

Preferencje seksualne i związane z nimi zaburzenia: w stronę rozszerzonego modelu opisu

Sexual preferences and associated disorders: toward an extended model for description

Monika Zielona-Jenek

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Instytut Psychologii

Summary

The notion of human sexual preferences relates to relatively stable patterns of sexual response and to directing sexual behaviors toward specific arousing stimuli, which are also important for sexual satisfaction. The preferences may pertain to the properties of the object or the sexual activity itself. Diagnosing sexual preferences, in its basic form, is conducted with the use of disorder criteria defined in diagnostic classifications (ICD-10, DSM-5). However, while employing these criteria enables the categorization of the patient's sexual preferences as normal or pathological, they seem clearly insufficient for describing complex sexual interest patterns in a comprehensive manner. The goal of this article is to present a detailed dimensional model for describing sexual preferences. This proposal assumes the description of two aspects of preference: a contentual aspect, defining the individual hierarchy of sexually attractive and aversive stimuli, and a formal aspect. The latter involves four dimensions: the diversity of stimuli falling within the pattern of the patient's sexual interest, preference changeability in time, the coherence between individual components of responding to sexual stimuli, and insight into one's own preferences. The proposed model supplements the basic description of sexual preferences conducted on the basis of diagnostic criteria. The model can be a tool useful for diagnostic practice, particularly in precise characterization of various difficulties experienced by patients in relation to the properties of their sexual interests. It can also inspire new research on features of human sexual response patterns which have been neglected in previous analyses.

Słowa kluczowe: preferencje seksualne, parafilia, diagnoza kliniczna

Key words: sexual preferences, paraphilia, clinical diagnosis

Wstęp

Względnie stałe wzorce reagowania seksualnego i kierowania zachowań seksualnych ku określonym bodźcom pobudzającym opisywane są za pomocą pojęcia preferencji seksualnych [1]¹. Preferencje te dotyczyć mogą cech obiektu², jak również samej czynności seksualnej, warunkując podniecenie i seksualną satysfakcję [2–4]. Preferencje seksualne znajdują odzwierciedlenie w treściach fantazji seksualnych, w historii seksualnych zachowań, w ocenach seksualnej atrakcyjności oraz nasileniu odpowiedzi fizjologicznej na różne osoby, sytuacje i formy realizacji [5]. Preferencje seksualne to ważny punkt analiz normatywnego funkcjonowania seksualnego człowieka, ponieważ determinując wybory partnerów i zachowań seksualnych, wpływają na jego dobrostan oraz jakość relacji intymnych. Preferencje seksualne są także przedmiotem analiz funkcjonowania patologicznego, m.in. zachowań dewiacyjnych i nielegalnych [4, 6, 7].

Klinicyści analizują w swojej pracy preferencje seksualne pacjentów przede wszystkim w kontekście przeżywanego cierpienia oraz zaburzeń przystosowania. I choć samo określanie w kategoriach choroby wybranych wzorców pobudzania seksualnego jest przedmiotem szeroko zakrojonych polemik [8–11], perspektywa kliniczna w analizach tego zagadnienia jest ważna – i z naukowego, i z praktycznego punktu widzenia. Koncentruje bowiem uwagę na podmiotowych i społecznych konsekwencjach określonego kształtu zainteresowań seksualnych danej osoby. Jeśli preferowana realizacja seksualna nie jest akceptowana w grupie społecznej, a pacjent chce podporządkować się normom, dewiacyjna preferencja przynosi mu wewnętrzny konflikt: seksualną frustrację, gdy powstrzymuje się od realizowania pragnień, lub wstyd, poczucie winy i lęk, gdy podejmuje działania nieakceptowane. Nietypowe zainteresowania seksualne mogą także powodować trudności adaptacyjne pacjenta. Dzieje się tak, gdy ograniczają jego możliwość tworzenia pożądaných sytuacji erotycznych lub gdy przez negatywną społeczną ocenę oddziałują na jego relacje pozaseksualne: rodzinne, towarzyskie i zawodowe [11, 13]. Wszystko to wskazuje, jaki wzorzec zainteresowań seksualnych może stać się problemem klinicznym.

