

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Με θέμα:

Σεξουαλικές Διαταραχές

Με Έμφαση Στις Παραφιλίες

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Σ. Τριλίβα

Φοιτήτρια: Ζ. Σπανού (2038)

Ρέθυμνο 2012

Περιεχόμενα

Εισαγωγή.....	4
Μέρος Πρώτο	
1. Απόπειρα προσέγγισης στον όρο «φυσιολογική σεξουαλική επαφή».....	6
2.1. Τι είναι σεξουαλικές διαταραχές ;.....	14
2.1.1. Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες.....	16
2.1.2. Παραφιλίες.....	24
3.1. Πως ξεχωρίζουν τα εγχειρίδια ψυχολογίας τις σεξ. δυσλειτουργίες.....	26
3.1.1 Ανάλυση ICD-10.....	30
3.1.2. Ανάλυση DSM-IV.....	34
Μέρος Δεύτερο	
4.1. Τι είναι οι παραφιλίες;.....	38
4.1.1. Αιτιολογία.....	41
4.1.2. Το πολιτισμικό ενδιαφέρον επηρεάζει την εμφάνιση και διατήρηση των παραφιλιών;.....	44
4.2. Φετιχισμός.....	48
4.2.1. Διαγνωστικά κριτήρια.....	49
4.2.2. Επιδημιολογία.....	50
4.2.3. Συνοσηρότητα.....	51
4.2.4. Η επιλογή του φετίχ.....	52
4.2.5. Αιτιολογία.....	53
4.3. Φετιχιστική Παρενδυσία.....	58

4.3.1. Διαγνωστικά κριτήρια.....	59
4.3.2. Προβληματισμοί που αφορούν στα διαγνωστικά κριτήρια.....	61
4.3.3. Κίνηση να απομακρυνθεί η Φετιχιστική Παρενδυσία από το DSM-IV.....	62
4.4. Σεξουαλικός Μαζοχισμός.....	64
4.4.1. Διαγνωστικά κριτήρια.....	66
4.4.2. Ψυχικός και ηθικός μαζοχισμός.....	66
4.4.3. Ψυχοπαθολογία.....	68
4.4.4. Επιδημιολογία.....	69
4.4.5. Αιτιολογία.....	70
4.5. Σεξουαλικός Σαδισμός.....	73
4.5.1. Διαγνωστικά κριτήρια.....	74
4.5.2. Επιδημιολογία.....	75
4.5.3. Τύποι σαδιστικής συμπεριφοράς.....	76
4.6. Ηδονοβλεψία.....	82
4.6.1. Διαγνωστικά κριτήρια.....	83
4.6.2. Ηλικία έναρξης.....	83
4.6.3. Επιδημιολογία.....	84
4.6.4. Συνοσυρότητα.....	85
4.6.5. Αιτιολογία.....	87
4.7. Παιδοφιλία.....	90
4.7.1. Διαγνωστικά κριτήρια.....	91
4.7.2. Σχολιασμός κριτηρίων.....	92
4.7.3. Κατηγοριοποίηση.....	94
4.7.4. Επιδημιολογία.....	94
4.7.5. Αιτιολογία.....	96

4.7.6. Εκτίμηση	98
4.8. Παραφιλίες Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς.....	102
4.8.1. Εφαγιομανία.....	102
4.8.1.1. Διαγνωστικά κριτήρια.....	103
4.8.1.2. Επιδημιολογία.....	103
4.8.1.3. Συνοσυρότητα.....	104
4.8.1.4. Αιτιολογία.....	105
4.8.1.5. Εκτίμηση.....	105
4.8.2. Τηλεφωνική αισχρολογία.....	106
4.8.3. Νεκροφιλία.....	106
4.8.4. Εστιασμένος φετιχισμός.....	106
4.8.5. Κοπρολαγνεία-Ουρολαγνεία.....	107
4.8.6. Κτηνοβασία.....	107
4.8.7. Λοιπές παραφιλίες.....	107
4.9. Θεραπεία παραφιλίων.....	115
4.9.1. Συμπεριφοριστική προσέγγιση.....	115
4.9.2. Πρόληψη προτροπής.....	117
4.9.3. Οργανικές θεωρίες.....	118
4.10. Ένας νέος προτεινόμενος ορισμός.....	121
5.1. Ανάλυση ορισμού.....	124
Επίλογος.....	126
Βιβλιογραφία.....	129

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία ασχολείται με τις σεξουαλικές διαταραχές και τις παραφυλίες.

Ξεκινώντας από τον ορισμό της φυσιολογικής σεξουαλικής επαφής προσπαθούμε να κατανοήσουμε σταδιακά ποια προβλήματα μπορούν να δημιουργηθούν, ποιες ερμηνείες αποδίδονται καθώς επίσης και τις τεχνικές βελτίωσης που προτείνονται από τους ειδικούς.

Καταρχήν να αναφερθεί ότι η εργασία είναι χωρισμένη σε δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται οι περιοχές της σεξουαλικής επαφής που μπορεί να παρεκκλίνουν, ενώ στο δεύτερο θέμα αναφέρονται καθαρά οι παραφυλίες.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται προσπάθεια προσέγγισης του όρου φυσιολογικής σεξουαλικής επαφής μέσω των μοντέλων EPOR, DEOR και διάφορων μελετών. Στο δεύτερο κεφάλαιο παραθέτονται εκτενώς τα κύρια σημεία αναφοράς (τί και πως θεραπεύεται) ενώ στο τρίτο κεφάλαιο οι παραφυλίες και η αντίστοιχη θεραπεία τους. Προκειμένου να γίνει κατανοητή η επιστημονική σκοπιά του θέματος, τα εγχειρίδια DSM-IV και ICD-10 μας δίνουν τη δική τους ταξινόμηση. Αυτά ανήκουν στο πρώτο μέρος. Στο δεύτερο μέρος, σειρά έχουν οι παραφυλίες (φετιχισμός, φετιχιστική παρενδυσία, σαδομαζοχισμός, ηδονοβλεψία και παιδοφιλία) η αναλυτική τους επισκόπηση (συννοσηρότητα, επιδημιολογία, αιτιολογία), καταλήγοντας στις παραφυλίες μη προσδιοριζόμενες αλλιώς και στην ανάλυση του νέου ορισμού για το DSM-V.

Στο συγκεκριμένο πεδίο της ψυχολογίας -ειδικά στο δεύτερο μέρος, τις παραφυλίες- τα όρια είναι κάπως ασαφή. Αυτό υποδηλώνει την αέναη αναζήτηση ενός καλύτερου λεξιλογίου όρων που θα είναι ικανό να καλύψει τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης. Τα εγχειρίδια ψυχολογίας από το 1954 και έπειτα ανέλαβαν τη διεκπαιρέωση αυτού του έργου και σχεδόν τέσσερεις δεκαετίες αργότερα τα πράγματα δείχνουν σημαντική βελτίωση. Αν και γενικότερα τα δυο αυτά εγχειρίδια κατατάσσουν με τον ίδιο τρόπο τις διαταραχές ωστόσο υπάρχουν καίρια σημεία στα οποία το ένα «αντιτίθεται» στο άλλο, όπως παραδείγματος χάριν στην εφραψιομανία.

Σκοπός λοιπόν της εργασίας ήταν να συγκεντρωθούν όλες οι πληροφορίες για τους τομείς της συνουσίας που μπορεί να υπάρξει πρόβλημα, να επισημανθούν τα αδύναμα σημεία και να αξιολογηθεί η παρούσα κατάσταση.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1.1. Μια Απόπειρα Προσέγγισης Στον Όρο «Φυσιολογική Σεξουαλική Επαφή»*Μελέτες*

Ένας προφανής τρόπος περιγραφής της σεξουαλικής λειτουργίας είναι να ρωτήσουμε τα άτομα τι κάνουν. Οι έρευνες παρέχουν μια επιλεκτική εικόνα της σεξουαλικής λειτουργίας. Τα αποτελέσματα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την διάταξη των ερωτημάτων, βασίζονται σε αυτό-αναφορές και αντιπροσωπεύουν μόνο αυτούς που είναι έτοιμοι να περιγράψουν τη σεξουαλική τους συμπεριφορά. Να σημειωθεί επίσης, ότι μια έρευνα όπως οι παρακάτω, καταγράφουν μόνο το τι είναι σύνηθες και όχι τι είναι φυσιολογικό, όμως οι συνηθέστερες πρακτικές συχνά ταυτοποιούνται ως φυσιολογική σεξουαλική συμπεριφορά.

Δυο κλασικές μελέτες διεξήχθησαν από τον Kinsey et al, (1948) οι οποίοι κατέγραψαν τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων με 1200 άντρες το 1948 και 8000 γυναίκες το 1953. Η τεχνική δειγματοληψίας αφορούσε στη συνέντευξη του συνόλου των μελών κάποιων ειδικών ομάδων. Η τεχνική αυτή έδωσε βολικά δείγματα όμως δε συνιστούσε έγκυρη δειγματοληψία. Αν και μη έγκυρη η δειγματοληψία του Kinsey περιέχει ενδιαφέροντα στοιχεία. Μελέτες σε αυτό το θέμα εκείνη την περίοδο δίνουν αντιφατικά αποτελέσματα.

Μια άλλη έρευνα έρχεται από τον Berk et al, (1995) που μελέτησαν τις αναφορές 217 φοιτητών σχετικά με τη σεξουαλική τους ζωή για 2 εβδομάδες μέσω καθημερινών ημερολογίων. Τα αποτελέσματα ήταν ότι ανέφεραν μεγαλύτερη σεξουαλική δραστηριότητα στις αναφορές από ότι στα ημερολόγιά τους.

Πιο πρόσφατη μελέτη για την σεξουαλική δραστηριότητα έγινε στην Αμερική και με κάποιες παραλλαγές στο Ηνωμένο Βασίλειο. Τα αποτελέσματα ήταν αρκετά και αξιοσημείωτα. Κατά την Αμερική, οι άνδρες (πάνω από 50%) έκαναν ερωτικές σκέψεις

αρκετές φορές τη μέρα, ενώ οι γυναίκες από λίγες φορές την εβδομάδα μέχρι μερικές φορές το μήνα. Ένα 14% ανδρών, ανέφεραν ότι δεν είχαν κάνει σεξ κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους, 16% είχαν κάνει μερικές φορές σεξ κατά την ίδια περίοδο, 40% μερικές φορές το μήνα, 26% δυο με τρεις φορές την εβδομάδα και 8% τέσσερις φορές την εβδομάδα. Οι γυναίκες κυμαίνονταν στα ίδια ποσοστά. Τα νεότερα και τα μεγαλύτερα άτομα έκαναν σεξ περισσότερο με διαφορετικούς συντρόφους. Το ένα τρίτο των γυναικών μεταξύ των ηλικιών 18-59 ανέφερε ότι το σεξ τις αφήνει αδιάφορες, ενώ μια στις πέντε γυναίκες δήλωσε ότι το σεξ δεν της προσφέρει καμία απόλαυση. Το 80% των γυναικών μεταξύ των ηλικιών 18-44, αξιολόγησαν την κολπική συνουσία ως πολύ απολαυστική, και ένα 18% αρκετά απολαυστική. Το 85% των ανδρών την χαρακτήρισε πολύ απολαυστική. Η δεύτερη λιγότερο ευχάριστη δραστηριότητα, με ποσοστά 50% για τους άνδρες και 30% για τις γυναίκες, ήταν να βλέπουν τον σύντροφό τους να γδύνεται. Εύρημα που δικαιολογεί την ηδονοβλεπτική φύση των ανδρών και την τάση τους να πληρώνουν γυναίκες για να τις βλέπουν γυμνές ή να γδύνονται. Ως προς το στοματικό σεξ και στα δυο φύλα άρεσε να το δέχονται παρά να το προσφέρουν. Το 68% των γυναικών είχαν προσφέρει στοματικό σεξ ενώ το 19% είχαν βιώσει στοματικό σεξ στην τελευταία τους σεξουαλική επαφή. 73% όλων των γυναικών είχαν δεχθεί στοματικό σεξ, ενώ το 20% είχαν δεχθεί στοματικό σεξ στην τελευταία τους σεξουαλική επαφή. Αντίστοιχα ίσχυε και για τους άνδρες. Όσον αφορά το πρωκτικό σεξ, το 87% των γυναικών μεταξύ των ηλικιών 18-44 δεν το θεωρούσαν καθόλου ελκυστικό, ενώ μόλις το 1-4% το έβρισκαν πολύ ή αρκετά απολαυστικό. Το 73% των ανδρών στις ίδιες ηλικίες δεν το έβρισκαν καθόλου ελκυστικό, ενώ περισσότεροι σε σύγκριση με τις γυναίκες το έβρισκαν πολύ ή αρκετά απολαυστικό. Τέλος, ως προς τον αυνανισμό τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν τα πιο μικρά ποσοστά, γεγονός που δείχνει ότι ο αυνανισμός δεν χρησιμοποιείται για την αντιστάθμιση της συνολικής μείωσης στη σεξουαλική δραστηριότητα με τους συντρόφους.

Από την μεριά του Ηνωμένου Βασιλείου, Lief (1970), οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με το κολπικό σεξ, το πρωκτικό και το στοματικό. Ο μέσος όρος σεξουαλικών επαφών με άνδρα ή γυναίκα ήταν 5 φορές το μήνα για τις γυναίκες ηλικίας 20-29 και για τους άνδρες ηλικίας 25-34, όμως έπεφτε στη μέση η τιμή των 2 ανά μήνα για τους άνδρες ηλικίας 55-59. Κολπική συνουσία είχε αναφερθεί από όλες τις γυναίκες και τους άνδρες μέχρι τα 25 τους. 56% των ανδρών και 57% των γυναικών ανέφεραν κολπική συνουσία την προηγούμενη εβδομάδα, ενώ μη διεισδυτικό σεξ έγινε από το 75% των ανδρών και το 82% των γυναικών. Η αιδοιολειξία και η πεολειξία ήταν συνήθεις, αλλά λιγότερο εφαρμοζόμενες πρακτικές σε σύγκριση με την κολπική συνουσία. Από τις γυναίκες και τους άνδρες ηλικίας 18-44 ετών, 60% είχαν κάνει στοματικό σεξ το προηγούμενο έτος, όμως στην ηλικιακή ομάδα των ετών 45-49 το ποσοστό ήταν 30% στις γυναίκες και 42% στους άνδρες. Η πρωκτική συνουσία ήταν ασυνήθεις, το 14% περίπου των ανδρών και το 13% των γυναικών τη δοκίμασαν κάποια στιγμή, ενώ μόλις το 7% των ανδρών ή των γυναικών τη δοκίμασαν κατά το προηγούμενο έτος.

Το μοντέλο EPOR και η εξέλιξή του στο μοντέλο DEOR

EPOR.

Για να αξιολογήσουμε τη σεξουαλική λειτουργικότητα του ατόμου-«ασθενή» θα πρέπει να γνωρίζουμε τον φυσιολογικό κύκλο των σεξουαλικών αντιδράσεων του ανθρώπου. Πολλά εγχειρίδια (π.χ. Masters & Johnson 1966, Kaplan 1979) έχουν θαυμάσιες λεπτομερείς περιγραφές αυτού του κύκλου. Παρακάτω παραθέτουμε μια απλή εισαγωγική ανασκόπηση.

Τα σεξουαλικά ερεθίσματα προκαλούν χαρακτηριστικές αντιδράσεις σε άντρες και γυναίκες και ολόκληρος ο κύκλος θα μπορούσε να χωριστεί σε τέσσερις φάσεις. Οι φάσεις αυτές έχουν περιγραφεί από τους Masters & Johnson (1970) στην έρευνά τους πάνω στην

ανθρώπινη σεξουαλικότητα και έχουν αποδειχθεί χρήσιμες για τους κλινικούς για την κατανόηση της φυσιολογικής και της διαταραγμένης σεξουαλικής λειτουργικότητας.

Οι τέσσερις φάσεις του κύκλου της σεξουαλικής απάντησης:

Φάση I Διέγερση
(Excitation phase)

Φάση II Επιπέδωση
(Plateau phase)

Φάση III Οργασμός
(Orgasmic phase)

Φάση IV Λύση (Resolution
phase)

Φάση I: Διέγερση. Σεξουαλική διέγερση επιτυγχάνεται με ψυχολογικά ερεθίσματα (μέσω φαντασιώσεων ή με την παρουσία ενός επιθυμητού προσώπου) ή μπορεί να επιτευχθεί με σωματικά ερεθίσματα (π.χ. φιλιά, χάρδια). Η διέγερση χαρακτηρίζεται από σεξουαλική ευχαρίστηση και από διόγκωση του πέους (λόγω φλεβικής συμφόρησης) και στύση στους άντρες και από λίπανση και διάταση του κόλπου στις γυναίκες. Οι άντρες δεν μπορούν να έχουν συνουσία χωρίς προηγουμένως να έχουν στύση τέτοια που να επιτρέπει τη διείσδυση του πέους στον κόλπο. Εφόσον επιτευχθεί η στύση, συνήθως υπάρχουν διακυμάνσεις στο μέγεθος του πέους, ιδιαίτερα αν η φάση της διέγερσης παρατείνεται. Αυτό είναι μια φυσική αντίδραση και δεν υπάρχει θέμα ανησυχίας για τη σεξουαλική ικανότητα. Η διέγερση για άντρες και γυναίκες μπορεί να επιτευχθεί μέσα σε 10 ως 30 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που

άρχισε το ερέθισμα και μπορεί να διαρκέσει από λεπτά μέχρι και ώρες. Μια άλλη φυσιολογική αντίδραση αυτής της φάσης είναι και η στύση της θηλής του μαστού, πιο πολύ στις γυναίκες παρά στους άντρες. Στις γυναίκες, επίσης, παρατηρείται εξοίδηση των μικρών χειλέων του αιδοίου, φλεβική συμφόρηση της πυέλου και στύση της κλειτορίδας λόγω διόγκωσης των φλεβών.

Φάση II: Επιπέδωση. Εφόσον συνεχίζουν τα σεξουαλικά ερεθίσματα, το άτομο φθάνει στον ουδό του οργασμού, μέσα από παραπέρα φυσιολογικές μεταβολές και αύξηση της σεξουαλικής έντασης και ευχαρίστησης και στους άντρες και στις γυναίκες. Στις γυναίκες, ο κόλπος συσφίγγεται στο εξωτερικό του ένα τρίτο (η *οργασμική πλατφόρμα* - δημιουργείται από την αύξηση της τάσης των ηβοκοκκυγικών μυών και τη φλεβική στάση) και επιμηκώνεται και διευρύνεται στα εσωτερικά του δύο τρίτα, ενώ η κλειτορίδα ανυψώνεται και έλκεται πίσω από την ηβική σύμφυση. Το μέγεθος των μαστών μεγαλώνει και τα μικρά χείλη του αιδοίου γίνονται βαθυκόκκινα λόγω διόγκωσης των φλεβών. Ο γυναικείος κόλπος διευρύνεται κατά την σεξουαλική διέγερση και φυσιολογικά προσαρμόζεται στο μέγεθος του πέους. Ενώ επιτυγχάνεται λίπανση εσωτερικά, το εξωτερικό μέρος του αιδοίου λιπαίνεται με τη βοήθεια του χεριού ή με την επαναλαμβανόμενη εισχώρηση του πέους. Στους άντρες, οι όρχεις μεγαλώνουν (μέχρι και 50 τοις εκατό) και ανυψώνονται προς τον κορμό, καθώς το όσχεο τεντώνεται και ανυψώνεται. Σ' αυτό το σημείο δύο ή τρεις σταγόνες βλεννώδους υγρού που μπορεί να περιέχουν βιώσιμο σπέρμα εκκρίνονται από το πέος, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει σε εγκυμοσύνη αν γίνει συνουσία, ανεξάρτητα από το αν ο άντρας τραβηχτεί πριν από τον οργασμό του. Και στα δύο φύλα ο καρδιακός ρυθμός αυξάνεται, η αναπνοή γίνεται πιο γρήγορη, πολλές φορές παρατηρείται μια αύξηση της αρτηριακής πίεσης και εκούσιες συσπάσεις των μεγάλων σκελετικών μυών. Αυτή η προ-οργασμική φάση είναι βραχεία και διαρκεί από μισό μέχρι και τρία λεπτά.

Φάση III: Οργασμός. Καθώς η σεξουαλική ένταση και ευχαρίστηση αυξάνει, συνήθως τελικά κορυφώνεται και καταλήγει σε οργασμό. Αυτός βιώνεται σαν έντονη ευχαρίστηση και απελευθέρωση της σεξουαλικής έντασης και χαρακτηρίζεται από ρυθμικές συσπάσεις των περινεϊκών μυών και των πυελικών αναπαραγωγικών οργάνων. Οι άντρες βιώνουν δύο στάδια στον οργασμό. Το πρώτο είναι η στιγμή της αναπόφευκτης εκσπερμάτωσης, όταν οι όρχεις, ο προστάτης και οι σπερματοδόχες κύστες εξωθούν το σπέρμα και το σπερματικό υγρό στην ουρήθρα. Ο άντρας «αισθάνεται την εκσπερμάτωση να έρχεται» και σ' αυτό το σημείο δεν μπορεί πια να διακόψει εκούσια αυτή τη διαδικασία. Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της εκσπερμάτισης όπου το σπέρμα εξωθείται με δύναμη έξω από το πέος δια μέσου της ουρήθρας. Κατά τη στιγμή του οργασμού ο άντρας έχει την τάση να σταματά κάθε κίνηση διεύδυσης και να κρατά το πέος σε βαθιά διεύδυση. Κατά τον οργασμό, οι γυναίκες έχουν την τάση να αυξάνουν τις πυελικές κινήσεις, ενώ οι κινήσεις διεύδυσης των αντρών σταματούν. Ο γυναικείος οργασμός φαίνεται να ξεκινά με ερεθισμό της κλειτορίδας, είτε απ' ευθείας όπως στον αυνανισμό είτε έμμεσα όπως με τις διεύδυσεις του πέους που προκαλεί έλξη στα μικρά χείλη του αιδοίου με αποτέλεσμα τον ερεθισμό της προσκείμενης σ' αυτά κλειτορίδας. Επομένως, ο γυναικείος οργασμός αρχίζει με ερεθισμό της κλειτορίδας και εκδηλώνεται με συσπάσεις του κόλπου. Ο οργασμός συνίσταται σε τρεις μέχρι δεκαπέντε ακούσιες συσπάσεις του κάτω τριτημορίου του κόλπου και δυνατές συσπάσεις της μήτρας (που δεν γίνονται πάντοτε αντιληπτές). Συσπώνται επίσης εκούσια και στους άντρες και στις γυναίκες οι εσωτερικοί και εξωτερικοί πρωκτικοί σφιγκτήρες. Στην κορύφωση του οργασμού και στα δύο φύλα οι μυϊκές συσπάσεις που αναφέραμε παραπάνω γίνονται με μεσοδιαστήματα 0.8 δευτερολέπτων και ο οργασμός διαρκεί συνήθως από 3 μέχρι 15 δευτερόλεπτα. Άλλες εκδηλώσεις του οργασμού συχνά είναι εκούσιες και ακούσιες κινήσεις μεγάλων μυϊκών ομάδων (π.χ. κινήσεις της πύελου, έκταση χεριών και ποδιών), γκριμάτσες του προσώπου και μυϊκοί σπασμοί. Η αρτηριακή πίεση αυξάνει μέχρι και 80 mm η

συστολική και 40 mm η διαστολική, ενώ οι καρδιακοί παλμοί μπορεί να φθάσουν τους 180 ανά λεπτό και οι αναπνοές μέχρι 40 το λεπτό. Μερικά άτομα παρουσιάζουν κάτι σαν «σεξουαλικό αναποκοκκίνισμα», δηλαδή κοκκινίλα διαφόρων περιοχών του δέρματος ή σ' ολόκληρο το σώμα, το οποίο όμως εξαφανίζεται μέσα σε λίγα λεπτά μετά από τον οργασμό.

Φάση IV: Λύση. Μετά από τον οργασμό, η φάση της λύσης επαναφέρει το σώμα στην κατάσταση ηρεμίας, πράγμα που επιτυγχάνεται με τη σταδιακή απομάκρυνση του αίματος από τα γεννητικά όργανα και την επιστροφή τους στο μέγεθος που έχουν σε κατάσταση ηρεμίας. Αν ο οργασμός συντελεσθεί, η λύση είναι γρήγορη και μπορεί να διαρκέσει μόνο 10 ως 15 λεπτά. Αν όμως δεν συμβεί οργασμός, η λύση μπορεί να διαρκέσει δύο με έξι ώρες (σε ορισμένες περιπτώσεις μέχρι και μια μέρα) και μπορεί να συνοδεύεται από πυελική δυσφορία. Η λύση μετά τον οργασμό χαρακτηρίζεται από αίσθηση γενικής χαλάρωσης και ευεξίας και από μυϊκή χαλάρωση. Για τους άντρες, μετά από τον οργασμό, υπάρχει μια ανερέθιστη περίοδος κατά την οποία δεν μπορούν να διεγερθούν για έναν άλλον οργασμό. Αυτή μπορεί να διαρκέσει από αρκετά λεπτά μέχρι πολλές ώρες. Δεν υπάρχει τέτοιου είδους ανερέθιστη περίοδος στις γυναίκες, που μπορούν να έχουν πολλαπλούς διαδοχικούς οργασμούς.

DEOR .

Μια από τις αδυναμίες του μοντέλου EPOR ήταν το γεγονός ότι προέκυψε από μια μελέτη ειδικά επιλεγμένης ομάδας αμερικανών ανδρών και γυναικών εθελοντών που μπορούσαν να διεγερθούν ως το σημείο του οργασμού σε ένα εργαστήριο γνωρίζοντας ότι παρακολουθούνται για επιστημονικούς σκοπούς . Ο Robinson (1976) εξέτασε τη φάση E και την φάση P και συμπέρανε ότι η δεύτερη ήταν κομμάτι της πρώτης. Σε συνεργασία του με την Helen Kaplan (1979) συμπέραναν ότι προϋπάρχει μια φάση πριν τη φάση E, η D που

δηλώνει την επιθυμία. Εντούτοις, το μοντέλο EPOR σταδιακά αντικαταστάθηκε από το DEOR και συνοψίζεται κάπως έτσι: Επιθυμία, Ερεθισμός, Οργασμός και Λύση.

2.1. Τι Είναι Οι Σεξουαλικές Διαταραχές ;

Εισαγωγή

Σε κάθε κοινωνία, υπάρχει ένα πολύπλοκο σύστημα άγραφων κανόνων σχετικά με τις μορφές συμπεριφοράς που θεωρούνται αρμόζουσες για τον άντρα και την γυναίκα. Οι κανόνες αυτοί καλύπτουν ποικίλους τομείς, από τον τρόπο ένδυσης και την επιλογή δραστηριοτήτων και ενασχολήσεων, έως τις κινήσεις του σώματος και τον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων. Η κάθε κοινωνία είναι διαφορετική από την άλλη, επομένως ότι ορίζει η μια ως «φυσιολογικό» ή «μη- φυσιολογικό» μπορεί για κάποια άλλη να ισχύει το αντίθετο. Η τήρηση των κανόνων αυτών και η ικανοποίηση των κοινωνικών προσδοκιών για το στερεότυπο ρόλου του κάθε φύλου είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομαλή ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο και την αποδοχή του από τους συνανθρώπους του.

Η διαμόρφωση συμπεριφοράς ανάλογης με το φύλο είναι μια διαδικασία που ξεκινά από τη βρεφική ηλικία και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής (Katz & Boswell, 1986). Έχει διαπιστωθεί ότι ήδη από την ηλικία των δυο ετών, το νήπιο έχει στοιχειώδεις γνώσεις που αφορούν τα κοινωνικά στερεότυπα αντίστοιχα με εκείνα των ενηλίκων (Weinraub et al., 1984).

Οι σεξουαλικές διαταραχές διακρίνονται στις *Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες* και στις *Παραφιλίες* (ή Σεξουαλικές Παρεκκλίσεις). Οι Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή στη σεξουαλική λειτουργία. Οι Παραφιλίες χαρακτηρίζονται από διαταραχή του σεξουαλικού σκοπού ή στόχου. Η διαφορά επομένως συνίσταται στο ότι ενώ στις παρεκκλίσεις υπάρχει καλή και ευχάριστη σεξουαλική λειτουργικότητα, στις δυσλειτουργίες η λειτουργικότητα είναι διαταραγμένη.

Πιο συγκεκριμένα, οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι διαταραχές που δεν επιτρέπουν σ' ένα άτομο τη σεξουαλική ευχαρίστηση ή μερικές φορές ακόμη και την

οποιαδήποτε σεξουαλική επαφή. Συνήθως αφορούν αναστολές φυσιολογικών αντιδράσεων – δηλαδή της φλεβικής διόγκωσης των σεξουαλικών οργάνων, της οργασμικής αντίδρασης ή και των δύο – που κάνουν την εμπειρία της σεξουαλικής δραστηριότητας τελικά δυσάρεστη. Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι κοινά φαινόμενα και απαντούν σε ειδικούς τύπους θεραπείας του σεξ ή σε συνδυασμό θεραπείας του σεξ και αποκαλυπτικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας.

Στο άτομο με σεξουαλική παρέκκλιση το σεξουαλικό αντικείμενο προτίμησης του διαφέρει από το συνηθισμένο. Έτσι, το παραφιλικό άτομο διεγείρεται από ερεθίσματα που δεν ερεθίζουν τα πιο πολλά άτομα – π.χ. ένα παιδί, ένα ζώο ή ένα παπούτσι ή μπορεί να ερεθίζεται μόνον όταν έχει αισθήματα υποδούλωσης, όταν τιμωρείται, μόνο βλέποντας ή όταν επιδεικνύει τα γεννητικά του όργανα ή όταν προκαλεί πόνο στους άλλους. Η διέγερση όμως και ο οργασμός είναι φυσιολογικοί και οδηγούν το άτομο σε σεξουαλική ευχαρίστηση. Οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις θεραπεύονται με ορισμένα είδη θεραπείας συμπεριφοράς και με αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.

2.2 Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες

Ορισμός. Οι σεξουαλικές αναταραχές δυσλειτουργίας είναι γενικά ταξινομημένες σε τέσσερις κατηγορίες: σεξουαλικές αναταραχές επιθυμίας, σεξουαλικές αναταραχές διέγερσης, αναταραχές οργασμού, και σεξουαλικές αναταραχές πόνου.

A. Οι σεξουαλικές αναταραχές επιθυμίας ή το μειωμένο λίμπιντο μπορούν να προκληθούν από μια μείωση στο κανονικό οιστρογόνο (στις γυναίκες) ή την παραγωγή τεστοστερόνης (και στους άνδρες και στις γυναίκες). Άλλες αιτίες μπορούν, κούραση, εγκυμοσύνη, φάρμακα ή ψυχιατρικοί όροι, όπως η κατάθλιψη και η ανησυχία.

B. Οι σεξουαλικές αναταραχές διέγερσης ήταν γνωστές προηγουμένως ως *ψυχρότητα* στις γυναίκες και *ανικανότητα* στους άνδρες, αν και αυτές έχουν αντικατασταθεί τώρα με τους λιγότερους επικριτικούς όρους. Η ανικανότητα είναι τώρα γνωστή ως στυτική δυσλειτουργία, και η λέξη ψυχρότητα έχει αντικατασταθεί με διάφορους όρους περιγράφοντας τα συγκεκριμένα προβλήματα με, παραδείγματος χάριν, την επιθυμία ή τη διέγερση. Και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, αυτοί οι όροι μπορούν να φανερώσουν ως αποστροφή, και αποφυγή, στη σεξουαλική επαφή με έναν συνεργάτη. Στα άτομα, μπορεί να υπάρξει μερική ή πλήρης αποτυχία να επιτευχθεί ή να διατηρηθεί μια ανέγερση, ή μια έλλειψη σεξουαλικού ενθουσιασμού και ευχαρίστηση στη σεξουαλική δραστηριότητα. Μπορούν να υπάρξουν ιατρικές αιτίες σε αυτές τις αναταραχές, όπως η μειωμένη ροή αίματος ή η έλλειψη κοιλιακής λίπανσης. Η χρόνια πάθηση μπορεί επίσης να συμβάλει, καθώς επίσης και η φύση της σχέσης μεταξύ των συνεργατών.

Γ. Οι αναταραχές οργασμού είναι μια επίμονη καθυστέρηση ή μια απουσία οργασμού μετά από μια κανονική σεξουαλική φάση ενθουσιασμού. Η αναταραχή μπορεί να εμφανιστεί και στις γυναίκες και στους άνδρες. Πάλι, τα αντικαταθλιπτικά χάπια είναι συχνοί ένοχοι, αυτοί μπορούν να καθυστερήσουν το επίτευγμα του οργασμού ή να το αποβάλουν εξ ολοκλήρου.

Δ. Οι σεξουαλικές αναταραχές πόνου έχουν επιπτώσεις στις γυναίκες σχεδόν αποκλειστικά και είναι γνωστές όπως επίπονη επαφή (dyspareunia) και ο ακούσιος σπασμός των μυών του κολπικού τοίχου που παρεμποδίζει την επαφή (vaginismus). Το πρώτο μπορεί να προκληθεί από την ανεπαρκή λίπανση (κολπική ξηρότητα) στις γυναίκες. Η φτωχή λίπανση μπορεί να προκύψει από τον ανεπαρκή ενθουσιασμό και την υποκίνηση, ή από τις ορμονικές αλλαγές προκαλούμενες κοντά εμμηνόπαυση, εγκυμοσύνη, ή θηλάζοντας. Η ενόχληση από τις αντισυλληπτικές κρέμες και τους αφρούς μπορεί επίσης να προκαλέσει την ξηρότητα, όπως μπορεί να φοβηθεί και η ανησυχία για το φύλο. Είναι ασαφές ακριβώς τι προκαλεί το *vaginismus*, αλλά θεωρείται ότι το προηγούμενο σεξουαλικό τραύμα (όπως ο βιασμός ή η κατάχρηση) μπορεί να διαδραματίσει έναν ρόλο. Μια άλλη θηλυκή σεξουαλική αναταραχή πόνου καλείται αιδιοδυνία (vulvodynia ή vulvar vestibulitis). Σε αυτόν τον όρο, οι γυναίκες δοκιμάζουν τον πόνο καψίματος κατά τη διάρκεια του φύλου που φαίνεται να αφορά τα προβλήματα με το δέρμα στις κολπικές περιοχές. Η αιτία είναι άγνωστη.

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι πιο κοινές τα πρώτα ενήλικα έτη, με την πλειοψηφία των ανθρώπων που επιδιώκουν την προσοχή για τέτοιους όρους κατά τη διάρκεια του τέλους της δεκαετίας '20 τους μέχρι τις δεκαετίες του '30. Η επίπτωση αυξάνεται πάλι στο γηριατρικό πληθυσμό, χαρακτηριστικά με τη βαθμιαία αρχή των συμπτωμάτων που συνδέονται ο συνηθέστερα με τις ιατρικές αιτίες της σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

Επίσης είναι πιο κοινές στους ανθρώπους που κάνουν κακή χρήση του οινοπνεύματος και των ναρκωτικών. Είναι επίσης πιθανότερο στους ανθρώπους που πάσχουν από το διαβήτη και τις εκφυλιστικές νευρολογικές αναταραχές. Τα τρέχοντα ψυχολογικά προβλήματα, δυσκολία που διατηρούν τις σχέσεις ή τη χρόνια δυσαρμονία με τον τρέχοντα σεξουαλικό συνεργάτη μπορούν επίσης να παρεμποδίσουν τη σεξουαλική λειτουργία.

Θεραπεία Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών

Κάθε άτομο που παραπονείται για σεξουαλικά προβλήματα θα πρέπει να έχει μια λεπτομερή εξέταση για να αποφασισθεί το είδος της θεραπείας που χρειάζεται. Η λεπτομερής αυτή εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει προσεκτική λήψη ιατρικού και ψυχιατρικού ιστορικού, προσεκτική φυσική και ψυχιατρική εξέταση και κατάλληλες εργαστηριακές εξετάσεις. Συχνά μπορεί να χρειασθεί και νευρολογική, ουρολογική ή γυναικολογική εξέταση, όπως και να χρειασθούν ειδικές εξετάσεις. Αν αποδειχθεί ότι κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. κατάθλιψη, ψύχωση κ.ά.) ευθύνεται κυρίως για τη σεξουαλική δυσλειτουργία, η θεραπεία θα πρέπει ν' απευθυνθεί σ' αυτήν και η βελτίωση της συνήθως οδηγεί και σε βελτίωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Αν κάποια σωματική πάθηση ή κάποια ουσία ή κάποιο φάρμακο συμμετέχουν ή ευθύνονται αποκλειστικά για την αιτιολογία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας, θα πρέπει ν' αντιμετωπισθούν με την κατάλληλη θεραπεία της πάθησης, τη διακοπή της ουσίας (και τη γενικότερη αντιμετώπιση της κατάχρησης) ή τη διακοπή (ή αντικατάσταση) του φαρμάκου. Εφόσον καταλήξουμε ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία οφείλεται αποκλειστικά (ή σε κάποιο βαθμό) σε ψυχολογικούς παράγοντες, τότε έχουμε να διαλέξουμε από διάφορα είδη θεραπειών που περιγράφουμε παρακάτω:

Θεραπεία του σεξ σε ζευγάρι.

Η θεραπεία βασίζεται στην παρατήρηση ότι το άγχος για σεξουαλική απόδοση (performance anxiety) αλλά και οι απαιτήσεις του/της συντρόφου για σεξουαλική απόδοση, εντείνουν και διαιωνίζουν τη Σεξουαλική Δυσλειτουργία. Η θεραπεία καλύτερα γίνεται με δύο συνθεραπευτές - άντρα και γυναίκα. Οι συνεδρίες εστιάζονται στη διόρθωση κάθε εσφαλμένης πληροφόρησης ή άγνοιας γύρω από τη σεξουαλική λειτουργία, στην υποστήριξη

και στην ενθάρρυνση, στη βελτίωση της επικοινωνίας του ζευγαριού και στην εξάλειψη κάθε απαίτησης για σεξουαλική απόδοση. Μετά από μια πλήρη κλινική εκτίμηση του ζευγαριού, οι συνεδρίες αρχίζουν με «ανάθεση δουλειάς στο σπίτι», όπου το ζευγάρι κάνει ορισμένες προκαθορισμένες ασκήσεις.

