

Kryteria zaburzeń parafilnych w DSM-5 wobec asfiksji autoerotycznej i pozaseksualnej formy ograniczania dopływu tlenu

DSM-5 paraphilic disorders criteria in the light of autoerotic asphyxiophilia and non-sexual form of oxygen restriction

Marta Dora^{1,2}, Magdalena Mijas³, Bartłomiej Dobroczyński⁴

¹ O/K Klinik Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Pracownia Seksuologii Katedry Psychiatrii

³ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Instytut Zdrowia Publicznego, Zakład Zdrowia i Środowiska

⁴ Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii

Summary

The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders published in 2013 has proved to be particularly interesting in the field of sexuality. It introduced a number of significant changes in the definition of sexual norms, among them a widely discussed distinction between paraphilias and paraphilic disorders. The key criterion separating the abnormal sexual interests from the disordered ones is clinically significant distress resulting directly from sexual behavior and/or the risk of suffering or harm to another person as a result of one's sexual behavior. In the case of masochism – which addresses the phenomenon of suffering quite particularly – this distinction is troublesome. Using the example of autoerotic asphyxia – a behavior from the masochism spectrum – the authors critically examine the proposed DSM-5 method of defining the standards of sexual behavior. Interesting in this regard has been a comparison between autoerotic asphyxia and free diving – a nonsexual activity which, although also associated with possible loss of life by reduction of oxygen, has not been pathologized.

Słowa klucze: DSM-5, seksuologia, parafilie

Key words: DSM-5, sexology, paraphilias

Wprowadzenie

Psychiatrzy, seksuolodzy i inni specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego zainteresowani ludzką seksualnością z niecierpliwością czekali na zapowiadaną piątą edycję klasyfikacji DSM. Pracom podgrupy roboczej zajmującej się parafiliami (Paraphilias Sub-work Group) towarzyszyły liczne publikacje wskazujące na konieczność modyfikacji obowiązujących kryteriów diagnostycznych w celu zwiększenia ich użyteczności w praktyce klinicznej oraz sądownictwie [1–5]. Dyskusja nad miejscem nietypowych preferencji seksualnych w klasyfikacji DSM, jaka wywiązała się podczas przygotowywania jej piątej edycji, trwa nadal, choć minęły ponad trzy lata od publikacji podręcznika [6–9]. Wskazuje to na trudność, jaką sprawia zdefiniowanie satysfakcjonujących kryteriów normy w obszarze seksualności – przy założeniu, że DSM w ogóle powinien normę seksualną definiować. Zasadność tego ostatniego działania także podawana jest w wątpliwość [6, 10].

DSM-5 wprowadza rozróżnienie pomiędzy parafiliami, obecnie uznawanymi za atypowe, lecz niestanowiące zaburzeń warianty seksualne, a zaburzeniami parafilnymi. Zaburzenie parafilne zdefiniowano jako parafilie, która powoduje cierpienie lub zaburzenie funkcjonowania danej osoby, bądź jako parafilie, której zaspokojenie wiąże się z wyrządzeniem krzywdy sobie lub z ryzykiem wyrządzenia krzywdy innym [11].

Rozróżnienie to na pierwszy rzut oka wydaje się znaczącą zmianą i – jak sugerowano w komentarzach do podręcznika – krokiem w stronę depatologizacji alternatywnych fantazji, pragnień i zachowań seksualnych. Zgodnie z zaproponowaną definicją przejawianie atypowych preferencji seksualnych jest niezbędnym, ale nie wystarczającym warunkiem postawienia diagnozy zaburzenia parafilnego i jako takie zasadniczo nie stanowi przesłanki interwencji klinicznej [11]. Warto jednak przypomnieć, że samego tylko nietypowego ukierunkowania pociągu seksualnego nie uznaje się za zaburzenie już od czwartej edycji klasyfikacji DSM, która ukazała się blisko dwadzieścia lat przed publikacją DSM-5 [9]. Z tej perspektywy wprowadzenie rozróżnienia na parafilie i zaburzenia parafilne wydaje się jedynie zmianą powierzchowną polegającą raczej na wprowadzeniu nowej kategorii „zaburzenia parafilnego” niż gruntownym przeformułowaniu kryteriów diagnostycznych.