W podstawowym zakresie kliniczna ocena preferencji seksualnych pacjentów polega na zastosowaniu kryteriów zaburzeń (por. ICD-10, DSM-5). Do kryteriów tych należą: niezwykłość seksualnych pragnień, trwałość wzorca w czasie (powyżej 6 miesięcy), podejmowanie zachowań zgodnych z nietypowymi pragnieniami, doświadczanie przez osobę cierpienia lub pogorszenie jej społecznego funkcjonowania

¹ W literaturze przedmiotu toczy się dyskusja na temat użyteczności różnych pojęć do opisu rozważanego zagadnienia. Dotyczy ona trafności samego pojęcia preferencji seksualnych, ale także innych, takich jak „warianty seksualne”, „orientacja seksualna” oraz „tożsamość seksualna”. W dyskusji tej podnoszone są kwestie konotacji, jakie budzą wymienione pojęcia, jeśli idzie o przyczyny określonego wzorca pobudzania osoby (uwarunkowane biologicznie lub społecznym uczeniem się) i podmiotowego nań wpływu (determinizm lub wolność wyboru) [2, 12]. Dyskusje te – choć ważne – nie zostaną w tym miejscu omówione, ponieważ nie stanowią głównego tematu pracy. W prowadzonych tu analizach, w celu utrzymania ich klarowności, stosowane będzie konsekwentnie pojęcie preferencji seksualnych w znaczeniu zdefiniowanym na wstępie.

² Pod pojęciem obiektu w tym kontekście rozumiane są osoby będące w kręgu zainteresowania seksualnego lub też, w wariancie pozanormatywnym, przedmioty.

w związku z preferencjami. Jakkolwiek posłużenie się tymi kryteriami pozwala na przyporządkowanie preferencji seksualnych pacjenta do obszaru zdrowia lub choroby, wydaje się jednak niewystarczające do stworzenia użytecznego klinicznie opisu złożoności indywidualnego wzorca zainteresowań seksualnych. Wzorce te są bowiem niezwykle różnorodne, podobnie zresztą jak i zróżnicowane są wynikające z nich trudności pacjentów. Część z tych trudności w jasny sposób klasyfikować można w kategoriach zaburzeń preferencji seksualnych. Przytoczyć jednak można także takie wzorce, które z jednej strony przynoszą pacjentom cierpienie lub utrudniają adaptację społeczną, a z drugiej – nie spełniają kryteriów zaburzeń.

Przykładem tego rodzaju jest wzorec zainteresowań seksualnych, w którym uwidacznia się preferowanie konwencjonalnych form realizacji przy jednoczesnym pobudzaniu się w toku zachowań dewiacyjnych. Sytuacja taka spotykana jest u niektórych sprawców przestępstw seksualnych, którzy np. podejmują kontakty z dziećmi – obiektami o cechach płciowej niedojrzałości, mimo (obok?) wyraźnego teleofilicznego wzorca pobudzania [14]. Zbliżony do opisanego jest wzorec pobudzania seksualnego u pacjentów podejmujących realizację seksualną bez zważania na jakiegokolwiek cechy partnera, sytuacji czy formy realizacji seksualnej [15, 16]. Innym przykładem problematycznego wzorca pobudzania jest taki, który zawiera bodźce seksualne uruchamiające konfliktowe przeżycia, podniecające i jednocześnie awersyjne. Wzorec taki spotkać można u niektórych pacjentów z doświadczeniem seksualnej traumy, gdy kojarzone z nią bodźce wywołują niechęć i mają zarazem siłę seksualnego pobudzania [17–21]. Wreszcie trudność w diagnostyce klinicznej sprawiać może opis preferencji seksualnych pacjentów mających typową, konwencjonalną treść, jednak na tyle wąsko sprecyzowaną, że nie pozwala na adaptacyjne odstępstwa. Takie wąskie preferencje utrudniają przystosowanie do zmieniających się warunków realizacji w trwałych związkach, gdy wygląd lub funkcjonowanie partnera zmienia się np. wraz z wiekiem.

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie propozycji modelu uszczegóławiania opisu preferencji seksualnych. Model ten został opracowany na podstawie wniosków pochodzących z parcjalnych analiz tego zagadnienia w literaturze przedmiotu i stanowi próbę ich uporządkowania i ułożenia w spójną konstrukcję. Ma ona za zadanie umożliwić opis zróżnicowanych wzorców pobudzania seksualnego pacjentów oraz problemów związanych z poszczególnymi cechami tychże wzorców. Zakłada zatem możliwość opisu zarówno trudności, które spełniają kryteria zaburzeń preferencji seksualnych (parafilnych), jak i przypadków mniej jednoznacznych, jak te przywołane powyżej.

