymskiego, łączył praktyki heteroseksualne z homoseksualnymi. W tym kontekście od samego początku chrześcijaństwo — dopuszczające seks tylko dla celów prokreacji — było traktowane jako religia restryktywna, nie tylko ograniczająca formy współżycia seksualnego, ale również rodzaje pozycji seksualnych (kobieta na plecach, mężczyzna na kobiecie). Kościół piętnował wszelkie inne formy aktywności seksualnej, uznając je za grzeszne; nawet najmniejsze odchylenia od nakazanej formy współżycia seksualnego były traktowane jako perwersja (7). Św. Augustyn, który wywarł duży wpływ na oficjalne stanowisko Kościoła, wierzył, że „seks w jesieni życia jest złem, ponieważ interferuje ze spokojem uczonego i medytacją” [Św. Augustyn (przypis 8, str. 48)]. Był on zwolennikiem całkowitej abstynencji, ale uważał, że mężczyzna, który nie może powstrzymać się od życia seksualnego, powinien się ożenić. Małżeństwo dla Augustyna miało 3 główne zadania: „prokreację, wierność i sakrament”.

Względność definicji dewiacji seksualnej najlepiej można zrozumieć porównując poglądy św. Augustyna z oficjalnym stanowiskiem średniowiecznego islamu. Islam był tolerancyjny w stosunku do homoseksualizmu, sadomasochizmu, transwestytyzmu czy też stosunków analnych. Na Zachodzie, we wczesnym średniowieczu, dominowały tendencje potępiające zachowania seksualne nie zmierzające do prokreacji. Jedyną formą dewiacji seksualnej, która mogła liczyć na tolerancję, był kobiecy transwestytyzm. Prawdopodobnie ta forma dewiacji zyskała pewien stopień akceptacji ze względu na dominującą pozycję mężczyzn.

Późniejsze nastawienie społeczeństwa średniowiecznego wobec dewiacji seksualnych charakteryzowało się dużymi sprzecznościami. Generalnie odstępstwa seksualne były ostentacyjnie potępiane i traktowane jako herezje, a ci, którzy się ich dopuszczali, byli karani. Równocześnie niektóre grupy społeczne, w których występowały nienormalne zachowania seksualne, nie były prześladowane.

Sussman (9) opisuje okres zmiany społecznego nastawienia w sprawach seksualizmu i moralności w stosunku do armii, osiągający punkt kulminacyjny w 1840 r. w momencie ugruntowania się epoki wiktoriańskiej. W epoce tej represja i zaprzeczenie determinowały społeczne spojrzenie na sprawę życia seksualnego. I tak np. onanizm był prawdziwą obsesją w epoce wiktoriańskiej. Niemalą rolę odegrał tu urolog William Acton, który wierzył, że onanizm jest przyczyną niewyobrażalnych chorób. Jednak za fasadą epoki wiktoriańskiej rozwijała się seksualna subkultura, znajdująca swoje odbicie w wysokim odsetku urodzeń ze związków pozamażeńskich, powszechności zjawiska prostytucji i pornografii (włączając w to sugestywny tytuł „Moje intymne życie”, opublikowany anonimowo przez wiktoriańskiego dżentelmena) oraz wybuchających co jakiś czas skandalach towarzyskich. Jednym z najbardziej znanych przykładów „podwójnego” intymnego życia z czasów epoki wiktoriańskiej są opisy z życia premiera rządu z czasów panowania królowej Wiktorii, Williama Gladstone’a. W jego opublikowanym w 1975 r. dzienniku czytamy, że w latach 1840—1854 ten niezwykle wpływowy polityk i ceniony doradca królewski często odwiedzał domy publiczne i biczował się. Gladstone nie był wyjątkiem; biczowanie traktowano na kontynencie jako „angielskie zło”. Artyści często malowali sceny biczowania; było ono więc często praktykowane w represyjnym społeczeństwie wiktoriańskiej Anglii.

W kolonialnej Ameryce podejście do seksu, zgodnie z tym, co podaje Bullough (4), znajdowało się pod silnym wpływem purytanizmu. Jakakolwiek forma aktywności seksualnej nie mająca na celu prokreacji, ze

szczególnym uwzględnieniem homoseksualizmu, spotykała się z powszechnym potępieniem. To nastawienie przetrwało aż do okresu rewolucji.

Wracając do literatury należy wymienić dwa nazwiska związane z dewiacjami seksualnymi. Są to: markiz de Sade i Leopold von Sacher-Masoch. Donatien-Alfonse-Francois, Markiz de Sade, urodził się 2.06.1740 r. w arystokratycznej rodzinie francuskiej. Był on ciągle aresztowany za wywoływane przez siebie skandale seksualne. Do jego głównych dzieł, z których większość była napisana w więzieniach i miejscach odosobnienia, gdzie spędził połowę swojego dorosłego życia, zaliczamy: „Sto i 20 dni Sodomy”, „Adwersaże Virtue, Justyny i Julii”. W dziełach tych de Sade opisuje z graficzną dokładnością takie sadystyczne formy perwersyjnego zachowania, jak chłostanie, tortury, okaleczanie kobiet. W 1803 r. de Sade został przeniesiony do miejsca odosobnienia dla psychicznie chorych w Charenton, gdzie udało mu się wystawić na scenie swoje sztuki. Tam też zmarł 2.12.1814 r. Również Napoleon i Józefina zostali zaatakowani przez Sade'a, w utworze „Zoloe et ses Deux Acolytes”. Napoleon osobiście pilnował, aby Sade był pozbawiony możliwości zmiany miejsca pobytu (11). Gonzales Crussi (12) wierzy, że Napoleon chciał, aby Sade, którego uważał za człowieka bardzo niebezpiecznego, nie tylko nie mógł przemieszczać się, ale by był również pozbawiony możliwości wypowiedzania się. I chociaż jest wątpliwe, czy rzeczywiście ktokolwiek uważał Sade'a za nieuleczalnie chorego, to jednak wszyscy byli zgodni, że istniała konieczność odizolowania go od reszty społeczeństwa dla jego własnego bezpieczeństwa.

Leopold von Sacher-Masoch, urodzony w Galicji 27.01.1836 r., był austriackim pisarzem, cieszącym się umiarkowaną sławą za książki dotyczące życia w jego rodzinnych stronach. Później zaczął pisać na tematy erotyczne i perwersyjne. Jego najbardziej popularną nowelą jest „Wenus w futrze”, opublikowana w 1870 r. W książce tej autor opisuje z dokładnością, nie omijając najmniejszego szczegółu, uciemiężenie i sponiewieranie głównego bohatera Seweryna przez dominującą dręczycielkę, która ubrana w futro i buty biczuje go. Krafft-Ebing (2), znawca twórczości tych dwóch autorów, wprowadził określenia sadyzm i masochizm do opisu perwersyjnego seksualnego zachowania, związanego z odczuwaniem seksualnej przyjemności z zadawania bólu w przypadku sadyzmu i odczuwania przyjemności z doznawania bólu w masochizmie.

Odnosnie do uregulowań prawnych co do dewiacji seksualnych należy podkreślić, że kary były niezwykle surowe; np. przed rewolucją francuską za sodomie we Francji groziła kara śmierci przez spalenie. Surowość tych

praw została złagodzona poprzez wprowadzenie Kodeksu Napoleońskiego w 1810 r. Kodeks ten traktował odchylenia seksualne jako przestępstwa tylko wtedy, gdy wywoływały one publiczne zgorszenie lub pociągały za sobą akty przemocy. W szczególności karalne były kontakty seksualne z dziećmi. Kodeks Napoleoński był z mniejszymi lub większymi poprawkami przyjęty w wielu krajach Europy, z wyjątkiem Anglii, która w dalszym ciągu pozostawała pod wpływem poglądów sir Williama Blackstone'a. W myśl tych poglądów wszyscy biorący udział w praktykach dewiacyjnych działali wbrew naturze i musieli ponieść karę.

### Współczesne poglądy na temat dewiacji seksualnych

Współczesne próby badań nad dewiacjami seksualnymi mogą być podzielone zasadniczo na 5 głównych nurtów:

1. Opisowy, określany jako medyczno-psychiatryczny, został zainicjowany w końcu XIX stulecia.

2. Dwa późniejsze, zwane seksuologicznym i psychoanalitycznym, pochodzą z początku XX wieku i wciąż pozostają aktualne.

3. Czwarty nurt, nazywany psychotechnologicznym, wykorzystuje najnowsze zdobycze nauk behavioralnych, psychofizjologii uczenia się oraz fizjologii wyższych czynności nerwowych; burzliwy rozwój tych gałęzi wiedzy przypada na ostatnie lata.

4. Ostatnim nurtem jest nurt zwany „socjopolitycznym”, kierunek, który gwałtownie rozwinął się w ciągu ostatnich 25 lat.

Socjopolityczne spojrzenie na dewiacje seksualne pozostaje w ścisłym związku ze współczesnymi trendami prawodawstwa i postępowania karnego.

### Medyczno-psychiatryczny (opisowy) kierunek badania dewiacji seksualnych

W 1896 roku Richard von Krafft-Ebing (2) opublikował książkę pt. „Psychopathia Sexualis”. Dzieło to należy do klasyki literatury dotyczącej psychopatologii życia seksualnego. Krafft-Ebing daje tu przegląd seksualnych dewiacji, poczynając od fetyszyzmu do przerażających sadystycznych okaleczeń. W dziele tym autor zawarł przypadki, z którymi zetknął się w czasie swojej wieloletniej praktyki sądowniczej. Dewiacje seksualne opisane przez Kraffta-Ebinga zostały przedstawione w sposób przypadkowy. Autor nie podjął próby ich klasyfikacji i tak obok stosunkowo „niewielkich” odchyień seksualnych występują opisy odrażających aktów

przemocy. Krafft-Ebing był zwolennikiem poglądu, że dewiacje seksualne są wynikiem wrodzonych predyspozycji i tym samym wyrazem nieuleczalnego procesu chorobowego. Autor ten uważał, że czynnikiem wyzwającym dewiacje seksualne mógł być na przykład onanizm, spotykany wg niego często u osobników charakteryzujących się nikczemnością charakteru. Mimo że Krafft-Ebing był pionierem opisowego nurtu dewiacji seksualnych, włączając homoseksualizm, i tym samym stworzył podwaliny dla dyskusji dotyczącej tych zaburzeń, to jednak w swoich pracach popełnił wiele błędów. Jego koncepcja, że onanizm jest przyczyną wszystkich dewiacji seksualnych, łącznie z homoseksualizmem i morderstwami z lubieżności (13), jak również brak próby zróżnicowania całej gamy opisanych przez niego dewiacji seksualnych, wywarły ogromne wrażenie na czytelnikach. Wpływ dzieła Kraffta-Ebinga na opisową psychiatrię i pojęcie zdrowia psychicznego, a tym samym na całe społeczeństwo, był znaczący. W tym miejscu należy wspomnieć, że Krafft-Ebing był profesorem psychiatrii na uniwersytecie w Wiedniu, zajmował więc stanowisko o niezwykle prestiżu. Był on jednym z trzech uznanych profesorów wiedeńskich, którzy pomogli Zygmunutowi Freudowi uzyskać stanowisko docenta na tymże uniwersytecie (14). Dopiero ostatnio podjęto próby oddzielenia w treści dzieł Kraffta-Ebinga rzeczywistej informacji od pesymistycznej interpretacji autora. Te próby stały się możliwe w chwili, gdy zrozumiano, że stwierdzenia typu „nieuleczalny proces degeneracyjny”, czy też „degeneracja charakteru”, wynikały z obowiązującego wówczas archaicznego modelu myślenia medycznego, a nie były własną interpretacją autora.

### Kierunek seksuologiczny

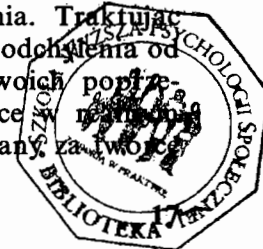
Próby kompleksowego spojrzenia na zachowania seksualne w całej ich różnorodności, a nie tylko ograniczanie się do zachowań dewiacyjnych, dały początek kierunkowi, który określono mianem seksuologii. Przedstawiciele tego kierunku usiłowali uświadomić intelektualistom i społeczeństwu całą złożoność zachowań seksualnych.

W 1918 r., w Berlinie, Magnus Hirschfeld założył instytut nauk seksuologicznych. Wydał on wiele prac o seksualności człowieka, koncentrując się głównie na takich dewiacjach, jak homoseksualizm, masochizm, fetysyzm i ekshibicjonizm. Jest on również twórcą terminu „transwestytyzm”. Terminem tym określał skłonność do noszenia strojów płci przeciwnej. Najważniejszym jednak odkryciem Hirschfelda jest zwrócenie uwagi na związek między hormonami a seksualnością. Poglądy te przed-

stał w swojej teorii o fazach seksualności. Hirschfeld uważał, że wszystkie seksualne anomalie są wynikiem „nieprawidłowego rozwoju”. Odrzucając teorię „jedności psychofizycznej” [(15), (str. XIV)] „wykorzystywał osiągnięcia szkoły psychoanalitycznej do analizy anomalii seksualnych na podłożu fizjologicznym” (str. XIV).

W Anglii czołowym przedstawicielem kierunku seksuologicznego był Henry Havellock Ellis. Jego długie życie przypadało na koniec XIX wieku i pierwsze trzy dekady XX. Robinson (3) niedwuznacznie uważa Ellisa za czołową postać nurtu „nowoczesnej seksualności”. Brecher (13) opisuje, że Ellis w okresie dojrzewania nie onanizował się, ale zamiast tego doświadczał obfitych wytrysków nasienia podczas snu, co najmniej raz w tygodniu, którym nie towarzyszyło uczucie orgazmu. Stało się to dla niego źródłem lęków, ponieważ mimowolny wyciek nasienia (*spermatorrhea*) był wówczas uważany za przyczynę wielu ciężkich schorzeń. Doświadczając na samym sobie obciążenia poglądami wyniesionymi jeszcze z wiktoriańskiego dzieciństwa, Ellis zdecydował się zostać lekarzem nie po to, aby poświęcić się praktyce, ale by zdobyć dostateczną wiedzę dotyczącą nekających go problemów. W 1896 r. w Niemczech wydano jego wybitne dzieło pt. „Badania nad psychologią seksu” (16). W 1897 r. ukazała się angielska edycja tej książki. Ellis nie ustawał w pracach nad udoskonaleniem i rozszerzeniem swego dzieła i w 1936 r. opublikował najnowszą wersję, na którą złożyły się 32 niezależne studia.

Dzieło to stanowi podwaliny nowoczesnej wiedzy o seksualności człowieka. Wybrane przykłady z obserwacji Ellisa ilustrują wpływ myśli autora na rozwój współczesnych poglądów dotyczących tej sfery życia. I tak Ellis pisał, że zachowania seksualne i reakcje seksualne występują już w bardzo wczesnym okresie życia. Ponadto stwierdził, że onanizm jest powszechnym zjawiskiem w każdym wieku, niezależnie od płci. Równie znaczącym odkryciem Ellisa było stwierdzenie, że „homoseksualizm i heteroseksualizm nie mogą być rozpatrywane w czarno-białych kategoriach, natomiast współistnieją one w różnym stopniu...” [(13), (str. 37)]. Pomimo że jego obserwacje krytykowano jako impresjonistyczne i humorystyczne, to jednak nie można zaprzeczyć, że wniósł on ogromny wkład w zmianę sposobu postrzegania dewiacji seksualnych. Nie rozpatrywał ich w kategoriach norm moralnych i prawnych, zrywając tym samym z dotychczasowym torem myślenia. Traktując onanizm czy też homoseksualizm jako naturalne i łagodne odchylenia od normy (nieszkodliwe), stanął w otwartej opozycji do swoich poprzedników. Przejawy seksualności człowieka znalazły miejsce w światłym świecie ludzkich zachowań. Ellis słusznie zatem jest uważany





i pioniera, który zmienił nastawienie zachodniej cywilizacji do problemów seksualności człowieka.

Nie sposób przy omawianiu seksuologii pominąć znaczenia dzieł Kinseya i jego szkoły. Kiedy w 1938 r. poproszono Alfreda Kinseya, profesora zoologii na uniwersytecie w Indiana, aby koordynował kursy małżeńskie, przeznaczone dla studentów Uniwersytetu, odkrył on, że brak jest rzetelnych badań, mogących stworzyć merytoryczną podstawę, na której można by oprzeć taki kurs. Wrócił on wtedy pamięcią do swoich poprzednich doświadczeń, kiedy to systematycznie gromadził dane na temat owadów, i ponownie, jak przed laty, postanowił na własną rękę zdobyć jak najwięcej informacji o zachowaniach seksualnych ludzi. Przeprowadzając osobiste wywiady już w pierwszym roku zebrał 350 historii z życia seksualnego swoich studentów. Nadal modyfikował i rozbudowywał ankietę, która w końcu składała się z 350-521 punktów. Kinsey i jego współpracownicy w rozdziale II książki zatytułowanej „Zachowania seksualne mężczyzn” (18), opublikowanej w 1948 r. szczegółowo opisali stosowane przez nich techniki zbierania wywiadów. Przedstawili również dane pochodzące od 5300 ankietowanych przez nich mężczyzn rasy białej. W 1953 r. ukazała się książka tych samych autorów pt. „Zachowania seksualne kobiet”. Przedstawiono w niej statystyczną analizę 5941 ankiet wypełnionych przez białe kobiety. Te dwa dzieła Kinseya i współautorów stanowią punkt odniesienia dla wszystkich późniejszych prób analizy szerokiego spektrum zachowań seksualnych człowieka. W odróżnieniu od poprzednich badaczy grupa Kinseya postawiła jasno sprecyzowane pytania, dotyczące specyficznych rodzajów doświadczeń seksualnych, ich występowania i częstotliwości.

Dane przedstawione w pracach Kinseya niezbicie wykazały, że praktyki seksualne, traktowane poprzednio jako marginalne — włączając *fellatio cuningulus*, jak również stosunki pozamałżeńskie i homoseksualne, są bardziej rozpowszechnione niż dotychczas uważano. Co więcej, badania Kinseya udowodniły, że heteroseksualność i homoseksualność nie mogą być traktowane jako dwa różne wzorce zachowań seksualnych. Odwrotnie, autorzy argumentowali, że heteroseksualno-homoseksualne doświadczenia stanowią pewne continuum, które może być opisane umowną skalą od 0 (wyłącznie heteroseksualność) do 6 (wyłącznie homoseksualność). Zależy to od indywidualnej aktywności. Wśród odkryć Kinseya największym zaszczeniem dla społeczeństwa amerykańskiego, jak również podstawą do zmiany myślenia o zachowaniach seksualnych, były następujące obserwacje:

1. Około 37% mężczyzn miało stosunek homoseksualny zakończony orgazmem pomiędzy okresem dojrzewania a wiekiem dorosłym.

2. Około 8% mężczyzn pozostaje w związkach czysto homoseksualnych.

3. Około 50% mężczyzn nigdy nie miało doświadczeń homoseksualnych po okresie dojrzewania.

Dane te jasno pokazały różnorodność zachowań seksualnych. W następnym etapie Kinsey i współpracownicy rozpoczęli ankietowanie więźniów odbywających kary za przestępstwa na tle seksualnym. Po śmierci Kinseya w 1956 roku prace te kontynuowali pracownicy Instytutu Badań nad Zachowaniami Seksualnymi Uniwersytetu Indiana (Gebhard i wsp.). Ostatecznie badaniami objęto 1356 białych mężczyzn, którzy łącznie popełnili 2274 przestępstwa. Wśród nich było 888 białych więźniów skazanych za pospolite przestępstwa. Grupę kontrolną stanowiło 477 białych mężczyzn. Wyniki tych badań opublikowano w 1976 r. w pracy „Przestępcy na tle seksualnym: analiza osobowościowa” (20).

Autorzy podjęli próbę porównania grupy przestępców z grupą kontrolną. Analiza ankiet wykazała, że grupa przestępców seksualnych jest niehomogenna i może być podzielona na podgrupy różniące się określonymi cechami. Autorzy podkreślili fakt, że nie istnieją specyficzne cechy charakterologiczne odróżniające przestępców na tle seksualnym od innych badanych grup.

### Kierunek psychoanalityczny

Zygmunt Freud, twórca psychoanalizy, postrzegał seksualność jako klucz do zrozumienia ludzkiej natury i zaburzeń psychicznych. Jego badania dotyczące seksualności są pierwszym głębokim studium poruszającym takie aspekty, jak wczesne okresy rozwoju czy też przemiany i znaczenie seksualności w różnych zjawiskach psychologicznych. W „3 esejach o teorii seksualności” (21) Freud opisuje dewiacje jako zjawisko fizjologiczne dla wieku niemowlęcego — przejawiające się przedgenitalną aktywnością, będącą wyrazem niecałkowicie rozwiniętej i zintegrowanej seksualności. W ujęciu Freuda zatem dewiacje mogą być traktowane jako przeniesienie infantrylnych zachowań seksualnych do okresu dorosłości. Potraktowanie przez Freuda dewiacji w kategoriach fazy rozwoju osobniczego było na owe czasy przełomem. Podejście to miało nie tylko charakter opisowy, ale również wytyczało kierunki postępowania terapeutycznego. Fakt ten odróżniał spojrzenie Freuda na dewiacje od wcześniejszych poglądów, które ujmowały to zjawisko wyłącznie w kategoriach moralnych.

Dalszy rozwój psychoanalizy rozwinął wiedzę dotyczącą dewiacji w klasycznym ujęciu freudowskim, kładąc szczególnie nacisk na rolę instynktów.

Tak zasadnicze aspekty ludzkich zachowań, jak potrzeba bliskości, określenia własnej tożsamości zaczęto rozważać w kontekście powstawania dewiacji. Największą zasługą kierunku psychoanalitycznego było ujęcie dewiacji w kategoriach rozwojowych i terapeutycznych.

### Kierunek psychotechnologiczny

W ostatnim 25-leciu pojawiły się próby zastosowania nowoczesnych technik diagnostycznych i terapeutycznych do badania zachowań seksualnych człowieka; wykorzystano techniki behavioralne, teorię uczenia się oraz inne metody stosowane przez współczesną psychologię. Główny nacisk położono na uzyskanie danych poprzez monitorowanie zachowań seksualnych poddających się obiektywnej obserwacji i podlegających kwantyfikacji. Podobnie jak Pomeroy (17) Kinsey usiłował uzyskać bezpośrednią wiedzę na temat różnorodnych aspektów zachowań seksualnych. Z powodu oczywistych ograniczeń jego badania miały jednak charakter wyrwykowy. Obserwacje grupy Kinseya, dotyczące tak aspektów anatomicznych, jak i czynnościowych, zostały przedstawione w rozdziałach „Anatomia reakcji seksualnych i orgazmu” i „Fizjologia reakcji seksualnych i orgazmu”. Rozdziały te były częścią obszernego dzieła dotyczącego zachowań kobiecych. Pomeroy podkreśla, że zastosowanie przez Kinseya bezpośrednich obserwacji zachowań seksualnych, jak również analiza dokumentacji filmowej, zainspirowały późniejsze badania Mastersa i Johnson. Masters i Johnson dzięki swojej wytrwałości dostarczyli olbrzymiej ilości faktów dotyczących reakcji seksualnych człowieka. Stosując bezpośrednie obserwacje i rejestracje filmowe, stworzyli podwaliny fizjologii reakcji seksualnych. Wyniki swoich wieloletnich badań opublikowali w książce „Reakcje seksualne człowieka” (22) w 1966 r. Cztery lata później Masters i Johnson publikują swoją drugą książkę „Niedo-stosowanie seksualne człowieka” (23). W tej ostatniej książce opisują zastosowanie oryginalnych terapeutycznych metod w leczeniu takich zaburzeń seksualnych, jak przedwczesny wytrysk, impotencja i zaburzenia orgazmu. Masters i Johnson opisując nowe metody terapii zaburzeń seksualnych kładą nacisk na fakt, że terapia powinna dotyczyć obojga partnerów.

Bezpośrednie i obiektywne obserwacje prawidłowych zachowań seksualnych zaczęto stosować do badań nad zachowaniami dewiacyjnymi.

Kliniczna ocena dewiacji seksualnych oparta na wywiadzie została rozszerzona o specjalistyczne ankiety i testy, pozwalające na bardziej obiektywne zdefiniowanie fantazji seksualnych o charakterze dewiacyjnym. Wśród nowych technik diagnostycznych największe uznanie zyskało zastosowanie urządzeń pomiarowych, służących do detekcji erekcji w warunkach laboratoryjnych, w odpowiedzi na symulowane bodźce seksualne. Taką metodę w diagnostyce dewiacji zaproponował Freund w latach 1950-1960 (24). Stosowane techniki terapeutyczne ograniczały się do samokontroli i psychoterapii treningowej. Generalnie zalecano terapię grupową (25).

Chociaż nie ma naukowego dowodu, że podwyższone stężenie testosteronu jest przyczyną dewiacji seksualnych, to jednak próbowano w leczeniu dewiacji stosować medroksyprogesteron (MPA, Depo-Provera), lek zmniejszający stężenie testosteronu i napęd seksualny (26). Obecnie niektórzy badacze przeprowadzają próby kliniczne leczenia dewiacji seksualnych stosując łącznie leki zmniejszające stężenie androgenów i techniki psychoterapeutyczne (terapia poznawczo-behavioralna i psychodynamiczne podejście w zintegrowanym, wielokierunkowym modelu). Celem takiego leczenia jest umożliwienie pacjentowi osiągnięcia większej kontroli (jeżeli już nie zupełne wyeliminowanie) nad jego dewiacyjnymi potrzebami seksualnymi.

### Kierunek socjopolityczny

Podczas gdy zwolennicy psychoanalizy traktują dewiacje seksualne jako pochodną procesów toczących się w podświadomości, to zwolennicy kierunku psychosocjologicznego widzą u podłoża dewiacji seksualnych dynamiczne zjawiska socjologiczne, a nawet polityczne. Kierunek socjopolityczny podkreśla względność pojęcia dewiacji argumentując, że pojęcie normy seksualnej jest uwarunkowane społecznie. Chasseguet-Smirgel (27) pisała: „pierwiastek dewiacji tkwi w każdym z nas i może być wyzwolony, jeśli zaistnieją sprzyjające ku temu warunki (str. 1).

Autorka podkreśla, że „dewiacje i zachowania dewiacyjne ujawniają się szczególnie często w tych okresach historycznych, w których zachodzą duże zmiany społeczne lub polityczne” (str. 1). Ujmując rzecz historycznie określone społeczeństwa (np. Niemcy hitlerowskie) nie tylko sankcjonowały zachowania sadystyczne, lecz wręcz przyzwalają na nie w imię ideologii faszystowskiej. Społeczne nastawienie, jak również określone systemy polityczne, mogą przeto sankcjonować zachowania, które w innej sytuacji

społeczno-politycznej jednoznacznie określane są mianem dewiacji. W latach 60 obecnego stulecia wraz z rozwojem ruchu na rzecz praw kobiet zaczęły pojawiać się coraz ostrzejsze głosy domagające się surowej karalności za gwałt. Largen (28) pisał: „Gwałt jest uniwersalnym problemem dotyczącym wszystkich kobiet, nie może zatem być on rozpatrywany jedynie w kategoriach jednostki... gwałt jest wynikiem układów społecznych i politycznych, dyskryminujących kobiety” (str. 4). Ten sam autor pisze dalej, że gwałt jest sytuacją, przed którą kobieta musiała się bronić przez całe wieki. Largen cytuje również Brownmillera (29), który łączył gwałt „z wojną, jak również z walką klas” [(28), (str. 4)]. W badaniach zjawiska seksualnego wykorzystywania dzieci Rush (30) była pierwszą feministką, która wskazała na typ ojca o skłonnościach kazirodczych. Autorka ta pisała, że historia współczesnego świata to historia dominacji mężczyzny nad kobietami i dziećmi. Autorka ta pisze dalej: „niejako godzimy się na seksualne wykorzystywanie dzieci. Seksualne wykorzystywanie dzieci nie jest zjawiskiem, które powstało z niczego, wręcz przeciwnie, zakorzenione jest w głębokiej przeszłości i przeniknęło do naszego codziennego życia” (str. 15). Społeczne zmiany pociągają za sobą również transformację poglądów na temat kryteriów moralnych. Najlepszym tego przykładem jest ewolucja poglądów na temat związków przedmażeńskich.

Obecne ruchy społeczne, takie jak ruch na rzecz praw kobiet, wolności seksualnej czy też praw dla homoseksualistów, walczą o zmianę obowiązujących obecnie norm moralnych. Zatrzymajmy się przy homoseksualizmie. Bayer (31) pisze, że w czasie niepokojów społecznych w latach sześćdziesiątych ugrupowania homoseksualistów rozpoczęły intensywną akcję propagandową, która zakończyła się w 1973 r. usunięciem z oficjalnej terminologii psychiatrycznej USA słowa „dewiacja seksualna” w stosunku do zachowań homoseksualnych. W trzecim wydaniu podręcznika „Diagnostyka i statystyka chorób psychicznych” (32), wydanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, przy hasle „homoseksualizm” nie pojawia się słowo „dewiacja”. Bayer udowadnia, że chociaż zorganizowana działalność propagandowa grup homoseksualistów odegrała istotną rolę, to jednak ostateczny sukces całej akcji zależał od innych okoliczności, włączając w to rozłam wśród samych psychiatrów. Mimo że Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne uważa, że homoseksualizm nie jest zaburzeniem psychicznym, to jednak fakt ten w niczym nie wpłynął na negatywne nastawienie społeczeństwa do tego zjawiska. W posłowie do swojej książki Bayer (31) wyraził obawę co do społecznego nastawienia w stosunku do homoseksualizmu, motywując to epidemią AIDS. Częściowo jako reakcja na liberalizm lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych, jak również na

propagandę „nowej moralności i równych praw”, [(33), (str. 33)], rozwinął się i zaczął zataczać coraz szersze kręgi ruch konserwatywny walczący z hasłami tzw. rewolucji seksualnej. Doprowadziło to do bardziej krytycznego spojrzenia na temat dewiacji seksualnych. W różnych warstwach społecznych konserwatywny ruch zyskuje na znaczeniu przyczyniając się do nagłośnienia i ponownego ożywienia społecznej dyskusji na temat dewiacji seksualnych.

## Współczesne zasady prawno-sądowe

Zmieniające się podejście Amerykanina do „seksualnego psychopaty” odzwierciedla zarówno dwuznaczności związane z rozpatrywaniem konkretnego przypadku, jak również naciski społeczne, aktualnie panujące kierunki filozoficzne i zmiany zachodzące w prawodawstwie. Szczegółowe prawodawstwo dotyczące przestępstw na tle seksualnym początkowo ograniczało się wyłącznie do czynów nierządnych w stosunku do dzieci. W 1937 r. wprowadzono je w stanie Michigan. Do połowy lat sześćdziesiątych podobne ustawy weszły w życie w połowie stanów USA. Prawa te miały dwa podstawowe cele: społeczne odosobnienie osób, którym udowodniono karalne seksualne skłonności, oraz ustawowy nakaz leczenia. Osoba dopuszczająca się przestępstwa na tle seksualnym w razie udowodnienia jej popełnienia tego przestępstwa była poddawana obowiązkowemu badaniu psychiatrycznemu. W przypadku orzeczenia, że przestępca jest „seksualnym psychopata” (w zależności od stanu termin ten był różnie definiowany, ale generalnie oznaczał chorobę psychiczną i/lub zagrożenie społeczne), skazany kierowany był na przymusowe leczenie psychiatryczne, które musiało trwać tak długo, aż biegli psychiatrzy orzekli, że skazany przestał być groźny dla otoczenia. Takie podejście do sprawców przestępstw na tle seksualnym było uważane za humanitarne i miało swoje uzasadnienie teoretyczne. Prawodawstwo to było zgodne z panującymi wówczas poglądami, że głównym celem kary jest jej rola rehabilitacyjna.

Skuterland (35) wyróżnia trzy czynniki, które zadecydowały o wprowadzeniu i kształcie prawa ścigającego przestępstwa na tle seksualnym w poszczególnych stanach USA. Pierwszym z nich był strach społeczeństwa spowodowany popełnianymi przestępstwami na tle seksualnym, szczególnie morderstwami dzieci. Po drugie: wzburzona ludność zaczęła domagać się aktywnego przeciwdziałania przestępstwom na tle seksualnym. Ostatecznie zaczęły powstawać komitety, których celem było zapewnienie odpowiednich kroków zapobiegających takim przestępstwom. Z reguły na

tym etapie proszono ekspertów w celu wypracowania wraz z nimi jak najskuteczniejszych metod zwalczania przestępstw seksualnych. Weisberg (36) opisuje, w jaki sposób w różnych okresach bieżącego stulecia twórcy prawa korzystali z doświadczeń ekspertów-psychiatrów, psychologów czy też pracowników socjalnych w celu wypracowania najskuteczniejszych metod obrony lokalnych społeczności przed przestępstwami o podłożu seksualnym. W latach trzydziestych naszego stulecia osobnicy wykorzystujący seksualnie dzieci byli uważani za ludzi psychicznie chorych i określani mianem „seksualnych psychopatów” (sexual psychopathy) wymagających psychiatrycznego leczenia. W latach pięćdziesiątych zaczyna być używany termin „psychicznie chory przestępca seksualny” (mentally disordered sex offender), „osoba stanowiąca zagrożenie na tle seksualnym” (sexual dangerous person) i „dewiant seksualny” (sexual deviate). Określenia te funkcjonowały odpowiednio w Kalifornii, Illinois i Wiskonsin.

Różnorodność nazewnictwa była wynikiem sporów wśród psychiatrów, odnośnie do istoty nadużyć seksualnych i kryteriów diagnozy. Powyższe spory wśród psychiatrów wywołała niewątpliwie frustracja wynikająca z braków efektów terapeutycznych. Ponadto prawnicy zaczęli być coraz bardziej krytyczni wobec roli psychiatrów w postępowaniu procesowym (36). W 1977 r. Stowarzyszenie Rozwoju Psychiatrii opublikowało raport „Psychiatria i patologia seksu w świetle prawa, od lat trzydziestych do osiemdziesiątych” (37), w którym czytamy: „Uważamy, że prawodawstwo w sprawach przestępstw na tle seksualnym, jak również podejścia do psychopatii na tle seksualnym nie spełnia swojego zadania. Uważamy przeto, że postanowienia prawne powinny ulec rewizji” (str. 839). Podkreślając nieprecyzyjność i brak klinicznego uzasadnienia takich sformułowań, jak „psychopata seksualny”, „psychopatia seksualna” (sexual psychopathy), czy też „zagrożenie dla społeczeństwa” (dangerousness), Stowarzyszenie Rozwoju Psychiatrii argumentowało, że osoby dopuszczające się przestępstw na tle seksualnym stanowią grupę wysoce niehomogenną, używanie zatem terminu „psychopata seksualny” — nie zawierającego żadnej treści medycznej — służy jedynie do naznaczania osobników przeznaczonych do izolacji społecznej. W końcu lat sześćdziesiątych i na początku siedemdziesiątych „psycholodzy i pracownicy społeczni zostali uznani za głównych ekspertów orzekających o zaistnieniu nadużycia seksualnego dzieci” (36). Termin „seksualne napastowanie dzieci” (child molestation) zostało zastąpione terminem „wykorzystywanie” (child abuse i child sexual abuse). Przestępstwa seksualne z udziałem dzieci, dokonane wewnątrz rodziny, zaczęły być traktowane jako wynik patologii społecznej, wy-

magającej psychoterapii rodzinnej. Za główny problem uznano opiekę nad skrzywdzonym dzieckiem.

Począwszy od lat osiemdziesiątych obserwujemy odwrót od prób rehabilitacji przestępców na tle seksualnym aż do wystąpienia obecnie aktualnych tendencji postępowania korekcyjnego (38). Model sądowniczy, oparty na formule „winny albo niewinny” z eliminacją stanów pośrednich, jest obowiązujący. Nieprawidłowe skłonności seksualne, które początkowo były przez psychiatrów nazywane „psychopatią seksualną”, a następnie przemianowane przez psychologów i pracowników socjalnych na „nadużycia seksualne”, określa się coraz częściej terminem „przestępstwo seksualne” (sexual assault) (36). Dyskredytacji klinicznego znaczenia terminu „psychopatia seksualna” towarzyszyły naciski organizacji prawniczych (34) w kierunku zniesienia ustawodawstwa dotyczącego przestępstw określanych mianem „patologii seksualnych”. Ostatecznie w wielu stanach doszło do unieważnienia obowiązujących ustaw regulujących wykroczenia na tle seksualnym. I tak w 1985 r. tylko w 16 stanach i w dystrykcie Kolumbia oficjalnie obowiązywały powyższe prawa, ale tylko w 6 stanach były one przestrzegane (39). Tak więc osoby popełniające przestępstwa na tle seksualnym były skazywane zgodnie z prawami kodeksu karnego, zapelniając tym samym sale więzienne, a nie jak dotychczas oddziały szpitali psychiatrycznych (40). Brak fachowej opieki psychiatrycznej uniemożliwiał jakiegokolwiek postępowanie terapeutyczne. Borzecki i Worbith (41) w opracowaniu na temat programów resocjalizacji osób popełniających przestępstwa na tle seksualnym podkreślają, że tylko w 21 stanach otrzymali informację o istnieniu jakiegokolwiek programu resocjalizacji osób odbywających karę za przestępstwa popełnione na tle seksualnym. Żaden z ośrodków nie miał dokumentacji dotyczącej osiągniętych efektów terapeutycznych. Nie może zatem dziwić konkluzja autorów powyższego raportu, że obecnie w USA nie istnieje system opieki psychologiczno-medycznej dla osób z dewiacjami seksualnymi.

## Wnioski

W historii zachodniej cywilizacji dewiacje seksualne były traktowane w kategoriach moralnych lub prawnych. Zawsze były przedmiotem prześladowań religijnych lub sankcji prawnych. Dotyczyło to szczególnie tych sytuacji, w których dochodziło do wyrządzenia krzywdy. Chociaż medycyna przez 1,5 wieku uważała, że dewiacja seksualna jest domeną psychiatrii, to jednak opinia społeczna i ciała ustawodawcze chciały

widzieć problem dewiacji seksualnych w kategoriach zachowań przestępczych. Złożoność problemu dewiacji seksualnych polega na tym, że pozostając w domenie psychiatrii — równocześnie podlega prawodawstwu karnemu (32). Problem dewiacji seksualnych jest w dalszym ciągu wyzaniem dla psychoterapeutów, którzy często lecząc osoby cierpiące na zaburzenia osobowości, mają jednocześnie do czynienia z przestępcami. Tak więc złożoność problemu dewiacji seksualnych polega na niemożności ustalenia granicy pomiędzy chorobą a przestępstwem (42). Obecnie jesteśmy świadkami mniejszego zainteresowania współczesnej psychiatrii próbami zapobieżenia przestępstwom na tle seksualnym. Celem tej książki jest przegląd współczesnych metod leczenia dewiacji seksualnych w aspekcie teoretycznym i praktycznym. Zanim przejdziemy do omówienia postępowań terapeutycznych, przedstawimy dane epidemiologiczne dotyczące występowania dewiacji seksualnych w USA.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Bullough VL. *Sex, Society and History*. New York, NY: Science History Publications; 1976.
2. Krafft-Ebing RV. *Psychopathia Sexualis*. Translated from the 12th German ed. New York, NY: Stein & Day Publishers; 1965.
3. Robinson P. *The Modernization of Sex*. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1989.
4. Bullough VL *Sexual Variance in Society and History*. New York, NY: John Wiley & Sons; 1976.
5. Licht H. *Sexual Life in Ancient Greece*. New York, NY: Barnes & Nobles Inc; 1963.
6. Pike ER. *Love in Ancient Rome*. London, England: Frederick Muller Ltd; 1965.
7. Bullough VL. Historical perspective. *J Soc Work Hum Sexuality*. 1988; 7: 15—23.
8. Cole WG. *Sex in Christianity and Psychoanalysis*. New York, NY: Oxford University Press; 1955.
9. Sussman N. Sex and sexuality in history. In: Sadock BJ, Kaplan HI, Freedman AM, eds. *The Sexual Experience*. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1976; 7—70.
10. Kunitz SJ, Colby V, eds. *European Authors 1000—1900. A Biographical Dictionary of European Literature*. New York, NY: The HW Wilson Co; 1967.
11. *The Encyclopedia Britannica*. 15th ed. Chicago, Ill: Encyclopedia Britannica Inc; 1990.
12. Gonzalez-Crussi F. *On the Nature of Things Erotic*. San Diego, Calif: Harcourt Brace Jovanovich Publishers; 1988.
13. Brecher EM. *The Sex Researches*. Boston, Mass: Little Brown & Co; 1969.
14. Blain D. Foreword, in *Psychopathia Sexualis*. Translated from the 12th German ed. New York, NY: Stein & Day Publishers; 1965.
15. Hirschfeld M. *Sexual Anomalies. The Origins, Nature, and Treatment of Sexual Disorders*. New York, NY: Emerson Books Inc, 1948.
16. Ellis H. *Studies in the Psychology of Sex, Vol I, II*. New York, NY: Random House; 1936.
17. Pomeroy WB. *Dr. Kinsey and the Institute for Sex Research*. New York, NY: Harper & Row; 1972.
18. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1948.

19. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1953.
20. Gebhard PH, Gagnon JH, Pomeroy WB, Christenson CV. *Sex Offenders: An Analysis of Types*. New York, NY: Harper & Row and Paul B Hoeber Inc Medical Books; 1965.
21. Freud S. Three Essays on the Theory of Sexuality. In: *Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. 7. London, England: Hogarth Press; 1905; 125—243.
22. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Response*. Boston, Mass: Little Brown & Co; 1966.
23. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. Boston, Mass: Little Brown & Co; 1970.
24. Freund K. A laboratory method for diagnosing predominance of homo- and heteroerotic interest in the male. *Behav Res Ther*. 1963; 1:85—93.
25. Abel GG, Becker JV, Skinner LJ. Aggressive behavior and sex. In Meyer JK, ed. *Symposium on Sexuality. The Psychiatric Clinics of North America*. Vol 3, No. 1. Philadelphia, Pa: WB Saunders Company; April 1980.
26. Berlin FS, Meinecke CF. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings. *Am J Psychiatry*. 1981; 138:601—607.
27. Chasseguet-Smirgel J. *Creativity and Perversion*. New York, NY: WW Norton & Co; 1984.
28. Largen, MA. The anti-rape movement: past and present. In: Burgess AW, ed. *Rape and Sexual Assault. A Research Handbook*. New York, NY: Garland Publishing Inc; 1985.
29. Brownmiller S. *Against Our Will: Men, Women and Rape*. New York, NY: Simon & Schuster; 1975.
30. Rush F. *The Best Kept Secret: Sexual Abuse of Children*. New York, NY: McGraw-Hill International Book Co; 1980.
31. Bayer R. *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1987.
32. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DMS-III)*. 3rd ed. Washington, DC: The American Psychiatric Association; 1980.
33. Weeks J. *Sexuality and Its Discontents. Meanings, Myths and Modern Sexualities*. London, England: Routledge & Kegan Paul; 1985.
34. Brakel SJ, Parry J, Weiner BA. Sexual Psychopath Laws. In: *The Mentally Disabled and the Law*. 3rd ed. Chicago, Ill: American Bar Foundation; 1985.
35. Sutherland EH. The diffusion of sexual psychopath laws. *Am J Sociol*. 1950; 56:142—148.
36. Weisberg DK. The „discovery” of sexual abuse: experts’ role in legal policy formulation. *UC Davis Law Rev*. 1984; 18:1—57.
37. *Group for the Advancement of Psychiatry: Psychiatry and Sex Psychopath Legislation: The 30s to the 80s, Vol IX*. Publication No. 98. New York, NY: Mental Health Materials Center Inc; April 1977.
38. Bartollas C. *Correctional Treatment: Theory and Practice*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc; 1985.
39. Weiner BA. Legal issues raised in treating sex offenders. *Behav Sci Law*. 1985; 3:325—340.
40. Dix GE. Special dispositional alternatives for abnormal offenders. Developments in the law. In: Monahan J, Steadman HJ, eds. *Mentally Disordered Offenders. Perspectives from Law and Social Science*. New York, NY: Plenum Press; 1983.
41. Borzecki M, Wormith JS. A survey of treatment programmes for sex offenders in North America. *Can Psychol*. 1987; 28:30—44.
42. Melella JT, Travin S, Cullen K. Legal and ethical issues in the use of antiadrogens in treating sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1989; 17:223—232.

## 2. Częstość występowania dewiacji seksualnych

Według wszelkiego prawdopodobieństwa prawdziwe dane o występowaniu dewiacji seksualnych są trudne do uzyskania. Nowe badania stale jednak zwiększają zrozumienie tego problemu. Oczywiście większość „łagodnych” grup dewiacji seksualnych (np. fantazje sadomasochistyczne doświadczane przez pacjentów) prawdopodobnie nigdy nie zostanie poddana statystycznej ocenie. Nawet poważne akty dewiacji seksualnych, popełnione w relacji przestępca-ofiara, poddają się tylko powierzchownej ocenie ilościowej, ze względu na ukrywanie faktów lub niepełną dokumentację. Brak ujednoczonych definicji dla takich pojęć, jak „wykorzystywanie seksualne” lub „seksualne molestowanie dzieci” dodatkowo utrudnia próby oceny częstości występowania dewiacji (1).

Problem uzyskania danych epidemiologicznych o rzeczywistej częstości występowania czynów zakwalifikowanych jako przestępstwa popełnione na tle seksualnym jest jednak bardzo istotny i stale podejmowane są liczne wysiłki w celu dokładniejszego zbadania tych zjawisk. Pomimo wielu braków w dostępnych informacjach, ocena epidemiologiczna dokonywana jest na podstawie źródłowej klasyfikacji Finkelhora i Lewisa (2), wyróżniającej trzy podstawowe podejścia do dewiacji seksualnych: kryminalne, kliniczne i statystyczne.

### Dane na temat przestępstw na tle seksualnym

Współczesne społeczeństwo jest zwykle poruszone i zaniepokojone przestępstwami popełnionymi na tle seksualnym, z którymi kojarzy się zwykle dewiacje seksualne. Od czasu do czasu sensacyjne opisy przestępstw na tle seksualnym skupiają publiczną uwagę. (Należy zauważyć, że właśnie dzisiaj książka Krafft-Ebinga (3) o przestępstwach seksualnych, napisana prawie przed stu laty, jest czytana z wielkim zainteresowaniem). Duże znaczenie ma ewolucja negatywnych odczuć społeczeństwa

w stosunku do przypadków wykorzystywania dzieci, w tym również seksualnego, aż do uznania tych przypadków za problem społeczny. Nelson (4) opisał w formie rewelacji skrajny przykład fizycznej brutalności w przypadku Mary Elen Wilson, przyczyniając się w ten sposób do powstania Nowojorskiego Towarzystwa Zapobiegania Okrucieństwu w Stosunku do Dzieci w 1874 r. Następnie, po okresie mniejszego zainteresowania wykorzystywaniem i maltretowaniem dzieci, w 1950 r. nastąpił ponowny wzrost zainteresowania tym problemem. Ten nawrót był częściowo spowodowany nastawieniem społecznym, zmierzającym do zrównania praw dzieci z prawami dorosłych. Maltretowanie dzieci znalazło się na pierwszym planie, po opublikowaniu wielu doniesień o poszczególnych przypadkach w czołowych czasopismach medycznych. W 1946 r. Caffey (5) opisał wiele przypadków dzieci z mnogimi złamaniami kości długich i krwiakami podoponowymi; po weryfikacji tych danych Caffey w 1957 r. doszedł do wniosku, że urazy te mogły być spowodowane przez rodziców dzieci (6). W 1962 r. Kempe i wsp. (7) opublikowali swój przełomowy artykuł „The Battered-Child Syndrome” (zespół dziecka maltretowanego) w *Journal of the American Medical Association*. W tym artykule Kempe i wsp. stwierdzili, że możliwość maltretowania dzieci” należy brać pod uwagę u każdego dziecka, u którego stwierdza się złamania kości, krwiaki podoponowe, opóźniony rozwój, krwiaki lub obrzęki podskórne, i w przypadkach nagłych zgonów (7).

Analizując historię publicznego zaniepokojenia i reakcji na przypadki maltretowania dzieci Nelson (4) podkreślił dodatnie i ujemne strony traktowania takich społecznych problemów, jak agresja, gwałtowność jako dewiacje z medycznego punktu widzenia. Stwierdził on, że taka klasyfikacja może być korzystna z dwóch powodów: po pierwsze specyficzne, indywidualne zachowanie może być odbierane jako odchylenie od norm statystycznych i po drugie — praktyczna konkluzja: medycyna zwykle oferuje rozwiązania dla indywidualnych patologii.

Nelson wskazywał jednak na ograniczenia w medycznym podejściu do dewiacji, włączając konfrontację z instytucją ubezpieczeń społecznych. Zważywszy obciążenia społecznych funduszy i wzrost wydatków oraz fakt, że indywidualne reakcje na problemy socjalne służą utrwaleniu egzystujących relacji z pozycji siły, można spodziewać się powstania dodatkowych problemów natury socjalnej. Nelson analizował problem, w jaki sposób maltretowanie dzieci przyciągnęło uwagę sfer rządzących poprzez program agendy Biura do Spraw Dzieci USA, środki masowego przekazu, prawodawstwo stanowe i kongres. Maltretowanie dzieci uznawane za poważną patologię, stało się czołowym problemem tej agendy i utworowało

drogę rządowym posunięciom w przypadku innych problemów, takich jak gwałt, seksualne wykorzystywanie dzieci i pornografia dziecięca.

Uznanie dewiacji seksualnych za problem medyczny i ustawa o psychopatiach na podłożu seksualnym to próby kontrolowania przestępstw na tle seksualnym bardziej za pomocą metod naukowych niż poprzez procedurę karania (8). Jak już wspominaliśmy w pierwszym rozdziale, Sutherland (8) wskazywał, że ustawa o psychopatiach na podłożu seksualnym była często pochopnie pomijana przez stanową legislaturę, w celu zmniejszenia niepokoju społecznego, wywoływanego sensacyjnymi przestępstwami na tle seksualnym, niejednokrotnie dotyczącymi dzieci. Ustanowiono zatem „polityczną” reakcję na historyczne roszczeniowe akcje społeczne i rozszerzono sieć wyznaczonych przez ustawodawstwo stanowe komitetów o charakterze wykonawczym. Sutherland cytuje, że do powstania takiego prawa doprowadziły trzy lub cztery przestępstwa na tle seksualnym (dwa z nich zakończyły się morderstwem) w Indianapolis w 1947 r. i przypadek Freda Strobla z Los Angeles z 1949 r., który okaleczał swoje ofiary.

Choć większość stanów była w tym czasie sceną takich przestępstw, a głos opinii publicznej domagał się linczu, nie wszystkie stany przyjęły prawo dotyczące psychopatologii seksualnych. W Nowym Yorku np. morderstwo czterech dziewcząt z centrum Nowego Yorku spowodowało powszechną panikę; burmistrz mówił z przekonaniem o konieczności podjęcia środków ostrożności, ale kilka miesięcy czekał na stworzenie komitetu do zbadania istniejącej sytuacji. Ten komitet poświęcił dwa lata na badania wszystkich przestępstw kryminalnych popełnionych na tle seksualnym w latach 1930—1939 i ponownie zwrócił się do burmistrza. W rezultacie stan Nowy York nie zatwierdził prawa dotyczącego seksualnej psychopatii.

W dodatku, jeśli w którymś stanie zdefiniowano pojęcie przestępstwa na tle seksualnym, próby sprawdzenia występowania takich przestępstw były utrudnione zwrotnie przez toczące się postępowanie sądowe. Takie postępowanie powodowało niekiedy trudności w uzyskaniu wiarygodnych danych o przypadkach przestępstw na tle seksualnym (9). Kilka przypadków dobrze ilustruje ten problem. Jednostka specjalna nowojorskiej policji do spraw zatrzymań z powodu popełnionych przestępstw przeanalizowała przestępstwa wyłonione spośród 591 zatrzymań w Bronx County w 1983 r. Brzmi to nieprawdopodobnie, ale rocznie przypadły tylko dwa aresztowania z powodu kazirodztwa w latach 1981, 1982 i 1983 w Bronx County, którego liczba mieszkańców osiąga milion. Owe dwa przypadki kazirodztwa rocznie zarejestrowane w Bronx oznaczają 1,1—1,9 przy-

padków na milion mieszkańców i dane te odnajdziemy w większości statystyk kryminalnych tego obszaru w latach 1910—1930.

Najbardziej zaniżone dane dotyczą seksualnego wykorzystywania dzieci; są bardziej zaniżone, niż przestępstwa na tle seksualnym popełnione w stosunku do dorosłych. Jaffe i wsp. (11) na podstawie bardzo ostrożnej analizy doniesień policyjnych z obszaru Minneapolis w 1970 r. stwierdzili, że trzecia część z ogólnej liczby 291 zanotowanych przypadków przestępstw na tle seksualnym to przestępstwa, w których ofiarami były dzieci. 11% tych przypadków stanowił gwałt, sodomia i/lub stosunek płciowy. Wells (12) podaje, że 58% spośród 2000 gwałtów w Wielkiej Brytanii to przestępstwa, w których ofiarami były dziewczynki poniżej 13 roku życia.