1. *Η διαταραχή της σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα*

Η Spence (1991) έχει προτείνει την χρησιμοποίηση από τους κλινικούς γιατρούς τεχνικών που διευκολύνουν την αυξημένη διέγερση, όπως η εξάσκηση της φαντασίωσης, η χρησιμοποίηση ερωτικών βοηθημάτων, η ανάπτυξη δεξιοτήτων προσοχής-εστίασης, οι ασκήσεις του Kegel (εκούσια χαλάρωση και σύσπαση του ηβικοκυκλικού μυός) και η βελτίωση των σεξουαλικών δεξιοτήτων του συντρόφου. Επίσης, προτείνει τεχνικές για τη μείωση των παραγόντων που αναστέλλουν τη σεξουαλική διέγερση, όπως γνωσιακή αναδόμηση, ασκήσεις χαλάρωσης, συστηματική απευαισθητοποίηση καταστάσεων που προκαλούν άγχος και αντιμετώπιση των προβλημάτων της σχέσης που δημιουργούν αρνητικά συναισθήματα.

Άλλος ένας τρόπος είναι οι ασκήσεις *sensate focus* που έχουν σκοπό να βοηθήσουν τη γυναίκα να εστιασθεί στις ερωτικές της αισθήσεις και ακολουθούνται μετά από ασκήσεις που περιλαμβάνουν ερεθισμό της κλειτορίδας από τη γυναίκα και από τον σύντροφο της. Το ζευγάρι θα προχωρήσει σε συνουσία όταν το αποφασίσει η γυναίκα και χωρίς καμιά πίεση να φθάσει σε οργασμό. Καθώς η γυναίκα αρχίζει να αισθάνεται άνετα στο να βιώνει διάφορα σεξουαλικά συναισθήματα με το σύντροφο της, μπορεί να καταφέρει να νιώσει σημαντική ευχαρίστηση και ακόμα και οργασμό στη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής.

2. *Ο ανεσταλμένος οργασμός στη γυναίκα*

Ο κατευθυνόμενος αυνανισμός συνίσταται σε μια σειρά ασκήσεων στο σπίτι, η οποία αρχίζει με αυτεξερεύνηση και αποσκοπεί στην αυξημένη γενετήσια διέγερση. Οι Kuriansky & Sharpe (1981) ανέφεραν ότι 15% των ασθενών τους δεν κατόρθωσαν να διατηρήσουν την ικανότητα επίτευξης οργασμού στην περίοδο 2 ετών της παρακολούθησης. Με τη σειρά τους το ζευγάρι χαϊδεύει ο ένας τον άλλον προχωρώντας από το μη ερωτικό άγγιγμα στη σεξουαλική θωπεία του άλλου. Η επίτευξη οργασμού είναι ευκολότερη όταν είναι αυτοπροκαλούμενος, δυσκολότερη όταν επάγεται από σύντροφο που εφαρμόζει ερεθισμό με το χέρι ή το στόμα και πολύ δύσκολη όταν επιχειρείται συνουσία με ταυτόχρονο ερεθισμό με το χέρι. Οι Heiman & Meston (1997) προτείνουν ότι ένας συνδυασμός σεξουαλικής εκπαίδευσης, εξάσκησης των σεξουαλικών δεξιοτήτων, ενημέρωσης σχετικά με γενικά και σεξουαλικά ζητήματα, την εικόνα του σώματος και κατευθυνόμενου αυνανισμού φαίνεται να πιο είναι αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση οργασμικών διαταραχών.

3. *Η πρόωρη εκσπερμάτιση*

Από τις αρχές της δεκαετίας του '70, ένας αριθμός ατομικών, συνδυασμένων και ομαδικών θεραπευτικών προσεγγίσεων που χρησιμοποιούν συμπεριφορικές στρατηγικές, όπως διακοπής-έναρξης τεχνική πίεσης, ασκήσεις προοδευτικού αισθησιακού εστιασμού, ασκήσεις αυνανισμού και « ήσυχου κόλπου» με τη γυναίκα με τα πόδια ανοιχτά, έχουν καθιερωθεί ως οι θεραπείες εκλογής για την αντιμετώπιση της πρόωρης εκσπερμάτισης (Masters, W. & Johnson, V., 1970; Kaplan, H.S., 1977; Levine, S., 1992; McCarthy, B., 1989; Kaplan, H.S., 1989). Κατά τη διαδικασία διακοπής-έναρξης, ο άνδρας φτάνει επανειλημμένα σε υψηλά επίπεδα διέγερσης, αρχικά μέσω ερεθισμού με το χέρι ή το στόμα της συντρόφου του και αργότερα μέσω κολπικής διείσδυσης, αλλά σταματάει πριν την εκσπερμάτιση (Semans, J. 1956). Η παύση αυτή μειώνει τη διέγερση του άντρα κι έτσι

καθυστερεί τον οργασμό του. Αυτή η αλληλουχία πράξεων επαναλαμβάνεται αρκετές φορές, μετά από τις οποίες επιτρέπεται στον άνδρα να εκσπερματίσει.

4. *Ο ανεσταλμένος οργασμός στον άντρα*

Οι θεραπευτικές προσπάθειες καθοδηγούνται από τις υποθέσεις των διάφορων θεωρητικών αιτιολογικών μοντέλων. Ο Apfelbaum (1989) προτείνει θεραπείες που αποσκοπούν στο να αποκτήσουν οι άνδρες συνείδηση τόσο της έλλειψης επιθυμίας για συνουσία όσο και της αδυναμίας διέγερσης κατά τη διάρκεια της συνουσίας. Το μοντέλο του αντικατοπτρίζει την παραδοσιακή θεραπεία για τη γυναικεία ανοργασμία, εστιάζοντας στη μείωση των απαιτήσεων και στη βοήθεια του ασθενούς να επικεντρώνεται στην αύξηση των ερωτικών αισθήσεων.

5. *Η διαταραχή της στύσης στον άντρα*

Έχει συνταχθεί ένας οδηγός για τη διαδικασία αντιμετώπισης (Process of Care, POC) ο οποίος αναφέρεται στη σωστή εκτίμηση και θεραπεία της στυτικής δυσλειτουργίας. Οι συντάκτες επισημαίνουν έξι φάσεις:

1. Κατοχύρωση της διάγνωσης
2. σχολιασμός των αρχικών ευρημάτων, συζήτηση της βιβλιογραφίας, έναρξη της διαδικασίας ενημέρωσης
3. τροποποίηση των αναστρέψιμων αιτιών της στυτικής δυσλειτουργίας.
4. εφαρμογή θεραπειών πρώτης γραμμής: ψυχοθεραπεία, χορήγηση απο το στόμα φαρμάκων που επάγουν στύση, συστήματα κενού.
5. εφαρμογή θεραπειών δεύτερης γραμμής: θεραπεία με αυτοεγχύσεις, διουρηθρική θεραπεία
6. εφαρμογή θεραπεία τρίτης γραμμής: εμφύτευση τεχνητού πέους.

6. Διαταραχές σεξουαλικού πόνου

Οι ιατρικές παρεμβάσεις για τη δυσπαρέυνεια στοχεύουν στη νοσολογική οντότητα που πιστεύεται ότι προκαλεί τον πόνο και περιλαμβάνουν διαφορετικές παρεμβάσεις, όπως ενδοκολπική εφαρμογή οιστρογόνων σε μορφή κρέμας ή χρήση αλοιφής αναισθητικού, χειρουργική διόρθωση της περιοχής του αιδοίου και εξαγωγή παθολογικών όγκων σε παρακείμενα εσωτερικά όργανα. Σε περίπτωση που η δυσπαρέυνεια αποτελεί μακροχρόνιο πρόβλημα, η ιατρική διόρθωση σπάνια αποτελεί επαρκή θεραπεία, ανεξάρτητα από την οργανική παθολογία παραμένει ο ψυχολογικός φόβος επανεμφάνισης του πόνου. Ο κολπικός σπασμός αντιμετωπίζεται κατά κανόνα με ένα συνδυασμό από τα ακόλουθα:

1. Διακοπή της συνουσίας
2. *in vivo* σταδιακή εισαγωγή από την ίδια τη γυναίκα διαστολέων αυξανόμενου μεγέθους
3. συστηματική απευαισθητοποίηση
4. ασκήσεις Kegel
5. ερμηνεία των φόβων αντίστασης και των ψυχοδυναμικών φόβων.

Ομαδική ψυχοθεραπεία.

Οι ομάδες έχουν αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμες στη θεραπεία ατόμων με Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες, καθώς δίνουν πληροφορίες γύρω από το σεξ, προσφέρουν καθησύχαση και ενθάρρυνση και επίσης αμοιβαία υποστήριξη σε άτομα που πάσχουν από παρόμοιες δυσκολίες. Ορισμένες ομάδες αποτελούνται από άτομα του ίδιου φύλου που έχουν το ίδιο πρόβλημα, ενώ άλλες αποτελούνται από ζευγάρια. Οι ομάδες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για

άτομα που χρειάζεται να διερευνήσουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις καθώς επίσης και συγκεκριμένες δυσκολίες γύρω από το σεξ.

Ατομική ψυχοθεραπεία

Η κλασική ψυχοδυναμική θεωρία πιστεύει ότι οι Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες έχουν τις ρίζες τους στις εμπειρίες της πρώτης παιδικής ηλικίας και στις ενδοψυχικές συγκρούσεις, γι' αυτό και η θεραπεία στοχεύει στη διευκρίνιση και συνειδητοποίηση αυτών των απωθημένων εμπειριών. Όταν παράλογοι φόβοι και φαντασίες βγαίνουν στην επιφάνεια και γίνονται κατανοητοί, τα συμπτώματα των Σεξουαλικών Δυσλειτουργιών συχνά μετριάζονται.

2.3. Παραφυλίες

Ορισμός: Οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις παλιότερα ονομάζονταν σεξουαλικές διαστροφές.

Πρόκειται για καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από τα εξής:

A. Για μια περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών υπάρχουν επανειλημμένες, έντονες, σεξουαλικά διεγερτικές φαντασιώσεις, σεξουαλικές παρορμήσεις ή συμπεριφορές που γενικά αφορούν:

- μη ανθρώπινα αντικείμενα
- το να υποφέρει κανείς ή να κάνει τον σύντροφο του να υποφέρει, να ταπεινώνεται ή να ταπεινώνει τον σύντροφο του.
- παιδιά ή άλλα μη συναινούντα άτομα

B. Η συμπεριφορά, οι σεξουαλικές παρορμήσεις ή οι φαντασιώσεις προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Οι γνωστότερες παραφυλίες, ανάλυση θα γίνει στη συνέχεια, από κοινού DSM-IV και ICD-10 είναι οι εξής:

A. Επιδειξιομανία

B. Φετιχισμός

Γ. Παιδοφιλία

Δ. Σεξουαλικός Μαζοχισμός

E. » » Σαδισμός

ΣΤ. Ηδονοβλεψία

Z. Τρανσβεστικός φετιχισμός (κατά το DSM-IV) ή φετιχιστική παρενδυσία (κατά το ICD-10).

Θεραπεία: Οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις θεωρούνται από πολλούς ότι έχουν σαν βάση ψυχολογικούς παράγοντες και ότι πηγάζουν από εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Κατά συνέπεια πολλοί κλινικοί χρησιμοποιούν την ψυχοθεραπεία σαν τρόπο αντιμετώπισης αυτών των διαταραχών. Η *ψυχανάλυση* προσπαθεί να φέρει στην επιφάνεια και να επιλύσει παιδικές ψυχικές συγκρούσεις που θεωρούνται υπεύθυνες για την παρέκκλιση, αλλά πολλά άτομα με τέτοιες διαταραχές (π.χ. αυτά με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας) δεν μπορούν ν' αντέξουν τέτοιου είδους έντονη θεραπεία. Η ατομική ψυχοθεραπεία (αποκαλυπτική - υποστηρικτική) μπορεί να φανεί χρήσιμη στο να βοηθήσει το άτομο να αναγνωρίσει τα συναισθήματα και τις φαντασιώσεις που παρακινούν σε παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά, να αποκτήσει πιο παραδεκτούς τρόπους σεξουαλικής ικανοποίησης καθώς και να ελέγξει τον βαθμό που η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά του παρεμβαίνει στην κοινωνική και επαγγελματική του ζωή. Αντιανδρογόνα, όπως η μεδροξυπρογεστερόνη, έχουν χρησιμοποιηθεί σε άντρες με σοβαρές σεξουαλικές παρεκκλίσεις (π.χ. σ' αυτούς που εμπλέκονται με καταναγκαστικό τρόπο σε σεξουαλικές επιθέσεις) με σκοπό να ελαττωθούν οι σεξουαλικές τους δραστηριότητες και κατά συνέπεια να γίνουν λιγότερο επικίνδυνοι. Σε περιπτώσεις, βέβαια, που η παραφιλική συμπεριφορά είναι μέρος μιας άλλης διαταραχής όπως π.χ. σχιζοφρένεια ή μανία, θα αντιμετωπισθούν οι διαταραχές αυτές με αντιψυχωτικά, λίθιο, καρβαμαζεπίνη κτλ.

3.1. Πως Διαχωρίζουν Και Εξηγούν Τα Εγχειρίδια Ψυχολογίας Τις Σεξουαλικές Διαταραχές

3.1.1 ICD-10 (international statistical Classification of Diseases and related health problems)¹

Διαταραχές Ως προς Την Ταυτότητα Του Φύλου

- Διαφυλική διαταραχή
- Παρενδυσία διπλού ρόλου
- Διαταραχή της ταυτότητας του φύλου κατά την παιδική ηλικία
- Άλλες διαταραχές της ταυτότητας του φύλου
- Διαταραχή της ταυτότητας του φύλου, μη καθοριζόμενη

Διαταραχές Της Σεξουαλικής Προτίμησης

- Φετιχισμός
- Φετιχιστική παρενδυσία
- Επιδειξιομανία
- Ηδονοβλεψία
- Παιδοφιλία
- Σαδομαζοχισμός
- Πολλαπλές διαταραχές της σεξουαλικής προτίμησης
- Άλλες διαταραχές της σεξουαλικής προτίμησης
- Διαταραχή της σεξουαλικής προτίμησης, μη καθοριζόμενη

¹ (ΔΙΕΘΝΗΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΝΟΣΩΝ 10^η έκδοση)

3.1.2. DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders)²

Σεξουαλικές Διαταραχές Και Διαταραχές Της Ταυτότητας Του Φύλου

Σεξουαλικές Δυσλειτουργίες : Οι παρακάτω προσδιοριστές χρησιμοποιούνται σε όλες τις πρωτοπαθείς σεξουαλικές δυσλειτουργίες:

Ισόβιος τύπος/Επικτήτος τύπος,

Γενικευμένος τύπος/τύπος καταστάσεων,

Οφειλόμενη σε ψυχολογικούς παράγοντες/Οφειλόμενη σε συνδυασμό παραγόντων.

Διαταραχές της Σεξουαλικής Επιθυμίας :

- i. Διαταραχή υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας
- ii. Διαταραχή σεξουαλικής αποστροφής.

Διαταραχές Σεξουαλικής Διέγερσης:

- i. Διαταραχή της σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα
- ii. Διαταραχή στύσης στον άνδρα.

Διαταραχές του Οργασμού:

- i. Διαταραχή του οργασμού στη γυναίκα
- ii. Διαταραχή του οργασμού στον άνδρα
- iii. Πρόωρη εκσπερμάτιση

² (ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ 4^η έκδοση)

Διαταραχές του Σεξουαλικού Πόνου:

- i. Δυσπαρευνία (μη οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση)
- ii. Κολεόσπασμος (μη οφειλόμενος σε γενική ιατρική κατάσταση)

Σεξουαλική Δυσλειτουργία οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση:

- i. Διαταραχή υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας οφειλόμενη σε ...[αναγράψτε τη γενική ιατρική κατάσταση]
- ii. Διαταραχή υποτονικής σεξουαλικής επιθυμίας στον άντρα οφειλόμενη σε ...[αναγράψτε τη γενική ιατρική κατάσταση]
- iii. Διαταραχή της στύσης του άνδρα οφειλόμενη σε ...[αναγράψτε τη γενική ιατρική κατάσταση]
- iv. Δυσπαρευνία στη γυναίκα οφειλόμενη σε ...[αναγράψτε τη γενική ιατρική κατάσταση]
- v. Δυσπαρευνία στον άνδρα οφειλόμενη σε ...[αναγράψτε τη γενική ιατρική κατάσταση]
- vi. Άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία στη γυναίκα οφειλόμενη σε ...[αναγράψτε τη γενική ιατρική κατάσταση] , προσδιορίστε αν : με έναρξη κατά τη διάρκεια τοξίκωσης
- vii. Άλλη σεξουαλική δυσλειτουργία στον άντρα οφειλόμενη σε ...[αναγράψτε τη γενική ιατρική κατάσταση]
- viii. Σεξουαλική δυσλειτουργία προκαλούμενη από ουσίες, προσδιορίστε αν : με έκπτωση της επιθυμίας, με έκπτωση της διέγερσης, με έκπτωση του οργασμού, με σεξουαλικό πόνο, προσδιορίστε αν : με έναρξη κατά τη διάρκεια τοξίκωσης , σεξουαλική δυσλειτουργία μη προσδιοριζόμενη περαιτέρω

Παραφιλίες:

- i. *Επιδειξιομανία*
- ii. *Φετιχισμός*
- iii. *Εφαψιομανία*
- iv. *Παιδοφιλία* , προσδιορίστε αν : σεξουαλικά έλκεται από το αντρικό φύλο, γυναικείο φύλο ή και από τα δύο φύλα, προσδιορίστε αν : περιορίζεται σε αιμομιξία προσδιορίστε τύπο : με έναρξη κατά τη διάρκεια τοξίκωσης
- v. *Σεξουαλικός μαζοχισμός*
- vi. *Σεξουαλικός σαδισμός*
- vii. *Τρανσβεστικός (παρενδυσιακός) φετιχισμός* προσδιορίστε αν : με φυλετική δυσφορία
- viii. *Ηδονοβλεψία*
- ix. *Παραφιλία μη προσδιοριζόμενη περαιτέρω.*

Διαταραχές της ταυτότητας του φύλου:

- i. *Διαταραχή της ταυτότητας του φύλου-σε παιδιά, σε εφήβους ή ενηλίκους-*
προσδιορίστε αν : σεξουαλικά έλκεται από το αντρικό φύλο, γυναικείο φύλο ή και από τα δύο φύλα
- ii. *Διαταραχή της ταυτότητας φύλου μη προσδιοριζόμενη περαιτέρω*
- iii. *Σεξουαλική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη περαιτέρω.*

3.2.1. Ανάλυση ICD-10

Διαταραχές Της Ταυτότητας Του Φύλου

-Διαφυλική Διαταραχή:

Ορισμός: Πρόκειται για την επιθυμία του ατόμου να ζει και να γίνεται αποδεκτό ως μέλος του αντίθετου φύλου. Συνήθως, συνοδεύεται από συναίσθημα δυσφορίας για , και ακαταλληλότητας προς, το ανατομικό φύλο του ατόμου, καθώς και από την επιθυμία του να υποστεί ορμονική θεραπεία ή χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να δώσει στο σώμα του μορφή όσο γίνεται πιο συμβατή με εκείνη του φύλου της προτίμησής του.

Διάγνωση: Για να τεθεί αυτή η διάγνωση, η διαφυλική ταυτότητα πρέπει να ήταν παρούσα και σταθερή τουλάχιστον για 2 χρόνια και δεν πρέπει να είναι σύμπτωμα άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως σχιζοφρένεια, ή να συνοδεύεται από οποιαδήποτε ερμαφροδιτική γενετική, ή φυλοχρωμοσωματική ανωμαλία.

-Παρενδυσία Διπλού Ρόλου:

Ορισμός. Κατά τη διαταραχή αυτή, το άτομο ενδύεται τα ρούχα του αντίθετου φύλου κατά τη διάρκεια ενός μέρους της ζωής του, με σκοπό να απολαύσει την παροδική εμπειρία να είναι μέλος του αντίθετου φύλου, χωρίς όμως επιθυμία για μονιμότερη αλλαγή φύλου συνδεδεμένη με χειρουργικό επαναπροσδιορισμό. Στην παρούσα διαταραχή, η ένδυση με ρούχα του αντίθετου φύλου δε συνοδεύεται από σεξουαλική διέγερση, κάτι το οποίο τη διακρίνει από τη φετιχιστική παρενδυσία.

Περιλαμβάνεται: Διαταραχή της ταυτότητας του φύλου κατά την εφηβική ή ενήλικη ζωή, μη διαφυλικού τύπου.

Αποκλείεται: Φετιχιστική Παρενδυσία.

-Διαταραχή Της Ταυτότητας Του Φύλου Κατά Την Παιδική Ηλικία

Ορισμός: Εδώ περιλαμβάνονται διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται για πρώτη φορά κατά την πρώιμη παιδική ηλικία (και πάντοτε πολύ πριν την εφηβεία), οι οποίες χαρακτηρίζονται από επίμονη και έντονη δυσφορία για το προσδιορισμένο από τη φύση φύλο του ατόμου μαζί με την επιθυμία να ανήκει (ή επιμονή ότι ανήκει) στο άλλο φύλο. Παρατηρείται επίμονη υπεραπασχόληση με τα ρούχα και τις δραστηριότητες του αντίθετου φύλου και απάρνηση φύλου του ασθενούς. Αυτές οι διαταραχές θεωρείται ότι είναι σχετικά ασυνήθεις και δεν πρέπει να συγχέονται με την πολύ πιο συχνή μη συμβατική συμπεριφορά, την αφορώσα στα στερεότυπα του καθιερωμένου ρόλου του φύλου. Η διάγνωση της διαταραχής της ταυτότητας του φύλου στην παιδική ηλικία προϋποθέτει βαθιά διαταραχή την φυσιολογικής αντίληψης για την αρρενωπότητα ή τη θηλυκότητα. Απλή συμπεριφορά τύπου «αγοροκόριτσου» στα κορίτσια ή ελαφρώς «κοριτσίστικη» συμπεριφορά στα αγόρια δεν επαρκεί, για να τεθεί η διάγνωση. Η διάγνωση δεν μπορεί επίσης να τεθεί, όταν το άτομο δεν έχει φτάσει στην ήβη.³

Διάγνωση: Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό είναι η διάχυτη και επίμονη επιθυμία του παιδιού να ανήκει (ή επιμονή ότι ανήκει) στο αντίθετο φύλο από το ήδη προσδιορισμένο, μαζί με έντονη απόρριψη της συμπεριφοράς, των συνοδών χαρακτηριστικών ή/και της εμφάνισης του προσδιορισμένου φύλου. Χαρακτηριστικά, η διαταραχή αυτή εκδηλώνεται για πρώτη φορά κατά την προσχολική ηλικία. Οπωσδήποτε, για να τεθεί η διάγνωση, η διαταραχή πρέπει να ήταν εμφανής πριν από την ήβη. Και στα δυο φύλα μπορεί να υπάρχει απάρνηση των ανατομικών δομικών χαρακτηριστικών του ίδιου φύλου, αλλά αυτό είναι ασυνήθης και πιθανότατα σπάνια εκδήλωση. Χαρακτηριστικά, τα παιδιά με διαταραχή της ταυτότητας του φύλου αρνούνται ότι ενοχλούνται από αυτήν, μολονότι μπορεί να δυσφορούν από τη συγκρουσιακή κατάσταση, η οποία προκύπτει από τις προσδοκίες της οικογένειας ή

³ Επειδή η διαταραχή της ταυτότητας του φύλου στην παιδική ηλικία έχει πολλά χαρακτηριστικά κοινά με τις άλλες διαταραχές ταυτότητας, η παρούσα ευρύτερη διαγνωστική ενότητα έχει ταξινομηθεί στις «Διαταραχές της ταυτότητας του φύλου» παρά στη διαγνωστική ενότητα « Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος, με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία».

των συνομηλικών και από την περιπαικτική ή/και απορριπτική συμπεριφορά των άλλων στην οποία εκτίθενται.

Πιο πολλά γνωρίζουμε για τις διαταραχές αυτές στα αγόρια, παρά στα κορίτσια. Τυπικά, από τα προσχολικά χρόνια και στη συνέχεια τα αγόρια υπεραπασχολούνται με τους τύπους των παιχνιδιών και των άλλων δραστηριοτήτων που σύμφωνα με τα επικρατούντα στερεότυπα σχετίζονται με τις γυναίκες και συχνά δυνατόν να παρατηρείται προτίμηση στα κοριτσίστικα ή γυναικεία ρούχα. Όμως, το ντύσιμο με τα ρούχα του άλλου φύλου δεν προκαλεί σεξουαλική διέγερση (αντίθετα με τη φετιχιστική παρενδυσία στους ενηλίκους). Τα παιδιά αυτά έχουν έντονη επιθυμία να λαμβάνουν μέρος σε παιχνίδια και δραστηριότητες που χαρακτηρίζουν τον ελεύθερο χρόνο των κοριτσιών. Οι γυναικείες κούκλες είναι συνήθως τα αγαπημένα τους παιχνίδια και τα κορίτσια είναι οι σταθερά προτιμώμενοι σύντροφοι στο παιχνίδι. Ο κοινωνικός εξοστρακισμός συνήθως αναφάνεται κατά τα πρώτα χρόνια του σχολείου και συχνά κορυφώνεται στη μέση παιδική ηλικία, με ταπεινωτική και περιπαικτική συμπεριφορά από τα άλλα αγόρια. Η εμφανώς θηλυπρεπής συμπεριφορά μπορεί να μειωθεί κατά τα πρώτα χρόνια της εφηβείας, αλλά διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι περίπου μεταξύ 1/3 και 2/3 των αγοριών με διαταραχή της ταυτότητας του φύλου στην παιδική ηλικία εμφανίζουν ομοφυλοφιλικό προσανατολισμό κατά και μετά την εφηβεία. Όμως, πάρα πολύ λίγοι εκδηλώνουν διαφυλική διαταραχή στην ενήλικη ζωή (μολονότι οι περισσότεροι ενήλικοι με διαφυλική διαταραχή αναφέρουν ότι είχαν πρόβλημα ταυτότητας φύλου στην παιδική ηλικία).

Σε κλινικά δείγματα, οι διαταραχές της ταυτότητας του φύλου είναι λιγότερο συχνές στα κορίτσια, παρά στα αγόρια, αλλά δεν είναι γνωστό κατά πόσον η αναλογία αυτή των φύλων ισχύει και στο γενικό πληθυσμό. Στα κορίτσια, όπως και στα αγόρια, υπάρχει συνήθως πρόωμη εκδήλωση υπεραπασχόλησης με συμπεριφορά η οποία, σύμφωνα με τα επικρατούντα στερεότυπα, συνδέεται με το αντίθετο φύλο. Τυπικά, τα κορίτσια με αυτές τις διαταραχές

έχουν ανδρική συντροφιά και δείχνουν έντονο ενδιαφέρον για τον αθλητισμό και τα σκληρά και τα δύσκολα παιχνίδια. Δεν έχουν ενδιαφέρον να παίζουν με κούκλες ούτε να υποδύονται γυναικείους ρόλους σε παιχνίδια ρόλων, όπως είναι το «μητέρες και πατέρες» ή το «νοικοκυριό». Τα κορίτσια με τη διαταραχή της ταυτότητας του φύλου συνήθως δε βιώνουν στον ίδιο βαθμό τον κοινωνικό εξοστρακισμό, όπως τα αγόρια, μολονότι μπορεί να υποφέρουν από την περιπαικτική συμπεριφορά των άλλων στο τέλος της παιδικής ηλικίας ή στην εφηβεία τους. Τα περισσότερα κορίτσια εγκαταλείπουν την υπερβολική εμμονή στις ανδρικές δραστηριότητες και την αγορίστικη αμφίεση όσο πλησιάζουν στην εφηβεία, αλλά μερικά από αυτά διατηρούν την ταυτοποίηση με το ανδρικό φύλο και συνεχίζουν, εμφανίζοντας ομοφυλοφιλικό προσανατολισμό.

Σπάνια, η διαταραχή της ταυτότητας του φύλου συνοδεύεται από επίμονη απάρνηση των ανατομικών δομικών χαρακτηριστικών του προσδιορισμένου φύλου. Στα κορίτσια, αυτό μπορεί να εκδηλώνεται με επανειλημμένες αυτοδιαβεβαιώσεις ότι έχουν ή θα αναπτύξουν πέος ή με την αποφυγή της ούρησης σε καθιστική θέση ή με την αυτοδιαβεβαίωση ότι δεν επιθυμούν να αναπτύξουν μαστούς ή έμμηνη ρύση. Στα αγόρια, αυτή η διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί με επανειλημμένες αυτοδιαβεβαιώσεις ότι θα αναπτυχθούν σωματικά για να φτάσουν να γίνουν γυναίκες, ότι το πέος και οι όρχεις είναι αηδιαστικοί ή ότι θα εξαφανιστούν ή/και ότι θα ήταν προτιμότερο να μην είχαν πέος και όρχεις.

Αποκλείονται: Δυστονικός προς το εγώ σεξουαλικός προσανατολισμός και Διαταραχή της σεξουαλικής ωρίμανσης.

3.2.2. Ανάλυση DSM-IV

-Διαταραχή Σεξουαλικής Επιθυμίας (Διαταραχή Σεξουαλικής Αποστροφής)

A. Επίμονη ή επαναλαμβανόμενη αποστροφή ή έντονη αποφυγή όλων ή (σχεδόν όλων) των σεξουαλικών επαφών με ερωτικό σύντροφο

B. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαπροσωπικά προβλήματα

Γ. Η σεξουαλική δυσλειτουργία δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή του άξονα 1 [(Κλινικές διαταραχές, Άλλες κατηγορίες που μπορεί να αποτελούν επίκεντρο κλινικής προσοχής),(εκτός από άλλη σεξουαλική διαταραχή)

-Διαταραχή Σεξουαλικής Διέγερσης

Διαταραχή στύσης στον άνδρα

A. Επίμονη ή επαναλαμβανόμενη αδυναμία επίτευξης ή διατήρησης ως την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, ικανοποιητικής στύσης.

B. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Γ. Η στυτική δυσλειτουργία δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή του άξονα 1 [(Κλινικές διαταραχές, Άλλες κατηγορίες που μπορεί να αποτελούν επίκεντρο κλινικής προσοχής),(εκτός από άλλη σεξουαλική διαταραχή) και δεν είναι άμεσο αποτέλεσμα κάποιας ουσίας (π.χ. τοξικής ή φαρμάκου) ή κάποιας νόσου.

Διαταραχή σεξουαλικής διέγερσης στη γυναίκα.

A. Επίμονη ή επαναλαμβανόμενη αδυναμία να αποκτήσει ή να διατηρήσει μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, ικανοποιητικού βαθμού εφύγρανση του κόλπου κατά τη φάση της σεξουαλικής διέγερσης.

B. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Γ. Η στυτική δυσλειτουργία δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή του άξονα 1 [(Κλινικές διαταραχές, Άλλες κατηγορίες που μπορεί να αποτελούν επίκεντρο κλινικής προσοχής),(εκτός από άλλη σεξουαλική διαταραχή) και δεν είναι άμεσο αποτέλεσμα κάποιας ουσίας (π.χ. τοξικής ή φαρμάκου) ή κάποιας νόσου.

-Διαταραχή Οργασμού

Διαταραχή οργασμού στη γυναίκα

A. Επίμονη ή επαναλαμβανόμενη καθυστέρηση ή αδυναμία οργασμού μετά από φυσιολογική φάση σεξουαλικού ερεθισμού. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία ως προς τον τύπο ή την ένταση του ερεθισμού που πυροδοτεί τον οργασμό. Η διάγνωση της διαταραχής του οργασμού στη γυναίκα πρέπει να βασίζεται στην κρίση του κλινικού, που θα εκτιμήσει αν η οργασμική ικανότητα της γυναίκας είναι μικρότερη από την αναμενόμενη ανάλογα με την ηλικία της, τη σεξουαλική εμπειρία και την επάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού.

B. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Γ. Η διαταραχή του οργασμού δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή του άξονα 1 [(Κλινικές διαταραχές, Άλλες κατηγορίες που μπορεί να αποτελούν επίκεντρο κλινικής προσοχής),(εκτός από άλλη σεξουαλική διαταραχή) και δεν είναι άμεσο αποτέλεσμα κάποιας ουσίας (π.χ. τοξικής ή φαρμάκου) ή κάποιας νόσου.

Διαταραχή οργασμού στον άνδρα.

A. Επίμονη ή επαναλαμβανόμενη καθυστέρηση ή αδυναμία οργασμού μετά από φυσιολογική φάση σεξουαλικού ερεθισμού, όπου ο κλινικός γιατρός, λαμβάνοντας υπ' όψιν την ηλικία του ατόμου, εκτιμά την επάρκεια, την ένταση και τη διάρκειά της.

B. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Γ. Η διαταραχή του οργασμού δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή του άξονα 1 [(Κλινικές διαταραχές, Άλλες κατηγορίες που μπορεί να αποτελούν επίκεντρο κλινικής προσοχής),(εκτός από άλλη σεξουαλική διαταραχή) και δεν είναι άμεσο αποτέλεσμα κάποιας ουσίας (π.χ. τοξικής ή φαρμάκου) ή κάποιας νόσου.

Πρόωρη εκσπερμάτιση

A. Επίμονη ή επαναλαμβανόμενη εκσπερμάτιση με ελάχιστο σεξουαλικό ερεθισμό, πριν ή αμέσως μετά την εισαγωγή του κόλπου πριν την επιθυμία του ατόμου. Ο γιατρός πρέπει να συνεκτιμήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια της φάσης διέγερσης ,όπως η ηλικία, καινούργια ερωτική σύντροφος ή κατάσταση και η πρόσφατη συχνότητα σεξουαλικής δραστηριότητας.

B. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Γ. Η πρόωρη εκσπερμάτιση δεν αποδίδεται αποκλειστικά στις άμεσες δράσεις μίας ουσίας (π.χ. απόσυρση από οπιοειδή)

-Διαταραχή Σεξουαλικού Πόνου

Δυσπαρέυνια

A. Επίμονος ή επαναλαμβανόμενος πόνος στα γεννητικά όργανα κατά τη συνουσία στον άνδρα ή στη γυναίκα.

B. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται αποκλειστικά από κολπικό σπασμό ή έλλειψη επαρκούς εφύγρανσης, δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή του άξονα 1 [(Κλινικές διαταραχές, Άλλες κατηγορίες που μπορεί να αποτελούν επίκεντρο κλινικής προσοχής), (εκτός από άλλη

σεξουαλική διαταραχή) και δεν είναι άμεσο αποτέλεσμα κάποιας ουσίας (π.χ. τοξικής ή φαρμάκου) ή κάποιας νόσου.

Κολπικός σπασμός

A. Επίμονος ή επαναλαμβανόμενος ακούσιος σπασμός του μυϊκού συστήματος του έξω τριτημορίου του κόλπου που παρεμποδίζει τη συνουσία.

B. Η διαταραχή προκαλεί σημαντική δυσφορία ή διαπροσωπικά προβλήματα.

Γ. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή του άξονα 1 (π.χ. σωματόμορφη διαταραχή) και δεν προκαλείται αποκλειστικά ως ψυχολογική αντίδραση σε κάποια παθολογική κατάσταση

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

4.1. Τι είναι οι παραφιλίες ;

Εισαγωγή

Οι παραφιλίες αποτελούν παρεκκλίνουσες εκδηλώσεις σεξουαλικών ενδιαφερόντων και συμπεριφορών που δεν εντάσσονται στα φυσιολογικά ενδιαφέροντα που έχουν καθοριστεί πολιτισμικά. Η αλήθεια είναι ότι μέχρι ενός βαθμού όλα τα άτομα παρουσιάζουν παραφιλικές τάσεις και μάλιστα με τέτοια συχνότητα ώστε είναι δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια τί είναι η παραφιλία και τί όχι. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα όρια καθορίζονται από τους νόμους, τις κοινωνικές συνθήκες, τον σεβασμό προς τους άλλους ή από τον βαθμό της εξάρτησης ή της αποκλειστικότητας μιας συγκεκριμένης ερωτικής συμπεριφοράς. Οι άνθρωποι κατά κανόνα ελέγχουν τη συμπεριφορά τους σύμφωνα με τις κοινωνικές επιταγές, οι οποίες καθορίζουν τη σεξουαλική δραστηριότητα μέσα στα καθιερωμένα πολιτισμικά πλαίσια. Οι παραφιλικές συμπεριφορές συνίσταται σε ακραίες εκδηλώσεις της φυσιολογικής σεξουαλικής συμπεριφοράς και αντιπροσωπεύουν ασυνήθιστη αντίδραση, απάντηση και/ή ερμηνεία της φυσιολογικής, κοινωνικά αποδεκτής σεξουαλικής συμπεριφοράς (Abel G.G. & Osborn, C.A. 1996).

Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι το 95% των παραφιλικών περιπτώσεων αναφέρονται σε άντρες . Εκτός από τον σεξουαλικό μαζοχισμό, ο οποίος κι αυτός είναι 20 φορές συχνότερος στους άντρες απ' ότι στις γυναίκες, οι άλλες παραφιλίες στην κλινική πράξη ποτέ δεν διαγιγνώσκονται σε γυναίκες, εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις. Οι λόγοι γι' αυτό είναι άγνωστοι. Ένα άλλο πρόβλημα που προκύπτει κατά τη μέτρηση των παραφιλικών περιστατικών είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει κάποια αρκετά αξιόλογη μέθοδος στην αποκομιδή αποτελεσμάτων. Ο πληθυσμογράφος πέους είναι μια μεζούρα που χρησιμοποιείται από κοινού για να αποτιμηθεί η διέγερση στα παραφιλικά άτομα. Αν και το

90% των αποτελεσμάτων έχουν αποκομισθεί από αυτή τη μέθοδο ειδικά σε έρευνες στην παιδοφιλία και την επιδειξιμανία (Fedora, Reddon & Yeudall, 1986) ωστόσο προβλήματα όπως προσποίηση, λάθη μέτρησης και ερωτήσεις που δεν γίνονται κατανοητές δυσχεραίνουν την κατάσταση (Simon & Schouten, 1991). Οι αυτοαναφορές έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα αλλά χαρακτηρίστηκαν τόσο τρωτά στην κοινωνική επιθυμία και τις διαμορφώσεις προσδοκιών όσο και ο πληθυσμογράφος πέους (Kilmann, Sabalis, Gearing, Bukstel, & Scovern, 1982). Η προσωπική καταγραφή συλλήψεων για διάφορα σεξουαλικά εγκλήματα είναι επίσης ένα σημαντικό εργαλείο μέτρησης για τη σεξουαλική αποκλίνουσα συμπεριφορά. Το πρόβλημα με αυτή την προσέγγιση είναι ότι πάνω από τα μισά εγκλήματα δεν αναφέρονται (Eck & Riccio, 1979). Μια δυναμική λύση στις ασυνέπειες της μέτρησης που βασανίζει την έρευνα στις παραφιλίες είναι να ενσωματωθούν αρκετές διάφορες μεζούρες στο ίδιο προσχέδιο έρευνας.