Preferencje seksualne – konceptualizacja pojęcia

Preferencje seksualne pacjentów można analizować w dwóch aspektach. Pierwszym jest aspekt treściowy, określający cechy bodźców pobudzających seksualnie, a więc to, jakie obiekty lub jakie sytuacje są dla pacjenta seksualnie podniecające. Drugim jest aspekt formalny, opisujący zakres różnorodności bodźców w obrębie wzorca (jak wiele różnych bodźców jest pobudzających), zmienność wzorca w czasie,

spójność składowych reakcji seksualnej w odpowiedzi na bodźce (oceny atrakcyjności, odpowiedzi fizjologicznej i behawioralnej) oraz wgląd pacjenta we własne preferencje.

Aspekt treściowy preferencji seksualnych

Charakter bodźców pobudzających seksualnie daną osobę (kto, co lub w jakich warunkach jest podniecające) składa się na treściowy aspekt preferencji seksualnych. Choć treść ta najczęściej opisywana jest w literaturze przedmiotu kategorialnie³, istnieją przesłanki wskazujące na użyteczność jej opisywania z użyciem dymensji siły erotycznego oddziaływania bodźca – jego seksualnej atrakcyjności [22]. Co więcej, ponieważ wiele osób reaguje pobudzeniem seksualnym na różne bodźce, przy czym jedne są bardziej atrakcyjne niż inne, uzasadnione jest opisywanie hierarchii atrakcyjności bodźców w obrębie wzorca zainteresowań pacjenta [1, 22–24].

Opis indywidualnej hierarchii bodźców atrakcyjnych seksualnie warto uzupełnić opisem bodźców seksualnie awersyjnych, odpychających⁴. Przesłanki dla takiego rozwiązania pochodzą z dwóch źródeł. Po pierwsze, są to analizy ogólniejszych modeli reakcji seksualnych człowieka jako podlegających komplementarnym mechanizmom pobudzania i hamowania [27–29] lub właśnie – atrakcyjności i awersyjności [14, 30]. Po drugie, szczegółowe badania nad awersyjnością seksualną bodźców, np. seksualną awersją wobec członków własnej rodziny [31–34], lub awersyjnością bodźców kojarzonych z doświadczeniem seksualnej traumy [17–21] wskazują na możliwość opisywania tego wymiaru w sposób analogiczny do atrakcyjności. Awersyjność dotyczyć może bowiem różnych cech ludzi, sytuacji i zachowań seksualnych (kto, co lub w jakich warunkach budzi seksualną niechęć), a że siła awersyjnego oddziaływania poszczególnych bodźców jest różna, pozwala to na ich hierarchizowanie.

Empiryczne analizy atrakcyjności oraz awersyjności bodźców seksualnych prowadzone są zwykle odrębnie. Jeśli zaś podejmowane są łącznie, to w sposób skoncentrowany na jednej z wymienionych wartości, przy czym awersyjność określonego bodźca jest wówczas apriorycznie traktowana jako wskaźnik braku jego atrakcyjności [23, 35–36]. Podjęcie analiz opartych na proponowanym tu założeniu, że seksualna atrakcyjność i awersyjność bodźców to dwa wymiary, które mogą być ze sobą w różny sposób powiązane, pozwala na wyjście poza uproszczone definiowanie preferencji przez wskazywanie wyłącznie „idealnego” wzorca partnera lub sytuacji seksualnej. Umożliwia bowiem dodatkowo opis zakresu ewentualnych odstępstw od tego idealnego wzorca (jak dalece odmienne od preferowanych bodźce stanowią jeszcze warunki wystarczające do seksualnego pobudzenia), jak również sytuacji, w których reakcje

³ Katalogi rozmaitych preferencji seksualnych, a także propozycje ich klasyfikacji znaleźć można m.in. w polskich pracach K. Imielińskiego [3, 4] i Z. Lwa-Starowicza [25, 26]. Taki opis oferują także klasyfikacje diagnostyczne.