Amerykańskie Towarzystwo Ochrony Dzieci (American Association for Protecting Children AAPC), wydział dziecięcy American Humane Association w Denver, Colorado, zebrało i zanalizowało dane dotyczące wykorzystywania i zaniechania dzieci od 1976 r. (13). Tylko spośród 28 stanów i obszarów objętych badaniami, w 1986 r., do organizacji broniących praw dziecka i odpowiednich organów prawnych zgłoszono 2 086 000 dzieci jako ofiary wykorzystywania i zaniechania, z tego 737 000—871 000 to przypadki poważne. Wykorzystywanie seksualne to 16% wszystkich przypadków maltretowania dzieci w 1986 r. — wyraźny i niepokojący wzrost z 9% w 1983 r. Przypadki seksualnego wykorzystywania dotyczą przeważnie dziewczynek (77%), białych (77%), średnia wieku 9,2 lat. Przestępstwa te popełniali przeważnie mężczyźni (82%), pokaźna ich część to ojcowie (42%) lub krewni (23%), a tylko trzecia część spośród nich (35%) nie była spokrewniona ze swoimi ofiarami. W bezpośredniej rozmowie rzecznik informacyjny Towarzystwa Ochrony Dzieci, Robyn Alsop, stwierdził, że szacowana liczba maltretowanych dzieci zgłoszonych do odpowiednich organizacji w 1987 r. wynosi 2 178 348, z czego 686 000 pochodzi z wiarygodnych źródeł, ale przypadki te nie zostały podzielone na kategorie przestępstwa. Dodatkowo, zadania zbierania i analizowania danych dotyczących wykorzystywania i zaniechania dzieci podjął się Departament Zdrowia i Opieki Społecznej.

W celu uzyskania rzetelnych danych o przestępstwach seksualnych wobec dzieci pracownicy wydziału kryminalnego w stanie Nowy York przeprowadzili przegląd wszystkich akt sądowych dotyczących przestępstw przeciwko dzieciom (14). Wyniki tego przeglądu ujawniły wiele ciekawych spostrzeżeń na temat różnic w traktowaniu przestępstw popełnionych w stosunku do dzieci, w zależności od interpretowania prawa.

Głównym wnioskiem tych badań był apel autorów o przeprowadzenie specjalistycznych szkoleń pracowników sądownictwa w zakresie interpretacji przestępstw, w których stroną pokrzywdzoną są dzieci. Kilka danych z powyższego raportu: W 1986 r. w stanie Nowy York było 5911 aresztowań z powodu przestępstw popełnionych na dzieciach, z czego 4161 lub 70,4% nie nosiło znamion przestępstw na tle seksualnym, 1620 lub 27,4% przestępstw miało charakter przestępstw o podłożu seksualnym i 130 lub 2,2% uznano za nagabywanie. Wśród ciężkich przestępstw seksualnych 85,9% miało charakter zbrodni, włączając w to 710 aresztowań (40%) za gwałty i sodomie.

W rok po ukazaniu się powyższego raportu Departament Resocjalizacji stanu Nowy York dokonał przeglądu wszystkich zbrodni dokonanych od roku 1986 w celu określenia, jak często ofiarami przemocy fizycznej i seksualnej były dzieci. Spośród 2020 mężczyzn skierowanych do Wydziału Resocjalizacji 462 (23%) dopuściło się przemocy fizycznej lub przestępstwa seksualnego w stosunku do dzieci. Przeciętny wiek skazanego wynosił 35,4 lat. W większości byli to biali mężczyźni. Wśród ofiar 77% stanowiły dziewczynki, a 25% chłopcy. Przestępstw w stosunku do dziewczynek najczęściej dokonywali krewni lub partnerzy seksualni ich matek, podczas gdy chłopców najczęściej napastowali znajomi lub sąsiedzi. 19 lipca 1989 r. gubernator stanu Nowy York wydał polecenie przeprowadzenia badań dotyczących skali występowania zbrodni o charakterze gwałtu i innych przestępstw o charakterze seksualnym. 9 stycznia 1990 r. ukazały się wstępne wyniki. Ponadto raport ten zawierał zalecenia odnośnie do specjalistycznego szkolenia kadr pracujących z osobami poszkodowanymi, jak również z osobami dopuszczającymi się czynów o charakterze przestępstwa seksualnego, zalecenia odnośnie do profilaktyki zakażenia się wirusem HIV oraz założenia nowego programu, mającego na celu ograniczenie przestępstw seksualnych (16).

Począwszy od 1930 r. Federalne Biuro Śledcze powołało Biuro do Spraw Ewidencji Przestępstw. Zadaniem tego biura było zbieranie i statystyczne analizowanie przestępstw z około 16 tys. placówek prawnych na terenie całego kraju. Spośród 8 rodzajów przestępstw wyróżniono specjalną kategorię gwałtu ze znamionami szczególnego okrucieństwa. W 1988 r. zarejestrowano 92 482 przypadki gwałtu ze znamionami szczególnego okrucieństwa, co stanowiło 2% wzrost w stosunku do roku ubiegłego. Dane te wskazują, że w 1988 r. na każde 100 tys. kobiet, 73 były zgwałcone. W tym samym roku statystyki podają, że aresztowano 28 482 sprawców gwałtów oraz 78 239 sprawców innych przestępstw seksualnych. W tej ostatniej grupie było 72 522 mężczyzn i 5717 kobiet (17). Raport FBI, który

ukazał się na łamach nowojorskiego Timesa 9.04.1990 r., ujawnił dalszy wzrost (o 1%) liczby popełnionych gwałtów noszących znamiona szczególnego okrucieństwa (18%).

Inną instytucją powołaną do ewidencjonowania przestępstw w USA jest Urząd do Spraw Rejestracji Przestępstw. Urząd ten prowadzi rejestrację przestępstw zgłaszanych przez policję i inne organy ścigania. Z raportu biura wynika, że w 1987 r. na tysiąc kobiet w wieku powyżej 12 lat przypadało 1,3 zgwałceń, natomiast w 1988 r. wskaźnik ten wynosił 1,2, 45% ofiar zgłosiło się na policję (19).

### Kliniczny aspekt częstości występowania dewiacji

Kliniczna ocena rodzaju i zasięgu dewiacji seksualnych może być dokonana na podstawie relacji ofiary bądź sprawcy. Główna przeszkoda w ocenie rzeczywistego występowania przestępstw seksualnych, dotyczących zwłaszcza dzieci, wynika z niewiary rodziców i opiekunów w prawdziwość relacji dziecka. 27.04.1984 r. nowojorski Times opublikował wyznania senatora Pauli Hawkins o tym, jak była ona zmuszana do czynów nierządnych przez swojego starszego sąsiada. Miała wówczas 5 lat. Autorka wyraźnie pisze, że sędzia nie wierzył w jej zeznania. Na szczęście matka uwierzyła i otoczyła ją serdeczną opieką. Nawet obecnie praktykujący psychiatrzy z rezerwą odnoszą się do zeznań dzieci, a szczególnie poddają w wątpliwość znaczenie uwiedzenia przez ojca, od czasu, kiedy Freud odrzucił swoją oryginalną teorię hysterii opartą właśnie na fakcie uwiedzenia córki przez ojca. Po odrzuceniu tej teorii Freud traktował relacje o uwiedzeniu w okresie dziecięcym jako nieprawdziwe, a objawy hysterii zdaniem Freuda byłyby jedynie tworem fantazji (20). W książce „Najgłębszy sekret” Rush poświęca cały rozdział temu, co nazywa „Freudowską maską”. Autorka podkreśla, że w 1896 r. Freud być może zmienił swoją teorię uwiedzenia na podstawie wielu przypadków, dowodząc, że pobudzanie stref genitalnych u dzieci przez dorosłych doprowadzało do hysterii. Rush, cytując fragmenty listów Freuda do swojego przyjaciela i powiernika Wilhelma Fliessa, laryngologa z Berlina, udowadnia, że Freud dopatrywał się przyczyn hysterii w uwiedzeniu przez ojca. Poza prywatnymi listami Freud nie wyrażał jednak publicznie tego poglądu będąc świadomy, jakie negatywne konsekwencje mógłby on wywołać w patriarchalnym społeczeństwie. Analizując swoje własne życie, Freud wyznał Fliessowi, że narastają w nim podejrzania dotyczące jego własnego ojca, jak również, że on sam jest bardzo zaniepokojony snem,



w którym czuł opanowujące go niepokojące podniecenie w stosunku do własnej córki. Z upływem czasu Freud zaczął uważać, że jego poprzednie podejrzenia o uwiedzenie przez ojca były tylko reminiscencją młodzieńczych fantazji, wyrażających wewnętrzną potrzebę fizycznego zbliżenia z ojcem. Rush dowodzi dalej, że Freud zastąpił teorię uwiedzenia przez ojca kompleksem Edypa. Tak więc ostatecznie Freud zdjął odpowiedzialność z ojca, obarczając nią córkę.

Jak z tego wynika, społeczna i psychiatryczna skłonność do dawania bądź niedawania wiary ofiarom nadużyć seksualnych ma istotny wpływ na oszacowanie rzeczywistej częstości występowania przestępstw na tle seksualnym. Również pytanie dotyczące psychologicznych następstw przestępstw seksualnych wywiera istotny wpływ na społeczny odbiór tego rodzaju przestępstw. Abraham (24) — zwolennik Freuda — uważał, że dziecko jest podświadomie predysponowane „do udziału” w stosunkach kazirodczych. Autor ten twierdził, że dziecko może inicjować lub w pełni przyzwalać na stosunki kazirodcze. Mimo że dziecko czuje się winne aktu kazirodczego (oczywiście nie przyznając się do niego przed otoczeniem), to jednak żadną miarą to doświadczenie seksualne nie doprowadza do późniejszych zaburzeń psychicznych.

Inny pogląd reprezentował Ferenczi (25), uważany przez wielu za największego następcę Freuda. W swoim ostatnim dziele, opublikowanym w 1933 r., kładzie nacisk na rolę czynników traumatycznych w patogenezie nerwic, ze szczególnym uwzględnieniem nadużyć seksualnych. Ferenczi podkreśla, że częściej niż się wydaje, rodzice i opiekunowie — wykorzystując zaufanie dzieci — zmuszają je do praktyk seksualnych. Ferenczi argumentuje dalej, że dzieci czując się fizycznie i moralnie bezbronne w relacji do dorosłych, jak również z powodu braku ukształtowanej osobowości, nie tylko bez sprzeciwu poddają się woli agresora, ale również wykazują tendencję identyfikowania się z nim. Ta naturalna tendencja identyfikowania się dziecka z agresorem doprowadza do wytworzenia się „swoistego wchłonięcia przez dziecko poczucia winy dorosłego...”. Następnie dziecko „nie może poradzić sobie, czując się winnym i niewinnym równocześnie — i w czasie wypowiedzi — traci pewność siebie” (25) (str. 25). Niestety poglądy Ferenczego nie znalazły uznania. Przez wiele dziesięcioleci wielu badaczy minimalizowało rolę nadużyć seksualnych w stosunku do dzieci w powstawaniu późniejszych zaburzeń psychicznych. I tak np. Bender i Blau (26) w 1937 r. pisali, że u żadnego z szesnastorga dzieci przyjętych na oddział pediatryczny jednego z nowojorskich szpitali po wymuszonych aktach seksualnych z dorosłymi nie obserwowano jakichkolwiek zaburzeń psychicznych.

W 1952 r. Bender i Grugett (27) opublikowali dane dotyczące tych samych ofiar, które wówczas były już w wieku dorosłym. Podstawowym wnioskiem tej publikacji było stwierdzenie, że wczesne „patologiczne” zbliżenia seksualne nie muszą rzutować na późniejszy rozwój psychiczny i społeczny.

W 1975 r. Henderson (28) pisał w uznanym podręczniku, psychiatrii, że córki mają nie tylko skłonność, ale nawet inicjują kazirodcze związki i zapewniał czytelników, że te związki „nie muszą kończyć się urazem psychicznym... związki kazirodcze stwarzają okazję realistycznej konfrontacji dziecięcej fantazji, a konsekwencje ich często traktowane są jako przyjemne i satysfakcjonujące” (str. 1537).

Obecnie dominuje pogląd, że nadużycia seksualne w stosunku do dzieci, jak również i dorosłych, powodują bezpośrednie i odległe konsekwencje w sferze psychicznej. Wyjątek od tego powszechnie zaakceptowanego poglądu reprezentują działacze Północno-Amerykańskiego Stowarzyszenia Miłości pomiędzy Mężczyzną i Chłopcem (NAMBLA).

W przypadku nadużyć seksualnych z dziećmi ojciec (lub inna osoba) jest zawsze traktowany jako sprawca i ponosi wyłączną winę za popełniony czyn, dziecko zaś, niezależnie od rodzaju przestępstwa seksualnego, jest traktowane jako jego ofiara (29). Uważa się, że nie istnieje możliwość, żeby dziecko mogło świadomie i w pełni dobrowolnie wyrazić zgodę na stosunek seksualny z osobą dorosłą.

Chociaż większość współczesnych psychiatrów stoi na stanowisku, że wczesne traumatyczne doświadczenia seksualne są przyczyną zaburzeń emocjonalnych, to jednak precyzyjne określenie tej zależności w poszczególnych przypadkach jest trudne. I tak wśród 65 pacjentów (dzieci i dorosłych), którzy byli hospitalizowani na oddziale psychiatrycznym, 37,5% pacjentów nie miało urojeń, a u 10% pacjentów wykazano urojenia; 8% dzieci miało w dzieciństwie stosunki kazirodcze. Emslie i Rosenfeld (31) pisali: „przyczyną zaburzeń psychicznych i socjologicznych, wymagających hospitalizacji, nie jest sam fakt kazirodztwa, są one raczej konsekwencją poważnego rozkładu życia rodzinnego i wynikającego z tego upośledzenia rozwoju ego” (str. 708). Z drugiej strony Lewis i Sarrell opisali „fazowe” i „urazozależne” występowanie ostrych stanów lękowych po uwiedzeniu, stosunkach kazirodczych i gwałcie. Zaburzenia „fazowe” odnoszą się do pewnych objawów w określonych fazach rozwoju dziecka. Do objawów tych zaliczamy: ssanie kciuka, obgryzanie paznokci, trudności szkolne, drobną przestępczość; zachowania wynikające z zaburzeń urazozależnych przypominają zewnętrzne przeżywanie fantazji wywoła-

nych patologicznym aktem seksualnym. Inni badacze opisali liczne psychologiczne następstwa wynikające z przemocy seksualnej doznanej w okresie dziecięcym, nasilające się między 7 a 13 rokiem życia (33). Znalaziono korelację pomiędzy wiekiem i czasem trwania nadużyć seksualnych w stosunku do małych dzieci a wystąpieniem następnych zaburzeń psychologicznych (dzieci wykorzystywane seksualnie w młodszym wieku lub przez dłuższy czas miały bardziej nasilone zaburzenia niż te, które stały się ofiarami w starszym wieku i praktyki te trwały krócej). U chłopców i dziewcząt, którzy tylko jednokrotnie byli ofiarami przestępstwa na tle seksualnym, opisano występowanie poważnych trudności psychologicznych (34). W okresie młodości dorosłych osób z częstymi napadami hysterii odnajdowano przypadki stosunków kazirodczych (35). Większość cytowanych dotychczas badań o wpływie nadużyć seksualnych na dalszy rozwój psychiczny dotyczyła kobiet. Dopiero ostatnio pojawiają się publikacje donoszące o analogicznych sytuacjach u chłopców i mężczyzn (36, 37). Fakt ten ma szczególne znaczenie ze względu na obserwację, że chociaż zarówno chłopcy, jak i dziewczynki (dzieci), które stały się ofiarami nadużyć seksualnych cierpią na podobny zespół objawowy (zbliżony do zespołów objawów ofiary gwałtów), to jednak chłopcy mają tendencję do uzewnętrznienia swojej agresji. Wynikiem tego są zachowania agresywne i antyspołeczne (38).

Opisy kliniczne osób dorosłych cierpiących na zaburzenia psychiczne wynikające z nadużyć seksualnych, których doświadczyli w okresie dzieciństwa, i szukających kwalifikowanej pomocy psychiatrycznej, stanowią obszerną część specjalistycznego piśmiennictwa dotyczącego zdrowia psychicznego. Katan (39) opisuje dwie pacjentki, które poddała seansom psychoanalitycznym. Jedna z tych pacjentek cierpiała na ciągle pobudzenie, stany lękowe i depresje, druga zaś na depresję i paraliżujący strach przed mężczyznami. Obie te kobiety były ofiarami nadużyć seksualnych w okresie dzieciństwa: pierwsza ze strony swego ojca, druga zaś ze strony przyjaciela niańki. Ponadto Katan opisuje przypadki 6 kobiet, które podobnie jak dwie poprzednie były ofiarami nadużyć seksualnych w okresie dziecięcym i wszystkie one przejawiały wyraźne tendencje do odzwierciedlania tych incydentów w różny sposób; niektóre z nich — stosując przemoc — dopuszczały się kontaktów seksualnych z własnymi dziećmi; wszystkie natomiast cierpiały z powodu kompleksu niższości.

Bierre i wsp. (40) badali sekwencję zmian psychicznych u 40 mężczyzn i 40 kobiet, włączonych w program psychicznej rehabilitacji realizowany przez lokalny ośrodek zdrowia, którzy w dzieciństwie byli ofiarami przestępstw seksualnych. W podsumowaniu swoich obserwacji autorzy

stwierdzają, że nie istniały istotne różnice w występowaniu poszczególnych zaburzeń psychicznych między kobietami a mężczyznami. We wcześniejszych badaniach Sarrell i Masters (41) przedstawiają 11 przypadków mężczyzn, ofiar przestępstw seksualnych (w różnym okresie ich życia) popełnionych przez kobiety. U wszystkich stwierdzono zaburzenia psychiczne (emocjonalne) porównywalne z tymi, których doświadczają kobiety będące ofiarami gwałtu. Jacobson i Herald (41) podjęli próbę odpowiedzi na pytanie, jak często i jakie potencjalne znaczenie ma wykorzystywanie seksualne dziecka dla późniejszego wystąpienia zaburzeń psychicznych wymagających hospitalizacji. Autorzy ci przedstawili dane, że na 100 pacjentów 40 było w przeszłości ofiarami nadużyć seksualnych, w tym 18 w sposób szczególnie brutalny. Interesujące jest, że w przypadku nadużyć seksualnych o dużym stopniu brutalności wśród ofiar nie było różnic między płciami. Podsumowując swoje wyniki autorzy sugerują, że uzyskanie informacji na temat ewentualnego nadużycia seksualnego pacjenta psychiatrycznego w okresie jego dzieciństwa może mieć istotne znaczenie diagnostyczne i terapeutyczne.

Carmen i wsp. (43) poddając szczegółowej analizie karty chorobowe pacjentów z oddziałów psychiatrycznych wykazała, że prawie połowa ze 188 dorosłych pacjentów (mężczyzn i kobiet) podawała w wywiadzie epizody seksualnych lub fizycznych nadużyć doznane w wieku dziecięcym. Mężczyźni, którzy w młodości byli ofiarami nadużyć seksualnych, charakteryzowali się bardziej agresywnym zachowaniem, podczas gdy w analogicznej grupie kobiet dominowała agresja ukierunkowana na nie same.

Coraz bardziej powszechna zgodność wśród klinicystów, że przestępstwa na tle seksualnym wywołują wiele negatywnych konsekwencji u ofiar, ze szczególną wyrazistością stosuje się do gwałtów. Chociaż społeczne ruchy kobiet na początku lat siedemdziesiątych zaowocowały powstaniem wielu programów samopomocy ofiarom gwałtu, to jednak zdaniem Landgrena (44) dopiero poglądy Burgesa i Holmstroma przedstawione w książce „Gwałt — ofiary kryzysu” (45) doprowadziły do wypracowania spójnego systemu pomocy ofiarom gwałtu. Ponadto książka ta dostarczyła naukowych przesłanek do rozwoju form specjalistycznej pomocy ofiarom przemocy seksualnej. Burgess i Holmstrom w swoich licznych publikacjach dotyczących gwałtu wprowadzili pojęcie tzw. „pozgwałceniowego zespołu urazowego” (46), włączając go później w 3 wydaniu podręcznika diagnostyki i statystyki medycznej do kategorii pourazowych zaburzeń psychicznych (post-traumatic stress disorders) (47). Trwałym osiągnięciem Burgessa i Holmstroma jest udowodnienie, że ofiara gwałtu wymaga opieki

medycznej oraz nakreślenie kierunków terapeutycznych w leczeniu osób będących ofiarami przestępstw seksualnych. W wyniku akceptacji tego poglądu zaczęły rozwijać się specjalistyczne służby przygotowane medycznie do niesienia pomocy psychologicznej ofiarom gwałtów i innych przestępstw na tle seksualnym. Utrwalenie się tych trendów w podejściu do ofiar przestępstw seksualnych ma nie tylko aspekt humanitarny, ale również stało się źródłem nowych danych, dotyczących częstotliwości i rodzaju dewiacji seksualnych. Rozpowszechnienie programów pomocy medycznej umożliwiło na szerszą niż dotychczas skalę uzyskanie materiałów do badań w laboratoriach kryminalistycznych.

Chociaż kliniczne aspekty dotyczące oceny i leczenia osób mających skłonności dewiacyjne przedstawimy w dalszych rozdziałach, to jednak już w tym miejscu poruszymy niektóre zagadnienia. Abel i wsp. (49) opublikowali w 1981 r. dane statystyczne dotyczące osób dopuszczających się przestępstw na tle seksualnym. Analiza ankiet wypełnionych w warunkach pełnej anonimowości ujawniła, że statystyczna osoba o skłonnościach dewiacyjnych popełnia: 2,1 kazirodczych stosunków heteroseksualnych, 5,8 zgwałceń na osobniku płci przeciwnej, 30,6 kontaktów seksualnych z dziećmi o tej samej płci, 62,4 stosunków heteroseksualnych z dziećmi, 199,5 aktów ekshibicjonistycznych, 582,8 aktów frotteuryzmu (akty frotteuryzmu były przedstawione jako pocieranie genitaliami różnych okolic ciała kobiety przy wykorzystaniu możliwości zbliżenia się do niej w tłoku, np. w środkach komunikacji miejskiej). Wyniki tej ankiety niezbić wskazują, że liczba ofiar przestępstw seksualnych musi być znacznie większa niż podają statystyki policyjne. Abel i wsp. (49) przytaczają w swoim raporcie dane Christie, Marchall i Lanthiera z 1978 r., stanowiące oficjalny raport przekazany do Centralnego Biura Prawnego Kanady (50). W raporcie tym zawarte są dane dotyczące 150 uwięzionych sprawców przestępstw na tle seksualnym, wśród których 27% stanowili pedofile, a 73% osobnicy dopuszczający się gwałtów na osobach płci przeciwnej. Badacze ci stwierdzili, że „58% przestępców dopuszczających się przestępstw na tle seksualnym u dzieci dokonywało przestępstw seksualnych z użyciem siły. Co więcej, u 42% dzieci będących ofiarami przestępstw seksualnych stwierdzono obrażenia ciała, podczas gdy obrażenia zewnętrzne u ofiar gwałtów występowały w 39%” [(49) str. 119]. Christie i wsp. (50) opisują pedofilów jako dewiantów seksualnych, z reguły nie dokonujących okaleczeń swoich ofiar. Inne dane przeczą jednak temu wnioskowi, udowadniając częste występowanie zachowań agresywnych w tej grupie dewiantów seksualnych. Sprzeczne dane dotyczące zacho-

wań się pedofilów w czasie popełniania przestępstwa wymagają dalszych badań (49).

Innym klinicznym aspektem zasługującym na uwagę jest relacja między przestępstwami na tle seksualnym popełnianymi przez mężczyzn w stosunku do kobiet i na odwrót. Analiza skazujących wyroków za popełnione przestępstwa seksualne w latach 1975—1984 w Anglii i Walii, przedstawiona przez O’Connora (51), wykazała, że zaledwie 0,95% wszystkich przestępstw była udziałem kobiet. Podobnie Groth i Brinbaum (52) określili częstość popełnianych przez kobiety przestępstw seksualnych w stosunku do dzieci na mniej niż 1% (3 z 253). Travin i wsp. (53) wykazali, że tylko 5 kobiet (1% z 515 przestępców seksualnych) zostało przez nich zakwalifikowanych do grupy terapeutycznej mającej na celu terapię dewiacji seksualnych. Oprócz powyższych 5 kobiet w programie tym uczestniczyły jeszcze 4 kobiety, które dopuściły się nadużyć seksualnych, nie uwzględnionych w kodeksie karnym. Podobnie w badaniach przeprowadzonych w 1987 r. przez Knoppa i Lackeya (54) wykazano, że w 40 wyspecjalizowanych placówkach na terenie całego kraju leczono zaledwie 256 kobiet, które dopuściły się przestępstw na tle seksualnym.

Większość badaczy zgadza się, że przestępstwa na tle seksualnym wielokrotnie częściej popełniają mężczyźni niż kobiety. Pogląd ten budzi jednak pewne zastrzeżenia. Istnieje wiele czynników powodujących, że częstość występowania dewiacji seksualnych u kobiet może być wielokrotnie zaniżona. Do najważniejszych z nich można zaliczyć następujące czynniki, wynikające z uwarunkowań społecznych: uznanie praktyk seksualnych z dziećmi za przejawy uczuć macierzyńskich, szczególny opór dzieci przed przyznaniem się do stosunków kazirodczych z matką i błędną interpretację przez małych chłopców nadużyć seksualnych dokonywanych przez ich matki (53).

### **Dane epidemiologiczne dotyczące występowania przestępstw na tle seksualnym**

W ostatnich latach zaczęto zdawać sobie sprawę z faktu, że dotychczasowe dane epidemiologiczne dotyczące występowania przestępstw na tle seksualnym nie odpowiadają prawdzie. Uświadomienie tego faktu skłoniło badaczy do opracowania nowych narzędzi zbierania informacji, które umożliwiłyby uzyskanie bardziej rzetelnych danych o występowaniu tak dewiacji seksualnych, jak i przestępstw popełnionych na ich tle (2).

Przez wiele lat główny nacisk badań epidemiologicznych kładziono na ofiary przestępstw seksualnych, a nie na tych, którzy się ich dopuszczają. Dopiero obecnie uwaga epidemiologów została skierowana w stronę „nie ujawnionych” przestępców. Badacze udoskonalający stale swoje techniki w celu uzyskania coraz to dokładniejszych informacji o charakterze i zakresie nadużyć seksualnych, mimo wciąż istniejących trudności metodologicznych, coraz bardziej zbliżają się do rzeczywistego obrazu.

Chociaż Kinsey jest uważany za autora najbardziej przekonującego opracowania epidemiologii zaburzeń seksualnych, to jednak jest on krytykowany za nieuwzględnienie znaczenia seksualnego wykorzystywania dzieci. Kinsey i wsp. (55) w swoim dziele dotyczącym seksualności mężczyzn pisali: „tylko kilku mężczyzn miało stosunki z bardzo młodymi dziewczynkami” i „homoseksualny stosunek kazirodczy występuje znacznie częściej w wyobrażeniach lekarzy i pracowników opieki społecznej niż w rzeczywistości”; w dalszym ciągu autorzy stwierdzają: „najczęściej do kontaktów kazirodczych dochodzi u dorastających dzieci, natomiast u dzieci starszych i dorosłych kontakty te należą do rzadkości” [(55), str. 558]. Russell (56) zarzuca Kinseyowi, że nie przedstawił on żadnych danych dotyczących częstości występowania stosunków kazirodczych u małych dzieci. Opierając się na sugestii Hermana (57) zarzuca grupie badaczy skupionych wokół Kinseya, że byli oni bardziej zainteresowani problemami dojrzałego mężczyzny, który potencjalnie mógł być oskarżony o przestępstwo seksualne dokonane na dziecku lub kobiecie niż osobowością dziecka. Mimo to Kinsey i wsp. (58) nieprzypadkowo w badaniach epidemiologicznych obejmujących 4441 białych kobiet, pochodzących z klasy średniej, wykazali, że 24% tych kobiet (1075) w wieku dziewczęcym miało kontakty o charakterze seksualnym z dorosłymi mężczyznami. W większości tych kontaktów dochodziło do obnażenia męskich genitaliów, z następującymi później pieszczotami, które w 3% kończyły się odbyciem stosunku. Stwierdzono, że u 80% tych kobiet zbliżenie seksualne w wieku dziecięcym było jednorazowe. W przypadkach, w których zbliżenia seksualne w okresie dziecięcym powtarzały się, sprawcą tych praktyk była osoba mieszkająca razem z dzieckiem. Autorzy czynią dziecko winnym: „w wielu przypadkach doświadczenia seksualne były powtarzane, ponieważ dziecko wykazywało zainteresowanie aktywnością seksualną i mniej lub bardziej czynnie szukało okazji do następnego kontaktu” [(58), str. 118].

Chociaż szkoła Kinseya nie negowała ujemnych wpływów psychicznych występujących co najmniej u 80% dzieci doświadczających kontak-

tów seksualnych z dorosłymi, to jednak rozpowszechniano pogląd, że ujemne wpływy emocjonalne wynikające z tych zbliżeń są porównywalne z przerażeniem wywołanym widokiem np. pająka. „Trudno jest wyobrazić sobie, dlaczego dziecko (pomijając uwarunkowania kulturowe) mogłoby ponieść szkodę w wyniku dotykania jego genitaliów”. Argumentowano: „jakie zaburzenie u dziecka może spowodować widok czyichś narządów płciowych zewnętrznych, jaką szkodę może spowodować u dziecka nawet kontakt seksualny” [(58), str. 121]. W wyniku tej minimalizacji konsekwencji seksualnych nadużyć dzieci, ignorowania i zaprzeczania bezbronności dzieci, szkoła Kinseya zdaniem Russell (56) wykazywała delikatnie mówiąc tolerancję, a nawet skłaniała się do zaakceptowania kazirodztwa jako normy seksualnej. Herman już wcześniej podkreślił, że zwolennicy Kinseya „ignorując zagadnienia dominacji i siły... milcząco przyznawali większe prawa seksualne mężczyźnie” [(57), str. 17].

Cytowany wyżej raport Kinseya był przedmiotem wielu krytycznych analiz i wielu sprzecznych interpretacji. I tak np. Herman (57), opierając się na danych Kinseya oszacował, że poddał on analizie większą liczbę kobiet, które podawały w ankiecie fakt odbycia stosunków kazirodczych: 40 z nich ze swoimi ojcami, a 300 ze starszymi krewnymi. Dla porównania Russell (56) analizując te same dane, ale badając inną grupę 1039 osób (58) oszacowała, że stosunki kazirodcze ojciec-córka dotyczyły 24 kobiet, natomiast 115 kobiet doświadczyło innych związków kazirodczych. Dane te, oparte na statystykach Kinseya, nie zgadzają się z własnymi badaniami Russell, w których wykazała ona 4-krotnie częstsze występowanie związków kazirodczych w relacji ojciec-córka. W rzeczywistości Russell udowodniła, że stosunki kazirodcze przed 18 rokiem życia i seksualne wykorzystywanie dzieci przed 14 rokiem życia znacznie wzrosły między 1990 a 1993 r. Autorka widzi przyczyny tego zjawiska w: narastającej „seksualizacji” dzieci i dziecięcej pornografii, zmianach wynikających z rewolucji seksualnej, które spowodowały uczucie irracjonalnego lęku u mężczyzn wobec równouprawnienia seksualnego kobiet, znaczącej liczbie sprawców, którzy sami byli kiedyś ofiarami seksualnego wykorzystywania dzieci, narastającej liczbie rozwodów i ponownych małżeństw (Russell ocenia, że około 17% kobiet miało związki seksualne ze swoimi ojczymami).

Na szczególną uwagę zasługuje książka Haugaard i Reppucci (59) „Przestępstwa seksualne w stosunku do dzieci,” w której autorzy poddają krytycznej analizie różne badania statystyczne i omawiają ograniczenia metodologiczne, związane ze zbieraniem i opracowywaniem danych dotyczących przestępstw seksualnych dokonywanych na dzieciach.

Rzetelność dotychczasowych badań ograniczają głównie dwa fakty: trudność z doбором reprezentatywnej grupy oraz problemy z wiarygodnością danych podawanych przez osoby ankietowane. Korzyść wynikająca z doboru określonej populacji poddanej badaniom statystycznym polega na możliwości wyłowienia większej liczby ofiar przestępstw na tle seksualnym. W tych wypadkach jednak zagadnienie rzetelnego wypełniania ankiet urasta do jeszcze większego problemu niż w przypadku badania osób wybranych drogą losową. I tak np. osoby popełniające przestępstwa seksualne mogą w niezgodzie z prawdą podawać, że same w przeszłości były ofiarami nadużyć seksualnych, w celu „samousprawiedliwienia się”. Jest rzeczą oczywistą, że badanie określonej grupy społecznej będzie obarczone określonymi ograniczeniami interpretacyjnymi, stanowiącymi istotną przeszkodę do uzyskania rzetelności wyników. Haugaard i Reppucci podkreślają ograniczenia związane z badaniem określonych grup i sugerują, że jedyną metodą ograniczenia błędów interpretacyjnych jest objęcie badaniami epidemiologicznymi jak najszerzej reprezentacji danego społeczeństwa.

Haugaard i Reppucci ilustrują wieloma przykładami z literatury sprzeczności liczbowe i różne interpretacje poszczególnych raportów, które były sporządzone na podstawie badania różnych grup społecznych. W cytowanym już powyżej raporcie Kinsey'a i wsp. (58) opartym na badaniach populacji reprezentatywnej dla społeczeństwa USA, 24% ankietowanych kobiet stwierdziło, że miało w okresie dzieciństwa doświadczenia seksualne z dorosłymi mężczyznami. Podobnie raport Kanaadyjskiego Urzędu do Spraw Statystyki Społecznej z 1984 r. (60) wykazał, że 28% kobiet i 10% mężczyzn doświadczyło w dzieciństwie w mniejszym lub większym stopniu przemocy seksualnej ze strony dorosłych. W badaniach reprezentatywnej grupy kobiet żyjących w miastach, włączając w to również badania Russell (61), wykazano, że 28% z 930 ankietowanych kobiet doświadczyło przemocy seksualnej przed 14 rokiem życia, a 38% przed 18 rokiem życia. Włączając do nadużyć seksualnych takie akty, które nie pociągały za sobą bezpośrednich kontaktów fizycznych, jak np. ekshibicjonizm, uzyskamy informację, że liczba kobiet doświadczających patologicznych form zachowań seksualnych ze strony dorosłych wzrosła do 54%. Na podstawie badań uczniów szkół średnich, włączając w to również badania przeprowadzone przez Landisa (62) z 1956 r., określono częstotliwość nadużyć seksualnych dzieci na 35% w przypadku dziewcząt i 30% w przypadku chłopców. Finkelhor (63) przeprowadził analogiczne badania 796 uczniów z sześciu szkół podstawowych w stanie Nowa Anglia. Wyniki tego raportu przedstawiały się następująco: 19%

dziewczynek i 9% chłopców podało, że było napastowanych seksualnie w okresie wczesnego dzieciństwa.

Wśród badań epidemiologicznych wybranych grup społecznych zwraca uwagę raport przedstawiony przez Jamesa i Meyerdings (64) w 1977 r., oparty na analizie ankiet wypełnionych przez 136 prostytutek. Wyniki tego raportu ujawniły, że 52% prostytutek to kobiety w ten czy inny sposób skrzywdzone seksualnie w okresie wczesnego dzieciństwa. McCormack, James i Burgess w 1986 r. przeprowadzili badania na 149 dzieciach, które uciekły z domu i przebywały w jednym ze schronisk dla bezdomnych w Toronto. Badania te wykazały, że 73% dziewczynek i 38% chłopców było ofiarami przestępstw seksualnych. Wśród tych raportów osobne miejsce zajmuje opracowanie Jonesa, Grubera i Timbera (66) przedstawione w 1981 r. Autorzy ci ankietowali 66 dorosłych osób włączonych wyrokiem sądu w program rehabilitacji na terenie Apalachów. W grupie 42 kobiet 33% było ofiarami gwałtu, a 16% — ofiarami innych form przestępstw seksualnych. W 19% sprawcami tych przestępstw byli ojczymowie lub bezpośredni opiekunowie.

Istnieją poważne różnice w literaturze odnośnie do nadużyć seksualnych dzieci, dokonywanych przez ojczymów i biologicznych ojców. Russell (67) ankietując 930 kobiety podaje, że 17% tych kobiet, które miało ojczymów, było przez nich molestowane. Najczęściej molestowanie seksualne ze strony ojczymów sprowadzało się do kontaktów oralnych i stosunków płciowych. W porównaniu do powyższej grupy seksualne nadużycia dziewczynek przez ich biologicznych ojców były znacznie rzadsze, stanowiąc zaledwie 2%. W jawnej sprzeczności z tymi badaniami pozostają dane przedstawione przez Phelana (68). Autor ten ankietował 56 rodzin uprawiających stosunki kazirodcze w układzie ojczym-pasierbica i 46 rodzin w układzie ojciec-córka. Biologiczni ojcowie w odróżnieniu od ojczymów częściej zmuszali córki do współżycia seksualnego i cechowali się większą brutalnością.

Dużym problemem jest uzyskanie wiarygodnych danych epidemiologicznych odnośnie do nie wykrytych sprawców przestępstw seksualnych. Finkelhor i Lewis (2) podkreślają, że znacznie większe postępy osiągnięto w badaniach epidemiologicznych dotyczących gwałtocieli i osób o skłonnościach do popełnienia gwałtu (59, 60), niż w przypadku osób dopuszczających się przestępstw seksualnych w stosunku do dzieci. Jest to zrozumiałe, zważywszy fakt, że duża część osób dopuszczających się przemocy seksualnej wobec dzieci praktycznie nigdy może nie być

ujawniona, a ich liczebność można określić jedynie na podstawie liczby ich ofiar. Ciekawą próbę identyfikacji osób popełniających czyny nierządne z dziećmi zastosowali Finkelhor i Lewis (2). Ich technika, zwana zasadą przypadkowych odpowiedzi (Randomized Response Technic), polegała na naprzemiennym kojarzeniu dwóch pytań, z których jedno miało charakter emocjonalnie obojętne, drugie zaś dotyczyło związków seksualnych z dziećmi. W sondzie telefonicznej obejmującej 2627 dorosłych w zależności od sekwencji zadawanych pytań uzyskano pozytywne odpowiedzi odnośnie do kontaktów seksualnych z dziećmi od 17% lub 4% respondentów. Zastosowana technika miała charakter czysto eksperymentalny, nie pozwalający na określenie, która sekwencja pytań sprzyjała uzyskaniu prawdziwej odpowiedzi. Pomimo tych istotnych ograniczeń, autorzy stwierdzają: „średnia arytmetyczna pozytywnych odpowiedzi przy zastosowaniu dwóch różnych sekwencji pytań wynosi ok. 10% i tym samym jest prawdopodobna” [(2) (str. 70)]. Ponieważ problem nadużyć seksualnych dzieci dotyczy szerokiej populacji mężczyzn, Finkelhor i Lewis (2) reprezentują pogląd, że konieczne są dalsze badania nad socjopsychologią mężczyzn, ze szczególnym uwzględnieniem ich tendencji do dominowania. Autorzy ci twierdzą dalej, że dopiero pełniejsze zrozumienie seksualizmu męskiego może przyczynić się do wypracowania metod zapobiegających nadużyciom seksualnym.

## Wnioski

Wszystkie dostępne dane wskazują, że dewiacje seksualne są zjawiskiem częstym. W rzeczywistości seksualne zachowania dewiacyjne — począwszy od „łagodnych form”, a kończąc na poważnych przestępstwach seksualnych — są na tyle częste, że nie mogą być traktowane jako zjawisko marginalne. Ponadto dane dotyczące występowania seksualnych zaburzeń dewiacyjnych budzą w nas same silne negatywne emocje. Gwałtowne reakcje społeczne towarzyszące przestępstwu seksualnym nie budzą zdziwienia. Nawet tacy giganci, jak Freud i Kinsey, pozostający „zimnymi” badaczami, pisali o wynikach swoich badań z wyraźnym zaangażowaniem emocjonalnym. Nie budzi żadnej wątpliwości, że zagadnienia seksualności, a zwłaszcza dewiacji seksualnych, poruszają głębokie pokłady naszego życia emocjonalnego. Dane epidemiologiczne dotyczące częstości występowania zachowań dewiacyjnych powinny jednak pomóc odrzucić wrodzoną niechęć do postrzegania tego, co istnieje w rzeczywistym świecie. Dewiacje seksualne dotyczą bowiem ludzi i nie ograniczają się

do jednostkowych przypadków. Znaczenie prób określenia rzeczywistej częstości występowania zaburzeń dewiacyjnych nie może stać się jednak celem samym w sobie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Barnard GW, Fuller AK, Robbins L, Shaw T. *The Child Molester: An Integrated Approach to Evaluation and Treatment*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass Publishers; 1989.
2. Finkelhor D, Lewis IA. An epidemiologic approach to the study of child molestation. In: Prentky RA, Quinsey VL, eds. *Human Sexual Aggression: Current Perspectives*. Annals of the New York Academy of Sciences. Vol 528. New York, NY: The New York Academy of Sciences; 1988.
3. Krafft-Ebing RV. *Psychopathia Sexualis*. Translated from the 12th German ed. New York, NY: Stein & Day Publishers; 1965.
4. Nelson BJ. *Making an Issue of Child Abuse. Political Agenda Setting for Social Problems*. Chicago, Ill: The University of Chicago Press; 1984.
5. Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *AJR*. 1946; 56:163—173.
6. Caffey J: Some traumatic lesions in growing bones other than fractures and dislocation—clinical and radiological features. *Br J Radiol*. 1957; 30:225—238.
7. Kempe CH, Silverman FN, Steel BF, Droegemueller W, Silver HK. *The Battered Child Syndrome*. JAMA. 1962; 181:17—24.
8. Sutherland EH. The diffusion of sexual psychopath laws. *Am J Sociol*. 1950; 56:142—148.
9. Travin S, Bluestone H, Coleman E, Cullen L, Melella J. Pedophilia: an update on theory and practice. *Psychiatr Q*. 1985; 57:98—103.
10. Weinberg SK. *Incest Behavior*. New York, NY: Citadel Press; 1995.
11. Jaffe AC, Dynneson L, Bense HWT. Sexual abuse of children: an epidemiologic study. *AJDC*. 1975; 129:689—692.
12. Wells NH. Sexual offenses as seen by a woman police surgeon. *Br Med J*. 1958; 5109:1404—1408.
13. *Highlights of Official Child Neglect and Abuse Reporting 1986*. Denver, Colo: The American Humane Association; 1988.
14. New York State Division of Criminal Justice Services. *The Investigation and Prosecution of Crimes Against Children in New York State*. Albany, NY: April 1988.
15. *New York State Department of Correctional Services. Commitments Involving Child Victims of Physical or Sexual Offenses*. Albany, NY: December 1988.
16. *Governor's Task Force on Rape and Sexual Assault: Preliminary Recommendations*. Albany, NY: November 1989.
17. *Uniform Crime Reports for the United States. U.S. Department of Justice. Federal Bureau of Investigation*. Washington, DC: US Government Printing Office; August 6, 1989.
18. *The New York Times. Crimes of Violence are up 5% in U.S.* Monday, April 9, 1990.
19. Bureau of Justice Statistics Bulletin. *Criminal Victimization 1988*. Washington, DC: US Department of Justice; October 1989.
20. Freud S. *The Complete Introductory Lectures of Psychoanalysis*. New York, NY: Norton; 1966.
21. Rush F. *The best kept secret: sexual abuse of children*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc; 1980.

22. Freud, S, Strackey J, trans. Studies on Hysteria. In: *The Standard Edition of the Complete Psychological Works*. Vol II. London, England: The Hogarth Press; 1955.
23. Freud S; Bonaparte M, Freud A, Kris E, eds. Mosbacher, E., J. Strachey, trans. *The Origins of Psychoanalysis, letters to Wilhelm Fliess. Drafts and Notes: 1887—1902*. New York, NY: Basic Books; 1954.
24. Abraham K. The experiencing of sexual traumas as a form of sexual activity. In: *Selected Papers of Karl Abraham*. London, England: Hogarth Press; 1927.
25. Ferenczi S. Confusion of tongues between adults and the child. *Contemp Psychoanal*. 1988; 24:196—206.
26. Bender L, Blau A. The reaction of children to sexual relations with adults. *Am J Orthopsychiatry*. 1937; 7:500—518.
27. Bender L, Grugett FAE. A follow-up report on children who had atypical sexual experiences. *Am J Orthopsychiatry*. 1952; 22:825—837.
28. Henderson D; Incest. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol 2, 2nd ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1975.
29. Burgess AW, Holmstrom LL. Sexual trauma of children and adolescents: pressure, sex, and secrecy. *Nurs Clin North Am* 1975; 10:551—563.
30. Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J. Complications, consent and cognitions in sex between children and adults. *Int J Law Psychiatry*. 1984; 7:89—103.
31. Emslie GJ, Rosenfeld A. Incest reported by children and adolescents hospitalized for severe psychiatric problems. *Am J Psychiatry*. 1983; 140:708—711.
32. Lewis M, Sarrell PM. Some psychological aspects of seduction, incest and rape. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1969; 8:606—619.
33. Gomes-Schwartz B, Horowitz M, Sauzier M. Severity of emotional distress among sexually abused preschool, school-age, and adolescent children. *Hosp Comm Psychiatry*. 1985; 36:503—508.
34. Adams-Tucker C. Proximate effects of sexual abuse in childhood: a report on 28 children. *Am J Psychiatry*. 1982; 139:1252—1256.
35. Gross M. Incestuous rape: a cause for hysterical seizures in four adolescent girls. *Am J Orthopsychiatry*. 1979; 49:704—708.
36. Dixon KN, Arnold LE, Calestrok. Father-son incest: underreported psychiatric problem? *Am J Psychiatry*. 1978; 135:835—838.
37. Johnson RL, Shrier D. Past sexual victimization by females of male patients in an adolescent medicine clinic population. *Am J Psychiatry*. 1987; 144:650—652.
38. Summit RC. The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse Neglect*. 1983; 7:177—193.
39. Katan A. Children who were raped. *Psychoanal Study Child*. 1973; 28:208—224.
40. Briere J, Evans D, Runtz M, Wall T. Symptomatology in men who were molested as children: a comparison study. *Am J Orthopsychiatry*. 1988; 58:457—461.
41. Sarrell PM, Masters WH. Sexual molestation of men by women. *Archives of Sexual Behavior*. 1982; 11:117—131.
42. Jacobson A, Herald C. The relevance of childhood sexual abuse to adult psychiatric inpatient care. *Hosp Comm Psychiatry*. 1990; 41:154—158.
43. Carmen EH, Rieker PP, Mills T. Victims of violence and psychiatric illness. *Am J Psychiatry*. 1984; 141:378—383.
44. Largen MA. The anti-rape movement past and present. In: Burgess AW ed *Rape and Sexual Assault. A Research Handbook*. New York, NY: Garland Publishing Inc; 1985.
45. Burgess AW, Holmstrom LL. *Rape: Victim of Crisis*. Bowie, Md: Brady Company; 1974.
46. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry*. 1974; 131:981—986.
47. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome and post traumatic stress response. In: Burgess AW, ed. *Rape and Sexual Assault. A Research Handbook*. New York, NY: Garland Publishing Inc; 1985.
48. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 3rd ed, Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
49. Abel GG, Becker JV, Murphy WE, Flanagan B. Identifying dangerous child molesters. In: Stuart R, ed *Violent Behavior—Social Learning Approaches to Prediction, Management and Treatment*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1981.
50. Christie M, Marshall W, Lanthier R. *A Descriptive Study of Incarcerated Rapists and Pedophiles*. Report to the Solicitor General of Canada. Ottawa, Canada: 1979.
51. O'Connor AA. Female sex offenders. *Br J Psychiatry*. 1987; 150:515—520.
52. Groth AN, Birnbaum HJ. *Men Who Rape: The Psychology of the Offenders*. New York, NY: Plenum Press; 1979.
53. Travin S, Cullen K, Protter B. Female sex offender: Severe victims and victimizers. *J Forensic Sci*. 1990; 35:140—150.
54. Knopp FH, Lackey LB. Female Sexual Abusers: *A Summary of Data from 44 Treatment Providers*. The Safer Society Program of the New York State Council of Churches. Orwell, Vt, October 1987.
55. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual Behavior in the Human Male*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1948.
56. Russell DEH: *The Secret Trauma. Incest in the lives of girls and women*. New York, NY: Basic Books Inc; 1986.
57. Herman JL. *Father-Daughter Incest*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1981.
58. Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE, Gebhard PH. *Sexual Behavior in the Human Female*. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 1953.
59. Haugaard JJ, Reppucci ND. *The Sexual Abuse of Children*. San Francisco, Calif: Jossey-Bass Publisher; 1988.
60. Committee on Sexual Offenses Against Children and Youth. *Sexual Offenses Against Children*. Ottawa, Canada: Canadian Publishing Center; 1984.
61. Russell DEH. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse Neglect*. 1983; 7:133—146.
62. Landis JT. Experiences of 500 children with adult sexual deviants. *Psychiatr Q* (suppl) 1956; 30:91—109.
63. Finkelhor D. *Sexually Victimized Children*. New York, NY: Free Press; 1979.
64. James J. Meyerding J. Early sexual experience as a factor in prostitution. *Arch Sex Behav*. 1978; 7:31—42.
65. McCormack A, James MD, Burgess AW. Runaway youths and sexual victimization: gender differences in an adolescent runaway population. *Child Abuse Neglect*. 1986; 10:387—395.
66. Jones RJ, Gruber KJ, Timbers GD. Incidence and situation factors surrounding sexual assault against delinquent youth. *Child Abuse Neglect*. 1981; 5:431—440
67. Russell DEH. The prevalence and seriousness of incestuous abuse: stepfathers vs. biological fathers. *Child Abuse Neglect*. 1984; 8:15—22.
68. Phelan P. The process of incest: biologic father and stepfather families. *Child Abuse Neglect*. 1986; 10:531—539.
69. Kanin EJ. Date rapists: differential sexual socialization and relative deprivation. *Arch Sex Behav*. 1985; 14:219—231.
70. Malamuth NM. Rape proclivity among males. *Soc Issues*. 1981; 37:138—157.
71. Folsom RE, Greenberg BG, Horvitz DG, Abernathy JR. The two alternative questions randomized response model for human surveys. *J Am Stat Assoc*. 1973; 68:525—530.

### 3. Diagnostyka i klasyfikacja dewiacji seksualnych

Diagnostyka i klasyfikacja dewiacji seksualnych, podobnie jak diagnostyka i klasyfikacja każdej innej choroby psychicznej, ulegała ciągłej ewolucji, odzwierciedlając aktualne poglądy dotyczące tych zagadnień. Systemy klasyfikacyjne — uwzględniające współczesne poglądy dotyczące chorób psychicznych — służą, jak to podkreślają Spitzer i Williams (2), „porozumiewaniu się, ocenie stanu pacjenta i zrozumieniu” (str. 591). Sprawność komunikowania się zależy od stosowania nazw, które są odbierane jednoznacznie i podlegają ustalonym definicjom. Ocena stanu pacjenta zakłada możliwość zapobiegania wystąpieniu określonego zaburzenia lub wpływowi na naturalny przebieg choroby. Zrozumienie oznacza posiadanie wystarczającej wiedzy o przyczynach, patogenezie i metodach leczenia określonego schorzenia.

Pierwsze oficjalne wyodrębnienie chorób psychicznych w USA to spis ludności w 1840 r., w którym uwzględniono kategorię „zaburzenia psychiczne”. W ich skład wchodziły funkcjonujące ówczesnie określenia zaburzeń psychicznych: „idiota” oraz „wariat”. Od tego czasu zaczynają pojawiać się systemy klasyfikujące poszczególne zaburzenia psychiczne. W 1952 r. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne opublikowało pierwsze wydanie podręcznika „Diagnostyka i statystyka chorób psychicznych” (DSM-I) (3), w którym umieszczono słownik diagnostyczny. Dzieło to jest przykładem ewolucji współczesnych poglądów dotyczących dewiacji seksualnych, a co za tym idzie — postępów diagnostyki i klasyfikacji tych zaburzeń. I tak, często pojawiające się słowo „reakcja” wskazuje ukierunkowanie ówczesnych poglądów na wpływy środowiskowe. Innym często używanym określeniem jest „mechanizm obronny”, termin odzwierciedlający wpływ kierunku psychoanalitycznego. W drugim wydaniu podręcznika „Diagnostyki i statystyki chorób psychicznych” (DSM II) (4), opublikowanym w 1965 r., praktycznie pominięto termin „reakcja” (2). Klerman (5) pisze, że trzecie wydanie powyższego podręcznika, które ukazało się w 1980 r.,

uwzględnia zarówno obserwacje kliniczne, jak i postępy nauk teoretycznych. W wydaniu tym zarysowuje się wyraźny podział na poszczególne jednostki chorobowe o określonej charakterystyce klinicznej. Klerman wśród głównych walorów nowego wydania DSM wymienia: wprowadzenie pierwszej oficjalnej terminologii, opartej na obiektywnych kryteriach, zgodnych z postęпами psychopatologii, a nie spekulacji; rozpatrywanie poszczególnych jednostek chorobowych na wielu płaszczyznach.

Spitzer i Williams (2) z uznaniem stwierdzają, że „wprowadzenie ścisłych kryteriów dla klasyfikacji zaburzeń psychicznych” (str. 619) znacznie usprawniło postępowanie diagnostyczne, ale autorzy stawiają pytanie, w jakim stopniu zaproponowana klasyfikacja zaburzeń psychicznych odzwierciedla „realność codziennej praktyki lekarskiej” (str. 619).

Natomiast Spitzer i Williams zastanawiają się, czy jednostki nozologiczne zawarte w DSM III (6) mają charakter „normatywny” (np. odzwierciedlają opinię ekspertów), czy też „empiryczny”, tzn. wynikają z analiz statystycznych. Te komentarze odnośnie do charakteru i klasyfikacji zaburzeń psychicznych mają szczególne znaczenie dla stworzenia diagnostycznych kryteriów dewiacji seksualnych.