Nowa definicja zaburzenia parafilnego oraz wynikające z niej kryteria diagnostyczne wzbudzają wiele wątpliwości. W niniejszym tekście podsumujemy najważniejsze z nich, posługując się między innymi przykładem asfiksji autoerotycznej – zjawiska ze spektrum masochizmu, które w myśl przywołanej definicji bezwzględnie utrzymuje status zaburzenia parafilnego. Asfiksja autoerotyczna, czyli aktywność polegająca na ograniczeniu dopływu tlenu w celu osiągnięcia gratyfikacji seksualnej, stanowi idealny kontrpunkt dla analogicznych nieseksualnych zachowań, które mimo że wiążą się z równie istotnymi zagrożeniami dla zdrowia i życia, nie podlegają patologizacji. Analiza podobieństw i różnic między tymi zjawiskami ujawnia głęboką ambiwalencję wobec motywacji seksualnej. Ambiwalencja ta jest nie tylko zjawiskiem kulturowym, ale obserwuje się ją często także wśród profesjonalistów w zakresie zdrowia psychicznego i zdrowia seksualnego, co znajduje odzwierciedlenie w kryteriach diagnostycznych zaburzeń parafilnych zaproponowanych w klasyfikacji DSM-5.

Definiowanie przez wykluczenie

W pierwszej kolejności na uwagę zasługuje definicja parafilii zamieszczona w klasyfikacji DSM-5, wedle której są to „wszelkie intensywne, nawracające preferencje seksualne, inne niż zainteresowanie stymulacją genitaliów lub pieszczotami z normalną pod względem fenotypowym, wyrażającą na to zgodę, dorosłą osobą” [12]. Propozycja ta wywołała falę krytyki przede wszystkim ze względu na jej praktyczne konsekwencje [6, 10, 13]. Jako że fenomen stanowiący przedmiot definicji jest tu określany przez wykluczenie (*definition by exclusion*), doprecyzowane zostaje w pierwszym rzędzie „normofilne” ukierunkowanie preferencji seksualnych. Parafilią staje się wszystko to, co wykracza poza zdefiniowaną w ten sposób normę. Jest to zmiana o tyle istotna, że we wcześniejszych wersjach podręcznika diagnostycznego parafilie opisywano przez tworzenie list nietypowych obiektów lub aktywności seksualnych bez próby określania zainteresowań normatywnych (*definition by concatenation*). DSM-5 jest tym samym pierwszą edycją klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, która definiuje normofilne ukierunkowanie pociągu seksualnego i w konsekwencji niepokojąco rozszerza spektrum możliwych parafilii, a więc również zaburzeń parafilnych. Taki zabieg nie tylko nie niweluje asymetrii w ocenie rozmaitych zachowań seksualnych, ale dodatkowo tę asymetrię wzmacnia.

Praktyka odróżniania normofilnego ukierunkowania pociągu seksualnego od parafilnego wydaje się tym bardziej zaskakująca, że oba te zjawiska należą do spektrum normy. Ciekawostką dla czytelnika może być fakt, że zanim opublikowano ostateczną definicję parafilii, jej pierwotna wersja brzmiała jeszcze bardziej restrykcyjnie: „parafilnia jest dowolną silną nawracającą preferencją seksualną, inną niż zainteresowanie czynnościami kopolacyjnymi lub przedkopolacyjnymi z normalnymi pod względem fenotypowym, wyrażającymi na to zgodę dorosłymi ludźmi” [14].

Krytycy obowiązującej definicji parafilii wskazują także na problematyczne implikacje poszczególnych sformułowań, jakie się w niej pojawiają. Określenie „wyrażający zgodę” (*consenting*), choć bezsprzecznie ma silne uzasadnienie z punktu widzenia prawa [7, 8], niekoniecznie stanowi wystarczające kryterium definiowania normy w obszarze zdrowia psychicznego. Nie ma jasności, czy podejmowanie czynności seksualnych, na które nie uzyskano zgody (choć jest to moralnie naganne i/lub nielegalne), powinno być wyznacznikiem zaburzenia, i odwrotnie – czy wszelkie czynności seksualne, które mają charakter konsensualny, mieszczą się automatycznie w seksuologicznych definicjach normy. Równie dyskusyjną kwestią pozostaje to, czy normę zdrowia psychicznego powinno wyznaczać zainteresowanie stymulacją genitalną oraz czy koniecznie powinny to być genitalia innej osoby, która do tego koniecznie ma być „normalna pod względem fenotypowym” (to kolejny warunek). Wątpliwość może dotyczyć także tego, czym dokładnie jest czynność seksualna z inną osobą i czy kontakty seksualne odbywające się za pośrednictwem kanałów telekomunikacyjnych zaliczają się do tej kategorii. Nielatwo znaleźć odpowiedzi na te pytania, zwłaszcza gdy weźmiemy pod uwagę, jak wiele powszechnych czynności seksualnych nie pasuje do zaproponowanych kryteriów.