⁴ Jakkolwiek awersja seksualna uwzględniana jest wśród zaburzeń seksualnych, to jednak w innym charakterze, jako problem niechęci lub lęku przed podejmowaniem aktywności seksualnej w ogóle (por. ICD-10, DSM-5). W takim ujęciu głównym przedmiotem analiz jest niemożność uczestnictwa w relacjach seksualnych zgodnie z pragnieniami osoby ze względu na tę niechęć (seksualna dysfunkcja). Charakter sytuacji seksualnych wzbudzających u pacjenta awersyjne reakcje znajduje się wówczas na dalszym planie.

seksualne się nie pojawiają lub są przez daną osobę hamowane (wymiar awersyjności). Ujęcie takie pozwala na bardziej złożony opis preferencji pacjentów przeżywających sytuacje erotyczne konfliktowo (trudność można wówczas opisać jako efekt nakładania się wartości pobudzającej i odpychającej bodźców seksualnych) oraz na opis wzorca zainteresowań pacjentów będących w stanie podejmować ich realizację w warunkach niepreferowanych (trudność wynikająca z braku awersyjności bodźców).

Aspekt formalny preferencji seksualnych

Różnorodność bodźców w obrębie wzorca zainteresowań seksualnych

Dane pochodzące z badań prób populacyjnych [1, 13] oraz klinicznych [22, 37, 38] wskazują, że ludzie reagują pobudzeniem seksualnym na różnorodne typy bodźców. Uzasadnia to włączenie zakresu tego wewnętrznego zróżnicowania do opisu preferencji seksualnych pacjentów. Preferencje można wówczas umieścić na dymensji pomiędzy wąskim zakresem zainteresowań (seksualną ekskluzywnością określonych bodźców) a ich znaczną różnorodnością. Ponadto różny może być także stopień dookreślenia tych zainteresowań: od ścisłego zdefiniowania bodźców stanowiących warunek konieczny seksualnego pobudzenia po niezróżnicowanie (brak preferowania jakichkolwiek bodźców, brak różnicowania erotycznego⁵). Opisywany w tym miejscu zakres różnorodności w strukturze preferencji seksualnych jest pochodną indywidualnej konfiguracji bodźców atrakcyjnych i awersyjnych seksualnie.

Empirycznych argumentów za uwzględnieniem tego wymiaru preferencji dostarczają badania różnic międzypłciowych we wzorcach atrakcyjności seksualnej, wskazujące na większe precyzowanie preferencji płci oraz cech wyglądu partnerów/partnerek seksualnych u mężczyzn w porównaniu z kobietami [2, 10, 41, 42]. Niemniej jednak wymiar ten, zdefiniowany ogólnie, pozwala opisać preferencje oraz ewentualne trudności pacjentów niezależnie od treści samej preferencji. Na przykład problem ekskluzywności preferencji dotyczyć może zarówno preferowanych obiektów dewiacyjnych (takich jak przedmioty), jak i normatywnych (cechy wyglądu partnerek/partnerów seksualnych).

Zmienność w obrębie preferencji seksualnych

Zmienność to wymiar pozwalający opisać zainteresowania seksualne pacjenta na osi czasu. Jego uwzględnienie uzasadniają dwa rodzaje problemów obserwowanych u pacjentów: nadmierna sztywność preferencji, która ogranicza możliwość przystosowania do zmieniających się warunków realizacji seksualnej w stabilnym związku,

⁵ Problem braku różnicowania sytuacji seksualnych może współwystępować z problemem hiperseksualności [37, 39]. W takiej sytuacji odrębnego diagnozowania wymagają wskazane problemy różnicowania obiektów i sytuacji (które i w jakim stopniu są dla pacjenta bodźcami pobudzającymi) od problemów nasilenia popędu seksualnego. W tej drugiej grupie trudności obejmować mogą także problemy różnicowania przez pacjenta własnych stanów wewnętrznych, np. pobudzenia seksualnego i stresu [40]. Ta grupa trudności nie dotyczy już jednak bezpośrednio seksualnych preferencji.

a także problem nadmiernej habituacji i potrzeby poszukiwania nowości dla uzyskania optymalnego pobudzenia [2]. Analizy indywidualnej zmienności preferencji uzasadniają także wyniki badań nad tzw. plastycznością erotyczną [43–45]. Choć obecnie badania te koncentrują się głównie – znów – na wyjaśnianiu różnic międzypłciowych, użyteczne może być włączenie tego aspektu do analiz różnic indywidualnych wśród pacjentów. Może być on bowiem istotny dla wyjaśniania trudności seksualnych przejawianych w związkach, np. utraty zainteresowania partnerem, którego funkcjonowanie zmienia się wraz z wiekiem, jak i dla szacowania możliwości zmian problemowego wzorca pobudzenia w toku terapii.