#### Diagnoza psychiatryczna dewiacji seksualnych

Różne znaczenie nadawane w przeszłości takim terminom, jak „mołowanie dzieci”, czy też „zagrożenie” podkreślają konieczność wprowadzenia powszechnie zrozumiałych i jednoznacznych kryteriów pozwalających opisać dewiacyjne zachowania seksualne. Ta niejednoznaczność i brak konsekwencji w używaniu poszczególnych określeń jest wyraźnie widoczna w kolejnych wydaniach „Diagnostyki i statystyki chorób psychicznych”. W każdym następnym wydaniu podręcznika pojawiały się inne określenia służące opisowi dewiacji seksualnych. W pierwszym wydaniu „dewiacje seksualne” były zaliczane do tzw. reakcji antyspołecznych i aspołecznych. Wszystkie te terminy były również określone zbiorczym hasłem „socioopatologiczne zaburzenia osobowości”. Tak więc w I wydaniu DSM nie figurował tytuł „dewiacje seksualne”. Fakt ten był odzwierciedleniem panującej wówczas opinii, że osobnik wykazujący nienormalne zachowanie seksualne był „chory nie w kategoriach indywidualnych związków i osobistych zaburzeń. Uważano, że jego dewiacja była uwarunkowana socjologicznie” [(8), str. 1066]. W II wydaniu DSM czytamy już o dewiacjach seksualnych w osobnym rozdziale. Rozdział ten zawierał 9 części opisujących m.in. homoseksualizm, fetyszyzm i pedofilię. W dalszym ciągu jednak



„dewiacje seksualne” razem z „zaburzeniami osobowości”, „alkoholizmem” i „lekomanią” traktowane są jako „zaburzenia osobowości i inne niepsychotyczne zaburzenia”. Termin „Dewiacje seksualne” był zarezerwowany dla osobników, których popęd płciowy nie był ukierunkowany na osoby płci przeciwnej lub dla tych, którzy dążyli do odbycia stosunku płciowego w nienaturalny sposób lub w nienaturalnej sytuacji...” (str. 44).

W III wydaniu DSM (6) pojęcie „dewiacje seksualne” zastąpiono określeniem „parafilia”, która zdaniem autorów „właściwie oddaje charakter tej dewiacji (para), polegającej na określeniu indywidualnego przedmiotu pożądania (filia)” (str. 267). W tym wydaniu DSM „parafilia” została potraktowana jako podtytuł „chorób psychoseksualnych”. Tak więc w porównaniu do poprzednich wydań DSM dewiacje seksualne zostały wyodrębnione z zaburzeń osobowości. W grupie chorób określanych mianem psychoseksualnych poza parafilią znalazły się również następujące zaburzenia: „dysfunkcje psychoseksualne”, zaburzenia identyfikacji płci” i „inne choroby psychoseksualne”. Pod hasłem „inne choroby psychoseksualne” umieszczono: „egodystoniczny homoseksualizm” oraz „psychoseksualne choroby nigdzie nie klasyfikowane”. Według III wydania DSM przykładem parafilii jest osobnik o spaczonych, lecz ugruntowanych, uświadamianych, stałych potrzebach seksualnych. Trzymając się tej definicji napotkamy jednak pewne trudności. Dla przykładu weźmy zoofilię — „akt lub fantazję zaspokajania potrzeb seksualnych ze zwierzętami w sposób ciągły, jako jedyną drogę osiągnięcia podniecenia seksualnego” (str. 270). Tak więc definicja parafilii jest nieprecyzyjna, nie różnicuje bowiem zachowań i fantazji o charakterze dewiacyjnym.

Powyzsza nieprecyzyjność definicji parafilii została skorygowana w następnym wydaniu podręcznika DSM III-R, opublikowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1987 r. W tym wydaniu pojawia się zwarty zestaw kryteriów diagnostycznych, definiujący wszystkie formy parafilii. W kryteriach tych uwzględniono takie elementy, jak: czas trwania, intensywność potrzeb seksualnych, jak również charakter fantazji.

W klasyfikacji tej podzielono dewiacje w zależności od zaawansowania objawów:

„łagodna”: osobnik odczuwa duży dyskomfort w wyniku powtarzających się potrzeb dewiacyjnych, ale nigdy się im nie poddaje;

„umiarkowana”: osobnik okazjonalnie poddaje się praktykom dewiacyjnym;

„ciężka”: osobnik regularnie poddaje się praktykom dewiacyjnym (str. 281).

Biorąc pod uwagę czynnik czasu oraz natężenia potrzeb seksualnych, diagnostyczne kryteria pedofilii podane w DSM III-R brzmią: „trwające przez okres co najmniej 6 miesięcy, powtarzające się intensywne potrzeby i seksualne fantazje związane z aktywnością seksualną z udziałem dziecka lub dzieci (w wieku 13 lat lub młodszym). Osobnik poddaje się tym potrzebom lub doświadcza silnego dyskomfortu z ich powodu” (str. 285).

Pomimo ciągłych zmian w definiowaniu parafilii, co najlepiej ilustrują kolejne poprawki do DSM, współczesne kryteria opisane w DSM III-R prowokują dalszą dyskusję (10). Praktykom trudno pogodzić się z zastosowanym kryterium: „powtarzające się intensywne potrzeby seksualne i seksualne fantazje”, jak również z innym kryterium: „osobnik poddaje się dewiacji seksualnej lub odczuwa z jej powodu dyskomfort”. Wynika to z faktu, że osoby dopuszczające się przestępstw na tle seksualnym zaprzeczają lub minimalizują charakter dewiacyjny swoich zachowań. Ten właśnie fakt ogranicza zatem praktyczne wykorzystanie cytowanej powyżej definicji.

Abel i wsp. (11) podkreślają, że zaprzeczenie jest częstym zjawiskiem wśród osób popełniających przestępstwa na tle seksualnym. W rzeczywistości zaprzeczenie praktyk dewiacyjnych jest najczęstszą „świadomą lub podświadomą formą obrony” (str. 298). Po otrzymaniu gwarancji dyskrecji dla swoich pacjentów — dla tych, którzy dopuścili się przestępstw na tle seksualnym — Abel i współpracownicy stwierdzili, że w rzeczywistości mają oni znacznie większe poczucie winy, niż podawali to w sądzie. Gwarantując pacjentom pełną dyskrecję, Abel i wsp. spędzili z nimi ponad 5 godzin, zadając im specyficzne pytania, dotyczące ich dewiacji seksualnych. Autorzy ci, w wyniku zebrania wywiadów od 561 mężczyzn, stwierdzili, że:

1. Większość osób przejawiających dewiacje seksualne miała kontakty z dorosłymi partnerami, nie doświadczając fantazji seksualnych o charakterze dewiacyjnym.
2. U większości pacjentów zachowania dewiacyjne występowały na przemian z normalnym współżyciem seksualnym.
3. Większość pacjentów przejawiała wiele różnych form zachowań dewiacyjnych.
4. Dewiacja seksualna o ściśle określonym charakterze (tylko jedno zachowanie dewiacyjne) jest zjawiskiem rzadkim.

O ile ocena kontaktów seksualnych w kategoriach dewiacji seksualnej jest trudna, o tyle klasyfikacja fantazji seksualnych jest praktycznie niemożliwa. Odnośnie do znaczenia fantazji seksualnych o charakterze dewiacyjnym Conte (12) nie tylko stawia pytanie o częstotliwość wy-

stępowania tych fantazji wśród osób dopuszczających się przestępstw o charakterze seksualnym, ale co więcej, poddaje w wątpliwość, czy występowanie tego rodzaju wyobrażeń seksualnych jest częstsze wśród przestępców seksualnych niż u normalnych ludzi. W chwili obecnej nie można na te pytania odpowiedzieć w sposób jednoznaczny. Nasze własne doświadczenia, zdobyte w czasie psychiatrycznego badania osób, które popełniły przestępstwa na tle seksualnym, prowadzone w szpitalu więziennym, wskazują, że dewiacyjni seksualni mają nawracające fantazje o wyraźnym charakterze dewiacyjnym, ale większość z nich przyznaje się do nich dopiero w trakcie postępowania psychoterapeutycznego (10). Wydaje się przeto, że kryteria diagnostyczne zaproponowane w DSM III-R są mało przydatne w czasie wstępnego badania. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że nawet jeśli pacjent nie będzie ukrywał swego dewiacyjnego zachowania, to jednak nie ujawni swoich rzeczywistych potrzeb seksualnych, jak również treści fantazji. Może on np. oszukiwać sam siebie poprzez wmawianie, że dopuścił się kryminalnych aktów seksualnych będąc pod wpływem alkoholu. Natomiast, gdy przyzna się on do nawracających fantazji i potrzeb, to w tym momencie zderza się z rzeczywistością swojego problemu i musi zaakceptować w większym lub mniejszym stopniu swoją odpowiedzialność za popełniony czyn. Często obserwowaliśmy, że pacjenci z dużym opóźnieniem przyznawali się sami przed sobą, że ich zachowania seksualne mają charakter dewiacyjny (często następowało to po przedstawieniu im wyników badań polegających na badaniu reakcji seksualnych, jak wzwód prącia w warunkach wizualizacji potencjalnych obiektów lub sytuacji seksualnych) (13). Znacznie później obserwowaliśmy u tych pacjentów pogodzenie się z faktem, że ich preferencje seksualne mają charakter kompulsji. Ujawnienie natomiast treści fantazji i potrzeb seksualnych następowało dopiero po dłuższym okresie psychoterapii (10).

W DSM-III-R wprowadzono wiele innych zmian, które unowocześniają diagnozę i klasyfikację dewiacyjnych zachowań seksualnych. I tak np. zoofilia nie jest już traktowana jako osobna jednostka chorobowa, w DSM-III-R czytamy bowiem, że zoofilia nie jest sama w sobie traktowana jako „kliniczny problem o istotnym znaczeniu” (str. 425); włączona jest do kategorii zaburzeń określanых ogólną nazwą „niespecyficzna parafilia” (Paraphilia Not Otherwise Specified). Natomiast kazirodztwo uważane jest za podgrupę pedofilii. Zmiana ta podyktowana była pojawianiem się coraz większej ilości danych udowadniających, że tylko znikoma liczba osób dopuszczających się związków kazirodczych z własnymi dziećmi poszukuje również kontaktów seksualnych z dziećmi nie pozostającymi w relacji rodzinnej (14).

Abel i wsp. (15) przeprowadzili badania porównawcze między osobnikami utrzymującymi heteroseksualne związki kazirodcze a grupą pacjentów z pedofilią. Na podstawie obiektywnych badań występowania erekcji pod wpływem określonych bodźców wizualnych autorzy ci nie stwierdzili żadnych różnic w obu badanych grupach, tzn. obie grupy wykazywały silne reakcje seksualne na wizualizację małych, nie znanych im dzieci (str. 136). Na uwagę zasługuje również spostrzeżenie, że w DSM-III-R gwałt w dalszym ciągu nie jest traktowany jako parafilia. Abel i Rouleau (16) komentują ten fakt jako wyraz tego, że psychiatrzy i psycholodzy mają stosunkowo mało styczności nie tylko z gwałtami, ale z większością ciężkich przewinień na tle seksualnym. Co więcej, powyżsi autorzy dowodzą, że ciężkie przewinienia na tle seksualnym społecznie traktowane są jako domena wymiaru ścigania i sprawiedliwości, a nie psychiatrii — stosuje się więc do nich pojęcie kary, a nie leczenia. Mogłoby się przeto wydawać, że określenie gwałtu jako choroby w odczuciu społecznym stanowiłoby „cios” w ruchy na rzecz praw kobiet. Inną ciekawą zmianą wprowadzoną w DSM-III-R jest umiejscowienie „chorób polegających na identyfikacji własnej płci” w rozdziale dotyczącym psychiatrii dziecięcej. Zmiana ta odzwierciedla panujące obecnie poglądy, że zaburzenia identyfikacji z określoną płcią zaczynają się już we wczesnym okresie rozwojowym. Pojęcie „homoseksualność o typie ego-dystonicznym” (Ego-dystonic-Homoseksuality) nie zostało uwzględnione jako samodzielna kategoria, zostało natomiast włączone do nowej kategorii „niespecyficzných zaburzeń seksualnych” (Sexual Disorder, Not Otherwise Specified).

### Rozważania dotyczące prób opisu i klasyfikacji dewiacji seksualnych

Mimo istnienia pełnej zgodności wśród badaczy, że osoby wykazujące dewiacje seksualne są grupą wysoce heterogenną, ciągle nie ustają próby identyfikacji wspólnej „cechy” dla tej grupy (10). Knight i wsp. (17) uważają, że poprzez dobór odpowiednich zmiennych opisujących cechy psychiczne można uściślić charakterystykę osobowości osób dopuszczających się przestępstw na tle seksualnym.

Autorzy dokonują przeglądu licznych danych, metod i innych opracowań naukowych, które mogą potencjalnie stanowić podstawę dla opracowania typologii i podjęcia próby opisu wspólnych cech osobowości charakteryzujących powyższą grupę.

Knight i wsp. (17) opisują 4 różne podejścia badawcze stosowane dotychczas przy opisie gwałcieli i osób wykorzystujących seksualnie dzieci.

1. Socjologiczne, polegające na odtworzeniu łańcucha zdarzeń, w kontekście socjokulturowym [praca Amira (18) dotycząca interakcji pomiędzy ofiarami i gwałcicielem].

2. Prawno-psychiatryczne, polegające na zakwalifikowaniu osoby do określonej podgrupy przestępców seksualnych przy zastosowaniu kryteriów przedstawionych w DSM I, II, III (celem tego podejścia jest postawienie diagnozy).

3. Psychometryczne, według którego próbuje się określać przestępców seksualnych stosując techniki psychologiczne (techniki projekcyjne i samo-opisy).

4. Psychologiczno-behawioralne, którego celem jest szczegółowe opisanie charakteru dewiacji seksualnej przy zastosowaniu obiektywnej techniki detekcji erekcji prącia w odpowiedzi na specyficzny bodziec sygnałny.

Cytowani autorzy twierdzą, że zastosowanie kompleksowych badań o charakterze statystycznym i empirycznym może doprowadzić do opracowania typologicznej klasyfikacji dewiacji seksualnych.

Poprzez kompleksowe zastosowanie różnorodnych technik badawczych próbuje się opracować kryteria pozwalające na klasyfikację typów osobowościowych osób dopuszczających się przestępstw na tle seksualnym. Z punktu widzenia społecznego opracowanie takiej klasyfikacji ma szczególne znaczenie dla określenia charakteru grupy gwałcicieli i wykorzystujących seksualnie dzieci. Prentky i wsp. (19) pisali: „głównym celem prób podziału jest uzyskanie precyzyjnego opisu psychologicznego charakteryzującego różne podgrupy” (str. 43). Ponieważ większość tego typu badań prowadzona jest w Centrum Leczenia Osób Stanowiących Społeczne Zagrożenie Na Tle Seksualnym w Bridgewater w Massachusetts, wszystkie dotychczasowe klasyfikacje gwałcicieli i osób dopuszczających się przestępstw z nieletnimi poddano w tym ośrodku weryfikacji. Stąd też wywodzą się odpowiednie określenia klasyfikacji osób wykorzystujących seksualnie dzieci: MTC:CM1, MTC:CM2 i MTC:CM3 (Massachusetts Treatment Center: Child Molester).

Odpowiednia klasyfikacja osób dokonujących gwałtów, według kryteriów zaproponowanych przez powyższą instytucję, określana jest skrótami MTC:R1, MTC:R2, MTC:R3 (R-rapist). Obowiązująca obecnie klasyfikacja osób wykorzystujących seksualnie dzieci pochodzi z oryginalnego modelu Cohena i wsp. (21), gdzie wyróżniono 4 typy psychologiczne osób wykorzystujących dzieci: utrwalony, regresywny, eksploatacyjny i agresywny (sadystyczny) (22). Ostateczna grupa klasyfikacyjna określana jest skrótami MTC:CM2. W skład jej wchodzi osiem typów osobowościowych.

Po dokonaniu poprawki grupa MTC:CM3 kategoryzuje osoby dopuszczające się przestępstw na tle seksualnym w dwóch oddzielnych płaszczyznach. Płaszczyzna pierwsza dotyczy fiksacji, natomiast przy rozważaniu tzw. płaszczyzny drugiej uwzględnia się liczbę kontaktów seksualnych z dziećmi (duża czy mała), a następnie ocenie poddaje się udział czynnika interpersonalnego i narcystycznego w kontakcie seksualnym.

W płaszczyźnie drugiej uwzględnia się również pytanie, czy kontakt seksualny z dzieckiem prowadzi do uszkodzenia ciała ofiary (zdanie str. 66 „by... variables” zostało pominięte ze względów na to, że zastosowana terminologia ograniczona jest do psychiatrii amerykańskiej.) Podobnie jak w przypadku klasyfikacji osób dopuszczających się przestępstw seksualnych na nieletnich, również i klasyfikacja gwałcicieli oparta została na oryginalnym opracowaniu Cohena i wsp. (23).

Cztery typy gwałcicieli różnicowane są na podstawie czynników motywacji seksualnych i nasilenia agresji. I tak wśród gwałcicieli wyróżniamy typ o charakterze przeniesionej agresji, typ o charakterze kompensacji, typ o charakterze rozsianej agresji seksualnej i typ impulsywny. Według kryteriów klasyfikacyjnych Centrum Leczenia Osób Stanowiących Zagrożenie Społeczne kategoria określana skrótami MTC:R3 składa się z czterech podgrup wyodrębnionych na podstawie motywacji gwałtu: podgrupa oportunistyczna dzieli się następnie na dwie podjednostki w zależności od wysokiego lub niskiego statusu społecznego; typ o „przymusie czynienia zła” dzieli się na podgrupy sadystyczne i niesadystyczne, wreszcie ostatnią grupą według klasyfikacji MTC jest grupa gwałcicieli o charakterze windykacyjnym.

Knight i Prentky (20) stoją na stanowisku, że zaproponowany przez nich system opisu „kategorii” osób napastujących seksualnie dzieci jest rzetelny i że „aspekty zaproponowanego modelu mają istotne znaczenie prognostyczne”, przestrzegają jednak dalej, że „nasz obecnie zaproponowany model kategoryzacji gwałcicieli wymaga weryfikacji praktycznej” (str. 48). Badacze ci przywiązują dużą wagę do opracowania schematu postępowania pozwalającego na różnicowanie poszczególnych „typów” gwałcicieli. Podkreślają, że obecne próby są niedoskonałe. Opracowanie systemów klasyfikacyjnych przydatnych dla praktycznego wykorzystania nadal pozostaje sprawą przyszłości.

## Osobowość a dewiacje seksualne

Jak już wspomniano na łamach tej książki, w drugim wydaniu DSM-R dewiacje seksualne rozważane są w oderwaniu od zaburzeń osobowości,

wśród psychiatrów trwa jednak ożywiona dyskusja dotycząca istnienia bądź nie istnienia, hipotetycznych cech osobowości, które stanowiłyby wyróżnik populacji ze skłonnościami do dewiacji seksualnych (10). Początkowo badacze próbowali określić specyficzny „rys charakterologiczny” dla grup o określonych dewiacjach seksualnych — pedofile czy ekshibicjoniści. Dla przykładu Frosch i Bromberg (24) opisują wiele cech psychologicznych u pedofilów. Autorzy podkreślają, że w tej grupie szczególnie często obserwuje się niedojrzałość, emocjonalną labilność i cechy schizoidalne. W książce pt. „Przestępstwa i przestępcy seksualni”, opublikowanej w 1954 r., Karpman (25) podsumowuje dostępne w piśmiennictwie dane dotyczące występowania i ciężkości zaburzeń psychicznych u osób z dewiacjami seksualnymi w zależności od charakteru popełnionych przez nich przestępstw. I tak odnośnie do ekshibicjonistów Karpman pisał: „panuje zgodny pogląd, że wykazują oni brak zachowań agresywnych, obarczeni są silnym kompleksem niższości, wykazują dużą niedojrzałość w seksualnych kontaktach heteroseksualnych” (str. 208). Wśród licznych autorów, których Karpman cytuje w swojej książce, jest również Rickles (26), który uważał ekshibicjonistów za „neurotyków, opierając to rozpoznanie na fakcie, że ekshibicjoniści wykazują tendencje do izolacji, bezkrytycznego posłuszeństwa, zależności i... (posiadają) cechy charakterologiczne stadium analnego”. Karpman traktował dewiacje seksualne „jako formę nerwicy”, i twierdził, że „nerwice dewiacyjne tym się różnią od nerwic histerycznych, że w przypadku tych pierwszych pacjent uświadamia sobie swoją inność seksualną, podczas gdy w przypadku drugich następuje tłumienie odrębności seksualnych...” (str. 47). Opierając się na badaniach pedofilów w Centrum Diagnostycznym Zaburzeń Psychologiczno-Psychiatrycznych w stanie Nowy York Revith i Weiss (27) wnioskuje: „pedofilia najprawdopodobniej występuje u osobników o określonych cechach osobowości” i występuje „znacznie częściej u tych, którzy wykazują cechy niedojrzałości emocjonalnej, są słabo rozwinięci fizycznie i psychicznie” (str. 75).

Mohr i wsp. (28) w książce pt. „Pedofilia i ekshibicjonizm”, opublikowanej w 1964 r., podkreślają, że dostępne dane wskazują, że wśród grupy pedofilów dopuszczających się przestępstw kryminalnych rzadkością są psychozy i inne zaburzenia psychiczne. Jeżeli już zaburzenia psychiczne wystąpią, to „wynikają z ich niedojrzałości i społecznego niedostosowania i izolacji” (str. 90). Ci sami autorzy poddali analizie psychiatrycznej grupę ekshibicjonistów skierowanych przez sąd na przymusowe badania psychiatryczne w jednym ze szpitali w Toronto. Swoje doświadczenia autorzy podsumowują: „nasze obserwacje potwierdzają koncepcje, że ekshibicjonista jest osobą cierpiącą z powodu trudności adaptacji społecznej, wykazującą objawy niedojrzałości w stosunkach

społecznych” (str. 161). Na podstawie analizy 1605 sprawców przestępstw na tle seksualnym, popełnionych na terenie stanu Wisconsin w latach 1951—1960, Pacht i wsp. (29) określają tę grupę jako „niedostosowane jednostki... działające pod wpływem chwilowych impulsów”, charakteryzującą się „dużym egoizmem” (str. 804). Autorzy ci piszą dalej: „wielu z tych sprawców można by zakwalifikować jako schizofreników lub będących na skraju tej choroby” (str. 805).

W odróżnieniu od wyżej cytowanych autorów, inni badacze nie znajdują żadnych specyficznych objawów psychiatrycznych ani zaburzeń charakterologicznych, które cechowałyby osoby o dewiacjach seksualnych.

W 1951 r. Bowman (30) pisał: „psychologia zachowań seksualnych jest jednym z aspektów osobowości i jako taka nie może być przedmiotem łączenia” (str. 255—256). Podobne poglądy spotykamy u Cormiera (31), który w 1972 r. twierdził: „aby zrozumieć przestępstwo na tle seksualnym, psychiatra musi spojrzeć na przestępcę nie przez pryzmat konkretnego przestępstwa czy też zaburzenia, ale na całą jego osobowość w całej jej złożoności...” (str. 48). Odnośnie do osób napastujących seksualnie dzieci Quinsey (32) podkreślał: „ukierunkowanie popędu seksualnego na dziecko jest (lub nie) odbiciem pewnych cech charakteru lub predyspozycji sprawcy” (str. 205). Conte (33) twierdził, że „obecnie nie znany jest jakikolwiek rys charakterologiczny, który można by przypisać typowemu sprawcy przestępstw seksualnych u dzieci” (str. 345).

Schmidt i wsp. (34) badali przypadki seksualnych dewiacji u pacjentów z zaburzeniami osobowości.

Podsumowując swoje obserwacje autorzy ci piszą: „charakter i stopień zaawansowania dewiacji seksualnych nie pozostaje w związku z nasileniem zaburzeń osobowości, nie istnieje również żadna relacja między rodzajem zaburzenia osobowości a charakterem dewiacji seksualnej” (str. 286). Schmidt i wsp. twierdzą, że wszyscy badani przez nich osobnicy z dewiacjami seksualnymi „mieli w mniejszym lub większym stopniu cechy patologii psychicznej, wyrażające się głównie na polu relacji międzyludzkich”, ale szybko dodają, że: „stopień zaburzeń charakterologicznych jest różny u poszczególnych pacjentów” (str. 294). Kończąc powyższe rozważania zacytujemy słowa Gabbarda (35): „u osób z parafilią może występować szeroka gama zaburzeń psychicznych; osoby te mogą charakteryzować się różnymi cechami osobowości” (str. 231).

## Wnioski

Przedstawiona w tym rozdziale dyskusja dotycząca diagnostyki i klasyfikacji seksualnych dewiacji ilustruje trudności dotyczące nie tylko tego

specyficznego zagadnienia, ale wszystkich zaburzeń zachowania. Czy parafilia jest tylko „nieprawidłowym zachowaniem” u skądinąd „normalnego” osobnika, czy też jest objawem „szerszego” procesu chorobowego, obejmującego całą psychikę? Pytanie to nie dotyczy bynajmniej problemu akademickiego. Rozwiązania tej kwestii oczekują praktycy zajmujący się profesjonalną opieką i leczeniem osób, które popełniły przestępstwa na tle seksualnym. Uzyskanie odpowiedzi na wyżej postawione pytanie może w sposób oczywisty ukierunkować przyszłe metody tak postępowania diagnostycznego, jak i terapeutycznego. Fakt, że występowanie dewiacji seksualnych nie może być powiązane z jakimkolwiek typem osobowości, jak również zaburzeniem psychiatrycznym, bynajmniej nie ułatwia poszukiwania odpowiedzi na to pytanie. Co więcej, badacze są skłonni upatrywać przyczyn parafilii w wielu współistniejących razem czynnikach o charakterze czysto biologicznym, psychologicznym i społecznym. Te czynniki doprowadzają bowiem do ukształtowania się określonego typu osobowości. Dla psychiatry parafilia jawi się więc w kontekście całej złożoności psychiki pacjenta.

#### PISMIENNICTWO

1. Travin S, Bluestone H, Coleman K, Melella J. Pedophilia: an update on theory and practice. *Psychiatr Q.* 1985; 57:80—103.
2. Spitzer RL, Williams JBW. Classification of mental disorders. In: Kaplan HI, Sadock BJ eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1. 4th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1985.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical of Mental Disorders (DSM-II)*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
5. Klerman GL. Classification and DSM-III-R. In: Nicholai Jr AM, ed. *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Cambridge, Mass: The Belknap Press of Harvard University Press; 1988.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
7. Quinsey VL. The assessment and treatment of child molesters. *Canad Psych Rev.* 1977; 18:204—220.
8. Meyer JK. Paraphilias. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 1. 4th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1985.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder—Revised (DSM-III-R)*. 3rd ed, revised. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1987.
10. Travin S. The use of psychiatric expertise in sex offender cases. In: Rosner R, Weinstock R, eds. *Ethical Practice in Psychiatry and the Law*. New York, NY: Plenum Press; 1990; 262—292.
11. Abel GG, Becker, JV, Cunningham-Rathner J, Mittelman M, Rouleau JL. Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1988; 16:153—168.
12. Conte JR. Clinical dimensions of adult sexual abuse of children. *Behav Sci Law.* 1985; 3:341—354.
13. Travin S, Cullen K, Melella JT. The use and abuse of erection measurements: a forensic perspective. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1988; 16:235—250.
14. Langevin R, Day D, Handy L, Russon AE. Are incestuous fathers pedophilic, aggressive, and alcoholic? In: Langevin R, ed. *Erotic Preference, Gender Identity, and Aggression in Men: New Research Studies*. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1985.
15. Abel GG, Becker JV, Murphy WD, Flanagan, B. Identifying dangerous child molesters. In: Stuart R, ed. *Violent Behavior: Social Learning Approaches to Prediction, Management and Treatment*. New York, NY: Brunner/Mazel; 1981.
16. Abel GG, Rouleau JL. The nature and extent of sexual assault. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. New York, NY: Plenum Press; 1990.
17. Knight RA, Rosenberg R, Schneider BA. Classification of sexual offenders: perspectives, methods, and validation. In: Burgess AW, ed. *Rape and Sexual Assault: A Research Handbook*. New York, NY: Garland Publishing Inc, 1985.
18. Amir M. *Pattern in Forcible Rape*. Chicago, Ill: University of Chicago Press; 1971.
19. Prentky R, Cohen M, Seghorn T. Development of a rational taxonomy for the classification of rapists: the massachusetts treatment center. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1985; 1339—70.
20. Knight RA, Prentky R. Classifying sexual offenders: the development and corroboration of taxonomic models. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York, NY: Plenum Press; 1990.
21. Cohen M, Boucher RJ, Seghorn TK, Mehegan J. *The Sexual Offender Against Children*. Presented at a meeting of the Association for Professional Treatment of Offenders. Boston, Mass: 1979.
22. Knight RA. A taxonomic analysis of child molesters. In: Prentky RA, Quinsey VL, eds. *Human Sexual Aggression: Current Perspectives. Annals of the New York Academy of Sciences*. Vol 528. New York, NY: The New York Academy of Science; 1998.
23. Cohen M, Seghorn T, Calmas W. Sociometric study of the sex offender. *J Abnorm Psych.* 1969; 74:249—255.
24. Frosch J, Bromberg W. The sex offender: a psychiatric study. *Am J Orthopsychiatry.* 1939; 9:761—776.
25. Karpman B. *The Sexual Offender and his Offenses: Etiology, Pathology, Psychodynamics and Treatment*. New York, NY: The Julian Press Inc, 1954.
26. Rickles NK. *Exhibitionism*. Philadelphia, PA. JB Lippincott Co; 1950.
27. Revitch E, Weiss RG. The pedophiliac offender. *Dis Nerv Syst.* 1962; 23:73—78.
28. Mohr JW, Turner RE, Jerry MB. *Pedophilia and Exhibitionism*. Toronto, Canada: University of Toronto Press; 1964.
29. Pacht AR, Halleck SL, Ehrmann JC. Diagnosis and treatment of the sexual offender: a nine-year study. *Am J Psychiatry.* 1962; March; 802—808.
30. Bowman KM. The problem of the sex offender. *Am Jour Psychiatry.* 1951; 108:250—257.
31. Cormier BM. The dilemma of psychiatric diagnosis. In: Resnik HLP, Wolfgang ME, eds. *Sexual Behaviors: Social, Clinical, and Legal Aspects*. Boston, Mass: Little Brown & Co; 1972.
32. Quinsey VL. The assessment and treatment of child molesters. *Canad Psych. Rev.* 1977; 18:204—220.
33. Conte JR. Clinical dimensions of adult sexual abuse of children. *Behav Sci Law.* 1985; 3:341—354.
34. Schmidt, CW, Meyer JK, Lucas J. Paraphilias and personality disorders. In: Lion JR, ed. *Personality Disorders: Diagnosis and Management*. (Revised for DSM-III.) 2nd ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1981.
35. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1990.

## 4. Biologiczne podstawy dewiacji seksualnych

Wzrastające zainteresowanie rolą czynników biologicznych w powstawaniu dewiacji seksualnych należy rozpatrywać w szerszym kontekście badań nad udziałem czynników biologicznych w powstawaniu innych zaburzeń psychicznych. Sam Freud zawsze utrzymywał, że w przyszłości czynniki biologiczne w dużym stopniu przyczynią się do zrozumienia procesów psychologicznych. Oczywiście, wiele czynników o naturze biologicznej ma bezpośredni wpływ na zachowania seksualne. Mimo to musimy zdawać sobie sprawę, że w tak złożonej strukturze, jak organizm ludzki, na zachowania seksualne oddziałują wiele innych elementów (1). Należy dołożyć wszelkich starań, aby uniknąć wyciągania wniosków opierając się na analizie tylko jednej grupy czynników (biologicznych, społecznych, psychologicznych).

### Biologia płci

Większość osobników cierpiących na zaburzenia dewiacyjne to mężczyźni. Fakt ten spowodował, że pokaźna część autorów (2—4) reprezentuje pogląd, że dewiacyjne zachowania seksualne są związane z nieprawidłowym rozwojem płci męskiej. Gadpaille (2) pisał, że „większa złożoność procesów zróżnicowania u płodu męskiego, a w szczególności podwzgórza, z prawdopodobnym hamującym wpływem wywieranym przez chromosom Y, wyjaśnia przewagę występowania parafilii u mężczyzn...” (str. 11). W podobnym tonie, chociaż koncentrując się na późniejszych okresach rozwoju osobniczego, większą częstość występowania zaburzeń dewiacyjnych u mężczyzn interpretuje Stoller (3). W książce „Zaburzenia płci i parafilie” Arndt (4) wyraża zdziwienie, że tak mało uwagi poświęcono czemuś, co wydaje się oczywistością: „Nie tylko problem identyfikacji płci, ale również parafilie mają to samo źródło, związane z uświadomieniem męskości i kobiecości...” (str. X).

Współczesna dyskusja na temat roli czynników biologicznych w powstawaniu dewiacji seksualnych wprowadziła do terminologii medycznej wiele określeń, takich jak: identyfikacja płci, funkcja płci (core gender identity, gendes identity, gender role). Terminologia dotycząca czynników biologicznych w generowaniu zachowań seksualnych budzi wiele nieporozumień nozologicznych. Money (5) przedstawił krótki, historyczny rys, wyjaśniający etymologię poszczególnych określeń. I tak, pisząc dysertację na temat psychologii hermafrodytyzmu [częściowo zainicjowaną przez rozważania Freuda o biseksualizmie, zawarte w książce „3 przyczynki do teorii seksu” (6)] używa terminu „rola płci”, którym to określeniem opisuje nieerotyczną i niegenitalną rolę seksu. W 1955 r. w innym artykule na temat hermafrodytyzmu Money i wsp. definiują rolę płci jako „to wszystko, co osoba mówi lub robi, aby przedstawić się jako chłopiec (dziewczynka) lub mężczyzna (kobieta)”. Dalej autorzy piszą: „termin ten dotyczy, ale nie odgranicza się do seksualności w sensie erotyzmu” (str. 32). W późniejszym dziele „Badania nad seksualnością, nowe horyzonty”, opublikowanym w 1967 r., Money (8) definiuje termin „identyfikacja płci” jako „własne, niezachwiane przekonanie, że jest się mężczyzną lub kobietą” i odróżnia pojęcia „identyfikacja płci” od „roli płci”: „identyfikacja płci” jest własnym doświadczeniem, z którego wynika „rola płci”, natomiast „rola płci” jest publiczną ekspresją „identyfikacji płci” (słownik). Stoller (9), wybitny psychoanalityk, zajmujący się zaburzeniami związanymi z identyfikacją płci, wprowadził termin „pierwotna identyfikacja płci”, definiując ten termin jako „niezmienne poczucie przynależności do określonej płci (jestem mężczyzną, jestem kobietą)”, które to poczucie jest już utrwalone „w okresie fallicznym” (str. 223). Stoller uważa, że pierwotne poczucie przynależności do określonej płci, tzn. bycie mężczyzną lub kobietą, rozpoczyna się w bardzo wczesnych okresach rozwojowych i jest wynikiem trzech podstawowych mechanizmów:

- 1) „postrzegania własnych genitaliów”;
- 2) „związków pomiędzy niemowlęciem a rodzicem”;
- 3) postulowaną przez autora „siłą biologiczną” (str. 223).

Stoller (3) twierdzi, że „pierwotna identyfikacja płci” „jest pierwszym krokiem w rozwoju jednostkowej identyfikacji płci i jądrem, wokół którego stopniowo krystalizuje się pojęcie męskości lub kobiecości” (str. 11). Podobnie Money i Ehrhardt (10) opisują powstawanie identyfikacji płci jako złożony proces, będący wynikiem działania przedurodzeniowych i pourodzeniowych czynników. Każdy z tych czynników niesie w sobie pierwiastki biologiczne i psycholo-

giczne, pozostające pod wpływem komponentu genetycznego i środowiskowego.

Przedurodzeniowe czynniki determinujące określoną płć wymagają sprawnego funkcjonowania odpowiednich chromosomów płciowych i hormonów. Ponieważ większość badań nad różnicami uwarunkowanymi płcią była przeprowadzona na niższych zwierzętach, przenoszenie tych danych na zwierzęta wyższe musi odbywać się z dużą ostrożnością. Termin „dymorfizm płciowy” określa różnice między płciami i dotyczy różnic na poziomie morfologicznym i molekularnym (11). U mężczyzny chromosom Y determinuje rozwój jąder, natomiast brak tego chromosomu u kobiety umożliwia rozwój jajników. Jajniki i jądra produkują różne hormony, które decydują o powstaniu różnic pomiędzy płciami. Do 1956 r. uważano, że genom ludzkiej komórki składa się z 48 chromosomów. Dokładne badania Tjio i Lewana (12) skorygowały ten pogląd. Jądro każdej komórki człowieka zawiera 22 pary tzw. chromosomów autosomalnych i dodatkową parę chromosomów płciowych (XX lub XY), co w rezultacie daje całkowitą liczbę chromosomów 46. W 1949 r. Barr i Bertram (13) opisali dodatkowy fragment chromatyny (materiału, z którego zbudowane są chromosomy), przylegający do wewnętrznej części błony otaczającej jądro komórkowe. Ten fragment chromatyny, zwany później ciałkiem Barra, występuje tylko w jądrach komórek pochodzących od kobiety (po raz pierwszy został opisany u samic kota). Berlin (14) sugerował, że powyższy fragment chromatyny jest częścią drugiego chromosomu X (15). Ciałka chromatynowe (Barra) mogą być wykryte w złuszczonych komórkach błony śluzowej np. jamy ustnej czy też skóry. Berlin (14) opracował inny test laboratoryjny, służący do określenia biologicznej płci, polegający na istnieniu w krwinkach białych kobiet charakterystycznych struktur, noszących opisową nazwę „pałeczek dobosza” (16).

Przez pierwsze 6 tygodni życia płodowego morfologiczny obraz gonad nie pozwala na zróżnicowanie płci. Począwszy od 7 tygodnia życia płodowego hipotetyczny czynnik rozwoju jąder (TDF) powoduje różnicowanie się gonad. Na uwagę zasługuje fakt, że w przypadku braku czynnika powodującego powstawanie jąder, pierwotna gonada przekształci się w jajnik. Bancroft (18) uważa, że „tzw. męski czynnik determinujący powstanie jąder związany był z genem (zgodności tkankowej) HY...” Ten sam autor w dalszym ciągu twierdzi jednak: „obecnie wydaje się nieprawdopodobne, chociaż nie można tego wykluczyć, że istnieją różne mechanizmy odpowiedzialne za różnicowanie komórek somatycznych i płciowych” (str. 153, 154). U kobiet narządy płciowe powstają z tzw. przewodu Muellera, u mężczyzny zaś z przewodu Wolffa, który ulega przekształceniu

pod wpływem testosteronu wydzielanego przez komórki Leydiga znajdujące się w jądrach. Powstanie męskich narządów zewnętrznych i gruczołu prostaty następuje pod wpływem pochodnej testosteronu — dehydrotestosteronu. Ta pochodna testosteronu wytwarzana jest przez specyficzny enzym, zwany reduktazą testosteronu. W przypadku braku tego enzymu u osobnika nie rozwiną się zewnętrzne narządy płciowe i gruczoł krokowy. Rozwój męskich narządów płciowych zostanie również zahamowany w przypadku braku receptorów komórkowych dla androgenów (17).

W dalszym ciągu nie wyjaśniona pozostaje rola hormonów płciowych w rozwoju ośrodkowego układu nerwowego. Jedną rzecz wydaje się być pewną: u każdego gatunku istnieje ściśle określony moment w życiu płodowym, który ma decydujące znaczenie dla różnicowania się układu nerwowego zgodnie z płcią chromosomalną. McEwen (20), dokonując przeglądu różnic funkcji mózgu w zależności od płci, twierdzi, że ten krytyczny moment różnicowania się mózgu determinowany jest początkiem sekrecji testosteronu przez jądra. To właśnie testosteron „męskulinizuje” i defeminizuje liczne struktury nerwowe rozsiane praktycznie w całym mózgu. Testosteron przeto, poza decydującym wpływem na rozwój męskich narządów płciowych, determinuje również płć mózgu. McEwen pisze: „mózg męski i kobiecy już w chwili urodzin różni się, inaczej odbierając i przetwarzając napływające do niego informacje” (str. 40).

Bancroft (18) wyróżnia trzy główne typy biologicznych zaburzeń rozwoju płciowego. Pierwszy typ dotyczy zaburzeń chromosomalnych, włączając w to dysgenezję gonad lub zespół Turnera, wynikający z braku chromosomu X (genotyp XO), zespół potrójnego chromosomu X (XXX) oraz zespół Klinefeltera o genotypie (XXY) oraz zespół charakteryzujący się genotypem XYY. Druga grupa biologicznych zaburzeń rozwoju płci związana jest z wrodzonymi defektami metabolicznymi, powodującymi wystąpienie wielu wad, włączając w to brak wrażliwości tkanek na androgeny (zespół feminizujących jąder), zespół nadnerczowo-płciowy oraz brak reduktazy testosteronu. Trzeci typ powodujący zaburzenia rozwoju płciowego związany jest z podawaniem steroidów w okresie ciąży, w celu np. zapobieżenia poronieniom. Bancroft twierdzi, że chociaż proces uczenia się odgrywa niewątpliwie istotną rolę w utrwaleniu się preferencji seksualnych, to jednak, „aby proces ten przebiegał prawidłowo, potrzebna jest prawidłowo funkcjonująca tkanka mózgowa” (str. 196). Podobnie Arndt (4) uważa, że chociaż mechanizmy biologiczne nie są same przez się czynnikiem decydującym o seksualności, to jednak „wpływ męskich hor-

monów płciowych powodujący maskulinizację płodu męskiego zarówno na poziomie narządów płciowych, jak i funkcji ośrodkowego układu nerwowego, włączając w to lateralizację półkul, nie podlega dyskusji” (str. 398).

Chociaż Berlin (14) ostrzega przed wyciągnięciem wniosku o związku pomiędzy zespołem Klinefeltera a występowaniem dewiacji seksualnych, to jednak cytując dane z piśmiennictwa stwierdza: „występowanie dewiacji seksualnych u pacjentów z zespołem Klinefeltera wydaje się być częstsze niż u mężczyzn o prawidłowym kariotypie” (str. 96). Około 1 na 700 mężczyzn ma w swoim kariotypie dodatkowy chromosom X (18). Nielsen (21) dokonał analizy 48 badań dotyczących mężczyzn z zespołem Klinefeltera. Przeprowadzona przez niego analiza populacji tych chorych ujawniła, że wśród 411 mężczyzn z dodatkowym chromosomem X — 15 (3,6%) było homoseksualistami, 10 (2,4%) transwestytami, 8 (1,9%) pedofilami, 2 (0,5%) wykazywało inne odchylenia seksualne. Nielsen (22) uważał, że konfiguracja chromosomalna XXY (charakteryzująca zespół Klinefeltera) może być jednym z etiologicznych czynników w zaburzeniach samookreślenia płci u tych pacjentów. Pierwotny czynnik sprawczy zdaniem tego autora polegałby na defekcie występującym we wczesnym okresie życia, kiedy kształtują się pojęcia „roli i identyfikacji płci”. Zdaniem tego autora zaburzenia na tym wczesnym etapie rozwoju osobniczego powodowałyby wystąpienie późniejszych skłonności seksualnych ojców do własnych synów. Z kolei Berlin (14) pisze: „zachowanie większości chłopców z zespołem Klinefeltera praktycznie nie różni się od zachowań zdrowych rówieśników, trudno jest więc ocenić, jaką rolę w rozwoju późniejszych dewiacji seksualnych w tym zespole odgrywają wczesne doświadczenia seksualne” (str. 96). Dzieci rodzące się z zespołem Klinefeltera mają pierwszorzędną cechy płciowe męskie i wychowywani są tak jak normalni chłopcy. Nie zmienia to faktu, że wiele dzieci z zespołem Klinefeltera już we wczesnym okresie życia uważa się za dziewczynki. W wieku dorosłym, kiedy pojawiają się typowe cechy kliniczne tego zespołu, jak ginekomastia i hipogonadyzm, badania laboratoryjne wykazujące wzrost sekrecji FSH i zmniejszenie stężenia 17-ketosteroidów (17), jak również inne bardziej specyficzne badania, dokumentują rozpoznanie zespołu Klinefeltera (14).

### **Związek między stężeniem testosteronu a zachowaniami agresywnymi na tle seksualnym**

Próby powiązania stężenia testosteronu we krwi a zachowaniami agresywnymi na tle seksualnym były przedmiotem wielu badań nauko-

wych. Ewentualne wykazanie zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy stężeniem testosteronu a zachowaniami agresywnymi mogłoby mieć poważne znaczenie terapeutyczne. Pomimo jednak wielu badań, do tej pory badacze nie udowodnili w sposób przekonujący takiej zależności.

Badania fizjologiczne wykazały, że testosteron jest głównie produkowany przez śródmiąższowe komórki jądra, zwane komórkami Leydiga. Testosteron jest głównym hormonem o działaniu androgennym u mężczyzn. W okresie przedpokwitaniowym jego stężenie we krwi jest wyraźnie mniejsze — 20 ng/dL, podczas gdy u dorosłych mężczyzn osiąga wartości rzędu 300 do 1000 ng/dL. Około 98% testosteronu jest związane z różnymi frakcjami białek krwi, 2% zaś występuje w formie nie związanej; ta frakcja w głównej mierze decyduje o androgennym wpływie testosteronu na tkanki męczyzny (24).

Przedni płat przysadki mózgowej wydziela dwa hormony gonadotropowe — hormon luteinizujący (LH), zwany również hormonem stymulującym rozrost komórek interstycjalnych jądra, oraz drugi hormon, zwany hormonem stymulującym rozrost pęcherzyków (FSH) (17). Uwalnianie powyższych hormonów gonadotropowych przez przedni płat przysadki kontrolowane jest przez odpowiednie hormony uwalniające (GnRH), które powstają w podwzgórzu i stąd transportowane są do przysadki przez specjalny układ naczyń krwionośnych, noszących nazwę podwzgórzowo-przysadkowego krążenia wrotnego. Ponadto uwalnianie przysadkowych hormonów gonadotropowych modulowane jest przez niektóre substancje powstające w jądrach — inhibina, steroidy płciowe. Hormon luteinizujący po przedostaniu się do krwi wiąże się ze specyficznymi błonowymi receptorami komórek Leydiga, powodując przyspieszenie syntezy testosteronu. Z kolei wzrost stężenia testosteronu powoduje zahamowanie syntezy tego hormonu. West (17) pisze: „komórki produkujące hormon luteinizujący i komórki Leydiga syntetyzujące testosteron tworzą układ zamkniętej pętli o sprzężeniu zwrotnym ujemnym” (str. 855). Gonadotropina FSH wiąże się natomiast ze specyficznymi błonowymi receptorami komórek podpórkowych (Sertoliego), wyściełającymi kanaliki nasienne jądra. Komórki te decydują o szybkości spermatogenezy. Inhibina jest białkiem produkowanym przez komórki Sertoliego. Białko to hamuje uwalnianie hormonu FSH, tak więc oprócz ujemnego sprzężenia zwrotnego LH-testosteron, istnieje drugie analogiczne sprzężenie pomiędzy komórkami przysadki produkującymi hormon FSH a komórkami Sertoliego odpowiedzialnymi za spermatogenezę. Istnieje zatem dynamiczny i wzajemnie się regulujący mechanizm łączący czynność hormonalną



podwzgórza przysadki i jąder. Fizjologiczne znaczenie tego układu czynnościowego polega na regulacji stężenia męskich hormonów płciowych i produkcji plemników (17).

Gaffney i Berlin (25) w celu weryfikacji hipotezy o potencjalnej roli dysfunkcji osi podwzgórze — przysadka — jądra w pedofilii przeprowadzili następujące badania: siedmiu pedofilom wstrzyknęli 100 µg syntetycznego hormonu uwalniającego LH. Analogiczną iniekcję tego hormonu zastosowano również u pięciu innych dewiantów, jak również u pięciu mężczyzn nie wykazujących zaburzeń seksualnych. W porównaniu do innych grup, u pedofilów w wyniku iniekcji tego hormonu doszło do znacznie silniejszego wzrostu stężenia LH. Wyniki uzyskane u pedofilów były porównywalne do wyników uzyskanych u pacjentów z zespołem Klinefeltera, poddanych temu samemu testowi hormonalnemu. Choć przedstawione dane mają charakter badań wstępnych, to jednak sugerują one istnienie zaburzeń w funkcjonowaniu osi podwzgórze — przysadka — jądra w pedofilii. Autorzy przytoczonych badań cytują wcześniejsze badania Buhricha i wsp. (26), którzy u transwestytów stwierdzili prawidłowe stężenia hormonów LH i FSH.

Związek między stężeniem testosteronu we krwi a pobudzeniem seksualnym był przedmiotem badań przeprowadzonych u zdrowych mężczyzn. Fox i wsp. (27) opisali znacząco podwyższone stężenia testosteronu u zdrowych mężczyzn w trakcie i bezpośrednio po stosunku płciowym. Nie stwierdzono natomiast wzrostu stężenia tego hormonu podczas masturbacji. Rubin i wsp. (28) dokonywali pomiarów objętości prącia u sześciu mężczyzn nie wykazujących zaburzeń seksualnych w czasie projekcji filmów erotycznych. Autorzy ci stwierdzili, że podniecenie seksualne określane stopniem wzwodu prącia znamienne korelowało ze zmianami stężenia testosteronu (str. 310). W badaniach tych stwierdzono ponadto znamienne ujemną korelację między stężeniem testosteronu a natężeniem życia seksualnego badanych (określanych liczbą orgazmów w okresie bezpośrednio poprzedzającym sesję doświadczalną). Bancroft (18) przedstawia w swoim opracowaniu wiele sprzecznych danych z piśmiennictwa dotyczących wpływu aktywności seksualnej na zmiany hormonalne. Purvis i wsp. (29) opisali wzrost stężenia testosteronu po masturbacji; natomiast Stearn i wsp. (30) nie stwierdzili wpływu masturbacji, jak również stosunku płciowego na stężenie hormonów. Bancroft w podsumowaniu pisze: „nie można przewidywać wpływu określonej aktywności seksualnej na zmiany hormonalne u mężczyzn”.

Badania stężenia testosteronu wśród populacji osób, które popełniły przestępstwa na tle seksualnym, okazały się niejednoznaczne. Rada (31) badał stężenie testosteronu we krwi u 52 gwałcicieli i 12 osobników dopuszczających się nadużyć seksualnych w stosunku do dzieci. W obu tych grupach stężenie testosteronu nie odbiegało od normy. Niemniej jednak wyraźnie wyższe stężenie testosteronu stwierdzono u gwałcicieli dopuszczających się gwałtu w sposób szczególnie okrutny. Najwyższe stężenie testosteronu [1236 ng/10 ml] obserwowano u jednego gwałciciela, który zabił swoją ofiarę. W innej natomiast pracy Rada (32) stwierdził, że stężenie testosteronu było wyższe u gwałcicieli, niż u osób napastujących seksualnie dzieci. U tych ostatnich stężenie to nie różniło się znamienne od stężenia tego hormonu u mężczyzn nie wykazujących zaburzeń seksualnych. Ponadto w tej pracy Rada nie potwierdził swoich wcześniejszych obserwacji o wyższym stężeniu testosteronu u gwałcicieli dokonujących przestępstw ze szczególnym okrucieństwem. Natomiast stwierdził podwyższone stężenie tego hormonu u osób dokonujących przestępstw seksualnych u dzieci w sposób szczególnie brutalny. Rada (33) tak podsumowuje swoje wyniki: „nasza wiedza na temat wpływu androgenów na zachowania seksualne, jak również ich potencjalny wpływ na zachowania o charakterze agresywnym ..... są szczątkowe” (str. 103).

Medroksyprogesteron (MPA lub Depo-Provera), syntetyczny progesteron produkowany przez firmę Upjohn, jest lekiem często stosowanym w USA w eksperymentalnych programach terapeutycznych przypadków seksualnych zachowań dewiacyjnych (34). MPA powoduje obniżenie stężenia testosteronu we krwi. Jest ono wynikiem trzech różnych mechanizmów: aktywacji enzymu rozkładającego testosteron (reduktaza), zahamowania syntezy testosteronu i przyspieszenia jego wydalania. Progesteron nie tylko obniża stężenie testosteronu, lecz również współzawodniczy z nim na poziomie komórkowym, wiążąc się z tym samym receptorem błonowym (35). Cooper (36) podkreśla, że w większości badań, w których stosowano MPA, obserwowano u pacjentów znacznego stopnia zmniejszenie napięcia seksualnego, występowania fantazji dewiacyjnych i ograniczenie obsesyjnego myślenia o swoich „ułomnościach psychicznych”.

### Organiczne i czynnościowe uszkodzenia mózgu oraz schorzenia płata skroniowego

Związek pomiędzy organicznym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego a dewiacyjnymi zachowaniami seksualnymi ma bogate piśmiennictwo. Regenstein i Reich (37) opisywali przypadki 4 żonatych

mężczyzn w wieku od 41 do 56 lat, u których po raz pierwszy wystąpiły skłonności „pedofiliczne” po przebyciu organicznej choroby mózgu, powodującej również ubytek funkcji poznawczych. Pierwszy z tych mężczyzn cierpiał na łagodny nowotwór mózgu (*meningioma*), usunięty chirurgicznie z prawego dojscia czołowego, drugi zaś w wyniku migotania komór podczas ciężkiego zawału serca poddany został defibrylacji, a następnie przeszedł zabieg kardiochirurgiczny. Trzeci podobnie — przeżył zawał mięśnia sercowego z następową reanimacją i zabiegiem chirurgicznym, czwarty cierpiał z powodu przewlekłego zaburzenia neurologicznego, którym najprawdopodobniej było *vestibular neurotonitis*. Autorzy powyższego opracowania twierdzą: „kiedy pacjent nie mający w przeszłości zaburzeń dewiacyjnych zaczyna wykazywać skłonności pedofiliczne, konieczne jest specjalistyczne badanie neurologiczne” (str. 798). Cooper (38) opisuje czterech mężczyzn cierpiących z powodu różnego stopnia demencji. Wszyscy oni wykazywali dewiacyjne zachowania seksualne, takie jak: ekshibicjonizm, przymusowa masturbacja i in. U pacjentów tych po dwutygodniowym stosowaniu medroksyprogesteronu powyższe objawy ustąpiły. Hucker i Ben-Aron (39) stoją na stanowisku, że przestępstwa na tle seksualnym, zwłaszcza te, których ofiarami stają się dzieci, a których dopuszczają się po raz pierwszy mężczyźni po 60 roku życia (nie występowały u nich wcześniej tendencje dewiacyjne), mogą mieć tło psychosocjologiczne. Chociaż teoretycy z reguły uważają przestępstwa na tle seksualnym popełniane przez starszych mężczyzn za wynik demencji starczej, to jednak nie wykluczają potencjalnej roli czynników psychosocjologicznych: „poczucie samotności i izolacji społecznej może upośledzać możliwość oceny do tego stopnia, że ujawniają się impulsy dewiacyjne, które w normalnej sytuacji społecznej podlegają tłumieniu” (str. 221).