Πολλά άτομα με παραφιλίες δεν θεωρούν ότι είναι άρρωστα και προσέρχονται στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας μόνον όταν η συμπεριφορά τους τα φέρει σε σύγκρουση με το περιβάλλον, π.χ. τη σύζυγο, την οικογένεια ή τον νόμο. Συχνά τα άτομα αυτά δεν μπορούν ν' ανταποδώσουν τρυφερότητα στη σεξουαλική επαφή ή πάσχουν και από διάφορες σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Συχνές είναι και οι διαταραχές της προσωπικότητας.

Οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις γενικά εγκαθίστανται στην εφηβεία και την αρχή της ενήλικης ζωής, πιο συγκεκριμένα εντοπίζονται σε ηλικίες 13 και 26 ετών με τα περισσότερα άτομα να αρχίζουν την παραφιλική δραστηριότητα πριν την ηλικία των 20 ετών. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι η πρόιμη παρέμβαση σε ανήλικους παραφιλικούς δράστες οδηγεί σε εγγυημένα αποτελέσματα. Συμπεριφορές που συνοδεύονται από μικρή πιθανότητα σύλληψης (φетиχισμός, ζωοφιλία και ηδονοβλεψία) εκδηλώνονται σε μικρότερες ηλικίες. Επειδή οι παιδεραστές δεν είναι μόνο άτομα που παρενοχλούσαν άλλα παιδιά ή αδέρφια όταν ήταν νεότερα, αλλά και άτομα που παρενοχλούσαν σεξουαλικά και τα δικά τους παιδιά ή παιδιά

άλλων σε μεγαλύτερη ηλικία, η μέση ηλικία έναρξης της σεξουαλικής παρενόχλησης παιδιών είναι μεγαλύτερη από ότι εκείνη για άλλες παραφυλίες (Abel & Osborn, 1992).

Οι γυναίκες που έχουν κάποια παραφυλική συμπεριφορά συνήθως πλησιάζουν τον ειδικό γιατί η παραφυλία τους συνοδεύει κάποια άλλη ψυχολογική διαταραχή (κατάθλιψη, νυφομανία, ή προβλήματα σχέσης). Ως εκ τούτου πρέπει να αναρωτηθούμε το εξής: «Είναι τα διαγνωστικά κριτήρια και οι ψυχοδυναμικές της παραφυλίας ίδιες και για τα δυο φύλα;» Αν η απάντηση είναι «ναι» τότε η παραφυλία πρέπει να θεωρηθεί σαν μια διαταραχή ανάπτυξης της σεξουαλικής ταυτότητας. Αν η απάντηση είναι «όχι» τότε θα πρέπει να θεωρηθεί σαν μια αναπτυξιακή διαταραχή αρσενικού χαρακτήρα (Levin, Risen, & Althof 1990).

Σε γενικές γραμμές, οι προσωπικές αξίες, θρησκευτικές πεποιθήσεις και το νομικό σύστημα αποτρέπουν τα άτομα από την εκδήλωση παραφυλικών ορμών. Η προσπάθεια αναγνώρισης, ταξινόμησης, διάγνωσης και θεραπείας ατόμων με –κάποιες- παραφυλίες είναι συχνά δύσκολη, διότι η παραδοχή παραφυλικών ενδιαφερόντων είτε είναι παράνομη και/είτε έρχεται συνήθως σε άμεση σύγκρουση με τις αξίες και τους κανόνες των περισσότερων κοινωνικών ομάδων (Abel G.G. & Osborn, C.A. 1996).

Έπειτα από αυτή τη γενική εισαγωγή στον όρο παραθέεται στη συνέχεια η πιθανή αιτιολογία των παραφυλικών διαταραχών (βιολογία, περιβάλλον, ψυχοδυναμική προσέγγιση) καθώς και το πολιτισμικό πλαίσιο, αν και κατά πόσο επηρεάζει την εμφάνιση και την εξέλιξη της.

4.1.2. Ποιά είναι η αιτιολογία των παραφυλιών ;

Βιολογικοί Παράγοντες

-*Γονίδια.* Μελέτες με παιδόφιλους και με μη παιδόφιλους παραφυλικούς έδειξαν ότι οι οικογένειες των πρώτων είχαν περισσότερα αντίστοιχα περιστατικά στην οικογένειά τους απ' ότι είχαν οι μη παιδόφιλοι παραφυλικοί και οι οικογένειες της ομάδας ελέγχου (Gaffney, Lurie and Berlin 1984).

- *Αρχιτεκτονική εγκεφάλου.* Για παραφυλικές συμπεριφορές έχουν αναφερθεί η επιληψία κροταφικού λοβού (Kolarsky, Freud, Machek and Polak, 1967).

-*Ορμόνες.* Είναι πιθανό να σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με τη σεξουαλική συμπεριφορά. Οι Bradford & Bourget (1987) εξακρίβωσαν την παρουσία αξιοσημείωτης σχέσης μεταξύ της ορμόνης τεστοστερόνης στα επίπεδα του αίματος και στην βία σεξουαλικών παραβάσεων σε μια ομάδα 146 σεξουαλικών παραβατών , δεδομένου ότι οι Langevin, Ben-Aron , Wright, Machese & Handy (1988) κατέγραψαν αυξημένα επίπεδα τεστοστερόνης σε ένα μικρό δείγμα σεξουαλικών δολοφόνων. Σε αντίθεση με αυτά τα ευρήματα οι Lang, Langevin, Bain, Frenzel & Wright (1989) αναφέρουν ότι τα επίπεδα τεστοστερόνης σε μια ομάδα επιδειξιμανών ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Τα πιο συνεπή ευρήματα είναι ότι οι αντιαδρογενείς παράγοντες όπως η οξική μεδροξυπρογεστερόνη, η οξική κυπροτερόνη και οι εκλυτικές ορμόνες της ωχρινοτρόπου ορμόνης είναι αποτελεσματικά στην ελαχιστοποίηση των σεξουαλικών φαντασιώσεων και διευθύνουν τα προβλήματα των επιθετικών σεξουαλικών παραβατών (Bradford & Pawlak, 1993; Cooper, Sandu, Losztyn, & Cernovsky, 1992; Meyer, Cole, & Emory, 1992).

-*Νευροδιαβιβαστές.* Η σεροτονίνη που λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας της σεξουαλικής συμπεριφοράς, η ντοπαμίνη με την αντίθετη δράση και ψυχοτροπικοί παράγοντες όπως η κλομιπραμίνη και η φλουοξετίνη έχουν παρατηρηθεί σαν δυναμική

αρωγή στη θεραπεία της παραφιλικής συμπεριφοράς. Επίσης, σε έρευνα των Krueci, Fine, Valladares, Phillips & Rapoport (1992) έδειξαν ότι η κλομιπραμίνη και η ντεσιπραμίνη (αντικαταθλιπτικό φάρμακο χωρίς τις ιδιότητες της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) ήταν επίσης αποτελεσματικά στην παραφιλική συμπεριφορά.

Εάν η βιολογία αποδειχτεί όντως σημαντική, το πιθανότερο είναι ότι θα αποτελεί έναν μόνο από τους παράγοντες που συνθέτουν ένα περίπλοκο δίκτυο αιτιών, στο οποίο ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες είναι οι εμπειρίες ζωής (Meyer, 1995).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Αν και η τεστοστερόνη παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη βιολογική βάση της αιτιολογίας θα ήταν λάθος να τη θεωρήσουμε ως μοναδική εξήγηση, η ανθρώπινη ψυχολογία είναι περίπλοκη (Langevin, 1992).

Ορισμένοι θεωρητικοί της συμπεριφορικής προσέγγισης προτείνουν ότι η αιτία των παραφυλιών είναι η κλασική εξαρτημένη μάθηση, όπου η σεξουαλική διέγερση έχει συνδεθεί τυχαία με ασυνήθιστα ή ανάρμοστα ερεθίσματα. Αν και δεν είναι ευρέως γνωστό η θεωρία αυτή προτάθηκε για πρώτη φορά στις διάσημες αναφορές του Kinsey για τη σεξουαλική συμπεριφορά Αμερικανών ανδρών και γυναικών (Kinsey et al., 1948). Οι Crawford, Holloway & Domjan (1993) σημειώνουν ότι πολλές μαθημένες αρχές, όπως τα προγράμματα ενίσχυσης, η γενίκευση, η άδηλη απαγόρευση, η εκμάθηση οξυδέρκειας και η περιβαλλοντική προσαρμογή εμπλέκονται στην απόκτηση και διατήρηση της σεξουαλικής συμπεριφοράς.

Άλλοι θεωρητικοί της συμπεριφορικής προσέγγισης εστιάζονται στη συντελεστική μάθηση και υποστηρίζουν ότι πολλές παραφυλίες είναι αποτέλεσμα ανεπαρκών κοινωνικών δεξιοτήτων ή ενίσχυσης των αντισυμβατικών συνηθειών του παιδιού από γονείς και συγγενείς. Υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία που όντως υποστηρίζουν την πρόταση ότι οι

άνδρες με παιδοφιλία έχουν φτωχές κοινωνικές δεξιότητες (Dreznick, 2003) και ως εκ τούτου συνήθως ανάρμοστη συμπεριφορά στις αλληλεπιδράσεις τους με ενήλικες γυναίκες (Jegal & Marshall, 1985). Κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και στους επιδειξιμανείς όπου έρευνες δείχνουν να κατέχουν ανεπαρκείς κοινωνικές ικανότητες (Mohr, Turner & Jerry, 1964), στους βιαστές να έχουν ελλείμματα στην επεξεργασία των κοινωνικών πληροφοριών, κάτι που κάνει δύσκολο σε αυτούς να χρησιμοποιήσουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο και να επικοινωνήσουν με τις γυναίκες (Lipton, McDonel, & McFall's 1987).

Το ιστορικό της παιδικής ηλικίας των ατόμων με παραφιλίες αποκαλύπτει ότι συχνά τα άτομα αυτά είχαν υποστεί σωματική και σεξουαλική κακοποίηση και είχαν φτωχές σχέσεις με τους γονείς τους (Mason, 1997). Αυτές οι πρώιμες εμπειρίες μπορεί να συμβάλλουν στις φτωχές κοινωνικές δεξιότητες και στην έλλειψη στενών σχέσεων που παρατηρείται συχνά στα άτομα με παραφιλίες (Marshall, Serran, & Cortoni, 2001).

Το αλκοόλ, η χρήση παράνομων ουσιών και τα αρνητικά συναισθήματα συχνά πυροδοτούν περιστατικά παιδοφιλίας, ηδονοβλεψίας και επιδειξιμανίας. Η παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά μπορεί να αποτελεί για το άτομο ένα μέσο διαφυγής (Baumeister & Butler, 1997).

Οι γνωστικές στρεβλώσεις επίσης παίζουν ρόλο στις παραφιλίες. Ένα άτομο με ηδονοβλεψία μπορεί να πιστεύει, για παράδειγμα, ότι μια γυναίκα που δεν έκλεισε τις κουρτίνες τη ώρα που γδυνόταν ήθελε να τη δει κάποιος (Kaplan & Krueger, 1997).

Συνδυασμός Περιβάλλον-Βιολογία

Οι Marshall & Barbaree (1990) προσέφεραν μια αλληλεπιδραστική όψη της σεξουαλικής παράβασης που θα μπορούσε να χρησιμεύσει σαν παράδειγμα για τις έρευνες της παραφιλίας. Σ' αυτό το μοντέλο η έλλειψη γονεϊκής κοινωνικοποίησης σε συνηθισμένες κοινωνικές νόρμες και φτωχές οικογενειακές σχέσεις σε συνδυασμό με τη βιολογία του

ατόμου είναι ικανά να παράγουν τα αισθήματα της προσβολής, της εχθρικότητας και της αποξένωσης από τους άλλους. Οι μεταβλητές κοινωνικής μάθησης όπως οι προσδοκίες και η αυτοδύναμη παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των σεξουαλικών παραβάσεων σύμφωνα με τους Marshall & Barbaree.

Ψυχοδυναμική προσέγγιση

Οι ψυχοδυναμικοί θεωρητικοί θεωρούν τις παραφιλίες μία άμυνα που προφυλάσσει το Εγώ από την αντιμετώπιση απωθημένων φόβων και αναμνήσεων. Τα άτομα με παραφιλίες θεωρούνται άτομα που φοβούνται τις συμβατικές ετεροφυλικές σχέσεις, ακόμη και όταν οι σχέσεις αυτές δεν περιλαμβάνουν σεξουαλική επαφή, επειδή είναι καθηλωμένα σε κάποιο προγεννητικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Το αναπτυξιακό επίπεδο είναι ανεπαρκές για τις κοινωνικές και σεξουαλικές σχέσεις της ενήλικης ζωής (Lanyon, 1986). Αν και πολλές από τις ψυχοδυναμικές υποθέσεις είναι σημαντικές και ορισμένες από αυτές έχουν επιλεγεί και επαναδιατυπωθεί από θεωρητικούς της γνωστικής προσέγγισης, υπάρχουν ελάχιστες έρευνες που ελέγχουν την ψυχοδυναμική θεωρία για τις παραφιλίες.

4.1.3. Το πολιτισμικό περιβάλλον επηρεάζει την εμφάνιση και διατήρηση των παραφιλιών;

Για να καταλάβουμε πώς η κουλτούρα επηρεάζει την παραφιλία καλό είναι να παραθετηθεί ο ορισμός της πρώτα. «Η κουλτούρα είναι αποτελούμενη από σαφή και ενδεχόμενα δείγματα επίκτητων συμπεριφορών που μεταφέρονται μέσω συμβόλων (Kroeber & Kluckhohn, 1952). Ο απαραίτητος πυρήνας της συγκροτείται από παραδοσιακές ιδέες και αξίες. Μπορεί να υπάρξει στα επίπεδα των αξιολημείωτων φαινομένων (μέσα στην κοινωνία) και στα επίπεδα της ιδέας, είτε ατομικής είτε συλλογικής, με την τελευταία να αναπαριστάται από ένα οργανωμένο σύστημα γνώσεων και πιστεύω (Keesing, 1976)».

Οι κουλτούρες ορίζουν και περιγράφουν ποιά συμπεριφορά είναι φυσιολογική και ποιά αποκκλίνουσα. Αυτοί οι ορισμοί διαφέρουν από κουλτούρα σε κουλτούρα και επηρεάζονται από έναν αριθμό παραγόντων, όπως είναι η θρησκεία. Η μελέτη του Bullough (1976) επιβεβαίωσε αυτή την θέση και ο ίδιος τόνισε τις διαφορές στις σεξουαλικές στάσεις και συμπεριφορές επί των κοινωνιών και επί των πολιτισμικών πλαισίων. Παρατήρησε επίσης ότι ακόμα και αν η ετεροσεξουαλική συνουσία είναι διαδεδομένη στην πλειονότητα των ενηλίκων οι κοινωνίες διαφέρουν στο πως θα ανεχτούν αυτές τις συμπεριφορές.

Τα πολιτισμικά πλαίσια αυτά, έχουν περιγραφεί με διάφορους τρόπους, παραδείγματος χάρη αν είναι *θετικές στο σεξ*- αν δέχονται δηλαδή τη συνουσία που αποσκοπεί στην ευχαρίστηση (κι αυτό εξαρτάται από τη διαθεσιμότητα των συντρόφων, των φαντασιώσεων και των ευκαιριών) - ή *αρνητικές στο σεξ* - αν δηλαδή βλέπουν τη συνουσία αποκλειστικά για αναπαραγωγικούς σκοπούς. Ο ρόλος και η ανάπτυξη της παραφιλίας ανα κουλτούρα είναι επίσης ευμετάβλητη, με τις κουλτούρες να την ορίζουν ως νόμιμη ή παράνομη (Bhugra, Popelyuk & Mc Mullen, 2010).

Παρακάτω παραθέτονται οι 5 διαστάσεις που κατά τον Hofstede (2001) μπορούν να κάνουν τις κουλτούρες με συγκεκριμένο συνδυασμό να έχουν μεγαλύτερο ρίσκο για φετίχ και άλλα σεξουαλικά προβλήματα.

Το μοντέλο των 5 Διαστάσεων

➤ Ο Hofstede (1980, 1984) διαχώρισε τις κουλτούρες σε *κοινωνιοκεντρικές-κολεκτιβιστικές* και *εγωκεντρικές-ατομικιστικές*. Μια κολεκτιβιστική κουλτούρα δίνει έμφαση στο «εμείς» και εστιάζει στην ταυτότητα της ομάδας, τη συναισθηματική αλληλοεξάρτηση, την ομαδική αλληλεγγύη και το μοίρασμα καθηκόντων και υποχρεώσεων. Μια κολεκτιβιστική κοινωνία είναι πιο πιθανό να ενσωματώσει στα μέλη της τις ηθικές αξίες εμπλέκοντας συμπεριφορές για το σεξ, τη σεξουαλικότητα και τη σεξουαλική συμπεριφορά.

Μια εγωκεντρική κουλτούρα από την άλλη, δίνει έμφαση στους ελεύθερους δεσμούς μεταξύ των ατόμων, όπου αναμένεται από τα μέλη της κοινωνίας να προσέχουν τον εαυτό τους και την οικογένειά τους. Δίνει επίσης έμφαση στην αυτονομία, τη συναισθηματική ανεξαρτησία, την ατομική πρωτοβουλία, το δικαίωμα της εκούσιας απομόνωσης, την αναζήτηση της ευχαρίστησης, της οικονομικής ασφάλειας και την ανάγκη για συγκεκριμένες φιλικές σχέσεις.

➤ Άλλη μια διάσταση όπου οι κουλτούρες διαφέρουν συστηματικά είναι το αν υπερισχύει ο *αντρικός χαρακτήρας* ή ο *γυναικείος*, αν δηλαδή είναι εύκαμπτες και φέρονται ίσα και στα δυο φύλα. Αυτές οι εθνικές διαφορές μπορούν να μετρηθούν και επηρεάζουν όχι μόνο τις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και τις επιλογές του ατόμου και τους στόχους του. Οι κοινωνίες με υψηλό ανδρικό χαρακτήρα τείνουν να δίνουν έμφαση στην οικονομική ανταμοιβή, ενώ οι κοινωνίες με γυναικείο χαρακτήρα είναι προσανατολισμένες πνευματικά προς τις σχέσεις και εστιάζουν στο ελάχιστο στην κοινωνική διάκριση.

➤ *Η δύναμη της απόστασης*, όπου είναι ένα μέτρο της διαπροσωπικής δύναμης ή επιρροής μεταξύ μιας ανώτερης και μια δευτερεύουσας και αντανακλά το βαθμό της ανισότητας μεταξύ των ατόμων.

➤ *Η αβέβαιη αποφυγή*, βασίζεται στο γεγονός ότι ακραία αβεβαιότητα προκαλεί ανυπόφορο άγχος, με τις διαφορετικές κοινωνίες να προσαρμόζονται με διαφορετικούς τρόπους. Αυτός ο τρόπος προσαρμογής μπορεί να περιλαμβάνει νόμους, θρησκεία και τεχνολογία.

➤ *Η μακρόχρονη κουλτούρα* έναντι της *μικρόχρονης* δίνει μεγαλύτερη αξία στην προετοιμασία για μακρόχρονο μέλλον και στόχους.

Έπειτα από την παρουσίαση των βασικότερων σημείων της παραφιλίας, τον ορισμό της, την αιτιολογία της και το κατά πόσο επηρεάζεται από τις κουλτούρες της εκάστοτε κοινωνίας, θα προχωρήσουμε στην παρουσίαση των επιμέρους στοιχείων που τη συντελούν.

Οι παραφιλίες μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες :

- I. αυτές με προτίμηση παθολογικού ερωτικού στόχου,
- II. και αυτές με παθολογική ερωτική δραστηριότητα.

Ο διαχωρισμός αυτός, μη παραβλέποντας το γεγονός ότι οι καταστάσεις αυτές μπορεί να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο, βοηθά στη διερεύνηση των σχέσεων ανάμεσα στις παραφιλίες. Στην ομάδα της παθολογικής προτίμησης σε ερωτική δραστηριότητα ανήκουν η ηδονοβλεψία, η επιδειξιομανία, η εφραψιομανία, και μία κατηγορία βιασμού που χαρακτηρίζεται από μη-σαδιστικού τύπου βιασμούς (Freund et al, 1997).

Κατά τα εγχειρίδια DSM-IV και ICD-10 οι αναγνωρισμένες παραφιλίες από κοινού είναι επτά (επιδειξιομανία, ηδονοβλεψία, τρανσβεστικός φετιχισμός, παιδοφιλία, σεξουαλικός μαζοχισμός, σεξουαλικός σαδισμός και φετιχισμός), ωστόσο οι ερευνητές έχουν ανακαλύψει πάνω από 30 διαφορετικά είδη παραφιλίας (Money, 1984). Αυτές συναθροίζουν τις παραφιλίες *Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς*, και η αλήθεια είναι ότι στερούν μελέτης.

4.2 Φετιχισμός⁴

Τόσο το ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (1988), όσο και το DSM-IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (1994), περιλαμβάνουν τον φετιχισμό σαν ξεχωριστή υποκατηγορία. Το ICD-10 τον περιλαμβάνει στις "διαταραχές σεξουαλικής προτίμησης", ενώ το DSM-IV τον περιλαμβάνει στις "παραφυλίες". Και τα δύο ταξινομητικά συστήματα ορίζουν τον φετιχισμό σαν τη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από τη χρήση ή εμμονή σε αντικείμενα που χρησιμοποιούνται σαν ερεθίσματα με σκοπό τη σεξουαλική διέγερση και την ευχαρίστηση.

Πιο συγκεκριμένα η εξήγηση του φετιχισμού από το ICD-10 είναι η εξής: Το άτομο προσκολλάται σε κάποιο άψυχο αντικείμενο, το οποίο χρησιμοποιείται ως ερέθισμα για την σεξουαλική του διέγερση και ικανοποίηση. Πολλά φετίχ είναι προέκταση του ανθρώπινου σώματος, όπως είδη ενδύσεως ή υποδύσεως. Άλλα συνήθη παραδείγματα χαρακτηρίζονται από κάποιο ειδικό υλικό, όπως ελαστικό, πλαστικό ή δέρμα. Τα αντικείμενα φετίχ ποικίλλουν στη σημασία τους για το άτομο. Σε μερικές περιπτώσεις, χρησιμεύουν απλώς για να επαυξήσουν τη σεξουαλική διέγερση, η οποία επιτυγχάνεται με τους συνήθεις τρόπους (π.χ. να ενδύεται ο ερωτικός σύντροφος κάποιο συγκεκριμένο ένδυμα).

Κάτι αντίστοιχο αναφέρει και το DSM-IV, που ερμηνεύει τον φετιχισμό ως ένα μη παθολογικό σεξουαλικό πειραματισμό με μη ανθρώπινα αντικείμενα. Τα άτομα αυτά, αισθάνονται ότι έλκονται με καταναγκαστικό τρόπο από το αντικείμενο του πόθου τους και

⁴ Η λέξη "fetish" προέρχεται από την Πορτογαλική *fetico*. Οι γλωσσολόγοι πιστεύουν ότι η λέξη δημιουργήθηκε μετά την ανακάλυψη από τους Πορτογάλους εξερευνητές του 15ου αιώνα κάποιων ξύλινων ή πέτρινων ομοιωμάτων λατρείας ιθαγενών της Δ. Αφρικής. Το 1760 ο Γάλλος ανθρωπολόγος Charles de Brosses μελέτησε το ρόλο των ομοιωμάτων αυτών χρησιμοποιώντας τον όρο *fetico*. Έναν αιώνα αργότερα ο όρος *fetishism* χρησιμοποιήθηκε για το χαρακτηρισμό ειδικών σεξουαλικών συμπεριφορών από τους Binet (1887) και Krafft-Ebing (1886/1965). Όπως με τις άλλες σεξουαλικές διαταραχές ο όρος "φετιχισμός" αφορά ένα φάσμα σκέψεων και συμπεριφορών που κυμαίνονται από το φυσιολογικό έως το ανώμαλο.

βιώνουν την έλξη αυτή ως ακούσια και ανεξέλεγκτη. Σ αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι αυτό που διαχωρίζει τον φετιχισμό από τη συνηθισμένη έλξη είναι ο βαθμός του ερωτισμού, δηλαδή η αποκλειστική και πολύ ιδιαίτερη ιδιότητα που κατέχει το αντικείμενο ως πηγή σεξουαλικής διέγερσης. Τα άτομα με φετιχισμό, είναι σχεδόν αποκλειστικά άντρες και κάποιοι απο αυτούς εκδηλώνουν τον φετιχισμό τους κρυφά, όταν είναι μόνοι τους, με το να αυνανίζονται, ενώ ταυτόχρονα χαϊδεύουν, φιλούν, «πιπιλούν», βάζουν στον όρθο τους ή απλώς κοιτάζουν το αντικείμενο λατρείας τους. Η συνήθης ηλικία έναρξης του φετιχισμού, κι όπως όλων των παραφυλιών, είναι η εφηβεία. Μια διαφορετική διάγνωση είναι ο τρανβεστισμός (εξήγηση του οποίου θα αναφερθεί παρακάτω λεπτομερώς) αν και συχνά εμφανίζεται με άλλες παραφυλίες, όπως η παιδοφιλία, ο σαδισμός και ο μαζοχισμός (Mason, 1997).

4.2.1. Διαγνωστικά κριτήρια

Κατά το ICD-10

ο φετιχισμός πρέπει να διαγιγνώσκεται μόνο εάν το φετίχ είναι η πιο σημαντική πηγή σεξουαλικού ερεθισμού ή το πιο βασικό μέσο για ικανοποιητική σεξουαλική απάντηση. Οι φετιχιστικές φαντασιώσεις είναι συνήθεις, αλλά δεν φθάνουν να αποτελούν διαταραχή, εκτός εάν οδηγούν σε ιεροτελεστικές πράξεις, οι οποίες είναι τόσο επιτακτικές και μη αποδεκτές από το άτομο, ώστε να υπεισέρχονται στη διαδικασία της συνουσίας και να του προκαλούν δυσφορία. Ο φετιχισμός περιορίζεται, σχεδόν αποκλειστικά, στους άρρενες.

*Κατά το DSM-IV*⁵

- A. Για πάνω από 6 μήνες, επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές φαντασιώσεις, επιθυμίες, ή συμπεριφορές που περιλαμβάνουν τη χρήση αντικειμένων (πχ. γυναικεία εσώρουχα).
- B. Οι σεξουαλικές αυτές φαντασιώσεις, επιθυμίες και συμπεριφορές προκαλούν σημαντική κλινική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή, ή άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας.
- Γ. Τα φετιχιστικά αντικείμενα δεν περιορίζονται μόνο σε είδη γυναικείων ρούχων (όπως στον μετενδυματικό φετιχισμό) ή σε αντικείμενα σχεδιασμένα με σκοπό τη γεννητική ευχαρίστηση (πχ. δονητής).

4.2.2. *Επιδημιολογία*

Όπως με όλες τις σεξουαλικές διαταραχές δεν υπάρχουν σαφή επιδημιολογικά στοιχεία για τον φετιχισμό. Είναι ευρέως γνωστό όμως, ότι ο παθολογικός φετιχισμός είναι σπάνιος. Βρέθηκε ότι, μόνο 0,8% των ψυχιατρικών ασθενών που παρακολουθούνταν επί μία 20ετία ήταν φετιχιστές (Chalkley & Powell, 1983).

Οι Gosselin & Wilson (1980), αντίθετα, βρήκαν ότι φετιχιστικές φαντασιώσεις υπήρχαν στο 60% περίπου του δείγματος των παραφιλικών και στο 18% των φυσιολογικών.

Τα αντιτιθέμενα αυτά αποτελέσματα, εκτός των άλλων, υποδηλώνουν ότι ένα μικρό μόνο

⁵ Το DSM-IV ορίζει χωριστή κατηγορία για την μεροφιλία (partialism) στις "παραφιλίες μη-προσδιοριζόμενες αλλιώς", ενώ το ICD-10 αν και δεν την ορίζει, δίνει τη δυνατότητα να καταταχθεί στις "άλλες διαταραχές σεξουαλικής προτίμησης". Ερευνητές έχουν προτείνει τη θεώρηση της μεροφιλίας (αποκλειστικός ερεθισμός από συγκεκριμένα μέρη του σώματος όπως τα πόδια ή το στήθος) ή αποτεμνοφιλίας (η σεξουαλική διέγερση να προέρχεται από τη θέα ενός ακρωτηριασμένου ατόμου. Σπάνια μεν, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις στις οποίες το άτομο-φετιχιστής μπορεί και να ζητήσει να ακρωτηριαστεί, (Money, Jobaris & Furth, 1977)) σαν φετιχισμό, αφενός γιατί έχουν κοινό υπόβαθρο και αφετέρου γιατί ο διαχωρισμός τους μειώνει σημαντικά το πεδίο της έννοιας του φετιχισμού (Bancroft, 1989). Η "νεκροφιλία", η "ζωοφιλία", η "κοπροφιλία", και η "ουροφιλία", κατατάσσονται επίσης στις ίδιες κατηγορίες, αν και κάποιοι θεωρητικοί προτείνουν την κατάταξή τους στον φετιχισμό (Stoller, 1986).

ποσοστό των φετιχιστών ζητούν θεραπεία. Ο φετιχισμός είναι σημαντικά πιο συχνός στους άνδρες. Η επικράτηση αυτή θεωρήθηκε ότι οφείλεται στην οπτική φύση του φετιχισμού και στην υψηλότερη ευαισθησία των ανδρών στα οπτικά ερεθίσματα (Gosselin & Wilson, 1980). Ο Flor-Henry (1987) ενοχοποιεί τη διαφορετική λεκτική και γνωσιακή λειτουργικότητα στους άνδρες, σε σχέση με τις γυναίκες, γεγονός που οφείλεται στο διαφορετικό ρυθμό ανάπτυξης και τρόπο πλαγίωσης του εγκεφάλου κατά την εμβρυική ηλικία, λόγω της διαφορετικής έκθεσης στην τεστοστερόνη.

Οι Chalkley και Powell (1983), μελέτησαν 48 φετιχιστές και βρήκαν ότι χρησιμοποιούσαν ποικίλα αντικείμενα, όπως, ρούχα, μαλακά υλικά, παπούτσια, δερμάτινα ή λαστιχένια εξαρτήματα. Συγκεκριμένα βρήκαν ότι το 58% χρησιμοποιούσε σαν φετίχ ρούχα, το 23% λαστιχένια ή πλαστικά εξαρτήματα, το 15% υποδήματα, και το 15% μέρη του σώματος, με κύρια προτίμηση το πόδι. Επίσης, το 35% είχαν ένα φετίχ, και το 45% τρία ή περισσότερα φετίχ.

4.2.3. Συνοσηρότητα

Πέραν του φετιχισμού, οι 16 είχαν μία επιπλέον, και οι 13, δύο επιπλέον ψυχιατρικές διαγνώσεις. Οι Gosselin και Wilson (1980), μελέτησαν 125 φετιχιστές, συγκρίνοντάς τους με φυσιολογικούς, σαδομαζοχιστές, και μετενδυματικούς. Βρήκαν ότι οι φετιχιστές παρουσίαζαν σημαντική αλληλοεπικάλυψη του φαντασιωσικού υλικού με τους σαδομαζοχιστές, υψηλότερα σκορ στις παραμέτρους "εσωστρέφεια" και "συναισθηματικότητα" στο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας Eysenck, καθώς και χαμηλότερη συχνότητα αναφοράς της μητέρας τους σαν "καλή γυναίκα". Ο McConaghy (1993), παρατήρησε στους φετιχιστές ότι υπήρχε ισχυρό ενδιαφέρον για το φετιχιστικό αντικείμενο από παιδικής ηλικίας, και ότι το ενδιαφέρον μετατρέπεται σε σεξουαλική διέγερση κατά την εφηβεία. Σε δείγμα φετιχιστών που προέρχονταν από θεραπευτικό κέντρο

βρέθηκε συνυπάρχουσα διάγνωση παιδοφιλίας, μαζοχισμού και μετενδυματικού φετιχισμού σε ποσοστά 41%, 33% και 33% αντίστοιχα. Επίσης βρέθηκε ότι η συνύπαρξη φετιχισμού σε παιδόφιλους ήταν 22%, σε ηδονοβλεψίες 15%, σε άτομα με τηλεφωνική σκατολογία 25%, με δημόσιο αυνανισμό 18%, και ζωοφιλία 33% (Abel & Osborn, 1992). Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο ο φετιχιστής να κλέβει το φετίχ που προτιμά. Βρέθηκε ότι, το 25% των φετιχιστών προβαίνει σε αυτή την πράξη (Chackley & Powell, 1983). Υπάρχουν όμως και περιστατικά βιαιότερων εγκλημάτων. Παρατηρήθηκαν φόνοι με κεντρικό σημείο το φετιχιστικό αντικείμενο. Οι Snow & Bluestone (1969), μελετώντας τα περιστατικά αυτά υπέθεσαν ότι ο φετιχισμός είναι μία άμυνα απέναντι στην επιθυμία του φετιχιστή να σκοτώσει ή να βλάψει. Η άποψη όμως που επικρατεί είναι ότι ο φετιχισμός από μόνος του δεν συνδέεται με τη βία, αλλά απαιτείται η συνύπαρξη κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής για να εμφανιστεί .

4.2.4. Η επιλογή του φετίχ

Αν και υπάρχουν κάποιες περιγραφές με αλλόκοτα φετίχ, κάποιοι συγκεκριμένοι τύποι αντικειμένων φαίνεται να χρησιμοποιούνται σταθερά από την πλειονότητα των φετιχιστών. Οι ερευνητές προσπάθησαν να εξηγήσουν γιατί κάποια αντικείμενα χρησιμοποιούνται συχνότερα σαν φετίχ, ενώ συγχρόνως έγιναν προσπάθειες ομαδοποίησης των αντικειμένων αυτών. Παλαιότερες ομαδοποιήσεις πρότειναν το φετίχ: σαν μέρος του γυναικείου σώματος, σαν μέρος της γυναικείας ενδυμασίας, και σαν κάποιο ειδικό υλικό (Krafft- Ebing (1886/1965). Άλλοι, το ομαδοποιούν στο φετίχ σαν άψυχο αντικείμενο και στο φετίχ σαν μέρος τού σώματος, δίνοντας βάση επίσης στην υφή του υλικού ,όπως δερμάτινη, λαστιχένια, μαλακή, και στη λειτουργία του υλικού , όπως, παπούτσια, ζώνη, ζαρτιέρες (Gebhard, 1969). Ο Epstein (1969) μελέτησε τα κυριότερα χαρακτηριστικά των φετιχιστικών αντικειμένων, όπως, λαμπερότητα , υφή, σχήμα και μυρωδιά, εξετάζοντας τις ποιότητες αυτές με όρους ανάπτυξης του φύλου και αντιληπτικής προτίμησης. Υποστήριξε ότι υπάρχει ισχυρή

συσχέτιση των φετίχ με την μητέρα καθώς και με άλλα σημαντικά πρόσωπα του ατόμου, ενώ συγχρόνως υπάρχει συσχέτιση με μέρη του σώματος ή με όλο το σώμα και ταυτόχρονα έχουν την ιδιότητα να εφαρμόζονται στο σώμα. Καταλήγοντας, υποστήριξε ότι το φετίχ συμβολίζει την ταυτοποίηση, ή ακόμα και την ενσωμάτωση, με το επιθυμητό πρόσωπο και δημιουργείται σε κάποιο κριτικό στάδιο της ανάπτυξης.

Ο Bancroft (1989), εντόπισε τρεις βασικές κατηγορίες σεξουαλικών ερεθισμάτων στους φετιχιστές:

1. Ένα μέρος του σώματος
2. Μία άψυχη επέκταση του σώματος, όπως ένα εξάρτημα ενδυμασίας, και
3. Μία πηγή ειδικού ερεθίσματος αφής, όπως η υφή ενός ειδικού υλικού. Η ταξινόμηση αυτή μοιάζει αρκετά με αυτήν του Krafft-Ebing που περιγράφηκε ένα αιώνα πριν.

Στη διάρκεια του 19ου αιώνα ήταν δημοφιλής για τους φετιχιστές το βελούδο και το μετάξι, ενώ στις μέρες μας αυτά έχουν αντικατασταθεί σε μεγάλο βαθμό με το λάστιχο και το δέρμα. Εκτός από τη διαθεσιμότητα, πολιτισμικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την επιλογή ενός φετίχ.

Τέλος, έχει μελετηθεί ο ρόλος της οσμής του φετίχ, αν και τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα του οπτικού ερεθίσματος για την επιλογή του.

4.2.5. Αιτιολογία

Ψυχαναλυτική προσέγγιση

Στις ψυχαναλυτικές υποθέσεις η αναπαράσταση του φετίχ έχει έναν κεντρικό ρόλο. Ο Freud (1905/1962), δήλωσε ότι η επιλογή του φετίχ προσδιορίζεται από τραυματικές εμπειρίες της παιδικής περιόδου. Ανέπτυξε την έννοια του "άγχους ενουχισμού", υποθέτοντας ότι το φετιχιστικό αντικείμενο αναπαριστά το πέος που προστατεύει τον άνδρα

από το φόβο του ευνουχισμού. Ο Nagler (1957), συνοψίζοντας τις ψυχαναλυτικές απόψεις σχετικά με τον φετιχισμό, τόνισε ότι ο φετιχιστής είναι ένα άτομο που προσπαθεί να ξεπεράσει τη χαμηλή αυτοπεποίθηση και τα αισθήματα ανικανότητας μέσα από τη χρήση ενός άψυχου αντικειμένου, του φετίχ. Προχωρώντας πέρα από τις απόψεις αυτές, ο Zavitsianos (1971), περιγράφοντας μία ασθενή, υπέθεσε ότι το φετίχ λειτουργούσε σαν μεταβατικό αντικείμενο με σκοπό να διατηρηθεί η αίσθηση της ταυτότητας του εγώ ενώ ο Stoller (1979), είδε τη φετιχιστική πράξη σαν έναν θρίαμβο έναντι κάποιου πρώιμου τραύματος.