Choć preferencje parafilne same w sobie nie wystarczają do postawienia diagnozy zaburzenia psychicznego, nadal sytuowane są pomiędzy tym, co „normalne”, a tym,

co nie mieści się w granicach normy. Jest to dość zaskakujące, gdyż Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne dotychczas nie wyjaśniło, opierając się na dowodach klinicznych bądź danych z badań, dlaczego uznaje niektóre niestandardowe preferencje seksualne za parafilne, a więc wymagające zachowania wzmożonej czujności klinicznej [9].

Istotne klinicznie cierpienie oraz zaburzenia funkcjonowania

Wprowadzone rozróżnienie na parafilie i zaburzenia parafilne motywowano chęcią redukcji liczby fałszywie dodatnich rozpoznań opierających się jedynie na treściowym kryterium nietypowego ukierunkowania pociągu seksualnego w odróżnieniu od kryterium istotności klinicznej [11]. Prowadzone od dekady badania ujawniają, że możliwe jest praktykowanie parafilnych i konsensualnych preferencji seksualnych bez doświadczania istotnego klinicznie cierpienia czy dezorganizacji funkcjonowania [15–17]. Zasadne wydaje się jednak pytanie, czy każda konsensualna i nietypowa preferencja seksualna, która wiąże się z indywidualnym cierpieniem, powinna być podstawą diagnozy bez uwzględnienia źródła tego cierpienia.

DSM-5 udziela odpowiedzi na to pytanie, wskazując, że cierpienie i zaburzenia funkcjonowania danej osoby opisane w kryterium B mają być bezpośrednimi następstwami parafilii, a nie innego czynnika, np. braku akceptacji społecznej [11, 18]. W jaki sposób jednak diagnosta ma odróżniać wewnętrzne cierpienie od zinternalizowanego dyskomfortu, winy i wstydu wywołanych społecznym odrzuceniem? Czy takie rozróżnienie w ogóle jest możliwe? Osoby praktykujące BDSM mogą doświadczać pogorszenia jakości swojego życia społecznego i zawodowego, ponieważ ich preferencje seksualne wykraczają poza normy obyczajowe dotyczące seksualności. Mogą również mieć trudności ze znalezieniem partnera/partnerki ujawniających komplementarne preferencje. Jeśli mimo tego rodzaju wątpliwości zdecydujemy się postawić diagnozę zaburzenia parafilnego, pojawia się kolejne istotne pytanie: jaki rodzaj interwencji klinicznej zastosować?

Sposób, w jaki sformułowana jest przedmowa do rozdziału o zaburzeniach parafilnych w DSM-5, pozostawia czytelnika z dwiema przeciwstawnymi, acz uzasadnionymi interpretacjami, którymi są reparacja lub afirmacja. Choć terapia zaburzenia parafilnego może być prowadzona za pomocą różnych narzędzi klinicznych, jej cel można określić dwojako: jako zmianę będącego źródłem cierpienia ukierunkowania pociągu seksualnego lub jego akceptację i afirmację. Skoro atypowa preferencja – parafilia – sama w sobie nie stanowi już zaburzenia, klasyfikacja DSM powinna sugerować pracę w kierunku afirmatywnym lub przynajmniej uwzględniać podejście afirmatywne w pracy z zaburzeniami parafilnymi. Dążenie do zmiany preferencji nieuznawanej już za zaburzenie byłoby przecież bezcelowe i potencjalnie także szkodliwe.

Nie sposób nie dostrzec analogii między sposobem, w jaki sformułowana jest obecnie diagnoza zaburzenia parafilnego, a jednostką homoseksualizmu egodystonicznego oraz dyskusją nad zasadnością stosowania terapii reformatywnych wobec osób homoseksualnych doświadczających cierpienia ze względu na swoją orientację seksualną. Podobnie jak w wypadku homoseksualizmu egodystonicznego, który

ostatecznie z klasyfikacji DSM wykreślono, tak i w kontekście przynajmniej części zaburzeń parafilnych (np. fetyszyzmu czy transwestytyzmu) uwzględnianie ich w klasyfikacji może być interpretowane przez klinicystów jako przyzwolenie na reparatywne i szkodliwe leczenie psychiatryczne i psychoterapeutyczne. Czytelników zainteresowanych kompleksową analizą podstaw teoretycznych, metodologii oraz skuteczności i skutków oddziaływań nakierowanych na zmianę orientacji seksualnej z homo- lub biseksualnej na heteroseksualną zachęcamy do zapoznania się z raportem Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego [19].