W sondażowym badaniu, którego celem było określenie występowania organicznych uszkodzeń mózgu u sześciu pacjentów skazanych za popełnienie przestępstw na tle seksualnym przez sąd stanu Nebraska, Graber i wsp. (40) wykonali badania tomograficzne i angiograficzne. Wstępne wyniki badań ujawniły, że u trzech badanych „wykryto zaburzenia ukrwienia mózgu, jak również ubytki neurologiczne” (str. 125). Scott i wsp. (41) zastosowali również nowoczesną aparaturę badawczą do zbadania funkcji mózgu u 36 mężczyzn zatrzymanych w stanie Nebraska za popełnienie przestępstw o podłożu seksualnym. Zatrzymani ci zostali skierowani do specjalistycznego ośrodka diagnostycznego w celu wydania ekspertyzy psychiatrycznej. Badania diagnostyczne wykazały, że wielu z tych mężczyzn miało wyraźne kliniczne cechy uszkodzenia mózgu.

Hendricks i wsp. (42) poddali specjalistycznemu badaniu komputerowemu 16 pedofilów odbywających karę więzienia. Autorzy ci w zasadzie potwierdzili wyniki poprzednich prac i stwierdzili, „że w porównaniu do osób bez zaburzeń dewiacyjnych, osobnicy dopuszczający się nadużyć seksualnych wobec dzieci... mają cieńsze i mniej uwapnione kości czaszki, jak również mniejszy przepływ krwi przez tkankę mózgową” (str. 108).

Związek między zaburzeniami funkcji płata skroniowego a zaburzeniami zachowań seksualnych od dawna był przedmiotem zainteresowań badaczy (43). Blumer (43) omawia prace Kluvera i Bucy (44) dotyczące usunięcia płatów skroniowych u Rhesusa, w wyniku czego dochodziło do drastycznych zmian w zachowaniach seksualnych małp. Po usunięciu płatów skroniowych małpy stawały się nadpobudliwe seksualnie, z równoczesnym obniżeniem reakcji o charakterze lękowym i agresywnym. Powyższe zaburzenia w zachowaniu po usunięciu płata skroniowego interpretowano jako wynik wypadnięcia części układu limbicznego, zajmującej środkową część tego płata. Zespół Kluver-Bucy, inaczej zwany zespołem płata skroniowego, występuje również u człowieka po usunięciu płatów skroniowych (45).

Langevin (46) na podstawie przeglądu dostępnej literatury pisze: „jest wiele sugestii, że płaty skroniowe mózgu mają związek z zachowaniami seksualnymi” (str. 103) i dodaje dalej: „istnieją również sugestie, że sadyzm i pedofilia są wynikiem zmian patologicznych mózgu, zlokalizowanych w płatach skroniowych, przy czym w przypadku sadyzmu zmiany patologiczne zlokalizowane są w prawym płacie, podczas gdy w przypadku pedofilii zmiany wydają się być zlokalizowane w lewym płacie” (str. 112).

Blumer (47) cytuje obserwacje Gastauta i Collomba (48) dotyczące opisu zmian zachowań seksualnych u pacjentów z padaczką skroniową. Chorobie tej towarzyszy uogólnione obniżenie libido u ponad 50% pacjentów. W grupie 50 pacjentów obojga płci, cierpiących na padaczkę skroniową, u 42 dokonano skroniowych lobektomii. Blumer (47) opisuje, że u 29 (58%) operowanych pacjentów wystąpiło znaczne obniżenie libido. W 7 przypadkach natomiast (14%) okresowo występowały epizody nadmiernego pobudzenia seksualnego. U 6 pacjentów epizody nadmiernej aktywności seksualnej występowały jeszcze przed operacją, w momentach ustania napadów drgawek. Blumer uważa, że analiza pacjentów z padaczką skroniową, upoważnia do stwierdzenia, że „struktury limbiczne zlokalizowane w płacie skroniowym biorą udział w regulacji pobudzenia seksualnego” (str. 1105).

Blumer (43) przytacza wiele obserwacji klinicznych, które wykazują związek między padaczką skroniową a dewiacyjnymi zachowaniami seksualnymi, szczególnie transwestytyzmem i fetysyzmem. Na szczególną uwagę zasługuje praca Daviesa i Morgensterna. Autorzy opisują przypadek transwestytyzmu, która to dewiacja rozpoczęła się w wieku dojrzałym, po ujawnieniu się padaczki skroniowej. W 1961 r. Epstein (50) opisał 5 przypadków fetysyzmu lub transwestytyzmu. U 3 z tych osób zaobserwowano wyraźne zaburzenia w zapisie EEG, u jednej zaś stwierdzono uogólnioną dysfunkcję mózgu. W 1967 r. Kolarsky i wsp. (51) poddali badaniom 86 pacjentów, wyciągając wniosek, że uszkodzenie płatów skroniowych może doprowadzić do pojawienia się dewiacji seksualnych tylko wtedy, kiedy wystąpiło we wczesnym okresie dzieciństwa. Bancroft (18) pisze: „związek pomiędzy padaczką a zaburzeniami zachowań seksualnych jest złożony” (str. 572). Należy uwzględnić wiele przyczyn, włączając w to „społeczne naznaczenie chorobą”, brak pewności siebie, strach przed porażką. Wszystkie te czynniki mogą wpływać na rozwój dziecka, zanim osiągnie ono dojrzałość płciową.

### **Alkohol a nadużycia seksualne**

Duża część przestępstw na tle seksualnym jest popełniana pod wpływem alkoholu. Fakt ten zmusza do postawienia pytania o związek między alkoholem a agresywnymi zachowaniami seksualnymi. Rada podaje (53), że wśród 77 gwałcicieli badanych w szpitalu Atascadero w Kalifornii, 50% z nich piło alkohol tuż przed popełnieniem przestępstwa, natomiast 35% spełniało kryteria przewlekłego alkoholizmu. Rada przytacza dwie teorie ujmujące związek między alkoholem a nadużyciem seksualnym: pierwsza to tzw. teoria odhamowania alkoholowego, druga zaś to teoria o pobudzeniu przez alkohol bliżej niesprecyzowanych ośrodków mózgu, odpowiedzialnych za agresywne zachowanie. W innej pracy dotyczącej alkoholu i gwałtu Rada (54) wysuwa hipotezę, że u pewnych mężczyzn alkohol może stymulować lub wyzwalać patologiczny wzorzec zachowań i fantazji seksualnych. Stąd wprowadza on nowy termin: „gwałt uwarunkowany alkoholem” (str. 58). W następnej pracy, opublikowanej w 1978 r., Rada i wsp. (55) przedstawiają dodatkowe dane dotyczące spożywania alkoholu u 382 przestępców na tle seksualnym, badanych w stanowym szpitalu Atascadero w Kalifornii. 53% badanych przestępców spożywało alkohol bezpośrednio przed popełnieniem przestępstwa. Większość z nich była wówczas w stanie ciężkiego lub umiarkowanego upojenia alkoholowego.

Rada i wsp. (55) podkreślają jednak, że przedstawione przez nich dane nie dowodzą związku, a jedynie sugerują, że „alkohol jest częściej bezpośrednią przyczyną seksualnych nadużyć w stosunku do dzieci niż gwałtu” (str. 299).

W celu określenia roli, jaką odgrywa alkohol w torowaniu podniecenia seksualnego, przeprowadzono wiele badań. Większość z nich wykorzystywała opisywaną już wielokrotnie technikę pomiaru erekcji prącia. Bridgel i wsp. (56) twierdzą, że erekcja prącia występująca w odpowiedzi na bodźce imitujące gwałt nie jest wynikiem nasilenia się tendencji agresywnych pod wpływem alkoholu, a odzwierciedla jedynie wzrost napięcia seksualnego. Barbaree (58) uważa, że „upojenie alkoholowe sprzyja zaistnieniu przemocy seksualnej poprzez tłumienie społecznych hamulców” (str. 131). Langevin i wsp. (59) badali wpływ alkoholu na proces wzwodu prącia. U 48 ochotników stwierdzili oni, że: „alkohol w ogólności pełni rolę zmniejszającą procesy hamowania, ułatwia przeto wystąpienie pobudzenia seksualnego” (str. 109). Autorzy ci na podstawie tych badań dochodzą do wniosku, że osoby, które dopuściły się przestępstw seksualnych i twierdzą, że przyczyną tego przestępstwa było nadmierne spożycie alkoholu, nie zawsze muszą mieć się z prawdą.

### **Depresja, natręctwa, parafilia i inne seksualne dewiacje**

Ostatnio pojawiło się wiele prac wykazujących związek między depresją a parafilią (60, 61) i innymi dewiacjami seksualnymi (62). Sugeruje się również związek między nerwicami natręctw a dewiacjami seksualnymi (63). W 1975 r. Ward (60) opisał przypadek 24-letniego mężczyzny, cierpiącego od 4<sup>1/2</sup> roku na zespół maniako-depresyjny. Pacjent ten w wywiadzie podawał, że od 2 lat wystąpiły u niego objawy transwestytyzmu. Objawy te ustąpiły po zastosowaniu terapii litem. Ward twierdzi, że opisany przez niego przypadek transwestytyzmu był wtórny do zmian nastroju, a więc miał charakter czysto objawowy. Zgodnie z tą interpretacją zastosowanie skutecznego leczenia podstawowej choroby skutecznie wyeliminowało objawy dewiacji seksualnej u opisywanego pacjenta. Kafka (61) wskazuje na częste współistnienie u mężczyzn chorób afektywnych i dewiacji seksualnych. Autor ten (62) przedstawił dane sugerujące, że parafilie i inne dewiacje seksualne występujące w przebiegu stanów depresyjnych ustępują po zastosowaniu odpowiedniego leczenia antydepresyjnego. Dewiacje seksualne nie będące parafiliami, które zgodnie

z definicją zaproponowaną w DSM-III-R określane są jako zaburzenia seksualne „not otherwise specified”, wciąż budzą dyskusję, „czy są to formy zaburzeń zachowania polegające na przymusie, czy też formie hiperseksualizmu, czy też wreszcie choroby polegające na braku kontroli” (str. 60). Kafka (62) sugeruje, że niektóre przypadki parafili lub nieparafilicznych przymusów są „wynikiem błędnej regulacji funkcji zachowań seksualnych współistniejących z zaburzeniami nastroju” (str. 63). Związek zaburzeń seksualnych z depresjami byłby przeto analogiczny do związku między bulimią a zaburzeniami łaknienia występującymi w zaburzeniach nastroju.

Carnes (64), wykorzystując doświadczenia programu AA, zaproponował program terapeutyczny dla osób wykazujących zaburzenia seksualne. Autor ten postrzega stopień seksualnego uzależnienia na trzech różnych płaszczyznach. Płaszczyzna pierwsza dotyczy stosunkowo „łagodnych” zaburzeń, akceptowanych w większości grup społecznych, np. częstej masturbacji czy też konieczności oglądania materiałów pornograficznych. Płaszczyzna druga związana jest już z występowaniem zachowania o charakterze naruszającym prawa osób drugich, np. ekshibicjonizm, podglądactwo, i wreszcie płaszczyzna trzecia: immanentnie związana z działalnością przestępczą, np. seksualne wykorzystywanie dzieci, gwałt.

Perilstein i wsp. (63) opisali trzy przypadki dewiacji seksualnych, które ustąpiły po zastosowaniu fluoksetyny (Prozac); jeden przypadek dotyczył pedofilii, drugi ekshibicjonizmu, trzeci zaś podglądactwa/frotteuryzmu. Autorzy ci podkreślają, że chociaż wszyscy trzej pacjenci skarżyli się na drażliwość, to jednak dwóch z nich zaprzeczało występowaniu jakichkolwiek objawów psychicznych i wegetatywnych, które mogłyby upoważnić do rozpoznania choroby przebiegającej z zaburzeniami nastroju. Perilstein i wsp. (63) uważają, że „może istnieć więcej cech wspólnych pomiędzy dewiacjami seksualnymi a chorobami o charakterze obsesji i natręctw niż obecnie się sądzi” (str. 170). Fluoksetyna, kломipramina i fluwoksamina są lekami przeciwdepresyjnymi. Wykazano, że leki z tej grupy obniżają częstotliwość myśli o charakterze obsesyjnym i natręctw również u pacjentów niedepresyjnych (65). Mechanizm działania tych leków polega na zahamowaniu wychwytu serotoniny (5-hydroxytryptaminy, 5-HT) ze szczeliny synaptycznej, powodując tym samym, że więcej tego transmitera dociera do receptorów synaptycznych. Wydaje się, że serotonina odgrywa istotną rolę w mechanizmie działania leków zmniejszających ilość natręctw. Nie ma jednak naukowego dowodu, który wskazywałby na etiologiczne znaczenie serotoniny w patogenezie zaburzeń psychicznych o charakterze natręctw (65).

## Wnioski

W rozdziale tym przedstawiono podstawowe dane dotyczące mechanizmów biologicznych, prawdopodobnie uczestniczących w powstawaniu dewiacji seksualnych. Podobnie jak i w innych działach badań nad biologicznymi podstawami zjawisk psychicznych, tak również i w przypadku dewiacji seksualnych możemy tylko mówić w kategoriach mniejszego lub większego prawdopodobieństwa. Większość badań dotyczących funkcji mózgu w kontekście zachowań seksualnych przeprowadzono na zwierzętach. Należy o tym pamiętać, kiedy zaczynamy analizować i interpretować fizjologię i patologię zachowań seksualnych u człowieka. Co więcej, przedstawione powyżej fakty uzmysłowiły niezliczone trudności, jakie napotykamy przy próbie oceny udziałów czynników biologicznych determinujących nasze zachowanie. Na czynniki biologiczne nakłada się w całej swojej złożoności sfera wpływów psychicznych i socjologicznych. Należy podkreślić, że sukcesy terapeutyczne przy zastosowaniu niektórych leków, takich jak leki zmniejszające stężenie androgenów lub leki antydepresyjne, nie są dowodem biofizjologicznego podłoża dewiacji seksualnej. Pełne wyjaśnienie roli czynników biologicznych w powstawaniu, rozwoju i przebiegu dewiacji seksualnych jest sprawą przyszłości.

## PIŚMIENNICTWO

1. Michael Rp, Zumpe D. Biological factors in the organization and expression of sexual behavior. In: Rosen I, ed. *Sexual Deviation*. New York, NY: Oxford University Press; 1979.
2. Gadpaille WJ. Biological factors in the development of human sexual identity. In: Meyer JK, ed. *Symposium on Sexuality. The Psychiatric Clinic of North America*. Vol 3. No. 1. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; April 1980.
3. Stoller RJ. *Presentations of Gender*. New Haven, Conn: Yale University Press; 1985.
4. Arndt WB. *Gender Disorder and the Paraphilias*. Madison, Conn: International Universities Press Inc; 1991.
5. Money J. Gender roles, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms. *J Am Acad Psychoanal*. 1973; 1:397—402.
6. Money J. *Hermaphroditism: An Inquiry into the Nature of a Human Paradox*. Ann Arbor, Mich: Harvard University Library; University Microfilms Library Services, Xerox Corporation; 1967. Doctoral dissertation.
7. Money J, Hampson JG, Hampson JL. An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. *Bull Johns Hopkins Hospital*. 1955; 97:301—319.
8. Money J, ed. *Sex Research: New Developments*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston; 1967.
9. Stoller R. A contribution to the study of gender identity. *Int J Psychoanal*. 1964; 45:220—226.

10. Money J, Ehrhardt A. *Man and Woman, Boy and Girl: Differentiation and Dimorphism of Gender Identity from Conception to Maturity*. Baltimore, Md: The Johns Hopkins University Press; 1972.
11. Bardin CW, Catterall JF. Testosterone: a major determinant of extragenital sexual dimorphism. *Science*. 1981; 211:1285—1294.
12. Tjio JH, Levan A. The chromosome number of man. *Hereditas*. 1956; 42:1—6.
13. Barr MI, Bertram EG. A morphological distinction between neurones of the male and female and the behavior of the nucleolar satellite during accelerated nucleoprotein synthesis. *Nature*. 1949; 163:676—677.
14. Berlin FS. Sex offenders: a biomedical perspective and a status report on biomedical treatment. In: Greer JG, Stuart IR, eds. *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment*. New York, NY: Van Nostrand; 1983.
15. Lyon MF. X-Chromosome inactivation and development patterns in mammals. *Biological Review. Cambridge Philosophical Society*, Cambridge, Mass: 1972; 47:1—35.
16. Kosek, MS. Medical genetics. In: Krupp MA, Chattum M, eds. *Current Diagnosis and Treatment*. Los Altos, Calif: Lange Medical Publications; 1972:883—884.
17. West JB, ed. *Best and Taylor's Physiological Basis of Medical Practice*. 12th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1991.
18. Bancroft J. *Human Sexuality and its Problems*. 22nd ed. Edinburg, England: Churchill Livingstone; 1989.
19. MacLusky NJ, Naftolin F. Sexual differentiation of the central nervous system. *Science*. 1981; 211:1294—1303.
20. McEwen BS. Sex differences in the brain: what they are and how they arise. In: Notman NIT, Nadelson CC, eds. *Women and Men: New Perspectives on Gender Differences*. Washington, DC: American Psychiatric Inc; 1991.
21. Nielsen J. Klinefelter's syndrome and the XYY syndrome. *Acta Psychiatrica Scand*. 1969; (suppl 209) 13—353.
22. Nielsen J. Gender role-identity and sexual behavior in persons with sex chromosome aberrations. *Dan Med Bull* 1972; 19:269—275.
23. Klinefelter HF, Reifenstein EC, Albright F. Syndrome characterized by gynecomastia, aspermatogenesis without A-leydigism and increased excretion of follicle stimulating hormone. *J Clin Endocrinol*. 1942; 2:615—627.
24. Murand F, Haynes RC. Androgens. In: Gilman AG, Goodman LS, Rall TW, Murad F, eds. *Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics*. 7th ed. New York, NY: Macmillan Publishing Co Inc; 1985.
25. Gaffney GR, Berlin FS. Is there hypothalamic-pituitary-gonadal dysfunction in paedophilia? A pilot study. *Br J Psychiatry*. 1984; 145:567—660.
26. Buhrich N, Theile H, Yaw A, Crawford A. Plasma testosterone, serum FSH and serum LH levels in transvestism. *Arch Sex Behav*. 1979; 8:49—53.
27. Fox CA, Ismail AAA, Love DN, et al. Studies on the relationship between plasma testosterone levels and human sexual activity. *J. Endocrinol*. 1972; 52:51—58.
28. Rubin HB, Henson DE, Falvo RE, et al. The relationship between men's endogenous levels of testosterone and their penile responses to erotic stimuli. *Behav Res Ther*. 1979; 17:305—312.
29. Purvis K, Landgren BM, Cekan Z, et al. Endocrine effects of masturbation in men. *J Endocrinol*. 1976; 70:439—444.
30. Stearn EL, Winter JSD, Faiman C. Effects of coitus on gonadotropin, prolactin and sex steroids in man. *J Clin Endocrinol Metab*. 1973; 37:687—691.
31. Rada RT, Laws DR, Kellner R. Plasma testosterone levels in the rapist. *Psychosom Med*. 1976; 38:257—268.
32. Rada RT, Laws DR, Kellner R, Stivastava L, et al. Plasma androgens in violent and nonviolent sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1983; 11:149—157.
33. Rada RT. Plasma androgens and the sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1980; 8:456—464.
34. Berlin FS, Meinecke CF. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities and preliminary findings. *Am J Psychiatry*. 1981; 138:601—607.
35. Bradford JMW. Organic treatments for the male sexual offender. In: Prentky RA, Quinsey VL, eds. *Human sexual Aggression: Current Perspectives. Annals of the New York Academy of Sciences*. Vol 528. New York, Ny: The New York Academy of Sciences; 1988.
36. Cooper AJ. Progestogens in the treatment of male sex offenders: a review. *C J Psychiatry*. 1986; 31:73—79.
37. Regenstein QR, Reich P. Pedophilia occurring after onset of cognitive impairment. *J Nerv Ment Dis*. 1978; 166:794—798.
38. Cooper AJ. Medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment of sexual acting out in men suffering from dementia. *J Clin Psychiatry*. 1987; 48:368—370.
39. Hucker SJ, Ben-Aron MH. Elderly sex offenders. In: Langevin RL, ed. *Erotic Preferences, Gender Identity, and Aggression in Men: New Research Studies*. Hillsdale, Nj: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1985.
40. Graber B, Hartmann K, Coffman JA, et al. Brain damage among mentally disoriented sex offenders. *J Forensic Sci*. 1982; 27:125—134.
41. Scott ML, Cole JK, McKay SE, et al. Neuropsychological performance of sexual assaulters and pedophiles. *J Forensic Sci*. 1984; 29:1114—1118.
42. Hendricks SE, Fitzpatrick DF, Hartmann K, et al. Brain structure and function in sexual molesters of children and adolescents. *J Clin Psychiatry*. 1988; 49:108—112.
43. Blumer D. Changes of sexual behavior related to temporal lobe disorder in man. *J Sex Res*. 1970; 6:173—180.
44. Kluver H, Bucy PE. Preliminary analysis of functions of the temporal lobes in monkeys. *AMA Arch Neurol Psychiatry*. 1939; 42:979—1000.
45. Terzian H. Observations the clinical symptomatology of bilateral partial or total removal of the temporal lobes in man. In: Baldwin M, ed. *Temporal Lobe Epilepsy*. Springfield Ill: Charles C Thomas; 1958.
46. Langevin R. Sexual anomalies and the brain. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. New York, NY: Plenum Press; 1990.
47. Blumer D. Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry*. 1970; 126:1099—1106.
48. Gastaut H, Collomb H. Étude du comportement sexual chez les épileptiques psychomoteurs. *Ann Mediopsychol*. 1954; 112:657—696.
49. Davies BM, Morgenstern FS. A case of cysticercosis and temporal lobe epilepsy, and transvestism. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960; 23:247—249.
50. Epstein AW. Relationship of fetishism and transvestism to brain and particularly to temporal lobe dysfunction. *J Nerv Dis*. 1961; 133:247—253.
51. Kolarsky A, Freund K, Machek J, et al. Male sexual deviation: association with early temporal lobe damage. *Arch Gen Psychiatry*. 1967; 17:735—743.
52. Taylor DC. Psychiatry and sociology in the understanding of epilepsy. In: Mandelbrote BM, Gelder MG eds. *Psychiatric Aspects of Medical Practice*. London, England: Staples; 1972.
53. Rada RT. Alcoholism and forcible rape. *Am J Psychiatry*. 1975; 135:444—446.
54. Rada RT. Alcohol and rape. *Medical Aspects of Human Sexuality* 1975; 9:48—60.

55. Rada RT, Kellner R, Laws DR, et al. Drinking, alcoholism and the mentally disordered sex offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1978; 6:296—300.
56. Briddel DW, Rimm DC, Caddy GR, et al. Effects of alcohol and cognitive set on sexual arousal to deviant stimuli. *J Abnorm Psychol*. 1978; 87:418—430.
57. Barbaree HE, Marshall WL, Yates E, et al. Alcohol intoxication and deviant sexual arousal in male social drinkers. *Behav Res Ther*. 1983; 21:365—373.
58. Barbaree HE. Stimulus control of sexual arousal. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds. *Handbook of Sexual Assaults: Issues, Theories, and Treatment of the Offender*. New York, Ny: Plenum Press; 1990.
59. Langevin R, Ben-Aron MH, Coulthard R, et al. The effect of alcohol on penile erection. In: Langevin R, ed. *Erotic Preference, Gender Identity, and Aggression in Men: New Research Studies*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1985.
60. Ward NG. Successful lithium treatment of transvestim associated with manicdepression. *J Nerv Ment Dis*. 1975; 161:204—206.
61. Kafka MP. *Preliminary observations on a relationship between paraphilias and major affective disorders*. Presented at the 8th annual Research and Data Conference of the Association for the Behavioral Treatment of Sex Abusers; October 5—8, 1989; Seattle, Wash.
62. Kafka MP. Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52:60—65.
63. Perilstein RD, Lipper S, Friedman LJ. Three cases of paraphilias responsive to fluoxetine treatment. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52:169—170.
64. Carnes P. *Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*. Minneapolis, Minn: Comp Care Publishers; 1983.
65. Winslow JT, Insel TR. Neurobiology of obsessive compulsive disorder: a possible role for serotonin. *J Clin Psychiatry*. 1990; 51:27—31.

## 5. Behawioralne i poznawcze spojrzenie na dewiacje seksualne

Mimo że istnieje bogata literatura oparta na podejściu behawioralnym do zaburzeń zachowania seksualnego, a obecnie dużą rolę przykłada się do aspektu poznawczego w zaburzeniach psychicznych, to jednak brak jest prób integracji obu tych kierunków w interpretacji dewiacji seksualnych. Psychodynamiczny kierunek badań dewiacji zaowocował powstaniem wielu różnych (często o charakterze czysto spekulacyjnym) teorii na temat powstawania dewiacji seksualnych. Podejście behawioralne i bardziej współczesne, integrujące podejście behawioralno-poznawcze, obnażyły niedoskonałości opisowych teorii dotyczących powstawania i rozwoju dewiacji seksualnych. Należy jednak w tym miejscu podkreślić, że opisowe podejście do dewiacji seksualnych odegrało istotną rolę w rozwoju badań nad dewiacjami seksualnymi, głównie poprzez położenie nacisku na kryteria pragmatyczne (1). W tym rozdziale dokonamy przeglądu podstawowych kierunków behawioralnych i poznawczych dotyczących powstawania dewiacji seksualnych. Ponadto podjęta zostanie próba przedstawienia genezy dewiacji seksualnych na tle podstaw teorii uczenia się.

### Modele uczenia się w ujęciu behawioralnym

Podejmijmy próbę spojrzenia na dewiację z punktu widzenia integracji behawioralno-poznawczej; podobnie chcielibyśmy połączyć aspekty klasycznego warunkowania z warunkowaniem instrumentalnym i społecznymi czynnikami uczenia (z których każdy jest odbierany i rozumiany w procesie poznania, włączając w to również świadome od dawanie się fantazjom). Aby zrozumieć rolę różnych podejść w wyjaśnieniu powstawania dewiacji seksualnych (2), potrzebny jest krótki komentarz dotyczący tych kierunków. Klasyczne warunkowanie opisał po raz pierwszy Pawłow (3) w 1927 r. Według niego bodziec bezwarunkowy

UCS (unconditioned stimulus), jakim jest jedzenie w pysku psa, wywołuje bezwarunkową odpowiedź (unconditioned response) — ślinienie się. Jeśli proces ślinienia się jest w sposób wystarczająco długi kojarzony z bodźcem obojętnym, jak np. dźwięk dzwonka, to ten obojętny bodziec zaczyna funkcjonować jako tzw. bodziec warunkowy, który wywołuje ślinienie się. Tak więc ślinienie się pod wpływem bodźca warunkowego będzie wyrazem tzw. reakcji warunkowej. Częste powtarzanie sekwencji: bodziec warunkowy, bezwarunkowy wzmacnia proces warunkowania, natomiast dłuższe zaprzestanie kojarzenia tych bodźców powoduje wygaśnięcie reakcji warunkowej. W niektórych sytuacjach może występować proces tzw. generalizacji bodźca. Polega on na tym, że osobnik odpowiada na bodziec zbliżony do bodźca warunkowego taką samą odpowiedzią warunkową, jak w przypadku właściwego bodźca warunkowego.

Termin warunkowanie instrumentalne wywodzi się z Prawa Efektu sformułowanego przez Thorndike'a. Warunkowanie instrumentalne oznacza, że odpowiedź na dany bodziec dająca satysfakcję ulega wzmocnieniu, natomiast jeśli określonej reakcji towarzyszy nieprzyjemne odczucie, np. ból — to reakcja ta będzie wygaszana. Opierając się na tych informacjach Skinner (5) sformułował podstawowe zasady uczenia się polegające na wzmocnieniu lub tzw. wzmocnieniu pozytywnym, które prowadzi do zwiększenia częstotliwości określonych zachowań, oraz karze, czyli negatywnym wzmocnieniu, które zmniejsza występowanie tych zachowań. Wytworzona reakcja instrumentalna jest utrzymywana w wyniku procesu wzmocnienia i schemat występowania tych wzmocnień jest głównym determinantem naszego zachowania. Zachowania społeczne, tak jak postuluje to Bandura (6), powstają w wyniku procesów warunkowania, których podstawą są obserwacje, naśladowanie i istnienie pewnych wzorców społecznych. W powstawaniu zachowań społecznych nie można wyróżnić specyficznych wzmocnień. W rzeczywistości, proces ten przebiega w wyniku wielu pozytywnych i negatywnych wzmocnień, które na zasadzie metody prób i błędów dostosowują zachowanie osobnika do obowiązujących norm społecznych. W czasie uczenia się życia w społeczeństwie powstają indywidualne schematy myślowe oparte na obserwowaniu zachowań innych; schematy te nie oznaczają ich wdrożenia w życie, ale są podstawą do konstrukcji strategii, wyobrażeń i praw, które stanowią podstawę zachowań. Te schematy myślowe wpływają przeto nie tylko na odczucia, ale i na konkretne zachowania jednostki (7). Klasycy behawioryzmu, przedstawiciele szkoły klasycznego i instrumentalnego warunkowania, nie w pełni doceniali rolę poznania. Współcześni badacze są zgodni co do istotnego znaczenia

procesu poznania, traktując go jako niezbędne ogniwo dla zaistnienia związku pomiędzy bodźcem a reakcją.

Lavs i Marshall (8) wymieniają dziesięć podstawowych zasad wywodzących się z klasycznych, instrumentalnych i społecznych teorii procesów uczenia się, wyjaśniających powstanie dewiacyjnych preferencji i zachowań seksualnych. Lavs i Marshall cytują koncepcję Seligmana (9) dotyczącą celowanego, ukierunkowanego uczenia się polegającą na tym, że osobnik uczy się repertuaru specyficznych odpowiedzi na specyficzne bodźce, w kontekście rozwoju seksualnych odpowiedzi na normatywne bodźce seksualne. W wyniku konstelacji klasycznych, instrumentalnych i społecznych procesów uczenia się, generowanych przez środowisko i w dużym stopniu mających charakter przypadkowy, istnieje prawdopodobieństwo połączenia zachowań seksualnych z dewiacyjnym bodźcem. Według klasycznej teorii warunkowania, spalone zachowanie seksualne zostaje nagrodzone przyjemnością, może zatem powstać reakcja warunkowa w sferze erotyzmu. Ten związek określonego aktu seksualnego o charakterze dewiacyjnym z uczuciem przyjemności staje się tematem seksualnych fantazji pojawiających się w czasie masturbacji.

McGuire i wsp. (10) na podstawie badań 45 osób z dewiacjami seksualnymi stwierdzili, że proces powstawania określonej dewiacji seksualnej jest w istocie procesem bardziej długotrwałym niż uprzednio sądzono. Autorzy ci twierdzą, że incydent seksualny, będący realnym doświadczeniem, działa początkowo jedynie jako bodziec powodujący powstanie fantazji w czasie masturbacji. Fantazje te, pozostając w pamięci podlegają normalnym psychologicznym procesom „przywotywania”, wpływając tym samym na selekcję i odbiór bodźców sygnałnych. Powstaje błędne koło. Częste masturbacje nasilają natężenie fantazji. Równocześnie inne bodźce o charakterze seksualnym przestają oddziaływać lub nawet zanikają w wyniku braku wzmocnienia. Innym ważnym czynnikiem w rozwoju dewiacji seksualnych, występującym u ponad połowy badanych pacjentów, jest ich przekonanie o niezdolności do prawidłowego współżycia seksualnego. McGuire i wsp. (10) twierdzą, że wyniki ich badań mogą mieć bezpośrednie znaczenie w leczeniu dewiacji seksualnych. „Ponieważ pierwotne warunkowanie w większości przypadków dotyczy wyłącznie treści fantazji, również i leczenie powinno być ukierunkowane na fantazje... Pacjenci powinni być ostrzegani przed uwarunkowaniem zdolności osiągnięcia orgazmu przez poprzedzającą go fantazję... Fantazja występująca

na 5 s przed orgazmem musi przedstawiać normalny stosunek płciowy...” (str. 187).

Mówiąc o nadrzędnej roli fantazji seksualnych należy podkreślić, że mogą one torować powstawanie seksualnych zachowań dewiacyjnych wtedy, gdy ulegają procesowi wzmocnienia, i odwrotnie, fantazje seksualne podlegające „karze” będą prowadziły do osłabienia lub wygaszenia zachowań dewiacyjnych. Weźmy przykład ekshibicjonisty: typowa reakcja jego ofiary ma dla niego charakter nagradzający, będzie przeto wzmocniała jego skłonności dewiacyjne. Gdy jednak ekshibicjonista zostaje aresztowany, pojawia się element kary. Jeśli zatem wystąpi warunkowanie o charakterze negatywnego wzmocnienia, może to doprowadzić do osłabienia lub nawet wygaśnięcia jego zachowań dewiacyjnych. Powstanie i utrwalenie się zachowań dewiacyjnych jest zatem wynikiem tego, czy proces ich warunkowania będzie oparty na pozytywnym, czy negatywnym wzmocnieniu. W tym procesie istotną rolę odgrywa czynnik stałości określonego charakteru warunkowania. Wróćmy do przykładu ekshibicjonisty, który może zaprzestać swoich praktyk bezpośrednio po aresztowaniu, ale powraca do nich po upływie pewnego czasu. Laws i Marshall (8) piszą: „klasyczne pawłowowskie warunkowanie polega na zastąpieniu bodźców bezwarunkowych warunkowymi; stare bodźce funkcjonują, a nowe ciągle się tworzą” (str. 213). Przeto klasyczne i instrumentalne warunkowanie współistnieją i w praktyce są nie do odróżnienia.

Inną cechą wytwarzania się zachowań o charakterze dewiacyjnym, na którą zwraca uwagę Laws i Marshall (8), jest zjawisko zwane następstwem zachowań. Proces ten określa zjawisko polegające na tym, że określony wzorzec zachowania składa się z „czynnościowo powiązanych sekwencji odruchów instrumentalnych..., występujących określonymi seriami; wystąpienie danego odruchu wyzwała następny, a w wyniku tej reakcji łańcuchowej powstaje określony wzorzec zachowania” (str. 217). Sekwencje odruchów mają szczególne znaczenie w powstawaniu dewiacji na tle seksualnym. Dewiacje seksualne mają bowiem charakter rytualny, tzn. charakteryzują się dużą powtarzalnością następujących po sobie zachowań; istnieje zatem duża łatwość utrwalania się czasowej sekwencji określonych komponentów behawioralnych, które ostatecznie prowadzą do orgazmu. W dodatku behawioralne reakcje łańcuchowe obejmują również powstawanie fantazji. Tworzenie sekwencji fantazji ma szczególne znaczenie w procesie samokontroli, w behawioralnych i poznawczych zadaniach ukrytego uwrażliwiania, co będzie szerzej omówione w rozdziale poświęconym leczeniu dewiacji.

Z behawioralnego punktu widzenia proces uczenia się zachowań społecznych jest kolejnym istotnym czynnikiem w powstawaniu dewiacji

seksualnych. Laws i Marshall (8), opierając się na pracy Bandura (6, 11) i Bandura i Walters (12), wymieniają trzy podstawowe czynniki odpowiedzialne za kształtowanie się zachowań seksualnych:

- 1) rola zachowań modelowych (obserwowanie i naśladowanie przez daną osobę zachowań, które traktuje jako model);
- 2) uczenie zastępcze (które polega na obserwowaniu, ale nie powtarzaniu danych zachowań);
- 3) modelowanie symboliczne (związane ze sferą wyobrażeń i fantazji).

Zgodnie z powyższym proces zdobywania doświadczeń społecznych nie musi opierać się na omówionej już zasadzie nagrody i kary. Nowe wzorce zachowania mogą być wyuczone w wyniku modelowania (powtarzania) nowych wzorców, które same przez się mają charakter nagradzający lub karzący. „Czynniki wewnętrzne”, takie jak wierzenia, oczekiwania, wyobrażenia, fantazje są nieodłącznie związane z nabywaniem nowych zachowań społecznych na drodze modelowania. W rzeczywistości w swojej ostatniej pracy Bandura (7) podkreśla, że czynniki poznawcze biorą udział we wszystkich rodzajach uczenia się: klasyczne warunkowanie, instrumentalne warunkowanie, uczenie się zachowań społecznych.

### Czynniki poznawcze a zachowanie

Tak zwana rewolucja poznawcza spowodowała przypisanie dużej roli procesom poznawczym w rozwoju zaburzeń zachowania, a także metod ich leczenia. Procesy poznawcze obejmują wierzenia i interpretacje zdarzeń, postawy, samoocenę, a nawet wyobrażenia. Historycznie, według Gardnera (13), rewolucja poznawcza umiejscowiła procesy poznawcze w wielu płaszczyznach naszej świadomości. Spowodowała również wprowadzenie komputerów do symulowania i modelowania procesów poznawczych. Równocześnie „mniejsze znaczenie zaczęto przypisywać czynnikom afektywnym, kulturowym i historycznym” (str. 41). Jak podaje Mahoney (14), współczesny rozwój procesów poznawczych zmierza w kierunku „konstruktywizmu”, który „całkowicie odrzuca analogię z komputerem i podkreśla znaczenie aktywnego udziału w procesie poznawczym...” (str. 79). „Najbardziej charakterystyczną cechą konstruktywizmu jest stwierdzenie, że wszystkie zjawiska poznawcze — począwszy od percepcji i pamięci, poprzez podejmowanie decyzji, do świadomości włącznie — są procesami aktywnymi lub proaktywnymi... organizm jest aktywnym uczestnikiem swoich własnych doświadczeń, jak również procesu uczenia się” (str. 100). W rzeczywistości stwierdzenie to wprowadza na nowo to, co



odrzuć Gardner (13), to jest „czynniki afektywne, kulturowe, historyczne” jako podstawowe determinanty kształtujące doświadczenia (doznania).

Powstanie określonych zachowań seksualnych, łącznie z zachowaniami dewiacyjnymi, oparte jest na różnych czynnikach poznawczych, które występują na każdym etapie uczenia się. Uważamy, że czynniki poznawcze będą pełniej zrozumiane, jeśli podzielimy je na dwie kategorie: tzw. bezpośrednie i pośrednie wpływy poznawcze. Najbardziej typowym przykładem czynnika poznawczego jest fantazja, powstająca pod wpływem wczesnych doświadczeń w procesie uczenia się. McGuire i wsp. (10) zauważają, że fantazja o charakterze idei, która może być wynikiem traumatycznego doświadczenia, zaczyna żyć swoim własnym życiem. Proces uczenia się modyfikuje lub dalej rozwija fantazję. Tak więc fantazja nie jest prostym mechanicznym wynikiem zewnętrznych zdarzeń i bodźców, ale wręcz przeciwnie — sama ukierunkowuje i kształtuje, konstruuje „idiosynkratyczne” wzorce reakcji seksualnych. Jak pisze Protter i Travin (1), w odróżnieniu od zwolenników teorii psychodynamicznej, [którzy uwzględniają wszystkie poziomy topograficzne, a więc świadomość, przedświadomość i nieświadomość (podświadomość) i odpowiednie im stadia rozwojowej behawioryści ograniczają się jedynie do roli fantazji na poziomie świadomości. Natężenie fantazji na poziomie świadomości może być ocenione w sposób ilościowy w wyniku pomiaru objętości prącia w odpowiedzi na odpowiednie bodźce audiowizualne. Ta metoda oceny fantazji może być uznana za obiektywne narzędzie badania skłonności parafilicznych.

Istnieje wiele pośrednich czynników poznawczych, mogących sprzyjać powstawaniu dewiacyjnych zachowań seksualnych lub ingerować w normalny rozwój zachowań seksualnych. Wśród tych czynników, które sprzyjają powstawaniu dewiacji seksualnych, są wpływy i wierzenia wyniesione z określonych kręgów socjokulturowych. Należą tu np. przekonania o dominacji mężczyzn, akceptacja mitu gwałtu, kultury akceptujące przemoc, czy wreszcie pornografia. Te określone przekonania, czy też wierzenia, mogą zostać wprowadzone do własnego systemu przekonań, wypaczając tym samym proces poznania. Powoduje to, że osobnik błędnie odbiera i błędnie interpretuje swoje wzorce zachowania. Murphy (15) opierając się na teorii społecznego uczenia się Bandury (6), wymienia trzy główne procesy poznawcze, które uniemożliwiają prawidłową ocenę własnych zachowań. Są to: 1) tworzenie wrażenia o społecznej i etycznej akceptacji zachowań karygodnych; 2) błędna interpretacja

skutków określonych zachowań; 3) niedostrzeżenie lub przenoszenie winy na ofiarę.

Zachowanie pedofiliczne może być torowane poprzez wyuczone schematy o charakterze poznawczym. Te schematy mogą dotyczyć np. potrzeby dominacji nad słabszym (dzieckiem), jak również potrzeby racjonalizacji zachowań pedofilicznych z równoczesnym przeniesieniem winy na ofiarę. Wśród czynników poznawczych, które mogą upośledzać rozwój normalnych heteroseksualnych zachowań, jest wiele „samowyobrażeń”, takich jak wierzenia, oczekiwania, jak również samookreślenie. Jeśli te samowyobrażenia koncentrować się będą wokół strachu przed kontaktami z płcią przeciwną, np. strach mężczyzny przed nieakceptacją ze strony kobiety, lub poczucie małej wartości w związku z kobietą, mogą doprowadzić do powstania poczucia niepewności. W sytuacji dużego wpływu tych czynników na rozwój seksualny mogą wystąpić skłonności dewiacyjne.

## Dyskusja

Podejście behawioralno-poznawcze do dewiacji seksualnych ma największe znaczenie w kategoriach zapobiegania i leczenia. Teoria behawioralno-poznawcza zachowań dewiacyjnych zakłada, że pierwotną przyczyną ich powstawania jest warunkowanie fantazji na tle seksualnym, wzmacniane orgazmem. Ten proces warunkowania jest następnie rozbudowywany przez dalsze etapy procesu uczenia się. Rosen i Beck (16) piszą: „procesy warunkowania bardzo rzadko są jedynym wytłumaczeniem powstawania pobudeń seksualnych o charakterze parafilicznym”, ale dalej dodają: „zasady klasycznego i instrumentalnego warunkowania są szeroko stosowane w behawioralnych metodach leczenia” (str. 218). W rzeczywistości Earls i Quincey (17) twierdzą, że nie ma wystarczających naukowych danych pozwalających przypisać osobom dopuszczającym się przestępstw na tle seksualnym określonych cech behawioralnych lub ubytków poznawczych. Autorzy ci stwierdzają: „jest możliwe, że na etapie dzisiejszym poznaliśmy tylko jedną cechę osób popełniających przestępstwa na tle seksualnym, to jest występowanie podniecenia seksualnego w odpowiedzi na inne bodźce seksualne” (str. 380). Należy podkreślić, że powyższe uwagi w całej rozciągłości odnoszą się również do innych omawianych powyżej hipotez, dotyczących zaburzeń procesu uczenia jako przyczyny powstawania parafilii. Tak więc, chociaż różne badania doświadczalne wskazują na rolę nieprawidłowej edukacji seksualnej i porno-

grafii w rozwoju dewiacji seksualnych, to jednak czynniki te mogą jedynie utrwalać zachowania dewiacyjne, nie będąc elementem sprawczym. I tak np., na podstawie przeglądu piśmiennictwa Murrin i Laws dochodzą do wniosku, że w populacji osób nie popełniających przestępstw na tle seksualnym obserwuje się zmniejszenie zainteresowania pornografią w wieku dorosłym; zupełnie odwrotną tendencję obserwowano w populacji osób, które dokonały przestępstwa na tle seksualnym.

W podsumowaniu: proces uczenia się i czynniki poznawcze odgrywają istotną rolę w powstawaniu i utrwalaniu dewiacyjnych zachowań seksualnych. W chwili obecnej nie dysponujemy jeszcze wynikami badań eksperymentalnych, które umożliwiłyby precyzyjny opis patogenetycznej roli tych czynników. Według nas, zgodnie z zasadami pluralizmu, interpretacja dewiacji seksualnych wypracowana przez szkołę behawioralno-poznawczą w dużym stopniu przyczyniła się do zrozumienia powstawania wielopłaszczyznowego procesu, jakim są dewiacje seksualne.

#### PIŚMIENICTWO

1. Protter B, Travin S. Sexual fantasies in the treatment of paraphiliac disorders: a bimodal approach. *Psychiatr Q.* 1987;58:279—297.
2. Wortman CB, Loftus EF. *Psychology*. 3rd ed. New York, NY: Alfred A Knopf Inc; 1988.
3. Pavlov IP, Anrep GV, trans. *Conditioned Reflexes* London, England: Oxford University Press, 1927.
4. Thorndike EL. *The Fundamentals of Learning*. New York, NY: Teacher's College; 1932.
5. Skinner BF. *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts; 1938.
6. Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
7. Bandura A. *Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1986.
8. Laws DR, Marshall WL. A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behavior. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York, NY: Plenum Press; 1990.
9. Seligman MEP. Phobias and preparedness. *Behav Ther.* 1971;2:307—320.
10. McGuire RJ, Carlisle JM, Young BG. Sexual deviation as conditioned behavior: a hypothesis. *Behav Res Ther.* 1965;2:185—190.
11. Bandura A. *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1973.
12. Bandura A, Walters RH. *Social Learning and Personality Development*. New York, NY: Holt, Rinehart & Winston; 1963.
13. Gardner H. *The Mind's New Science: A History of the Cognitive Revolution*. New York, NY: Basic Books Inc; 1985.
14. Mahoney MJ. *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books Inc; 1991.

15. Murphy WD. Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York, NY: Plenum Press; 1990.
16. Rosen RC, Beck JG. *Patterns of Sexual Arousal*. New York, NY: Guilford Press; 1988.
17. Earles CM, Quinsey VL. What is to be done? Future research on the assessment and behavioral treatment of sex offenders. *Behav Sci Law.* 1985;3:377—390.
18. Murrin MR, Laws DR. The influence of pornography on sexual crime. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York, NY: Plenum Press; 1990.

## 6. Dewiacje seksualne w ujęciu psychodynamicznym

Spojrzenie na dewiacje seksualne przez pryzmat psychodynamiki odzwierciedla rozwój i zmiany poglądów psychoanalityków w ciągu ostatniego stulecia. Ten rozwój psychoanalizy może być rozumiany jako przejście od wczesnych paradygmatów (jak napęd lub instynkt) do bardziej współczesnych poglądów, dotyczących takich zagadnień, jak relacja z obiektem, związki interpersonalne, psychologia jaźni (object relational, interpersonal i self psychological theory). Podczas gdy psychoanalizy, we wczesnym okresie, koncentrowali swoje zainteresowania głównie wokół dynamiki kompleksu Edypa i lęku przed kastracją, to współcześni teoretycy psychoanalizy koncentrują się na wcześniejszych fazach rozwojowych, z uwzględnieniem takich zagadnień, jak rola płci, początkowe tworzenie się tożsamości (rudimentary formation of the self), znaczenie specyficznych wczesnych doznań o charakterze traumatycznym i motywów przywiązania oraz relacji (attachment and relational motives).

### Przegląd definicji (sformułowań) psychodynamicznych

#### Poglądy klasyków i rewizjonistów

Według oryginalnej teorii Freuda (1), zwanej teorią uwiedzenia, głoszonej w 1891 r., cała odpowiedzialność za zaburzenia psychiczne spoczywała na ojcu o skłonnościach dewiacyjnych. Ojciec ten poprzez akt uwiedzenia powodował powstanie nerwicy („neurozy”, historii w klasycznym ujęciu psychoanalitycznym). A zatem ojciec o skłonnościach dewiacyjnych, w myśl tej teorii, stał się toksycznym czynnikiem etiologicznym zaburzeń psychopatologicznych. Takie spojrzenie na powstawanie historii doprowadziło Freuda do rewolucyjnego odkrycia podświadomości. Według Freuda historyk wypiera traumatyczne doświadczenie seksualne i to-

warzyszące mu doznania, które powracają do świadomości w wyobcowanej formie, w postaci błędów językowych.

W 1899 roku Freud (2) zmienił swoje poglądy. Zarzucił rozważanie uwiedzenia przez ojca w kategoriach czynnika sprawczego historii, znajdując, że w wielu przypadkach uwiedzenie było tylko wytworem fantazji. Od tego okresu Freud rozpoczyna skoncentrowane badania dotyczące seksualności. W swojej klasycznej pracy „3 eseje o teorii seksualności” (3), opublikowanej w 1905 r., Freud stwierdza, że to nie ojciec o orientacji dewiacyjnej, ale osobniczy wewnętrzny somatopsychiczny instynkt seksualny pacjenta jest odpowiedzialny za powstawanie chorób psychicznych. Paradygmat, instynkt seksualny w klasycznym ujęciu Freuda, oznacza najbardziej prymitywną „polimorficzno-perwersyjną naturę”. Instynkt ten trwa przez wszystkie psychoseksualne stadia rozwojowe: przechodząc poprzez fazę lęku przed kastracją aż do ostatecznego rozwiązania w kompleksie Edypa. Ten pierwotny instynkt może prowadzić do powstania „neurozy” lub „perwersji”. W swoich wczesnych pracach Freud (3) traktował nerwicę („neurozę”) jako przeciwieństwo perwersji, rozumując, że charakterystyczny język neurotyka, hamowany przez restrykcyjne wpływy społeczne na poziomie rozwijającej się świadomości, jest narzędziem, którym posługuje się „zamaskowany dewiant”. Nerwica ta różni się zatem od „dewiacji seksualnej”, w której występuje bardziej „realny” i prymitywny zarazem język o charakterze seksualnym. Ponadto zaburzenia o charakterze „dewiacji seksualnej” cechuje bezwzględne poszukiwanie przyjemności, nie podlegające kontroli ze strony zjawisk kulturowych i społecznych, a tym samym demonstrujące podstawową ludzką naturę z jej infantylnymi instynktami. Perwersja (dewiacja) we wczesnym ujęciu psychoanalitycznym jest rodzajem prymitywnej fiksacji i działania libido, które — manifestując się w wieku dojrzałym — jest przeniesieniem infantylnej „aktywności seksualnej” z okresu wczesnodziecięcego w okres dorosłości.

W dewiacji seksualnej seksualność jest uzewnętrzniona w swojej surowej, pierwotnej formie. Natomiast u neurotyka (u Freuda klasycznym przykładem będzie tutaj historyk) seksualność jest ukryta i wyrażana w sposób symboliczny, a nie otwarty. W odróżnieniu (nerwicy) u osoby z cechami „perwersji seksualnej” objawy mają charakter nakazowy o wyraźnym (czytelnym) podłożu seksualnym, źle ukierowane odnośnie do celu i obiektu (występują w infantylnej nieheteroseksualnej regresywnej formie). Ten pierwotny popęd seksualny (syntoniczny) jest równoległy z popędem dostarczania sobie przyjemności, będąc równocześnie pod mniejszym wpływem czynników hamujących, których źródłem jest ego

i superego. Późniejsze poglądy na temat dewiacji seksualnych (perwersji), formułowane w kolejnych pracach Freuda (4), jak również w pracach innych autorów (5, 6, 7), pozostając w klasycznym ujęciu pojęcia ego, zmieniają powyższe stwierdzenia. To nowsze ujęcie psychoanalityczne podkreśla obronne aspekty wypaczeń seksualnych, jak również istnienie możliwości fuzji agresji z napędem seksualnym. Takie podejście do zaburzeń w zachowaniach seksualnych było szerzej zaakceptowane w dualistycznej teorii instynktów (dual instinct theory of human nature). Chociaż perwersja (dewiacja) była traktowana jako rozwojowa fiksacja, to jednak miała ona cechy nerwicy impulsywnej (impulsive neurosis). Oznacza to, że dewiacja zaczyna być rozumiana jako złożony psychologiczny proces, a nie jako pozostałość czystego impulsu id, nie kontrolowanego przez ego i superego.

Złożony proces psychologiczny doprowadzający do powstania dewiacji przechodzi, przez fazę Edypa w rozwoju osobniczym w sposób, który Gillepsie (5) określa, „jak załamanie światła” (str. 397). Psychoanalicy uważali, że w tym okresie rozwojowym ego, superego w mniejszym stopniu brało aktywny udział w powstawaniu dewiacji (procesy transformacji). Uważano, że objawowe zaburzenia w zachowaniu seksualnym mogą być odpowiednikami wczesnych komponentów, które uległy wyparciu (re-presji). Dewiacje wydają się zatem funkcjonować w całej konstelacji innych operacji psychicznych o charakterze obronnym, uczestnicząc w tworzeniu się natury neurotycznej, jak również potęgować problemy w rozwoju poczucia rzeczywistości. Objawy zachowań dewiacyjnych mogą zatem być postrzegane jako przemieszczona forma prymitywnej, podświadomej seksualności i zachowań agresywnych w połączeniu z niezliczoną ilością znaczeń i fantazji. Pewne pozostałości doświadczeń z okresu wczesnodziecięcego mogą ujawniać się w zachowaniach o charakterze dewiacyjnym, jako wynik procesu transformacji (6).