Συμπεριφοριστική Προσέγγιση

Οι θεωρίες αυτές προτείνουν ότι το σύστημα κλασσικής εξάρτησης μπορεί να επηρεαστεί από ποικίλα ερεθίσματα τα οποία μοιάζουν συνήθως με κάποια χαρακτηριστικά του δυνητικού συντρόφου. Στην περίπτωση του φετιχιστή η σεξουαλική απάντηση είναι εξαρτημένη με ένα ασυνήθιστο ερέθισμα, όπως, παπούτσι, τσάντα, ή πόδι. Η σεξουαλική αυτή έλξη καταλήγει να γίνει ισχυρότερη από την έλξη για τη σύντροφο. Κάποιοι ερευνητές έχουν κατορθώσει, μέσω της κλασσικής εξάρτησης, να αναπτύξουν την ικανότητα σε φυσιολογικούς άνδρες να έχουν στύση, σαν απάντηση σε ένα ασυνήθιστο αντικείμενο. Η απάντηση όμως αυτή έδειξε ότι ελαττώνεται σύντομα με το χρόνο, γεγονός που υποδεικνύει ότι το μοντέλο αυτό δεν είναι σε θέση να δικαιολογήσει την δια βίου πορεία του φετιχισμού.

Συγκεκριμένα, στο πείραμα του Rachman (1966), φωτογραφίες με γυναικείες μπότες που δεν προκαλούσαν αρχικά σεξουαλική διέγερση, αφού συνδυάστηκαν επανειλημμένα με φωτογραφίες γυμνών γυναικών (μη- εξαρτημένο ερέθισμα) προκάλεσαν τελικά σεξουαλική διέγερση όταν ξαναπαρουσιάστηκαν μόνες (εξαρτημένη απάντηση). Η απάντηση αυτή έτεινε να μειώνεται όταν συνεχιζόταν η επίδειξη μόνο φωτογραφιών με μπότες. Υπενθυμίζεται ότι

σημαντικοί ενισχυτικοί παράγοντες για τη διατήρηση τέτοιων φαινομένων είναι ο αυνανισμός και ο οργασμός.

Ο Money (1980, 1984), στήριξε το θεωρητικό της μοντέλο στις έννοιες των προτύπων, που ονόμασε "love maps". Μίλησε για "σχήματα εμφυτευμένα στο μυαλό μας" τα οποία δεν ολοκληρώνονται κατά την γέννηση αλλά απαιτούν διαρκή τροφοδότηση από το περιβάλλον. Οι Freund & Blanchard (1993), υποστήριξαν ότι, στους παραφιλικούς γενικά, αλλά και στους φετιχιστές ειδικότερα, υπάρχουν κάποια αναπτυξιακά λάθη στην εντόπιση του σεξουαλικού στόχου. Τα λάθη αυτά στους φετιχιστές οδηγούν σε προσανατολισμό προς μη-ουσιαστικά χαρακτηριστικά του επιθυμώμενου αντικειμένου, για παράδειγμα προς το εσώρουχο της γυναίκας αντί της ίδιας της γυναίκας.

Προσέγγιση μέσω Θεωρίας Κοινωνικής Μάθησης

Η ανάπτυξη του φετιχισμού μπορεί εν μέρει να κατανοηθεί μέσα από το πλαίσιο εμπειριών στο οποίο το άτομο απορρίπτεται από τους άλλους στη διάρκεια καταστάσεων σεξουαλικής έντασης. Ο La Torre (1980), προσπάθησε να δείξει την ανάπτυξη φετιχιστικής απάντησης σε ένα πείραμα στο οποίο 60 άνδρες εκτέθηκαν σε φωτογραφίες γυναικών που, όπως τους ειπώθηκε, θα μπορούσαν να είναι μελλοντικές σύντροφοι. Στους 30 άνδρες ανακοινώθηκε ότι είχαν απορριφθεί από τις γυναίκες αυτές, ενώ στους άλλους 30 ότι επιλέχθηκαν. Κατόπιν, ζητήθηκε από όλους να βαθμολογήσουν την έλξη που ένοιωθαν για την κάθε μία γυναίκα, καταρχήν για το σύνολό της, κατόπιν για τα μέρη της (π.χ. πόδι), και τέλος για τα συνωδά αντικείμενα της γυναίκας. Οι άνδρες στους οποίους δηλώθηκε ότι είχαν απορριφθεί βαθμολόγησαν ολόκληρη τη γυναίκα σαν λιγότερο ελκυστική, τα δε μέρη του σώματός της παρόμοια με τη βαθμολόγηση των ανδρών που τους δηλώθηκε ότι είχαν επιλεγεί. Η έρευνα αυτή δημιουργεί ενδιαφέροντα ερωτήματα σχετικά με το ρόλο της αυτοπεποίθησης, των προηγούμενων εμπειριών, και της αντίληψης της ανασφάλειας, στην

ανάπτυξη φετιχιστικής φαντασίωσης και συμπεριφοράς. Εξετάζοντας επίσης θέματα κοινωνικής μάθησης βρέθηκε ότι, άνδρες στην προεφηβική και εφηβική ηλικία είναι πιο ευάλωτοι στο να συνδυάζουν τη σεξουαλική λειτουργία με "σύμβολα"

Βιολογική Προσέγγιση

Πρώιμες αναφορές περιστατικών προσπάθησαν να συνδέσουν την εγκεφαλική δυσλειτουργία με την ανάπτυξη φετιχισμού. Για παράδειγμα, αναφέρθηκε περιστατικό με φετίχ τις παραμάνες, οι οποίες αρχικά ασκούσαν αγχολυτική δράση και αργότερα σεξουαλική διέγερση. Αριστερή κροταφική λοβεκτομή είχε σαν αποτέλεσμα την υποχώρηση της παρέκκλισης (Mitchell et al, 1954). Παρόμοια, περιστατικό με όγκο αριστερού κροταφικού λοβού εμφάνισε φετιχισμό. Κάποιο άλλο περιστατικό εμφάνισε υπερ-σεξουαλισμό και φετιχισμό με εστίαση στα πόδια μετά την ανάπτυξη σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ο ασθενής παρουσίαζε σύνδρομο μετωπιαίου φλοιού και διάχυτη εγκεφαλική βλάβη με κυριότερη εντόπιση στις κροταφικές περιοχές. Αναφέρθηκε επίσης ανάπτυξη φετιχισμού σε άτομο με κρανιο-εγκεφαλική βλάβη και έντονα παθολογικό εγκεφαλογράφημα. Πάντως, είναι αρκετά πρώιμο να δεχθούμε ότι εγκεφαλικές δυσλειτουργίες μπορεί να είναι αποκλειστική αιτία ανάπτυξης φετιχισμού. Για το λόγο αυτό, περισσότερες έρευνες θα πρέπει να εστιασθούν στην οργανική διερεύνηση των ατόμων αυτών (Mason, 1997).

Ο Wilson (1987), συνοψίζοντας τα μοντέλα για την ανάπτυξη του φετιχισμού εξέτασε το ρόλο του ενστίκτου στην συμπεριφορά ανθρώπων και ζώων. Υποστήριξε ότι η σεξουαλική ορμή ενέχεται στη διατήρηση των γονιδίων και ότι οι στρατηγικές συμπεριφοράς που εξυπηρετούν τα σεξουαλικά ένστικτα είναι αρκετά ισχυρές και διακατέχονται από άκαμπτα συναισθήματα που είναι βαθειά ριζωμένα σε κάποια "αρχαία" κομμάτια του εγκεφάλου. Ταυτοποίησε τους δύο κύριους ενστικτώδεις μηχανισμούς που ενέχονται, διευκρινίζοντας αρχικά το ρόλο των πρωταρχικών μηχανισμών σύμφωνα με τους οποίους ο

οργανισμός αντιδρά σε σεξουαλικά ερεθίσματα, ακόμα και όταν είναι απομονωμένος από το αντίθετο φύλο. Κατόπιν, διευκρίνισε το ρόλο της εγγραφής (imprinting), έναν τύπο ειδικής μάθησης στη διάρκεια μιας κριτικής περιόδου της ανάπτυξης, ο οποίος καθορίζει τον τύπο της σεξουαλικής διέγερσης στην μετέπειτα ζωή. Αυτό πιθανότατα σχετίζεται με το οπτικό ερέθισμα στο οποίο εκτίθεται το ζώο στη διάρκεια μιας κριτικής περιόδου κατά την παιδική ηλικία. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, στην περίπτωση του φετιχισμού ο μηχανισμός εγγραφής οδηγεί σε μία λανθασμένη εντόπιση του σεξουαλικού αντικειμένου. Οι Wilson (1987) και Epstein (1987), δίνοντας έμφαση στους κοινωνιο-βιολογικούς παράγοντες συμπεράναν ότι, φετιχιστική συμπεριφορά παρατηρείται και στα ανώτερα θηλαστικά, πιθανόν αναπαριστά μία υψηλής βαθμίδας συμπεριφοριστική απάντηση-διέγερση που έχει την έδρα του στην κροταφική περιοχή, ο δε μηχανισμός της έχει πιθανόν γενετικό υπόβαθρο. Επιπλέον, μη-σεξουαλικά ένστικτα, όπως ένα ισχυρό ενδιαφέρον για εξωτερικά αντικείμενα, παίζουν πιθανόν σημαντικό ρόλο στο μηχανισμό δημιουργίας της

4.3 Φετιχιστική Παρενδυσία⁶

Η κλινική σεξολογία και το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) χρησιμοποιούν τον όρο "transvestism" για να περιγράψουν άνδρες που ντύνονται με γυναικεία ρούχα, και συγχρόνως, τουλάχιστον λίγες φορές, νοιώθουν σεξουαλική διέγερση από το γεγονός αυτό. Η φετιχιστική παρενδυσία αναφέρεται στην επανειλημμένη και έντονη σεξουαλική διέγερση του ατόμου, όταν ντύνεται με ρούχα του αντίθετου φύλου. Η παρενδυσία παρουσιάζεται σε ποκίλους βαθμούς, από το να φορά κανείς γυναικεία εσώρουχα κάτω από συμβατική ένδυση μέχρι την πλήρη ένδυση με ρούχα του αντίθετου φύλου. Αν η ένδυση δεν σχετίζεται με την σεξουαλική διέγερση δεν υπάρχει συσχέτιση με τη συγκεκριμένη διαταραχή.

Η ηλικία έναρξης τοποθετείται στην μέση παιδική ηλικία ή την εφηβεία όπου εκεί τα άτομα αρχικά ενδύονται με ένα μέρος των ρούχων του αντίθετου φύλου. Τα περισσότερα άτομα που ντύνονται με τέτοιο τρόπο τείνουν να εμφανίζουν τη συμπεριφορά αυτή με τη μορφή επεισοδίων παρά συστηματικά. Πολλοί είναι παντρεμένοι και ζουνε μια συμβατική ζωή, χωρίς οι σύζυγοι των περισσότερων να γνωρίζουν την έμφυτη τάση τους προς τρανσβεστισμό. Με την πάροδο του χρόνου όμως το άτομο νιώθει όλο και εντονότερα την ανάγκη να ενδύεται τοιουτοτρόπως (Zucker & Blanchard, 1977).

Η παλιά έννοια όρου "transvestism" ήταν το να φοράει κάποιος ρούχα του αντίθετου φύλου (Hirschfeld, 1910). Πρόκειται για ένα φαινόμενο που συμβαίνει αποκλειστικά σε άνδρες, αν και έγιναν ελάχιστες απόπειρες περιγραφής σε γυναίκες (Gamman & Makinen, 1994). Στην πορεία της βιβλιογραφίας όμως, συναντά κανείς πολλές διαφορετικές έννοιες οι οποίες περιπλέκουν την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των ερευνών και δημιουργούν σύγχυση. Ο όρος "*transsexual*" εννοεί το άτομο εκείνο που βιώνει τον εαυτό του σαν μέλος

⁶ Υπάρχουν κι άλλες ονομασίες για αυτή τη διαταραχή, όπως παρενδυσιακός φετιχισμός ή τρανσβεστικός φετιχισμός

του αντίθετου φύλου, εύχεται να τον αντιλαμβάνονται και οι άλλοι κάπως έτσι, και αναζητά ορμονικές ή χειρουργικές μεθόδους με σκοπό την αναστροφή του φύλου (Housden, 1965). Ο όρος "*drag queen*" εννοεί το άτομο που ντύνεται γυναικεία στα πλαίσια της ομοφυλοφιλίας, αλλά δεν δημιουργείται σεξουαλική διέγερση εξαιτίας αυτής της δραστηριότητας (Pettitway, 1996). Ο όρος "*transvestism*" έχει χρησιμοποιηθεί επίσης για να περιγράψει αγόρια που ντύνονται γυναικεία, έχουν ισχυρή ταυτοποίηση με το αντίθετο φύλο, ισχυρή επιθυμία για αλλαγή φύλου, αλλά η γυναικεία ένδυση δεν συνοδεύεται από σεξουαλική διέγερση.

Ο όρος Μετενδυματικός Φετιχισμός (Μ.Φ.) έχει μακρά ιστορία στο DSM, αφού έχει περιληφθεί σε όλες τις εκδόσεις του (American Psychiatric Association, 1952, 1968, 1980, 1987, 1994). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις άλλες σεξολογικού τύπου διαγνώσεις καθώς και με τις διαταραχές ταυτότητας φύλου που εμφανίστηκαν μόλις στο DSM-III. Στο DSM-IV η Μ.Φ. τοποθετήθηκε στην ενότητα με τον τίτλο "Διαταραχές γένους και σεξουαλικής ταυτότητας".

4.3.1. Διαγνωστικά κριτήρια:

Κατά το DSM-III:

- A. Επαναλαμβανόμενη και επίμονη ένδυση άνδρα με ρούχα γυναίκας
- B. Χρησιμοποίηση της ένδυσης αυτής με σκοπό τη σεξουαλική διέγερση, τουλάχιστον στην έναρξη της διαταραχής.
- Γ. Έντονη ματαίωση όταν η ένδυση αυτή παρεμποδίζεται.
- Δ. Δεν πληρούνται τα κριτήρια για τρανσεξουαλισμό (transsexualism)

Κατά το DSM-III-R:

A. Επαναλαμβανόμενες τάσεις και σεξουαλικά διεγείρουσες φαντασιώσεις, σε άνδρες, που περιλαμβάνουν σκηνές ένδυσης με γυναικεία ρούχα, για μία περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών.

B. Το άτομο αισθάνεται δυσφορία από το γεγονός αυτό.

Γ. Δεν πληρούνται τα κριτήρια για Διαταραχή Ταυτότητας Φύλου ή Τρανσεξουαλισμό.

Κατά το DSM-IV:

A. Επαναλαμβανόμενες και έντονες σεξουαλικά διεγείρουσες φαντασιώσεις, τάσεις και συμπεριφορές, σε άνδρες, που περιλαμβάνουν ένδυση με γυναικεία ρούχα, για μία περίοδο τουλάχιστον έξι μηνών.

B. Οι φαντασιώσεις, σεξουαλικές τάσεις και συμπεριφορές προκαλούν σημαντική κλινική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή άλλη σημαντική πλευρά της λειτουργικότητας.

Προσδιόρισε εάν: Με Δυσφορία που αφορά το Γένος: Εάν το άτομο έχει επίμονη δυσφορία με το ρόλο ή τη ταυτότητα γένους.

Κατά το ICD-10

Η διαταραχή πρέπει να διακρίνεται από τον απλό φετιχισμό, κατά το ότι το άτομο δεν περιορίζεται μόνο στην ένδυση με τα φετιχιστικά ρούχα, αλλά με την ένδυση αυτή επιδιώκεται η δημιουργία της εντύπωσης ατόμου που ανήκει στο αντίθετο φύλο. Συνήθως, φοριούνται περισσότερα από ένα αντικείμενα και συχνά πλήρης εμφάνιση μαζί με περούκα και καλλυντικά προσώπου. Η φετιχιστική παρενδυσία διακρίνεται από τη διαφυλική παρενδυσία από τη σαφή σύνδεσή της με τη σεξουαλική διέγερση και την έντονη επιθυμία για αποβολή των ρούχων από τη στιγμή που επέρχεται ο οργασμός και η σεξουαλική διέγερση υποχωρεί. Ιστορικό φετιχιστικής παρενδυσίας συνήθως αναφέρεται στην πρόωμη

φάση της διαφυλικής διαταραχής και πιθανώς, σε αυτές τις περιπτώσεις, παριστά ένα στάδιο στην ανάπτυξη της διαφυλικής διαταραχής.

4.3.2. Προβληματισμοί που αφορούν τα διαγνωστικά κριτήρια

Μπορεί να διακρίνει κανείς ότι έχουν γίνει αρκετές αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια του Μ.Φ. Το κριτήριο Β στο DSM-III-R και στο DSM-IV δημιουργούν σημαντικούς εννοιολογικούς προβληματισμούς. Σύμφωνα με το DSM-III-R θα μπορούσε κανείς να δώσει τη διάγνωση του Μ.Φ. με την απουσία "δυσφορίας", επειδή το κριτήριο Β πληρούται απλώς εάν το άτομο πραγματοποιήσει ένδυση με γυναικεία ρούχα. Στο DSM-IV, το κριτήριο Β δεν πληρούται με την απουσία δυσφορίας ή διαταραχής στην "κοινωνική, εργασιακή, ή άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας". Σύμφωνα με αυτό, δεν μπορούν να διαγνωστούν με Μ.Φ. άτομα που φορούν γυναικεία ρούχα με σκοπό την επίτευξη σεξουαλικής διέγερσης, αλλά συγχρόνως δεν έχουν δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική ή εργασιακή ή άλλη λειτουργικότητα. Το γεγονός αυτό συγχέει σημαντικά τους κλινικούς, αν σκεφτεί κανείς ότι η ίδια παράγραφος ισχύει και για τις άλλες παραφυλίες.

Έτσι, όπως ειπώθηκε στο αντίστοιχο κεφάλαιο, δεν μπορεί να δοθεί η διάγνωση της παιδοφυλίας σε άτομα που επιδίδονται σε παιδοφιλική δραστηριότητα, αλλά συγχρόνως δεν αντιμετωπίζουν δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική ή εργασιακή ή άλλη λειτουργικότητα (Zucker & Blanchard, 1997).

Εδώ και αρκετές δεκαετίες οι κλινικοί παρατήρησαν ότι μία υποομάδα ανδρών με Μ.Φ. βίωναν επίσης δυσφορία για το φύλο τους. Τα άτομα αυτά κατατάσσονται με την διάγνωση *transsexualism* σύμφωνα με το DSM-III και DSM-III-R, και με την διάγνωση διαταραχή ταυτότητας γένους, σύμφωνα με το DSM-IV. Η συνύπαρξη *transsexualism* ήταν κριτήριο αποκλεισμού για τα DSM-III και DSM-III-R, ενώ μπορεί να υφίσταται στο DSM-IV.

4.3.3. Κίνηση να απομακρυνθεί η Φετιχιστική Παρενδυσία από το DSM-IV-R

Υπάρχει μια αναπτυσσόμενη προσπάθεια να απομακρυνθεί η Διαταραχή Διάγνωσης Φύλου ολοκληρωτικά από τα ψυχιατρικά εγχειρίδια. Κάποιες ομάδες υποστηρίζουν πως αυτού του είδους η διάγνωση στιγματίζει τους ανθρώπους με ψυχιατρικούς όρους. Επίσης παίρνουν τη θέση ότι η δυσφορία φύλου είναι απλά μια φυσιολογική διαφοροποίηση από την ανθρώπινη κατάσταση. Κάτι παρόμοιο συνέβη και με την ομοφυλοφιλία που αφαιρέθηκε από τα διαγνωστικά κριτήρια στα μέσα του '70. Βέβαια, η άρση της ομοφυλοφιλίας επετράπη ύστερα από μια μακρόχρονη αντιπαράθεση.

Τα πράγματα όμως δεν είναι τα ίδια για τον τρανσβεστισμό. Πρώτον, δεν απαντάται τόσο συχνά όσο η ομοφυλοφιλία επομένως υπάρχουν διαφορές στο να παραδεχτούν οι ειδικοί ότι πρόκειται για μια απλή παραλλαγή στις συνηθισμένες καταστάσεις. Δεύτερον, ένας ομοφυλόφυλος δεν είναι υποχρεωμένος να εξηγήσει τον τρόπο ζωής του, με εξαίρεση το άτομο που νιώθει μια διαμάχη για τον σεξουαλικό προσανατολισμό του. Το άτομο με Δ.Δ.Φ. απαιτεί αξιολόγηση από τους ειδικούς ώστε να προσαρτηθούν οι αναφορές για ορμονικές θεραπείες.

Ένας άλλος λόγος γιατί απομακρύνθηκε η ομοφυλοφιλία, είναι γιατί τα δείγματα ομοφυλοφίλων δεν έδειξαν περισσότερη ψυχοπαθολογία από τους ετεροφυλόφιλους. Τα άτομα με Δ.Δ.Φ. σχετίζονται με τις διαταραχές διάθεσης στον άξονα II της παθολογίας. Αυτός είναι ο επιπλέον λόγος που ακόμα παραμένει στα πλαίσια των ψυχιατρικών εγχειριδίων.

Ο τελευταίος λόγος, σε σειρά και όχι σε σημασία, είναι πιο πρακτικός καθώς αν μια κατάσταση ταξινομηθεί σαν διαταραχή τότε η ασφαλιστική δεν θα πληρώσει το άτομο για την επαγγελματική φροντίδα. Έχουν δοθεί πολλές μάχες τις οποίες τις έχουν κερδίσει οι τρανσέξουαλ των οποίων η φαρμακευτική, χειρουργική και ψυχιατρική φροντίδα έχει πληρωθεί από τις ασφαλιστικές. Παρ' όλα αυτά το θέμα αναδύεται πάλι από κάποιους που

πιστεύουν ότι η ταξινόμηση του τρανσεξουαλισμού στα ψυχιατρικά εγχειρίδια στιγματίζει
όντως τα άτομα.

4.4. Σεξουαλικός Μαζοχισμός⁷

Ο σεξουαλικός μαζοχισμός χαρακτηρίζεται από την έντονη και επανειλημμένη επιθυμία του ατόμου να αποκτήσει ή να αυξήσει τη σεξουαλική του ικανοποίηση υποβάλλοντας τον εαυτό του σε πόνο ή ταπείνωση. Ορισμένα άτομα με μαζοχισμό επιτυγχάνουν τον οργασμό μόνο όταν υποστούν τον πόνο.

Με την πάροδο των χρόνων οι αντίστοιχες σεξουαλικές συμπεριφορές έχουν γίνει πιο αποδεκτές: το 5 με 10% του πληθυσμού έχει δοκιμάσει κάποια μορφή μαζοχιστικής δραστηριότητας (εμπλέκεται στενά και ο σαδισμός μια σεξουαλικά αντίθετη αποκλίνουσα συμπεριφορά) όπως, το δέσιμο των ματιών του συντρόφου κ.α. (Baumeister & Butler, 1997). Στις μέρες μας υπάρχουν λέσχες που απευθύνονται σε άτομα με τέτοιες αναζητήσεις και προσφέρουν ευκαιρίες για σεξουαλική ευχαρίστηση. Τα περισσότερα άτομα που εμπλέκονται σε σαδομαζοχιστικές συμπεριφορές αισθάνονται σχετικά άνετα με τις σεξουαλικές τους πρακτικές (Spengler, 1977). Για να επέλθει σεξουαλική ικανοποίηση σε ένα άτομο με μαζοχισμό πρέπει ο συνεργάτης του να έχει τάσεις σαδισμού. Αν και πολλά άτομα μπορούν να υιοθετούν τόσο τον κυρίαρχο ρόλο όσο και τον υποτακτικό, υπάρχει μια κλίση προς τον μαζοχισμό. Για τον λόγο αυτό σεξουαλικές υπηρεσίες όπως είναι το δέσιμο και η επιβολή πειθαρχίας μπορεί να αποτελούν σημαντικό μέρος της δουλειάς των ιεροδούλων. Στις συμπεριφορές των μαζοχιστών, οι οποίες διασπείρονται σε ευρή φάσμα, εντάσσεται ο περιορισμός (δέσιμο του σώματος), το δέσιμο των ματιών, τα χτυπήματα στα οπίσθια, το μαστίγωμα, το ηλεκτροσόκ, τα κοψίματα, η ταπείνωση (π.χ. το να δεχτεί κανείς πάνω του τα ούρα ή τα κόπρανα κάποιου άλλου, το να εξαναγκαστεί να φορέσει κολάρο και να γαβγίζει

⁷ Οι ρίζες του ορισμού βρίσκεται στα έργα του Leopold von Sacher-Masoch ενός αυστριακού συγγραφέα της μεσαιάς τάξης. Έπειτα από τον πρώτο του έρωτα για μια μεγαλύτερη γυναίκα που τον προσέβαλλε και τον ταπείνωνε σε κάθε ευκαιρία, σχετίστηκε με μια ρωσίδα υπηρέτρια που τον χειριζόταν ως υπηρέτη. Τελικά παντρεύτηκε την A. von Rumelin, μια υπερβολικά άσχημη γυναίκα, η οποία ικανοποίησε στο έπακρον τον πόθο του για τιμωρία. Το 1886, βρέθηκε μπλεγμένος σε μια σκανδαλώδη υπόθεση διαζυγίου που αποκάλυψε τις παράξενες σεξουαλικές συνήθειες των δύο συζύγων, που περιλαμβάνονται σε πολλά δικά του βιβλία που ανακαλύφθηκαν από τον ψυχίατρο Krafft-Ebing. Μεταξύ των έργων του συγκαταλέγονται: η Δερμάτινη Αφροδίτη (1870), Ψεύτικο Κουνάβι (1873-1879), Βιενέζες Μεσσαλίνες (1874) και διάφορα ιστορικά ηθογραφικά διηγήματα.

σα σκυλί ή το να εκτεθεί σε κοινή θέα γυμνός), όπως η υιοθέτηση του ρόλου του σκλάβου και η υποταγή σε εντολές και διαταγές. Εκτός από αυτές τις ακραίες περιπτώσεις ο μαζοχισμός συνήθως δεν προκαλεί ζημιά στο άτομο. Αντίθετα, δείχνει να είναι επιθυμητός σε αρκετούς ανθρώπους που δείχνουν φυσιολογικοί και καλά προσαρμοσμένοι στους περισσότερους τομείς.

Ανάμεσα στις ποικίλες σεξουαλικές διαστροφές, ο μαζοχισμός συγκεντρώνει ειδικό ενδιαφέρον για πολλούς λόγους. Για παράδειγμα, πώς μπορεί να εξηγηθεί το παράδοξο γεγονός η πρόκληση πόνου να εκλύει ευχαρίστηση; Η πολιτισμική και ιστορική κατανομή του μαζοχισμού παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον. Μελέτες ανασκόπησης (Baumeister, 1988, 1989) συμπέραναν ότι η κατανομή του μαζοχισμού είναι διαφορετική σε σχέση με την κατανομή των άλλων σεξουαλικών δραστηριοτήτων. Ο μαζοχισμός όμως φαίνεται να αποτελεί φαινόμενο των σύγχρονων Δυτικών πολιτισμών. Υπάρχει τέλεια έλλειψη αναφορών πριν το 1500, οπότε και εμφανίζονται τα πρώτα στοιχεία, ενώ φαίνεται αρκετά διαδεδομένος στην Ευρώπη και στην Αμερική από τον 18ο αιώνα. Στις αντιλήψεις της κοινωνίας των ΗΠΑ η σεξουαλική μαζοχιστική εμπειρία βρίσκεται στα όρια της σεξουαλικής διαστροφής. Πρακτικές όπως ο στοματικός έρωτας ή ο αυνανισμός έχουν περιέλθει σε γενική αποδοχή, ενώ άλλες όπως ο φετιχισμός παραμένουν στο χώρο της διαστροφής. Ο μαζοχισμός φαίνεται να βρίσκεται ανάμεσα στα όρια της αποδοχής και της καταδίκης. Σαν θέμα εμφανίζεται συχνά σε βιβλία ή ταινίες και φαίνεται να αποτελεί ακραία έκφραση ερωτισμού ατόμων με αυξημένη σεξουαλικότητα (Baumeister & Butler, 1997).

4.4.1. Διαγνωστικά κριτήρια⁸:

Κατά το DSM-IV:

- A. Επανεπιλημμένες και έντονες σεξουαλικά διεγερτικές φαντασιώσεις, παρορμήσεις ή συμπεριφορές που αφορούν πράξεις (και όχι την αντίστοιχη φαντασίωση) στις οποίες το άτομο ταπεινώνεται ή δέρνεται, οι οποίες εμφανίζονται σε διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών
- B. Η διαταραχή προκαλεί έντονη δυσφορία ή εκπτώση στη λειτουργικότητα.

Κατά το ICD-10⁹

Πρόκειται για προτίμηση σεξουαλικής δραστηριότητας, η οποία περιλαμβάνει υποταγή. Συχνά το άτομο προσπορίζεται σεξουαλική διέγερση τόσο από σαδιστικές όσο και από μαζοχιστικές δραστηριότητες. Ένας ελαφρύς βαθμός σαδομαζοχιστικού ερεθισμού επιστρατεύεται συνήθως για να αυξήσει την κατά τα άλλα φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα. Η παρούσα διαγνωστική κατηγορία πρέπει να χρησιμοποιείται, μόνο εάν η σαδομαζοχιστική δραστηριότητα είναι η πιο σημαντική πηγή διέγερσης ή εάν είναι απαραίτητη για τη σεξουαλική ικανοποίηση.

4.4.2. Ψυχικός και ηθικός μαζοχισμός

Πρόσφατα, οι κλινικοί άρχισαν να διαχωρίζουν τον ψυχικό (psychic) ή ηθικό (moral) μαζοχισμό από τον σεξουαλικό μαζοχισμό. Ο ηθικός μαζοχισμός χαρακτηρίζεται από τη χρήση αυτο-καταστροφικής συμπεριφοράς με σκοπό την επίλυση εσωτερικών προβλημάτων,

⁸ Στον μαζοχισμό εντάσσεται και η σεξουαλική διαταραχή του «παιδισμού», κατά την οποία το άτομο επιθυμεί να του φέρονται σαν αβοήθητο βρέφος και να του φορούν πάνες. Άλλη μια διαταραχή που επίσης αποτελεί σκέλος του μαζοχισμού είναι η «υποξυφιλία», ιδιαίτερα επικίνδυνη μορφή μαζοχισμού κατά την οποία το άτομο διεγείρεται σεξουαλικά μέσω της αποστέρησης οξυγόνου, είτε με βρόχο στο λαιμό, με πλαστική σακούλα στο πρόσωπο, με αποσυμπίεση του θώρακα ή με χημικά που προκαλούν προσωρινή μείωση της οξυγόνωσης του εγκεφάλου μέσω της περιφερικής αγγειοδιαστολής (American Psychiatric Association, 1994).

⁹ Για τον μαζοχισμό και τον σαδισμό το ICD-10 τα εξηγεί στον ίδιο ορισμό, ωστόσο εδώ θα ειπωθεί μόνο ότι αναφέρεται στο μαζοχισμό, και στο σαδισμό θα γίνει το αντίστοιχο.

όπως η τιμωρία του εαυτού για την κακή του συμπεριφορά (Maleson, 1984), ή η αποφυγή επιθετικότητας απέναντι στους άλλους και η κατεύθυνσή της στον εαυτό (MacGregor, 1991). Μερικοί έχουν προτείνει ότι ο ηθικός μαζοχισμός συνδέεται με την κατάθλιψη (Cartwright & Wood, 1993). Φαίνεται να υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές ανάμεσα στον ηθικό και στον σεξουαλικό μαζοχισμό. Ο στόχος του ηθικού μαζοχισμού φαίνεται να είναι η τιμωρία του ανήθικου, ενώ ο στόχος του σεξουαλικού μαζοχισμού είναι η σεξουαλική διέγερση και ευχαρίστηση. Ο σεξουαλικός μαζοχισμός απαιτεί την ύπαρξη σχέσης (πραγματικής ή φαντασιωσικής), ενώ ο ηθικός μαζοχισμός χαρακτηρίζεται από μοναχικότητα (Kernberg, 1991). Έχει προταθεί ότι οι διαταραχές σίτισης είναι πιθανόν μορφές ηθικού μαζοχισμού (Zerbe, 1992). Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι γυναίκες που παραμένουν σε σχέσεις όπου κυριαρχεί η κακοποίηση ανήκουν στην κατηγορία αυτή (Young & Gerson, 1991). Οι ενδείξεις που υπάρχουν μέχρι στιγμής δείχνουν ότι υπάρχει λίγη έως καθόλου αλληλοεπικάλυψη μεταξύ σεξουαλικού μαζοχισμού και μη-σεξουαλικού τύπου αυτο-ηττώμενες συμπεριφορές, όπως ηθικός μαζοχισμός, και οι ομοιότητές τους φαίνεται να είναι μάλλον επιφανειακές (Baumeister, 1991).

Είναι ο μαζοχισμός ψυχική διαταραχή; Μελέτες σε δείγματα μαζοχιστών έδειξαν ότι πρόκειται για άτομα σε γενικές γραμμές υγιή, επιτυχημένα, και με καλές δυνατότητες προσαρμογής. Τείνουν να είναι αξιόπιστα και να έχουν υψηλές προσδοκίες για τον εαυτό τους αλλά και για τους άλλους (Kernberg, 1988). Επιπλέον, η πρακτική του μαζοχισμού φαίνεται να γίνεται σχεδόν πάντα σε πλαίσια ασφάλειας (Scott, 1983). Μερικά άτομα μπορεί όμως να επιδοθούν σε επικίνδυνες συμπεριφορές στη διάρκεια μαζοχιστικών πρακτικών. Οι συμπεριφορές αυτές πιθανόν να υποκρύπτουν κάποια βαθειά παθολογία ή απλώς κακή κρίση. Σε κάποιες ακραίες μορφές αυτό-ερωτικού ερεθισμού τα άτομα αυτά μπορεί να αναζητήσουν απειλητικό για τη ζωή πόνο.

Είναι φυσικό επομένως να προκύπτουν αρκετά ερωτηματικά, όπως, εάν ο μαζοχισμός δεν είναι νόσος, τότε χρειάζεται να τον θεραπεύσουμε; Η άποψη που υπερισχύει είναι ότι δεν θα πρέπει να οδηγούνται σε θεραπεία άτομα που απλώς έχουν μαζοχιστικές επιθυμίες, φαντασιώσεις ή πρακτικές, και δεν θα πρέπει να θεωρείται επιτυχημένη θεραπευτική έκβαση η απόσβεση, μέσω θεραπευτικών τεχνικών, της ευχαρίστησης από τυχόν μαζοχιστικές πρακτικές. Εκείνο που θα ήταν χρήσιμο θεραπευτικά είναι η βαθύτερη διερεύνηση των μαζοχιστικών απαιτήσεων (Baumeister & Butler, 1997).

4.4.3. Ψυχοπαθολογία

Αντίθετα με τις απόψεις των Baumeister & Butler (1997), υπάρχουν ενδείξεις ύπαρξης ψυχοπαθολογικών παραμέτρων στην ομάδα των μαζοχιστών. Παρόμοια, οι Thornton et al (1996a), βρήκαν ότι κάποιου βαθμού σεξουαλικό μαζοχιστικό ενδιαφέρον ήταν συχνό ανάμεσα σε σεξουαλικούς παραπρωματίες. Το ενδιαφέρον αυτών για το μαζοχισμό σχετιζόταν σημαντικά με γνώσεις όπως, αποδοχή των μύθων περί βιασμού και αποδοχή στο γεγονός οι ενήλικες μπορούν να έχουν σεξουαλικές σχέσεις με παιδιά. Επίσης, τα μαζοχιστικά τους ενδιαφέροντα σχετιζόταν στενά με τα σαδιστικά ενδιαφέροντα, με σεξουαλικές πρακτικές με πολλούς και άγνωστους συντρόφους, καθώς και με συντρόφους εξαιρετικά ακραίων ηλικιών. Σε έρευνα φοιτητών επίσης, βρέθηκε ότι τα άτομα που είχαν μαζοχιστικά ενδιαφέροντα δεν ήταν σε θέση να διακρίνουν εύκολα το είδος της σεξουαλικής εκείνης προσέγγισης που θα μπορούσε να ενοχλήσει μία γυναίκα (Thornton et al, 1996b). Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών υποδεικνύουν κάποια σύνδεση μεταξύ μαζοχισμού και σεξουαλικής παραπρωματικότητας. Επιπλέον, η συνοδή σύνδεση με γνωσιακές διαστροφές υποδεικνύει εμφανή δυσχέρεια στη δημιουργία συναισθηματικών ερωτικών σχέσεων.

4.4.4. *Επιδημιολογία*

Υπάρχουν αρκετά προβλήματα στον υπολογισμό του επιπολασμού του μαζοχισμού. Εκτός του ότι υπάρχει δυσκολία των ατόμων στο να αναφερθούν σ' αυτόν, παρατηρείται επιπλέον μεγάλη διάσταση μεταξύ φαντασίωσης και πρακτικής, ίσως επειδή σε αρκετούς υπάρχει δυσκολία στην ανεύρεση συντρόφου για το μοίρασμα των εμπειριών. Μετά από ανασκόπηση αρκετών ερευνών πάνω στο μαζοχισμό, ο Baumeister (1989) υπολόγισε ότι 5-10% του πληθυσμού έχει εμπλακεί σε κάποια μορφή μαζοχιστικού σεξουαλικού παιχνιδιού, και τουλάχιστον διπλάσιοι έχουν παρόμοιες φαντασιώσεις. Υπολογίζεται όμως ότι το ποσοστό των ατόμων που χρησιμοποιεί τον μαζοχισμό σαν αποκλειστική πηγή σεξουαλικής ευχαρίστησης δεν ξεπερνά το 1%. Έχει αναφερθεί ότι οι άνδρες αναπτύσσουν συχνότερα μαζοχιστική δραστηριότητα σε σχέση με τις γυναίκες (Scott, 1983), αλλά αυτό πιθανόν να μην ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα και να αντανακλά μάλλον την μεγαλύτερη τάση των ανδρών να αναζητούν σεξουαλική δραστηριότητα (Baumeister & Butler, 1997). Αρκετό ενδιαφέρον παρουσιάζει η κοινωνικοοικονομική κατανομή του μαζοχισμού, αφού φαίνεται ότι είναι επικρατέστερος στα ανώτερα στρώματα (Scott, 1983). Πόρνες που εργάζονται με άτομα ή περιοχές που ανήκουν σε ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα δέχονται περισσότερες κλήσεις για κυριαρχικού τύπου σεξ, σε σχέση με πόρνες που εργάζονται σε κατώτερες κοινωνικοοικονομικά περιοχές. Υπάρχουν ενδείξεις ότι ο μαζοχισμός είναι πιο δημοφιλής ανάμεσα στους λευκούς παρά στους μαύρους, αλλά πιθανόν αυτό να αναπαριστά απλώς την κοινωνικοοικονομική κατανομή (Moser & Levitt, 1987). Αρκετό θεωρητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ο μαζοχισμός είναι πολύ πιο συχνός από τον, κατά τα φαινόμενα συμπληρωματικό του, σαδισμό. Ο Friday (1980), μελετώντας όλων των ειδών σεξουαλικές φαντασιώσεις βρήκε ότι οι υποτακτικές, σε σχέση με τις κυριαρχικές φαντασιώσεις, βρίσκονται σε αναλογία 4:1.