Spójność komponentów reagowania seksualnego na bodźce

Na reakcję pobudzenia seksualnego w odpowiedzi na atrakcyjny bodziec składają się: jego poznawcza ocena (uznanie, że ma on charakter seksualny oraz ocena wartości pobudzającej), reakcja autonomiczna (specyficzna – genitalna oraz niespecyficzne pobudzenie fizjologiczne) i behawioralna (gotowość do podjęcia zachowania seksualnego) [30]. Pomiędzy poszczególnymi komponentami zachodzą interakcje. Pozwalają one na harmonizowanie odpowiedzi seksualnej, np. gdy pacjent, czując własną reakcję genitalną, uznaje, że to efekt atrakcyjności osoby w jego otoczeniu. Wymienione komponenty mogą pozostawać także rozbieżne, o czym świadczą wyniki wielu badań nad różnicami pomiędzy samoopisem podniecenia seksualnego a wielkością reakcji genitalnej [46]. W opisie preferencji seksualnych pacjenta warto zatem uwzględnić poszczególne komponenty reakcji oraz relacje między nimi. To rozwiązanie jest bardziej uzasadnione niż przyjmowanie apriorycznych założeń o prymarności wybranej komponenty (np. uznawania reakcji genitalnej jako wskaźnika „prawdziwych” preferencji pacjenta) czy też o automatycznej spójności między nimi. Opis tego aspektu preferencji może pomóc w wyjaśnianiu specyfiki seksualnych przeżyć pacjenta, np. obniżenia satysfakcji seksualnej, gdy odpowiedź na bodźce jest niespójna. Rozwiązanie takie może także sprzyjać precyzyjniejszemu opisowi trudności związanych z autoidentyfikacją seksualną, gdy dysharmonia w obrębie reakcji seksualnej przynosi poczucie dezorientacji we własnych pragnieniach i doświadczeniach (kto lub co jest dla mnie podniecające).

Świadomość preferencji seksualnych

Ostatnim aspektem proponowanego modelu opisu jest świadomość pacjenta co do własnych preferencji. Znacząca część procesu pobudzenia seksualnego odbywa się w sposób automatyczny, dopiero późniejsze etapy mogą podlegać wglądowi i świadomemu kierowaniu. Świadomość własnego pobudzenia seksualnego powstaje różnymi drogami: na podstawie samoobserwacji koncentrowania uwagi na określonych bodźcach, oceny ich znaczenia (w kategoriach seksualnych) oraz identyfikacji własnych reakcji fizjologicznych. Drogi te zapośredniczone są przez różne struktury mózgu, podkorowe i korowe [16, 30, 47, 48]. Uznać zatem należy możliwość różnego zakresu wglądu osoby we własny wzorec pobudzenia oraz ścieżek jego uzyskiwania.

Dotyczy to zarówno sytuacji spójnego doświadczenia seksualnego (zharmonizowanego między poszczególnymi komponentami), jak i doświadczeń parcjalnych, wyrażających się tylko jednym z elementów odpowiedzi, np. oceną poznawczą lub reakcją cielesną [15, 30]. Rozpoznanie własnych preferencji seksualnych stanowi istotny element budowania przez pacjenta tożsamości seksualnej [2], jak również podejmowania decyzji odnośnie form jej realizacji.

Różnorodność trudności klinicznych związanych z preferencjami seksualnymi

Przedstawiona powyżej propozycja uszczegółowienia opisu preferencji seksualnych za pomocą treściowych i formalnych dymensji może stanowić także podstawę systematyzowania zróżnicowanych problemów klinicznych pacjentów związanych z cechami ich wzorców zainteresowań seksualnych (tab. 1). Jak już wspomniano, część z tych trudności mieści się w kategorii zaburzeń preferencji seksualnych (parafilnych), część zaś, mimo że nie spełnia jej kryteriów, staje się źródłem problemów, które wchodzi w obszar działania klinicystów. Warto zwrócić uwagę, że mogą one współwystępować z innymi zaburzeniami seksualnymi: dysfunkcjami lub zaburzeniami tożsamości seksualnej. Sytuacje takie wymagają każdorazowo rozstrzygnięć diagnostycznych o wadze poszczególnych aspektów zaburzeń pacjenta (co stanowi główny problem, co zaś trudności wtórne lub powiązane z głównym) oraz ich miejscu w mechanizmie etiopatologii zaburzenia (jak różne trudności na siebie wpływają). Niemniej jednak uwzględnienie szczegółowych cech preferencji seksualnych pacjenta może pomóc w doprecyzowaniu istoty jego trudności, także złożonej.