Osiowym elementem w powstawaniu dewiacji w klasycznym ujęciu psychoanalitycznym pozostaje jednak lęk przed kastracją. Chłopiec odczuwa potrzebę rozwiązania swojego lęku przed kastracją dla uzyskania prawidłowego rozwoju w kierunku heteroseksualnej identyfikacji z ojcem. A zatem chłopiec jest bardziej podatny (w odróżnieniu od płci żeńskiej — nie występuje lęk przed kastracją, ponieważ w pojęciu psychoanalitycznym dziewczynki już są wykastrowane, kastracja nie jest przedmiotem lęku, lecz faktem, który należy zaakceptować) na pojawienie się fiksacji lub regresji, prowadzących do bardziej niedojrzałych, dewiacyjnych zachowań seksualnych. Zachowania dewiacyjne u osoby dorosłej są odzwierciedleniem mechanizmów obronnych, służących zaprzeczeniu lęków zwią-

zanych z kastracją. Może to wyrażać się w zaprzeczeniu różnicy pomiędzy płciami, jako że „beżpenisowa samica” jest urzeczywistnieniem lęku przed kastracją. Podświadome fantazje o „falicznej kobiecie” często pozostają jądrem, wokół którego kształtują się cechy zachowań dewiacyjnych (8). Objawy dewiacji seksualnych mogą dotyczyć przedmiotów, części genitalnych, wrażeń wzrokowych, lub nawet bodźców bólowych w celu osiągnięcia orgastycznej satysfakcji seksualnej. Objawy zachowań dewiacyjnych często są wynikiem regresji i mechanizmów obronnych podświadomości, zapewniających proces oczyszczenia, pokuty, unieważnienia, poczucia winy, strachów i lęków, wyływających z wcześniejszego kompleksu Edypa.

W rozumieniu Freuda znaczenie słowa seksualność wyływało z endogennego modelu popędów (9). Było rozumiane jako siła motywacyjna dla wszystkich procesów związanych ze zjawiskami „więzi i relacji”. Seksualność w ujęciu freudowskim jest paradygmatem o charakterze uniwersalnej fantazji opartej na dramacie Edypa. Ten system jednak nie bierze pod uwagę w sposób wystarczający czynników zewnętrznych (środowiskowych), szczególnie tych, które występują w okresie przed wystąpieniem kompleksu Edypa, a więc w tym okresie, kiedy związek matki z dzieckiem ma kluczowe znaczenie dla rozwoju seksualności. Właściwe znaczenie wczesnych interakcji między matką a dzieckiem podkreślały późniejsze poglądy następców Freuda. Jak już wspomniano wcześniej, sam Freud poświęcał dużo uwagi roli ojca — „uwodziciela”, zanim dokonał swojego historycznego zwrotu w kierunku kompleksu Edypa (fantazje seksualne dzieci). Z czasem coraz większe znaczenie zaczęto przypisywać wcześniejszym (preedypalnym) okresom, ściśle związanym z rolą matki. Badania pod tym kątem niemowląt spowodowały, że duży nacisk położono na rolę wczesnych kontaktów pomiędzy matką a dzieckiem. W swoich licznych pracach Stoller (12, 13, 14) przedstawił swój pogląd dotyczący rozwoju płci i jego przyczynowego związku z powstawaniem dewiacji seksualnych. Autor zmodyfikował poglądy Freuda, postulując wcześniejsze występowanie identyfikacji płci, jeszcze w fazie przed wytworzeniem się kompleksu Edypa. Stoller (12) powołując się na prace Greensona (15) definiuje fazę „protokobieceści” (protofeminity), występującą u obu płci przed wystąpieniem kompleksu Edypa. Faza ta charakteryzuje się ścisłym związkiem z matką. W odróżnieniu od dziewczynek, chłopcy muszą „zdezidentyfikować” się z matką, w celu dalszego prawidłowego rozwoju. Ten proces u chłopca jest wzmacniany przez obecność osobnika męskiego, który z czasem może stać się przedmiotem identyfikacji chłopca. Jeśli proces „dezidentyfikacji” z matką ulega

zwolnieniu lub przebiega nieprawidłowo, może to spowodować trudności związane z identyfikacją własnej płci, których konsekwencją będzie skłonność do powstania zachowań o charakterze dewiacyjnym. Występująca u niektórych mężczyzn otwarta lub ukryta wrogość do kobiet może być traktowana jako „potrzeba ciągłej obrony przed nieakceptowaną tęsknotą za powrotem do okresu symbiozy z matką” (str. 17). Ovesey i Person (16) w swoich badaniach nad samookreśleniem płci i psychopatologią życia seksualnego nie postulują występowania okresu „protokobiecego”, ale raczej podkreślają znaczenie fantazji, w których matka występuje jako obrońca przed rozdzieleniem. Autorzy ci podkreślają, że fantazje, odzwierciedlające wewnętrzne konflikty dziecka, mogą powodować trudności związane z samookreśleniem płci. Socarides (17) w swojej unitarystycznej teorii, dotyczącej powstawania dewiacji seksualnych, również podkreśla, że „wadliwe samookreślenie przynależności do określonej płci” jest podstawowym czynnikiem decydującym o powstaniu dewiacji seksualnej.

Stoller (13) twierdzi, że traumatyczne wpływy z okresu ścisłego związku dziecka z matką, prawdopodobnie będące odbiciem wewnętrznych własnych konfliktów matki na tle identyfikacji własnej płci, utrudniają lub zmniejszają potrzebę procesu separacji, koniecznego dla prawidłowej identyfikacji i seksualnego rozwoju jej syna. W efekcie takiego stanu chłopiec może wykazywać skłonności do zachowań dewiacyjnych. Stoller (14) uważa, że objawy dewiacyjne nie są niczym innym, jak erotyczną formą nienawiści lub potrzebą „zniszczenia obiektu” — najczęściej w stosunku do matki, która uniemożliwiła mu prawidłowy proces samo-identyfikacji. „Wrogość w dewiacji przybiera formę fantazji o zemście, ukrytej w zachowaniach dewiacyjnych, których celem jest przeistoczenie krzywdy z okresu dzieciństwa w triumf wieku dojrzałego” (str. 8). W tym ujęciu scenariusz zachowań dewiacyjnych jest kompilacją urazów, nienawiści, ryzyka, podniecenia i chęci zemsty. Jest to trochę tak, jakby w akcji dewiacyjnym „odgrywano” uraz z okresu dzieciństwa w celu odniesienia nad nim zwycięstwa. Jedną z metod osiągnięcia tego celu jest dehumanizacja podmiotu seksualnego. Do zachowań dewiacyjnych są skłonni szczególnie mężczyźni. Wydaje się, że jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest konieczność „oddzielenia się” od matek i wynikający stąd strach przed wchłonięciem ich przez matki, a tym samym przed utratą poczucia swojej płci. Socarides (17) zauważa, że istnieje zarówno strach przed trwałym „połączeniem się z matką”, jak i psychiczna niemożność oddzielenia się od niej. Według tego autora dylemat ten odgrywa decydującą rolę w rozwoju dewiacji seksualnych. Pod wpływem Mahlera (10) i Spitz (11) Socarides

dochodzi do wniosku, że czynnikiem sprawczym powstawania zaburzeń dewiacyjnych jest zarówno problem separacji (matka—syn) w fazie poprzedzającej kompleks Edypa, jak również nieprawidłowy proces dojrzewania psychicznego w krytycznych okresach rozwoju.

Inni badacze (rewizjoniści w stosunku do Freuda) (18, 19, 20) opisują traumatyczne sytuacje z okresu ścisłego związku matka—dziecko. Chasseguet-Smirgel (18) sugeruje, że osobnik o zachowaniach dewiacyjnych miał ściśle związki o charakterze uwodzicielskim ze swoją matką. Dziecko takie rozwija iluzję, że „w kręgu jego przedgenitalnej seksualności, jego niedojrzały, sterylny penis, czyni go właściwym seksualnym partnerem dla swojej matki. I to nie ma nic wspólnego z naiwnością lub zazdrością w stosunku do własnego ojca” (str. 91). Następnie ta forma narcyzmu zostaje przeniesiona na jego sfery przedgenitalne, później chłopiec idealizuje je, pozostając cały czas w przedgenitalnym okresie rozwoju. W efekcie dziecko nie identyfikuje swojej płci z ojcem, unikając tym samym kompleksu Edypa, pozostając przez cały czas w podświadomym seksualnym związku z matką.

McDougall (19) wprowadził określenie „neoseksualność”, oznaczające wytworzenie się u dziecka perwersyjnej osobowości seksualnej, związanej z podświadomą potrzebą kontaktów seksualnych z obojgiem rodziców. Związek dziecka z rodzicami w niezauważalny sposób ulega seksualizacji poprzez odbiór podświadomych erotycznych potrzeb i konfliktów rodziców. Wczesne wpływy matki poprzez bezpośredni kontakt cielesny z dzieckiem, jak również podświadoma reakcja dziecka na jej seksualne pobudzenie, wywołuje u niemowlęcia archaiczne problemy związane z wyobrażeniem własnego ciała, w tym czasie, kiedy wytwarza się to, co Lichtenstein (21) opisuje jako identyfikacja płci. Osobnik wykazujący zachowania dewiacyjne w okresie dorosłym tworzy „swoją neoseksualną erotyczny teatr w celu odgrodzenia się od swojego zdewastowanego wyobrażenia cielesnego, przeciwko utracie poczucia istnienia jego ciała jako całości, przeciwko utracie poczucia identyfikacji własnego ego” (str. 273). Konstrukcja „neoseksualna” nosi w sobie zatem elementy obrony przed lękiem „kastracyjnym” i elementy ochraniające przed utratą identyfikacji „ego” — zawiera ona w sobie prymitywną agresję i gwałtowne impulsy (19).

### Współczesne kierunki psychoanalityczne, szkoła relacji

Bardziej współczesne „relacyjne” (relational) kierunki psychoanalityczne, obejmujące takie kierunki, jak relację z obiektem (object rela-

tional), interpersonalizm i psychologię jaźni (self psychology), umniejszając znaczenie teorii o naczelnej roli popędów. Przedstawiciele tych kierunków bardziej radykalnie niż inni krytycy Freuda widzą seksualizm poprzez pryzmat pierwotnych motywacji, jak potrzeba bezpieczeństwa, ochrony, potrzeba bliskości drugiej osoby. Tak więc w tym ujęciu seksualność nie jest sprowadzona jedynie do „seksualnej przyjemności”. Z punktu widzenia tego kierunku jednostka jest widziana w układzie interpersonalnym. Ciągłe zmieniające się wzajemne powiązania z innymi, jak również ciągła tendencja do zaspokojenia wyżej wspomnianych motywacji kształtują seksualność, a nie odwrotnie. Inną ważną cechą omawianego kierunku jest uwypuklenie roli wadliwych czynników środowiskowych we wczesnych okresach rozwojowych niemowlęcia i dziecka. Uwzględnienie czynników zewnętrznych w kierunku psychoanalitycznym odróżnia go od tradycyjnego spojrzenia freudowskiego, które przypisywało główną rolę tzw. czynnikom endogennym, tkwiącym w fantazjach i podświadomości. Z punktu widzenia kierunku „relacyjnego” dewiacje seksualne są traktowane jako wyraz podświadomego konfliktu i/lub zatrzymanego związku „relacyjnego”, który ulega świadomej seksualizacji. Dewiacje mogą być przeto miarą odizolowania ukrytej formy wrogości lub przymusowego upewniania się o istnieniu poczucia bezpieczeństwa, szczególnie jeśli chodzi o poczucie bezpieczeństwa wynikające z identyfikacji własnej płci. Choć autorzy piszący w duchu Freuda przejęli wiele elementów z kierunku „relacyjnego”, to jednak przedstawiciele tej szkoły (Mitchell 22) przywiązują mniejszą wagę do freudowskiej teorii instynktów.

W ramach kierunku „object relational” Masud-Khan (23) pisze o roli wczesnych, opiekuńczych związków matki z dzieckiem, które wpływają na dalszy rozwój seksualny dziecka. Matka nie traktuje syna jako obiektu karmienia, ale jako „kreację (tworzenie, przyp. tłum.) nowego”. Dziecko w późniejszych okresach rozwojowych w sposób ciągły usiłuje naprawić wynikający z powyższego związku z matką uraz, przy użyciu „wyspecjalizowanego stosowania swoich napędów naprawczych, to jest (napędów skierowanych na siebie, jako na wyidealizowany wewnętrzny obiekt)” (str. 13). Osoba przyzwyczajona do tych wczesnych doznań wynikających z opieki macierzyńskiej, o skłonnościach dewiacyjnych, odczuwa silną potrzebę odrodzenia własnego, zatrzymanego w rozwoju ja, poprzez włączenie innych w swoje zachowania dewiacyjne jako obiekt przeniesienia (transitional). Zgodnie z Winnicottem (24) zjawiska przeniesienia są umiejscowione gdzieś między subiektywną realnością (wszechwładnie tworzona realność) a obiektywną realnością (widzenie innych takimi, jakimi oni są z uwzględnieniem ich „inności”). Khan (23) sugeruje, że

osobnik o skłonnościach dewiacyjnych traktuje obiekt swoich zachowań seksualnych jako zjawisko przeniesienia. Z tego wynika, że obiekt seksualny jest zlepkiem „mentalnych fantazji z częściowymi i nieadekwatnymi doświadczeniami wyniesionymi z okresu opieki rodzicielskiej” (str. 135). Autor określa ten zlepek jako „porównywalny, wewnętrzny obiekt zainteresowań seksualnych, włączony w proces ożywiania pojęcia ja: pseudofantazje stwarzające poczucie intymności i stan ekstazy, wynikający z iluzorycznej kontroli rytualnych zachowań dewiacyjnych. Ale „nie ma relacji z obiektem, nie ma przeto karmienia” (there is no object relatedness hence no nourishment) (str. 23); jego zachowania „odbywają” się w samotności i mają charakter alienacji.

Mitchell (22) powołując się na pracę Winnicotta (24) i Fairbairna (25) stwierdza, że poszukiwanie obiektu (object-seeking) i więzi emocjonalne stanowią motywacyjną siłę sprawczą dewiacji seksualnych. Próby poszukiwania obiektów seksualnych koncentrują się wokół takich tematów, jak poszukiwania rzeczy niezdożywalnych lub niedostępnych, poddanie się w celu sprostania oczekiwaniom innych, równocześnie ucieczka od jakichkolwiek prób skrzywdzenia lub zdominowania innych. Te tematy sięgają wstecz do wczesnych okresów rozwojowych, łącząc się niejako z brakiem dostępu do matki lub brakiem jej obecności, lub wywodzą się z obrazu matki karzącej. Co więcej, proces szukania obiektów jest procesem złożonym i bardzo zmiennym; Mitchell (22) pisze więc, że wiele z tych tematów przejawia się w szerokim spektrum ludzkiej aktywności seksualnej, ale szczególnie uwidoczniają się one w zachowaniach o charakterze dewiacyjnym, gdzie lęk, potrzeba i desperacja są wyraźne i zmuszają do zaistnienia relacji z innymi. Przyjemność, będąca efektem seksualnych zachowań dewiacyjnych, jest swoistym kanałem, przez który można dotrzeć do innych, i — często w dialektycznym rozumieniu — do widocznego i ukrytego, dostępnego i wstrzymanego, powierzchowności i głębi — dialektyczne skojarzenia reprezentują próby osiągnięcia rzeczy niedostępnych, reminiscencji z wczesnych, nieuchwytnych stadiów rozwojowych. Satysfakcja wynikająca z zachowań dewiacyjnych może mieć również swoje źródło w pokonywaniu wizerunku wszechwładnej, kontrolującej matki. Ghent (26) pisze, że pewne zachowania dewiacyjne, jak np. masochizm, mogą być wyrazem źle funkcjonujących procesów tworzenia związków interpersonalnych.

Z punktu widzenia psychologii jaźni dewiacja seksualna jest widziana w kontekście rozwoju i powstawania spójnego ja. Kohuth (27) twierdzi, że podstawową potrzebą w rozwoju niemowlęcia/dziecka w krytycznych

okresach jest dostępność empatycznego i będącego niejako odbiciem lustrzanym obiektu — opieki macierzyńskiej, który to obiekt nazywa on „obiektem własnym”. W korzystnych warunkach, kiedy taka matka istnieje w rzeczywistości i jest wsparta obecnością ojcowskiego „obektu własnego”, dziecko może ją idealizować i tym samym rozwinąć normalny i zintegrowany wzorzec zachowań seksualnych. Jeśli jednak w krytycznym momencie zabraknie empatycznego związku z matką, mogą rozwijać się dewiacje seksualne. Brak tego związku z matką powoduje wytworzenie się tzw. produktu dezintegracji, który może się uzewnętrznić w formie popędu seksualnego. Dewiacja seksualna jest zatem uzewnętrznieniem zarówno tego popędu seksualnego, jak i prób reperacji i podparcia pofragmentowanego, osłabionego i będącego w niebezpieczeństwie ja (obektu jaźni, self-object). Innymi słowy, zachowanie dewiacyjne może znieczulać, uciszać poczucie własnego ja (sens of self) i modyfikować samoocenę. Te ułomności jaźni są wynikiem pierwotnych zaburzeń we wcześniejszych kontaktach interpersonalnych, takich jak porzucenia, naruszenie intymności i inne nieprawidłowe relacje międzyludzkie.

### Współczesne poglądy pluralistyczne

Dewiacje seksualne przedstawiają zbyt złożony problem psychologiczno-psychiatryczny, aby mógł on być rozpatrywany z punktu widzenia tylko jednego kierunku badawczego. To stwierdzenie jest zgodne z obecną tendencją postrzegania zaburzeń psychicznych w sposób zintegrowany, obejmujący wiele współczesnych koncepcji i teorii psychodynamicznych. Osoba wykazująca dewiację na tle seksualnym nie może być przeto domeną tylko jednego, określonego kierunku. Freudowskie stwierdzenie uświadomiło istnienie w naturze ludzkiej ukrytych skłonności dewiacyjnych. Położenie przez Freuda szczególnego nacisku na lęk przed kastracją i poczucie własnej odrębności płci w okresie kompleksu Edypa pozwoliło zrozumieć „szczególną skłonność” chłopców do rozwoju zaburzeń dewiacyjnych. Podkreślenie przez Freuda panseksualności jako czynnika decydującego o naturze ludzkiej, determinującego inne zjawiska psychiczne, było równoznaczne z niedocenieniem znaczenia czynników dotyczących społecznych relacji osobnika z otaczającą rzeczywistością (przedmiotami i osobami). W tradycyjnym ujęciu freudowskim praktycznie nie uwzględnia się roli matki w psychicznym rozwoju dziecka. Należy jednak podkreślić, że niektóre aspekty tradycyjnego spojrzenia freudowskiego na powstawanie dewiacji seksualnych są wciąż aktualne. Pomimo współczesnych poglądów kładących nacisk na okres poprzedzający pojawienie się

kompleksu Edypa, niektóre zachowania dewiacyjne dają się lepiej tłumaczyć klasycznym, freudowskim ujęciem. Co więcej, jak podkreśla Mitchell (28), twierdzenie, że powstanie identyfikacji płci i wytworzenie się związków z otaczającym światem zewnętrznym zachodzi w okresie poprzedzającym pojawienie się kompleksu Edypa, ma charakter względny. Procesy te bowiem są długotrwałe i nie ograniczają się do jednej określonej fazy rozwojowej. Niektórzy autorzy (77, 29) przypisywali osobnikom o skłonnościach dewiacyjnych, wywodzących się z okresu kompleksu Edypa, bardziej zachowaną możliwość rozpoznawania rzeczywistości, samookreślenia się i bardziej wykształcone ego, niż u tych osobników, u których źródła dewiacji seksualnych związane są z okresem wcześniejszym (przed wykształceniem się kompleksu Edypa). Stwierdzenie to wydaje się być zupełnie oczywiste, jako że w okresie rozwojowym poprzedzającym pojawienie się kompleksu Edypa dochodzi do takich procesów rozwojowych, jak: rozróżnienie pomiędzy sobą a innymi, jak i powstania pojęcia samoidentyfikacji, które to procesy wyprzedzają wystąpienie 3-stronnego konfliktu pomiędzy matką, dzieckiem a ojcem, charakteryzującego kompleks Edypa.

Socarides (17) zaproponował następującą klasyfikację dewiacji seksualnych, zgodną ze współczesnymi teoriami psychodynamicznymi:

- 1) wywodzących się z okresu poprzedzającego kompleks Edypa (Typ I, II);
- 2) wywodzących się z kompleksu Edypa;
- 3) o charakterze schizoidalnym.

Zgodnie z Socaridesem dewiacje z grupy I powstają w wyniku dużego niepokoju i charakteryzują się przymusowym i trwałym wzorcem zachowań dewiacyjnych. W tym typie dewiacji występują „zaburzenia samoidentyfikacji” (gender-defended self identity disturbance) (str. 73.). Akt dewiacyjny jest koniecznością, która ma zapewnić „utrzymanie integralności i stabilizacji jaźni” (str. 74). Typ I jest łagodniejszą formą dewiacji. W bardziej nasilonym typie II regresja może prowadzić do poważnego uszkodzenia funkcji ego i związków z obiektami. Z reguły typ II idzie w parze ze skłonnościami narcystycznymi. Dewiacje seksualne wywodzące się z grupy II są wynikiem nie rozwiązanego kompleksu Edypa i przetrwałego lęku przed kastracją. Dewiacje seksualne, określane mianem schizoidalnych, występują u tych osobników, u których nie nastąpiło zerwanie symbiotycznego związku z matką. Osobnicy ci wykazują poważne zaburzenia o charakterze psychoz. Socarides podkreśla, że kompleks Edypa może być do pewnego stopnia mechanizmem obronnym, uniemożliwiającym ujawnienie się konfliktów zaistniałych we wcześniejszych

fazach rozwojowych. Ta próba klasyfikacji dewiacji seksualnych oparta na okresie rozwojowym, w którym powstają, wydaje się być pomocna z punktu widzenia poznawczego. Jak już wspomnieliśmy wcześniej, rozwój podstawowych pojęć odnośnie do samopercepcji, jak i powstawanie związków z obiektami, a więc tych czynników, których udział w powstawaniu dewiacji seksualnych wydaje się być udowodniony, nie jest ograniczony do jednej fazy rozwojowej.

### Krótki komentarz dotyczący specyficznych form dewiacji seksualnych

Gabbart (29) dokonał przeglądu psychodynamicznych zagadnień, specyficznych dla niektórych dewiacji seksualnych. I tak ekshibicjonizm, zgodnie z poglądami Finichela (7), jest traktowany jako potrzeba wyeksponowania swoich narządów płciowych w celu uśmierzenia lęku przed kastracją. Natomiast podglądactwo jest wyrazem fiksacji pod wpływem widzianej po raz pierwszy sceny stosunku płciowego rodziców. Stoller (14) uważa, że ekshibicjonista bierze odwet na kobietach, aby odzyskać poczucie swojej męskości. Mitchell (22) z kolei traktuje akt ekshibicjonistyczny jako wyraz głębokiej potrzeby bycia zauważonym.

W klasycznym ujęciu freudowskim fetyszym był wyrazem lęku przed kastracją, a przedmioty, które były obiektem zainteresowań fetyszysty (buty, bielizna kobieca), miały być odpowiednikami żeńskiego prącia. Greenacre (31) ujmuje fetyszym w kategoriach zaspokojenia potrzeby percepcji własnych narządów płciowych. Kohuth (27) utrzymuje natomiast, że fetyszym jest wynikiem niemożności osiągnięcia właściwego obiektu. Mitchell z kolei uważa obiekty będące przedmiotem zainteresowania fetyszysty za utożsamienie lęku wynikającego z braku poczucia sensu jaźni. Odnośnie do transwestytyzmu — lub inaczej — przebierania się w stroje płci przeciwnej Fenichel (7) uważa, że chłopiec pokonuje swój lęk przed kastracją fantazując, że jego matka ma penis, a przebranie się w stroje kobiece, utożsamia z falliczną matką. Natomiast zwolennicy teorii relacji do obiektu postrzegają przebieranie się w stroje kobiece jako wyraz związku z matką. Klasyczny pogląd na pedofilię polega na tym, że dewiacja ta jest wyrazem narcystycznego wyboru obiektu, który to obiekt utożsamiany jest z „byciem kochanym” (i odwrotnie — „bycia kochającą matką”). Natomiast Soccarides (17) reprezentuje stanowisko, będące w opozycji do klasycznych poglądów na pedofilię. Traktuje ją jako wyraz podświadomych pragnień wyzwolenia się z nadmiernej matczynej miłości albo „odgroźnienia się” od matki i jako próbę wyparcia podświadomej

identyfikacji z kobietą. Ganzarin i Buchele (32) twierdzą, że pedofiliczne związki kazirodcze są próbą wywołania współczucia ze strony własnych dzieci przez występowanie wobec nich w roli ofiary.

Przeglądu literatury dotyczącej psychodynamiki pedofilii dokonał Howells (33). Autor ten przytacza opis Storra (34), w którym problemy związane z pedofilią w rzeczywistości są „wyrazem kompleksu niższości i związaną z nim potrzebą dominacji” (str. 59). Bell i Hall (35) natomiast traktują seksualne zainteresowanie się dziećmi jako „wyraz poszukiwania relacji międzyludzkich z okresu dzieciństwa” (str. 60). „Proces narcystycznej inwersji” (str. 60) — takim określeniem opisuje pedofilię Fraser (36). Kraemer twierdzi (37), że pedofil jest osobą wiecznie tęskniącą do wyidealizowanego dzieciństwa. Lambert (39) koncentruje się w roli „negatywnych odczuć, które występują w sferze fantazji u pedofili” (str. 62).

Glick i Meyers (40) dokonali zwięzłego przeglądu piśmiennictwa dotyczącego masochizmu, analizując je z punktu widzenia psychoanalizy. Klasyczne poglądy Freuda (41), skupiające się na roli instynktów, traktują masochizm jako wyraz inwersji jeszcze bardziej pierwotnego instynktu, jakim jest agresja zwrócona przeciwko samemu sobie. Masochista osiąga przyjemność poprzez identyfikowanie się z sadystą. Później Freud (4) podkreśla rolę podświadomej winy (wywodzącej się z okresu kompleksu Edypa), która powoduje, że ból staje się warunkiem koniecznym dla osiągnięcia satysfakcji seksualnej. Fenichel (7) pisze, że masochista wydaje się akceptować „mniejsze zło, podczas gdy większym złem jest lęk przed kastracją”. Późniejsze poglądy psychoanalityczne przypisują mniejsze znaczenie roli instynktów w powstawaniu masochizmu, podkreślają natomiast znaczenie relacji do obiektu i psychologii jaźni w powstawaniu tej dewiacji. Reich (42) twierdzi, że masochista wymusza miłość i wywołuje poczucie winy u podmiotu miłości poprzez swoje własne cierpienie, które pośrednio jest ekspresją jego agresji. Rozwijając tę tezę, Reik (43) traktuje masochizm jako zabawę, grę w „zwycięstwo poprzez klęskę” (str. 10). Brenman natomiast (44) podkreśla rolę mechanizmów projekcyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem projekcji wrogości.

Berliner (45) bardzo wyraźnie podkreśla rolę zakłóconych i okaleczających stosunków z obiektem w przeszłości. Tak więc zachowania masochistyczne są niczym innym, jak „zachowaniem adaptacyjnym w odpowiedzi na brutalną lub przykrą realność świata zewnętrznego. Nadanie seksualności cierpieniu jest próbą utrzymania miłości z obiektem, który jest przyczyną cierpienia... jest próbą zaprzeczenia sadyzmowi poprzez mechanizm represji i próbą przekształcenia niekochanego, spa-



czonogo zachowania w miłość... wprowadzenia własnego sadyzmu do superego” (str. 12).

Valenstein (46) w tym samym tonie pisze, że „przywiązanie do bólu” jest wynikiem bolesnych doznań na tle wczesnych relacji z obiektem. W rezultacie pozbycie się bolesnego doznania jest równoznaczne z utratą części siebie. Menaker (47) podkreśla rolę lęków przed utratą identyfikacji własnego ego, a masochizm traktuje w kategoriach psychologii-jaźni, zgodnie z poglądami Stolorowa (48). Stolorow przypisuje masochizmowi rolę narcystyczną. Masochistyczne związki z seksualnym obiektem są oparte na potrzebie odbudowy i utrzymania samoreprezentacji przez wszechpotężną wykonawczą „kontrolę lub identyfikację z wyidealizowanym, wykreowanym przez rodziców image lub przez uruchomienie wspa- niałego samowizerunku” (str. 14).

### Kilka uwag o kazirodztwie

Należy podkreślić, że chociaż istnieje wiele podobieństw między pedofilią pozarodzinną i wewnątrzrodzinną (kazirodztwo), to jednak różnice są poważne. Groth (49) podkreśla, że z psychodynamicznego punktu widzenia związek seksualny rodzic-dziecko powstaje w wyniku tej czy innej formy patologii rodzinnej. Przeto związki pomiędzy poszczególnymi członkami rodzin i struktura powiązań wewnątrzrodzicznych muszą być poznane w kontekście kazirodztwa.

Związki kazirodcze w relacji ojciec-córka zasługują na kilka uwag. Kaufman i wsp. (50) podkreślają, że wszyscy członkowie rodziny boją się porzucenia i reakcja ta może manifestować się w zachowaniach o charakterze kazirodczym. Wzorzec rodziny często przedstawia się następująco: opiekuńcza babcia, porzucona przez swojego męża, wybiera córkę, która przypomina jej męża, w celu znalezienia sobie obiektu dla własnych wrogich uczuć względem męża. Jej córka nie tylko poślubia mężczyznę przypominającego jej własnego ojca, a więc mężczyznę, który będzie ją okresowo porzucał, i ona także wybierze córkę, której może przekazać całą wrogość w stosunku do własnej matki (babci). Rola matki jest niezwykle ważna w powyższym schemacie rodzinnym, a zachowania o charakterze kazirodczym, jak już wspomniano wyżej, są wyrazem podświadomych działań w celu zmniejszenia lęku przed porzuceniem. Lustig i wsp. (51) postulują istnienie jeszcze jednego, niezwykle ważnego elementu psychodynamicznego w powstawaniu zachowań o charakterze kazirodczym: podkreślają, że zachowania kazirodcze funkcjonują jako mechanizmy

redukujące napięcie w sytuacjach zaistnienia patologii rodzinnych — mechanizmy obronne mające na celu utrzymanie integralności podstawowej komórki społecznej. Ci sami autorzy wymieniają 5 czynników do zaistnienia związku kazirodczego pomiędzy ojcem a córką:

1. Córka przejmuje rolę matki.
2. Ustaje aktywność seksualna między rodzicami.
3. Ojciec nie szuka zaspokojenia seksualnego poza rodziną.
4. W rodzinie pojawia się lęk przed porzuceniem i dezintegracją.
5. Matka w sposób świadomy lub podświadomy zezwala na związek ojca z córką.

Alexander (52) proponuje podejście wielopłaszczyznowe (systemowe) twierdząc, że powstanie zachowań o charakterze kazirodczym w wąskim kręgu rodzinnym „charakteryzuje się obniżeniem związku ze środowiskiem, niepełnym zdefiniowaniem ról i funkcji rodzinnych i podkreśleniem znaczenia homeostazy w stosunku do czynników hamujących morfogenezę” (str. 87).

### Fantazje a dewiacje seksualne

Innym wiodącym tematem w psychoanalitycznym podejściu do dewiacji seksualnych jest rola fantazji. Ujmując rzecz historycznie można stwierdzić, że psychoanalicy bardziej niż przedstawiciele innych kierunków psychiatrii przypisywali fantazji wiodącą rolę w kształtowaniu ludzkich zachowań seksualnych. I rzeczywiście, w każdej definicji dewiacji seksualnej w ujęciu psychoanalitycznym pojawiał się wątek dotyczący fantazji i ich treści, których kulminacją jest dewiacyjny akt seksualny.

Freud był twórcą psychodynamicznego traktowania fantazji. Stworzył on koncepcję umożliwiającą w sposób całościowy traktowanie zarówno poziomu podświadomości (nieświadomości) i przedświadomości. Laplanche i Pontails (53) pisali, że Freud nie rozróżniał w sposób jasny poziomu, na którym funkcjonuje fantazja, świadomość, przedświadomość, nieświadomość. Autorzy ci sugerują, że Freud był mniej zainteresowany „ustaleniem takiego zróżnicowania poziomów, na których operuje fantazja, niż podkreśleniem związków między tymi poziomami” (str. 316). Izaacs (54) pisała, że „sformułowanie fantazja używane jest w różnym znaczeniu i w różnym czasie przez różnych autorów” (str. 73). Autorka w innym znaczeniu używa słowa „fantazja” („fantasy”) i wyrażenia tożsamo brzmiącego, ale o innej pisowni („phantasy”). W pierwszym znaczeniu fantazja (fantasy) oznacza np. świadome marzenia występujące

w ciągu dnia (day-dreams), zamyślenia, zadumania itd., które zgodnie z tradycją freudowską traktowane są jako wczesne sygnały pożądania i agresywności. Z drugiej strony pojęcie fantazja (phantasy) autorka rezerwowała dla procesów psychicznych toczących się „w podświadomości” (str. 81). Podświadome fantazje, jak podkreśla Beres (55), charakteryzują się następującymi cechami: są podświadome, występują w dzieciństwie, mają charakter spełnienia, jak również mają swój odpowiednik w świadomości.

W klasycznej teorii Freuda, jak również w początkowym okresie tworzenia się kierunku relacji do obiektu, a szczególnie w szkole reprezentowanej przez Melanie Klein (56), termin „podświadome fantazje” w sposób nierozłączny związany był z opartą na instynktach „popędowo-strukturalną” metapsychologią (9) (drive-structure metapsychology). W tym ujęciu podświadoma fantazja składa się z endogenego, uniwersalnego schematu psychicznego, który wywodzi się z wczesnego somatopsychicznego popędu o charakterze seksualnym i agresywnym. Freud uważał, że te uniwersalne fantazje rozpoczynają się w okresie wystąpienia kompleksu Edypa, podczas gdy Klein i jej wsp. (58) sformułowali hipotezę, że w pełni wykształcony endogeny materiał do fantazji formuje się we wcześniejszych poprzedzających fazę kompleksu Edypa, fazach rozwojowych.

Bardziej współczesne teorie psychoanalityczne, jak np. teoria relacji do obiektu, nie przywiązują już takiej roli do popędów, a raczej podkreślają rolę czynników środowiskowych w kształtowaniu się takich pojęć, jak „ja”, „identyfikacja” czy też „tożsamość”, „intymność”. Szkoły te podkreślają znaczenie związków z ludźmi i przedmiotami (attachment). Wpływ czynników zewnętrznych na powstawanie tak decydujących doświadczeń, jak np. opieka macierzyńska w różnych formach (lub jej brak) stanowią rozwojowe czynniki decydujące o powstawaniu i konsolidacji tożsamości i podstawowych powiązań ze światem zewnętrznym. Stwierdzenie, że osobnik tworzy się, przechodząc przez te poszczególne procesy rozwojowe, znajdują potwierdzenie w tematach fantazji, które funkcjonują na wszystkich poziomach psychicznych — świadomości, przedświadomości i podświadomości. Z tego punktu widzenia fantazja nie jest sprowadzana do poziomu napędu i konfliktu obrony (defens conflict), ale reprezentuje ścierające się tendencje w sferze ego, jak również w sferze związków zewnętrznych, takich np., jak konflikt pomiędzy pragnieniem oddzielenia się indywidualności a dążeniem do „połączenia się z matką”. Implikacja powyższych rozważań dla powstawania dewiacji seksualnych polega na

tym, że świadome fantazje o charakterze dewiacji, które determinują charakter zachowań dewiacyjnych, mają swoje podłoże w sferze podświadomości i przedświadomości.

## Konkluzja

Chociaż wielu autorów uważa, że psychoanaliza znalazła się obecnie w punkcie martwym, jeśli chodzi o rozumienie podłoża psychicznego dewiacji seksualnych, to jednak współczesne kierunki (psychoanalizy) w znacznym stopniu rozszerzyły naszą wiedzę dotyczącą tego tematu. Przez wiele lat takie sformułowania, jak lęk przed kastracją i inne „elementy” kompleksu Edypa były niezmiennie implikowane w praktycznie wszystkie formy dewiacyjnych zachowań seksualnych. Doprowadziło to do wytworzenia się atmosfery nieufności, jeśli nie antagonizmów, wśród tych psychiatrów i psychologów, którzy nie identyfikowali się z kierunkiem psychoanalitycznym. W rzeczywistości pogląd, że psychoanaliza wyjaśnia w stereotypowy sposób, zgodnie z uniwersalną formułą, wszystkie objawy zachowań dewiacyjnych, ciągle istnieje w niektórych kręgach badaczy. Celem powyższego rozdziału było naświetlenie problemu dewiacji seksualnych z punktu widzenia bardziej pluralistycznych kierunków psychodynamiki. Kierunek ten podkreśla bogactwo, ale również unikalność znaczeń zachowań dewiacyjnych u poszczególnych osobników; w sposób szczególnie odzwierciedla się to w sferze indywidualnych fantazji.

## PIŚMIENNICTWO

1. Breuer J, Freud S. *Studies on Hysteria*. Standard Edition. Vol 2. London, England: Hogarth Press; 1895.
2. Freud S. *Screen Memories*. Standard Edition. Vol 3. London, England: Hogarth Press; 1962; 299–322.
3. Freud S. *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Standard Edition. Vol 7. London, England: Hogarth Press; 1905; 123–245.
4. Freud S. A child is being beaten. A contribution to the study of the origin of sexual perversions. In: *Collected Papers*. London, England: Hogarth Press; 1919; 2:172–201.
5. Gillespie WH. The general theory of sexual perversion. *Int J Psycho-anal*. 1956; 37:396–403.
6. Sachs H, Goldberg RB, trans. On the genesis of perversions. *Psychoanal Q*. 1985; 55:477–488.
7. Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York, NY: Norton; 1945.
8. Bak RC. The phallic woman: the ubiquitous fantasy in perversions. *Psychoanal Study Child*. 1968; 23:15–36.

9. Greenberg J, Mitchell S. *Object Relations in Psychoanalysis*. Boston, Mass: Harvard University Press; 1986.
10. Mahler MS. *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York, NY: International Universities Press; 1968.
11. Spitz RA. *The First Year of Life*. New York, NY: International Universities Press; 1965.
12. Stoller RJ. *Presentation of Gender*. New Haven, Conn: Yale University Press; 1985.
13. Stoller RJ. *Perversion: The Erotic Form of Hatred*. New York, NY: Pantheon; 1975.
14. Stoller RJ. *Observing the Erotic Imagination*. New Haven, Conn: Yale University Press; 1985.
15. Greenson R. Disidentifying from mother: its special importance for the boy. *Int J Psychoanal*. 1968; 49:370—374.
16. Ovesey L, Person E. Gender identity and sexual psychopathology in men: a psychodynamic analysis of homosexuality, transsexualism and transvestism. *J Am Acad Psychoanal*. 1973; 1:53—72.
17. Socarides C. *The Preoedipal Origin and Psychoanalytic Therapy of Sexual Perversion*. Madison, Ct: International Universities Press; 1988.
18. Chasseguet-Smirgel J. *Creativity and Perversion*. Madison, Ct: International Universities Press; 1986.
19. McDougall J. *Theaters of the Mind: Illusion and Truth on the Psychoanalytic Stage*. New York, NY: Basic Books; 1985.
20. Greenacre P. Perversions: general considerations regarding their genetical and dynamic background. *Psychoanal Study Child*. 1960; 23:47—62.
21. Lichtenstein H. Identity and sexuality: a study of their interrelationship in man. *J Amer Psychoanal Assoc*. 1961; 9:179—260.
22. Mitchell SA. *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1988.
23. Khan MMR. *Alienation in Perversions*. New York, NY: International Universities Press; 1979.
24. Winnicott DW. *The Maturation Process and Facilitating Environment*. New York, NY: International Universities Press; 1965.
25. Fairbairn WRD. *An Object-Relations Theory of the Personality*. New York, NY: Basic Books; 1952.
26. Ghent E. Masochism, submission, surrender. *Contemp Psychoanal*. 1990; 26:108—136.
27. Kohut H. *The Restoration of the Self*. New York, NY: International Universities Press; 1971.
28. Mitchell SA. Object relations and the developmental tilt. *Contemp Psychoanal*. 1984; 20:473—499.
29. Gabbard G. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Press Inc; 1990.
30. Stolorow RD, Atwood GE, Brandchaft B. Masochism and its treatment. *Bull Menninger Clin*. 1988; 52:504—509.
31. Greenacre P. The transitional object and the fetish: with special reference to the role of illusion. *Int J Psychoanal* 1970; 51:447—456.
32. Ganzarin R, Buchele BJ. Incest perpetrators in group therapy: a psychodynamic perspective. *Bull Menninger Clin*. 1990; 54:295—310.
33. Howells K. Adult sexual interest in children: considerations relevant to theories of aetiology. In: Cook N, Howells K, eds. *Adult Sexual Interest in Children*. New York, NY: Academic Press; 1981.
34. Storr A. *Sexual Deviation*. Hammondsworth: Penguin; 1964.
35. Bell AP, Hall CS. The personality of a child molester. In: Weinberg MS, ed. *Sex Research: Studies from the Kinsey Institute*. New York, NY: Oxford University Press, 1976.
36. Fraser M. *The Death of Narcissus*. London, England: Secker & Warburg; 1976.
37. Kraemer W. *The Forbidden Love: The Normal and Abnormal Love of Children*. London, England: Sheldon Press; 1976.
38. Gordon R. Paedophilia: normal and abnormal. In: Kraemer W, ed. *The Forbidden Love of Children: The Normal and Abnormal Love of Children*. London, England: Sheldon Press; 1976.
39. Lambert K. The scope and dimensions of paedophilias. In: Kraemer W, ed. *The Forbidden Love: The Normal and Abnormal Love of Children*. London, England: Sheldon Press; 1976.
40. Glick RA, Meyers DI, eds. *Masochism: Current Psychoanalytic Perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press; 1988.
41. Freud S. (1915). *Instincts and Their Vicissitudes*. Standard Edition. London, England: Hogarth Press; 1957; 14:117—140.
42. Reich W. *Character Analysis*. New York, NY: Orgone Institute Press; 1933.
43. Reik T. *Masochism and Modern Man*. New York, NY: Farrar & Rinehart; 1941.
44. Brenman M. On teasing and being teased and the problem of moral masochism. *Psychoanal Study Child*. 1952; 8:264—285. New York, NY: International Universities Press.
45. Berliner B. The role of object relations in moral masochism. *Psychoanal Q*. 1958; 27:38—56.
46. Valenstein A. On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction. *Psychoanal Study Child*. 1973; 28:305—392. New Haven, Conn: Yale University Press.
47. Menaker E. Masochism—a defense reaction of the ego. *Psychoanal Q*. 1953; 22:205—225.
48. Stolorow RD. The narcissistic function of masochism (and sadism). *Int J Psychoanal*. 1975; 56:441—448.
49. Groth AN. Patterns of sexual assault against children and adolescents. In: Burgess AW, Groth AN, Holmstrom LL, Sgroi SM, eds. *Sexual Assault of Children and Adolescents*. Lexington, Mass. Lexington Books; 1978.
50. Kaufman I, Peck AL, Tagiuri CK. The family constellation and overt incestuous relations between father and daughter. *AM J Orthopsychiatry*. 1954; 24:266—279.
51. Lustig N, Dresser JW, Spellman SW, Murray TB. Incest: a family group survival pattern. *Arch Gen Psychiatry*. 1966; 14:31—40.
52. Alexander PC. A systems theory of incest. *Fam Proc*. 1985; 24:79—88.
53. Laplanche J, Pontalis JB. *The Language of Psycho-Analysis*. New York, NY: WW Norton & Co. 1973, 314—319.
54. Isaacs S. The nature and function of phantasy. *Int J Psychoanal*. 1948; XXIX:73—97.
55. Beres D. The unconscious fantasy. *Psychoanal Q*. 1962; 31:309—328.
56. Klein M. *Envy and Gratitude*. London, England: Tavistock, Basic Books; 1957.
57. Klein M. Love, guilt and reparation. In: *Love, Hate and Reparation*. London, England: Hogarth Press; 1937.
58. Segal H. *Introduction to the Work of Melanie Klein*. New York, NY: Basic Books Inc, 1964.

## 7. Metody klinicznej oceny dewiacji seksualnych

Kliniczny obraz dewiacyjnych zachowań seksualnych jest wyjątkowo zróżnicowany co do formy i stopnia zaawansowania. Klinicysta może spotkać się z szerokim spektrum dewiacji, od niewielkich, bardziej o charakterze fantazji, do niebezpiecznych czynów seksualnych. Przypadki, w których dewiacja seksualna stanowi problem społeczny, należy rozpatrywać w kontekście okoliczności występowania, leczenia, badań porównawczych. Łagodna forma dewiacji poddaje się leczeniu i w przebiegu trwającej terapii psychoanalitycznej, niekiedy nawet kilkuletniej, udaje się ją wyeliminować. Dzieje się tak w przypadku większości pacjentów, którzy uczestniczą w tradycyjnej psychoterapii, mają problemy lub doświadczenia o charakterze dewiacyjnym, a wstępnie zakwalifikowano ich do leczenia innych „nieseksualnych” problemów, np. lęków, depresji, problemów interpersonalnych i innych, związanych z niską samoocena. Na drugim biegunie tej grupy pacjentów znajdują się skazani za przestępstwa popełnione na tle seksualnym, skierowani na leczenie w wyniku postępowania sądowego, warunkowo zwolnieni lub znajdujący się pod nadzorem. Ci pacjenci stanowią dla klinicysty często poważny problem, próbują oszukiwać, umniejszając swoją rolę w popełnionym czynie, odmawiają współpracy.

Ocena przypadków dewiacji pod kątem wyników leczenia i określenie planu terapii są indywidualne i niejednoznaczne dla każdego pacjenta. Ocena ta jest istotna nie tylko z klinicznego punktu widzenia, ale ma również swoje implikacje prawne. Nie ma wprawdzie jednolitego, obowiązującego protokołu dla oceny dewiacyjnych zachowań seksualnych, poniżej przedstawimy jednak powszechnie stosowane techniki oceny. Zastosowanie każdej z tych technik jest zależne od natury indywidualnego przypadku.

## Zwarty wywiad psychiatryczny

Typowy wywiad psychiatryczny składa się z pytań o: zasadnicze dolegliwości, historię choroby, przeszłość psychiatryczną, z badania stanu umysłowego i ogólnego „wrażenia diagnostycznego”.

W badaniach przypadków dewiacji zasadniczą sprawą jest stwierdzenie, jakie inne psychopatologie składają się dodatkowo na seksualność o charakterze dewiacyjnym. I tak trzeba tu uwzględnić występowanie psychoz, zaburzeń organicznych, opóźnienie umysłowe, nadużycie alkoholu lub innych środków, obecność ciężkich zaburzeń osobowości, ze szczególnym podkreśleniem cech antyspołecznych. Inne ważne z punktu widzenia kliniki problemy to: współistnienie załamań nerwowych, leków, nałogów (hazard), zaburzenia odżywiania i indywidualny temperament seksualny. Analiza tych problemów jest istotna, ponieważ jej wyniki mogą wykluczyć zastosowanie poszczególnych form terapii, a nawet mogą sugerować rozpoczęcie leczenia od terapii problemów towarzyszących dewiacji. Jak już wspomnieliśmy powyżej, należy rozważać tu psychozy, uszkodzenia organiczne, ociążałość umysłową, nadużywanie alkoholu, poważne zmiany osobowości, nałogi i patologie z nich wynikające. Szacuje się, że około 5% badanych, wykazujących objawy o charakterze dewiacji seksualnych, cierpi na duże psychozy (schizofrenia, psychoza maniakalna). Ocena ich udziału w seksualnym zachowaniu o charakterze dewiacyjnym może spowodować, że leczeniem z wyboru będzie leczenie środkami psychotropowymi.

Donoszono o nielicznych przypadkach, w których dewiacyjne zaburzenia seksualne pojawiły się w następstwie organicznych uszkodzeń mózgu (wylew krwi do mózgu, guz mózgu). Doniesienia te sugerują ponadto prawdopodobny związek między takimi chorobami, jak zespół Klinefeltera lub padaczka skroniowa a dewiacyjną seksualnością (2). Oczywiście przypadki te wymagają dokładnego neurologicznego opracowania. Niektórzy dorośli, zwłaszcza pacjenci opóźnieni w rozwoju, funkcjonują często na poziomie dziecka i być może dlatego niektórzy z nich są skłonni do związków seksualnych z dziećmi. Oczywiście, opóźnieni w rozwoju umysłowym mogą demonstrować także inne formy dewiacji seksualnych, leczone specjalnymi technikami (3). W przypadku, gdy mamy do czynienia z nadużywaniem alkoholu lub innych środków odurzających, konieczna jest ocena, czy nadużywanie alkoholu odbywa się nałogowo, czy pojawia się tylko w związku z aktem seksualnym, a więc służy jako czynnik odhamowujący lub jako sytuacja, w której sprawca sam przed sobą racjonalizuje swój czyn (4). A zatem pytanie, czy w danym przypadku chodzi o alkoholizm, czy o nadużywanie alkoholu jedynie w czasie czynów seksualnych, jest pytaniem zasadniczym (5). Jeżeli mamy do czynienia z nałogiem, celowe jest wdro-

zenie dodatkowego leczenia odwykowego obok leczenia dewiacji seksualnych. W szczególnie ciężkich przypadkach alkoholizmu (analogicznie środki odurzające, narkotyki) wskazane jest, aby pacjenci poddani zostali leczeniu odwykowemu przed rozpoczęciem leczenia zaburzeń seksualnych. Należy podkreślić, że pacjenci, którzy nadal piją nałogowo (analogicznie narkomani), mają problemy z kontrolowaniem potrzeb seksualnych.

Oczywiście, pacjenci z dewiacjami seksualnymi przedstawiają całą gamę problemów charakterologicznych (diagnoza według DSM-III-R, Axis-I) (6). Ale to, co wymaga szczególnego badania u osób z zaburzeniami osobowości, to obecność ostrych cech o charakterze antyspołecznym. Jednostki społeczne są często nieuczciwe, wykorzystują innych, manipulują i wykazują wyraźny brak zrozumienia innych ludzi. Stąd pacjenci społeczni są wyjątkowo trudni we współpracy w procesie leczenia. Co więcej, często wykazują całkowity brak skruchy w stosunku do swoich ofiar, nawet jeśli czyn był brutalny, popełniony z okrucieństwem i użyciem przemocy. Rokowanie co do wyleczenia takich pacjentów jest złe. Pacjenci z grupy przejściowej, niestabilni psychicznie, ze skłonnością do niewłaściwej oceny rzeczywistości, mają problemy z zaangażowaniem się w specjalistyczny program leczenia zaburzeń seksualnych. Zasadnicza trudność polega na ustanowieniu właściwych form współpracy z lekarzem. Często symptomom dewiacyjnym towarzyszą impulsywne czyny seksualne o charakterze różnych zachowań dewiacyjnych. Chociaż rokowanie u tych pacjentów jest nieco lepsze niż w przypadku pacjentów społecznych, to jednak leczenie obu tych grup wymaga olbrzymich inwestycji, niemalże nadludzkiego zaangażowania, czasu i energii.

Związek między depresją o charakterze lękowym a zaburzeniami seksualnymi wymaga dokładniejszego zbadania, gdyż nie zaobserwowano, żeby przed ujawnieniem się dewiacji seksualnej lub aresztowaniem w wyniku popełnienia przestępstwa na tle seksualnym pacjenci demonstrowali stany lękowe lub depresje. Takie sytuacje, jak: rozbicie rodziny, utrata pracy, brak poczucia własnej wartości mogą wywołać ciężką depresję z tendencjami samobójczymi. W przypadkach mniej ostrej depresji leczenie zaburzeń seksualnych może przebiegać równoległe z leczeniem depresji (8). Niezależnie od tego, w powszechnym rozumieniu chętnie kojarzymy dewiacje seksualne z nałogami, hazardem, dużym temperamentem seksualnym.

### Dokładny wywiad seksuologiczny

Jednym z ważniejszych zadań wywiadu psychiatrycznego jest zebranie szczegółowych danych o życiu seksualnym pacjenta. Oczywiście, w przypadku pacjentów z dewiacjami seksualnymi, zebranie szczegółowego „wy-

wiadu seksualnego” jest absolutnie niezbędne dla zrozumienia natury patologii. Nawet jeżeli pacjent trafia na leczenie ukierunkowane pod kątem dewiacji, zdarza się, że lekarz ma pewne wahania w stawianiu pytań, które mogą być odzwierciedleniem jego własnych lęków i skrępowania w poruszaniu tych właśnie tematów. W czasie zbierania wywiadu bardzo ważny jest kontakt lekarza z pacjentem. Należy zwrócić uwagę na okoliczności, w których wystąpił problem natury seksualnej tzn. czy jest on problemem samym w sobie, czy pojawia się w związku z leczeniem innych problemów. Rozmowa między lekarzem a pacjentem powinna być prowadzona w sposób bezpośredni. Jeżeli w toku przeprowadzonej psychoterapii pacjent ujawnia, że wykazuje zachowanie dewiacyjne, takie jak np. lubieżne obnażanie się przy różnych okazjach, lekarz może poprzez stawianie dokładnych pytań poznać historię życia seksualnego i dewiacyjny wzorzec seksualny pacjenta. Wywiad może skupić się na rozwojowych przesłankach powstania dewiacji seksualnej. Ważne jest, aby otrzymać od pacjenta następujące informacje: Kiedy nastąpiło seksualne przebudzenie? Jakie gry i zabawy seksualne pacjent prowadził w dzieciństwie? Czy zdarzały się traumatyczne incydenty, takie jak molestowanie seksualne? Fantazje seksualne z towarzyszącą masturbacją (częstość ich występowania), nocne polucje? Wzorzec zachowań seksualnych, włączając w to grę wstępną, stosunek seksualny, informacja o lękach seksualnych lub nieudanych stosunkach seksualnych.