Zachowania ryzykowne a kryterium krzywdy

Wydaje się, że najbardziej dyskusyjnym kryterium odróżniającym parafilię od zaburzenia parafilnego jest ryzyko wyrządzenia sobie krzywdy, czyli poniesienia uszczerbku na zdrowiu na skutek realizacji parafilnego ukierunkowania pociągu seksualnego. Wzbudza ono wątpliwości między innymi z tego powodu, że analogicznego kryterium nie formuluje się w odniesieniu do aktywności pozaseksualnych, które mogą się wiązać z równie istotnym ryzykiem dla zdrowia. Można tu na przykład wskazać na uprawianie sportów ekstremalnych, takich jak choćby *BASE jumping*, *Freeride*, nurkowanie głębinowe (*Scuba Diving at Depth – SD*) czy nurkowanie swobodne (*Freediving – FD*), których dotychczas nie uwzględniono w żadnej z istniejących klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Ostatnia z wymienionych dyscyplin związana jest z potencjalnie śmiertelnym lub ryzykownym dla zdrowia ograniczeniem dopływu tlenu, co czyni ją niezwykle podobną do autoerotycznej asfiksjofilii (AA).

Asfiksja erotyczna to praktyka ograniczania dopływu tlenu do mózgu w celu osiągnięcia podniecenia seksualnego. Mimo że jest stosowana od stuleci, na co wskazują źródła pisane, do anglojęzycznej literatury psychiatrycznej oraz opracowań z zakresu medycyny sądowej i kryminalistyki wkroczyła dopiero na początku XX wieku [20–22]. Nie jest tożsama z asfiksjofilią, która sygnalizuje ukierunkowanie pociągu seksualnego w odróżnieniu od samej tylko praktyki (asfiksji). Pierwszą odpowiadającą jej jednostkę diagnostyczną sformułował Dietz [23], wskazując na możliwe śmiertelne skutki takiego zachowania i identyfikując ją jako zaburzenie ze spektrum masochizmu seksualnego. Osiąganie podniecenia seksualnego przez ograniczanie dopływu tlenu uwzględniono jednak dopiero w trzeciej, poprawionej edycji klasyfikacji DSM [24] pod nazwą „hipoksyfilii”, którą następnie przemianowano na „asfiksjofilie” [11].

Asfiksjofilia klasyfikowana jest jako autoerotyczna (AA), gdy dopływ tlenu kontrolowany jest samodzielnie przez praktykującą ją osobę. AA oraz inne sytuacje przypadkowej śmierci wynikające w jakimś stopniu z podejmowanych w pojedynkę czynności seksualnych zostały opisane przez Hazelwooda, Dietza i Burgess [25], a ich *Autoerotic fatalities* z 1983 roku stanowi jedno z pierwszych opracowań na ten temat [zob. 26–31]. Znakomita większość opisów i analiz poświęconych AA to literatura kryminalistyczna oraz relacje z wykonywanych pośmiertnie badań z zakresu medycyny sądowej [31, 32]. Osoby praktykujące AA niezwykle rzadko pojawiają się w gabinetach psychiatrycznych lub ujawniają w nich swoje preferencje. Do pojedynczych osób można dotrzeć za pośrednictwem społeczności internetowych tworzonych przez ludzi o nietypowych prefe-

rencjach seksualnych (np. fetlife.com), które wykorzystuje się niekiedy do oszacowania rozpowszechnienia opisywanego zjawiska [29]. Brak precyzji w definiowaniu tego, czy chodzi o samą praktykę, czy o ukierunkowanie preferencji, sprawia, że później szacunki te trudno zinterpretować. W literaturze przedmiotu można odnaleźć także próby szacowania umieralności wśród osób praktykujących AA, jednak wskazywane przez różnych autorów statystyki znacznie się od siebie różnią [25, 30, 31, 33]. Wiarygodność tego rodzaju danych obniża także częste mylenie śmierci wynikającej z AA z samobójstwem lub umyślnie zatajanie faktycznej przyczyny zgonu przez rodziny zmarłych.