Μελέτη που αφορά αναφορές από πόρνες, σε σχέση με απαιτήσεις των πελατών, ανεβάζει την αναλογία αυτή πολύ υψηλότερα. Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι οι περισσότεροι από αυτούς που ευχαριστούνται να έχουν κυριαρχικό ή σαδιστικό ρόλο, άρχισαν κάποτε σαν μαζοχιστές και άλλαξαν με την πάροδο του χρόνου (Baumeister, 1989).

4.4.5. Αιτιολογία

Η παράδοξη φύση του μαζοχισμού έχει από καιρό αποτελέσει πρόκληση για ανάπτυξη ψυχολογικών θεωριών. Η αναζήτηση εμπειριών πόνου, παράλληλα με την απώλεια ελέγχου, δείχνει να έρχεται σε αντίθεση με την ανθρώπινη φύση. Για δεκαετίες, οι πλέον περιεκτικές θεωρίες περί μαζοχισμού προήλθαν από τον χώρο της ψυχανάλυσης. Ο Freud (1924/1961), πρότεινε ότι ο μαζοχισμός προέρχεται από το σαδισμό.

Συγκεκριμένα, το άτομο επιθυμεί να κυριαρχεί και να πληγώνει τους άλλους. Η επιθυμία αυτή δίνει γένεση σε ενοχές οι οποίες τελικά μετατρέπονται σε επιθυμία να κυριαρχείται από τους άλλους. Η άποψη αυτή δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται από πρόσφατες ενδείξεις. Η τάση για μαζοχισμό φαίνεται να είναι πιο συχνή από το σαδισμό, και συγχρόνως, φαίνεται ότι στις περιπτώσεις που συνυπάρχουν και οι δύο καταστάσεις, ο μαζοχισμός προϋπήρχε του σαδισμού (Baumeister, 1988). Πρόβλημα επίσης με την ψυχαναλυτική θεωρία φαίνεται να δημιουργεί η ερμηνεία που αφορά την ενοχή. Φαίνεται σε αρκετά περιστατικά ότι η μαζοχιστική πρακτική μοιάζει με τιμωρία η οποία πηγάζει από μία εσωτερική αίσθηση ενοχής.

Πρόσφατες έρευνες όμως στο πεδίο της ενοχής έδειξαν ότι η ενοχή δεν ωθεί απαραίτητα τους ανθρώπους να ζητούν τιμωρία. Επιπλέον, το ποσοστό των μαζοχιστών με τέτοιου τύπου δομή δεν φαίνεται να είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό του γενικού πληθυσμού, οι δε ενοχές τους δεν σχετίζονται συνήθως με τη σεξουαλική τους

δραστηριότητα (Baumeister et al, 1994). Οι Stolorow & Lachmann (1980), πρότειναν μία διαφορετική ψυχοδυναμική άποψη. Θεωρούν ότι οι μαζοχιστές είναι ναρκισσιστικές προσωπικότητες, οι οποίες, έχοντας βιώσει κάποιο τραύμα, αναζητούν τις μαζοχιστικές εμπειρίες με σκοπό να δομήσουν τον εαυτό τους. Ο πόνος, αλλά και η προσοχή που λαμβάνουν από το κυριαρχικό άτομο, ερμηνεύεται για τους μαζοχιστές σαν απόδειξη της ύπαρξής τους. Ο Kernberg (1988), τονίζει ότι οι μαζοχιστές δείχνουν σαν να κερδίζουν δύναμη μέσω του πόνου και της ταπείνωσης, γεγονός που τους κάνει να δείχνουν πιο δυνατοί από τους άλλους. Η θεωρία αυτή μοιάζει αντίθετη με τις απόψεις περί σαδισμού, αφού στον σαδιστή φαίνεται να επιχειρείται η δόμηση ενός ισχυρού εαυτού μέσω της χορήγησης πόνου στους άλλους.

Μία αντίθετη θεώρηση αντιμετωπίζει τη μαζοχιστική πρακτική σαν προσπάθεια απόθησης της αίσθησης του εαυτού. Η θεωρία αυτή της "δραπέτευσης" από τον εαυτό έχει κερδίσει έδαφος την τελευταία δεκαετία. Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή (Baumeister, 1991), η επίγνωση της πραγματικότητας, κάτω από κάποιες περιστάσεις, θεωρείται δυσάρεστη και το άτομο ωθείται στο να δραπετεύσει από αυτήν. Η απώλεια του ελέγχου ελευθερώνει το άτομο από ένα πυρηνικό χαρακτηριστικό του εαυτού, τη δυνατότητα να παίρνει αποφάσεις. Η σπουδαιότερη κριτική της θεωρίας αυτής είναι η δυσκολία να εξηγηθεί η εσωτερική τάση των μαζοχιστών να αναλαμβάνουν υποτακτικό ρόλο. Κάποιοι θεωρητικοί μάλιστα πρότειναν ότι ο μαζοχισμός είναι μία θεραπευτική διαδικασία που προάγει την ενδοσκόπηση και την αυτο-επίγνωση και βοηθά το άτομο να βελτιωθεί, ενώ κάποιοι άλλοι, ότι βοηθά το άτομο να αναδείξει κάποιες αληθινές πτυχές του εαυτού του (Stolorow et al, 1988) ή να αναπτύξει τη βούληση και τον αυτοέλεγχο (Money, 1987). Οι ίδιοι οι μαζοχιστές δηλώνουν πολλές φορές ότι η μαζοχιστική τους πρακτική τους βοηθά να αντιμετωπίσουν ποικίλα προβλήματα, όπως το άγχος, αναπτύσσοντας έτσι μία θετική άποψη για αυτήν. Παρόλα αυτά, η άποψη ότι ο μαζοχισμός είναι μία θεραπευτική διαδικασία δημιουργεί αρκετό προβληματισμό. Αν και

πρόκειται για άτομα με σχετικά καλή υγεία και προσαρμογή, δεν είναι σίγουρο αν τα σεξουαλικά τους παιγνίδια είναι μέρος της καλής προσαρμογής ή αντίθετα κάποιων εντοπισμένων ψυχολογικών προβλημάτων. Οι αναφορές τους ότι αντλούν ευχαρίστηση από τις πρακτικές αυτές μπορεί να αναπαριστούν απλώς μία εκλογίκευση της παρεκκλίνουσας σεξουαλικότητας ή μία αγχολυτική επίδραση της δραπέτευσης από τον εαυτό. Εξάλλου, δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι οι μαζοχιστικές εμπειρίες μπορεί να έχουν θεραπευτικά οφέλη (Baumeister, Butler, 1997). Τόσο η θεωρία της δραπέτευσης όσο και η θεωρία της θεραπευτικής διαδικασίας περιέχουν την έννοια ότι ο μαζοχισμός παρέχει ψυχολογικά οφέλη. Οι διαφορές βρίσκονται στη φύση και τη διάρκεια αυτών. Εάν ο μαζοχισμός είναι θεραπευτικός τότε τα οφέλη θα πρέπει να είναι μακροχρόνια και σταθερά. Αντίθετα, εάν η απόδραση από την πραγματικότητα είναι θεραπευτική τότε τα οφέλη θα πρέπει να είναι περιστασιακά. Τέλος, η

θεωρία της μάθησης συνεισφέρει σημαντικά στην κατανόηση του μαζοχισμού. Αυτή υποστηρίζει ότι ο μαζοχισμός κατανοείται με το μηχανισμό της εξάρτησης, τονίζοντας ότι, πρώιμες εμπειρίες δημιουργούν ισχυρή σύνδεση της σεξουαλικής ευχαρίστησης και του πόνου. Για παράδειγμα, ένα παιδί μπορεί να τιμωρήθηκε με ξυλιές στο πισινό, να αισθάνθηκε τη γυμνότητα και την επαφή αυτή διεγερτική, και να σχημάτισε έτσι μία σύνδεση η οποία θα αναπτύξει μαζοχιστική επιθυμία στη μετέπειτα ζωή (Cooper, 1993). Σε αντίθεση με την άποψη αυτή έρχονται τα ευρήματα που δείχνουν ότι πολλοί μαζοχιστές δεν έχουν ανάλογες πρώιμες εμπειρίες, καθώς επίσης και ότι άτομα με ανάλογες εμπειρίες δεν αναπτύσσουν τελικά μαζοχισμό (Scott, 1983).

4.5. Σεξουαλικός Σαδισμός

Ο όρος "σαδισμός" χρησιμοποιήθηκε αρχικά στη Γαλλική ιατρική βιβλιογραφία των αρχών του 19ου αιώνα σε συνδιασμό με τα γραπτά του Μαρκήσιου ντε Σαντ¹⁰, τα οποία περιείχαν σκηνές βίας με σκοπό τον ερωτισμό. Τα γραπτά του Krafft-Ebing (1886/1965) επίσης αποτελούν κλασική πηγή ανεύρεσης υλικού για τον σεξουαλικό σαδισμό. Περιγράφει ότι η αίσθηση σεξουαλικής ευχαρίστησης παράγεται με πράξεις κακοποίησης ή τιμωρίας του ερωτικού αντικειμένου από ζώα ή ανθρώπους και συνίσταται από μία αρχική επιθυμία να πονέσει, να πληγώσει ή ακόμα και να καταστρέψει το σεξουαλικό αντικείμενο, ώστε να επιτευχθεί η σεξουαλική ευχαρίστηση. Άλλοι συγγραφείς δίνουν έμφαση στην έννοια του πόνου σαν κύριο στοιχείο του σαδισμού. Ο Schrenck-Notzing (1895/1956), πρότεινε τον όρο "αλγολαγνία" "algolagnia", και διαχώρισε στον ενεργό (σαδισμό) και στον παθητικό (μαζοχισμό) τύπο, υποστηρίζοντας ότι πρόκειται για δύο πόλους της ίδιας διαταραχής. Ο Eulenberg (1911), επέκτεινε τον ορισμό περιλαμβάνοντας τόσο τον σωματικό όσο και τον ψυχικό πόνο. Ο Karpman (1954), έδωσε έμφαση στην επιθυμία για δύναμη, η οποία προκαλεί το φόβο, το θυμό και την κακοποίηση του θύματος. Έτσι, ο πόνος είναι σημαντικός περισσότερο επειδή συμβολίζει τη δύναμη και τον έλεγχο.

¹⁰ Ο Donatien-Alphonse-François, μαρκήσιος de Sade, έζησε μια αμφίβολη και ελεύθερη ζωή. Το 1763 παντρεύτηκε στην Rene Pelagie. Κατηγορήθηκε για δηλητηρίαση και σοδομισμό και καταδικάστηκε σε θάνατο στη Μασσαλία το 1772 αλλά διέφυγε στη Γαλλία με την κουνιάδα του. Από το 1778 ως και το 1884 φυλακίστηκε στο Βανσέν και τη Βαστίλη. Έργο αυτής της περιόδου είναι το έργο *120 μέρες στα Σόδομα* καθώς και το *Οι βασανισμένοι από την αρετή* (1787). Μετά την αποφυλάκιση έγραψε το *η Justine ή τα βάσανα από την αρετή* (1791). Ξαναφυλακίστηκε μέχρι το 1794. Στο *η νέα Justine* (1797) και τη συνέχεια της, *Η ιστορία της Ιουλιέττας* ενίσχυσε την εικόνα του σατανιστή. Το έργο του *Zoloe και οι ακόλουθοί του* (1800) τον οδήγησε στο σανατόριο του Σαρεντόν όπου και πέθανε. Υπήρξε μια διαταραγμένη προσωπικότητα βαρύτατα ψυχοπαθητική: κατηγορήθηκε για πράξεις βιαιότητας, χορήγηση δηλητηριωδών αφροδισιακών ναρκωτικών, ότι έκοψε τις φλέβες μιας ιερόδουλης, για πολλαπλά χτυπήματα που έφερε στον εαυτό του κ.α.

4.5.1. Διαγνωστικά κριτήρια

Κατά το ICD-10

Πρόκειται για προτίμηση σεξουαλικής δραστηριότητας, η οποία περιλαμβάνει την πρόκληση πόνου ή ταπείνωσης. Συχνά το άτομο προσπορίζεται σεξουαλική διέγερση τόσο από σαδιστικές όσο και από μαζοχιστικές δραστηριότητες. Ένας ελαφρύς βαθμός σαδομαζοχιστικού ερεθισμού επιστρατεύεται συνήθως για να αυξήσει την κατά τα άλλα φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα. Η παρούσα διαγνωστική κατηγορία πρέπει να χρησιμοποιείται, μόνο εάν η σαδομαζοχιστική δραστηριότητα είναι η πιο σημαντική πηγή διέγερσης ή εάν είναι απαραίτητη για τη σεξουαλική ικανοποίηση. Ο σεξουαλικός σαδισμός μερικές φορές είναι δύσκολο να διακριθεί από την αγριότητα σε συνθήκες γενετήσιας διέγερσης ή από το θυμό που δεν σχετίζεται με τον ερωτισμό. Όπου η βία είναι απαραίτητη για την ερωτική διέγερση, η διάγνωση μπορεί να τεθεί με σαφήνεια.

Κατά το DSM-IV

A. Για περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών, το άτομο έχει επίμονες σεξουαλικές φαντασιώσεις, τάσεις ή συμπεριφορές που περιλαμβάνουν πράξεις (πραγματικές ή προσομοιωτικές), στις οποίες ο ψυχικός ή σωματικός πόνος του θύματος το διεγείρει σεξουαλικά.

B. Οι σεξουαλικές φαντασιώσεις, τάσεις ή συμπεριφορές προκαλούν σημαντική κλινική δυσφορία ή διαταραχή στη κοινωνική, εργασιακή ή άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας.

Χρησιμοποιώντας τα κριτήρια του DSM-III-R οι Hucker et al (1988), βρήκαν υψηλή διαγνωστική συμφωνία σε δείγμα σαδιστών, αλλά δεν συνέβη το ίδιο στο δείγμα των Knight et al (1994), όπου παρουσιάστηκε δυσκολία διαφοροποίησης μεταξύ σεξουαλικού σαδισμού και άλλων τύπων σεξουαλικής επιθετικότητας.

4.5.2. *Επιδημιολογία*

Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για τη επικράτηση του σεξουαλικού σαδισμού. Οι Kinsey et al (1953), βρήκαν ότι το 3-12% των γυναικών και το 10-20% των ανδρών δείχνουν να διεγείρονται σε σαδομαζοχιστικού τύπου διηγήσεις. Οι Crepault & Couture (1980), μελετώντας άνδρες γενικού πληθυσμού βρήκαν ότι το 15% είχαν φαντασιώσεις κακοποίησης γυναίκας και το 10,7% φαντασιώσεις να χτυπούν γυναίκα. Οι Arndt et al (1985), βρήκαν ότι το ένα τρίτο των γυναικών και το ήμισυ των ανδρών είχαν σεξουαλικές φαντασιώσεις να δένουν τον/την σύντροφό τους, χωρίς να είναι ξεκάθαρο αν αυτές οι συμπεριφορές αφορούν προτίμηση ή απλώς είναι μέρος ενός σεξουαλικού ρεπερτορίου δραστηριοτήτων που συμβαίνουν ενίοτε. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το 5% των ανδρών και το 2% των γυναικών ανέφεραν ότι έπαιρναν σεξουαλική ικανοποίηση προκαλώντας πόνο (Hunt, 1974). Το 10-20% του πορνογραφικού υλικού των περιοδικών αποτελείται από σαδιστικά θέματα (Dietz & Evans, 1982), ενώ αποτελεί παράδοξο το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος του υλικού αυτού αποτελείται από σκηνές με γυναίκες σε κυριαρχικό ρόλο (Weinberg, 1987).

Πολλοί κλινικοί θεωρούν το σαδισμό και το μαζοχισμό συμπληρωματικές διαταραχές. Η παρατήρηση ότι τα άτομα με μαζοχιστικές φαντασιώσεις έχουν συγχρόνως και σαδιστικές φαντασιώσεις, ενισχύει την άποψη αυτή (Arndt et al, 1985). Σε δείγμα σαδομαζοχιστών, στη Δυτική Γερμανία, βρέθηκε ότι στο 29% υπήρχε εναλλαγή μεταξύ κυρίαρχου και υποτακτικού ρόλου (Spengler, 1977). Επίσης, παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ ασφυξιοφιλίας και σαδιστικού φόνου (Hucker & Blanchard, 1992). Σημαντικά επίσης είναι τα ευρήματα συνύπαρξης σεξουαλικού σαδισμού και άλλων παραφυλιών. Οι Abel et al (1988), βρήκαν ότι το 18% των σαδιστών ήταν επίσης μαζοχιστές, το 46% είχε διαπράξει βιασμό, το 21% επιδειξιμανία, το 25% ηδονοβλεψία, και το 30% παιδοφιλική δραστηριότητα. Άλλοι ερευνητές βρήκαν σημαντική συνύπαρξη μεταξύ σαδισμού, μαζοχισμού, φετιχισμού, και μετενδυματικού

φетиχισμού, εντοπίζοντας μάλιστα ότι οι βαρύτερες περιπτώσεις σαδιστών σχετίζονται περισσότερο με το φетиχισμό και το μετενδυματικό φетиχισμό (Dietz et al, 1990).

Αρκετοί ψυχαναλυτές υποστήριξαν την ύπαρξη σαδιστικής προσωπικότητας (Kernberg, 1970), ενώ το DSM-III-R πρότεινε την ύπαρξη μιας τέτοιας προσωπικότητας. Τα σπουδαιότερα στοιχεία ήταν ένα διεστραμμένο πρότυπο με μειωτική και επιθετική συμπεριφορά που κατευθυνόταν στους άλλους και που άρχιζε από την πρώιμη ενήλικη ζωή. Η σημαντική αλληλεπικάλυψή της όμως με την ψυχοπαθητική και τη ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας ήταν η αιτία της μη κατηγοριοποίησής της στο DSM-IV.

Επιπλέον, είναι γνωστό ότι δεν είναι απαραίτητο, τα άτομα που δείχνουν συμπεριφορά κακοποίησης, να διεγείρονται σεξουαλικά από τη συμπεριφορά αυτή (Dietz et al, 1990).

4.5.3. Τύποι σαδιστικής συμπεριφοράς

Ο Krafft-Ebing (1886/1965) ομαδοποίησε τα περιστατικά με σεξουαλικό σαδισμό στις εξής κατηγορίες:

1. Σεξουαλικός πόθος για φόνο: Πρόκειται για περιπτώσεις που συνδέεται η σεξουαλική διέγερση με το φόνο, σε μερικές μάλιστα περιπτώσεις με καννιβαλισμό.
2. Κακοποίηση πτώματος ή νεκροφιλία.
3. Σωματική βλάβη γυναικών, για παράδειγμα χαράκωμα, μαστίγωμα.
4. Μόλυνση γυναικών.
5. Άλλα είδη κακοποίησης γυναικών, κυρίως συμβολικού περιεχομένου, όπως, το κόψιμο των μαλλιών του θύματος.
6. Σαδιστικές φαντασιώσεις χωρίς πράξη κακοποίησης.
7. Σαδισμός με άλλα αντικείμενα, για παράδειγμα μαστίγωμα αγοριών.

8. Σαδιστικές πράξεις με ζώα.

Ο Hirschfeld (1956), ομαδοποίησε σε μείζονες και ελλάσσονες κατηγορίες, θεωρώντας σαν μείζονες τον σεξουαλικό πόθο για φόνο, το χαράκωμα, και την νεκροφιλία. Στις περιπτώσεις που υπάρχει συμμετοχή με συγκατάθεση σε πράξεις ελλάσσονος σεξουαλικής σαδιστικής δραστηριότητας το κυριαρχικό άτομο θέτει το υποτακτικό σε θέση αβοήθητου και κατόπιν το υποβάλλει σε ποικίλες μορφές υποταγής ή τιμωρίας. Ο πόνος ή η κακοποίηση πραγματοποιείται μέσω ποικίλων πράξεων, όπως μαστίγωμα ή γρονθοκτυπήματα. Η χρησιμοποίηση ρόλων όπως κυρίου-σκλάβου ενισχύει την ένταση της κακοποίησης, ενώ συνήθεις είναι οι πρακτικές ποικίλης ένδυσης του υποτακτικού ατόμου, η αντιμετώπισή του σαν ζώο, η ούρηση ή εγκόπριση επάνω του, και η υποχρέωση να πει τα ούρα. Το υποτακτικό άτομο μπορεί να υποχρεωθεί να φορέσει πάνες ή να γλυψει τα παπούτσια του κυριαρχικού. Το μαστίγωμα εφαρμόζεται σχεδόν αποκλειστικά στα οπίσθια του υποτακτικού ατόμου. Το δέσιμο με χρησιμοποίηση φίμωτρου ή περιδεση ματιών, που ενισχύουν την αίσθηση αβοήθητου του υποτακτικού ατόμου, είναι επίσης απαραίτητα στοιχεία. Οι μαστοί της γυναίκας υποτακτικής δένονται σφιχτά ή εφαρμόζονται παραμάνες στις θηλές, ανεξαρτήτως φύλου ή στο πέος, όταν πρόκειται για άνδρα σε ρόλο υποτακτικού. Συχνά εφαρμόζονται υποκλισμοί με σκοπό τον έλεγχο των σωματικών λειτουργιών του υποτακτικού ατόμου, ενώ συχνά υποχρεώνονται να διατηρούν τον υποκλισμό για μακρύ χρονικό διάστημα. Η σαδομαζοχιστική συμπεριφορά αποτελεί επίσης ειδική μορφή συμπεριφοράς στην κοινωνία των ομοφυλοφίλων. Είναι αρκετά δύσκολη η πρόιμη αναγνώριση της επικίνδυνης μορφής σαδισμού. Μερικοί βιαστές αρχίζουν τη δραστηριότητά τους με μη εμφανή σεξουαλικά εγκλήματα, όπως ληστεία μετά την οποία βιάζουν το θύμα, αλλά αργότερα εμφανίζουν ξεκάθαρα σεξουαλική σαδιστική συμπεριφορά (Ressler et al, 1983).

Σαδιστικός και σεξουαλικός πόθος για φόνο. Είναι αυτός κατά τον οποίο ο δολοφόνος λαμβάνει σεξουαλική ευχαρίστηση σκοτώνοντας (Arndt, 1991). Ο σεξουαλικός σαδισμός είναι η συνήθης παραφιλία που υποκρύπτεται (Dietz et al, 1990). Τα άτομα αυτά περιγράφονται σαν υπερελεγχόμενα, εσωστρεφή, ντροπαλά, και κοινωνικά απομονωμένα. Διαθέτουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση και το έγκλημα τους δίνει την αίσθηση ανωτερότητας (Brittain, 1970). Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να μην υπάρχει πραγματική επαφή με το θύμα, αφού ο φόνος υποκαθιστά τελείως τη σεξουαλική πράξη (Podolsky, 1965). Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που προκύπτουν από στοιχεία που συλλέγησαν από το FBI, και αφορούν ακραίες μορφές σεξουαλικού σαδισμού (Dietz et al, 1990). Βρέθηκε ότι η πλειονότητα ήταν λευκοί, σχεδόν οι μισοί ήταν έγγαμοι, το 43% είχαν ιστορικό ομοφυλόφιλης εμπειρίας, στο 20% συνυπήρχε άλλη διαστροφή, σχεδόν οι μισοί είχαν γονείς με διαταραγμένες σχέσεις ή διαζύγιο, το 23% ανέφερε σωματική και το 20% σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία. Πολλοί από αυτούς είχαν την τάση να οδηγούν με το αυτοκίνητό τους χωρίς εμφανή σκοπό. Επίσης, είχαν την τάση να μετατρέπουν το αυτοκίνητό τους ώστε να μοιάζει με αυτοκίνητο της αστυνομίας. Σχεδόν όλοι είχαν προσχεδιάσει το έγκλημα. Η κατακράτηση του θύματος για πάνω από 24 ώρες ήταν συνήθης και συνδιαζόταν με δέσιμο, κάλυψη των ματιών ή απειλή με όπλο. Η σεξουαλική δραστηριότητα περιελάμβανε δέσιμο, πρωκτική και στοματική πράξη, και εισαγωγή ξένων σωμάτων. Το 73% των θυμάτων θανατώνονταν. Περισσότεροι από τους μισούς δράστες κατέγραφαν τη δραστηριότητά τους σε ημερολόγια ή σε κασσετόφωνο, βιντεοταινία, φωτογραφίες, και σκίτσα. Το 40% κρατούσαν στην κατοχή τους ένα αντικείμενο του θύματος. Οι Dietz et al (1990), παρατήρησαν ότι όλοι οι σαδιστές παραπτωματίες είχαν ναρκισσιστικά χαρακτηριστικά στη προσωπικότητά τους, ενώ το 40% είχαν ιστορικό χρήσης εθιστικών ουσιών, άλλων εκτός του αλκοόλ. Ο Brittain (1970), βρήκε ότι στο 40% είχαν ψυχοπαθητικές προσωπικότητες με ισχυρά ναρκισσιστικά στοιχεία, ενώ οι Langevin et al (1988), ότι το 75%

έκανε χρήση εθιστικών ουσιών, το 50% κατάχρηση αλκοόλ, είχαν για cross-dressing ή ένιωθαν δυσφορία για το φύλο τους. Οι Gratzler & Bradford (1995), συγκρίνοντας σαδιστές και μη-σαδιστές σεξουαλικούς παραπτωματίες αμφισβήτησαν τα συμπεράσματα των Dietz et al (1990), θεωρώντας μη αντιπροσωπευτικό το δείγμα από το FBI. Ο Grubin (1994), συγκρίνοντας βιαστές με βιαστές που σκότωσαν το θύμα τους, δεν βρήκε ότι τα κλασσικά σαδιστικά χαρακτηριστικά μπορούσαν να διαχωρίσουν τα δύο δείγματα. Παρατήρησε όμως ότι οι βιαστές που σκοτώνουν χαρακτηρίζονται από μόνιμες δυσκολίες στις ετεροσεξουαλικές σχέσεις και κοινωνική απομόνωση.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων υπάρχει κάποια σύντροφος που βοηθά το δράστη. Η συνύπαρξη αυτή τονίζει την κυριαρχικότητα του ενός ατόμου έναντι του άλλου. Οι γυναίκες αυτές, μέσω της ψυχολογικής, σωματικής, και σεξουαλικής κακοποίησης, γίνονται σταδιακά "συμπληρωματικό εξάρτημα" του άνδρα σαδιστή (Hazelwood et al, 1993).

Σαδιστικός βιασμός. Ο βιασμός είναι μία σύνθετη και πολλαπλά καθοριζόμενη συμπεριφορά και οι βιαστές δεν είναι μία ξεκάθαρα ομογενής ομάδα (Prentky & Knight, 1991). Ο βαθμός της παρεκκλίνουσας σεξουαλικής διέγερσης, όπως μετρήθηκε με τη φαλλομετρία, φαίνεται να σχετίζεται με τη συχνότητα και τη σοβαρότητα της σεξουαλικής επίθεσης (Abel et al, 1977). Τα άτομα λοιπόν με μεγαλύτερη παρεκκλίνουσα σεξουαλική διέγερση δείχνουν ισχυρή προτίμηση σε επιθετικά σεξουαλικά ερεθίσματα, γεγονός που τους οδηγεί σε τέτοιου τύπου σεξουαλικές σχέσεις. Η συμπεριφορά αυτή αναφέρεται σαν "preferential rape pattern" (Freund et al, 1984), "paraphilic coercive disorder" (Abel, 1989) ή "biastophilia" (Money, 1990). Δεν υπάρχουν εμφανή σημεία που διαφορίζουν το σεξουαλικό σαδισμό και τον preferential βιαστή. Ο σεξουαλικός σαδιστής διεγείρεται από τη χρήση υπερβολικής βίας έναντι των θυμάτων, ενώ ο preferential βιαστής δεν χρησιμοποιεί βία

μεγαλύτερη από όση θα χρειαζόταν για την συμμετοχή του θύματος. Και στις δύο καταστάσεις ο δράστης εστιάζεται σε ερωτικό στόχο που του ήταν άγνωστος, γεγονός που παραπέμπει στις διαταραχές ερωτικής σχέσης (courtship disorders) (Freund et al, 1983). Υποστηρικτικό αυτής της άποψης ήταν το εύρημα ότι 9 από 17 κατα συρροήν σεξουαλικών δολοφόνων έδειχναν ενδιαφέρον σε ηδονοβλεψία, τηλεφωνική σκατολογία, και επιδειξιμανία (Warren et al, 1992). Η τηλεφωνική αισχρολογία όμως των σεξουαλικών σαδιστών είναι άτυπη, αφού συχνά περιλαμβάνει απειλές, ενώ η ηδονοβλεψία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της έρευνας που κάνει ο δράστης για την ανακάλυψη του θύματος στη διάρκεια της νύχτας. Ο σεξουαλικός σαδιστής επίσης δείχνει να διαφοροποιείται με τις φαλλομετρικές μεθόδους αφού φαίνεται ότι παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα διέγερσης σε περιγραφές φυσικής και όχι σεξουαλικής κακοποίησης γυναικών (Abel, 1989). Πάντως ο διαχωρισμός αυτός μεταξύ σαδιστικού και μη-σαδιστικού βιασμού δεν υποστηρίχθηκε από τις έρευνες των Knight & Prentky (1994), γεγονός που υποδηλώνει ότι ο βαθμός βίας που ασκείται για την υποταγή του θύματος θα πρέπει μάλλον να ειπωθεί σαν ένα συνεχές και όχι σαν μία παράμετρος που θα μπορούσε να κατηγοριοποιήσει τους δράστες. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι μόνο 5-10% των βιαστών πληρούν τα κριτήρια για σεξουαλικό σαδισμό, σύμφωνα με το DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) (Abel et al, 1988), ενώ υπάρχουν κάποιες που ανεβάζουν το ποσοστό σε 45% (Fedora et al, 1992). Τα διαφορετικά αυτά ευρήματα αναπαριστούν πιθανόν το γεγονός ότι είτε τα άτομα που μελετήθηκαν προέρχονταν από διαφορετικούς πληθυσμούς ή ότι υπήρχε διαφορετική αντίληψη των ερευνητών για τον σεξουαλικό σαδισμό. Η αντίληψη για τον σεξουαλικό σαδισμό περιπλέκεται περισσότερο μετά τα ευρήματα ότι αρκετοί "φυσιολογικοί" μη-παραπρωματίες αναφέρουν σεξουαλική διέγερση όταν φαντασιώνουν βιασμό ή κακοποίηση γυναίκας. Το 15-20% των ατόμων αυτών δείχνουν μεγάλη διέγερση σε περιγραφές σαδομαζοχιστικών σκηνών (Malamuth et al, 1980), και σε σκηνές που το θύμα βιώνει πόνο (Malamuth & Check, 1983).

Παρόμοια, πολλοί νέοι άνδρες δείχνουν να διεγείρονται από περισσότερο από σκηνές δεμένων γυναικών παρά από σκηνές με συνεργάσιμες ή χαμογελαστές γυναίκες (Heilbrun & Leif, 1988), οι μισοί εκφράζουν την επιθυμία να εμπλέκονται σε σκηνές με δέσιμο, και το ένα τρίτο σε μαστίγωμα και ράπισμα στα οπίσθια (Malamuth, 1988). Το 30% περίπου του γενικού ανδρικού πληθυσμού αναφέρουν φαντασιώσεις δεσίματος και βιασμού γυναίκας, αν και δεν είναι γνωστή η συχνότητα και η ένταση αυτών (Crepault & Couture, 1980). Το 45% άρρενων φοιτητών δήλωσαν ότι θα μπορούσαν να επιχειρήσουν βιασμό αν ήταν σίγουροι ότι δεν θα συλληφθούν, και το 32% των φοιτητριών ότι θα μπορούσαν να ευχαριστηθούν έναν ενδεχόμενο βιασμό αν ήταν σίγουρες ότι δεν θα το μάθει κανείς (Malamuth et al, 1980).

Άλλη μελέτη ανεβάζει το ποσοστό των αρρένων στο 60% (Briere & Malamuth, 1983). Αυτό που φαίνεται να διεγείρει τους άνδρες αυτούς είναι η φαντασίωση της εμπλοκής σε επιθετική σεξουαλική δραστηριότητα με μία τελείως άγνωστη, η υπερκέραση της αρχικής της αντίστασης, και η ενδεχόμενη ευχαρίστηση από πλευράς της. Τα στοιχεία αυτά είναι παρόντα επίσης στις φαντασιώσεις μερικών σεξουαλικών σαδιστών και συσχετίζονται με την αποδοχή κάποιων από τους μύθους που αφορούν το βιασμό (Malamuth, 1981). Επιπλέον, το 10-15% των γυναικών ανέφεραν ότι αρχικά πείστηκαν σημαντικά και αργότερα ευχαριστήθηκαν κάποια σεξουαλική δραστηριότητα (McConaghy, 1993). Φαίνεται ότι η ύπαρξη κάποιου βαθμού επιθετικότητας στη σεξουαλική δραστηριότητα, αφενός οδηγεί σε διέγερση και ευχαρίστηση και στα δύο φύλα, και αφετέρου αποτελεί μέρος της κλασσικής ετεροσεξουαλικής συμπεριφοράς (Ellis, 1936). Η επιθετικότητα λοιπόν φαίνεται να βρίσκεται τουλάχιστον ανάμεσα στα φαντασιωσικά θέματα μιας ερωτικής σχέσης, αλλά δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με τη συχνότητα και την ένταση αυτής (Hucker, 1997).

4.6 Ηδονοβλεψία

Ηδονοβλεψία είναι η παρακολούθηση κάποιας σεξουαλικής δραστηριότητας με συνοδό σεξουαλική διέγερση. Για να χαρακτηριστεί σαν σεξουαλική διαταραχή ή παραφιλία, η ηδονοβλεψία πρέπει να παρουσιάζει παρακολούθηση ανυποψίαστων ατόμων, συνήθως ξένων, που είναι γυμνά ή επιδίδονται σε σεξουαλική δραστηριότητα, με σκοπό τη σεξουαλική διέγερση. Συνήθως ο ηδονοβλεψίας δεν επιζητά σεξουαλική επαφή με το παρακολουθούμενο άτομο. Οργασμός πραγματοποιείται μέσω αναντισμού, τη στιγμή της παρακολούθησης ή λίγο αργότερα. Συνήθως υπάρχει η φαντασίωση της σεξουαλικής πράξης με το παρατηρούμενο άτομο, αλλά αυτό σπάνια καταλήγει να συμβεί.

Ο Freud (1962), υποστήριξε ότι για να μετατραπεί η φυσιολογική ηδονοβλεψία σε παθολογική θα πρέπει αυτή, από προδιαθεσιακή της σεξουαλικής διέγερσης, να την υποκαταστήσει. Άλλοι όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί αντί της ηδονοβλεψίας είναι: "*peepers*" (ματάκηδες) (Gebhard et al, 1965), "*inspectionalism*" (επιθεωρητές) (Coleman, 1964), και "*mixoscopia*" (Money, 1996).

Επιπλέον, έχουν περιγραφεί διάφορες σχετικές διαταραχές που περιλαμβάνουν την ηδονοβλεπτική δραστηριότητα, όπως, *scoptolagnia* ή *scoptophilia* (σεξουαλική ευχαρίστηση από την παρακολούθηση σεξουαλικής δραστηριότητας άλλων), *scorophilia* (η σεξουαλική ανάγκη να παρακολουθεί άλλους να γδύνονται), *troilism* ή *triolism* (η ευχαρίστηση κάποιου να παρακολουθεί κρυφά την/τον σύντροφό του/της να επιδίδεται σε σεξουαλική δραστηριότητα με τρίτο άτομο), *pictophilia* (η εξάρτηση κάποιου στη παρακολούθηση πορνογραφικού υλικού) (Money, 1996).

4.6.1. Διαγνωστικά κριτήρια

Κατά το DSM-IV

A. Επαναλαμβανόμενες και έντονες σεξουαλικά διεγείρουσες φαντασιώσεις, τάσεις ή συμπεριφορές που αφορούν την παρατήρηση ανυποψίαστων ατόμων, ενώ είναι γυμνά ή έχουν σεξουαλική επαφή, οι οποίες εμφανίζονται για διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών.

B. Οι σεξουαλικές φαντασιώσεις, τάσεις ή συμπεριφορές προκαλούν σημαντική κλινική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή, ή άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας.

Κατά το ICD-10

Επαναλαμβανόμενη ή έμμονη τάση να θεάται κάποιος ανθρώπους, οι οποίοι εμπλέκονται σε σεξουαλική ή πολύ ιδιωτική συμπεριφορά, όπως είναι το γδύσιμο. Αυτό συνήθως οδηγεί σε σεξουαλική διέγερση και αυνανισμό και συνεχίζεται χωρίς οι παρατηρούμενοι άνθρωποι να είναι ενήμεροι αυτής της δραστηριότητας του θεατή.

Για μερικά άτομα η ηδονοβλεψία αποτελεί τη μοναδική πλευρά της σεξουαλικής δραστηριότητας. Για άλλους, οι φαντασιώσεις αυτές προτιμώνται, αλλά δεν είναι η μόνη πηγή διέγερσης. Σε άλλους, οι φαντασιώσεις αυτές έρχονται κυρίως σε περιόδους ψυχικής έντασης. Αρκετά άτομα περιλαμβάνουν ηδονοβλεπτικές φαντασιώσεις στο φάσμα των σεξουαλικών τους φαντασιώσεων.

4.6.2. Ηλικία έναρξης

Σύμφωνα με το DSM-IV η έναρξη της ηδονοβλεπτικής δραστηριότητας είναι συνήθως πριν τα 15 και η πορεία τείνει να είναι χρόνια. Οι Abel & Rouleau (1990), μελετώντας ένα μεγάλο δείγμα σεξουαλικών παραπτωμάτων βρήκαν ότι στο 50% η έναρξη

της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς ήταν πριν τα 15. Σε δείγμα 133 ηδονοβλεπιών, βρέθηκε ότι η μέση ηλικία έναρξης της ηδονοβλεπτικής δραστηριότητας ήταν 18, ενώ το ποσοστό αυτών που παρουσίασαν κάποια παραφιλική δραστηριότητα μέχρι την ηλικία των 17 ετών ήταν 65% (Abel et al, 1993).

4.6.3. *Επιδημιολογία*

Αρχικά θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι, το σεξουαλικό ενδιαφέρον για παρακολούθηση γυμνής γυναίκας ή άνδρα δεν θα πρέπει να θεωρείται παρέκκλιση, αφού πρόκειται για ένα αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της σεξουαλικής διεργασίας.