Równie ważne jest określenie „atmosfery seksualnej” panującej w rodzinie. Te informacje powinny określić podejście i poglądy rodziców na zagadnienie seksualności, model ich życia seksualnego ogólnie i jako pary małżeńskiej. Należy rozważyć takie czynniki w środowisku rodziny, jak istnienie właściwych granic międzypokoleniowych separujących dzieci od dorosłych, stosunek rodziny do nagości, obecność materiałów pornograficznych w domu, charakter czułości okazywanych sobie przez rodziców, zakres kontaktów seksualnych rodzeństwa. Należy podkreślić, że seksualność rodzinna to obszar wyjątkowo kontrowersyjny, szczególnie w aspekcie seksualnego wykorzystywania. Jeżeli jednak pacjent podaje, że doświadczył szczególnie nieprzyjemnych odczuć obserwując fizyczne zbliżenie rodziców, to problem ten powinien zostać przeanalizowany przez lekarza.

Niektóre z informacji o kazirodztwie podawane przez pacjenta mogą być przesadzone lub zniekształcone, rozsądny lekarz powinien je jednak zintegrować z całym obrazem klinicznym.

Rozważając wzorzec seksualny o charakterze dewiacji, lekarz powinien uzyskać możliwie jak najbardziej kompletną historię dewiacyjnej aktyw-

ności seksualnej swojego pacjenta. W przypadku, gdy przeciwko pacjentowi toczy się postępowanie sądowe, należy przeanalizować wszystkie dokumenty. Jak już wspomniano wyżej, pytania należy rozpocząć od szczegółowego opisu powstawania dewiacyjnych fantazji seksualnych, ich częstotliwości, czasu trwania, ewentualnego związku z masturbacją. Zwykle dewiacyjne fantazje pojawiają się w okresie dojrzewania, ale nie jest to regułą. Obserwacje kliniczne wskazują, że osobnicy heteroseksualni (tzw. normalni) mają niekiedy marzenia seksualne o charakterze dewiacyjnym. Tego typu fantazje wyraźnie dominują jednak u dewiantów. Należy pamiętać, że pacjenci o dużym nasileniu skłonności dewiacyjnych (pedofile lub sadyści) niechętnie odkrywają zakres i treść swoich fantazji seksualnych (9). Przyczyną tego może być obawa, że potwierdzenie treści tych fantazji poprzez ich werbalizację zmusiłoby pacjenta do odpowiedzialności za charakter ich dewiacji.

Istotne jest również określenie momentu pojawienia się aktualnego zachowania seksualnego i wynikających stąd czynów. Uważa się, że rozpoczęcie dewiacyjnych praktyk seksualnych następuje wkrótce po pojawieniu się fantazji o treści dewiacyjnej; okres ten jednak może być różny. Najważniejsze jest zrozumienie wewnętrznych czynników subiektywnych i zewnętrznych okoliczności prowadzących do zaistnienia pierwszego aktu seksualnego o charakterze dewiacji i następującego po nim modelu zachowania. Tak przyjęta linia wywiadu służy w efekcie uzyskaniu odpowiedzi na szersze pytanie: jak i dlaczego uświadomiane fantazje seksualne zostają przetransformowane w łańcuchu okoliczności zewnętrznych na dewiacyjny akt seksualny? Integralną częścią wzorca zachowań są często towarzyszące zaburzenia rozpoznawania swoich czynów (10). Jest to cały szereg błędnych konstrukcji i procesów myślowych, poprzez racjonalizację czynu, służących ich usprawiedliwieniu, przez co niejako je utrwalają; np. kazirodca może racjonalizować swoje postępowanie wierząc, że uprawianie seksu z ośmioletnią córką jest wyrazem jego szczerzej miłości do niej, a zatem, kto lepiej niż on może nauczyć ją miłości fizycznej. Najogólniej można powiedzieć, że pewne wewnętrzne czynniki, takie jak stres, lęk, trudności w samoocenie, labilność nastroju mogą intensyfikować dewiacyjne fantazje seksualne lub skłonności do popełnienia dewiacyjnych aktów seksualnych. Okoliczności zewnętrzne, pojawiające się w nieprawidłowo funkcjonujących rodzinach (np. brak matki) lub sytuacji łatwej dostępności ofiary, w połączeniu z wewnętrznymi cechami osobniczymi, mogą ułatwiać podatność na dewiacyjne wzorce zachowania seksualnego. A zatem taki wzorec składa się z łańcucha wewnętrznych i zewnętrznych zdarzeń określających „próg ryzyka” w działaniu, które kończy się aktem

seksualnym. W przypadku niepełnej samooceny pacjenta co do tego, które bodźce szczególnie silnie pobudzają go do działania (zwłaszcza w przypadku takich pacjentów, którzy znęcają się nad swymi ofiarami) lekarz powinien zapewnić kontakt pacjenta z potencjalną ofiarą i ostrzec go, które sytuacje są podstawowymi czynnikami ryzyka (11).

### „Psychodynamiczny” sposób zbierania wywiadu

Ocena psychodynamiczna jest w zasadzie głębokim spojrzeniem w naturę problemu, w jaki sposób symptomy seksualne są powiązane z rdzennymi cechami charakterologicznymi i dynamiką związków międzyludzkich. Należałoby przeanalizować jakość wczesnych więzi badanego pacjenta, rozwój jego tożsamości płciowej i roli społecznej, opis atmosfery emocjonalnej panującej w rodzinie, ze szczególnym zwróceniem uwagi na obecność takich zjawisk, jak: uwiedzenie, znęcanie się, wykorzystywanie seksualne, i na koniec — charakterystykę związków pozarodzinnych. Podczas zbierania wywiadu w podany wyżej sposób można ocenić zdolność i gotowość pacjenta do wniknięcia w głąb siebie i analizę własnej struktury psychologicznej, co oczywiście wpływa na charakter skuteczności leczenia (12).

Oczywiście, psychodynamiczna forma zbierania wywiadu pokrywa się ze szczegółową historią życia seksualnego pacjenta. Zważywszy, że takie kluczowe elementy, jak: treść fantazji seksualnych, aktywność masturbacyjna, inicjacja życia płciowego są przemieszane ze szkieletem charakterologicznym i rozwojem relacji międzysobniczych — analiza psychodynamiczna może rozszerzyć nasze rozumienie życia seksualnego. W efekcie istota dewiacyjnych zachowań seksualnych z „psychodynamicznego” punktu widzenia może być rozumiana jako symptom lub pochodna procesów psychologicznych, często toczących się w podświadomości. Informacje „psychodynamiczne” o pacjencie pozwalają lekarzowi na postawienie wstępnej diagnozy.

### Specjalistyczne testy psychologiczne

Istnieje wiele specjalistycznych testów psychologicznych stosowanych do oceny różnych aspektów parafilii. Specjalistyczne techniki są w zasadzie przeznaczone do samodzielnej pracy pacjenta i, jak to jest w przypadku wszystkich opisów własnych, zależą od prawdomówności badanego.

Zasadniczo wszystkie kwestionariusze można podzielić na dwie grupy: pierwszy rodzaj to „jednowymiarowa” skala pytań, krótka i ograniczona pod względem liczby otrzymywanych informacji; drugi — to kwestionariusze obejmujące wielowymiarowy zakres pytań (23).

Zależnie od rodzaju przypadku dewiacji lub kontekstu oceny pacjenta lekarz może użyć któryś ze stosowanych testów:

1. Kwestionariusz Clarke'a (Seksual History Questionnaire-SHQ) dla mężczyzn — do oceny zaburzeń seksualnych u mężczyzn (24).
2. DSFI (Derogatis Sexual Functioning Inventory) dla uzyskania informacji o różnych obszarach działań seksualnych (15).
3. SIC-S (Sexual Interest Card — Sort) do oceny specyfiki seksualnego pobudzenia pacjenta.
4. PCS (Pedophile Cognition Scale) do wykrycia zaburzeń poznawczych.
5. AKI (Assault Knowledge Inventory) do określenia postawy pacjenta przy użyciu siedmiu różnych skali (włączając w to test akceptacji mitu gwałciiciela) (16, 17).
6. AS-ES (Adult Self-Expresion Scale) do samooceny pacjenta.

Należy zauważyć, że wiele tych testów i kwestionariuszy uznano za podstawowe, przeznaczone do użytku w specjalistycznych klinikach oceniających przestępców seksualnych.

## Badanie pletryzmo graficzne prącia

Pomiar erekcji prącia stosowany jest w szerokim zakresie, mimo że jest to stosunkowo nowa metoda badawcza (10). W badaniu tym zastosowano pomiar erekcji w odpowiedzi na bodźce wizualne i akustyczne w warunkach laboratoryjnych.

Standardowy bodziec wizualny to wiele przezroczy, wybranych odpowiednio do rodzaju podejrzewanego dewiacji. Treść przezroczy zróżnicowana jest pod względem płci, wieku, a w niektórych przypadkach aktorzy na nich przedstawieni mają wzbudzić u badanego reakcje agresywne.

Bodźce dźwiękowe to zwykle słowne opisy dewiacyjnych zachowań seksualnych (20, 21). Wzrost prącia jest określany poprzez zmianę jego objętości przy użyciu metody pletryzmo graficznej (22). Inny sposób pomiaru erekcji to pomiar powiększającego się obwodu prącia przy zastosowaniu mierników z przetwornikiem rtęciowym (23). Ostatnie badania wykazują, że pomiary obwodu prącia za pomocą przetwornika

rtęciowego są prostsze, a uzyskane wyniki są porównywalne z uzyskanymi metodą pletryzmo graficzną (24). McConaghy (25) uważa jednak, że pomiary objętości prącia metodą pletryzmo graficzną (PVR) i mierzenie obwodu prącia za pomocą przetwornika rtęciowego (PCR) nie dostarczają podobnych odpowiedzi. Podczas gdy metoda PVR rejestruje już niewielkie zmiany objętości prącia we wczesnej fazie odpowiedzi erekcyjnej, co jest korzystne dla oceny orientacji seksualnej pacjenta (hetero- lub homoseksualna), to metoda PCR rejestruje stopień erekcji prącia w odpowiedzi na bodźce trwające od 2 do 10 min. Co więcej, z uwagi na rozbieżne wyniki uzyskane u gwałciicieli, McConaghy wątpi, aby pomiary metodą PCR mogły być pomocne w różnicowaniu gwałciicieli i „niegwałciicieli”.

Należy podkreślić, że istnieje pewna rozbieżność co do stosowania badań przy użyciu pletryzmo grafu. Niektóre specjalistyczne programy rehabilitacji przestępców seksualnych rutynowo stosują pletryzmo grafie prącia u wszystkich pacjentów, ale większość lekarzy seksuologów prawdopodobnie w ogóle nie stosuje tej procedury (21). Powstaje pytanie, czy powszechne zastosowanie oceny fallometrycznej przyczyni się do potwierdzenia przydatności tej metody w uzyskiwaniu cennych informacji klinicznych. Farkas (26) wyraża poważne obawy, czy wnioski wyciągnięte za pomocą tego badania w warunkach laboratoryjnych można uogólnić na wzorzec pobudzenia seksualnego pacjenta w warunkach naturalnych. W zwięzłym przeglądzie laboratoryjnej oceny preferencji seksualnych pacjenta Barbaree (27) konkluduje, że metoda ta „ma dobrą ocenę według wszelkich kryteriów” [(27) (str. 117)], jeżeli jest zastosowana w badaniach u molestujących dzieci, ale nie u gwałciicieli. Rossen i Beck zwracają uwagę, że dewiacyjne seksualne pobudzenie nie zawsze jest potwierdzeniem parafilii. Autorzy ci uważają, że laboratoryjne pomiary erekcji są bardziej wskazane w przypadku badania wzorca pobudzenia seksualnego u pedofili, niż u ekshibicjonistów. Innym ograniczeniem takiej psychofizjologicznej metody jest realna możliwość zafalszowania odpowiedzi. Wydaje się, że osobnicy wykazujący cechy parafilii łatwiej kontrolują odruchową odpowiedź na bodźce o charakterze dewiacyjnym niż ochotnicy reagujący na „normalne” bodźce. Sugeruje to, że taka metoda niesie ryzyko uzyskania fałszywych odpowiedzi na „nie”. Istnieje jednakże możliwość uzyskania fałszywych odpowiedzi na „tak”: niektórzy „normalni” mężczyźni (kontrola) demonstrują pobudzenie w odpowiedzi na laboratoryjne bodźce o charakterze dewiacyjnym (29). „Występowanie pobudzenia o charakterze dewiacyjnym u normalnych osobników należy interpretować jako dodatkowy fakt, przemawiający przeciwko stawianemu znakowi równości

między pobudzeniem o charakterze dewiacyjnym a skłonnością do dewiacji” [(28) (str. 217)]. Należy także wspomnieć, że adekwatność pomiarów erekcji nie została jeszcze wystarczająco potwierdzona.

A zatem można zastanawiać się, czy metody badań fallometrycznych, niosące ze sobą dość duże ograniczenia, mogą służyć w badaniach klinicznych? Travin i wsp. (30) podkreślali, że byłoby dużym nadużyciem, gdyby wynik badania fallometrycznego był użyty jako jedyny dowód dla określenia winy lub niewinności oskarżonego o niezgodne z prawem czyny seksualne. Z drugiej strony, niektórzy klinicyści stwierdzili przydatność fallografii w wyeliminowaniu „reakcji zaprzeczania”, charakterystycznej dla przestępców seksualnych, jak również do monitorowania ewolucji ich reakcji w procesie leczenia. W badaniach fallograficznych, przeprowadzonych na 181 pacjentach skierowanych do kliniki psychiatrii sądowej w celu oceny prawidłowości leczenia, Travin i wsp. (30) stwierdzili, że 59 (32%) przestępców seksualnych początkowo zaprzeczało, że popełniło czyny niezgodne z prawem. Kiedy jednak przedstawiano im dodatni wynik badań fallograficznych (osiągali podniecenie seksualne w odpowiedzi na bodźce o charakterze dewiacyjnym), przyznawali się do zachowań typu parafilii. Dodatkowo badania fallograficzne mogą stanowić źródło danych uzupełniających samoocenę pacjenta i zdolność do samokontroli zachowań dewiacyjnych.

Inni lekarze ze względu na „psychometryczne” ograniczenia metody fallografii wahają się przed użyciem tej metody. Istnieje pogląd, że dane uzyskane za pomocą „obiektywnego, technicznego instrumentu pomiarowego” w najlepszym razie dostarczą informacji znanych już z innych źródeł (raporty jednostek współpracujących, historia psychiatrii, wywiady lekarskie); w najgorszym razie mogą dostarczyć niedokładnych, mylących i niewiarygodnych informacji. Dodatkowo samo badanie może być nieprzyjemne dla pacjenta, co z kolei może wpłynąć na wynik. Uwagi te są szczególnie ważne dla lekarzy prowadzących prywatną praktykę, gdzie mogą spotkać się z pacjentami ujawniającymi w toku leczenia, że uczestniczyli w aktach seksualnych o zabarwieniu dewiacyjnym.

## Wnioski

Ostatecznie wybór metody badania zależy od określonej sytuacji klinicznej. Trzeba mieć świadomość, że nie ma uniwersalnej metody diagnostycznej. Oczywiście większość technik badawczo-pomiarowych

znajduje zastosowanie w specjalistycznym leczeniu klinicznym. Lekarze praktycy prowadzący pojedyncze przypadki powinni stosować bardziej selektywne metody i, w razie potrzeby, konsultować je ze specjalistami z tej dziedziny.

## PIŚMIENNICTWO

1. Abel GG, Rouleau JL, Cunningham-Rathner J. Sexually aggressive behavior. In: Curran W, McGarry AL, Shah SA, eds. *Forensic Psychiatry and Psychology: Perspectives and Standards for Interdisciplinary Practice*. Philadelphia, Pa: F.A. Davis; 1986.
2. Berlin FS. Sex offenders: a biomedical perspective and a status report on biomedical treatment. In: Greer JG, Stuart IT, eds. *The Sexual Aggressor: Current Perspective on Treatment*. New York, NY: Van Nostrand Reinhold; 1983.
3. Murphy WD, Coleman EM, Haynes MR. Treatment and evaluation issues with the mentally retarded sex offenders. In: Greer JG, Stuart IR, eds. *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment*. New York NY: Van Nostrand Reinhold; 1983.
4. Langevin R, Ben-Aron MH, Coulthard R, et al. The effect of alcohol on penile erection. In: Langevin R, ed. *Erotic Preference, Gender Identity, and Aggression in Men: New Research Studies*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1985.
5. Rada R, Kellner R, Laws D, Winslow W. Drinking alcoholism and the mentally disordered sex offender. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1979; 6:296—300.
6. Schmidt CW, Meyer JK, Lucas J. Paraphilias and personality disorders. In: Lion JR, ed. *Personality Disorders: Diagnosis and Management* (revised for DSM-III). 2nd ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins; 1981.
7. Kernberg O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, NY: Jason Aronson; 1975.
8. Travin S, Bluestone H, Coleman E, Cullen K, Mellela J. Pedophilia: an update on theory and practice. *Psychiatr Q*. 1985; 57:89—103.
9. Travin S. The use of psychiatric expertise in sex offender cases. In: Rosner R, Weinstock R, eds. *Ethical Practice in Psychiatry and the Law*. New York, NY: Plenum Press; 1990.
10. Abel GG, Becker JV, Cunningham-Rathner J. *Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults*. *Int J Law Psychiatry*. 1984; 7:89—103.
11. Groth AN. Guidelines for the assessment and management of the offender. In: Burgess AW, Groth AN, Holmstrom LL, Sgroi SM, eds. *Sexual Assault of Children and Adolescents*. Lexington, Mass: Lexington Books; 1978.
12. Protter B, Travin S. Sexual fantasies in the treatment of paraphiliac disorders: a bimodal approach. *Psychiatr Q*. 1987; 53:270—297.
13. Conte HR. Development and use of self-report techniques for assessing sexual functioning: a review and critique. *Arch Sex Behav*. 1983; 12:555—576.
14. Paitich D, Langevin R, Freeman R, Mann K, Handy L. The Clarke SHQ: a clinical sex history questionnaire for males. *Arch Sex Behav*. 1977; 6:421—436.
15. Derogatis LR. Psychological assessment of psychosexual functioning. *The Psychiatric Clinics of North America*. Vol 3. No. 1. Philadelphia, Pa: WB Saunders Company; April 1980.
16. Burt MR. Cultural myths and supports for rape. *J Pers Soc Psychol*. 1980; 38:217—230.
17. Burt MR, Alvin RS. Rape myths, rape definitions and probability of conviction. *J Appl Soc Psych*. 1981; 11:212—230.



18. Gay ML, Hollandsworth JG, Golassi JP. An assertiveness inventory for adults. *J Couns Psych.* 1975; 22:340—344.
19. Earls CM, Marshall WL. The current state of technology in the laboratory assessment of sexual arousal patterns. In: Greer JG, Stuart IG, eds. *The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatment.* New York, NY: Van Nostrand Reinhold; 1983.
20. Abel GG, Becker JV, Blanchard EB, Djendevedjian A. Differentiating sexual aggressives with penile measures. *Crim Justice Behav.* 1978; 5:315—332.
21. Abel GG, Becker JV, Murphy WD, Flanagan B. Identifying dangerous child molesters. In: Stuart R, ed. *Violent Behavior—Social Learning Approaches to Prediction, Management and Treatment.* New York, NY: Brunner/Mazel; 1981.
22. Freund, K. A laboratory method for diagnosing predominance of homo- and hetero-erotic interest in the male. *Behav Res Ther.* 1963; 1:85—93.
23. Bancroft JH, Gwynne Jones HE, Pullan BP. A simple transducer for measuring penile erection with comments on its use in the treatment of sexual disorder. *Behav Res Ther.* 1966; 4:239—241.
24. Wheeler D, Rubin HB. A comparison of volumetric and circumferential measures of penile erection. *Arch Sex Behav.* 1987; 16:289—299.
25. McConaghy N. Validity and ethic of penile circumference measures of sexual arousal: a critical review. *Arch Sex Behav.* 1989; 18:357—369.
26. Farkas GM. Comments on Levin et al and Rosen and Kopel: internal and external validity issues. *J Consult Clin Psychol.* 1978; 46:1515—1516.
27. Barbaree HE. Stimulus control of sexual arousal: its role in sexual assault. In: Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE, eds. *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender.* New York, NY: Plenum Press; 1990.
28. Rosen RC, Beck JG. *Patterns of Sexual Arousal: Psychophysiological Processes and Clinical Applications.* New York, NY: The Guilford Press; 1988.
29. Malamuth NM, Check JVP. Sexual arousal to rape depictions: individual differences. *J Abnormal Psychol.* 1983; 92:55—67.
30. Travin S, Cullen K, Melella JT. The use and abuse of erection measurements: a forensic perspective. *Bull Am Acad Psychiatry Law.* 1988; 16:235—250.

## 8. Leczenie dewiacji seksualnych

W ostatnich latach zastosowano różne podejścia do leczenia dewiacji seksualnych. Podchodząc najogólniej do tego zagadnienia, można wyróżnić pięć kategorii leczenia: podejście psychodynamiczne, poznawczo-behawioralne, zapobiegające nawrotom, organiczne i terapię rodzinną. Metody psychodynamiczne i poznawczo-behawioralne wyraźnie dominują, z tego powodu, że obie dają się stosować w leczeniu całego spektrum zaburzeń seksualnych, również o typie parafilii. Techniki zapobiegania nawrotom znajdują coraz szersze zastosowanie w specjalistycznych programach rehabilitacji przestępców seksualnych. Mogą one być wprowadzane już w początkowych stadiach leczenia (1).

Leczenie organiczne i terapia rodzinna są ograniczone z uwagi na fakt, że mają zastosowanie w stosunkowo wąskim zakresie zaburzeń seksualnych. Dla przykładu — leczenie organiczne, które polegało na podawaniu pochodnych medroksyprogesteronu (MPA, Depo-Provera) (2), stosowane jest w ciężkich przypadkach u potencjalnie groźnych pacjentów, u których istnieją wskazania do natychmiastowej interwencji farmakologicznej. Terapia rodzinna jest głównie stosowana w leczeniu zaawansowanych przypadków kazirodztwa (pedofilia wewnątrzrodzinna) (3). Ostatnio obserwuje się trend do łączenia tych metod terapeutycznych, np. Depo-Provera z terapią poznawczo-behawioralną (4) i poznawczo-behawioralną z psychodynamiczną (5).

Przedstawiona poniżej dyskusja odnosi się do każdej z pięciu kategorii leczenia. Następnie spróbujemy zintegrować te kierunki tak, aby w bardziej elastyczny sposób móc podejść do każdego indywidualnego przypadku. Autorzy sądzą, że dwukierunkowe podejście, łączące kluczowe aspekty kierunku psychodynamicznego i poznawczo-behawioralnego, reprezentuje podstawową metodę leczenia, prawdopodobnie najbardziej użyteczną w praktyce klinicznej, ze względu na szerokie możliwości jej zastosowania.

Lekarze powinni jednak umieć zastosować leczenie organiczne i terapię rodzinną, gdy wymaga tego indywidualna sytuacja pacjenta.

Należy podkreślić, że terapia grupowa — dominująca forma terapii w systemie specjalistycznej rehabilitacji przestępców seksualnych w USA (6) — może zawierać wiele dodatkowych, niespecyficznych metod terapeutycznych, jak: ćwiczenia oddechowe, pozytywna identyfikacja, nauka empatii i pozytywne wzmacnianie. Stąd, niezależnie od teoretycznej orientacji, psychoterapia grupowa może być bardzo skuteczną techniką. Zastosowanie formy terapii grupowej w przypadku pacjentów z dewiacjami seksualnymi jest zgodne z powszechnie panującą tendencją stosowania terapii grupowej w przypadku nawracających kompulsywnych patologii, jak zaburzenia jedzenia, uzależnienie od narkotyków, hazard.

### Psychodynamiczne podejście do dewiacji

Psychodynamiczne podejście do leczenia pacjentów z dewiacjami seksualnymi rozwijało się wraz ze zmieniającym się teoretycznym „klimatem” w tej dziedzinie, poczynając od rewolucyjnych wczesnych prac Freuda (7, 1905). Freud postulował, że dewiacja jest negatywną formą nerwicy. Panował jednak ogólny sceptycyzm co do leczenia psychoanalitycznego pacjentów z dewiacją seksualną. Zgodnie z koncepcją psychologicznego id, dewiacje seksualne były widziane jako dający przyjemność objaw popędu syntonicznego ego, nie stłumiony przez superego lub inne struktury obronne. Wobec tego pacjenci nie mieli żadnej motywacji do zmiany lub, bardzo małą. W przeciwieństwie do cierpiących neurotyków, którzy tłumili podświadome treści, ukrywając je przed interpretacją analityków, pacjenci z dewiacjami seksualnymi niczego nie tłumili, a ich podświadomość „wiedziała”, że nic nie zyskują porzucając objawy sprawiające im przyjemność. W ten sposób współpraca terapeutyczna nie istniała, a interpretacje psychoanalityków były bezwartościowe.

W dalszym ciągu (5) autorzy (8,9,10) interpretują objawy dewiacji, jako takie „obronne działania, jak nerwice, upośledzenia postrzegania rzeczywistości i regresywną adaptację do lęku przed kastracją”. Dewiacje rozumiano jako zatrzymanie się na pewnym etapie rozwoju. Bardziej zaawansowane poglądy na temat dewiacji wynikały z elementów psychologii ego. Główna treść dewiacji opierała się na regresywnej formie obrony (lęk przed kastracją), a zadaniem leczenia była interpretacja intuicji.

W ostatnich latach model psychoanalizy, oparty na zasadzie relacyjnej struktury (relational-structure) (12, 13), bazujący na składowych późnej

psychologii ego, relacjach pomiędzy obiektami, szkołach interpersonalnych i psychologii jaźni, oferuje terapeutom nowe strategie interpretacyjne. Model ten uwzględnia również fakt, że bardziej bezpośrednie czynniki w relacji pacjent-analityk, wzajemnie na siebie przenoszone (transference-countertransference), mogą odgrywać znaczącą rolę terapeutyczną w procesie psychoanalizy, jako dodatek do intuicji. Dewiacje seksualne w tej interpretacji rozumiane są jako mechanizm obronny lub naprawczy wcześniej już zaburzonej relacji o podłożu lękowym. Problemy te wywodzą się z przededypowych źródeł skupionych wokół tak zasadniczych problemów, jak separacja — indywidualizacja jednostki czy rozwinięcie zwartej poczucia własnej tożsamości. A zatem dewiacja jest rozumiana jako posunięcie wykorzystujące świadomą seksualizację (jako zmienny nastrojowo czynnik regulujący własną samoocenę) do odwrócenia niebezpieczeństwa i dysforycznych negatywnych emocji wyniesionych z dzieciństwa (trudności w kontaktach interpersonalnych, niedopasowanie). Traumatyczne doświadczenia seksualne, doznane we wczesnym dzieciństwie, i postępowanie rodziców, nieświadomych konfliktu erotycznego, mogą leżeć u podstaw wcześniej zaburzonej wzorców wzajemnych zależności, które odgrywają zasadniczą rolę w etiologii dewiacji seksualnych.

Współczesne psychodynamiczne podejście do pacjentów z dewiacjami jest zasadniczo zgodne z podejściem psychodynamicznym, stosowanym w leczeniu innych zaburzeń kompulsywnych, które, jak się wydaje, są pochodną patologii charakterologicznej (hazard, uzależnienia). Według jednak współczesnych poglądów szkół relacyjnych (relational schools) charakter widziany jest jako skomplikowany podkład struktur obronnych, pośredniczący w formowaniu jaźni i identyfikacji tożsamości w kontekście względnych wzorców zachowań. Osiągnięcie takich stanów, jak wytworzenie więzi czy poczucie bezpieczeństwa, ma swoją pierwotną dynamikę, nie dającą się zredukować do zaspokojenia popędu. W konsekwencji leczenie pacjentów z dewiacjami jest leczeniem problemów charakterologicznych (rozumianych w takim szerokim kontekście „relacyjności”); uwaga zawsze koncentruje się na znaczeniu działania dewiacyjnego i na rozważeniu, jak jest ono wbudowane w całościowy obraz charakterologiczny pacjenta. Diagnoza psychodynamiczna charakteru i jego ocena są więc inherentnie splecione z leczeniem. Rozwój charakterologiczny pacjenta jest kluczem do zrozumienia, w jaki sposób czyn o charakterze dewiacji odpowiada wzorcom życiowym pacjenta (14). Neurotycy, np. mogą wykorzystywać czyny dewiacyjne dla wzmożenia potencji, broniąc się przed lękiem przed kastracją; narcystycznie zorientowany charakter może

działać na własną perwersję, jak uśmierniająca pociecha za własne defekty i urazy, doznane w relacjach z obiektami; przypadek graniczny może manifestować wielopostaciowe zachowanie dewiacyjne w kontekście fragmentacji ego i deficytów bodźców.

Bazując na powszechnie akceptowanych badaniach struktur charakteru takich autorów jak Kernberg (15, 16) i Kohut (17, 18), teoretycy psychoanalizy sugerują sposoby wbudowywania dewiacji seksualnych w rozwój charakterologiczny pacjenta z dewiacją seksualną. „Dynamiczny” psychoterapeuta jest również bardzo zainteresowany „życiem” wewnętrznych fantazji seksualnych tych osobników. W szczególności musi zapytać o podświadome znaczenie materiału zawartego w fantazjach seksualnych i jak się ma owo znaczenie do etiologii patologii charakterologicznej. Z punktu widzenia struktury relacyjnej działanie terapeutycznej terapii psychodynamicznej opiera się nie tylko na niepotwierdzeniu znaczenia dewiacji seksualnej, ale także na wykorzystaniu wpływu relacji terapeuta-pacjent na zmianę charakteru. To z kolei uderza w symptomatologię dewiacji. Podejście uzdrawiająco-nauczające (restorative-nurturant), oparte na szkołach psychologii jaźni i relacjach z obiektem, przemawia za tym, że lekarz, w efekcie, oferuje pacjentowi swojego rodzaju emocjonalne doświadczenie korygujące przez zespolenie więzi kompensujących lub odbudowujących nieobecne, brakujące wewnętrzne struktury jaźni, zatrzymane w rozwoju. Terapeuta powinien wyzwolić specyficzne (archaiczne) stany przeniesienia (transference states), zwane „narcissistic transferences” lub „self object transference”, przez co może zapoczątkować proces dojrzewania, rozwijający się i wzmacniany za pośrednictwem zdolności empatii samego terapeuty. Seksualne działania dewiacyjne lub alarmujące pragnienia, pojawiające się podczas leczenia, można rozumieć jako poszukiwanie oparcia dla zachwianego poczucia własnej tożsamości. Terapeuta powinien rozumieć, jak mają się takie bodźce do „przerw w empatii” lub zachwiania procesów przenoszenia. Następnie terapeuta powinien zinterpretować ten proces, analizując naturę stanów afektywnych, prowokujących zachowanie dewiacyjne. Należy podjąć wysiłki zmierzające do rekonstrukcji wcześniejszych analogów takich stanów; ich celem jest bardziej zdobycie przez pacjenta wewnętrznych możliwości opóźniania i opanowywania oddziaływania na niego tych stanów afektywnych, niż jego odpowiedź na te stany na zasadzie przymusu. Stała i pełna odpowiedzialność obecność terapeuty (jako modelu do naśladowania) ma zasadnicze znaczenie w tym procesie. Dodatkowo humanizująca i łagodząca rola terapeuty pomaga pacjentowi rozwinąć bardziej intymny, ponadczasowy związek typu relacji do obiektu z tym właśnie terapeutą. Wzbogaca to strukturę wewnętrznego świata pacjenta. W efek-

cie pacjent może pełniej rozwinąć bardziej dojrzałe związki seksualne w swoim życiu.

Technika interpersonalnych interakcji, nakładająca się na powyżej przedstawione podejście, koncentruje się jeszcze bardziej na istocie wzorców wzajemnego przenoszenia (transference-countertransference) w procesie analitycznym (19). Zgodnie z tą techniką terapeuta unika widzenia problemów charakterologicznych wyłącznie jako „przystanku” w rozwoju, w którym to właśnie analityk odgrywa wychowawczą i opiekuńczą rolę, pracując nad rozwiniętymi cechami osobowości. Ten pogląd minimalizuje cechy obronne zarówno wzorców charakterologicznych, jak i objawów dewiacji. Podejście typu interpersonalnych interakcji kładzie nacisk na elastyczność analityka w monitorowaniu swojego związku z pacjentem w cyklu terapeutycznym. To monitorowanie można osiągnąć przez dostęp do wzorców wzajemnego przenoszenia. Dostarcza to informacji, które można odnieść do analogów wczesnych, jak też i obecnych związków interpersonalnych pacjenta. Zasadniczą cechą działania terapeutycznego są interpretacje psychoterapeuty, skoncentrowane na decydujących właściwościach macierzy wzajemnego przenoszenia (transference-countertransference matrix). Jeśli psychoterapeuta właściwie interpretuje procesy zachodzące pomiędzy nim a pacjentem, wywołuje to najbardziej efektywny rezonans w sposobie bycia pacjenta, będącym w ścisłym związku z najgłębszą istotą jego charakteru.

Dynamiczna terapia grupowa jest oparta na wykorzystaniu intuicji i wzorców przenoszenia. Wiele z wyżej wymienionych cech terapii grupowej (wspomaganie, ćwiczenie oddechów, pomoc w konfrontacji) ma swoje korzenie w psychodynamicznej koncepcji intuicji, samoodślonienia się i wspomaganie związków terapeutycznych (21). Szczególnie ważne jest wykorzystanie społeczności grupy jako obiektu jaźni (self object), który odzwierciedla cechy empatyczne podmiotu badania (18). Taki proces grupowy może być potrzebny w przypadku pacjentów z ciężką formą parafilii, którzy z uwagi na ich wyobcowanie w społeczeństwie otrzymują pomoc członków grupy wraz z przekonaniem, że inni cierpią na podobne zaburzenia. Inną istotną cechą procesu terapii grupowej jest znaczenie konfrontacji w procesie wzmacniania świadomości poczucia odpowiedzialności za czyny o charakterze parafilii. Można to osiągnąć poprzez przełamanie wzorców obronnych pacjenta, które często zawierają racjonalizację lub eksternalizację. Jest bardzo ważne, że pacjent bierze na siebie egzystencjalną winę (wyrok), odpowiednią do znaczenia jego czynów dewiacyjnych, które były zarówno samoniszczące, jak i bolesne dla innych.

Otwarte przyznanie się w grupie może także być zjawiskiem instrumentalnym w opracowywaniu cech zawstyżenia, zajmujących centralną pozycję w obrazie charakterologicznym wielu z tych pacjentów.

Należy zwrócić uwagę, że obszary kontrowersyjne w psychoterapii dynamicznej, szczególnie w psychoterapii indywidualnej, obejmują pytania, na ile bezpośrednio objawy dewiacji powinny być konfrontowane z leczeniem i na ile aktywnie psychoterapeuta powinien „naciskać” pacjenta, aby ten ujawnił objawy. Wielu psychoanalityków generalnie przyjmuje stanowisko neutralno-empatyczne w stosunku do pacjenta z dewiacją rozumiejąc, że pacjent może ujawnić swoje objawy tylko wtedy, kiedy jest do tego charakterologicznie przygotowany. Bardziej aktywne działanie za pomocą technik zmieniających seksualną symptomatologię per se, „podkopuje” samoistnie badawczą naturę psychoanalizy, jak również ukrywa rozwój związków terapeutycznych. Lekarze, wprowadzający nowsze rodzaje terapii, oparte na orientacji dynamicznej, stosują bardziej aktywne, nakazowe podejście do objawów dewiacji, stawiając sobie za cel szybki wpływ na zmianę zachowań (5). Te podejścia oparte są na metodzie krótkotrwałej dynamicznej psychoterapii i integrują się z innymi orientacjami terapeutycznymi. O ile cechy samokontroli mają zasadnicze znaczenie dla zaburzeń o typie parafilii, co jest oczywiste w pewnych typach przestępstw seksualnych, o tyle bardziej konieczne jest aktywniejsze i bezpośrednie podejście do zagadnień psychoterapii.

### **Poznawczo-behawioralne podejście do dewiacji**

W poznawczo-behawioralnym podejściu do leczenia zaburzeń seksualnych typu parafilii wykorzystano w szerokim zakresie interwencje terapeutyczne wyprowadzone z określonych uwarunkowań, wywiadu społecznego, a także z teorii poznania. Terapia poznawczo-behawioralna stosowana jest praktycznie w całym spektrum zaburzeń i problemów behawioralnych. Na technikę poznawczo-behawioralną składa się wiele procedur o charakterze praktycznym, zadaniowym i edukacyjnym. W zasadzie paradygmat leczenia poznawczo-behawioralnego bazuje na modelu psychosocjalnego deficytu w funkcjonowaniu. Oznacza to, że indywidualne problemy pacjenta rozumiane są jako seria braków lub niekompetencji w różnych obszarach behawioru. Te braki, postrzegane jako efekt przeinaczenia społecznych wzorców uczenia, mogą być ulepszone poprzez różnorodne działania psychoedukacyjne. Ze względu na to, że główny

nacisk położony jest na dające się obserwować lub mierzyć odpowiedzi na tego typu działania, techniki poznawczo-behawioralne nadają się do badań empirycznych.

Ujmując rzecz historycznie, możemy powiedzieć, że terapeuci „behawioralni” eksperymentowali z jednozadaniowymi interwencjami (proces uwarunkowania): Przykładem jest terapia awersyjna, stosująca elektro-wstrząsy w celu zmiany wzorca pobudzenia pacjenta z parafilią. Podczas ostatnich 20 lat większość poznawczo-behawioralnych paradygmatów, które włączyły różnorodne techniki poznawcze, stała się odpowiedzialna za rozwój zintegrowanych, zwartych programów leczenia. Ta ekspansja technik poznawczo-behawioralnych przemawia za wieloczynnościowym charakterem zaburzeń seksualnych. Leczenie parafilii można pogrupować w cztery duże kategorie, określone przez ich specyficzne cele: techniki samokontroli, techniki opanowania stresu, techniki poznawczo-restrukturyzujące, techniki społeczno-rehabilitacyjne.

### **Techniki samokontroli**

Na techniki samokontroli składa się wiele różnych, samokierowanych metod i procedur, które pacjent może wykorzystywać w celu zwiększenia kontroli nad swoimi dewiacyjnymi fantazjami, potrzebami i czynami. Te techniki charakteryzuje pewne continuum, od najmniej do najbardziej ingerujących. Knopp (22) wylicza kilka powszechnie używanych mniej ingerujących działań, które powodują odwrócenie dewiacyjnych myśli pacjenta w kierunku obiektów nieseksualnych poprzez możliwość użycia zewnętrznego czynnika, jak np.: uderzenie gumą w rękę, zatrzymanie myśli, które oznacza, że pacjent jest w stanie zatrzymać ciąg myśli o skojarzeniach seksualnych za pomocą wydanej sobie komendy, np. używając słów „stop”, „wylącz”, sporządzanie „wykresu” bodźców, który zawiera obserwacje i zapisy własnych myśli i potrzeb o charakterze dewiacji, prowadzony przez pacjenta w formie dziennika. Dodatkowym krokiem w samokontroli, nieco bardziej ingerującym, jest ukryte uwrażliwianie (covert sensitization) i nasycenie masturbacją. Ukryte uwrażliwianie było wprowadzone w 1965 roku przez Golda i Neufeld do leczenia homoseksualisty. Tę nazwę wprowadził Caultel (24), który także stosował tę technikę w leczeniu homoseksualizmu. „Ukryte uwrażliwianie” wykorzystuje połączenie w świadomości pacjenta łańcucha zachowań prowadzącego do aktu dewiacyjnego, ale nie zawierającego tego aktu z awersyjnymi konsekwencjami powstałymi

na bazie własnych doświadczeń. Początkowo pacjent musi nakreślić wewnętrzne i zewnętrzne czynniki, które tworzą łańcuch sekwencji zakończonych dewiacyjnym aktem seksualnym w punkcie kulminacyjnym.

Jednym z ważnych czynników tego nakreślania jest wywołanie odczucia, że w procesie wzrostu napięcia seksualnego występuje cała seria kroków, sytuacji, w których pacjent jest jednocześnie aktorem i widzem. Pacjent zaczyna zdawać sobie sprawę, że nie jest on tylko biernym uczestnikiem, ulegającym tajemniczym impulsom. Połączenie tego łańcucha sekwencji z awersyjnymi konsekwencjami służy wywołaniu bolesnych (zamiast przyjemnych) skojarzeń, a przez to prowadzi do stłumienia dewiacyjnych zachowań seksualnych. Zwykle poleca się pacjentowi przygotowanie taśmy magnetofonowej (jako zadanie domowe). Kolejność zdarzeń na taśmie wygląda następująco: krótki opis neutralnej sceny, opis ciągu (łańcucha) zachowań (prowadzących do aktu dewiacyjnego), po tym następuje scena awersyjna. Do tej fazy leczenia niektórzy terapeuci dodają krótką scenę przyjemną po scenie awersyjnej. W tej „nagrodzie” pacjent werbalizuje korzyści, jakie nastąpią w razie kontynuowania leczenia; czuje się zachęcony do kontynuowania terapii. Pacjent powinien przynieść to nagranie na kolejne spotkanie z lekarzem, aby dokonać krytycznego przeglądu i weryfikacji, że wykonał zalecone zadanie poznawczo-behawioralne. Z reguły poleca się pacjentowi, żeby przygotował pięć taśm (minimum), zawierających po pięć opowiadań na każdej stronie, ale, zależnie od okoliczności, nie ma określonej maksymalnej liczby tekstów, które pacjent powinien przygotować, aby osiągnąć pożądany stopień samokontroli.

Nasylenie masturbacją jest metodą zaproponowaną przez Marshalla (25) w celu połączenia efektu znudzenia i nasycenia z dewiacyjną fantazją seksualną. Poleca się pacjentowi, żeby masturbował się przez 10 minut lub aż do osiągnięcia ejakulacji, jednocześnie wyobrażając sobie akt seksualny „przyzwolony” („prawidłowy”, przyp. tłum.). Następnie pacjent kontynuuje masturbację przez następne 50 minut, wyobrażając sobie kolejno 4 lub 5 zachowań dewiacyjnych, poczynawszy od najbardziej, a skończywszy na mniej dewiacyjnym charakterze. Jednogodzinna masturbacja jest więc podzielona na 10-minutowe sekwencje, z czego jednej towarzyszy „prawidłowa” fantazja, a pozostałym fantazje o treści dewiacyjnej. Oczekuje się, że pacjent opíše swoje fantazje i nagra na taśmie magnetofonowej, po czym przyniesie nagranie na sesję terapeutyczną w celu krytycznej oceny. W wielu przypadkach technika ta w sposób znaczący redukuje częstotliwość występowania dewiacyjnych zachowań.

### Opanowanie stresu

Następną metodą poznawczo-behawioralną jest opanowanie stresu. Stres towarzyszy wielu aktom dewiacyjnym, dlatego też ważną formą interwencji terapeutycznej jest nauka wykorzystywania metod postępowania ze stresem. Co więcej sytuacje bądź doświadczenia stresowe mogą wywoływać łańcuch zachowań prowadzących do aktów dewiacyjnych. W konsekwencji zastosowanie techniki opanowania stresu może okazać się pomocne w zredukowaniu częstotliwości występowania dewiacyjnych zachowań seksualnych. Do technik zwalczania stresu należą:

- 1) techniki natury poznawczej, takie jak korygowanie wypaczeń lub irracjonalnych idei;
- 2) techniki natury fizjologiczno-behawioralnej, jak metoda kontroli oddychania, techniki relaksacyjne, trening autogenny (nauka podporządkowania swojego ciała ustnym poleceniom odprężenia);
- 3) połączenie tych dwóch metod, np. nauka radzenia sobie ze stresem, polegająca na tym, że pacjent potrafi stworzyć sobie hierarchię stresujących go zdarzeń i odnaleźć sposoby radzenia sobie z nimi.

Zainteresowanych czytelników odsyłamy do książki Daviesa, Eshelmana i McKay'a „The relaxation and stress reduction workbook” (26) w celu dalszego wprowadzenia i przeglądu tych technik.

### Przebudowa procesu poznania

Przebudowa poznania lub modyfikacja wypaczeń procesu poznania jest szeroko stosowana w celu korekcji błędnych wzorców myślenia lub skłonności przyczyniających się lub podtrzymujących dewiacyjne zachowania seksualne. Wypaczenia procesu poznania umożliwiają osobnikom o skłonnościach dewiacyjnych uruchomienie szerokiego wachlarza mechanizmów obronnych, takich jak: zaprzeczenie, racjonalizacja, minimalizacja i projekcja, które służą samousprawiedliwieniu przestępcy. W skrajnych przypadkach niektóre z tych wypaczeń procesu poznania mają charakter iluzoryczny. Przykład: kazirodczy pedofil może twierdzić, że utrzymuje stosunki seksualne ze swoją 8-letnią córką w wyniku jej uwodzicielskiego zachowania. W przeciwieństwie do tego wielu przestępców (np. gwałcicieli) trywializuje problem gwałtu, traktując kobietę przedmiotowo, zgodnie z męskim, dehumanizującym kobietę, punktem widzenia.

Techniki przebudowy procesu poznania w większości mają charakter psychoedukacyjny. Terapeuta przedstawia pacjentowi w łagodny, życzliwy sposób przyczynę, dla której pacjent powinien identyfikować się ze swymi

zaburzeniami, i wyjaśnia mu, w jaki sposób te zaburzenia podtrzymują jego zachowania dewiacyjne. Zatem psychoterapeuta powoduje wytworzenie się korekcyjnego sprzężenia zwrotnego i dostarcza pacjentowi właściwych informacji. Ważną techniką w procesie rekonstrukcji jest „trening empatyczny”, pomagający pacjentowi w uświadomieniu konsekwencji jego zachowań z punktu widzenia ofiary. Czasami psychoterapeuta ofiary uczestniczy w spotkaniach grupy terapeutycznej, aby przedstawić cierpienia i urazy, których doznała ofiara. Dodatkowo terapeuta może polecić książki lub filmy, które miałyby „uczulić” przestępcę na krzywdy ofiary.

### Rehabilitacja społeczna

Liczni autorzy obserwowali, że osobnicy o skłonnościach dewiacyjnych wykazują często deficyty w kontaktach społecznych i interpersonalnych. W efekcie specjalistyczne programy leczenia wykorzystują szeroki asortyment technik rehabilitacyjnych o charakterze społecznym, ukierunkowanych na konkretne deficyty u poszczególnych pacjentów. Lekarz może łączyć poszczególne techniki terapeutyczne, dostosowując je do konkretnego przypadku, opierając się na kryteriach pragmatycznych. McKay, Davies, Fanning (29) w swoim poradniku przedstawiają wiele wariantów, które stosowali w programach psychoedukacyjnych w celu poprawy relacji interpersonalnych, poprzez rozwinięcie pewnych umiejętności. Do umiejętności tych należy zaliczyć: umiejętność słuchania, umiejętność samootwarcia, używanie języka ciała i środków parajęzykowych (nastroj, artykulacja, rezonanse, tempo, głośność, rytm) w porozumiewaniu się, nawiązywaniu kontaktów z innymi, dezawuowaniu pochopnych sądów. Szczególnie znacznie dla leczenia dewiacji miałyby wytyczne odnośnie do poprawy nawiązania prawidłowej komunikacji z partnerem seksualnym lub przeznaczone dla tych jednostek, które nie potrafią nawiązać i utrzymać intymnego, partnerskiego związku seksualnego. Sposoby treningu zachowań społecznych często wykorzystują tak znane techniki, jak modelowanie, przypisanie konkretnej roli społecznej, przypisanie zadań w celu nabycia nowych umiejętności w realnym świecie. Dobór lektury i pokazy video mogą stanowić dużą pomoc w tym programie terapeutycznym.

Głównym składnikiem treningu zachowań społecznych jest nabywanie pewności siebie. W przeciwieństwie do agresywności, pewność siebie oznacza, że pacjent ma prawo do wyrażania swoich odczuć i życzeń dopóty, dopóki nie przekracza praw innych. Rutynowo badane są reakcje danego osobnika na określoną sytuację lub prowadzone są doświadczenia

w celu określenia specyficznych obszarów nieudolnych i wadliwych zachowań. Nieprawidłowe zachowania często odzwierciedlają pewien mit, błędne założenia albo wypaczenia procesu poznawczego, odbierające pacjentowi prawo do wyrażania w sposób uczciwy i bezpośredni swoich odczuć. Trening w nabywaniu pewności siebie może często prowadzić do zmniejszenia stresu w kontaktach interpersonalnych.

### Wychowanie seksualne

Wielu osobników o cechach dewiacyjnych ma błędne informacje na temat podstawowych zachowań seksualnych człowieka. Co więcej, wielu z nich cierpi z powodu różnorodnych zaburzeń czynności seksualnych. Tak więc ci parafilicy, którzy wykazują określone erotyczne preferencje w kierunku sobie właściwych partnerów, często mają problemy z erekcją i przedwczesną ejakulacją. Błędna informacja i dodatkowe zaburzenia czynnościowe powodują stres i utrzymywanie się frustracji, jak również obniżają samoocenę odnośnie do poczucia własnej męskości. Ujawnienie i korekcja zaburzeń dotyczących funkcji seksualnych to właśnie rola wychowania seksualnego, które ma na celu odwrócenie tego trendu u parafilików. Zaburzenia w sferze seksualnej mogą być leczone przez psychoterapeutę lub seksuologa.

### Zapobieganie nawrotom dewiacji seksualnej

Ostatnio coraz większy nacisk kładzie się na profilaktykę takich zachowań kompulsywnych, jak hazard, lekomania, palenie papierosów, zaburzenia odżywiania. Ponieważ dewiacje seksualne są uważane za formę kompulsywnych zachowań seksualnych, składających się z nawracających fantazji, potrzeb i czynów, profilaktykę zastosowano również i dla tych schorzeń. Pomimo początkowych sukcesów w leczeniu, terapeuci wyrażają obawy co do czasu trwania remisji. Jest rzeczą oczywistą, że takie zachowania dewiacyjne, jak np. pedofilia, wymagają znacznie dokładniejszego monitorowania i profilaktyki niż np. „łagodne” fantazje o przebieraniu się w stroje płci przeciwnej. Wiele metod zapobiegania nawrotom jest zgodnych z istniejącymi zasadami technik poznawczo-behawioralnych. Według George’a i Marlatta (30) „zapobieganie nawrotom należy do programów samokontroli, przeznaczonych do uczenia pacjentów, którzy chcieliby zmienić swoje zachowania dotyczące antycypacji i postępowania w obliczu nawrotu...”, „opierając się na zasadach poznania i metodach zapobiegania nawrotom. Ma to więc aspekt psychoedukacyjny, łączący

techniki treningu behawioralnego z technikami interwencji w proces poznania” (str. 2).

George i Marlatt odróżniają pojęcia „dążenie” i „dokonanie” odnośnie do osób dopuszczających się przestępstw seksualnych. „To pierwsze pojęcie odnosi się do jakiegokolwiek pojawienia się świadomej i uprzedmiotowionej fantazji, dotyczącej dewiacyjnego aktu seksualnego lub jakiegokolwiek powrotu do źródeł pobudzenia... dokonanie natomiast odnosi się do wystąpienia przestępstwa seksualnego...” (str. 6). Wśród predyspozycji do „dokonań” w przypadku różnych zaburzeń są takie czynniki wysokiego ryzyka, jak negatywne stany emocjonalne, konflikty interpersonalne, naciski społeczne. Jeśli osobnik ma nie rozwinięte mechanizmy przewycięzania trudności, sytuacje wysokiego ryzyka będą prowadziły do wystąpienia chęci lub popełnienia czynu o charakterze dewiacyjnym. W wyniku braku możliwości skutecznego pokonywania trudności dnia codziennego rozwija się poczucie małej wartości z równoczesnym pojawieniem się potrzeby natychmiastowej gratyfikacji. U osobnika takiego może pojawić się dążenie do aktów dewiacyjnych, wyrażające się w fantazjach seksualnych, lub tendencje do zachowań, które uprzednio doprowadzały do dewiacyjnych aktów seksualnych. Osobnik może racjonalizować i zaprzeczać swoim rzeczywistym intencjom, traktując je jako „decyzje bez głębszego znaczenia” (str. 27). To, jak osobnik interpretuje i reaguje na odczuwaną przez siebie chęć, określane jest mianem „złamanie abstynencji” (str. 9). George i Marlatt podkreślają, że antidotum w pojęciu rekonstrukcji procesu poznawczego dla „złamania abstynencji” powinno zawierać w sobie 4 podstawowe elementy:

1. Wystąpienie pojedynczych niepowodzeń nie stanowi o niepowodzeniu leczenia i nieuniknionym nawrocie.
2. Niepowodzenie powinno być traktowane jako pomyłka w procesie uczenia się systemu samokontroli.
3. Przesadnie podkreślanie poczucia winy z powodu poprzednich niepowodzeń i wynikający z tego konflikt... mogą być przyczyną następnych nadużyć.
4. Traktowanie niepowodzenia jako wyrazu własnej słabości... może wytwarzać samospełniające się przeświadczenie, które sprzyja następnym wykroczeniom (str. 24).

Sugerowane techniki zapobiegania nawrotom zawierają: identyfikowanie czynników ryzyka, świadomą obserwację tych czynników, rozwój metod postępowania w sytuacjach wysokiego ryzyka i uruchamianie sprawdzonych metod postępowania. Można także położyć nacisk na wskazania pozytywnego stylu życia i rosnące współczucie dla ofiar

seksualnego nadużycia. Można łączyć różne techniki terapeutyczne w zależności od osobowości określonego pacjenta. W programie leczenia przestępców seksualnych zaleca się stosowanie technik zapobiegania nawrotom już od samego początku postępowania terapeutycznego. Niektóre programy wykorzystują kontakty w okresach próbnych (zwolnienia warunkowe), jak również kontakty z rodziną, jako część postępowania leczniczego. W praktyce terapeuta może wybierać selektywnie wśród tych technik, w zależności od przypadku.