Identyfikowana jako skrajna forma masochizmu – „podczas praktykowania asfiksji lub innych zachowań autoerotycznych masochistom grozi przypadkowa śmierć” [11, s. 695] – AA jest bezwzględnie uznawana za zaburzenie [29]. Jednakże to nie bezpośrednio zagrożenie życia wydaje się tu decydujące. Wystarczy bowiem, że zestawimy ją z inną aktywnością wiążącą się z podobnym ryzykiem poniesienia uszczerbku na zdrowiu – nurkowaniem swobodnym (FD). Można sobie zadać pytanie, jakie znaczenie w kontekście diagnozowania zaburzeń parafilnych mogłoby mieć przywołanie owej analogii. Naszym zdaniem niemałe, choć nie jest ono bezpośrednie i trudno je precyzyjnie określić. Analogia ta ujawnia bowiem nieświadome, często w ogóle niezwerbalizowane kulturowe supozycje i przedzałożenia związane z seksualnością, obecne nie tylko w myśleniu potocznym, ale także w diagnostycznym postępowaniu specjalistów.

Nurkowanie swobodne, zwane również bezdechowym, jest formą nurkowania bez akwalungu lub innego sprzętu mającego na celu dostarczenie tlenu. Oficjalnie uznawane jest za sport wyczynowy, podlegający regulacjom dwóch międzynarodowych organów: Międzynarodowego Stowarzyszenia na rzecz Rozwoju Nurkowania Bezdechowego (AIDA International) oraz Światowej Konfederacji Działalności Podwodnej (CMAS). AIDA International obecnie wyróżnia dziewięć kategorii nurkowania swobodnego. W sporcie tym chodzi o uzyskanie jak największych głębokości, czasów zanurzenia lub odległości pokonanych na pojedynczym oddechu. Ze względu na liczne wypadki oraz zgony towarzyszące praktykowaniu tej dyscypliny branżowe organizacje podejmują działania mające na celu zwiększenie świadomości nurków w zakresie grożących im niebezpieczeństw. Divers Alert Network – największe stowarzyszenie działające na rzecz zwiększenia bezpieczeństwa wśród pasjonatów tej dyscypliny – prowadzi od 2004 roku rejestr wypadków podczas nurkowania bezdechowego. Uwzględnia on zarówno zgłoszenia indywidualne, jak i wyszukiwane w prasie tematycznej i/lub internecie. Według najbardziej aktualnych danych za lata 2006–2011 spośród 417 odnotowanych wypadków podczas swobodnego nurkowania 308 miało skutek śmiertelny [34]. Większość ofiar (86%), podobnie jak przy AA, stanowili mężczyźni. Należy dodać, że podczas nurkowania bezdechowego oraz asfiksji autoerotycznej szkodliwy jest nawet krótki bezdech, który może doprowadzić do upośledzenia funkcjonowania neuropsychologicznego i motorycznego, a systematyczna restrykcja tlenu może spowodować symptomy neurologiczne, z trwałym uszkodzeniem mózgu włącznie [35].

Nurkowanie swobodne i asfiksję autoerotyczną łączy wiele podobieństw, zwłaszcza w odniesieniu do mechanizmów prowadzących do możliwych szkód zdrowotnych i utraty życia. Podstawową różnicą pomiędzy nimi (poza oczywistymi charakterystykami samej praktyki) wydaje się motywacja. Osoby praktykujące AA najpewniej podejmują tę

aktywność w celu osiągnięcia rozkoszy seksualnej. Z kolei osoby uprawiające FD – jak w wypadku innych sportów ekstremalnych – motywuje rywalizacja oraz chęć przekraczania granic ludzkiego organizmu. Nie sposób jednak pominąć faktu, że aktywnościom tego rodzaju również towarzyszy przeżywanie stanów euforycznych. Nie ulega przy tym wątpliwości, że społeczne opinie na temat AA i FD są znacząco rozbieżne. Skąd ta różnica?

Jej źródłem może być na przykład wyobrażenie na temat stopnia kontroli nad swoją cielesnością i popędością, które w mającej korzenie judeochrześcijańskie kulturze Zachodu jest wysoko cenione. Jak twierdzi Wright [4], osobę, u której zdiagnozowano parafilię, postrzega się jako kogoś, kto utracił kontrolę nad swoimi popędami. Odmienne wyobrażenia prowokują ekstremalne wyczyny sportowe, w których kontrola przyjmuje skrajną postać transgresji najbardziej podstawowych ograniczeń wynikających z cielesności. Nie istnieją jednak wiarygodne i/lub mające poparcie w badaniach dowody, że AA lub inne zachowania parafilne podlegają w mniejszym stopniu kontroli niż nurkowanie bezdechowe i głębinowe, *BASE jumping* czy inne formy aktywności wiążące się z ryzykiem dla zdrowia i życia.