Tabela 1. Klasyfikacja trudności związanych z preferencjami seksualnymi

Aspekt preferencji seksualnych	Trudności związane z preferencjami seksualnymi	Związki z innymi rodzajami zaburzeń seksualnych
Treść preferencji seksualnych	<ul style="list-style-type: none"> • nietypowy wzorzec bodźców pobudzających i awersyjnych • nakładanie się pobudzającej i awersyjnej wartości bodźców seksualnych 	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia preferencji seksualnych, parafilie • zaburzenia pożądania, podniecenia seksualnego oraz orgazmu (związane przede wszystkim z awersyjnością bodźców)
Zakres różnorodności bodźców w obrębie wzorca preferencji	<ul style="list-style-type: none"> • wąski zakres bodźców pobudzających (ekskluzywność) • seksualne niezróżnicowanie (brak wzorca – preferencji lub awersji) 	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia pożądania, podniecenia seksualnego oraz orgazmu (np. gdy niemożliwe jest urealnienie preferowanej sytuacji erotycznej) • hiperseksualność
Zmienność wzorca preferencji	<ul style="list-style-type: none"> • sztywność wzorca preferencji seksualnych, utrudniająca adaptację do zmiany relacji intymnej • nadmierna zmienność preferencji, utrudniająca zbudowanie stabilnej relacji 	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia pożądania i podniecenia seksualnego oraz orgazmu (przeżywane głównie w kontekście układu partnerskiego)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Spójność komponentów reakcji seksualnej w odpowiedzi na bodźce	<ul style="list-style-type: none"> • brak korespondencji między komponentami reakcji seksualnej w odpowiedzi na bodźce seksualne (np. wzorzec reagowania pobudzeniem autonomicznym na bodźce oceniane jako nieseksualne lub seksualnie awersyjne) 	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia podniecenia seksualnego (brak części reakcji seksualnej lub hamowanie uruchomione przez wybraną komponentę reakcji) • zaburzenia rozwoju psychoseksualnego (tożsamości seksualnej) – dezorientacja we własnych przeżyciach seksualnych
Świadomość preferencji seksualnych	<ul style="list-style-type: none"> • brak świadomości własnych preferencji seksualnych • częściowa świadomość preferencji seksualnych (dotycząca wybranych bodźców pobudzających/awersyjnych lub części komponent reakcji seksualnej) • brak akceptacji i cierpienie związane z identyfikowaną preferencją seksualną 	<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia pożądania i podniecenia seksualnego (brak świadomie oczekiwanej przez pacjenta reakcji seksualnej w odpowiedzi na sytuacje uznawane przez niego jako preferowane) • impulsywne, egodystoniczne zachowania seksualne w sytuacji obniżenia kontroli (brak świadomości ich atrakcyjności) • zaburzenia rozwoju seksualnego (tożsamości seksualnej) – przeżywanie preferencji jako egodystonicznych

Wnioski

Preferencje seksualne człowieka oraz trudności z nimi związane stanowią przedmiot zainteresowań szerokiego nurtu analiz naukowych. Dotyczyły one dotąd przede wszystkim różnorodności preferowanych bodźców i sytuacji seksualnych (normatywnych i dewiacyjnych), częstotliwości występowania poszczególnych preferencji w populacjach ogólnych i klinicznych oraz metod ich identyfikacji. Zgromadzone bogate dane empiryczne pozwalają dokonywać użytecznych porównań międzygrupowych oraz opisywać bodźce seksualne centralne dla określonych preferencji.

Obok wspomnianych kwestii dla praktyki klinicznej podstawowym obszarem analiz jest także znaczenie indywidualnych, unikalnych cech wzorca pobudzania seksualnego pacjenta. Konstrukty seksualnych preferencji, jeśli ma być użyteczny w pracy klinicznej, musi zatem pozwalać nie tylko na klasyfikację dominujących pragnień danej osoby i jej porównanie z grupą odniesienia, ale również na opisanie jej specyfiki.