Έρευνα σε γενικό πληθυσμό έδειξε ότι το 50% των ανδρών έχουν τη φαντασίωση να παρακολουθούν άλλους σε σεξουαλική δράση (Crepault & Couture, 1980). Άλλη έρευνα σε άρρενες μαθητές κολλεγίου έδειξε ότι το 53% είχε κάποιο ηδονοβλεπτικό ενδιαφέρον και το 42% κάποια ηδονοβλεπτική δραστηριότητα (Templeman & Stinnett, 1991). Όταν το ηδονοβλεπτικό ενδιαφέρον καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της σεξουαλικής δραστηριότητας του ατόμου αναφερόμαστε στην ηδονοβλεψία σαν παραφιλική διαταραχή. Η ακριβής έκταση του φαινομένου είναι άγνωστη, δεδομένου ότι η πράξη διώκεται ποινικά και οι δράστες φοβούνται να το αναφέρουν. Κάποια στοιχεία προέρχονται από το δικαστικό σύστημα, αλλά αυτά σίγουρα δεν είναι αξιόπιστα, δεδομένου ότι πολλοί ηδονοβλεψίες δεν συλλαμβάνονται. Από στοιχεία σε δείγμα γυναικών (Meyer, 1995), φάνηκε ότι το 20% των γυναικών έχουν υπάρξει θύματα επιδειξιομανίας ή ηδονοβλεψίας.

Μία άλλη πηγή δεδομένων είναι τα κέντρα θεραπείας των παραφιλικών, τα οποία φυσικά δεν αναπαριστούν όλο το δείγμα. Από τους παραφιλικούς αυτούς που ζήτησαν θεραπεία σαν εξωτερικοί ασθενείς σε κλινική της Ατλάντα, το 13,9 % των εφήβων και το 12,9% των ενηλίκων ήταν ηδονοβλεψίες. Ο μέσος αριθμός αναφερόμενων ηδονοβλεπτικών

πράξεων ανά ασθενή ήταν 17 (Abel, 1989). Η ακριβής έκταση του φαινομένου της ηδονοβλεψίας στις γυναίκες είναι επίσης άγνωστη. Υπολογίζεται ότι το 90% των σεξουαλικών εγκλημάτων γενικά πραγματοποιούνται από άνδρες (Finkelhor, 1986), οι δε γυναίκες που εμπλέκονται σ' αυτά συνήθως πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές ή προηγούμενη σεξουαλική κακοποίηση (McCarty, 1986). Οι γυναίκες σεξουαλικές παραπτώματιες είναι ένα ελάχιστα μελετημένο δείγμα, ενώ συγχρόνως δείχνει να έχει σταματήσει η μελέτη του φαινομένου της ηδονοβλεψίας σ' αυτές.

Έχοντας υπόψιν την ήπια μορφή με την οποία εμφανίζεται η σεξουαλική διαστροφή στις γυναίκες, καθώς και την πολιτισμική ανοχή στα γυναικεία ισοδύναμα των παραφιλικών δραστηριοτήτων, ο Meyer (1995, σελ. 1346), υποστήριξε χαρακτηριστικά ότι, "εάν ένας άνδρας σταματήσει σε ένα παράθυρο για να παρακολουθήσει μία γυναίκα να γδύνεται, θα συλληφθεί για ηδονοβλεψία, ενώ αν μία γυναίκα κάνει το ίδιο για να παρακολουθήσει έναν άνδρα να γδύνεται, τότε ο άνδρας θα συλληφθεί σαν επιδειξίας".

4.6.4. Συνοσηρότητα

Οι παραφιλίες τείνουν να είναι πολλαπλές, αλλά και να παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα πράξεων ανά άτομο. Για παράδειγμα βρέθηκε ότι 411 παραφιλικοί πραγματοποίησαν 218.900 σεξουαλικά παραπτώματα σε 138.137 θύματα. Από την ομάδα αυτή 13% (62 άνδρες) διαγνώστηκαν σαν ηδονοβλεψίες, οι οποίοι ανέφεραν 52.669 ηδονοβλεπτικές πράξεις σε 55.887 θύματα (Abel & Rouleau, 1990). Από τη ομάδα αυτή των ηδονοβλεψιών, σχεδόν όλοι ανέφεραν συνοδές παραφιλικές δραστηριότητες. Συγκεκριμένα, το 37% είχε διαπράξει βιασμό, το 52% παιδοφιλική δραστηριότητα σε κορίτσια, το 63% επιδειξιμανική, και το 11% σαδιστική δραστηριότητα. Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι η ηδονοβλεψία ήταν η αρχική παραφιλική δραστηριότητα στο 9% των βιαστών, και στο 3%

των παιδόφιλων. Συνολικά, το 20% των βιαστών και το 14% των παιδόφιλων είχαν παράλληλα ηδονοβλεπτική δραστηριότητα (Abel et al, 1985). Λίγα δεδομένα υπάρχουν σχετικά με τα χαρακτηριστικά του ηδονοβλεψία.

Γενικά, συμπτώματα κατάθλιψης είναι συχνά, τόσο σε εφήβους όσο και σε ενήλικες παραφίλικούς (Kafka & Prentky, 1994). Βρέθηκε επίσης αυξημένη συχνότητα ιστορικού παιδικής κακοποίησης (Becker et al, 1986), σεξουαλικής δυσλειτουργίας (Marshall & Eccles, 1991), καθώς και έλλειμα ενσυναισθησίας (Finkelhor, 1984). Οι Gebhard et al (1965), στους ηδονοβλεψίες που μελέτησαν βρήκαν ότι αυτοί ποτέ δεν είχαν παρακολουθήσει γνωστή γυναίκα και ότι το 45% ήταν έγγαμοι. Επίσης, το 30% αυτών είχαν συλληφθεί σαν έφηβοι, αλλά μόνο στο 11% το παράπτωμα ήταν σεξουαλικό.

Οι γνωσιακές διαστροφές και η τάση για εκλογίκευση είναι ένα συχνό εύρημα στους παραφίλικούς, αλλά και στους ηδονοβλεψίες ειδικότερα. Αναφέρουν για παράδειγμα: *"Πολύς κόσμος αφήνει τα στόρια ανοιχτά γιατί τους αρέσει να γδύνονται και να τους βλέπουν"*, *"Δεν υπάρχει τίποτα κακό στο να παρακολουθείς ένα κορίτσι ν' αλλάζει ρούχα"*, *"Δεν παθαίνει κανένα κακό μία γυναίκα όταν την παρακολουθείς να κάνει το μπάνιο της"*. Κάποιοι έδωσαν έμφαση στο στοιχείο του "απαγορευμένου" που ενέχει η ηδονοβλεπτική δραστηριότητα, και το θεώρησαν βασικό στοιχείο του σεξουαλικού ενδιαφέροντος του ηδονοβλεψία (Yalom, 1960). Αυτό όμως αργότερα αμφισβητήθηκε έντονα. Ο Kutchinsky (1976) για παράδειγμα, ανέφερε ότι όταν στη Κοπεγχάγη επιτράπηκε ελεύθερα η κυκλοφορία πορνογραφικών εντύπων, οι ετήσιες αναφορές της αστυνομίας για αδικήματα ηδονοβλεψίας μειώθηκαν σημαντικά.

4.6.5. Αιτιολογία

Ψυχαναλυτική Θεωρία

Η ψυχαναλυτική θεωρία βλέπει τη διαστροφή σαν σύμπτωμα ψυχοπαθολογίας η οποία πηγάζει από ανεπίλυτες συγκρούσεις στη διάρκεια της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης (Freud, 1969). Ο Freud τονίζει ότι η διαστροφή αναπαριστά πιθανόν μία παλλινδρόμηση σένα προηγούμενο επίπεδο ανάπτυξης που έρχεται για να προλάβει και να προστατέψει από την είσοδο απειλητικών ενορμήσεων στο συνειδητό. Ο Meyer (1995), τονίζει ότι το αντικείμενο της διαστροφής επιλέγεται έτσι ώστε να διευκολυνθεί η υποκατάσταση της μητέρας, σαν αντίδραση στο άγχος αποχωρισμού και ευνουχισμού. Ο ηδονοβλεψίας παρακολουθεί τη γυναίκα ώστε να αντιληφθεί την ακριβή φύση των γεννητικών της οργάνων και να ταυτοποιηθεί μαζί της. Κατόπιν επιβεβαιώνει τον εαυτό του, μέσω του αυνανισμού διαπιστώνοντας ότι το πέος του είναι άθικτο.

Θεωρία κοινωνικής μάθησης

Η θεωρία αυτή τονίζει ότι, το είδος των ερεθισμάτων που προκαλούν σεξουαλική διέγερση προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη μάθηση, η δε ανοιχτή συμπεριφορά με την οποία εκφράζεται η διέγερση εξαρτάται κυρίως από την προηγούμενη εμπειρία του ατόμου (Ford & Beach, 1951). Οι Laws & Marshal (1990), υπέθεσαν ότι η παρεκκλίνουσα σεξουαλική συμπεριφορά μαθαίνεται με τον ίδιο τρόπο που μαθαίνεται και η μη-παρεκκλίνουσα. Τα πρότυπα σεξουαλικής διέγερσης εγκαθίστανται μέσω μηχανισμών εξαρτημένης μάθησης και τροποποιούνται ανάλογα με τις περιστάσεις. Ο αυνανισμός και ο οργανισμός αυξάνει την υψηλής τάξης εξαρτημένη μάθηση και ενισχύει τη συμπεριφορά.

Η θεωρία διαταραχής της ερωτικής σχέσης

Η ηδονοβλεψία έχει προταθεί να συγκαταλέγεται σαν διαταραχή της ερωτικής σχέσης (courtship disorder), μαζί με τη επιδειξιμανία, την εφραψιομανία και τον preferential (προνομιούχο) βιασμό (Freund & Blanchard, 1986, Freund, 1990).

Περιγράφηκαν 4 φάσεις ερωτικής αλληλεπίδρασης:

- α. Ο εντοπισμός του πιθανού συντρόφου,
- β. η προ της αφής φάση, όπως κοίταγμα, χαμόγελο, και ομιλία,
- γ. η φάση της αφής,
- δ. και η φάση της γεννητήσιας ένωσης.

Με βάση τη θεωρία αυτή, η ηδονοβλεψία έχει ειδικθεί σαν διαταραχή της πρώτης φάσης, δηλαδή της επιλογής μέσω της όρασης του δυνητικού ερωτικού συντρόφου. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός της υψηλής συνύπαρξης ηδονοβλεψίας, επιδειξιμανίας και εφραψιομανίας, γεγονός που υποδεικνύει κάποιο κοινό μηχανισμό έναρξης και διατήρησης του φαινομένου (Hanson & Harris, 1997).

Βιολογικά ευρήματα

Πρόσφατα, έχει υποστηρηχθεί ότι οι βιολογικοί παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη της παραφιλίας. Αρκετοί ερευνητές έχουν μελετήσει το ρόλο των ανδρογόνων, κυρίως της τεστοστερόνης, στην σεξουαλική συμπεριφορά (Bradford & McLean, 1984). Άλλοι χρησιμοποίησαν οξείκη μεδροξυπρογεστερόνη για τη μελέτη της ανδρικής σεξουαλικής ορμής (Money, 1970), και θεραπεία με αντιανδρογόνα για τη θεραπεία των σεξουαλικών παραπτώματιών (Berlin & Meinecke, 1981), και άλλοι μελέτησαν την ύπαρξη χρωμοσωματικών ανωμαλιών σε σεξουαλικούς παραπτώματιες (Schiavi et al, 1984). Ο Flor-Henry (1987), υποστήριξε ότι υπεύθυνες για τις παραφιλίες είναι κάποια νευροψυχολογικά ελλείματα. Τέλος, η έρευνα στο χώρο των υποδοχέων φαίνεται να

υπόσχεται πολλά, μετά τις ενδείξεις ότι οι εκλεκτικοί αναστολείς της σεροτονίνης, αντιμετωπίζουν τις παραφιλίες, περιλαμβανομένης της ηδονοβλεψίας (Bradford et al, 1992).

4.7. Παιδοφιλία

Η σεξουαλική ενόχληση παιδιών αποτελεί τη συχνότερη παραφιλία που εμπίπτει στην προσοχή των λειτουργών ψυχικής υγείας. Η παιδοφιλία περιλαμβάνει σεξουαλική επαφή με παιδί τουλάχιστον 5 χρόνια μικρότερο από το δράστη, με το δράστη να είναι τουλάχιστο 16 ετών ή μεγαλύτερος.

Η παιδοφιλία πρέπει να διακρίνεται από την παιδεραστία . Ο όρος «παιδεραστία» αφορά σε άτομα που έρχονται σε σεξουαλική επαφή με παιδιά. Δεν είναι όλοι οι παιδεραστές παιδόφιλοι. Κάποιοι παιδεραστές παρενοχλούν παιδιά, όχι λόγω παιδοφιλίας, αλλά λόγω απουσίας κατάλληλου σεξουαλικού συντρόφου, χρήσης φαρμάκων που επηρεάζουν τη νόηση, εγκεφαλικής βλάβης με συνυπάρχουσα αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων ή διανοητικής καθυστέρησης. Σε άλλες περιπτώσεις, άτομα έρχονται σε σεξουαλική επαφή με παιδιά σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν προβληματικά συναισθήματα ή ως εκδίκηση εναντίον ενός αγαπημένου προσώπου του παιδιού.

Οι παιδόφιλοι, όπως οι άλλοι παραφιλικοί, δεν σχεδιάζουν να αναπτύξουν παραφιλικό ενδιαφέρον, αλλά φαίνεται ότι το κάνουν χωρίς τη θέλησή τους. Σύμφωνα με το κριτήριο αυτό δεν απαιτείται σωματική δραστηριότητα και επομένως η διάγνωση της παιδοφιλίας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν επιθυμία αλλά δεν την διαπράττουν, ενώ δεν θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που δεν έχουν παρεκκλίνουσες φαντασιώσεις και επιθυμίες αλλά έχουν κακοποιήσει σεξουαλικά ένα παιδί. Ο Marshall (1997), βρήκε ότι δεν υπήρχαν επαναλαμβανόμενες επιθυμίες και φαντασιώσεις στο 60% των παιδοφίλων και στο 75% των αιμομικτών. Επομένως οι επαναλαμβανόμενες επιθυμίες και φαντασιώσεις δεν είναι παθογνωμονικές για όλα τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά. Αρκετοί κλινικοί αγνοούν τα κριτήρια του DSM, ιδίως όταν πρόκειται να εισάγουν τα άτομα αυτά σε

θεραπεία, και χρησιμοποιούν τον όρο "*child molesters*" (άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά) αντί του όρου "*pedophiles*" (παιδόφιλοι).

4.7.1. Διαγνωστικά Κριτήρια

Κατά το DSM

DSM-III: μία ειδική κατηγορία ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά (*child molesters*), και παρουσιάζουν κάποια ειδικά χαρακτηριστικά.

DSM-III-R: επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές τάσεις και φαντασιώσεις που αφορούν σεξουαλική δραστηριότητα με παιδιά.

DSM-IV: Α. Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές τάσεις, φαντασιώσεις ή συμπεριφορές που περιλαμβάνουν σεξουαλική δραστηριότητα με παιδιά (μικρότερα των 13 ετών)". Αυτές οι τάσεις, φαντασιώσεις ή συμπεριφορές υποδεικνύουν παιδοφιλία μόνο εάν

Β. Προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στην κοινωνική, εργασιακή ή άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας". Ο παιδόφιλος επίσης θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 16 ετών και τουλάχιστον 5 έτη μεγαλύτερος από το παιδί.

Κατά το ICD-10

Πρόκειται για σεξουαλική προτίμηση προς παιδιά, συνήθως προ της ήβης ή κατά την αρχή της ενήβωσης. Μερικοί παιδόφιλοι ελκύονται μόνο από κορίτσια, άλλοι μόνο από αγόρια και άλλοι πάλι μπορεί να ενδιαφέρονται και για τα δυο φύλα.

Στην περίπτωση όμως των εφήβων δραστών αυτός ο περιορισμός ενδέχεται να μην ισχύει και η απόφαση για την διάγνωση έγκειται στην κρίση του κλινικού.

Εκτός από τα κριτήρια αυτά το *DSM-IV* κάνει κάποια σχόλια σχετικά με τους παιδόφιλους. Για παράδειγμα τονίζει ότι, "αυτοί που έλκονται από κορίτσια προτιμούν

ηλικίες 8-10 ετών, ενώ αυτοί που έλκονται από αγόρια προτιμούν λίγο μεγαλύτερες ηλικίες", και "αυτοί που έλκονται από αγόρια έχουν διπλάσιες πιθανότητες για υποτροπή". Το DSM-IV αν και δεν κάνει λόγο για επικράτηση φύλου στην περίπτωση της παιδοφιλίας, στο γενικό μέρος αναφέρει ότι "εκτός από την περίπτωση του μαζοχισμού οι παραφυλίες σπανιότατα διαγνώσκονται σε γυναίκες". Από κλινικές παρατηρήσεις φαίνεται ότι κάποιοι παιδόφιλοι φαίνεται να έλκονται αποκλειστικά από παιδιά, ενώ κάποιοι άλλοι και από ενήλικες.

4.7.2. Σχολιασμός κριτηρίων

Αρκετοί κλινικοί εκδηλώνουν τον προβληματισμό τους σχετικά με την ικανότητα των διαγνωστικών κριτηρίων (Marshall, 1997). Το γεγονός ότι για να διαγνωστεί παιδοφιλία απαιτείται η ύπαρξη σημαντικής δυσφορίας ή διαταραχής στη λειτουργικότητα μπορεί να δυσχεράνει τη διάγνωση κάποιων περιστατικών. Για παράδειγμα, ένα άτομο που κακοποιεί σεξουαλικά τα παιδιά και οδηγείται σ αυτό από συνεχείς φαντασιώσεις και επιθυμίες αλλά δεν παρουσιάζει δυσφορία ή ενοχλήσεις από τη συμπεριφορά αυτή, μπορεί να μην χαρακτηριστεί παιδόφιλος;

Η ηλικία του παιδιού επίσης φαίνεται να δημιουργεί προβλήματα. Αν και η ύπαρξη ορίου ηλικίας είναι απαραίτητη, ο καθορισμός της έναρξης της εφηβίας στα 13 δείχνει λίγο αυθαίρετος. Είναι ο κλινικός σε θέση να καθορίσει την ηλικία του θύματος σύμφωνα με τις δηλώσεις του δράστη; Πολλοί από τους δράστες δηλώνουν ότι το θύμα είχε πρόωμη ανάπτυξη και εφηβεία ή ότι έδρασαν πριν το θύμα κλείσει τα 13. Πολλοί κακοποιούν σεξουαλικά εφήβους οι οποίες/οι δείχνουν πολύ νεώτερες/οι. Δεν θα μπορούσαν αυτοί να διαγνωστούν σαν παιδόφιλοι; Εάν στο DSM υπήρχε διάγνωση για "σεξουαλικά επιθετική πράξη" (αυτό που ευρέως ονομάζεται "βιασμός"), πιθανόν το πρόβλημα αυτό να είχε λυθεί, δεδομένου ότι

η ηλικία του θύματος θα ήταν ανεξάρτητη από μία αρχική ένταξη του ατόμου σε κάποια διαγνωστική κατηγορία.

Το θέμα επίσης της ηλικίας του δράστη δημιουργεί διαγνωστικά προβλήματα.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του DSM, σχετικά με τη διαφορά ηλικίας δράστη και θύματος, δεν θα πρέπει να θεωρείται παιδόφιλος ο δράστης που βρίσκεται στην εφηβική ηλικία.

Δεδομένου του μεγάλου αριθμού εφήβων σεξουαλικών παραπτώματιών η διαγνωστική προσπέλαση στην ομάδα των ατόμων αυτών είναι δυσχερέστατη.

Ο Marshall (1997), διατυπώνει τις αμφιβολίες του για την παρατήρηση του DSM-IV, σχετικά με την παιδοφιλική προτίμηση κοριτσιών 8-10 χρονών. Επιπλέον, για την παιδοφιλική προτίμηση αγοριών βρήκε ότι, τα δύο τρίτα των δραστών που ήταν ετεροφυλόφιλοι είχαν προτίμηση για αγόρια 5-10 ετών, ενώ το ένα τρίτο που ήταν ομοφυλόφιλοι είχαν προτίμηση για αγόρια εφηβικής ηλικίας (Marshall et al, 1988). Σχετικά με την παρατήρηση του DSM-IV για την έναρξη της διαταραχής περι την εφηβεία, βρέθηκε ότι οι μισοί τουλάχιστον παιδόφιλοι αρχίζουν τη δράση τους κατά την ενηλικίωση, αρνούμενοι επιπλέον τέτοιου τύπου φαντασιώσεις νωρίτερα (Marshall et al, 1991). Σχετικά με την παρατήρηση του DSM-IV για μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής των δραστών με αγόρια, μακροχρόνια παρακολούθηση έδειξε ίση επικινδυνότητα υποτροπής σε δράστες έναντι αγοριών και έναντι κοριτσιών (Marshall & Barbaree, 1988).

Τέλος, σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, η συμμετοχή των γυναικών σε τέτοιου τύπου σεξουαλική παραπτωματικότητα δεν φαίνεται να είναι αμελητέα (Matthews et al, 1989). Η ασαφής φύση των διαγνωστικών κριτηρίων ώθησαν αρκετούς ερευνητές να υιοθετήσουν πιο χαλαρά κριτήρια. Για παράδειγμα, οι Abel et al (1988), μη χρησιμοποιώντας το κριτήριο που απαιτεί δμηνη παρουσία των συμπτωμάτων, βρήκαν ότι, 61,4% των παιδόφιλων με προτίμηση κορίτσια, 54,2% των παιδόφιλων που προτιμούν αγόρια, και 46% των αιμομικτών, έχουν τουλάχιστον τρεις παραφιλίες. Αντίθετα, οι Marshall et al (1991),

υιοθετώντας αυστηρότερα κριτήρια βρήκαν ότι μόνο 12% των παιδόφιλων ανέφεραν τουλάχιστον μία παραφιλία.

4.7.3. Κατηγοριοποίηση

Τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά ομαδοποιούνται συχνά σύμφωνα με το φύλο του θύματος και τη σχέση του δράστη με το θύμα. Διαχωρίζονται λοιπόν στα άτομα που διαπράττουν αιμομιξία, τα οποία έχουν σεξουαλική σχέση με τα παιδιά τους, και στα άτομα που δεν έχουν κάποια βιολογική ή νομική σχέση με το θύμα.

Η δεύτερη ομάδα διαχωρίζεται επιπλέον ανάλογα με το φύλο του θύματος, σε ετεροφυλόφιλους και ομοφυλόφιλους. Το γεγονός όμως αυτό περιπλέκει την κατάσταση εάν σκεφτεί κανείς ότι η αναλογία ετεροφυλόφιλων και ομοφυλόφιλων, σύμφωνα με την επιθυμία έναντι των ενηλίκων, είναι 2:1. Διαχωρισμός επίσης θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα με την παιδοφιλική κατεύθυνση των ατόμων που κακοποιούν τα παιδιά. Όπως προαναφέρθηκε, δεν είναι παιδόφιλοι όλοι αυτοί που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά, ενώ μπορεί να υπάρχουν παιδόφιλοι που δεν έχουν κακοποιήσει παιδιά. Ο ορισμός του DSM-IV δεν είναι σε θέση να οριοθετήσει επαρκώς τα περιστατικά. Επιπλέον, σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό που απαιτεί ο δράστης να είναι τουλάχιστον 16 ετών και 5 χρόνια μεγαλύτερος από το θύμα, υπάρχει δυσκολία στην ταξινόμηση των εφήβων δραστών.

4.7.4. Επιδημιολογία

Έρευνες σε διάφορες χώρες δείχνουν ότι τουλάχιστον 7% των γυναικών και 3% των ανδρών έχουν κάποια εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία (Finkelhor, 1994). Οι κοινωνικές επιπτώσεις αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο, αφού έχει

φανεί ότι μπορεί να προκληθούν ποικίλες ψυχολογικές καταστάσεις, όπως, κατάχρηση ουσιών, σεξουαλική εκδραμάτιση, και αυτοκτονική συμπεριφορά (Beitchman, 1992). Υπάρχει έντονη τάση να υπο-αναφέρεται η δράση των ατόμων αυτών, ενώ συγχρόνως υπάρχει αυξημένη τάση υποτροπής σε παρόμοια δράση μετά την σύλληψή τους (Hanson et al, 1993).

Ευρεία έρευνα στις ΗΠΑ (American Humane Association, 1988), έδειξε ότι 2 εκατομμύρια παιδιών στη χώρα αυτή έχουν κακοποιηθεί, ενώ το 16% αυτών έχει κακοποιηθεί σεξουαλικά. Οι αριθμοί αυτοί υποδεικνύουν 300.000 περίπου περιπτώσεις παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης ανά έτος. Τα θύματα υπολογίζονται ότι στο 77% είναι κορίτσια μέσης ηλικίας 9,2 έτη. Οι δράστες στο 82% υπολογίζεται ότι είναι άνδρες.

Έρευνα στον Καναδά (Committee on Sexual Offenses against Children and Youths, 1984), έδειξε ότι το ένα τρίτο των ανδρών και πάνω από τις μισές γυναίκες στη χώρα αυτή ανέφεραν ότι είχαν κακοποιηθεί σεξουαλικά, ενώ σε πάνω από τα τέσσερα πέμπτα το γεγονός αυτό συνέβη πριν τα 18. Είναι γενικά γνωστό ότι τα δεδομένα από τις επίσημες αναφορές τείνουν να υποεκτιμούν σημαντικά τη πραγματική συχνότητα της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Οι έρευνες σε δείγματα γενικού πληθυσμού φαίνεται να αναπαριστούν καλύτερα την πραγματική εικόνα, μπορεί όμως να μην περιέχουν ενδιαφέροντα δεδομένα από άτομα που αρνούνται να συμμετάσχουν. Η συμμετοχή σε τέτοιου τύπου έρευνες κυμαίνεται από 60-90%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι το ποσοστό των θυμάτων μειώθηκε σημαντικά όταν η συμμετοχή αυξήθηκε (Haugaard, 1987), γεγονός που υποδεικνύει ότι ο βαθμός συμμετοχής στις έρευνες αυτές φαίνεται να επηρεάζει τα αποτελέσματα με έναν μη κατανοητό τρόπο. Οι μέχρι στιγμής έρευνες επίσης έχουν χρησιμοποιήσει δείγματα που δεν είναι αντιπροσωπευτικά του γενικού πληθυσμού, ενώ επιπλέον δεν είμαστε σε θέση να εκτιμήσουμε την ειλικρίνεια των απαντήσεων (Marshall, 1997).

4.7.5. Αιτιολογία

Ένας παράγοντας που μπορούμε να πούμε με ασφάλεια ότι αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την παιδική σεξουαλική κακοποίηση είναι το ανδρικό φύλο, δηλαδή, ότι οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να κακοποιήσουν σε σχέση με τις γυναίκες.

Ένας άλλος παράγοντας είναι η ενσυναισθησία (empathy). Βρέθηκε ότι, τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά έχουν ιδιαίτερη έλλειψη ενσυναισθησίας απέναντι στα θύματά τους, παρουσιάζουν κάποια ενσυναισθησία απέναντι στα θύματα των άλλων δραστών, και δείχνουν φυσιολογική ενσυναισθησία απέναντι σε όλα τα υπόλοιπα παιδιά (Marshall, et al, 1994). Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι δράστες έχουν την ιδιότητα να περιορίζουν την ενσυναισθησία απέναντι στα θύματά τους, να διαστρέφουν τον τρόπο που τα αντιλαμβάνονται, φτάνοντας έτσι εύκολα στην κακοποίηση.

Αναφέρθηκε επίσης ότι τα άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά έχουν εξαιρετικά χαμηλή αυτοπεποίθηση (self-esteem), ενώ το 60% αυτών έχουν σημαντική πτώση στην αυτοεκτίμηση το χρονικό διάστημα πριν την διάπραξη (Pithers et al, 1989). Η έλλειψη ερωτικής σχέσης και η μοναχικότητα των ατόμων αυτών φαίνεται να πηγάζει από την υιοθέτηση δυσλειτουργικών και ανεπαρκών μορφών προσκόλλησης (Garlick et al, 1996).

Η μορφή και ο χρόνος έναρξης των παρεκκλινοντων φαντασιώσεων αποτελεί σημαντικό κινητήριο παράγοντα, αν και τα αποτελέσματα για την επικράτησή τους είναι αντικρουόμενα. Ποσοστά που κυμαίνονται από 20-50% των δραστών ανέφεραν ύπαρξη φαντασιώσεων πριν τη διάπραξη (Abel et al, 1987). Ένας άλλος σημαντικός προδιαθεσικός παράγοντας είναι οι γνωσιακές διαστροφές. Οι ερευνητές χρησιμοποιούν τον όρο αυτό για να συμπεριλάβουν ποικίλα χαρακτηριστικά σκέψης, όπως, ελαχιστοποίηση, άρνηση, και απόδοση ευθυνών σε άλλους ή διαταραγμένες αντιλήψεις σχετικά με τη συμπεριφορά των παιδιών, ή ακόμα και την σεξουαλικότητα των παιδιών (Pithers et al, 1989). Οι Abel et al (1989), χρησιμοποιώντας την Γνωσιακή Κλίμακα των Abel et al (1984), βρήκαν ότι τα άτομα

που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά έχουν πληθώρα διαταραγμένων γνωσιών όπως ότι, τα παιδιά ενδιαφέρονται να έχουν σεξουαλικές εμπειρίες με τους μεγάλους ή ότι διασκεδάζουν και οφελούνται από τις εμπειρίες αυτές.

Ανάμεσα στους πρώιμους προδιαθεδικούς παράγοντες περιλαμβάνονται οι σχέσεις γονέα-παιδιού. Πράγματι ανιχνεύθηκαν διαταραγμένες σχέσεις μεταξύ δράστη στη παιδική ηλικία και γονέων του. Ο τύπος μάλιστα των σχέσεων αυτών θεωρήθηκε αιτιολογικός για την μετάπειτα πορεία του δράστη (Marshall et al, 1993). Συχνές επίσης είναι οι αναφορές για πρώιμη σεξουαλική κακοποίηση των δραστών στη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας. Τα ποσοστά κυμαίνονται από 0-67%, ανάλογα με τον ορισμό της σεξουαλικής κακοποίησης (Hanson & Slater, 1988). Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι το 50% των σεξουαλικών και το 20% μη-σεξουαλικών φυλακισμένων παραπτωμάτων υπήρξαν θύματα σωματικής σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία (Dhawan & Marshall, 1996). Ερώτημα παραμένει γιατί αυτή η εμπειρία να οδηγεί σε διάπραξη κακοποίησης κατά την ενηλικίωση αντί στην αναστολή τέτοιων πράξεων. Εάν η πρώιμη σεξουαλική κακοποίηση βιώνεται σαν τραυματική γιατί τότε ένα άτομο να κακοποιεί κάποιο άλλο; Η έφηβοι που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά.

Τα τελευταία χρόνια η βιβλιογραφία δείχνει ότι ένα μεγάλο μέρος των εφήβων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά είναι πραγματικοί και όχι περιστασιακοί δράστες. Για τον λόγο αυτόν, η ομάδα αυτή των δραστών διερευνάται με παρόμοιο τρόπο που διερευνώνται οι ενήλικες δράστες. Έφηβοι δράστες έχουν εκτιμηθεί με τη φαλλομετρική μέθοδο, έχοντας όμως ανακύψει δεοντολογικά προβλήματα. Υπήρξε ο φόβος ότι η παρουσίαση σε νεαρά αγόρια ερωτικού υλικού με μικρά παιδιά θα μπορούσε να ενθαρρύνει την παρέκκλιση (Marshall, 1997). Έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα αναπτυξιακά χαρακτηριστικά των ατόμων αυτών που μεγαλώνοντας κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά. Κάποιοι υποθέτουν έναν κύκλο κακοποίησης όπου η παιδική σεξουαλική κακοποίηση αποτελεί μοντέλο για την μετέπειτα

σεξουαλική κακοποίηση με δράστες τα πρώην θύματα. Τα δεδομένα δείχνουν ότι ένας δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά είτε έχουν κακοποιηθεί ενώ ήταν παιδιά, είτε έχουν δοκιμαστεί από στέρηση ή γενικότερου τύπου κακοποίηση (Marshall et al, 1993). Για παράδειγμα, βρέθηκε ότι η παιδική ηλικία των ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά χαρακτηρίζεται από ασταθείς (Awad et al, 1984) ή διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις (Saunders et al, 1986). Επίσης βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα εχθρικότητας και σωματικής κακοποίησης (Finkelhor, 1979), καθώς και αμέλειας από πλευράς των γονέων τους (Davidson, 1983). Με βάση τα δεδομένα αυτά οι Marshall et al (1993), υπέθεσαν ότι υπάρχει δυσλειτουργικότητα στο δεσμό προσκόλλησης μεταξύ γονέων και νέου αγοριού, γεγονός που προδιαθέτει σε ανεπιτυχή πρότυπα για μελλοντικές σχέσεις. Ο νέος ενήλικας συνεπώς, αναπτύσσοντας δυσπιστία ή αμφιβολία στις ερωτικές σχέσεις, θα οδηγηθεί εύκολα σε σχέσεις με παιδιά τα οποία ελέγχονται εύκολα και δεν φαντάζουν απειλητικά. Το συνυπάρχον μάλιστα ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης θα οδηγήσει σε σχέση με παιδιά χωρίς ίχνος ενσυναισθησίας. Όλα αυτά τα ελλείματα, μαζί με την ανάγκη για κυριαρχία, μπορεί να οδηγήσουν τον νέο ενήλικα σε σεξουαλική σχέση με παιδιά, σαν αποτέλεσμα συνάντησης των σεξουαλικών αναγκών των με την ανάγκη για δημιουργία κάποιας σεξουαλικής σχέσης.

4.7.6. Εκτίμηση

Η διάγνωση της παιδοφιλίας μπορεί να γίνει με τη βοήθεια:

1. Της συνέντευξης του ατόμου σχετικά με τις σεξουαλικές φαντασιώσεις, τάσεις και συμπεριφορές
2. Των ψυχομετρικών κλιμάκων που μετρούν σεξουαλικές επιθυμίες

3. Των φαλλομετρικών μεθόδων που μετρούν σεξουαλική διέγερση έναντι ποικίλων ηλικιακών ομάδων και φύλων.

Απαραίτητη φυσικά είναι η λήψη λεπτομερούς ιατρικού και ψυχιατρικού ιστορικού, περιλαμβανομένων πληροφοριών που αφορούν ιστορικό κακοποίησης, αριθμό και ποιότητα ερωτικών σχέσεων, ηλικία έναρξης παρεκκλίνουσας σεξουαλικής συμπεριφοράς, συνύπαρξη άλλων παραφυλιών, και λεπτομερές σεξουαλικό εγκληματολογικό ιστορικό. Εξακολουθεί να μην είναι ξεκάθαρο το μέγεθος παιδοφιλικής διέγερσης των ατόμων που κακοποιούν σεξουαλικά τα παιδιά. Οι μη-αιμομίκτες παρουσιάζουν σαφώς υψηλότερη διέγερση, ενώ οι αιμομίκτες φαίνεται ότι παρουσιάζουν παρόμοια διέγερση με αυτή του γενικού πληθυσμού (Freund 1987, Abel et al, 1981). Οι Barbaree και Marshall (1989), βρήκαν ότι το 48% των μη-αιμομικτών με κορίτσια, το 28% των αιμομικτών με κόρη, αλλά και το 15% του φυσιολογικού δείγματος έδειξαν ισχυρή σεξουαλική διάγερση με παιδιά.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα σχετικά με την ψυχοπαθολογία των ατόμων αυτών. Βρέθηκε ότι λιγότεροι από 5% πάσχουν από ψυχωσική συνδρομή, ενώ η κύρια διάγνωση σε επίπεδο προσωπικότητας είναι η διαταραχή προσωπικότητας ψυχοπαθητικού τύπου. Οι Abel et al (1985) όμως βρήκαν ότι μόνο 12% αυτών που παρακολουθούντο στα εξωτερικά ιατρεία είχαν διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας ψυχοπαθητικού τύπου, ενώ οι Serin et al (1994), βρήκαν ότι 7,5% μόνο σκόραραν υψηλά στην κλίμακα ψυχοπαθητικότητας του Hare.

Κλίμακες

Αρκετές κλίμακες έχουν χρησιμοποιηθεί για τον υπολογισμό του σεξουαλικού ενδιαφέροντος για παιδιά. Σπουδαιότερες είναι η *Abel Child Cognitions Scale* (Abel et al, 1989), η *Clarke Sexual History Questionnaire* (Paitich et al, 1977), και η *Multiphasic Sex Inventory* (Nichols & Molinder, 1984). Αυτές, αν και έχουν δείξει κάποια αξιοπιστία, δεν έχει

αποδειχθεί η χρησιμότητά τους σε άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά παιδιά. Οι αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες, λόγω της φύσης των ερωτήσεων, είναι αρκετά ευάλωτες και οι δράστες συχνά αρνούνται το σεξουαλικό τους ενδιαφέρον για τα παιδιά. Αυτός είναι ο λόγος που από παλιά δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση σε ανάπτυξη τεχνικών, όπως η φαλλομετρία, η οποία δεν επηρεάζεται από την προσποίηση.

Πολλές έρευνες που χρησιμοποίησαν το MMPI έδειξαν ποικίλου βαθμού μη-ειδικές παρεκκλίσεις. Πρόσφατη ανασκόπηση όμως έδειξε ότι ελάχιστες από τις μελέτες αυτές έδειξαν ότι κάποια δείγματα είναι πράγματι εκτός των φυσιολογικών ορίων (Marshall & Hall, 1995).

Φαλλομετρικές Μέθοδοι

Υπήρξαν αρκετές ενδείξεις διακριτικής ικανότητας των φαλλομετρικών μεθόδων. Βρέθηκε ότι, οι μη-παραπρωματίες δείχνουν ισχυρή διέγερση σε ερεθίσματα που αφορούν ενήλικες γυναίκες, και λιγότερη διέγερση σε γυναίκες μικρότερες των 15 ετών. Οι παιδόφιλοι έδειξαν μεγαλύτερη απαντητικότητα σε παιδιά, ενώ οι αιμομίκτες έδειξαν προφίλ απαντητικότητας αρκετά κοντά στο φυσιολογικό, με μικρότερη όμως διέγερση στις ενήλικες γυναίκες σε σχέση με τους μη-παραπρωματίες (Quinsey, 1993).

Οι Barbaree & Marshall (1989), χρησιμοποιώντας τη φαλλομετρική μέθοδο, παρουσίασαν πέντε ξεχωριστά μοντέλα απαντητικότητας σε άτομα που κακοποιούν σεξουαλικά παιδιά και σε μη-παραπρωματίες.