Inna kwestia to okoliczności, w jakich praktykuje się AA i FD. Nurkowanie odbywa się zazwyczaj w publicznym, ustrukturyzowanym środowisku, oferującym możliwość minimalizacji ryzyka dla zdrowia np. przez zapewnienie natychmiastowej pomocy medycznej w razie wypadku. Dla odmiany AA najczęściej praktykowana jest w samotności, przez co ryzyko znacząco wzrasta. Warto jednak podkreślić, że stosowanie mechanizmów i strategii mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa jest często podnoszone nie tylko w społeczności nurków, ale także praktyków AA oraz BDSM [33]. Bez odpowiedzi pozostaje jednak pytanie, czy stosowanie mechanizmów mających na celu zminimalizowanie ryzyka dla zdrowia podczas praktykowania asfiksji powinno być uwzględniane przez klinicystów dokonujących diagnozy. DSM-5 nie przewiduje takiej możliwości i nie różnicuje tych dwóch sytuacji. Czytelnicy zainteresowani ogromną różnorodnością środków bezpieczeństwa podczas AA informacje na ten temat znajdą tekście Uvy [33].

Skąd się biorą różnice w wartościowaniu

Mimo że autoerotyczna asfiksja jest praktyką potencjalnie niebezpieczną (podobnie jak nurkowanie swobodne), jej patologizacja nie zdaje się przybliżać seksuologów i psychiatrów do lepszego zrozumienia tego zjawiska, zbadania jego mechanizmów lub znalezienia sposobów minimalizacji szkód, które może powodować. Nie przyczynia się do tworzenia i wdrażania skutecznych programów profilaktycznych, zwiększania społecznej świadomości możliwych konsekwencji AA czy redukcji wiążącego się z nią ryzyka.

Nie są jasne także przesłanki, dla których asfiksja autoerotyczna – w odróżnieniu od swobodnego nurkowania – podlega patologizacji, pomimo że wiąże się z nią analogiczne ryzyko dla zdrowia czy życia. Analiza różnic i podobieństw między tymi formami aktywności, mająca na celu zidentyfikowanie powodów, dla których są tak odmiennie oceniane, prowadzi w kierunku rozbieżnego wartościowania motywacji przypisywanej każdej z tych form aktywności. Adeptów swobodnego nurkowania postrzega się jako śmiałków testujących granice własnych możliwości fizycznych (co w mitologiach

zachodnioeuropejskich jest wysiłkiem godnym pochwały). W odróżnieniu zaś od transgresji ograniczeń ciała poszukiwanie podnieć cielesnych nie wiąże się z niczym wysublimowanym ani wzniosłym. Źródeł takiego rozumowania można szukać już u św. Augustyna, którego poglądy na seksualność ukształtowały zachodnią ambiwalencję wobec cielesności i najwyraźniej nie jest od niej wolna także klasyfikacja DSM.