Wydaje się, że dotychczasowe analizy w niewystarczającym stopniu uwzględniały niektóre aspekty preferencji seksualnych pacjentów, np. zróżnicowanie w obrębie wzorców ich seksualnych zainteresowań. Zdecydowanie większej uwagi wymagają także takie kwestie, jak relacje między atrakcyjnością i awersyjnością bodźców

seksualnych, stabilność i zmienność wzorców pobudzania, możliwa niespójność pomiędzy komponentami reagowania seksualnego na bodźce czy wreszcie – świadomość i kierowanie wzorcami pobudzania. Mam nadzieję, że zaproponowany model uszczegółowionego opisu preferencji seksualnych okaże się pomocnym narzędziem w pracy diagnostycznej z pacjentami zgłaszającymi swoje różnorodne trudności wynikające z ich seksualnych preferencji. Być może model ten pozwoli także na postawienie nowych, twórczych pytań badawczych na temat tego złożonego zagadnienia.

Piśmiennictwo

1. Skowroński D. *Preferencje seksualne Polaków*. Poznań: P.W. „Interfound”; 2003.
2. Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier; 2011.
3. Imieliński K. *Zarys seksuologii i seksiatrii*. Warszawa: PZWL; 1982.
4. Imieliński K. *Seksiatria*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwa Naukowe; 1991.
5. Quinsey VL, Rice M, Harris GT, Reid KS. *The phylogenetic and ontogenetic development of sexual age preferences in males: Conceptual and measurement issues*. W: Barbaree EH, Marshall LW, Hudson MS. red. *The juvenile sex offenders*. New York: Guilford Press; 1993. S. 143–163.
6. Gagnon JH, Simon W. *Sexual deviance in contemporary America*. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 1968; 376(1): 106–122.
7. Gagnon JH, Simon W, Carns DE. *Sexual deviance*. New York: Harper & Row; 1967.
8. Moser C. *Paraphilia: A critique of a confused concept*. W: Kleinplatz JP red. *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2002. S. 91–108.
9. De Block A, Adriaens PR. *Pathologizing sexual deviance: A history*. *J. Sex. Res.* 2013; 50(3–4): 276–298.
10. Money J. *Paraphilias: Phenomenology and classification*. *Am. J. Psychother.* 1984; 38(2): 164–179.
11. Wincze JP. *Ocena i leczenie nietypowych zachowań seksualnych*. W: Leiblum SR, Rosen RC red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. S. 517–541.
12. Savin-Williams RC. *Homoseksualność w rodzinie. Ujawnianie tajemnicy*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2011.
13. Ahlers CJ, Schaefer GA, Mundt IA, Roll S, Englert H i wsp. *How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men*. *J. Sex. Med.* 2011; 8(5): 1362–1370.
14. Kolářský A, Brichteín S. *Priorities in male erotic activation and paraphilias*. *Psychiatrie* 1999; 3(1): 3–8.
15. Marshall WL, Barbaree HE, Christophe DD. *Sexual offenders against female children: Sexual preferences for age of victims and type of behavior*. *Can. J. Behav. Sci.* 1986; 18(4): 424–439.
16. Roszyk A. *Neuropsychologiczne uwarunkowania przestępstw seksualnych*, praca doktorska. Poznań: Instytut Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2016.
17. Briere J, Smiljanich K, Henschel D. *Sexual fantasies, gender, and molestation history*. *Child Abuse. Negl.* 1994; 18(2): 131–137.