α. Το προφίλ “προτίμησης ενηλίκων” χαρακτηρίζεται από ισχυρή απάντηση σε ενήλικες γυναίκες και ελάχιστη σε παιδιά.

β. Το προφίλ “προτίμησης εφήβων και ενηλίκων” είναι παρόμοιο με το προηγούμενο, με ισχυρότερη την απάντηση απέναντι στις εφήβους.

γ. Ένας μεγάλος αριθμός ανδρών δεν ήταν σε θέση να διαχωριστεί επειδή έδειχνε “ενδιάμεση” απαντητικότητα απέναντι σε όλες τις ηλικίες.

δ. Ένας μικρός αριθμός χαρακτηρίζεται από ισχυρή απάντηση, και συνεπώς “προτίμηση παιδιών” και μικρότερη εφήβων και ενηλίκων.

ε. Τέλος, το μοντέλο “προτίμησης παιδιών και ενηλίκων”, το οποίο χαρακτηρίζεται από διφασική ισχυρή απαντητικότητα τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, αλλά με μικρή απαντητικότητα απέναντι σε εφήβους.

Η μεγαλύτερη πλειονότητα των μη-παραπτωματιών ανήκει στο μοντέλο προτίμησης ενηλίκων, και οι υπόλοιποι ανήκουν στο μοντέλο προτίμησης εφήβου ή ενήλικα ή στο μοντέλο της ενδιάμεσης απαντητικότητας. Οι αιμομίκτες δείχνουν προφίλ ανάμεσα στο μοντέλο προτίμησης ενηλίκων και στο μοντέλο της ενδιάμεσης απαντητικότητας.

Τέλος, τα άτομα που κακοποιούν παιδιά δείχνουν να είναι μία ετερογενής ομάδα όπου, το 35% αυτών ανήκουν στο μοντέλο προτίμησης παιδιών και οι υπόλοιποι μοιράζονται ομοιόμορφα στις υπόλοιπες ομάδες. Επιπλέον φάνηκε ότι τα άτομα που ανήκαν στο μοντέλο προτίμησης παιδιών ή παιδιών και ενηλίκων είχαν χαμηλότερη νοημοσύνη και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ενώ συγχρόνως παρουσίαζαν μεγαλύτερο αριθμό θυμάτων σε σχέση με τους άλλους παραπτωματίες. Τα άτομα αυτά επίσης έδειχναν να μην αναστέλλονται από σκηνές που περιείχαν βία, σε αντίθεση με τα άτομα των άλλων ομάδων.

Αναμφίβολα, οι φαλλομετρικές μέθοδοι μπορούν να βοηθήσουν στην εκτίμηση των θεραπευτικών αναγκών καθώς και στην εκτίμηση του κινδύνου υποτροπής. Σίγουρα όμως δεν θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στις δικαστικές διαδικασίες δεδομένης της χαμηλής ευαισθησίας που παρουσιάζουν. Άτομα που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα έναντι των παιδιών δεν παρουσίασαν τυπικό προφίλ παρεκκλίνουσας σεξουαλικότητας σύμφωνα με τις μεθόδους αυτές.

4.8. Παραφιλιές Μη προσδιοριζόμενες Αλλιώς

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στις παραφιλιές μη προσδιοριζόμενες αλλιώς εντάσσονται πάνω από 30 παραφιλιές που όμως στερούν μελέτης για να ευσταθίσουν ως ξεχωριστές κατηγορίες. Άλλο ένα πρόβλημα που υφίσταται είναι το γεγονός ότι κάποιες παραφιλιές επισυνάπτονται ως επιπλέον στοιχεία στις ήδη υπάρχουσες. Για παράδειγμα, η κοπρολαγνεία συναντάται σε μαζοχιστές σαν τρόπος μείωσης και ταπείνωσης του εαυτού τους.

Εδώ θα αναφερθεί η εφραψιομανία, η παραφιλία που δεν αναγνωρίζεται από το ICD-10 ως ξεχωριστή κατηγορία μόνο από το DSM-IV. Η εφραψιομανία είναι δύσκολο να παρατηρηθεί για αυτό και δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία από μελέτες, παρ' αυτά η παρούσα εργασία είναι σε θέση να παρέχει τις απαιτούμενες πληροφορίες.

4.8.1 Εφραψιομανία

Ο Krafft-Ebing (1886/1925), θεώρησε την εφραψιομανία σαν μορφή της επιδειξιομανίας, ενώ ο Freud (1905/1925), πρόσθεσε τον όρο "*scoptophilia*" για να τονίσει τη σχέση μεταξύ ηδονοβλεψίας και επιδειξιομανίας. Αρκετές μελέτες έδειξαν την υψηλή συνύπαρξη αυτών των παραφιλιών (Taylor, 1947). Η εφραψιομανία είναι μία παραφιλία που χαρακτηρίζεται από το άγγιγμα ερωτογόνων περιοχών ενός άγνωστου ατόμου σε μέρη όπου υπάρχει πολυκοσμία ή όπου η διαφυγή θα ήταν εύκολη αν γινόταν αντιληπτός.

4.8.1.1. Διαγνωστικά Κριτήρια

Κατά το DSM-IV

A. Πάνω από μία περίοδο 6 μηνών με επαναλαμβανόμενες και επίμονες σεξουαλικές φαντασιώσεις, τάσεις και συμπεριφορές που περιλαμβάνουν άγγιγμα και τρίψιμο έναντι μη-συγκατατιθέμενου ατόμου και

B. Οι σεξουαλικές φαντασιώσεις, τάσεις και συμπεριφορές προκαλούν σημαντική κλινική δυσφορία ή διαταραχή στη κοινωνική, εργασιακή, ή άλλη σημαντική περιοχή της λειτουργικότητας.

4.8.1.2. Επιδημιολογία

Η βιβλιογραφία για την εφραψιομανία είναι αρκετά μικρή σε σχέση με αυτήν των παραφιλιών. Για παράδειγμα, σε σχετική έρευνα για τα έτη 1966-1997, βρέθηκαν μόνο 17 μελέτες με το θέμα αυτό. Οι Abel et al (1987), τόνισαν ότι η εφραψιομανία είναι πολύ συχνή παραφιλική δραστηριότητα, και η συχνότητα της δραστηριότητας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν από τον κλινικό. Ο μέσος όρος των εφραψιομανικών πράξεων των 62 ατόμων με πρώτη διάγνωση την εφραψιομανία, που μελέτησαν, ήταν 850. Σε δείγμα ατόμων που είχαν συλληφθεί για ηδονοβλεπτική δραστηριότητα το 66% είχαν παράλληλα επιδείξει εφραψιομανική δραστηριότητα (Bradford et al, 1992). Οι Freund et al (1997), βρήκαν στοιχεία εφραψιομανικής δραστηριότητας στο 15-30% των ανδρών, όμως είναι άγνωστο το ποσοστό της πρόθεσης των ατόμων αυτών να συνεχίσουν σε πράξη βιασμού.

4.8.1.3. Συνοσηρότητα

Από τις διαταραχές στη διαδικασία ερωτικής σχέσης (courtship disorders) (Freund & Kolarsky, 1965), φαίνεται ότι η επιδειξιμανία και η δραστηριότητα μη-σαδιστικού βιασμού παρουσιάζονται με τη λιγότερο συχνή συνύπαρξη με άλλες παραφυλίες. Η ηδονοβλεψία παρουσιάζει την πλέον συχνή συνύπαρξη, ενώ η εφραψιομανία παρουσιάζει μία ενδιάμεση κατάσταση. Η ισχυρότερη συνύπαρξη φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στην ηδονοβλεψία και την επιδειξιμανία. Μετα-αναλύσεις δεδομένων έδειξαν επίσης ότι η συσχέτιση ανάμεσα στο βιασμό μη-σαδιστικού τύπου και στις καταστάσεις επιδειξιμανία, ηδονοβλεψία και εφραψιομανία είναι ισχυρότερη σε σχέση με τις καταστάσεις σαδισμός και μαζοχισμός, γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι ο βιασμός μη-σαδιστικού τύπου θα μπορούσε να συμπεριληφθεί στις διαταραχές της διαδικασίας της ερωτικής σχέσης (Freund et al, 1997). Οι Abel & Rouleau (1990), τόνισαν την ποικιλότητα των παραφυλικών καταστάσεων που μπορεί να κυμαίνονται όχι μόνο από άτομο σε άτομο αλλά και μέσα στο ίδιο το άτομο στη διάρκεια της ζωής του. Η δυναμική αυτή φαίνεται από το γεγονός ότι κάποια παραφυλία μπορεί να μειώνεται στη διάρκεια του χρόνου και κάποια άλλη να αναλαμβάνει σταδιακά τον πρώτο ρόλο. Οι Abel et al (1988), μελετώντας 561 παραφυλικούς βρήκαν ότι μόνο 21% των ατόμων με εφραψιομανία είχαν σαν μοναδική δραστηριότητα την εφραψιομανία ενώ οι υπόλοιποι είχαν κατά μέσο όρο επιπλέον 4,8 παραφυλίες. Οι Bradford et al (1992), μελετώντας 443 παραφυλικούς άνδρες που παρακολουθούσαν συμπεριφορικού τύπου θεραπευτικό πρόγραμμα στο νοσοκομείο της Οτάβα, βρήκαν ότι, από τα άτομα με εφραψιομανία το 24% είχε επιπλέον ετεροφυλική παιδοφυλική, το 35% ετεροφυλική ηβηφυλική, το 21% ομοφυλιφυλική παιδοφυλική, το 17% ομοφυλοφυλική ηβηφυλική, το 17% μετενδυματική, το 66% ηδονοβλεπτική, και το 31% επιδειξιμανική δραστηριότητα. Επιπλέον, το 31% και 16% αντίστοιχα επιχείρησαν ή διέπραξαν βιασμό.

4.8.1.4. Αιτιολογία

Οι Freund και Kolarsky (1965), περιέγραψαν την ιδανική διαδικασία μιας ερωτικής σχέσης που αποτελείται από 4 στάδια : την εντόπιση του στόχου-συντρόφου, την φάση μη-λεκτικής και λεκτικής προσέγγισης, την φάση όπου αναπτύσσεται κάποια σωματική επαφή, και τέλος τη φάση φάση της σεξουαλικής επαφής. Η θεωρία που αναφέρεται στη διαταραχή της διαδικασίας της ερωτικής σχέσης (courtship disorder) υποστηρίζει ότι στη περίπτωση των παραφιλιών υπάρχει κάποια ανακολουθία ή διαστροφή της πορείας αυτής, ή ακόμα και τέλεια παράλειψη κάποιας ή κάποιων από τις φάσεις αυτές. Στην περίπτωση της εφραψιομανίας η διαταραχή τοποθετείται στην τρίτη φάση, τη φάση της αλληλεπίδρασης δια της αφής.

4.8.1.5. Εκτίμηση

Οι Freund και Kolarsky (1965), περιέγραψαν την ιδανική διαδικασία μιας ερωτικής σχέσης που αποτελείται από 4 στάδια:

- ✓ την εντόπιση του στόχου-συντρόφου
- ✓ την φάση μη-λεκτικής και λεκτικής προσέγγισης
- ✓ την φάση όπου αναπτύσσεται κάποια σωματική επαφή
- ✓ τη φάση φάση της σεξουαλικής επαφής.

Η θεωρία που αναφέρεται στη διαταραχή της διαδικασίας της ερωτικής σχέσης (courtship disorder) υποστηρίζει ότι στη περίπτωση των παραφιλιών υπάρχει κάποια ανακολουθία ή διαστροφή της πορείας αυτής, ή ακόμα και τέλεια παράλειψη κάποιας ή κάποιων από τις φάσεις αυτές. Στην περίπτωση της εφραψιομανίας η διαταραχή τοποθετείται στην τρίτη φάση, τη φάση της αλληλεπίδρασης δια της αφής.

4.8.2. Τηλεφωνήματα Με Αισχρό Περιεχόμενο

Τα άτομα που επιδίδονται σε τηλεφωνήματα με αισχρό περιεχόμενο είναι κατά κανόνα ετεροφυλόφιλοι άνδρες οι οποίοι κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους τηλεφωνούν σε γυναίκες γνωστές ή άγνωστες για να πραγματοποιήσουν σεξουαλικά ερεθιστικές συνομιλίες.

4.8.3. Νεκροφιλία

Αποτελεί μια σπάνια παραφιλία και αναφέρεται στην σεξουαλική έλξη για ερωτικές δραστηριότητες με το πτώμα νεκρής γυναίκας. Δεν συνυπάρχει συχνά με άλλες παραφιλίες, πράγμα που σημαίνει ότι ίσως είναι αντανάκλαση μιας άλλης σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής.

4.8.4. Εστιασμένος Φετιχισμός

Αφορά σε ένα ακραίο σεξουαλικό ενδιαφέρον για συγκεκριμένο μέρος του σώματος. Οι ετεροφυλόφιλοι άνδρες εκδηλώνουν υπερβολικό σεξουαλικό ενδιαφέρον για τους γλουτούς και τα στήθη, τα μέρη του σώματος που διακρίνουν εύκολα στους άνδρες από τις γυναίκες. Οι ομοφυλόφιλοι, αντίστοιχα, έλκονται από τα γεννητικά όργανα, τους γλουτούς και το στήθος άλλων ανδρών, περιοχές του σώματος που διακρίνουν τους άνδρες από τις γυναίκες. Ο εστιασμένος φετιχισμός μπορεί επίσης να αφορά σε υπερβολικό σεξουαλικό ενδιαφέρον για ένα μέρος του σώματος στο οποίο δε δίνεται κατά κανόνα ιδιαίτερη σεξουαλική έμφαση, όπως οι μύες της κνήμης, τα πόδια ή τα χέρια.

4.8.5 Κοπρολαγνεία (κοπροφιλία)/ Ουρολαγνεία (ουροφιλία)

Τα άτομα με προτιμήσεις στα κόπρανα και στα ούρα αντίστοιχα είναι είτε ετεροφυλόφιλοι είτε ομοφυλόφιλοι άνδρες που εκδηλώνουν νωρίς κατά της ωρίμανσή τους μια σεξουαλική τάση για να συμπεριλάβουν τις δραστηριότητες αυτές στη σεξουαλική τους συνουσία. Επειδή όμως είναι ιδιαίτερα αποκρουστική η προτίμησή τους συνήθως περιορίζονται στο να τις πραγματοποιούν την ώρα του αυνανισμού.

4.8.6. Ζωοφιλία / Κτηνοβασία

Η ζωοφιλία αφορά σε μια δραστηριότητα που συνίσταται στη σεξουαλική διέγερση από την επανειλημμένη πραγματοποίηση σεξουαλικών δραστηριοτήτων με ζώα. Οι ζωόφιλοι αρχίζουν να πειραματίζονται στην αρχή με το να αυνανίζονται με ζώα, να διεισδύουν σε αυτά ή τα αρσενικά ζώα να διεισδύουν σε αυτούς κάτι που στην πορεία τους κάνει να αγνοούν ε'να αριθμό ερεθισμάτων που φυσιολογικά αναστέλλουν τη σεξουαλική διέγερση, όπως κόπρανα, γούνα και η αγριότητα του ζώου.

Έπειτα απο την παρουσίαση των συχνότερων παραφυλιών μη προσδιοριζόμενων αλλιώς, τώρα θα αναφέρουμε μόνο τις παραφυλίες όπου συναντάμε σε χαμηλότερη ένταση.

4.8.7. Λοιπές Παραφυλίες

1. Αβασιοφιλία (Abasiophilia): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός προς άτομα που είναι κουλά ή κουτσά ή γενικά ανάπηρα και/ή που φοράνε ορθοπαιδικά προσθετικά ή βοηθήματα.
2. Αγαλματοφιλία ή Πυγμαλιονισμός (Agalmatophilia Pygmalionism): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός από αγάλματα, μανεκέν ή την ακινησία γενικά.
3. Αιματολαγνεία (Hematolagnia): Ερωτική έλξη ή διέγερση από το αίμα.

4. Αιμομιξιοφιλία (Incestophilia): Ερωτική έλξη ή διέγερση από άτομα της οικογένειας.
5. Ακουστικοφιλία (Acousticophilia): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός από κάποιους ήχους.
6. Ακροβυστίολαγνεία (Foreskin fetishism).
7. Ακροτομοφιλία και αποτεμνοφιλία (Acrotomophilia and apotemnophilia): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός στον ακρωτηριασμό ή στους ακρωτηριασμένους.
8. Αλγολαγνεία (Algolagnia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από τον πόνο.
9. Αματολαγνεία ή Αιματολαγνεία (Blood fetishism or haematophilia).
10. Αμαυροφιλία (Amaurophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από σύντροφο ο οποίος δεν μπορεί (λόγω τεχνητών μέσων) να δει ή να ειπωθεί λόγω δεσίματος των ματιών ή από την ερωτική πράξη σε πλήρες ή απόλυτο σκοτάδι.
11. Αναισθησιοφιλία (Anesthesiophilia).
12. Ανασκολοπισμός (Impalement)
13. Ανδρομιμοτοφιλία (Andromimetophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από γυναίκες ντυμένες ως άνδρες ή που έκαναν εγχείριση αλλαγής φύλου.
14. Αντικειμενισμός και Επιπλοφιλία (Sexual objectification and fornfilia): Ερωτική αντικειμενοποίηση στην οποία το σώμα ενσωματώνεται σε έπιπλα.
15. Αποξύριση ή απολέπιση (Abrasion)
16. Αποστέρηση Αισθήσεων (sensory deprivation)
17. Αποτεμνοφιλία (Apotemnophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από τον ακρωτηριασμό (άκρου, δακτύλου ή γεννητικού οργάνου)
18. Αραχνοφιλία (Arachnophilia): Ερωτικό παιγνίδι ρόλων με θέμα τις αράχνες.
19. Αρετιφισμός (Aretifism): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός προς άτομα που δεν φοράνε υποδήματα.
20. Αρπαξοφιλία (Harpaxophilia): Η ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από το την ληστεία.
21. Αστραγαλολαγνεία (Ankle fetishism): Στην Βικτωριανή Αγγλία.

22. Ασφυξιοφιλία (Asphyxiophilia): Σεξουαλική έλξη στην ασφυξία (έλεγχο αναπνοής) περιλαμβανομένης και της αυτοερωτικής ασφυξίας.
23. Αυτογυναιφιλία (Autogynephilia): Αγάπη του εαυτού της ως γυναίκα.
24. Αυτοφονοφιλία (Autoassassinophilia): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός από την φαντασίωση για στήσιμο σκηνης του φόνου του ιδίου του εαυτού του.
25. Αφηγηματοφιλία (Narratorphilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την χρήση βρώμικων, άσεμων ή αισχρών λέξεων.
26. Βιαστοφιλία (Biastopphilia): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός από διάπραξη επίθεσης και βιασμού ή από προσυμφωνημένη δημόσια πράξη βιασμού.
27. Βοραρεφιλία ή Φαγοφιλία (Vorarephilia or phagophilia or gynophagia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την σκέψη βρώσης ή φάγματος από άλλο άτομο ή την βρώση ή φάγμα άλλου ατόμου ή πλάσματος.
28. Γαλακτοφιλία ή λακτοφιλία ή φετιχισμός γάλακτος (Galactophilia or lactophilia, Milk fetishism): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός ή διέγερση από λεχώνες ή το ανθρώπινο γάλα.
29. Γεροντοφιλία (Gerontophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από τους ηλικιωμένους.
30. Γιγαντολαγνεία (Giant fetishism) (βλέπετε επίσης μακροφιλία).
31. Γυναιμιμιτοφιλία (Gynaemimitophilia).
32. Δακρυφιλία (Dacryphilia): Ερωτικός ερεθισμός από την πρόκληση δακρύων σε άλλους ή στον ίδιο.
33. Δενδροφιλία (Dendrophilia): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός από δένδρα ή άλλα μεγάλα φυτά.
34. Εικονοφιλία (Pictophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από εικόνες με πορνογραφικό περιεχόμενο ή ερωτική τέχνη.
35. Εμετοφιλία (Emetophilia or vomerophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός στον έμετο.

36. Ενδοσοματοφιλία (endosomataphillia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την σκέψη του να βρίσκεται κάποιος μέσα στο σώμα κάποιου ή από την σκέψη ότι κάποιος θα τον φάει ολόκληρο και ζωντανό.
37. Επιδειξιμανία ή παιοδεικτοφιλία (Exhibitionism or autagonistophilia or peodeiktophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από την σεξουαλική συμπεριφορά υπό την παρακολούθηση τρίτων περιλαμβανομένης και της επαναλαμβανόμενης παρόρμησης για έκθεση των γεννητικών οργάνων σε ανυποψίαστα άτομα.
38. Επιπλοφιλία (Forniphilia): Βλέπετε αντικειμενισμός.
39. Ερωτική ή αυτοερωτική ασφυξία (Erotic or autoerotic asphyxiation or breath control play or strangulation play): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός στην ασφυξία.
40. Ερωτικός θηλασμός (Erotic lactation): Βλέπετε γαλακτοφιλία..
41. Εφηβοφιλία ή ηβηφιλία (Ephrophilia or heberphilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από έφηβους.
42. Ζηλοφιλία (Zelophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την ζήλια.
43. Ζωωσαδισμός (Zoosadism): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από τον βασανισμό ή την θανάτωση ζώων.
44. Ηβηφιλία (βλέπετε Εφηβοφιλία).
45. Κάθισμα στο πρόσωπο (Face sitting ή Queening) ή Κατάπνιξη (Smothering). Βλέπετε ασφυξιοφιλία.
46. Καπνολαγνεία ή Φετιχισμός στον καπνό ή τα καπνικά προϊόντα (Smoking fetishism or Carnolagnia).
47. Κατοπτροφιλία (Katoptrophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την ερωτική πράξη μπροστά σε καθρέφτες.
48. Κλεπτοφιλία (Kleptophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την κλοπή πραγμάτων.
49. Κλυσματοφιλία (Klismatophilia or Klismaphilia) Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από το

κλύσμα.

50. Κοπροφαγία (Coprophagia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός ή απόλαυση από την βορά κοπράνων.

51. Κουκλολαγνεία (Doll fetish).

52. Λιποφιλία (Fat fetishism or lipophilia).

53. Λουτρινοφιλία (Plushophilia) Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός σε λούτρινα παιχνίδια ή άτομα ντυμένα ως ζωάκια.

54. Μαιεσιοφιλία (Maiesiophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός στην γέννα ή στις εγκύους γυναίκες.

55. Μακροφιλία (Macrophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από γίγαντες ή γιγαντόσωμα άτομα ή γιγάντια μέρη το σώματος όπως γιγάντια στήθη ή γεννητικά όργανα.

56. Μερική αντί-γέννηση (partial unbirthing): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την εισαγωγή του κεφαλιού μέσα στον κόλπο μιας γυναίκας.

57. Μερμηγκοφιλία (Formicophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από μικρά ζώα, έντομα κ.τ.λ. που έρπουν σε σημεία του σώματος.

58. Μικροφιλία (Microphilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός προς άτομα που είναι μικροσκοπικά ή έχουν μικροσκοπικά μέρη του σώματος.

59. Μπαλονολαγνεία (Balloon fetishism).

60. Μποτολαγνεία (Boot fetishism).

61. Μυσοφιλία (Mysophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός προς λερωμένα, ακάθαρτα, βρωμερά ή σάπια υλικά ή αντικείμενα.

62. Νεκροζωοφιλία (Necrozoophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από τα νεκρά σώματα ή στις θανατώσεις ή στην νεκροκτηνοβασία.

63. Νεκροσαδισμός (Necrosadism): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από τον ακρωτηριασμό ή τον διαμελισμό πτωμάτων.

64. Νηπιοφιλία (Nepiophilia or infantophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός προς παιδιά μικρότερα των τριών ετών.
65. Νιοταιμόρι (Nyotaimori): Ιαπωνία: Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την βρώση sashimi or sushi από το σώμα (συνήθως γυμνής) γυναίκας.
66. Ξενοφιλία (Xenophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από ξένους ή αλλογενείς.
67. Ξυλολαγνεία (Πυγοράπισμα, spanking) ή Φραγγέλωση (flogging).
68. Οδοντολαγνεία (Odaxelagnia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από παθητικό ή ενεργητικό δάγκωμα.
69. Ομοιοενδυσία (Homeovestism): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από το να ντύνεται ή να φορά κάποιος ρούχα του φύλου του.
70. Ομοράσι (Omorashi): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την γεμάτη κύστη του ερωτικού συντρόφου.
71. Ομφαλολαγνεία (Belly button or Navel fetishism).
72. Οσμολαγνεία (Olfactophilia or Osmolagnia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από μυρωδιές η οσμές.
73. Ουακαμεζάκε (Wakamezake): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την πόση οινοπνευματώδους ποτού από το κορμί μιας γυναίκας.
74. Ουροφαγία (Urophagia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την πόση ούρων ή την θέαση άλλων που πίνουν ούρα.
75. Παρθενοφιλία (Parthenophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από τις παρθένες.
76. Ποδοφιλία (Foot fetishism or podophilia).
77. Πορδολαγνεία (Fart fetishism).
78. Πυροφιλία (pyrophilia): Ερωτική διέγερση από την θέαση, θέσιμο, άκουσμα, συζήτηση, φαντασίωση γύρω από την φωτιά.
79. Σαλιροφιλία (Salirophila): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την αποπάτηση (μόνον την

όψη) του επιθυμούμενου συντρόφου.

80. Σθενολαγνεία (Sthenolagnia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την επίδειξη δύναμης ή μυώνων.

81. Σιτοφιλία (Sitophilia): Η ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την χρήση φαγητού στο σεξ.

82. Σκατοφιλία (Fecophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από την αφοόδευση ή από την παρατήρηση άλλων να αφοδεύουν ιδιαίτερα πάνω στον παρατηρητή.

83. Σκοπτοφιλία (scopophilia). Η επαναλαμβανόμενη ακατανίκητη τάση ή συμπεριφορά για παρακολούθηση ανυποψίαστων προσώπων να ξεντώνονται ή να ασχολούνται με σεξουαλικές δραστηριότητες.

84. Συγκαλυμμένη αιμομικτοφιλία (Covert incestiphilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από σεξουαλική συμπεριφορά με παιδί χωρίς να υπάρχει φυσική επαφή.

85. Συγκρουσιλαγνεία ή Φετιχισμός συντριβής (Crush Fetishism): Η ερωτική διέγερση από την θέαση μικρών πλασμάτων συνήθως εντόμων να συντρίβονται από μέλος του αντίθετου φύλου, ή από την συντριβή του ιδίου του φετιχιστή, π.χ. σε αυτοκινητιστικά δυστυχήματα.

86. Σχεδιοφιλία (Schediaphilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από χαρακτήρες κινουμένων σχεδίων.

87. Ταμακέρι (Tamakeri): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από το κτύπημα ενός άνδρα στα γεννητικά όργανα από μία γυναίκα.

88. Τερατοφιλία (Teratophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από παραμορφωμένα ή θηριόμορφα άτομα. sexual attraction to deformed or monstrous people

89. Τριβιδισμός (Frottage, Frotteurism): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από την επαναλαμβανόμενη παρόρμηση ή συμπεριφορά του αγγίγματος ή της τριβής του ατόμου πάνω σε άλλο άτομο που δεν συναινεί ή άγνωστο πρόσωπο δημόσια.

90. Τριχοφιλία (Trichophilia): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από τρίχες.

91. Τροιλισμός (Troilism): Η ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από τη ιδέα της παρτούζας και

ιδιαίτερα από το να υπάρχει τρίτο άτομο που να βλέπει τα άλλα δύο να επιδίδονται σε σεξουαλικές πράξεις.

92. Τυφλολαγνεία (Blindness fetishism).

93. Υβριστοφιλία (Hybristophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός σε άτομα που διέπραξαν εγκλήματα, ιδιαίτερα που διέπραξαν σκληρά, ανήλεα, αποτρόπαια, ή αισχρά εγκλήματα.

94. Υγρός και βρόμικος φετιχισμός (Wet and messy fetishism): Ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από το εσκεμμένο και μπόλικο άπλωμα ουσιών στο γυμνό δέρμα ή τα ρούχα που φορούν οι άνθρωποι.

95. Υδροφιλία (Aquaphilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από το νερό ή περιβάλλοντα που περιέχουν νερό περιλαμβανομένων λουτρών, μπάνιων και πισίνων.

96. Υπηρετοφιλία (Serviphilia): Η ερωτική διέγερση ή ερεθισμός από το να είναι κάποιος ή να υποδύεται τον υπηρέτη.

97. Υπνοφετιχισμός (Hypnofetishism).

98. Υπνοφιλία (Somnophilia): Ερωτική διέγερση, έλξη ή ερεθισμός από κοιμώμενα ή αναίσθητα άτομα.

99. Φονολαγνεία ή ερωτοφονοφιλία (Lust murder or homicidophilia or erotophonophilia): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός από την διάπραξη (ή προσπάθεια διάπραξης) φόνου.

100. Φωτογραφοφιλία (Pictophilia): Η αδυναμία για διέγερση εκτός μέσω της χρήσεως πορνογραφίας.

101. Χρονοφιλία (Chronophilia): Ερωτική έλξη ή ερεθισμός σε σύντροφο με την ίδια χρονολογική ηλικία αλλά με σεξοερωτική ηλικία που δεν συνάδει με την χρονολογική ηλικία.

4.9 Θεραπεία Παραφιλιών

Οι γενικές ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις στοχεύουν στην κατανόηση της δυναμικής της σεξουαλικής παραπτωματοκτονίας, στην αύξηση της υπευθυνότητας του δράστη, στην αύξηση της ενσυναισθησίας, στη μείωση των γνωσιακών διαστροφών, στη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, στο χειρισμό του άγχους, και στη σεξουαλική εκπαίδευση. Αρκετές από αυτές τις προσεγγίσεις δεν αναπτύχθηκαν ειδικά για σεξουαλικούς παραπτωματίες. Αναφέρονται αρκετά θεραπευτικά προγράμματα τέτοιου τύπου στη βιβλιογραφία. Οι Castell & Yalom (1972) περιέγραψαν ένα τέτοιο πρόγραμμα ψυχοδυναμικής προσέγγισης, ενώ υπάρχουν αρκετές αναφορές ομαδικής ψυχοδυναμικού τύπου ψυχοθεραπείας σε φυλακές (Brancale et al, 1972). Μετα-αναλύσεις όμως έδειξαν ότι οι γενικού τύπου ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις δεν ήταν σε θέση να μειώσουν την υποτροπή των υπό θεραπεία δραστών (Furby et al, 1989).

4.9.1. Συμπεριφορικές θεραπείες

Οι περισσότεροι ερευνητές υποθέτουν ότι η παρεκκλίνουσα σεξουαλική διέγερση είναι αποτέλεσμα διαδικασίας μάθησης ή εξάρτησης. Οι θεραπείες αυτές εστιάζονται στην αλλαγή του προτύπου της σεξουαλικής απάντησης και της παιδοφιλικής κατεύθυνσης προς την σεξουαλική προτίμηση των ενηλίκων. Αν και υπάρχουν ενδείξεις θετικής επίδρασης στα πρότυπα σεξουαλικής διέγερσης δεν φαίνεται ότι η σεξουαλική προτίμηση θα μπορούσε να τροποποιηθεί. Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις στη θεραπεία των παιδόφιλων κατευθύνονται στην τροποποίηση των προτύπων διέγερσης μειώνοντας την παρεκκλίνουσα διέγερση και αυξάνοντας την φυσιολογική διέγερση. Γενικά, τρεις είναι οι πλέον χρησιμοποιημένες μέθοδοι για την μείωση της παιδοφιλικής παρεκκλίνουσας διέγερσης, οι “τεχνικές

αποστροφής”, η “συγκαλυμμένη ευαισθητοποίηση”, και η “τεχνική κορεσμού”. Αν και υπάρχουν ενδείξεις μείωσης και πιθανόν τροποποίησης της παρεκκλίνουσας διέγερσης, δεν φαίνεται να μειώνονται τα ποσοστά υποτροπής.

Οι πλέον ενδιαφέρουσες μελέτες στον τομέα της θεραπείας αποστροφής δημοσιεύτηκαν από τους Quinsey et al (1980). Χρησιμοποίησαν “βιοανάδραση με αποστροφή μέσω ηλεκτρικής εκκένωσης” με σκοπό τη μείωση της παιδοφιλικής διέγερσης. Οι περισσότεροι ετεροφιλοφυλικοί παιδόφιλοι έδειξαν βελτίωση στα πρότυπα διέγερσης.

Οι Laws & Marshall (1991), εξέτασαν τη χρησιμότητα της συμπεριφορικής τεχνικής “επανεξάρτηση μέσω του αυνανισμού”. Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής αυτής είναι η μη χρησιμοποίηση τεχνικών αποστροφής, που από ορισμένους θεωρούνται αντιδεοντολογικές, και η δυνατότητά της να γίνει ακόμα και στο σπίτι του θεραπευομένου. Μία μορφή της τεχνικής αυτής είναι η “οργασμική επανεξάρτηση”, κατά την οποία, στη διάρκεια του αυνανισμού, τη στιγμή του οργασμού το άτομο τροποποιεί την παρεκκλίνουσα φαντασίωση και φαντασιώνει ένα φυσιολογικό ερεθίσμα. Μία άλλη τεχνική είναι η “τροποποίηση της φαντασίωσης” κατά την οποία το άτομο τροποποιεί το περιεχόμενο των φαντασιώσεών του σύμφωνα με ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα, αλλά όχι στη διάρκεια αυνανισμού. Μία άλλη μορφή είναι ο “κατευθυνόμενος αυνανισμός” κατά τον οποίο το άτομο ενισχύεται και κατευθύνεται να αυνανίζεται αποκλειστικά με φυσιολογικά ερεθίσματα. Τέλος, η “θεραπεία κορεσμού”, κατά την οποία το άτομο ενθαρρύνεται να φαντασιώνει και να αυνανίζεται με αποκλίνοντα ερεθίσματα για μεγάλα χρονικά διαστήματα, κυρίως μάλιστα αμέσως μετά την εκπερμάτιση, ώστε να προκληθεί κορεσμός, κόπωση και τελικά απέχθεια. Γενικά, υπάρχουν κάποιες ενδείξεις για αποτελεσματικότητα των τεχνικών αυτών, αλλά είναι αμφίβολη η μακροχρόνια αποτελεσματικότητά τους. Έχει φανεί επίσης ότι στις τεχνικές αυτές υπάρχει ιδιοσυγκρασιακού τύπου απαντητικότητα. Τέλος, φάνηκε ότι θα μπορούσαν να

χρησιμοποιηθούν περισσότερες από μία τεχνικές ταυτόχρονα, με σκοπό την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας.

Παράλληλα με τις τεχνικές αυτές είναι χρήσιμη η κατανόηση από το άτομο των παραγόντων εκείνων που οδηγούν στη σεξουαλική παραπνοματικότητα. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να κατανοήσει ότι οι παρεκκλίνουσες φαντασιώσεις είναι περισσότερο πιθανό να συμβούν όταν αισθάνεται ψυχολογικά πιεσμένο ή υπάρχουν συναισθήματα μοναξιάς και αναξιοσύνης.

Πρόληψη υποτροπής

Η έννοια της πρόληψης υποτροπής για τους σεξουαλικούς παραπνοματίες υιοθετήθηκε από έρευνες στους χρήστες ουσιών. Οι Marlett & Gordon (1985), εξέφρασαν την εξής στρατηγική για την πρόληψη υποτροπής στα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών: Ανίχνευση των ατόμων που έχουν υψηλή πιθανότητα υποτροπής, εκπαίδευση των ατόμων στην ανίχνευση καταστάσεων που αυξάνουν την πιθανότητα υποτροπής ή καταστάσεων που προδιαθέτουν σε υποτροπή, και εκπαίδευση σε διάφορες τεχνικές που στοχεύουν στην μείωση των πιθανοτήτων υποτροπής. Οι Pithers et al. (1983), επέκτειναν την στρατηγική αυτή στους σεξουαλικούς παραπνοματίες, δίνοντας έμφαση καταρχήν στην ανίχνευση καταστάσεων υψηλής επικινδυνότητας και αργότερα στην εκπαίδευση χειρισμού των καταστάσεων αυτών με σκοπό την πρόληψη ης υποτροπής. Γενικά, οι παρεμβάσεις με σκοπό την πρόληψη υποτροπής θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε αυτές που στοχεύουν στην αύξηση της ικανότητας αυτοδιαχείρισης και σε αυτές που τροποποιούν το περιβάλλον. Δίνεται έμφαση σε γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές, έχοντας υπόψη ότι τα σεξουαλικά παραπτώματα δεν είναι μεμονωμένα συμβάντα αλλά αποτελούν κομμάτια στην γνωσιακή-συμπεριφορική αλυσίδα. Στην αλυσίδα αυτή περιγράφονται τα στάδια της συγκεκριμένης δομής της προσωπικότητας, του δυσφορικού συναισθήματος εγκατάλειψης, της εισόδου σε

καταστάσεις υψηλής επικινδυνότητας και αναζήτησης πιθανού θύματος, και τέλος της δράσης επάνω σε κάποιο παιδί.

Οι Ward et al. (1995), διερευνώντας τις γνώσεις της αλυσίδας αυτής υποστήριξαν τη σπουδαιότητα της εκτίμησης που κάνει ο δράστης σχετικά με τη σχέση του με το παιδί. Εάν η εκτίμηση για τη σχέση του είναι θετική η πιθανότητα υποτροπής στο μέλλον είναι αυξημένη, ενώ εάν η εκτίμηση είναι αρνητική, ο δράστης θα αντισταθεί σε μελλοντικές τάσεις κακοποίησης παιδιού. Ο θεραπευτής θα πρέπει να σχεδιάσει λεπτομερή χάρτη της αλυσίδας των γεγονότων που οδηγούν στην κακοποίηση. Οι γνωσιακοί-συμπεριφορικοί στόχοι θα πρέπει να εστιάζονται με βάση την αλυσίδα αυτή. Για παράδειγμα, θα πρέπει να διευκρινίζεται εάν παράγοντες όπως ανεργία ή κοινωνική απομόνωση είναι σε θέση να οδηγήσουν σε αναζήτηση κάποιας σχέσης με παιδιά, η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει σε φαντασιώσεις σεξουαλικής σχέσης μαζί τους και τέλος στη σεξουαλική δράση πάνω σε αυτά. Θεραπευτικοί στόχοι επομένως είναι η ενημέρωση, ο χειρισμός του άγχους, η εκπαίδευση κοινωνικών δεξιοτήτων, η σεξουαλική εκπαίδευση, και οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις που μειώνουν την παρεκκλίνουσα σεξουαλική διέγερση.