### Organiczne aspekty leczenia dewiacji seksualnych

Bradford (31) podzielił leczenie przestępców seksualnych płci męskiej na trzy główne grupy: leczenie hormonalne, ze szczególnym uwzględnieniem leków o działaniu przeciwandrogennym, chirurgiczną kastrację i neurochirurgię przy użyciu technik stereotaksycznych. Ostatnio pojawiły się w piśmiennictwie doniesienia o leczeniu parafilicznych i nieparafilicznych nałogów seksualnych lekami antydepresyjnymi, takimi jak fluoksetyna (Prozac) (32).

Operacyjna kastracja i neurochirurgia stereotaksyczna, jako środki leczenia przestępców seksualnych, pozostają wyłącznie w kręgu zainteresowań akademickich. Zostaną one przedstawione w dużym skrócie. Dane dotyczące chirurgicznej kastracji, opisane przez Heima w 1979 r., uznano za zmienne i niepewne. Autor ten stwierdził, że 40% z wykastrowanych mężczyzn utrzymywało aktywność seksualną przez 3 do 7 lat po zabiegu (33). Natomiast Bradford (31) wykazał, że kastracja w sposób bezsporny „ma olbrzymi wpływ na recydywizm seksualny”. W przypadku neurochirurgii stereotaksycznej Rieber i Sigusch (34) przedstawili dane uzyskane w wyniku hypothalamotomii, przeprowadzonej na 74 mężczyznach i jednej kobiecie w latach 1962—1979 w RFN. Autorzy wnioskuje, że nieprawidłowości metodyczne uniemożliwiają interpretację uzyskanych wyników. Schmidt i Schorsch (35) również doszli do wniosku, że zabiegi chirurgiczne polegające na hypothalamotomii budzą wiele wątpliwości. Bradford (31) potwierdza, że „jest mało prawdopodobne, żeby techniki chirurgiczne mogły odegrać rolę w leczeniu dewiacji seksualnych...” (str. 370).

Ponieważ octan cyproteronu (CPA) jest niedopuszczony do obrotu w USA, skupimy się na innym głównym antagoniście androgeny, octanie medroksyprogesteronu (MPA, Depo-Provera). Money, Migeon i Rivarola byli pierwszymi badaczami, którzy zastosowali MPA w leczeniu dewiacji

seksualnych (36). MPA stał się najczęściej stosowanym środkiem w eksperymentalnym leczeniu parafilii w USA (37); podawany był w dawce 300—400 mg domięśniowo co 7—10 dni w celu obniżenia stężenia testosteronu. Jednym z najczęstszych objawów ubocznych tego leku jest: nadciśnienie, przyrost wagi, senność. Obserwowano również bardziej poważne powikłania, jak hiperglikemia, zakrzepowe zapalenie żył i zatorowość płucna. Ponadto obserwowano częstsze występowanie raka sutka zarówno u kobiet, jak i u psów. Główne zastrzeżenia przeciwko stosowaniu MPA to redukcja popędu seksualnego bez zmiany jego kierunku. Po 7—10 dniach od zaprzestania stosowania leku zarówno libido pacjentów, zdolność do erekcji i ejakulacji, jak również dewiacyjnie ukierunkowany popęd seksualny wracały do poziomu sprzed leczenia.

### Aspekty rodzinne w leczeniu dewiacji seksualnych

System rodzinny zakłada istnienie dynamicznego układu zależności powiązań pomiędzy członkami rodziny a rozwojem określonego zaburzenia seksualnego. Związki rodzinne służą zarówno utrzymaniu jedności rodzinnej, jak i wytworzeniu się homeostatycznych związków. Terapia rodzinna może być wykorzystywana w przypadkach leczenia praktycznie wszystkich zaburzeń psychicznych. W dziedzinie leczenia dewiacji seksualnych może mieć szczególne znaczenie diagnostyczne; może ona przyczynić się do zrozumienia, jaką rolę odegrał system powiązań rodzinnych w powstawaniu choroby. Doświadczenie kliniczne wykazało, że wielu pacjentów o skłonnościach dewiacyjnych pochodzi z patologicznych rodzin, w których zaistniały fizyczne, seksualne lub emocjonalne nadużycia. System leczenia rodzinnego znalazł główne zastosowanie w przypadku kazirodztwa.

Klinicyści leczący przypadki kazirodztwa typu ojciec—córka opisali kilka charakterystycznych cech rodziny patologicznej: odwrócenie ról matki i córki, gdzie córka zajęła pozycję żony, słaba, nieczuła matka, z podświadomym poczuciem wrogości i zależności od córki, pseudodojrzała córka szukająca opieki u ojca w wyniku odrzucenia jej przez matkę, niedopasowanie seksualne rodziców, potężny lęk przed separacją, dezintegracją i porzuceniem u wszystkich członków rodziny, brak pomocy i opieki, a w niektórych ekstremalnych przypadkach milcząca zmowa, pozwalająca zająć córce miejsce matki w seksualnych kontaktach z ojcem. Należy dodać, że wiele tych patologicznych rodzin pozostaje w izolacji społecznej.

Co najważniejsze, chociaż dynamika rodziny może w pewnych przypadkach prowadzić do aktów dewiacji seksualnych, to jednak czynniki

dynamiczne w żaden sposób nie usprawiedliwiają zachowania przestępcy. W zasadzie rodzina patologiczna postrzegana jest jako system tworzący sprzyjające warunki, które oddziałują na wewnątrzpsychiczne procesy przestępcy. Ale podobnie, jak w jakimkolwiek przypadku innych zaburzeń zachowania pacjent musi ćwiczyć system samokontroli i być świadomy odpowiedzialności za swoje czyny.

Zagadnieniem kontrowersyjnym jest, czy i kiedy poddać terapii całą rodzinę dotkniętą traumatycznym doświadczeniem kazirodztwa. Jak zwrócił uwagę Herman (39), bezpośrednio po ujawnieniu faktu kazirodztwa, rodzina jest zbyt zszokowana, by poddać ją grupowej terapii. Dopiero wtedy, kiedy matka odzyskuje siłę i zdolność samooceny, zaczyna być zdolna do wypełniania swoich obowiązków, u dziecka mija faza ostrego stresu i poczucia winy i staje się ono zdolne do dalszego, normalnego rozwoju, a ojciec kontynuuje leczenie specjalistyczne, można rozważać podjęcie próby terapii grupowej. Należy dodać, że wiele z tych rodzin rozpada się i nie uczestniczy w terapii rodzinnej, a te, które ją podejmują, przechodzą przez fazę separacji. W niektórych przypadkach terapia rodzinna może pomóc w osiągnięciu separacji, w wyniku której dochodzi do korzystnych zmian psychologicznych u wszystkich członków rodziny.

W szerszym sensie podejścia systemowego terapia par lub zapewnienie współpracy członków rodziny (matka młodocianego przestępcy seksualnego) mogą być istotnym czynnikiem, pomocnym w terapii. Wzajemny konflikt pomiędzy mężem a żoną może wywoływać dostatecznie duże napięcie i obciążenie (stres), które mogą prowadzić do wystąpienia zaburzeń w zachowaniach seksualnych. Należałoby zainteresować się mechanizmem tzw. współzależności, tj. podświadomym udziałem współmałżonka w kontynuowaniu aktów dewiacyjnych. W pewnych przypadkach inną korzyścią wynikającą z terapii obejmującej parę małżeńską jest uświadomienie żony o charakterze dewiacyjnych zachowań męża, co może usmierzyć jej lęk, a to pozwoli uzyskać jej pomoc i współpracę w procesie leczenia. Na sesjach par małżeńskich dyskusja powinna dotyczyć takich problemów, jak nieporozumienia i zaburzenia dotyczące współżycia seksualnego.

### Wnioski

W rozdziale tym podsumowaliśmy pięć zasadniczych sposobów leczenia dewiacji seksualnych. Dotychczas nie ma określonego uniwersalnego modelu leczenia. Leczenie dewiacji seksualnych ma szczególne znaczenie



ponieważ często wiążą się one z wyrządzeniem krzywdy. Równie istotne są te aspekty leczenia, których celem jest zapobieganie. Techniki profilaktyki zostały już bardziej szczegółowo omówione w kontekście metod poznawczo-behawioralnych. Podstawowe zasady przewidywania i zapobiegania aktom dewiacyjnym stanowią trzon wszystkich przedstawionych kierunków terapeutycznych. Autorzy stoją na stanowisku, że leczenie parafilii wymaga daleko posuniętej indywidualizacji, stanowiąc szerokie pole dla specjalistów, reprezentujących różne (często zupełnie odmienne) podejścia psychodynamiczne. Sukces terapeutyczny może być wynikiem jedynie integracyjnego podejścia z uwzględnieniem technik poznawczo-behawioralnych i technik o charakterze prewencji.

### PIŚMIENNICTWO

1. Laws DR, ed. *Relapse Prevention with Sex Offenders*. New York, NY: The Guilford Press; 1989.
2. Berlin FS, Meinecke CF. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings. *Am J Psychiatry*. 1981; 138:601-607.
3. Herman J. Recognition and treatment of incestuous families. In: Barnard CP, ed. *Families, Incest, and Therapy*. *International Journal of Family Therapy*. 1983; Vol 5. No 2. 81-91.
4. Marshall WL, Eccles A. Issues in clinical practice with sex offenders. *J. Interpersonal Violence*. 1991; 6:68-93.
5. Protter, B, Travin S. Sexual fantasies in the treatment of paraphiliac disorders: a bimodal approach. *Psychiatr Q*. 1985; 58:270-297.
6. Burzecki M, Wormith JS. A survey of treatment programs for sex offenders in North America. *Canad Psych*. 1987; 28:30-44.
7. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. In: Strachey J, ed. *Standard Edition*. Vol 7. London, England: Hogarth Press; 125-243.
8. Sachs H, Goldberg RB, trans. On the genesis of perversions. *Psychoanal Q*. 1986; LV:477-488.
9. Glover E. The relation of perversion formation to the development of reality sense. *Int J Psycho anal*. 1933; 14:486-504.
10. Bak R. Aggression and perversion. In: Lorand S, Balint M, eds. *Perversions: Psychodynamics and Therapy*. New York, NY: Random House; 1956.
11. Gillespie WH. The general theory of sexual perversion. *Int J Psychoanal*. 1956; 37:396-403.
12. Greenberg J, Mitchell S. *Object Relations in Psychoanalysis*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1987.
13. Mitchell SA. *Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1988.
14. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1990.
15. Kernberg O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, NY: Jason Aronson Inc; 1975.
16. Kernberg O. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, Conn: Yale University Press; 1984.
17. Kohut H. *The Analysis of the Self*. New York, NY: International Universities Press; 1971.
18. Kohut H. *The Restoration of the Self*. New York, NY: International Universities Press; 1977.
19. Levenson E. *The Ambiguity of Change*. New York, NY: Basic Books; 1983.
20. Mitchell SA. Object relations theories and the developmental tilt. *Contemp Psychoanal*. 1984; 20:473-499.
21. Yalom ID. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 2nd ed. New York, NY: Basic Books Inc; 1975.
22. Knopp FH. *Retraining Adult Sex-Offenders: Methods and Models*. Syracuse, NY: Safer Society Press; 1984.
23. Gold SA, Neufeld IL. A learning approach to the treatment of homosexuality. *Behav Res Ther*. 1965; 3:201-204.
24. Cautela JR. Covert sensitization. *Psychol Rec*. 1967; 20:459-468.
25. Marshall WL. Satiation therapy: a procedure for reducing deviant sexual arousal. *J App Behav Anal*. 1979; 12:10-22.
26. Davis M, Eshelman ER, McKay M. *The Relaxation & Stress Reduction Workbook*. 3rd ed. Oakland, Calif: New Harbinger Publications Inc; 1988.
27. Marshall WL, McKnight RD. An integrated treatment program for sexual offenders. *Canad Psychiatr Assoc J*. 1975; 20:133-138.
28. Whitman WP, Quinsey VL. Heterosocial skills training for institutionalized rapists and child molesters. *Canad J Behav Sci*. 1981; 13:105-114.
29. McKay M, Davis M, Fanning P. *Messages: The Communication Skills Book*. Oakland, Calif: New Harbinger Publications Inc; 1983.
30. George WH, Marlatt GA. Introduction. In: Laws RD, ed. *Relapse Prevention with Sex Offenders*. New York, NY: The Guilford Press; 1989:1-31.
31. Bradford JMW. Organic treatments for the male sexual offender. *Behav Sci Law*. 1985; 3:355-375.
32. Kafka MP. Successful antidepressant treatment of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52:60-65.
33. Heim N, Jursch CJ. Castration for sex offenders: treatment or punishment? A review and critique of recent European literature. *Arch Sex Behav*. 1979; 8:281-304.
34. Rieber I, Sigusch V. Psychosurgery on sex offenders and sexual deviants in West Germany. *Arch Sex Behav*. 1979; 8:523-527.
35. Schmidt G, Schorsch E. Psychosurgery of sexually deviant patients: review and analysis of new empirical findings. *Arch Sex Behav*. 1981; 10:301-323.
36. Money J. The therapeutic use of androgen-depleting hormone. In: Resnick HLP, Wolfgang ME, eds. *Treatment of the Sex Offender*. *International Psychiatry Clinics*. Vol 8. No 4. Boston, Md: Little Brown & Co; 1972; 165-174.
37. Berlin FS, Meinecke CF. Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization review of treatment modalities, and preliminary findings. *Am J Psychiatry*. 1981; 138:601-607.
38. Reppas RF, Zuelzer MB. Family therapy with incest. In: Barnard CP, ed. *Families, Incest, and Therapy*. A Special Issue of *International Journal of Family Therapy*. Vol 5. No. 2; Summer, 1983.
39. Herman J. Recognition and treatment of incestuous families. In: Barnard CP, ed. *Families, Incest, and Therapy*. A Special Issue of *International Journal of Family Therapy*. Vol 5. No 2; Summer, 1983.

## 9. Integracyjne podejście do leczenia dewiacji seksualnych

Przez wiele lat autorzy tej pracy wykorzystywali podejście integracyjne w leczeniu dewiacji seksualnych (1). Ma ono zasadniczo charakter dwuosiowy (dwukierunkowy, bimodalny). Opiera się na założeniu, że kluczowe składowe paradygmatów: poznawczo-behawioralnego i psychodynamicznego można połączyć ze sobą w efektywny sposób. Główną cechą tego podejścia jest skoncentrowanie się na treści fantazji, zarówno dla zrozumienia natury dewiacji seksualnych, jak i dla wyznaczenia głównej osi postępowania terapeutycznego.

Zanim przejdziemy do omówienia rozwiniętych przez nas metod integracyjnych, chcielibyśmy dokonać krótkiego przeglądu danych na temat głównej roli fantazji w psychodynamicznym i poznawczo-behawioralnym paradygmacie leczenia, szczególnie dewiacyjnych zaburzeń seksualnych. Jak już pisaliśmy w rozdziale 6, podświadoma treść związana z dewiacyjną fantazją seksualną niekoniecznie musi opierać się na popędzie (drive — structure). Rzeczywiście współczesne trendy psychodynamiczne postulują istnienie wielu treści podświadomie-relacyjnych, dotyczących takich zagadnień, jak: potrzeba tworzenia więzi międzyludzkiej, formowanie i identyfikacja własnego ja, potrzeba bezpieczeństwa itd. Znaczenie, które osobnik przypisuje tym problemom, może być zawarte w stałych tematach fantazji o charakterze idiosynkrazji, które to tematy działają na wszystkich poziomach topograficznych — świadomości, przedświadomości i nieświadomości. Dla osobników z parafilią świadome dewiacyjne fantazje mają unikalne znaczenie, które rezonują z treściami przedświadomości i nieświadomości.

Początkowo terapeuci o orientacji behawioralnej, leczący przypadki parafilii, nie w pełni doceniali znaczenie treści fantazji dla procesu terapii (2). Wraz ze wzrastającą oceną roli procesów poznawczych w leczeniu dewiacji (3) specjaliści seksuolodzy uświadomili sobie znaczenie tych

procesów w tworzeniu fantazji o charakterze poznawczym. Jednakże, w przeciwieństwie do terapeutów „psychodynamicznych”, terapeuci „poznawczo-behawioralni” ograniczyli się do świadomych treści fantazji i zachowań poddających się obserwacji.

Skupienie uwagi na treści fantazji w procesie leczenia dewiacji seksualnej w ostatnich latach zostało poddane krytycznej dyskusji. Abel i Blanchard (2), pisząc o poznawczo behawioralnej orientacji procesu leczenia, opisali kilka „konceptualizacji” fantazji, określając ją jako:

- a) zmienną zależną (fantazje zmieniają się tylko wtedy, gdy leczenie oddziałuje na podstawowe zjawiska);
- b) zmienną wtrąconą (to znaczy, że zmiana jednej zmiennej wywołuje zmiany w dewiacyjnej fantazji, która to zmiana oddziałuje na behawior);
- c) zmienną niezależną (to znaczy, że bezpośrednia zmiana fantazji może zmieniać behawior).

Abel i Blanchard (2) głoszą, że konceptualizacja fantazji jako zmiennej niezależnej jest stosowana przez większość najnowszych technik behawioralnych. Tak więc zmiana zmiennej niezależnej, „świadomej fantazji” poprzez różne techniki poznawczo-behawioralne daje w efekcie zmianę w jawnym zachowaniu seksualnym.

Pomimo tego podkreślenia znaczenia treści świadomych fantazji niektórzy autorzy przyznają znaczenie nieświadomym (podświadomym) fantazjom jako czynnikom terapeutycznym w terapii poznawczo-behawioralnej. W tym sensie Mendelsohn i Silverman (4) pisali o związkach pomiędzy „wydajnością terapeutyczną” orientacji behawioralnej i nieświadomą (podświadomą) fantazją. Autorzy ci sugerowali, że powodzenie terapii behawioralnej może być przypisane aktywacji treści nieświadomych fantazji. Messer (5) dostarczył przykładu treningu, w którym terapeuta „behawioralny” może mobilizować stosunek pacjenta do jego ojca poprzez zezwolenie, aby pacjent częściowo wyraził podświadomą fantazję o treści krzywdzącej tegoż ojca i w ten sposób „przygotowywać pacjenta do wyrażania i gratyfikacji łagodnych form życzeń” (str. 1266). Chociaż podejście psychodynamiczne przez długi czas uważane było za pośredni sposób dotarcia do treści fantazji (na wszystkich trzech poziomach topograficznych — świadomości, przedświadomości i nieświadomości), nasze dwuosiowe podejście, które przedstawimy poniżej, oferuje bardziej bezpośredni wgląd w proces wykorzystania fantazji w procesie leczenia. W rzeczy samej owo dwuosiowe podejście koncentruje się na fantazjach seksualnych niejako jak na pomoście, który łączy zarówno poznawczo-behawioralne, jak i psychodynamiczne składowe, a także służy jako schemat terapii.

## Dwuosiowe podejście do procesu leczenia

Jak już wspomniano powyżej, podejście dwuosiowe jest syntezą dwóch podstawowych wzorców leczenia: poznawczo-behawioralnego i psychodynamicznego. Domena technik poznawczo-behawioralnych to stosowanie dostępnej, świadomej fantazji lub jawnego zachowania. Techniki poznawczo-behawioralne, zastosowane w leczeniu parafilii, są szczególnie ważne poprzez podkreślenie i zwrócenie uwagi na szybko rozwijającą się samokontrolę nad dewiacyjnym zachowaniem seksualnym. Metody psychodynamiczne natomiast są ukierunkowane na zrozumienie znaczenia podświadomej charakterystyki obserwowanego, symptomatycznego zachowania. To dogłębne zrozumienie może mieć swój udział w rozwoju zdolności pacjenta do kontrolowania tego zachowania. Opory niektórych terapeutów przed stosowaniem metod psychodynamicznych w przypadku parafilii o charakterze kompulsywnym wynikają z faktu, że terapia psychodynamiczna (w odróżnieniu od technik poznawczo-behawioralnych) nie kładzie nacisku na spektrum technik obserwacyjnych, dążących do stłumienia konkretnych zachowań. Gdyby zintegrowano więcej metod psychodynamicznych ukierunkowanych na objawy z metodami poznawczo-behawioralnymi ukierunkowanymi bardziej na cel, to oba te rodzaje technik mogłyby się wzajemnie uzupełniać, prowadząc tym samym do osiągnięcia poprawy dewiacyjnej symptomatologii.

Wachtel (6) zauważył, że w procesie integracji terapii psychodynamicznej z behawioralną (w szerokim zakresie zaburzeń klinicznych) przemiany jawnych zachowań mogą zmienić poglądy na samoocenę i własny image; zwiększyć zrozumienie procesów podświadomych, to jest mechanizmów motywacyjnych, obronnych, relacyjnych. Ta wzajemna interakcja dwóch orientacji terapeutycznych, odwołująca się zarówno do świadomych, jak i podświadomych aspektów dewiacji seksualnej, może synergistycznie oddziaływać na pacjenta. W efekcie zewnętrzne zmiany zachowania mogą torować przemiany wewnętrzne; dokładnie tak, jak przemiany wewnętrzne mogą zmieniać zewnętrzne zachowania.

## Elementy poznawczo-behawioralne

Techniki poznawczo-behawioralne są skuteczne w leczeniu całej gamy dewiacyjnych zaburzeń seksualnych. Sposób, w jaki te techniki zostają włączone do procesu leczenia, zależy od wielorakich czynników związanych z samym pacjentem i konkretnym procesem terapeutycznym. W terapii przestępców na tle seksualnym, np. aktywnych pedofili, zalecamy

zastosowanie kompletnego protokołu poznawczo-behawioralnego (cognitive behavioral protocol), a zwłaszcza tych jego elementów, które koncentrują się na samokontroli. Tak więc wskazane są techniki uwzględniające profilaktykę (zapobieganie nawrotom — relapse prevention), ukryte uwrażliwianie i/lub nasycenie masturbacją. Szczególnie ważna jest tu ciągła analiza potencjalnych zdolności pacjenta do popełnienia czynów dewiacyjnych i ocena, w jaki sposób pacjent poddaje się leczeniu. Ujawnienie tworzenia świadomych fantazji i zmian ich intensywności pozwala określić stopień samokontroli pacjenta. Takie oszacowanie udaje się osiągnąć poprzez różnorodne analizy samego siebie (self-report-measures), a jako diagnostykę skojarzoną można zastosować pomiary fallograficzne. Zalecamy pacjentowi, aby śledził częstość występowania swoich dewiacyjnych fantazji seksualnych i zgłaszał to w określonych odstępach czasowych. Niektórzy osobnicy z ciężkimi formami parafilii wykazują również różnorodne deficyty w sferze socjalno-interpersonalnej. W następstwie tego po osiągnięciu przez pacjenta dostatecznej kontroli nad jego dewiacyjnymi fantazjami, pragnieniami i/lub potencjalną zdolnością popełnienia czynu dewiacyjnego, zalecamy mu udział w takich formach dalszego leczenia psychoterapeutycznego, jak opanowanie stresu, trening wiary w siebie oraz trening porozumienia społecznego. Należy podkreślić, że ciężkie przypadki przestępców seksualnych są poddane działaniu organów wymiaru sprawiedliwości. Dlatego właśnie, niezależnie od tego, że doświadczony lekarz może samodzielnie pokierować ich leczeniem, są oni często włączani w specjalistyczne programy terapii.

W leczeniu bardziej łagodnych form dewiacji seksualnych, tj. leczeniu pacjentów, którzy mają za sobą dokonane akty o charakterze dewiacji seksualnych, ale stopień powtarzalności i kompulsywności tych czynów nie kwalifikuje takich osobników do grupy ciężkich przestępców seksualnych, zalecamy bardziej elastyczne podejście do stosowania technik poznawczo-behawioralnych. Jako przykład weźmy ekshibicjonistę, którego powstrzymano w jego aktywności, który osiągnął lepszą kontrolę nad sobą, ale okresowo doświadcza określonych fantazji i pragnień. Innym przykładem może być seksualny masochista, który okresowo realizuje swoje fantazje odwiedzając domy publiczne. Terapeuci przyjmujący takie bardziej selektywne zastosowanie metod poznawczo-behawioralnych nie powinni jednak umniejszać wagi profilaktyki. Powinni być natomiast w sposób ciągły niejako „uczulani” na czynniki ryzyka występujące w poznawczo-behawioralnym łańcuchu zdarzeń, składające się na wzorce doświadczeń i behavior, znajdujący swój punkt kulminacyjny w dewiacyjnym akcie seksualnym. Razem z profilaktyką (techniki zapobiegania nawrotom)

zalecamy także rozsądne zastosowanie technik „opanowania stresu”, po to, aby pomóc pacjentowi w trudnym procesie radzenia sobie ze złożoną sytuacją, która mogłaby przyczynić się do dewiacyjnych zachowań seksualnych, a nawet je sprowokować.

W leczeniu mniej ostrych przypadków dewiacji seksualnej, tj. leczeniu pacjentów, którzy nigdy nie popełnili czynu noszącego znamiona dewiacji, okresowo miewają natomiast obciążające dewiacyjne fantazje seksualne, zalecamy czasowe i wybiórcze zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych. Oczywiście, jeżeli pacjent zgłasza wzrost częstości i nasilenie intensywności świadomych fantazji seksualnych i obciążających go pragnień, terapeuta powinien zwiększyć zakres praktyk o orientacji poznawczo-behawioralnej.

### **Celowane składniki psychodynamiczne w leczeniu dewiacji seksualnych**

W przeciwieństwie do terapii psychoanalitycznej, celowane podejście psychodynamiczne jest bardziej aktywne, nakazowe i zorientowane na specyficzne objawy, tj. na dewiacyjne zachowanie seksualne. Celowana terapia psychodynamiczna jest zgodna z bieżącymi trendami w kierunku psychoterapii dynamicznej. Podejście to po raz pierwszy zostało sprecyzowane we wczesnych pracach psychoanalitycznych Ferenczego (17) i Ranka (8), a całkiem niedawno wyłożone w pismach Malana (9), Balinta (10), Sifneosa (11), Davanloo (12), Horowitza (13). Terapeuci ci reprezentują podejścia zorientowane na „jądro konfliktów” (core conflicts) i obronę. W specyficznych przypadkach znajdują one niekiedy zastosowanie.

Najważniejszym zadaniem tej formy psychoterapii jest pomoc okazana pacjentowi w osiągnięciu wglądu w znaczenie, cele i etiologiczną wagę motywujących dewiacyjnych fantazji, pełniących funkcję scenariusza życia seksualnego. W ramach technik leczenia terapeuta osiąga dostęp do podświadomych fantazji pacjenta przez wyjaśnienie mechanizmu tworzenia świadomych fantazji. Terapeuta traktuje zatem świadome fantazje pacjenta i rytualne zachowania jako swego rodzaju manifestację treści marzeń, które zapoczątkowują dostęp do podświadomych elementów kompulsywnej, dewiacyjnej seksualności. Świadome fantazje seksualne służą więc jako swoisty „leitmotif” podczas sesji terapeutycznych. W zależności od przebiegu sesji terapeuta może kłaść nacisk na osiągnięcie świadomego zrozumienia natury, celu, działania i znaczenia perwersyjnej seksualności pacjenta. Badanie nakierowane na osiągnięcie dostępu do

pamięci, odczuć, integracji interpersonalnej, a także działania obronne, składające się na dewiacyjny akt seksualny, stanowią dynamiczną podstawę leczenia. Próba połączenia aktualnych doświadczeń pacjenta z ważnymi epizodami z jego przeszłości (częściowo owe epizody związane były z traumatycznymi doświadczeniami seksualnymi) ma tutaj podstawowe znaczenie. Celem tych działań terapeutycznych jest wykształcenie „w pacjencie” wrażenia, że aktualne obciążenie w wyniku stresu przyczynia się do „napływu” wcześniej nie rozwiązanych konfliktów, wywierających tym samym nacisk na „skonkretyzowanie” objawów w działaniu. Użycie tej techniki (uncovering) pozwala zrozumieć podświadomą treść zaburzeń seksualnych pacjenta, która podpira prezentację materiału świadomych fantazji seksualnych pacjenta. Można zatem zastosować wiele różnych interpretacyjnych strategii heurystycznych o dynamicznym charakterze (p. rozdz. 6). Tutaj należy tylko jeszcze raz powtórzyć, że niezależnie od tego, jakiego używano by pojęcia interpretacyjnego, musi być ono doświadczone jako „bliskie” i powinno pozostać zamkniętym doświadczeniem życiowym pacjenta. Podobnie jak w większości form terapii psychodynamicznej, proces terapii rozwija się poprzez konfrontację, wyjaśnienie, interpretację i opracowanie (14). Terapeuta pomaga pacjentowi w badaniu dynamicznego znaczenia stresu i stanów afektywnych — szczególnie tych, które zawierają elementy utraty obiektu i narcystycznej krzywdy, a które przy bliższym poznaniu, jak się wydaje, wywołują tworzenie fantazji i dewiacyjne zachowania seksualne. Poprzez dokładne opracowanie tych wzorców psychologicznych można zwiększyć poziom kontroli ego pacjenta nad fantazjami, ten zaś proces może wspomagać wzmocnienie struktury ego pacjenta.

### **Integracja wieloczynnikowa (wieloosiowa)**

Chociaż bliskie jest nam opisane powyżej dwukierunkowe podejście do leczenia dewiacji, łączące składowe poznawczo-behawioralne z elementami psychodynamicznymi, łatwymi do stosowania u większości pacjentów, to jednak dostrzegamy również celowość i skuteczność łączenia innych modeli leczenia, opisanych wcześniej, jak terapia rodzinna czy leczenie organiczne. Chcielibyśmy także zwrócić uwagę na fakt, który wprawdzie wydaje się oczywisty, ale nie zawsze o nim pamiętamy: osobnicy o cechach dewiacji seksualnych mają często inne problemy, rozwijające się w przebiegu terapii, a wielu z nich przez wiele lat cierpi z powodu poważnych trudności charakterologicznych. Niemalże powszechne jest, że pacjenci, rozpoczynając leczenie, demonstrowają również różnie nasilone objawy depresji wywołane faktem ujawnienia ich problemów seksualnych. Nie

można o tym zapomnieć, dokonując świadomego wyboru rodzaju terapii. W przypadkach depresji zalecamy podawanie leków antydepresyjnych (Prozac), który, jak już wspominaliśmy wcześniej, daje dobre efekty w leczeniu niektórych dewiacji seksualnych.

Podstawową zasadą terapii dwuosiowej (poznawczo-behawioralnej i psychodynamicznej) jest konieczność dokonania przez terapeutę początkowej oceny zdolności pacjenta do kontroli swoich objawów dewiacyjnych. Dodatkowo terapeuta powinien oszacować psychologiczno-intelektualne zdolności pacjenta, niezbędne do przejścia przez następne stadium badań introspektywnych. Nie ma określonego, jednego, mechanistycznego podejścia, które można byłoby zastosować do wszystkich pacjentów. Podejście dwukierunkowe, o którym mówimy w tym rozdziale, może być stosowane w terapii o krótkim i średnim czasie trwania (od roku do dwóch lat), jak również w terapii długoterminowej. Oczywiście ta ostatnia będzie prawdopodobnie uwzględniała podejścia zorientowane psychoanalitycznie.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Protter B, Travin S. Sexual fantasies in the treatment of paraphiliac disorders: a bimodal approach. *Psychiatr Q.* 1987; 58:279—297.
2. Abel GG, Blanchard EB. The role of fantasy in the treatment of sexual deviation. *Arch Gen Psychiatry.* 1974; 30:467—479.
3. Meichenbaum DH. *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach.* New York, NY: Plenum Press; 1977.
4. Mendelsóhn E, Silverman LH. The activation of unconscious fantasies in behavioral treatments. In: Arkowitz H, Messer, SB, eds. *Psychoanalytic Therapy and Behavior Therapy: Is Integration Possible?* New York, NY: Plenum Press; 1984.
5. Messer SN. Behavioral and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. *Amer Psychol.* 1986; 41:1261—1272.
6. Wachtel PL. *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an Integration.* New York, NY: Basic Book; 1977.
7. Ferenczi S. The further development of active therapy in psychoanalysis. In: Rickman J, ed. *Further Contributions to the Theory and Techniques of Psychoanalysis.* London, England: Hogarth Press; 1950.
8. Rank O. *Will Therapy.* New York, NY: Knopf; 1947.
9. Malan DH. *Frontiers of Brief Psychotherapy.* New York, NY: Plenum Press; 1976.
10. Balint M, Ornstein PH, Balint E. *Focal Psychotherapy.* Philadelphia, Pa: JB Lippincott; 1972.
11. Sifneos PE. *Short-Term Psychotherapy: Evaluation and Technique.* New York, NY: Plenum Press; 1979.
12. Davanloo H, ed. *Short-Term Dynamic Therapy, I.* New York, NY: Jason Aronson; 1980.
13. Horowitz M, Marmor C, Krupnick J, Wilner N, Kaltreider N, Wallerstein R. *Personality Styles and Brief Psychotherapy.* New York, NY: Basic Books Inc; 1984.
14. Bibring E. Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *J Amer Psychoanal Assoc.* 1954; 2:745—770.

## 10. Zastosowanie praktyczne integracyjnych metod leczenia

Dewiacja seksualna, jak już dyskutowano w tej książce, nie jest zjawiskiem jednostkowym. Przybiera różne postacie, o różnej sile natężenia. Z praktycznego punktu widzenia, najbardziej istotna jest różnica między takimi formami dewiacji, w których istnieje zagrożenie dla potencjalnych ofiar, a tymi, które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia dla innych. Pacjenci z pierwszej grupy trafiają na leczenie zwykle w wyniku postępowania sądowego. Pacjenci z drugiej grupy natomiast w wyniku patologii, która nie musi być problemem natury seksualnej. Takie generalne różnicowanie nie zawsze odpowiada rzeczywistości. Oznacza to, że podczas leczenia terapeuta może zawsze odkryć, że pacjent doświadcza fantazji lub pożądań, które stanowią potencjalne zagrożenie dla innych, lub co gorsza — dokonuje aktów dewiacyjnych.

Ze względu na złożoność zaburzeń seksualnych i różnice w metodach leczenia spróbujemy przedstawić pacjentów z dewiacjami seksualnymi różnych typów. Poszczególne kategorie pacjentów zademonstrujemy ilustrując poszczególne przypadki. Wszelkie inicjały zostały zmienione w celu zachowania anonimowości pacjentów, wszelkie aspekty merytoryczne wybrali autorzy lub ich przełożeni. Należy podkreślić, że klasyfikacja pacjentów odpowiada w przybliżeniu zaproponowanemu w DSM-III-R kategoriom ciężkości parafilii. Jest to jednak klasyfikacja przybliżona, gdyż w głównej mierze opiera się ona na doniesieniach samego pacjenta, raportach policji lub kuratorów oraz pomocniczych ocenach psychofizjologicznych. Wszelkie te metody mają ograniczoną wiarygodność.

Jak już wspomniano wyżej, nasz sposób leczenia opiera się na konstrukcji bimodalnej (dwuosiowej): poznawczo-behawioralnej i psychodynamicznej. Jesteśmy jednak bardzo elastyczni w naszym podejściu do dewiacji i możemy dołączyć inne pomocnicze aspekty.

1. *Pacjent z ciężką formą parafilii* — plan leczenia:
  - a) specjalny program dla leczenia parafilii — przypadek 1
  - b) skierowany przez lekarza — przypadek 2
  - c) dewiacja ujawniona w czasie psychoterapii — przypadek 3
2. *Pacjent z umiarkowaną formą parafilii* — plan leczenia:
  - a) program specjalny dla leczenia parafilii
  - b) skierowany przez lekarza
  - c) dewiacja ujawniona w czasie psychoterapii — przypadek 4 i 5
3. *Pacjent z łagodną formą parafilii* — plan leczenia:
  - a) skierowany przez lekarza
  - b) dewiacja ujawniona w czasie psychoterapii — przypadek 6
4. *Dewiacje seksualne o charakterze przejściowym*
  - a) dewiacja ujawniona w czasie psychoterapii — winieta kliniczna
5. *Pacjent z seksualnymi zaburzeniami o charakterze kompleksowym (nieparafilnym)* — plan leczenia:
  - a) dewiacja ujawniona w czasie psychoterapii — przykład kliniczny
  - b) skierowany z gabinetu prywatnego
  - c) program samopomocy
6. *Dewiacje seksualne kobiet*

### **Pacjent z ciężką parafilią**

Zgodnie z klasyfikacją DSM-III-R, ciężki przypadek parafilii to „osobnik, który powtarza akty zaspokajające jego pragnienia o charakterze parafilii” (str. 281). Pacjenci z ciężką parafilią są zwykle kierowani do psychoterapeuty przez organy prawne. Zwykle wchodzi w specjalny program leczenia, często o charakterze terapii grupowej. W ostatnich latach wzrasta liczba lekarzy prywatnych, którzy wierzą w możliwość wyleczenia parafilii zgodnie z panującymi trendami w leczeniu nałogów. Należy jednak podkreślić, że praktycznie żaden pacjent z ciężką formą dewiacji nie zgłosił się sam do lekarza, tzn. nie był skłonny poddać się leczeniu bez nacisków zewnętrznych. Można rozważyć trzy podstawowe przyczyny takiego braku „samomotywacji”:

1. Wielu tym zaburzeniom towarzyszy przyjemność określana jako egosyntoniczna (współtowarzysząca).
2. Wstyd w przypadku ujawnienia dewiacji.
3. Obawa, że psychoterapeuta zamelduje odnośnym organom o przestępczym charakterze dokonywanych czynów.

Dodatkowo każdy psychoterapeuta powinien zwracać uwagę, czy proces leczenia, rozpoczęty z innych powodów, nie ujawni rzeczywistych problemów pacjenta mających charakter ciężkiej dewiacji.

### **Specjalny program leczenia**

Ogólnie problem leczenia przebiega według ustalonego protokołu, z precyzyjnie określonymi kryteriami przynależności do grupy terapeutycznej. Zwykle prowadzi się terapię grupową. Potrzebna jest bliska współpraca z organami wymiaru sprawiedliwości (zawieszenie kary lub zwolnienie warunkowe). Ważne jest zapobieganie nawrotom. Pacjent podpisuje szczegółowy formularz, w którym zgadza się na przestrzeganie programu leczenia.

#### **Przypadek 1. Pedofilia, ta sama pleć**

Pan A., 34-letni kawaler, niepracujący, w okresie zwolnienia warunkowego skierowany na leczenie męskiej pedofilii według specjalnego programu. Oskarżony o sodomie. Ofiarami byli dwaj chłopcy w wieku 5 i 7 lat. Podczas pobytu w więzieniu stanowym (5 lat) sporadycznie brał udział w spotkaniach grupy reprezentującej prawa ofiar przestępstw seksualnych. W początkowej fazie terapii pan A. pomniejszał znaczenie swoich aktów seksualnych z chłopcami, utrzymując, że „zaprzyjaźnił się z nimi, a przy okazji popieścił”. Zgodził się poddać pełnemu protokołowi badania i chociaż uważał, że nie ma żadnych problemów seksualnych, był skłonny zaakceptować leczenie w przypadku, gdyby terapeuta uznał je za konieczne. Wywiad socjalny i seksualny ujawnił wzorzec o typie izolacyjnym. Pacjent dużo czasu spędzał z młodymi chłopcami, pełniąc określone funkcje: zarządcy obozów, lidera grup młodzieżowych. Z oporami przyznał, że miewa fantazje erotyczne ukierunkowane na młodych chłopców. Prowadzący wywiad odnosili wrażenie, że pacjent nie w pełni wyrażał swoje doświadczenia. Badanie fallograficzne ujawniło silną reakcję pobudzania na widok małych chłopców i umiarkowaną skłonność do przemocy. Badający pacjenta stwierdzili, że ma on minimalny wgląd i świadomość psychologiczną oraz poważne problemy pedofiliczne, wymagające natychmiastowej interwencji. Zapoznany z taką oceną pacjent zgodził się na leczenie. Poddano go terapii poznawczo-behawioralnej. Pierwszym zadaniem było zapewnienie kontroli nad seksualnością pacjenta, wykazującą cechy dewiacji. W pierwszej fazie terapii grupowej poinformowano członków grupy o indywidualnych czynnikach ryzyka. Pan A. wyraził zgodę na rezygnację ze wszelkich kontak-

tów z małymi chłopcami, co było warunkiem dalszego leczenia. Wówczas wprowadzono grupę w dwa zadania poznawczo-behawioralne, podlegające samokontroli: ukryte uwrażliwianie i nasycenie poprzez masturbację. Przeprowadzone później badania fallograficzne ujawniły, że pobudzenie seksualne pana A. na widok małych chłopców znacznie zmniejszyło się.

Ze względu na wyjątkowo niską samoocenę, umiarkowaną depresję i trudności w kontaktach międzyludzkich lekarze ocenili, że dla pana A. byłaby korzystna krótkotrwała wspomagająco-ekspresywna psychoterapia indywidualna, ukierunkowana na określone cechy charakterologiczne. W dzieciństwie pan A. sam był ofiarą molestowania seksualnego ze strony członka rodziny. Było oczywiste, że jego dewiacyjna seksualność była, przynajmniej częściowo, odtworzeniem tłumionych gwałtownych uczuć. Pan A. był jednak w stanie w pełni zrozumieć źródła swoich problemów seksualnych. Co więcej, indywidualna psychoterapia okazała się wartościowym uzupełnieniem terapii grupowej, ponieważ wzmocniła przeświadczenie pacjenta o własnej odrębności.

Terapia grupowa koncentrowała się dalej na zadaniach socjalno-rehabilitacyjnych i edukacji seksualnej. Ta faza leczenia trwała około roku. Później pacjenci przeszli do grup zapobiegania nawrotom.

### Pacjenci skierowani przez lekarza

W zasadzie należałoby dokonać podziału na: specjalistów, którzy leczą wielu tego typu pacjentów, i „ogólnych” psychiatrów, dysponujących szeroką wiedzą, ale rzadziej leczących pacjentów z dewiacjami seksualnymi. Specjaliści mają zatem większe możliwości oferowania indywidualnej i/lub grupowej terapii, podczas gdy lekarze „ogólni”, którzy tylko okazjonalnie spotykają się z parafilią, mogą raczej informować o indywidualnym leczeniu. A zatem lekarz ogólny powinien umieć rozpoznać problemy pacjenta i wysłać go do odpowiedniego specjalisty z tej dziedziny. Lekarz ogólny, decydujący o tym, czy ciężki przypadek parafilii skierować do specjalisty, powinien mieć świadomość istnienia technik diagnostycznych (testów psychologicznych), czynników prawno-sądowych, jak również specjalistycznych technik terapeutycznych.

### Przypadek 2. Pedofilia, płeć przeciwna, kazirodztwo

Pan B., 39-letni mężczyzna, urzędnik w dużej korporacji. Żona pacjenta zażądała, aby opuścił on rodzinę (ją i dwoje dzieci), po tym, jak ich

12-letnia córka poinformowała matkę, że miała stosunki seksualne z ojcem. Pani B. skontaktowała się z organizacją broniącą spraw dziecka i cała sprawa znalazła się w Sądzie Rodzinnym. Pana B. czasowo osadzono w areszcie. Zwolnienie warunkowe pana B. mogło nastąpić po rozpoczęciu leczenia psychiatrycznego. Pozostałych członków rodziny skierowano do innego terapeuty.

Pan B. wybrał prywatnego lekarza, specjalistę w dziedzinie leczenia zaburzeń seksualnych. Pan B. nie zaprzeczył, że utrzymywał stosunki seksualne ze swoją dwunastoletnią córką, ale twierdził, że zdarzyło się to tylko trzy razy w ubiegłym roku. Później twierdził, że to właśnie córka zachowywała się w stosunku do niego uwodzicielsko i sprawiała wrażenie zadowolonej z fizycznych kontaktów. Niekiedy czuł się winny, ale przekonanie, że jego córka wydaje się czekać na fizyczne przejawy miłości do niej, tłumilo jego poczucie winy. Co więcej, swoją żonę opisywał jako oziębłą i obojętną w stosunku do niego i córki. Podał także, że w ostatnim roku przeżył wiele sytuacji stresowych w miejscu pracy.

Dodatkowo, poza standardowym wywiadem psychiatrycznym, terapeuta przeprowadził pełen wywiad seksualny i zalecił wykonanie wielu testów psychometrycznych. Testy te dały dość niejednoznaczne informacje, wskazując na umiarkowane zainteresowanie pacjenta młodymi kobietami. Pacjent jednak upierał się, że chociaż miewa czasami fantazje seksualne z udziałem młodych kobiet, to jednak nigdy nie chciał zrealizować tych fantazji lub pragnień poza własną rodziną. Terapeuta także zalecił badanie fallograficzne, ale pan B. nie zgodził się na jego przeprowadzenie. W świetle faktu, że pacjent wydawał się nie stanowić zagrożenia, terapeuta postanowił odłożyć konfrontację do przyszłej interwencji klinicznej.

Wywiad seksualny ujawnił, że matka pacjenta uwodziła go, gdy był jeszcze dzieckiem; spędzała z nim przesadnie dużo czasu w łóżku, kąpała go do 12 roku życia, chodziła po domu w niekompletnym stroju. Ciągłe wypytywała go i wtrącała się w jego kontakty z rówieśnikami. Układ rodzinny przypominał trójkąt, w którym pan B., jako mały chłopiec, przyjął rolę małego mężczyzny-męża. Pan B. był jedynakiem. Jego ojciec często wyjeżdżał służbowo. W opisie pacjenta była to daleka, bezbarwna i obojętna osoba. Pan B. podejrzewał ojca o zdradę małżeńską. Jeszcze do niedawna matka pana B. przysyłała synowi romantyczne kartki walentynkowe. Rok wcześniej pacjent dowiedział się po raz pierwszy, że jego matka była seksualnie molestowana przez jej ojca (dziadka pacjenta). W wieku dwudziestu lat pan B. zaczął pracować na dziecięcym obozie letnim, gdzie

miewał fantazje seksualne, dotyczące niektórych uczestniczek obozu. Niepokoiło go to, potrafił jednak zapanować nad swoimi fantazjami, które nawracały, niezbyt często, w ciągu lat i tylko wtedy, gdy był pod wpływem stresu; 26-letni pan B., wkrótce po ukończeniu szkoły (bankowej) ożenił się z 19-letnią, młodo wyglądającą kobietą, absolwentką wyższej uczelni, zatrudnioną jako sekretarka w firmie pana B. W czasie ich 13-letniego małżeństwa występowali do sądu o rozwód z powodu braku porozumienia i apatii seksualnej żony. Pacjent skarżył się także na jej swarliwość i wtrącanie się w jego sprawy. Pacjent wyrażał się jasno, demonstrował wysoki stopień świadomości psychologicznej i zdolność rozumienia swoich problemów. Z uwagi na wnikliwość pacjenta, przychylnie potraktowano jego prośbę o zastosowanie leczenia indywidualnego. Terapeuta zdawał sobie sprawę, że — zależnie od przebiegu leczenia — będzie mógł dokonać indywidualnych, odpowiednich zmian.

Należy jeszcze raz podkreślić, że według koncepcji dwuosiowej (bimodalnej), w przypadku pacjentów o złej samokontroli, jak również wtedy, gdy istnieje ryzyko powtarzania ich aktów seksualnych, wdraża się natychmiast techniki samokontroli. W ślad za stopniowym odzyskiwaniem kontroli nad reakcjami pacjentów, terapeuta rozpoczyna skoncentrowaną terapię psychodynamiczną. W przypadku pana B. rozpoczęto leczenie stosując jednocześnie dwie składowe: metodę poznawczo-behawioralną i psychodynamiczną. Ostrzeżono jednocześnie pacjenta, żeby w czasie leczenia unikał pozostawiania sam na sam ze swoją córką, lub jakąkolwiek inną młodą kobietą.

Początkowo zadania poznawczo-behawioralne koncentrowały się na wykorzystaniu opowiadań o zdarzeniach i doświadczeniach, połączonych z treścią świadomych fantazji. W teście „utajonego uwrażliwiania” pacjent skonstruował łańcuch zdarzeń i wewnętrznych doświadczeń, włączając w to stany afektywne, odbieranie wrażeń, sensacji, wpływających na treść fantazji, prowokujących i prowadzących do czynów seksualnych o charakterze dewiacji. Pacjent opisał typowy scenariusz powrotu z pracy do domu. W opisie tym demonstrował cechy dysforii i obniżone poczucie własnej wartości, w następstwie przekonania o niedocenianiu jego wysiłków zawodowych (zależność służbowa: dominujący szef-pacjent). Takie odczucia dysforyczne o umiarkowanym nasileniu narastały w domu, podsypane chłodem, krytycyzmem i ogólnie odtrącającym podejściem jego żony. Pan B. stawał się zły, używał obraźliwych określeń, którym towarzyszyły myśli typu: „ta głupia dziwka nigdy mnie nie zrozumie”. Później popadał zwykle w odrętwienie i zaczynał fantazjować. W fantaz-

jach przytulał i pieścił starszą córkę, myśląc przy tym: „dzięki niej mogę to wszystko znieść”. Żona pana B. szła do łóżka zwykle wcześniej niż on, co stwarzało mu dobre warunki do wizyt w pokoju córki. Budził córkę, a ona pytała, jak mu minął dzień w pracy i całowała go. Pan B. interpretował tę scenę jako wyraz pożądania przez córkę przyszłego kontaktu fizycznego. Zwykle pan B. pieścił przed stosunkiem piersi swojej córki; w procesie terapii „przełączał się” i koncentrował na wymyślonej przez siebie odrażającej scenie (w ramach zadania poznawczo-behawioralnego). Odrażająca scena, którą wymyślał pan B., wygląda następująco: do domu przychodzi policja, aresztuje go i zakłada kajdanki, żona krzyczy na niego, a córki płaczą. Taki proces uwrażliwiania kontynuowano przez 6 tygodni.

W procesie nasycenia masturbacyjnego pan B. skonstruował hierarchię przyjemnych doznań seksualnych, które przeżywał ze swoją córką w następującym porządku. Na początku był stosunek seksualny, po nim następowały pieścizoty pochwy, piersi i głębokie pocałunki. W czasie nagrywania na magnetofon tej sceny pan B. masturbował się, fantazjując o normalnych stosunkach seksualnych z dorosłą kobietą przez 10 minut lub do wytrysku. Później kontynuował masturbację aż do punktu nasycenia i fantazjował o stosunku seksualnym ze swoją córką, podkreślając, że ma 39 lat, a jego córka 12. Każda z tych hierarchicznych scen dewiacyjnej wyobraźni seksualnej trwała około 10 minut. Całe nagranie trwało 1 godzinę. Podobnie jak poprzedni test, nasycenie masturbacyjne kontynuowano przez 6 tygodni.

Terapia psychodynamiczna przebiegała od dyskusji o powierzchownych treściach seksualnych do odkrywania głębiej ukrytych znaczeń dewiacyjnej seksualności. Bezpośrednie punkty referencyjne dewiacyjnego zachowania seksualnego, które stanowiły połączenie pomiędzy podejściem poznawczo-behawioralnym a metodologią psychodynamiczną, były zdarzeniami strukturalnymi (łańcuch zewnętrznych i wewnętrznych doświadczeń, które pacjent prezentował w czasie procedury uwrażliwiania). Ten opis łańcucha zdarzeń, prowadzących do aktu seksualnego, dostarczył roboczego paradygmatu, z którego terapeuta korzystał tworząc topografię znaczeń — świadomość, przedświadomość i nieświadomość — dewiacyjnej seksualności. W zasadzie ten łańcuch ukrytych doświadczeń służył jako swojego rodzaju podstawowy materiał źródłowy, podobnie jak treść powtarzających się marzeń. W czasie leczenia terapeuta wielokrotnie koncentrował się na tym materiale, który według niego stanowił „leitmotif” przyszłych rozważań.

Początkowym celem terapii było zwiększenie zdolności pacjenta do wyrażania tak jasno, jak to możliwe, niuansów jego subiektywnych przeżyć



pełnych emocji, które towarzyszą opowiedzianej sekwencji zdarzeń, kończących się seksualizacją jego doświadczeń. Sekwencję zdarzeń „drugiego rodzaju” można uporządkować następująco: obojętność i niedoceniecie ze strony jego szefa wywołuje uczucie frustracji, bezsilności, złości, natomiast niedoceniecie siebie — niską samoocenę. W domu — złośliwości, wymagania, odrzucenie przez żonę wzmagają jego poczucie złości i dysforii. Ten napór napięć afektywnych prowadzi do punktu, w którym pacjent czuje się zmuszony do osiągnięcia swego rodzaju wyzwolenia/odprężenia. Staje się to wówczas, kiedy w treściach jego fantazji zaczyna dominować córka. Te wymyślone treści, natychmiast seksualizowane, są niejako stymulowane przez zaburzenia poznawcze stwarzające poczucie, że reakcje jego córki są oczekiwaniem na zespolenie seksualne. Tak więc terapeuta naszkicował wspólnie z pacjentem sekwencję odczuć (których pacjent się wstydził w formie jasno wyartykułowanej), jako następstwo określonych stanów afektywnych, przekształcających się w dewiacyjną seksualność. W tym punkcie terapeuta wprowadził ćwiczenia poznawczo-behawioralne w celu treningu umiejętności socjokomunikacyjnych, mające pomóc pacjentowi w jego zaburzonych kontaktach interpersonalnych; równocześnie prowadzona była analiza psychodynamiczna. W procesie terapii psychodynamicznej, bezpośrednio pytany, pacjent zaczął analizować w szczegółach treści, które podkładał pod swoje fantazje masturbacyjne i doświadczenia seksualne. W procesie terapii narastało w nim poczucie bezpieczeństwa i na pewnym etapie terapii ujawnił po raz pierwszy, że pieśczozy z córką rozpoczął i kontynuował na dwa lata przed rozpoczęciem z nią stosunków seksualnych. Po tym wyznaniu pacjent stał się bardziej otwarty i swobodny, przewartościował też precyzyjnie swoje wspomnienia związane z matką i kontaktami z nią, które to kontakty miały podtekst seksualny. Na uwagę zasługuje również opis epizodów z jego nastoletniego życia: ubierał się w bieliznę matki i masturbując się wyobrażał sobie, że jest „powalony” (w celach seksualnych) przez silnego mężczyznę. W innych sytuacjach podniecała go własna erekcja obserwowana w lustrze i wówczas — masturbując się — wyobrażał sobie podobną sytuację, jak wyżej. Komentował, że w takich razach czuł, że jest zarówno kobietą, jak i mężczyzną.