18. Hall K. *Childhood sexual abuse and adult sexual problems: A new view of assessment and treatment*. *Feminism & Psychology* 2008; 18(4): 546–556.
19. Heiman JR, Verhulst J, Heard-Davison AR. *Childhood sexuality and adult sexual relationship. How they are connected by data and by theory?* W: Bancroft J red. *Sexual development in childhood*. Bloomington: Indiana University Press; 2003. S. 404–420.
20. Maltz W. *Sex Therapy with survivors of sexual abuse*. W: Kleinplatz PJ red. *New directions in sex therapy: Innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2001. S. 258–278.
21. Noll JG, Trickett PK, Putnam FWA. *Prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2003; 71(3): 575–586.
22. Schmidt AF, Mokros A, Banse R. *Is pedophilic sexual preference continuous? A taxometric analysis based on direct and indirect measures*. *Psychol. Assess.* 2013; 25(4): 1146–1153.
23. Camperio CA, Battaglia U. *Implicit measurement of sexual preference in self-declared heterosexual men: A pilot study on the rate of androphilia in Italy*. *J. Sex. Med.* 2014; 11(9): 2207–2217.
24. Blanchard R, Lykins AD, Wherrett D, Kuban ME, Cantor JM i wsp. *Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V*. *Arch. Sex. Behav.* 2009; 38(3): 335–350.
25. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. Warszawa: PZWL; 2000.
26. Lew-Starowicz Z. *Seks nietypowy*. Łódź: Wydawnictwo „Cztery Strony Świata” 2003.
27. Bancroft J, Janssen E. *The Dual-Control Model: The role of sexual inhibition & excitation in sexual arousal and behavior*. W: Janssen E red. *The psychophysiology of sex*. Bloomington, IN: Indiana University Press; 2007. S. 197–222.
28. Bancroft J, Graham CA, Janssen E, Sanders SA. *The Dual Control Model: Current status and future directions*. *J. Sex. Res.* 2009; 46(2–3): 121–142.
29. Toates F. *An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior*. *J. Sex. Res.* 2009; 46(2–3): 168–193.
30. Everaerd W, Both S, Laan E. *The experience of sexual emotions*. *Annu. Rev. Sex. Res.* 2006; 17(1): 183–199
31. Westermarck E. *Three essays on sex and marriage*. London: Macmillan; 1934.
32. Westermarck E. *The history of human marriage*. London: Macmillan; 1891.
33. Shor E, Simchai D. *Incest avoidance, the incest taboo, and social cohesion: Revisiting Westermarck and the Case of the Israeli Kibbutzim*. *Am. J. Soc.* 2009; 114(6): 1803–1842.
34. Antfolk J, Lieberman D, Santtila P. *Fitness costs predict inbreeding aversion irrespective of self-involvement: Support for hypothesis derived from evolutionary theory*. *PLoS ONE* 2012; 7(11): e50613.
35. Chivers MD, Riegel G, Latty E, Bailey JM. *A sex difference in the specificity of sexual arousal*. *Psychol. Sci.* 2004; 15(11): 736–744.
36. Renaud P, Rouleau JL, Granger L, Barsetti I, Bouchard S. *Measuring sexual preferences in virtual reality: A pilot study*. *Cyberpsychol. Behav.* 2004; 5(1): 1–9.
37. Kafka M. *Zaburzenia o charakterze parafilijnym. Nieparafilijna nadaktywność seksualna oraz seksualna kompulsja (nalog)*. W: Leiblum RS, Rosen CR red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. S. 542–577.
38. Seto MC, Lalumiere ML, Kuban M. *The sexual preferences of incest offenders*. *J. Abnorm. Psychol.* 1999; 108(2): 267–272.
39. Carnes P. *Od nalogu do miłości*. Poznań: Media Rodzina; 2001.

40. Cortoni F, Marshall WL. *Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders*. *Sex. Abuse*. 2001; 13(1): 27–43.
41. Symons D. *The evolution of human sexuality*. New York: Oxford University Press; 1979
42. Kinnish KK, Strassberg DS, Turner CW. *Sex differences in the flexibility of sexual orientation: A multidimensional retrospective assessment*. *Arch. Sex. Behav*. 2005; 34(2): 173–183.
43. Baumeister RF. *Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive*. *Psychol. Bull*. 2000; 126(3): 347–374.
44. Baumaister RF. *Gender and erotic plasticity: Sociocultural influences on the sex driver*. *Sex. Rel. Therapy* 2000; 19(2): 133–139.
45. Baumeister RF, Stillman TF. *Nature, culture, and sex: Gender and erotic plasticity*. W: McAnulty RD, Burnette MM red. *Sex and sexuality*, Vol. 3. Westport, CT: Praeger Press; 2006.
46. Chivers ML, Seto MC, Lalumière ML, Laan E, Grimbos T. *Agreement of self-reported and genital measures of sexual arousal in men and women: A meta-analysis*. *Arch. Sex. Behav*. 2010; 39(1): 5–56.
47. Janssen E, Everaerd W, Spiering M, Janssen J. *Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: Toward an information processing model of sexual arousal*. *J. Sex. Res*. 2000; 37(1): 8–23.
48. Spiering M, Everaerd W. *The sexual unconscious*. W: Janssen E red. *The psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University Press; 2007. S. 166–184.

Adres: Monika Zielona-Jenek
Instytut Psychologii
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89
e-mail: monikazj@amu.edu.pl

Otrzymano: 18.09.2017
Zrecenzowano: 23.11.2017
Otrzymano po poprawie: 28.12.2017
Przyjęto do druku: 8.01.2018