W porównaniu z dążeniem do przesuwania granic ludzkich możliwości – bez względu na wiążące się z tym ryzyko, które rodzi skojarzenia ze skrajną ascezą – pragnienie satysfakcji seksualnej jest motywem niskim, niewystarczającym, by usprawiedliwić gotowość do poniesienia najwyższego ryzyka. Wydaje się zatem, że nie tylko sama motywacja osoby podejmującej inkryminowaną aktywność jest tu istotna, ale przede wszystkim społeczna waloryzacja i etyczna ocena doznawanej przez nią przyjemności. Można domniemywać, że właśnie te czynniki decydują o tym, że niezależnie od wysokiego ryzyka utraty zdrowia i/lub życia, jakie wiąże się ze sportowymi formami ograniczania dopływu tlenu, aktywności te są uznawane za normalne, a nawet godne podziwu. Zasadnicza różnica w ocenie tych dwóch typów aktywności nie wynika zatem z podstaw klinicznych czy medycznych, ale raczej kulturowych i obyczajowych. W rezultacie praktykujący AA znajdują się pod lupą klinicystów i autorów kolejnych klasyfikacji DSM, podczas gdy uprawiający o wiele bardziej niebezpieczne – jeśli brać pod uwagę liczbę śmiertelnych wypadków – sporty ekstremalne, takie jak FD czy BASE *jumping*, rzadko (jeśli w ogóle) występują w kontekście psychiatrycznym. Niesie to za sobą szereg konsekwencji, nie tylko diagnostycznych, ale także odnoszących się do delikatnej sfery oddziaływań korekcyjnych i terapeutycznych, gdyż w jakimś stopniu profiluje postawy i wpływa na dyrektywy postępowania, a co więcej – pozostawia specjalistom duże pole dowolności w tym zakresie. Wskazuje to na konieczność gruntowniejszego przyjrzenia się kryteriom oddzielania zdrowia od zaburzenia w obszarze ludzkiej seksualności, gdyż dużo bardziej, niż bylibyśmy skłonni to przyznać, decydują o nich względy kulturowe. Wydaje się, że sama świadomość istnienia tej zależności powinna pozwolić terapeutom na bardziej refleksyjne i świadome postępowanie w odniesieniu do pacjentów/klientów praktykujących aktywności w rodzaju AA, nawet jeśli jego pierwotna ocena tych zachowań nie ulegnie zmianie.

Uwagi końcowe

Specjaliści w obszarze zdrowia psychicznego, którzy zamierzają traktować DSM-5 jak podręcznik diagnostyczny, powinni pamiętać, że ostatecznie to oni decydują, jaki rodzaj interwencji terapeutycznej wybrać i zaproponować, gdy spotkają się z klientem lub pacjentem doświadczającym cierpienia lub szkody na zdrowiu wskutek swoich preferencji seksualnych. Terapeuta powinien także uszanować fakt, że decyzja klienta o tym, czy będzie „się leczyć”, może zostać podjęta nie z powodu poczucia winy, wstydu lub wykluczenia społecznego, ale w wyniku świadomej decyzji, czy chce żyć „na krawędzi”, czy też nie. Choć powszechnie wiadomo, że praca terapeutyczna w zakresie seksualności stanowi etyczne pole minowe, to jednocześnie zbyt często ignoruje się przyczyny tego stanu rzeczy. Składają się bowiem na nie zarówno wewnętrznie sprzeczne oceny różnych aspektów seksualności we współczesnych społeczeństwach,

jak i indywidualne uwarunkowania (przekonania oraz doświadczenia) terapeuty w tym obszarze. Wydaje się zatem, że ta delikatna kwestia powinna w znacznie większym niż dotychczas stopniu zostać uwzględniona w procesie edukacji profesjonalistów praktyków, tak aby mieli oni świadomość zależności istniejących w tym obszarze.

Piśmiennictwo

1. Manley G, Koehler J. *Sexual behavior disorders: Proposed new classification in the DSM-V: Sexual Addiction & Compulsivity*. The Journal of Treatment & Prevention 2001; 8(3-4): 253-265.
2. Moser C. *Yet another paraphilia definition fails*. Arch. Sex. Behav. 2011; 40(3): 483-485.
3. Shindel AW, Moser C. *Why are the paraphilias mental disorders?* J. Sex. Med. 2011; 8(3): 927-929.
4. Wright S. *Depathologizing consensual sexual sadism, sexual masochism, transvestic fetishism and fetishism*. Arch. Sex. Behav. 2010; 39(6): 1229-1230.
5. Wakefield JC. *DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: Tensions between diagnostic validity and forensic utility*. Int. J. Law Psychiatry 2011; 34(3): 195-209.
6. Downing L. *Heteronormativity and repronormativity in sexological "Perversion Theory" and the DSM-5's "Paraphilic Disorder" diagnoses*. Arch. Sex. Behav. 2015; 44(5): 1139-1145.
7. Giami A. *Between DSM and ICD: Paraphilias and the transformation of sexual norms*. Arch. Sex. Behav. 2015; 44(5): 1127-1138.
8. King C, Wylie L, Brank E, Heilbrun K. *Disputed paraphilia diagnoses and legal decision-making: A case law survey of paraphilia NOS, Nonconsent*. Psychology, Public Policy, and Law 2014; 20(3): 294-308.
9. Moser C. *DSM-5 and the paraphilic disorders: Conceptual issues*. Arch. Sex. Behav. 2016; 45(8): 2181-2186.
10. Hinderliter AC. *Defining paraphilia: Excluding exclusion*. Open Access Journal of Forensic Psychology 2010; 2: 241-272.
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: Author; 2013.
12. Blanchard R. *DSM-5 options: Paraphilias and paraphilic disorders, pedohebephilic disorder, and transvestic disorder*. Paper presented at the 28th Annual Meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers. Dallas, TX; 2009.
13. DeClue G. *Paraphilia NOS and sexual disorder NOS*. Open Access Journal of Forensic Psychology 2009; 1: 11-29.
14. Blanchard R. *The DSM diagnostic criteria for transvestic fetishism*. Arch. Sex. Behav. 2010; 39(2): 363-372.
15. Långström N, Hanson RK. *High rates of sexual behavior in the general population: Correlates and risk factors*. Arch. Sex. Behav. 2006; 35(1): 37-52.
16. Långström N. *The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism*. Arch. Sex. Behav. 2010; 39(2): 349-356.
17. Richters J, Visser de RO, Rissel CE, Grulich AE, Smith AM. *Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, "sodomasochism" or dominance and submission (BDSM): Data from a national survey*. J. Sex. Med. 2008; 5(7): 1660-1668.