W procesie odkrywania tak bogatego przepływu treści dynamicznych terapeuta ponownie wprowadził aspekt „pierwotnego łańcucha”, zwracając szczególną uwagę na fantazję dotyczącą zaspokojenia seksualnego przez córkę. Teraz pacjent był bardziej przygotowany i zdolny do poszukiwań związków między tymi fantazjami a swoimi doświadczeniami z dzieciństwa, dotyczącymi seksualnie zabarwionych kontaktów z matką. Zaczął przypominać sobie dotychczas tłumione odczucie zaspokojenia, w pewien sposób

niepokojące, a niekiedy nawet wręcz odrzucane, towarzyszące „fizycznemu usługiwaniu matce”. Wydawało mu się, że tego typu kontakty z matką zwykle zdarzały się podczas nieobecności ojca. Pacjent był w stanie połączyć także niektóre swoje tłumione odczucia w stosunku do niedostępnego ojca z aktualnymi odczuciami w stosunku do swojego szefa.

Pod koniec pierwszego roku leczenia pacjent zaczął pracować z psycho-terapeutą nad materiałem z głębszych obszarów podświadomości, gdzie można już rozważać pewne interpretacje psychogenetyczne. Terapeuta był w stanie rozwinąć związki asocjacyjne pacjenta, zawarte na tych głębszych poziomach, dzięki ponownemu wprowadzeniu świadomych fantazji pacjenta z „łańcucha pierwotnego”, tj. złości i frustracji w pracy, odrzucenia i gniewu żony, pocieszenia i seksualnego ukojenia ze strony córki. W tym ciągłym, utajonym procesie analitycznym terapeuta mógł towarzyszyć pacjentowi w osiągnięciu lepszego zrozumienia podświadomych treści jego świadomych fantazji seksualnych. Zasadniczo podświadomy materiał fantazji pacjenta był szeroko zakorzeniony w jego psychice, a skonkretyzował się w objawach seksualnych. Na taki jakby „przeterminowany” objaw seksualny można spojrzeć pluralistycznie, uwzględniając wiele klasycznych teorii i teorii zorientowanych na zagadnienia relacji. Psychodynamika ujawniła natomiast obraz młodego chłopca, u którego lęk przed kastracją nabrał intensywności, w seksualnie kompensującym go związku z nieszczęśliwą i sfrustrowaną matką, pełną negatywnych odczuć w stosunku do nieobecnego i niedostępnego męża. Ten związek z matką, o zabarwieniu seksualnym, służył pogłębieniu jego wyimaginowanego lęku przed odwetem ojca i składał się na obraz dysforycznych uczuć, gdy kurczowo przylegał do swojej matki, szukając pocieszenia i bezpieczeństwa. To zbliżenie do matki prowadziło do bliższej, chociaż pełnej obaw, ambiwalentnej identyfikacji z nią. Terapeuta zasugerował, że matka pacjenta, sama wykorzystywana seksualnie w dzieciństwie, prawdopodobnie zapoczątkowała kontakty seksualne z dzieckiem już we wczesnym okresie jego życia, ze względu na własne potrzeby emocjonalne. Terapeuta pomógł pacjentowi zrozumieć, że jego wcześniejsze „rytuały” masturbacyjne, takie jak noszenie bielizny matki, fantazje, że jest kobietą, erotyczna stymulacja i oglądanie własnej erekcji w lustrze, manifestowały potrzebę potwierdzenia poczucia męskości.

Dodatkowo, taki rytuał miał pomagać pacjentowi w chwilach, kiedy próbował odseparować się od nadopiekuńczej i jednocześnie pełnej potrzeb matki. Terapeuta podkreślał, że pacjent doświadczył trudnego procesu, jakby podziału własnej indywidualności. Wcześniejsze dynamiczne treści powróciły w trudnej sytuacji życiowej. Jego kłopotliwe doświad-

czenia z szefem w pracy przypominają w pewnym stopniu doświadczenia z odległym, nieobecny, starszym ojcem. Związek z żoną i córką wydaje się być natomiast wynikiem operacji „rozszczenia” między dwoma „postrzeganiem” zaangażowanej w ten proces matki, od której pacjent de facto nigdy nie był w stanie odejść w sensie psychicznym. Tak więc żona reprezentowała „złą”, kontrolującą i niszczycielską matkę, córka natomiast odpowiadała „dobrej”, pocieszającej matce, do której nasz pacjent był ciągle patologicznie przywiązany. Dodatkowo role „odwracały się”, gdy podtrzymywał identyfikowanie się z własną matką, przez nadanie swojemu związkowi z córką wymiaru seksualnego, jak niegdyś zrobiła to z nim jego matka. Co więcej, związek seksualny z córką służył spełnieniu odwetowej agresji wymierzonej w matkę, do której pacjent podświadomie żywił gniew.

### Dewiacje ujawnione w procesie psychoterapii

#### Przypadek 3. Masochizm

Pan C., 41-letni żonaty mężczyzna, ojciec dwojga małych dzieci, właściciel drukarni, zgłosił się na leczenie psychoterapeutyczne na skutek nalegań żony. Zaniepokoiły ją uleganie hazardowi i okazjonalne zażywanie kokainy, połączone z zaniedbywaniem obowiązków małżeńskich. Zagroziła odejściem. Pan C. rozpoczął leczenie od sesji psychoterapeutycznych, powtarzanych dwa razy w tygodniu i zgodził się, aby w miarę rozwoju sytuacji i potrzeb psychoterapii żona mogła uczestniczyć w tych seansach. Pan C. był mężczyzną o średnio poprawnych manierach, wybrednym, biernym i skrupulatnym. Utrzymywał, że rozpoczął własną działalność dla uniknięcia sztywnych reguł zatrudniania w dużych przedsiębiorstwach, a ponadto cenił sobie niezależność w gospodarowaniu własnym czasem. Był w pewien nieokreślony sposób „uzależniony” od hazardu, ale powiedział, że jest gotów go porzucić. Przyznał także, że zażywał kokainę raz lub dwa razy w tygodniu i że jest to problem, w rozwiązaniu którego oczekuje pomocy. Terapeuci ukierunkowali swoją interwencję na oba te problemy, jak również na leżące u podstaw nieprawidłowości nieporozumienia z żoną. Jego żona uczestniczyła w kilku sesjach. Terapia indywidualna trwała około 5 miesięcy i koncentrowała się na prezentacji problemów i trudności małżeńskich. Dużą uwagę skierowano na związek pacjenta z jego dominującą i „jędzowatą” matką. Pacjent był jedynakiem, jego ojciec zmarł na atak serca, gdy chłopiec miał 5 lat. Swoje stosunki z matką z okresu dzieciństwa i starszego wieku opisał jako poddane pełnej kontroli matki; był kontrolowany, „jak pajak złapany

w pajęczynę”. Jego uczucia do matki były ambiwalentne. Terapeuta zaczął postrzegać hazard i zażywanie kokainy jako rodzaj ekstatycznej ucieczki z więzienia w samym sobie. Po kilku miesiącach pan C. stwierdził, że zaprzestał hazardu i przyjmowania kokainy. Mimo to terapeuta odnosił wrażenie, że sesje odbywały się ze względu na potrzebę ochrony bardziej intymnych sfer życia pacjenta, szczególnie życia seksualnego. Tutaj terapeuta czuł, że mówi do „dobrego” pacjenta, ale nie wiedział na pewno, nie znał pana C. jako człowieka.

W ciągu 9 miesięcy terapii pan C. przychodził na swoje sesje pełen lęku. Utrzymywał, że myśli o wycofaniu się z leczenia, ponieważ interesy szły kiepsko i nie mógł dłużej pozwolić sobie na wydatki. Żona wyprowadziła się z domu i mieszkała z matką. Niedawno odkryła, że brakuje 1000 dolarów z ich wspólnego konta. Później pacjent przyznał się, że powrócił do kokainowego przyzwyczajenia. Zapytany przez terapeutę, dlaczego nie powiedział o tym wcześniej, pan C. załamał się, rozplakał i wyraźnie się zawstydził. Wyznał, że większość pieniędzy wydał na drogie prostytutki, które angażował do praktyk sadomasochistycznych, połączonych z nadużywaniem kokainy.

Pan C. ujawnił, że skłonności masochistyczne przejawiał przez większość swojego dorosłego życia. W trakcie kilku następnych sesji zawstydzony i zmieszany odkrył swoje następne cechy świadczące o dewiacji seksualnej. Opisał nieprzepatą chęć, aby od czasu do czasu dominująca kobieta w butach na obcasie, ubrana w czarny strój ze skóry, biczowała go, oblewała moczem, wiązała i obrażała słownie. W czasie tych „seksualnych spektakli” on sam zakładałby chętnie śliniaczek. Były okresy, że przez dwa miesiące trzy razy w tygodniu odwiedzał prostytutki o cechach kobiet dominujących. Ta skłonność seksualna trwająca latami pochłonęła małą fortunę, ale nie mógł odmówić sobie „podwójnego życia”. Rzeczywiście po raz pierwszy opowiedział o tym osobie trzeciej i błagał teraz terapeutę, aby ten nie ujawnił tajemnicy jego żonie. Utrzymywał, że po wielu latach uprawiania tych praktyk chciał z nimi skończyć i wtedy zauważył, że dewiacja seksualna stała się ponad wszystkim: ponad małżeństwem i interesami. Zrozumiał, że chociaż czasami uprawiał hazard, to był on tylko pretekstem do wytłumaczenia utraty pieniędzy. Prawdziwym powodem była jego kompulsywna dewiacyjna seksualność, której towarzyszyło nadużywanie kokainy.

W wyniku tego dramatycznego odkrycia zmieniono plan terapii. Pierwszym zadaniem leczenia było ustalenie natury podstawowego łańcucha zachowań prowadzących do wykształcenia dewiacyjnej seksual-

ności. Na ten łańcuch składało się bardzo obciążające, „wszechogarniające” odczucie stresów w miejscu pracy, prowadzące do obniżenia oceny własnej wartości i poważnego samooskarżenia o nieadekwatność, wyobrażanie sobie scen, w których dominująca kobieta wykorzystywała pan C. fizycznie i emocjonalnie, telefonowanie do domu publicznego, żeby zamówić wizytę i na koniec — wizyta tamże. Leczenie przebiegało jednocześnie trzema torami, przy zróżnicowaniu stopnia intensywności zależnie od rozwijającego się procesu terapeutycznego. Te trzy tory terapii to samoanaliza ukrytego uwrażliwiania, umiejętność opanowania stresu i kierowania terapią psychodynamiczną. Terapia ukrytego uwrażliwiania, którą dopełniał łańcuch osobistych, odrażliwiających scen z życia pacjenta, miała pomóc panu C. w osiągnięciu kontroli nad własnymi impulsami. Stosowano technikę nauki opanowywania stresu, włączając w to „zaszczepienie stresu” i proces poznawczy. Stopniowo nabierało znaczenia drażnienie specyficznych treści psychodynamicznych, związanych z zaburzeniami życia seksualnego pacjenta, to jest z masochizmem seksualnym. Z uwagi na patologiczny stosunek pacjenta do dominujących kobiet, wydawałoby się pożyteczne zbadanie w szczególności sposób charakteru wczesnych związków pana C. z jego matką. Okazało się, że związek matka—syn naznaczony był ciągłym oczekiwaniem, że działania syna nakierowane będzie w sposób ciągły na zabezpieczenie potrzeb matki. W efekcie syn został ustawiony w roli „umażonkowanego” dziecka, ciągle był niedoceniany, ponieważ nigdy nie dorósł do tej roli. I tak w konsekwencji pan C. czuł wściekłość, ale nie mógł wyrazić swoich uczuć z powodu strachu przed opuszczeniem i odwetem ze strony matki. Wiele z tych odczuć utrwaliło się w jego podświadomości i uwidoczniły się one dopiero w procesie terapii.

Stało się oczywiste, że powtarzane czyny seksualne, tj. masochizm seksualny, reprezentują „stop” tematów psychodynamicznych, łączących motywy klasyczne, relacyjne z psychologią jaźni. W obrębie klasycznej struktury na „edypowe” stadium rozwoju pacjenta miało wpływ zarówno odczucie substytucji ojca w osobie matki w jej szczególnym sposobie kontroli (kastacja) i oczekiwana przez syna rola ojca (zwycięstwo Edypa), dające w efekcie intensyfikację podświadomej winy Edypa. Ta wina Edypa może być pochodną potrzeby bólu w zamian za przyjemność. Z punktu widzenia teorii relacyjnej pacjent nigdy efektywnie nie odseparował się od swojej projekcji ukierunkowanej na matkę (maternal introject) [z uwagi na traumatyczny charakter ich stosunków] i, de facto, włączył ten konstrukt w sceny dewiacyjne, które odtwarzał w sposób ciągły i kompulsywny. W efekcie masochistyczny seksualny scenariusz jest repliką bolesnego związku uczuciowego. Raz zadany mu przez matkę ból przekształca się

przez działania dewiacyjne w zwycięstwo przyjemności. W pewien sposób dewiacja służy także utrzymaniu związku z matką. Ale ten powtarzający się związek może dostarczyć tylko chwilowego uwolnienia od niestabilnych stanów jaźni i nigdy nie może naprawić deficytów w wewnętrznych strukturach jaźni, co podtrzymuje aktualną dewiację seksualną. Po krótkotrwałym zadowoleniu (satysfakcji) z aktu dewiacji pacjent doświadcza narastającego wstydu, poczucia winy, stresu (strach przed ujawnieniem i utratą rodziny), co wzmacnia jego dysforyczne, niepełne poczucie jaźni. W ten sposób zamyka się błędne koło. Zadanie terapeuty ma charakter bardziej „humanizujący”, polega na wzmocnieniu zdolności pacjenta do radzenia sobie z zadaniem „naprawy” fragmentarycznych odczuć, które wcześniej pchały go do działań dewiacyjnych. W miarę postępu terapii pacjent ujawniał coraz więcej swoich wewnętrznych problemów, co sprawiło, że leczenie stało się bardziej efektywne i sprzyjało unormowaniu jego zaburzonego życia emocjonalnego.

Później, gdy pan C. pełniej kontrolował swoje zachowanie, zgodził się na kontynuowanie terapii w obecności żony (terapia pary). Choć pacjent nigdy nie ujawnił w obecności żony istoty swojej dewiacji seksualnej, wyraził swoje niezadowolenie (brak satysfakcji seksualnej) z powodu jej bierności. Doprowadziło to do pewnej poprawy ich związku seksualnego, co więcej, umiejętność kontrolowania wydatków na prostytutki poprawiła sytuację finansową pana C. i zmniejszyła ogólny stres.

### Pacjent z umiarkowaną formą parafilii

Klasyfikacja według DSM-III-R określa pacjentów z umiarkowaną formą parafilii jako osobników „okazjonalnie reagujących na bodźce o charakterze parafilii”. Podobnie jak ciężkie przypadki parafilii, pacjenci tacy mogą być włączeni w specjalistyczne programy terapeutyczne, trafiać do gabinetów lekarskich lub szukać pomocy z powodu innych problemów.

#### Przypadek 4. Ekshibicjonizm i podglądactwo — ujawnione w procesie psychoterapii

Pan D., 34 letni sprzedawca butów, trafił do psychoterapeuty, gdy jego dziewczyna zerwała z nim sześciomiesięczną znajomość. Szukał pomocy z powodu poczucia, że nie jest zdolny do utrzymania trwałego związku, który według niego prowadziłby do upragnionego małżeństwa. Pan D. miał długotrwałe trudności w utrzymywaniu znajomości z kobietami. Jego

stałym wzorcem zachowań (przykładem jest i ostatni związek) było następujące postępowanie: w szczytowym momencie zbliżenia do partnerki niszczył związek pod pretekstem nawału pracy, przez narastający krytycyzm i wynajdywanie wad u partnerki. Pomimo swojego samoniszczącego udziału w tym zespole zachowań, pan D. w jakiś sposób uważał się jednak za ofiarę tych nieudanych związków, co potęgowało w nim przeświadczenie o nieudolności postępowania w stosunku do kobiet. Podczas terapii pan D. opisywał swoje dzieciństwo. Był jedynym dzieckiem w nieudanym małżeństwie. Atmosfera w domu była napięta. Chłopiec odczuwał to napięcie i swoją samotność. Jego ojciec często był poza domem i pacjent podejrzewał go o liczne zdrady. Swoją matkę postrzegał jako osobę lodowatą i zamkniętą w sobie. Czuł się ignorowany przez rodziców, niezdolny do nawiązania z nimi kontaktu, „jakby go tam nie było”.

Podczas czterech miesięcy dynamicznej psychoterapii badano różne tematy psychodynamiczne. Psychoterapeuta położył szczególny nacisk na konflikty w sferze intymności i poczucie pacjenta, że jest niegodny związku z rodzicami. Pan D. dobrze współpracował z psychoterapeutą, a przekazywanie informacji miało charakter odbiciowo-idealizujący. Podczas lata terapeuta był na 3-tygodniowym urlopie. Gdy wrócił, pan D. wyjawiał mu drżącym głosem, że obawia się aresztowania za nieprzyzwoite obnażanie się. Opowiadał, że tuż przed wyjściem z kolejki podmiejskiej zademonstrował swój członek w stadium erekcji najbliższej pasażerce. Kiedy odwróciła się z niesmakiem, szybko uciekł i spędził resztę tygodnia w stanie bliskim paniki, bojąc się, że może ją spotkać ponownie w kolejce, a ona złoży na niego raport policji. Pan D. utrzymywał, że obnażał się już na początku terapii, na ogół wtedy, kiedy zrywał znajomość z kobietą. W dalszej rozmowie wyznał także, że czasami demonstruje inne typy kompulsywnej seksualności, włączając w to fantazje podglądacza i takie czyny, jak zaglądnienie w okna sąsiadów i podglądanie kobiet w ubikacji w klubie sportowym. Przerwę na lunch podczas dnia pracy poświęcał na peepshow. Po tych „rewelacjach” terapeuta zdecydował się skierować pacjenta na leczenie do jednego z autorów tej książki.

Początkowo specjalista starał się określić zakres kontroli pacjenta nad jego dewiacyjnymi zachowaniami (ekshibicjonizm i podglądactwo). Specjalista przeprowadził dokładny wywiad seksualny, zalecił kilka testów psychometrycznych i badał krytycyzm pacjenta w stosunku do podejmowanych czynów seksualnych. Określił przy tym dwa pierwotne łańcuchy exhibicjonistycznych i voyeurystycznych (podglądactwo) zachowań, przydatne dla procesu ukrytego uwrażliwiania. Czynniki wyzwala-

jące w łańcuchu pierwotnym koncentrowały się na zestawieniu lęków, obaw i stanów dysforycznych dotyczących jego zdolności oddziaływania na ludzi, jego niezdolności do utrzymywania związków z innymi i ogólnego poczucia bezsilności. Te uświadomione stany zmieniały kontekst w zależności od otoczenia w pracy aż po związki interpersonalne i bardziej intymne związki heteroseksualne. W rezultacie wiele jego stresów pojawiło się w sferach relacyjnych. Te stresy przeradzały się w ciąg doświadczeń, które osiągały punkt kulminacyjny w dewiacyjnych zachowaniach seksualnych. Kolejne narastające doświadczenia stały się czynnikiem ryzyka, który terapeuta włączył w leczenie zapobiegające nawrotom. Wykorzystując ten łańcuch w terapii ukrytego uwrażliwiania pacjent bardziej rozumiał, w jaki sposób narastające wewnętrzne stany emocjonalne, intensyfikowane przez jego poznanie (samokrytycyzm i samopotępienie), mogą szybko przerodzić się w czyny seksualne, osiągając punkt, w którym nie można ich już powstrzymać. Podstawowy łańcuch w terapii ukrytego uwrażliwiania służył jako odskocznia dla skoncentrowanego wywiadu dynamicznego, dotyczącego znaczenia jego aktywności seksualnej. Pan D. nie zgłosił żadnych urazów seksualnych z przeszłości. Jak obliczył, pierwsze seksualne doświadczenie przeżył, gdy był 10-letnim chłopcem, kiedy to podglądał przez dziurkę od klucza w łazience swoją ciotkę oddającą moc. Żywo przypomniał sobie, że był zafascynowany i pobudzony seksualnie widokiem okolicy jej genitaliów. Później pan D. epizodycznie zaglądał przez okna sąsiadów w nadziei, że zobaczy nagą kobietę. Gdy miał lat 14, jak sobie przypomina, podслуchał w męskiej toalecie w szkole rozmowę, w której wspomniano, że dziewczęta tak naprawdę lubią chłopców z dużymi członkami. Sam miał rzadkie owłosienie łonowe, a owłosienia na piersi prawie nie miał wcale. Był ciekaw, czy jego członek ma odpowiednią do wieku wielkość. Zaczął więc zajmować się swoim rozwojem fizycznym i martwił się, czy przebiega on prawidłowo. Kiedy w wieku 19 lat miał randkę z dziewczyną na przedstawieniu baletowym, zaskoczyła go jej uwaga, że pierwszy baletmistrz ma wielkie wyrzucenie w okolicy genitaliów, co wydało jej się całkiem seksy. Ten incydent wywarł na nim duże wrażenie i wydawał się potwierdzać przekonanie, że kobiety osiągają stan podniecenia seksualnego patrząc na męskie genitalia. Pan D. zaczął miewać fantazje, których treścią było obnażanie się przed kobietami. Wkrótce potem nagle po raz pierwszy rozebrał się przed 11-letnią kuzynką. Potem jego exhibicjonistyczne zachowanie ograniczało się wyłącznie do dorosłych kobiet. Jego późniejsze zachowanie podglądacza było radsze od zachowań exhibicjonistycznych.

Według dwuosiowej struktury terapii łańcuch wewnętrznych doświadczeń i stanów afektywnych służył jako model związków z wieloma

wspomnieniami asocjacyjnymi i fantazjami. W wywiadzie bezpośrednim uzyskano materiał będący punktem wyjścia przedświadomych i nieświadomych treści dewiacji seksualnej. Zachowanie symptomatyczne zawierało uczucie złości do kobiet. Pacjent postrzegał kobiety jako istoty uważające go za osobnika niesprawnego; kobiety wydawały mu się mglistymi i nieosiągalnymi istotami. Jego odległa i narcystyczna matka była prostym psychogenicznym analogiem jego obrazu kobiet. Jednocześnie jego dewiacyjne zachowanie miało potwierdzić fakt, że mógł wpływać na kobiety, który to wpływ konkretyzował się w pokazywaniu penisa w erekcji. Co więcej, czyni te potwierdzały na pewien czas jego poczucie męskości, dość chwiejne, co wynikało prawdopodobnie z postawy ojca pacjenta — nie zapewniającego mu poczucia bezpieczeństwa. Tenże ojciec w okresie dzieciństwa pacjenta znaczną część czasu spędzał na potwierdzaniu własnej męskości w licznych kontaktach z kobietami. W czasie terapii wypłynął inny kluczowy temat — przekonanie pacjenta, że był dzieckiem nieudanym i nigdy nie miał wpływu na innych. Jedynym męskim wzorem pacjenta był jego ojciec, postać z burleski — „przemaskulinizowany kobieciarz”, mężczyzna, który zmieniał kobiety w obiekty seksualne. Dewiacyjne zachowanie pacjenta można postrzegać jako collage: próbę oddziaływania na emocjonalnie niedostępną matkę (był ofiarą kobiety) i identyfikowanie się pacjenta ze swoim ojcem.

W tym dwuosiowym paradygmacie specjalista wykorzystywał stale podstawowy łańcuch zarówno jako środek odsłaniający stany afektywne dla celów samokontroli jak i środek umożliwiający dotarcie do przedświadomości i treści nieświadomych (podświadomych). Te podstawowe łańcuchy pomagają systematyzować doświadczenia pacjenta, dostępne natychmiast i oddziałujące emocjonalnie. Konsekwentnie zatem treści przedświadome i nieświadome wydają się być nie do odparcia i potwierdzają sens działań seksualnych.

#### Przypadek 5. Transwestytyczny fetyszizm — ujawniony w procesie psychoterapii

Pan E., 30-letni kawaler, adwokat, skierowany został na prywatną psychoterapię z powodu lęku związanego z jego zbliżającym się małżeństwem z panią, z którą był związany od dwóch lat. Pan E. uczestniczył w psychoterapii zorientowanej psychodynamicznie, odbywającej się dwa razy w tygodniu. Podczas pierwszych kilku miesięcy pan E. ujawnił lęk związany z bezpieczeństwem pracy w jego firmie prawniczej i wątpliwości dotyczące planowanego ślubu. Nie był pewny, czy dokonał właściwego

doboru żony — kobiety z dużymi osiągnięciami zawodowymi (również tak jak i on) na polu prawniczym. Twierdził, że nie chciałby wplątać się tak jak jego ojciec, który wpadł — jak postrzegał to pan E. — w nie satysfakcjonujące małżeństwo z jego uzależnioną i hipochondryczną matką. Malował portret rodziny, w której ojciec i synowie (E. i jego starszy brat) byli na skinienie i zawołanie „królowej” matki. Matka natomiast wydawała się spędzać życie w gabinetach lekarskich lub w łóżku „przygniecioną” różnymi dolegliwościami. Około czwartego miesiąca trwania terapii pan E. pełen obaw oświadczył, że nie był całkiem szczery w kwestii jego strachu i przyczyn uczestniczenia w terapii. Teraz zaczął opisywać praktyki seksualne, które uprawiał latami. Na te praktyki składały się intensywne fantazje i pragnienie masturbacji podczas ocierania się i trzymania damskiej bielizny (majtek i rajstop). Niekiedy zakładał kobiece majtki i masturbował się. Przez rok powstrzymywał się od tych praktyk, ponieważ zaczął spotykać się z nową narzeczoną, ale pragnienia te stały się jeszcze bardziej intensywne. Po 6 miesiącach od zaręczyn zaczął się często masturbować, trzymając majtki narzeczonej, i dwa razy założył je podczas masturbacji. Był bliski paniki, że nie może zapanować nad sobą w takim stopniu, w jakim udawało mu się przez większość życia. Martwił się również, że narzeczona odkryje jego problemy i zerwie zaręczyny lub, że on sam zrezygnuje z małżeństwa, bo mogłyby się okazać swego rodzaju „chorym zboczeniem”. Pacjent był zdesperowany i błagał o pomoc.

Na początku leczenia terapeuta starał się uzyskać potwierdzenie, że aktualna manifestacja dewiacyjnej seksualności wynika z różnorodnych bieżących lęków, które ujawniły się w życiu pacjenta w związku z planowanym ślubem. Dodatkowo terapeuta zwrócił uwagę, że pacjent był w stanie kontrolować swoje niezwykle obsesje seksualne przez wiele lat i było bardzo prawdopodobne, że zażyłe stosunki z narzeczoną wywołały lęk, który prawdopodobnie przyczynił się do nawrotu dewiacyjnych wzorców zachowań seksualnych. Chociaż pozycja terapeuty i opinia firmy zatrudniającej go podbudowały pana E., to jednak terapeuta dodał bardziej bezpośrednio, poznawczo-behawioralne komponenty do procesu leczenia, aby pomóc pacjentowi w osiągnięciu kontroli nad jego pragnieniami i zachowaniami. Terapeuta poinstruował pacjenta, jak konstruować łańcuch zachowań, prowadzących do dewiacyjnych aktów seksualnych i jak wykorzystać je w procesie ukrytego uwrażliwiania. Pomogło to pacjentowi zidentyfikować i śledzić sposób zachowania i subiektywne odczucia, które osiągnęły punkt kulminacyjny w dewiacji seksualnej. Ujawnienie tego problemu w procesie terapii i poznawcza samokontrola dały efekt końcowy w postaci osłabienia dewiacyjnych pragnień pacjenta. I. pacjent, i lekarz zgodzili się, że poznawczo-behawioralne techniki

samokontroli będą stosowane w minimalnym zakresie, a leczenie skoncentruje się na uzyskaniu możliwie najpełniejszego wglądu w głębsze znaczenie zachowań, charakterystycznych dla związków wywołujących lęk.

Psychodynamiczną charakterystykę tego przypadku można przeprowadzić w następujący sposób: planowane małżeństwo wywołało wiele wcześniejszych konfliktów i obaw, koncentrujących się wokół zależności i tożsamości płciowej, poczucia męskości, wywodzących się z konfliktowego identyfikowania się z matką i ojcem. W efekcie akty seksualne stanowiły kondensację objawów reprezentujących wiele z tych problemów.

Dane z wywiadu wskazują, że pan E. jako mały chłopiec był bardzo zależny od swojej matki. Zależność ta w pewien sposób przypominała stosunki pomiędzy matką i ojcem; pan E. miał opiekować się matką, wchodząc tym samym w rolę ojca. Czuł się jak swój ojciec, który bez względu na to, co zrobił, nie był w stanie zmniejszyć dolegliwości matki. Czuł, że jeżeli zostawiał matkę chorą w łóżku, to niejako opuszczał ją, a ona, samotnie umierając, mogłaby opuścić jego. Gdy ojciec zajmował się swoją własną pracą, syn przejmował rolę opiekuna matki. Psychiczne zbliżenie się do obłożnie chorej matki spowodowało pomniejszenie roli ojca jako osoby dostępnej do identyfikacji i interakcji. Mniej więcej na początku praktyk masturbacyjnych, to jest ok. 12 roku życia, kiedy matka przechodziła w szpitalu kolejny zabieg, zaczął pocierać jej bieliznę fantazjując, że pieści go starsza kobieta. Pewnego razu odkrył, że masturbował się, mając na sobie majtki i rajstopy matki. Tego typu seksualne praktyki w różnych ich modyfikacjach powtarzał od czasu do czasu w okresie swej młodości. Chociaż był „zahamowany” seksualnie i niejako unikał swoich rówieśniczek, zaczynając college powoli zaczął bywać na randkach heteroseksualnych. W tej fazie jego życia nietypowe pragnienia seksualne były mniej częste, chociaż czasami wybuchały krótko i intensywnie.

Po kolejnym wywiadzie stało się jasne, że pan E. jest człowiekiem pełnym niepokoju i lęków, że ma wątpliwości, czy uda mu się spełnić potrzeby swojej narzeczonej, którą postrzegał jako kobietę oczekującą od niego zbyt wiele. Czy będzie dostatecznie opiekuńczy, czy pohamuje pragnienie opiekowania się sobą samym? Jego aktualny związek z narzeczoną uruchomił wiele z wcześniej stłumionych pragnień. Na głębszym poziomie terapeuta zbadał nieświadome determinanty jego patologicznego związku i identyfikacji z matką. Ta jego symptomatyczna aktywność masturbacyjna wyrażała zarówno życzenie utrzymania związku z matką,

jak też próbę wyrwania się z tego związku potwierdzając swoją męskość poprzez potencję seksualną. Terapeuta kontynuował leczenie metodami dynamicznymi. Ostatecznie pacjent mógł się ożenić i stworzyć dobry heteroseksualny związek.

### Pacjent z łagodną formą parafilii

Klasyfikacja według DSM-III-R określa pacjenta z łagodną formą parafilii jako osobnika mającego okresowe, alarmujące potrzeby i fantazje o charakterze dewiacji, ale nie realizującego tych potrzeb. W przeciwieństwie do przypadków ciężkich i umiarkowanych dewiacji, pacjenci z tej grupy nie spełniają swoich potrzeb — nie naruszają praw innych ludzi. Jest bardziej niż pewne, że pacjenci ci trafiają do psychoterapeuty z powodu innych różnorodnych problemów: lęki, depresje, trudności charakterologiczne i trudności w kontaktach międzyludzkich. Jest prawdopodobne, że tacy pacjenci mogą „pielegnować” fantazje perwersyjne przez wiele lat. W niektórych przypadkach mogą to jednak być epizody przemijające, wywołane szczególnie trudną sytuacją.

#### Przypadek 6. Masochizm ujawniony w przebiegu psychoterapii

Pan F., 34-letni kawaler, psychoterapeuta, zgłosił się sam na psychoterapię psychodynamiczną z powodu łagodnych problemów charakterologicznych w celu poprawienia swoich kontaktów międzyludzkich i osiągnięcia kariery. Nie prezentował cech typu AXIS-I, ale jego cechy i obsesyjne wzorce uniemożliwiały mu doświadczenie tak dużej satysfakcji życiowej, jak by tego oczekiwał. Miał problemy w życiu zawodowym, nie osiągnął tego, co wydawało mu się możliwe, i przy tym miał trudności z zaangażowaniem się w jeden związek.

Po około miesiącu leczenia pan F. ujawnił, że miał aktywne fantazje seksualne już od okresu dojrzewania, koncentrujące się wokół jednego tematu: upokorzenie ze strony kobiet. Chociaż wielokrotnie wykorzystywał te wizje w praktykach masturbacyjnych, czasami były dla niego nieprzyjemne, szczególnie w swej ekstremalnej postaci. Najwcześniejsze fantazje rozpoczęły się w okresie dojrzewania płciowego (jak już wspomniano), kiedy wyobrażał sobie, że jest niewolnikiem olbrzymich Amazo- nek i służy im na każde skinienie. W późniejszym okresie te fantazje przerodziły się w scenę, w której wielka wróżka kuca nad nim i oddaje mocz

na jego twarz, podczas gdy on sam jest bardzo mały i bezbronny. W różnych okresach swojego życia myślał o zaangażowaniu prostytutki, aby odegrać ten scenariusz, ale miał zbyt wielkie opory przed realizacją tego pragnienia. Dlatego ograniczył się tylko do masturbacji towarzyszącej tej fantazji lub do kupowania materiałów pornograficznych związanych ze scenami „toaletowymi”. Raz odważył się i poprosił dziewczynę, z którą się spotykał, aby zrealizowała tę fantazję, ale odmówiła ze wstrętem. Nigdy już nie poprosił o to innej kobiety. Wydawało się, że fantazje nawracały z rosnącą częstotliwością wtedy, kiedy malało jego poczucie wartości, często po rozczarowaniu lub spostrzeżeniu oznak odrzucenia. Przy innych okazjach, gdy oglądał wojenne sceny filmowe pełne sadystycznej brutalności, pan F. był skrajnie poruszony, spostrzegając swoje pobudzenie seksualne i doznając erekcji.

Znaczącym obciążeniem był fakt, że starsza siostra pana F. bezustannie dokuczała mu z powodu jego niskiej postury i nieśmiałości. Jego ojciec był surowym i raczej agresywnym człowiekiem, pracował w damskim przemyśle odzieżowym. Ojciec minimalizował postępy syna i wymawiał mu, że nic nie potrafi. Jedyną osobą, która go rozumiała, była matka. Pan F. unikał towarzystwa. Podczas nauki w collegu spotykał się z dziewczętami, ale nigdy nie nawiązał związku stałego. Cierpiał z powodu okresowej depresji i czuł się odrzucony z powodu braku prawdziwej przyjaźni. Od czasu do czasu myślał o rozpoczęciu psychoterapii, a kiedy jeden z jego szefów wspomniał o poprawie swego stanu na skutek psychoterapii, pan F. ostatecznie zdecydował się na to samo.

W toku dalszych badań psychodynamicznych pan F. wyjawiał, że podczas praktyk masturbacyjnych miał fantazje, że jest oblewany moczem i znieważany przez kobiety. Tak było głównie wtedy, gdy czuł się samotny, rozczarowany lub był w złym nastroju. Co dziwniejsze, miał takie fantazje również w okresach, kiedy czuł się całkowicie pewnie. Ta zmienność samopobudzenia wyrażała podstawową cechę jego charakteru, uniemożliwiała jednocześnie osiągnięcie poczucia równowagi. Przykład: po pochwaleniu szefa pan F. doznawał uczucia ogromnej dumy (zgodnej z samooczekiwaniem — self-expectation), po której następowało uczucie samoniedocenia (self-depreciation). Te radykalne zmiany w postrzeganiu siebie (self-concept) wiązały się w pewien sposób z wizjami seksualnymi, wpływając na silne poczucie braku równowagi w jego życiu.

Psychodynamiczna terapia przebiegała według schematu podobnego do psychodynamicznego modelu leczenia innych objawów patologii

charakterologicznych. Jako takie, problemy pacjenta były rozumiane w ujęciu determinantów multipSYchodynamicznych. Metafora Khana, dotycząca scenariusza dewiacji określonego „jako collage znaczeń”, w tym rozumieniu wydaje się być odpowiednia. Ustąpienie objawów dewiacji seksualnych w wyniku terapii nie może być przypisywane jedynie wyjaśnieniu leżących u jej podstaw treści. Zmiana objawów musi być rozumiana jako pochodna wielu czynników leczniczych, włączonych w proces terapeutyczny. Szczególnie ważne jest emocjonalne doświadczenie korygujące, gdy pacjent może sprawdzić nowe zachowania w kontekście terapeutycznym.

W toku leczenia pojawiły się następujące istotne tematy: rodzinne obciążenie pana F. to źle funkcjonująca rodzina. Tyranizowana przez autokratycznego, ale i nie dającego poczucia bezpieczeństwa ojca rodzina była podzielona na dwa obozy. Szorstkość ojca i jego niezdolność do okazywania uczuć pogłębiały freudowski lęk przed kastracją. Starsza siostra, pozostająca w koalicji i identyfikowana z ojcem, wzmacniała negatywny wpływ ojca na młodszego brata: niedoceniając, umniejszając jego roli, upokarzając. Pan F. mógł już przywołać swoje tłumione dotąd uczucia wstydu, nieodpowiedzialności, wstrętu do siebie samego i wściekłości w odpowiedzi na bolesnie go raniące postępowanie siostry i ojca. W rezultacie pan F. ciągle szukał ukojenia u swojej matki, która — chociaż całkowicie uległa i podporządkowana mężowi — próbowała bez powodzenia uchronić syna. W trakcie leczenia pan F. zaczął rozpoznawać swoje tłumione uczucia w stosunku do słabości matki wobec zaciętości ojca. Stawało się coraz bardziej oczywiste, że syn był ofiarą złożoną przez matkę dla utrzymania związku z jej mężem.

Dewiacyjne fantazje seksualne stanowiły dramatyczny zapis, kondensujący ważne psychiczne elementy, uzyskane ze wczesnych scenariuszy rodzinnych, z próbami restytucji. Na najbardziej widocznym poziomie analizy fantazja o treści oblewania moczem przez kobiety była wyrażeniem wstrętu do samego siebie, który to wstręt stał się produktem wcześniej inkorporowanych samoreprezentacji (self-representation): Patrząc od strony rozwojowej fantazje stały się obroną przed lękiem przed kastracją i urazem, spowodowanym nieadekwatną identyfikacją z wrógiem usposobionym ojcem. W efekcie fantazje symbolicznie przedstawiały próbę uśmierzenia strachu generowanego przez ojca. Obraz dominującej kobiety wydaje się reprezentować zarówno matka, jak i siostrę. Przyjmując pokorną uległą postawę odgrywał rolę ofiary, którą była zarówno jego matka, jak i on sam, pełen upokorzenia. „Seksualizując ten scenariusz”

mógł także osiągnąć pewne mistrzostwo, kontrolę i triumf przez powtarzane doświadczenie urazu, w nowy sposób dostarczające przyjemności — poprzez orgazm. Tak więc pan F. mógł upewnić się w orgastycznym doznaniu, że był seksualnie sprawny i męski. Wewnątrz fantazji była także próba wypracowania motywu zemsty, w którym udałoby się osiągnąć poczucie triumfu ofiary. Podczas gdy pan F. był oblewany moczem, kobiety przedstawiały się także jako istoty bestialskie i upokarzające. Ten obraz mógłby zdradzać ukrytą nienawiść do kobiet. Stąd w całej jego masochistycznej postawie pojawiły się również elementy sadystyczne.

W toku leczenia momentem przełomowym okazało się zastosowanie transferentnych interpretacji. Szczególnie wtedy, kiedy pan F. — dążący początkowo do idealizowania lekarza — czuł się niezrozumiany lub odrzucony przez niego. Stawał się wówczas niebezpieczny, co owocowało wzrostem częstotliwości występowania fantazji seksualnych przy różnych okazjach. Terapeuta zinterpretował ten wzorzec w świetle doświadczeń pacjenta z jego ojcem. W miarę postępu leczenia terapeuta stawał się bezpieczniejszym, nowym obiektem w postrzeganiu pacjenta. Jego doświadczenie pozwoliło panu F. sprawdzić i rozwinąć doświadczenia heteroseksualne. Wzrostowi „pewności” heteroseksualnej towarzyszyło rosnące poczucie własnej wartości jako jednostki. W czasie dalszego leczenia dewiacyjne fantazje pacjenta wycofały się.

### **Dewiacje seksualne o przejściowym charakterze**

Chociaż trudno jest to dokładnie udokumentować, prawdopodobnie większość ludzi miewa niekiedy przejściowe doświadczenia o charakterze dewiacji seksualnej, zwykle w postaci fantazji. Zgodnie z obserwacjami psychoanalitycznymi w naturze ludzkiej ukryty jest perwersyjny rdzeń, widoczny przez doświadczenia seksualne najwcześniejszego dzieciństwa, do czasu osiągnięcia dojrzałości płciowej. Treści fantazji, które wypływają w toku psychoterapii, wymagają badania, ze względu na ich dynamiczne znaczenie w kontekście innych wyeksponowanych objawów, obserwowanych podczas terapii. Mamy tu na myśli badanie głównych cech charakterologicznych i analizę procesu ich przenoszenia. Te krótkotrwałe fantazje dewiacyjne mają o wiele większe znaczenie dla wyjaśnienia (niż dla reprezentowania) objawów, nacisk terapeuty natomiast skierowany jest na zrozumienie ich znaczenia, jak też ich subiektywnego oddziaływania na pacjenta. W takim razie nie ma potrzeby, aby terapeuta próbował

interweniować w celu modyfikacji fantazji w systematyczny, skoncentrowany sposób.

Następujące przykłady kliniczne ilustrują powyższe stwierdzenia: 29-letnia kobieta, której narzeczony zerwał ich dwuletni związek w nagły i obraźliwy sposób, rozpoczęła leczenie z powodu uczucia dysforii i problemów dotyczących samooceny. Pacjentka opisała, że w ostatnim czasie miała dwie fantazje masturbacyjne. Ich obraz to seksualne sponiewieranie przez grupę obrzydliwych i zdeformowanych mężczyzn z wielkimi penisami, podczas gdy inna grupa obserwująca tę scenę wysmiewała się z niej, jednocześnie się masturbując. Pacjentka była bardzo zaniepokojona i stłumiła swoje fantazje na pewien czas. Ale później znów się pojawiły. Fantazje te służyły jako wstęp do dyskusji o jej nienawiści, upokorzeniu i poczuciu zdrady, z powodu odrzucenia przez narzeczonego i jako próba wzięcia na nim odwetu. Pewne analogie do jej wcześniejszych trudności w stosunkach z mężczyznami odkryto w wywiadzie rodzinnym.

### **Pacjent z seksualnymi zaburzeniami o charakterze kompulsywnym (nieparafilicznym)**

Według klasyfikacji DSM-III-R ten rodzaj zaburzeń nie jest zaklasyfikowany do parafilii per se, ale umieszczony pod nr 302.90 jako „Zaburzenia seksualne niespecyfikowane w inny sposób”. Seksualność w tych przypadkach jest w zasadzie normalna, ale nabiera cech zachowań kompulsywnych lub „nałogowych”, których pacjent nie potrafi kontrolować. Przykładami takiej „nałogowej” seksualności są stosunki pozamałżeńskie o charakterze kompulsywnym, masturbacja i pornografia, stosunki z prostytutkami. W odróżnieniu od parafilii tego typu pacjenci częściej zgłaszają się sami na leczenie, szczególnie wtedy, gdy ich nałogowa seksualność zaczyna w istotny sposób przeszkadzać w życiu. W ostatnich latach pojawia się coraz więcej programów typu Anonimowi Seksoholicy i Seks i Miłość Anonimowa. Należy jednak zauważyć, że niektórzy z tych pacjentów mogą wykazywać pewne tendencje w kierunku zaburzeń zachowania o typie parafilii.

Klinicznym przykładem omawianych zaburzeń może być 35-letni, żonaty mężczyzna, mający dzieci, zatrudniony na dość wysokim stanowisku w wielkiej korporacji. Pan ten miewał stale przygody seksualne z licznymi kobietami w miejscu pracy, niekiedy „zonglując” trzema lub czterema paniami jednocześnie. Zgłosił się do psychoterapeuty w sytuacji, kiedy żona odkryła jego ostatnią przygodę i zagroziła odejściem. Podczas



leczenia ujawnił długotrwały wzorec zachowania „nałogowego kobieciarza”, które to zachowania, jak przyznał, wymykały się spod jego kontroli. Tak naprawdę był przerażony możliwością zarażenia się chorobami przenoszonymi drogą płciową, w tym AIDS. Strategia leczenia składała się ze skoncentrowanego, dynamicznego badania wzorca i znaczeń jego czynów seksualnych. Dodatkowo wykorzystano kilka podstawowych łańcuchów terapii ukrytego uwrażliwiania, jak również techniki opanowania stresu. „Afektywne emocjonalne korzenie”, leżące u podstaw tego zachowania, prowadziły do wzorców seksualnych powiązanych z sytuacją rodzinną, a szczególnie z historycznie uwodzicielską matką. A zatem kompleks „Don Juana” był rodzajem poszukiwania „nie zdobytej matki”, jak również rodzajem odwetu na samej matce za ustawienie go w tej nieskończenie niesatysfakcjonującej pozycji. Seksualność dla tego pacjenta była formą narcystycznej rozkoszy, podtrzymującą jego niską samoocenę, jak też kojącą lęk, związany z brakiem poczucia bezpieczeństwa. Większość działania terapeutycznego oparta była na modelu (przeniesienia), w którym terapeuta był substytutem samoobiekta (self-object).

## Dewiacje seksualne kobiet

Chociaż dewiacyjne zachowania seksualne identyfikuje się z reguły z mężczyznami, to jednak wiadomo, że zjawisko dewiacyjnej seksualności występuje również u części kobiet. Jest to jednakże obszar zagadnień bardzo kontrowersyjnych co do charakteru i występowania. Według DSM-III-R nie stwierdza się parafilii u kobiet, może z wyjątkiem masochizmu (według statystyki jedna masochistyczna kobieta przypada na 100 mężczyzn). W kategoriach przestępstw seksualnych kobiety występują mniej niż w 2% przypadków podlegających wymiarowi sprawiedliwości (1). Szczególna podatność mężczyzn do rozwijania dewiacyjnych zachowań seksualnych była dyskutowana we wcześniejszych rozdziałach tej książki (aspekty biologiczne, psychodynamiczne, socjokulturowe, kształtowanie płci).

Kaplan (2) rozciągnął definicję dewiacji seksualnych na symbolicznie włączone obszary czynów seksualnych, takie jak: kleptomania, anoreksja i na dewiacje seksualne pozostające w związku z karykaturalnymi wersjami roli płci. Z tego punktu widzenia kobiece dewiacje seksualne parodiują kobiece modele uległości i czystości, a także, jeśli włączymy takie kategorie, jak kompulsywne fantazje seksualne i czyny seksualne w bardziej „normalnym” wymiarze (stosunki pozamałżeńskie „nałogowa seksualność”), występowanie takich zachowań dewiacyjnych jest zdecydowanie

bardziej prawdopodobne w przypadku kobiet. Do tej kategorii można włączyć pewien procent kobiet prostytutek. Do literatury wprowadzono w ostatnim czasie określenie „nałogu miłosno-romantycznego”. W literaturze popularnej jest on częstym zjawiskiem występującym wśród kobiet i może nakładać się w pewnym stopniu na problemy związane z kompulsywną seksualizacją stosunków międzyludzkich.

Ogólnie wiadomo, że kobiety, które przeżyły uraz seksualny lub w jakiś sposób były wykorzystane seksualnie, częściej manifestują objawy dysfunkcji seksualnej (3). Można spekulować, że pewien procent tych kobiet może objawiać swoje trudności w bardziej seksualnie zorientowanej trosce o swoje dzieci. Byłoby to zgodne z zasadą psychodynamiczną, że niewłaściwa matczyzna opieka o wydzwiku seksualnym lub po prostu seksualne wykorzystywanie dziecka to elementy, które z etiologicznego punktu widzenia przyczyniają się do formowania męskiej dewiacji seksualnej. Historia życia matek może ujawnić dużą zbieżność osobistych doznanych urazów seksualnych (bycia ofiarą) z następowymi trudnościami w relacjach między płciami. Seksualne zaburzenia matek mogą być odtworzone w bardziej ukrytej formie, jako wzorce „nasyconych erotyzmem” interakcji z dziećmi. W efekcie dzieci stają się ofiarami tego, że ich matki też kiedyś były ofiarami.

Specjalistycznemu leczeniu kobiecych form parafilii i przestępstw seksualnych poświęcono zbyt mało uwagi, być może ze względu na małą częstość występowania opisanych zaburzeń, jakkolwiek nie można wykluczyć po prostu braku informacji na ten temat. Może to wynikać z takich czynników, np. w przypadku pedofilii, że akt taki bywa maskowany poprzez interpretowanie go jako właściwego dla opiekuna. Jest również mało prawdopodobne, aby akt kazirodczy zgłaszało dziecko całkowicie zależne od matki (1). Kobiety leczone według specjalistycznych programów dla przestępców seksualnych często objawiały współistniejącą psychopatologię związaną z własnym doświadczeniem jako ofiary. Często akty seksualne ujawniają się tylko w procesie terapii. Podobnie jak w przypadku męskiej parafilii omawiana w tym rozdziale grupa zaburzeń wymaga rozsądnego, szerokiego i elastycznego podejścia terapeutycznego.

## PIŚMIENNICTWO

1. Travin S, Cullen K, Protter B. Female sex offenders: severe victims and victimizers. *J Forensic Sci.* 1990; 35:140—150.
2. Kaplan LJ. *Female Perversions*. New York, NY: Doubleday; 1991.
3. Becker JV, Skinner LJ, Abel GG, Tracey EC. Incidence and types of sexual dysfunctions in rape and incest victims. *J Sex Marital Ther.* 1984; 10:185—192.

# 11. Podsumowanie i wnioski

W ostatnich latach psychoterapeuci zaangażowali się bardziej w leczenie pacjentów przejawiających szerokie spektrum zaburzeń seksualnych o charakterze dewiacyjnym — od przemijających fantazji i pożądań, poprzez łagodne i umiarkowane formy dewiacyjnych zachowań seksualnych, do poważnych parafilii o charakterze agresywnym i z pojawieniem się ofiar. Zdecydowana większość osobników o cechach dewiacji seksualnych rzadko zgłasza się dobrowolnie do psychoterapeuty. Przyczyny unikania leczenia są różne, włączając w to objawy o charakterze egosyntonicznym, dające uczucie zadowolenia, wstyd towarzyszący ujawnieniu zaburzeń, strach (w przypadkach, gdy były ofiary) przed doniesieniem odnośnym władzom o popełnieniu czynu niezgodnego z prawem, trudności w znalezieniu terapeuty specjalizującego się w konkretnych zaburzeniach. Nieliczny procent pacjentów dobrowolnie szukających pomocy, to pacjenci, którym dewiacja seksualna komplikuje życie (odczuwają lęki, depresje, cierpienia somatyczne, napotykają problemy w relacjach międzyludzkich). W przypadku specjalistycznego leczenia przestępców na tle seksualnym praktycznie wszyscy pacjenci są kierowani przez tzw. stronę trzecią (sąd, sąd rodzinny itp.).

Klinicysta specjalizujący się w leczeniu parafilii powinien być jak najlepiej przygotowany pod względem umiejętności terapeutycznych. Sugerowaliśmy integracyjne podejście do tego problemu, koncentrujące się na terapii poznawczo-behawioralnej i psychodynamicznej. Pacjenci o cechach dewiacji seksualnych mogą być określani jako pewne „continuum”, zróżnicowane w zależności od stopnia samokontroli nad dewiacyjnym zachowaniem. Na jednym biegunie tej grupy są osobnicy z bardzo ograniczoną samokontrolą, potencjalnie niebezpieczni dla innych. Powinni oni pozostawać pod szczególną obserwacją (ważne np. w przypadku zwolnień warunkowych). Pacjenci ci prawdopodobnie wykazują wiele defektów w sferze psychosocjalnej. Terapeuta powinien natychmiast

położyć nacisk na bezpośrednią, poznawczo-behawioralną interwencję w celu stłumienia intensywności objawów seksualnych.

Celowa byłaby również rehabilitacja socjalna, jako forma terapii bardziej zrozumiałej dla pacjenta. Interwencja psychodynamiczna zajmuje pozycję drugoplanową, dopóki nie osłabną objawy.

Na drugim biegunie tej grupy są osobnicy prezentujący łagodne formy dewiacji, z objawami o mniejszym nasileniu i potencjalnie niegroźni dla innych. Tacy osobnicy przeważnie nie wymagają nadzoru. Interwencja psychodynamiczna zwykle uwzględnia leczenie początkowe i przewlekłe, koncentrując się na cechach charakterologicznych, z selektywnym poznawczo-behawioralnym podejściem w określonych przypadkach.

Ukierunkowanie leczenia w początkowej fazie można przedstawić schematycznie:

#### *Umiarkowane dewiacje*

większa samokontrola  
mniejszy deficyt osobowościowy  
układ terapeuta-pacjent

terapia ukierunkowana na cechy  
charakterologiczne  
terapia dynamiczna

#### *Ciężkie dewiacje*

mniejsza samokontrola  
większy deficyt osobowościowy  
układ terapeuta-pacjent-nadzorujący  
pacjenta

terapia ukierunkowana na objawy  
terapia poznawczo-behawioralna

Taka charakterystyka dewiacji seksualnych jest oczywiście uogólnieniem i służy wyłącznie jako praktyczny przewodnik. Klinicysta, który ma pełen zakres umiejętności terapeutycznych, może adaptować swój plan leczenia bardziej elastycznie, tak aby sprostać potrzebom i problemom pacjentów, przyjąć wyzwanie, jakie stawia ta grupa chorych.



36051