18. American Psychiatric Association. *Paraphilic disorders fact sheet*. <http://www.dsm5.org/Documents/Paraphilic%20Disorders%20Fact%20Sheet.pdf> (dostęp: 29.08.2016).
19. American Psychological Association. *Report of the American Psychological Association Task Force on Appropriate Therapeutic Responses to Sexual Orientation*. <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/therapeutic-response.pdf> (dostęp: 17.07.2017).
20. Bloch I. *Anthropological and ethnological studies in the strangest sex acts in modes of love of all races illustrated*. New York: Falstaff Press; 1935. 21. Ellis H. *Studies in the psychology of sex*. New York: Random House; 1936.
21. Stekel W. *Sadism and masochism: The psychology of hatred and cruelty*. New York: Liveright; 1929.
22. Dietz PE. *Recurrent discovery of autoerotic asphyxia*. W: Hazelwood RR, Dietz PE, Burgess AW. *Autoerotic fatalities*. Lexington, MA: D.C. Heath and CO; 1983.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington, DC: Author; 1987.
24. Hazelwood RR, Dietz PE, Burgess AW. *Autoerotic fatalities*. Lexington, MA: D.C. Heath and CO; 1983.
25. Capatina C, Hostiu C, Dragoteanu C, Curca GC. *Autoerotic asphyxial hanging – case presentation*. Rom. J. Leg. Med. 2009; 17(3): 193–198.
26. Cooper AJ. *Auto-erotic asphyxiation: Three case reports*. J. Sex. Marital. Ther. 1996; 22(1): 47–53.
27. Cowell DD. *Autoerotic asphyxiation: Secret pleasure – lethal outcome?* Pediatrics 2012; 124(5): 1319–1324.
28. Hucker SJ. *Hypoxiphilia*. Arch. Sex. Behav. 2011; 40(6): 1323–1326.
29. Hucker SJ, Blanchard R. *Death scene characteristics in 118 fatal cases of autoerotic asphyxia compared with suicidal asphyxia*. Behav. Sci. Law 1992; 10(4): 509–523.
30. Sauvageau A. *Autoerotic deaths: A seven-year retrospective epidemiological study*. The Open Forensic Science Journal 2008; 1: 1–3.
31. Cooke CT, Cadden GA, Margolius KA. *Autoerotic deaths: Four cases*. Pathology 1994; 26(3): 276–280.
32. Uva JL. *Review: Autoerotic asphyxiation in the United States*. J. Forensic Sci. 1995; 40(4): 574–581.
34. Pollock NW, Riddle MF, Wiley JM, Martina SD, Mackey MN. *Divers Alert Network Freediving Accident Database Review: 2006–2011*. <http://divewise.org/science/dan-freediving-accidents-report/> (dostęp: 29.08.2016).
35. Ridgway L, McFarland K. *Apnea diving: Long term neurocognitive sequelae of repeated hypoxemia*. Clinical Neuropsychiatry 2006; 20(1): 160–176.

Adres: Marta Dora
O/K Klinik Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży
Szpital Uniwersytecki w Krakowie
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a
e-mail: mdora@su.krakow.pl

Otrzymano: 6.03.2017
Zrecenzowano: 2.07.2017
Otrzymano po poprawie: 31.07.2017
Przyjęto do druku: 2.10.2017