4.9.2. *Οργανικές θεραπείες*

Σκοπός των οργανικών θεραπειών είναι να καταστείλει τις σεξουαλικές τάσεις και συμπεριφορές ώστε η παρεκκλίνουσα σεξουαλικότητα να περιοριστεί. Αυτή η καταστολή μπορεί να επιτευχθεί :

1. Αναστέλλοντας την υποφυσιακή γοναδοτροπική λειτουργικότητα χορηγώντας αντιανδρογόνα, όπως οξείκη μεδρόξυπρογεστερόνη,
2. Μπλοκάροντας την ανδρογενετική δράση των οργάνων στόχων χορηγώντας αντιανδρογόνα, όπως οξείκη κυπροτερόνη,

3. Αφαιρώντας τα κύρια κέντρα παραγωγής τεστοστερόνης με χειρουργικό ευνουχισμό, και
4. Καταστρέφοντας νευροχειρουργικά τις εγκεφαλικές περιοχές που επηρεάζουν τη σεξουαλική λειτουργία. Οι δύο τελευταίες μέθοδοι δεν χρησιμοποιούνται πλέον για δεοντολογικούς λόγους (Bradford, 1985).

Σκοπός της φαρμακοθεραπείας είναι η μείωση της λίμπιντο, της αποκκλίνουσας σεξουαλικής φαντασίωσης και διέγερσης, και της συχνότητας της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Υποστηρίχθηκε αρχικά ότι η φαρμακοθεραπεία είναι σε θέση όχι μόνο να μειώσει τη λίμπιντο αλλά και να τροποποιήσει την κατεύθυνση της σεξουαλικής ορμής. Μελλοντικές έρευνες δεν έδειξαν κάτι τέτοιο, ενώ επιπλέον δεν φάνηκε κάποια εκλεκτική επίδραση στην παρεκκλίνουσα σεξουαλική διέγερση (Cooper et al, 1992).

Κάποιες μελέτες εντοπίστηκαν στην επίδραση της φαρμακοθεραπείας στην υποτροπή της σεξουαλικής παραπτωματικότητας. Μετα-ανάλυση έδειξε ότι η αποτελεσματικότητα στην υποτροπή δεν διάφερε σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών (Halls, 1995). Η οξεϊκή μεδρόξυπρογεστερόνη χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1970 (Money, 1970), και έκτοτε χρησιμοποιήθηκε πολλές φορές σε ποικίλους πληθυσμούς. Οι Cooper et al (1992), βρήκαν ότι τόσο η οξεϊκή μεδρόξυπρογεστρόνη όσο και η οξεϊκή κυπροτερόνη είναι εξίσου αποτελεσματικές στη μείωση των σεξουαλικών φαντασιώσεων και αυνανισμών. Το μεγαλύτερο πρόβλημα της φαρμακοθεραπείας είναι η μη-συμμόρφωση και η διακοπή. Τα ποσοστά μη-συμμόρφωσης κυμαίνονται από 30% (Meyer et al, 1985) έως 100% (Langevin et al, 1979). Η πληθώρα ανεπιθύμητων ενεργειών συνεισφέρει σημαντικά στα ποσοστά της μη-συμμόρφωσης. Η οξεϊκή μεδρόξυπρογεστερόνη για παράδειγμα μπορεί να προκαλέσει αύξηση βάρους, σμίκρυνση όρχεων, αύξηση αρτηριακής πίεσης, χολολιθίαση, και ήπιο υπερινσουλινισμό. Ανεξάρτητα με την μείωση στη λίμπιντο που προκαλείται με την φαρμακοθεραπεία, δεν φαίνεται να προκαλούνται επιθυμητές αλλαγές στις γνωσιακές διαστροφές και στα

παρεκκλίνοντα σεξουαλικά ενδιαφέροντα. Η φαρμακοθεραπεία με ουσίες που αναστέλλουν την επαναπρόσληψη σεροτονίνης (SSRIs) δείχνει πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα με καλή ανοχή και συνεπώς συμμόρφωση. Τέλος τονίζεται ότι η φαρμακοθεραπεία αποτελεί πιθανόν πολύ καλή συμπληρωματική θεραπεία σε ένα ολοκληρωμένο ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα (Gijs & Gooren, 1996).

5.1 Ένας Νέος Προτεινόμενος Ορισμός Για Τις Παραφυλίες Του DSM-V

Ο Blanchard (2009a, 2009b, 2009c) πρότεινε έναν ορισμό της παραφυλίας για το DSM-V που προσδιορίζει πρώτον ένα συγκεκριμένο πεδίο για τα αναφερόμενα ως φυσιολογικά σεξουαλικά ενδιαφέροντα (νορμοφυλία) και δεύτερον τον όρο παραφυλία ως το έντονο και επίμονο σεξουαλικό ενδιαφέρον εκτός αυτού του πεδίου, τον ορισμό αυτόν τον ονομάζει «ορισμός προερχόμενος από την εξαίρεση».

DSM-IV-TR. Τα απαραίτητα χαρακτηριστικά μιας παραφυλίας είναι επαναλαμβανόμενες, έντονες, σεξουαλικά διεγερτικές φαντασιώσεις, ορμές ή συμπεριφορές που γενικότερα περιλαμβάνουν i. μη ανθρώπινα αντικείμενα ii. τον πόνο και την ταπείνωση στον εαυτό ή στον σύντροφο iii. Παιδιά ή άλλα μη συναινούντα άτομα κι όλα αυτά απαντώνται σε ένα διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών.

Προτεινόμενος ορισμός για το *DSM-V*: ο όρος «παραφυλία» αναφέρεται περισσότερο στο οποιοδήποτε έντονο και επίμονο ενδιαφέρον παρά στη διέγερση των γεννητικών οργάνων ή τα προκαταρκτικά με ένα φαινοτυπικό φυσιολογικό συναινούντα σύντροφο.

Ο Blanchard (2009c) ασκεί κριτική στο DSM-IV-TR για τον ορισμό που έχει δώσει στην παραφυλία, διότι δεν καλύπτει τίποτα από όσα κατατάσσονται στις Παραφυλίες Μη Προσδιοριζόμενες Αλλιώς.

Από την άλλη, ο DeGlue (2009a) ασκεί με τη σειρά του κριτική στον Blanchard, τονίζοντας αφενός την περίπτωση της U.S. v Carta (2009) όπου δυο ειδικοί έδωσαν αντιφατικές ερμηνείες για τον ορισμό της παραφυλίας στο DSM-IV-TR και αφετέρου, αν θα μπορούσε να θεωρηθεί η εφηβοφυλία στη διάγνωση σαν μια αιτιολογημένη παραφυλία παρά ως μια παραφυλία μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Ο Blanchard βέβαια πρότεινε έναν ορισμό που θα έδινε ακόμα λιγότερη διαφώτιση απ' ότι το DSM-IV-TR, ειδικά όταν η διαφώτιση είναι απαραίτητη. Ο DeGlue συμπέρανε το εξής: οποιαδήποτε νοητική κάθαρση θα

προσέθετε στη διάγνωση ο *ορισμός από την εξαίρεση*, η αναστάτωση που θα προκαλούσε στις νομικές υποθέσεις θα καταπίεζε πιθανά πλεονεκτήματα (σελ. 20).

Οι Cantor, Blanchard, & Barbaree (2009) έδωσαν έναν ταυτοποιητικό ορισμό, τον οποίο ο Blanchard επανέλαβε στις αναφορές του για την παιδοφιλία και τον φετιχιστικό τρανσβεστισμό (Blanchard 2010b).

Ο όρος παραφιλία δηλώνει οποιοδήποτε δυναμικό (έντονο) και επίμονο σεξουαλικό ενδιαφέρον διαφορετικό από το σεξουαλικό ενδιαφέρον για την συνουσιαστική ή προσυνουσιαστική συμπεριφορά (διέγερση γεννητικών οργάνων ή προκαταρκτικά) με φαινοτυπικά φυσιολογικούς, συναινούντες, ενήλικους συντρόφους (Cantor et al., 2009).

Έπειτα από αυτή τη πρόταση έδωσαν την εξής εξήγηση: οι παραφιλίες μπορούν να ταξινομηθούν σε δυο κατηγορίες:

- 1) Σ' αυτές που το αντικείμενο σεξουαλικού ενδιαφέροντος είναι κάτι άλλο από φαινοτυπικά φυσιολογικούς ανθρώπους μεταξύ των ηλικιών της φυσικής ωριμότητας και της φυσικής γήρανσης.
- 2) Σ' αυτές που η δραστηριότητα σεξουαλικού ενδιαφέροντος είναι κάτι άλλο από τη συνουσιαστική ή προσυνουσιαστική συμπεριφορά με ένα συναινούντα σύντροφο (σελ. 527).

Έπειτα ξεχώρισαν τέσσερεις κατηγορίες σχετικά με το ερωτικό ενδιαφέρον για τις ηλικίες:

- Παιδοφιλία
- Εφηβοφιλία
- Τελειοφιλία – η φυσιολογική ηλικία για σεξουαλική δραστηριότητα
- Γεροντοφιλία

Με την ένταξη της γεροντοφιλίας αντανακλώνται δυο προβλήματα: πρώτον, δεν υπάρχει κάτι στον ορισμό που καταδικάζει την γεροντοφιλία ως παραφιλία και δεύτερον, επί

της ουσίας η πρόταση σημαίνει ότι το ερωτικό ενδιαφέρον κάποιου είναι παραφιλικό όταν ο σύντροφός του δεν είναι ανάμεσα στις ηλικίες μεταξύ των 17-45 ετών.

Στο DSM-II και στις περισσότερες παραφυλίες του DSM-III οι σεξουαλικές παρεκκλίσεις ορίζονται με λέξεις όπως σχετικό/ πρώιμο/ προτιμητέο σεξουαλικό ενδιαφέρον. Ο ορισμός άλλαξε εντελώς στο DSM-III-R όπου η παραφυλία ορίζεται με τους όρους « έντονες επαναλαμβανόμενες σεξ. ορμές και σεξ. διεγερτικές φαντασιώσεις» (σελ. 279) οι οποίοι χρησιμοποιούνται στα διαγνωστικά κριτήρια κάθε παραφυλίας.

Η ερμηνεία του «έντονου» που πρότεινε ο Blanchard (2009c) είναι ισοδύναμη με τις λέξεις *“έντονο, επαναλαμβανόμενο..”* που χρησιμοποιήθηκαν στο DSM-III-R, αλλά σκοπό είχε να γίνει κατανοητό και με τους όρους του DSM-II και DSM-III. Φαίνεται λοιπόν, ότι η σκόπιμη σημασία του έντονου και επίμονου σεξ. ενδιαφέροντος δεν είναι το έντονο και επίμονο σεξ. ενδιαφέρον αλλά κάτι κοντά στην σεξουαλική προτίμηση. Ο Blanchard (2009) έδωσε λίστες με το τί ερμηνεύει ως παραφυλίες και τι όχι.

Παραφυλικά:

- Κλύσματα
- Περιπτώματα
- Ούρα
- Γενικευμένο ενδιαφέρον σε ακρωτηριασμένους, παράλυτους ανθρώπους, με φυσικές παραμορφώσεις
- Αναγκαστική κράτηση
- Μαστίγωμα
- Κόψιμο
- Υποξία
- Πρόστυχα τηλεφωνήματα

Μη παραφιλικά:

- Αιδιολειξία
- Πεολειξία
- Διείσδυση με το δάχτυλο, πέος ή δονητή
- Πρωκτική συνουσία
- Διασταυρωτός αυνανισμός
- Φίλημα
- Θώπευμα

Από αυτή τη λίστα, η επιρροή στην αλλαγή των πιστεύω σχετικά με τη σεξουαλικότητα στη Δυτική κουλτούρα είναι ολοφάνερη –αυνανισμός, στοματικό και πρωκτικό σεξ (και η ομοφυλοφιλία που προσέθεσε αργότερα) δεν αναφέρονται πια ως αποκκλίνουσες συμπεριφορές. Τώρα προοδευτικά είναι αποδεκτοί ως φυσιολογικοί. Ωστόσο προσπαθεί να προτείνει έναν ορισμό που δεν επισημαίνεται ο ρόλος που παίζει η κουλτούρα και οι αλλαγμένες συμπεριφορές.

5.2. Ανάλυση Ορισμού

Διέγερση γεννητικών οργάνων ή πρωταρχικό θώπευμα. Στη λίστα για τον ορισμό του μη παραφιλικού θέτει το φίλημα και την πρωκτική διείσδυση με δάχτυλο ή δονητή. Το ερώτημα που τίθεται είναι το εξής: θεωρούνται αυτά διέγερση των γεννητικών οργάνων ή πρωταρχικό χάϊδεμα; Δεν φαίνεται να είναι το πρώτο, αλλά για να ανταποκρίνεται στο δεύτερο θα απαιτούσε μια καλύτερη ιδιοσυγκρατική κατανόηση του θωπέυματος. Επιπλέον, έθεσε το κλύσμα ως παραφιλικό αλλά δεν ξεκαθαρίζει πως προτείνει ορισμό όσον αφορά το σεξουαλικό ενδιαφέρον για πρωκτική διείσδυση με δονητή σαν μη παραφιλικό ενώ με το ακροφύσιο του κλύσματος η πρωκτική διείσδυση είναι παραφιλική.

Φαινοτυπικά φυσιολογικό. Ο Blanchard λέει το ακόλουθο:

«Η σεξουαλική έλξη σε ένα συγκεκριμένο άτομο που τυχαίνει να είναι ακρωτηριασμένο ή παραμορφωμένο δεν θεωρείται παραφιλία. Ο ορισμός του λέει ότι είναι παραφιλία μόνο όταν υπάρχει έντονη σεξουαλική έλξη.» Εδώ όμως έρχονται σε αντίθεση τα δικαιώματα των ανθρώπων με ιδιαίτερες ανάγκες, που συχνά αναφέρονται στην βιβλιογραφία ως ασεξουαλικά.

Συναίνεση. Με αυτό τον όρο δημιουργείται πρόβλημα στο αν οι σεξουαλικές φαντασιώσεις πρέπει να συμπεριληφθούν. Για παράδειγμα οι Greenlinger and Byrne (1987) διερεύνησαν τις σεξουαλικές φαντασιώσεις για συνουσία σε ένα δείγμα ανδρών του κολλεγίου από τους οποίους το 51% υποστήριζαν την ερώτηση «φαντασιώνομαι να ασκώ δύναμη σε γυναίκα για να κάνω σεξ». Επιπλέον, το 36% υποστήριζαν την ερώτηση «φαντασιώνομαι να βιάζω μια γυναίκα»

Ενήλικας. Ένα πρόβλημα με αυτόν τον ορισμό είναι ότι δεν είναι ξεκάθαρο ποιος θεωρείται ενήλικος ένας άνθρωπος. Η απάντηση βρίσκεται στο τί κάνει η πλειοψηφία; Ή σε κάποιο αυθαίρετο βαθμό της φυσικής ωριμότητας;

Ανθρώπινοι συνεργάτες. Σε μια μελέτη ο DeClue's (2009a) τόνισε ότι οι συντρόφοι θα έκαναν τον αυνανισμό παραφιλικό αν εμπλέκονταν περισσότερα άτομα. Ο Blanchard είπε ότι πρόκειται για παρενόηση, χωρίς να δώσει περαιτέρω εξηγήσεις.

Παραθέτοντας αυτές τις πληροφορίες καταλήγουμε στο ότι δεν μπορεί να ευσταθίσει ο συγκεκριμένος ορισμός της παραφιλίας, όμως κανένας καλύτερος σεν έχει προταθεί κι αυτό για δυο λόγους: σκεπτικισμός ότι η παραφιλία ορίζεται μέσω κουλτούρας και σκεπτικισμός ότι η παραφιλία ανήκει στο DSM.

Επίλογος

Έπειτα από μια αρκετά ενημερωτική μελέτη, όσο αυτό ήταν εφικτό μιας και το εύρος του θέματος ήταν αρκετά μεγάλο, είμαστε σε θέση να αντιληφθούμε βασικές και όχι μόνο, έννοιες που περιπλέκονται στον σεξουαλικό τομέα. Εκ των πραγμάτων είναι δύσκολο να έχουμε μια πλήρη εικόνα για το τί ακριβώς συμβαίνει μιας και αυτό το θέμα αποτελεί ταμπού σε πάρα πολλές κοινωνίες. Αρκετοί τρόποι συλλογής πληροφοριών, όπως τα ερωτηματολόγια και οι αυτοαναφορές -προσωπικά ημερολόγια δηλαδή- δεν μπορούν να δώσουν αληθή αποτελέσματα. Τα άτομα ντρέπονται να δώσουν πληροφορίες για την ερωτική τους ζωή κυρίως λόγω της κοινωνίας που ζούνε. Η πληθυσμογράφιση πέους στάθηκε πιο αξιόπιστη έρευνα μελέτης από όλες, αν και αυτή παρουσιάζει κάποια μειονεκτήματα. Οι ειδικοί ωστόσο προτείνουν μια ένωση αυτών των ειδών για την παροχή έγκυρων και αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

Η διαφοροποίηση και ταξινόμηση των παραφυλιών αποτέλεσε το μεγαλύτερο μέρος αυτής της εργασίας καθώς είναι ένα ζήτημα που απασχολεί συνεχώς τους ειδικούς. Στις πρώτες εκδόσεις του DSM η ομοφυλοφιλία πρωτοστατούσε ανάμεσα στις υπόλοιπες παραφυλίες, όμως από τα μέσα του '70 και έπειτα σταμάτησε να θεωρείται παραφυλία και πλέον ένας ομοφυλόφιλος δεν συνιστά δείγμα παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Τον ίδιο δρόμο επιδιώκει να ακολουθήσει ένας τρανσέξουαλ και ένας παιδόφιλος. Μάλιστα, στην επόμενη έκδοση του DSM (5) ορισμένοι ειδικοί αντιτείνονται στην παιδοφυλία σαν διαταραχή και προτείνουν την απομάκρυνσή της από το πλαίσιο της ψυχοπαθολογίας. Ήδη μειώνεται η σημασία της ξεκινώντας από το DSM I και το DSM II ως μια σεξουαλική απόκλιση, περίπου όπως είχε αρχικά χαρακτηριστεί η ομοφυλοφιλία. Το DSM III άλλαξε την «παιδοφυλία», σε «παραφυλία», η οποία είναι λιγότερο «σοβαρή» από μια σεξουαλική διαστροφή. Το DSM IV μείωσε περαιτέρω την σημασία της «κατάστασης» αυτής, με το να

προσθέτει πως πρέπει να θεωρείται «παραφιλία», μόνο εφ' όσον η συμπεριφορά προξενεί απόγνωση ή εμποδίζει την λειτουργία – εν ολίγοις, πρόκειται για διαταραχή, μόνο όταν ο ίδιος ο παιδόφιλος το θεωρήσει ως διαταραχή.

Μέσα από αυτή τη σύγκρουση των ειδικών αναδύονται και σεξιστικές τάσεις εις βάρος των κοριτσιών, καθώς με τα παραποιημένα στοιχεία των υποστηρικτών φαίνεται να έχουν υπάρξει «πρόθυμα» σε τέτοιες καταστάσεις. Εδώ σύσσωμη η κοινή γνώμη θα επαναστατήσει λέγοντας `` Τι, στ' αλήθεια, σημαίνει «ηθελημένα», αν οι «πρόθυμοι» γυναικείοι συμμετοχοί περιγράφουν τον εαυτόν τους στη συνέχεια να αισθάνεται βρώμικο και χρησιμοποιημένο;`` Τελικά μοιάζει περισσότερο με «συγκατάβαση», ακριβώς όπως ερμηνεύεται και σε τόσα άλλα πράγματα της σεξιστικής κοινωνίας.

Η παιδοφιλία είναι το κραυγαλέο παράδειγμα ανάγκης για μια προσεκτική και σωστή αναδιοργάνωση των ψυχιατρικών εγχειριδίων. Αν και οι θεσμοί διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία κι ενώ κάποιες κουλτούρες είναι μήτρα λιμπεραλισμού, σε κάποιες άλλες ακόμα και η συνουσία είναι αποδεκτή μόνο για αναπαραγωγικούς σκοπούς. Φυσικά είναι δύσκολο να βρεθεί ένας όρος που μπορεί να καλύψει επαρκώς δυο αντίθετες κοινωνίες, και πάντα θα υπάρχουν υπόνοιες για μεροληψία.

Επιπλέον, η συγκάλυψη που υφίσταται μεταξύ των παραφιλιών είναι άλλο ένα ζήτημα που καλείται να εξερευνήσει ο ειδικός. Αν για παράδειγμα κάποιος διαγνωσθεί με μαζοχισμό αλλά έχει κ έντονες τάσεις επιδειξιομανίας τότε έρχεται το δίλημα για το ποια κατηγορία αντιπροσωπεύει.

Σε κάθε περίπτωση όμως, όσο περνάει ο καιρός και οι μελέτες συνεχίζονται είμαστε σε καταλληλότερη θέση να δώσουμε πιο σαφείς απαντήσεις σε ότι σχετίζεται με το σεξ. Αναμφισβήτητα, συνδέεται με τη σωματική και ψυχική υγεία, αποτελεί μια ενστικτώδης δράση για τη διαίωνιση του είδους και ένα είδος ευχαρίστησης. Καθώς αλλάζει η κοινωνία, αναμένεται να αλλάξει μαζί της και ο ορισμός της ψυχικής νόσου. Συνεπώς, καθώς η

κοινωνία μας έρχεται ολοένα και περισσότερο να δίνει αξία στην σεξουαλική απελευθέρωση, θα αυξάνεται ολοένα και η πίεση στο ψυχιατρικό κατεστημένο να παύσει να ερμηνεύει παθολογικά κάποιες καταστάσεις όπως είναι η σεξουαλική έκφραση σε παιδιά, η ασυμφωνία των φύλων (τρανσεξουαλισμός/τρανσβεστισμός), η επιδειξιμανία, και η ομοφυλοφιλία. Αιώνια χρεία είναι ο επιστήμονας να ακούει τις ανάγκες της κοινωνίας και να πορεύεται σύμφωνα με αυτές.

Ενα κατακλείδι, η Ψυχιατρική δεν δύναται να πει στον λαϊκό πως η ομοφυλοφιλία, ή η παιδοφιλία, ή το σαδομαζοχιστικό σεξ είναι «υγιή», αφού η Επιστήμη δεν διαθέτει καμία έννοια περί «υγιούς σεξ» που να μην εμπεριέχει αξίες.

Βιβλιογραφία

Abel, G. G. (1989). Paraphilias. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (Vol. 1, 5th ed., pp. 1069-1085). Baltimore: Williams & Wilkins.

Abel, G. G., Barlow, D. H., Blanchard, E. B., & Guild, D. (1977). *The components of rapists' sexual arousal*. *Archives of General Psychiatry*, 34, 895–903

Abel, G.G., Becker, J.V., Card, R.D., Cunningham-Rathner, J., Farrall, W.R., Jensen, S.H., Laws, D.R., Murphy, W.D., Osborne, C.A., Quinsey, V.L., & Wormith, J.S. (1989, May). *The stimulus standardization study of the Multisite Assessment Group*. Paper presented at the First International Conference on the Treatment of Sex Offenders, Minneapolis.

Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M. S., & Rouleau, J. L. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16, 153-168

Abel, G. G., Becker, J. V., Mittelman, M. S., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J. L., & Murphy, W. D. (1987). Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 3-25.

Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 89-103.

Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-152.

Abel, G.G., Mittelman, M.S., and Becker, J.V. (1985). Sex offenders: Results of assessment and recommendations for treatment in clinical criminology. In *The Assessment and Treatment of Criminal Behavior*, edited by M.H. Ben-Aron, S.J. Hucker, and C.D. Webster. Toronto, Canada: M and M Graphic, pp. 191-205.

Abel, G. G., & Osborn, C. A. (1992). The Paraphilias: The extent and nature of sexually deviant and criminal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 675 - 687.

Abel, G. G. & Osborn, C.A. (1996). *Pedophilia*. In synopsis of treatments of psychiatric disorders (2nd edn) (ed. G.O. Gabbard and S.D. Atkinson), pp. 821-8. American Psychiatric Press, Washington, DC.

Abel, G.G., Osborn, C.A., and Twigg, D.A. (1993). Sexual assault through the life span: Adult offenders with juvenile histories. In *The Juvenile Sex Offender*, edited by H.E. Barbaree, W.L. Marshall, and S.M. Hudson. New York, NY: Guilford Press, pp. 104-117

Abel, G.G., & Rouleau, J.L. (1990). The nature and extent of sexual assault. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 9–21). New York: Plenum

Aggrawal, Anil (2009). *Forensic and Medico-legal Aspects of Sexual Crimes and Unusual Sexual Practices*. Boca Raton: CRC Press. pp. 369–82

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Apfelbaum, B., & Gill, M. M. (1989) Ego analysis and the relativity of defence: The technical implication of the structural approach. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 1071-1096.

Arndt, W., Foehl, J., & Good, F. (1985). Specific sexual fantasy themes: A multidimensional study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 472-480.

Awad, G. A., Saunders, E., & Levene, J. (1984). A clinical study of male adolescent sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 28, 105-116.

Barbaree, H. E., & Marshall, W. L. (1989). Erectile responses among heterosexual child molesters, father – daughter incest offenders and matched nonoffenders: Five distinct age preference profiles. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21, 70-82.

Baumeister, R. F. (1991). *Escaping the Self: Alcoholism, Spirituality, Masochism, and Other Flights from the Burden of Selfhood*. New York: Basic Books.

Baumeister, R. F. (1989) *Masochism and the Self*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Baumeister, R. F. (1988). Masochism as escape from self. *The Journal of Sex Research*, 25, 28-59.

Baumeister, R.F., Heatherton, T.F., & Tice, D.M. (1994). *Losing Control: How and Why People Fail at Self-Regulation*. San Diego, CA: Academic Press.

Baumeister, R.F., & Butler, J.L. (1997) Sexual masochism: deviance without pathology. In D.R. Laws & O' Donohue (Eds). *Sexual Deviance, Theory, Assesment and Treatment* pp. 225-239 New York Guildford Press

Becker, J.V., Kaplan, M.S., Cunningham-Rathner, J., and Kavoussi, R. (1986). Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators: Preliminary findings. *Journal of Family Violence* 1(1):85-97.

Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., DaCosta, G. A., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse . *Child Abuse and Neglect*, 16, 101-118.

Berk, R., Abramson, P.R., and Okami, P. (1995). Sexual activities as told in surveys. In *sexual nature, sexual culture* (ed. P.R. Abramson and S.D. Pinkerton), pp 371-86. University of Chicago Press.

Blanchard, R. (1989). "The concept of autogynephilia and the typology of male gender dysphoria". *Journal of Nervous and Mental Disease* 177 (10): 616–623.

Blanchard, R. (2009a, October). *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, Texas. Retrieved February 2, 2010 .

Blanchard, R. (2009b, June). *Paraphilias and the DSM-5: General diagnostic issues and options exemplified with pedohebephilic disorder*. Paper presented at the 19th World Association for Sexual Health (WAS) World Congress for Sexual Health, Göteborg, Sweden. Retrieved February 2, 2010.

Blanchard, R. (2009c, April). *Paraphilias vs. paraphilic disorders, pedophilia vs. pedoand hebephilia, and autogynephilic vs. fetishistic transvestism*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Sex Therapy and Research, Arlington, Virginia. Retrieved February 2, 2010.

Blanchard, R. (2010b). The DSM diagnostic criteria for transvestic fetishism. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 363–372.

Blanchard, R., Kuban, M. E., Blak, T., Klassen, P. E., Dickey R., & Cantor, J. M. (in press). Sexual attraction to others: A comparison of two models of alloerotic responding in men. *Archives of Sexual Behavior*.

Blanchard, R.; Barbaree, H. E.; Bogaert, A. F.; Dickey, R.; Klassen, P.; Kuban, M. E.; Zucker, K. J. (2000). "Fraternal birth order and sexual orientation in pedophiles". *Archives of Sexual Behavior* 29 (5): 463–478.

Blanchard, R. Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., Dickey, R., & Klassen, P. E. (2008). Pedophilia, hebephilia, and the DSM–V. *Archives of Sexual Behavior*.

Blanchard, R; Collins PI (1993). "Men with sexual interest in transvestites, transsexuals, and she-males". *Journal of Nervous and Mental Disease* 181(9): 570–575.

Blanchard, R; Hucker SJ (1991). "Age, transvestism, bondage, and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia". *British Journal of Psychiatry* 159 (3): 371–7.

Brancale, R., Vnocolo, A., & Prendergast, W. E. (1972). The New Jersey Program for sex offenders. In H. L. P. Resnick & M. F. Wolfgang (Eds.), *Sexual behaviors: Social, clinical, and legal aspects* (pp. 331-350). Boston: Little, Brown.

Bradford, J., Boulet, J., & Pawlak, A. (1992). The paraphilias: A multiplicity of deviant behaviours. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37,104–108

Bradford, J. M. W., & Pawlak, A. (1993). Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 383-402

Bradford, J. M. W., & Bourget, D. (1987). Sexually aggressive men. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 12, 169-175.

Bradford, J. M. W., Boulet, J., & Pawlak, A. (1992). The paraphilias: a multiplicity of deviant behaviors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 104 – 108.

Bradford J, & McLean D. (1984) Sexual offenders, violence and testosterone: a clinical study. *Can J Psychiatry* 29:335–343.

Bradford, J. M. W. (1985). Organic treatments for the male sexual offender. *Behavioral Sciences and the Law*, 3, 355-375.

Brancroft, J. (1989): Human sexuality and it's problems (2nd edition). Edinburg, UK: Churcill Living-stone

Briere, J., Malamuth, N.M., & Check, J.V.P. (1983). *Sexuality and rape supportive beliefs*. In P. Caplan (Ed.) *Feminist psychology in transition* Toronto: Eden Press 1983.

Brittain, R. (1970). The sadistic murderer. *Medicine, Science and the Law*, 10, 198-207.

Bourget D; Bradford J (1987). "Fire fetishism, diagnostic and clinical implications: A review of two cases". *Canadian Journal of Psychiatry* 32 (6): 459–462.

Bullough, V. L. (1976). *Sexual variance in society and history*. Chicago: University of Chicago Press

Cantor, J. M., Blanchard, R., & Barbaree, H. (2009). Sexual disorders. In P. H. Blaney & T. Millon (Eds.), *Oxford textbook of psychopathology* (2nd ed., pp. 527–548). New York: Oxford University Press

Carolyn L., (1998). (p. 117) Goldscheider, Glazier, Flowerday, 2003. (p. 58).

Cartwright, R.D., & Wood, E. (1993). The contribution of dream masochism to the sex ratio difference in major depression: *Psychiatry Research* Vol 46 (2) Feb 1993, 165-173.

- Castell, R., & Yalom, I. (1972). Institutional group therapy. In H. L. P. Resnick & M. F. Wolfgang (Eds.), *Sexual behaviors: Social, clinical, and legal aspects* (pp. 305-330). Boston: Little, Brown.
- Chalkley, A. J., & Powell, G. E. (1983). The clinical description of forty-eight cases of sexual fetishism. *British Journal of Psychiatry*, 142, 292-295.
- Crawford, L. L., Holloway, K. S., & Domjan, M. (1993). The nature of sexual reinforcement. *Journal of Experimental Analysis of Behavior*, 60, 55-66.
- Crepault, E., & Couture, M. (1980). Men's erotic fantasies. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 565-581.
- Cooper, A.M. (1993). *Psychotherapeutic approaches to masochism*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Cooper, A. J., Sandu, S., Losztyn, S., & Cernovsky, Z. (1992). A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 687-693
- Davidson, A. T. (1983). Sexual exploitation of children: A call to action. *Journal of the National Medical Association*, 75, 925-927.

DeClue, G. (2009a). Paraphilia NOS and sexual disorder NOS. *Open Access Journal of Forensic Psychology, 1*, 1–29.

Dewaraja, R; Money J (1986). "Transcultural sexology: Formicophilia, a newly named paraphilia in a young Buddhist male". *Journal of Sex and Marital Therapy* 12 (2): 139–145.

Dickey, R; Stephens J (1995). "Female-to-male transsexualism, heterosexual type: Two cases". *Archives of Sexual Behavior* 24 (4): 439–445.

Dietz, P. E., Hazelwood, R., & Warren, J. (1990). The sexually sadistic criminal and his offenses. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 163-178.

Dietz, P.E., & Evans, B. (1982). Pornographic imagery and prevalence of paraphilia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1493-1495.

Dinesh Bhugra, Dmitri Popelyuk & Isabel McMullen (2010): Paraphilias Across Cultures: Contexts and Controversies, *Journal of Sex Research*, 47:2-3, 242-256

Dhawan, S., & Marshall, W. L. (1996). Sexual abuse histories of sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 7-15.

Dreznick, M. T (2003). Heterosocial competence of rapists and child molesters: a meta-analysis.

Eck, J. E., & Riccio, L. J. (1979). Relationship between reported crime rates and victimization survey results: An empirical and analytical study. *Journal of Criminal Justice*, 7, 293-308

Ellis, H. (1936). Love and pain. In *Studies in the psychology of sex* (Vol. 1). New York: Random House. (Original work published, 1903)

Epstein, A. W. (1969). Fetishism: A comprehensive review. *Science and Psychoanalysis*, 15, 81-87.

Eulenberg, A. von. (1911) .*Sadism and masochism*. New York: Bell.

Fedora, O., Reddon, J. R., Morrison, J. W., Fedora, S. K., Pascoe, H., Yeudall, L. T. (1992). Sadism and other paraphilias in normal controls and nonaggressive sex offenders. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 1–15.

Fedora, O., Reddon, J. R., & Yeudall, L. T. (1986). Stimuli eliciting sexual arousal in genital exhibitionists: A possible clinical application. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 417-427.

Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.

Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New concepts and research*. New York: Free Press.

Finkelhor, D. (Ed.). (1986). *Sourcebook on child sexual abuse*. Beverly Hills, CA: Sage

Freund, K. (1987). Erotic preference in paedophilia. *Behaviour Research and Therapy*, 25,339-348.

Flor-Henry, P., (1987) Cerebral aspects of sexual deviation. Pp. 49-83 in Glenn D. Wilson (ed.), *Variant Sexuality: Research and Theory*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.

Ford, C. and Beach, F. (1951). *Patterns of Sexual Behavior*. New York: Harper and Brothers.

Freund, K., Scher, H., & Hucker, S. J. (1983). The courtship disorders. *Archives of Sexual Behaviour*, 12, 769-779.

Freund, K., Scher, H., & Hucker, S. J. (1984). The courtship disorders: A further investigation. *Archives of Sexual Behaviour*, 13, 133-139.

Freund, K., Seto, M. C., & Kuban, M. (1997). Frotteurism and the theory of courtship disorder. In D. R. Laws & W. T. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 111–130). New York: Guilford Press.

Freund, K., Watson, R. and Dickey, R. (1990). Does sexual abuse in childhood cause pedophilia? an exploratory study. *Archives of Sexual Behavior*, 19(6), 557-568.

Freund, K., & Blanchard, R. (1993). Erotic target location errors in male gender dysphorics, paedophiles, and fetishists. *British Journal of Psychiatry*, 162, 558-563.

Freund, K., & Blanchard, R. (1986). The concept of courtship disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 79-92.

Freund, K., & Kolarsky, A. (1965). Grundzuge eines einfachen Bezugssystems für die Analyse sexueller Deviationen [A simple reference system for the analysis of sexual dysfunctions]. *Psychiatrie, Neurologie, und medizinische Psychologie*, 17, 221-225.

Friday, N. (1980). *Men in love*. New York: Dell.

Furby, L., Weinrott, M. R., & Blackshaw, L. (1989). *Sex offender recidivism: A review*. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.

Gaffney, G. R., Lurie, S. F., & Berlin, F. S. (1984). Is there familial transmission of pedophilia? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 546-548.

Gammon, L. and Makinen, M (Eds.). 1994. *Female Fetishism: A New Look*. London: Lawrence and Wishart.

Garlick, Y., Marshall, W. L., & Thornton, D. (1996). Intimacy deficits and attribution of blame among sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 1, 251-288.

Gebhard, P., Gagnon, J., Pomeroy, W., & Christensen, C. (1965). *Sex offenders: An analysis of types*. New York: Harper and Row

Gijs, L., & Gooren, L. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *Journal of Sex Research*, 33, 273-290.

Glenn D. Walters Ph.D. (1997): The paraphilias: A dialectically informed review of etiology, development, and process, *Sexual Addiction & Compulsivity*, 4:3, 221-243.

Gosselin, C., & Wilson, G. (1980). *Sexual variations: Fetishism. sadomasochism, transvestism*. New York: Simon & Schuster.

Gratzer, T., & Bradford, J., (1995) Offender and Offense Characteristics of Sexual Sadists: A Comparative study. *Journal of Forensic Sciences* (1995) Volume: 40, Issue: 3, Pages: 450-455

Greendlinger, V., & Byrne, D. (1987). Sexual fantasies of college men as predictors of self-reported likelihood to rape and overt sexual aggression. *Journal of Sex Research*, 23, 1-11.

Grubin, D., (1994). Sexual Sadism [Editorial] *Criminal Behavior and Mental Health* 4, 3-9

Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.

Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (1997). voyeurism: Assessment and treatment. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 311-331). New York: Guilford Press.

Hanson, R. K., & Slater, S. (1988). Sexual victimization in the history of child sexual abusers: A review. *Annals of Sex Research*, 1, 485-499.

Heiman, J.R. & Meston, C.M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*, 8, 148 – 194.

Hickey, Eric W. (2006). *Sex crimes and paraphilia*. Pearson Education. pp. 84.

Hinderliter A.C. 2011: Defining Paraphilia in Dsm-5: do not disregard grammar journal of sex and marital therapy 37, 17-31.

Hirschfeld, M. (1910/1991). *Transvestites: The erotic drive to cross dress*. ([M. A. Lombardi-Nash, Trans.) Buffalo, NY: Prometheus Books.

Hirschfeld, M (1920). *Die homosexualität des mannes und des weibes [Homosexuality in men and women]* (2nd ed.). Berlin: Louis Marcus.

Hirschfeld, M. (1956). *Sexual Anomalies*. New York: Ermerson.

Holmes, RM. *Sex Crimes: Patterns and Behavior*. Thousand Oaks: SAGE Publications. pp. 244.

Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills: Sage.

Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: International differences in work-related values* (Abridged ed.). Beverly Hills: Sage.

Hofstede, G. (2001). *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Housden, J., (1965) An examination of the biologic etiology of transvestism. *International Journal of Social Psychiatry*. 11:4, 301-305.

Hucker, S.J., Langevin, R., Wortzman, G., Dickey, R., Bain, J., Handy, L., Chambers, J., & Wright, P. (1988). Cerebral damage and dysfunction in sexually aggressive men. *Annals of Sex Research*, 1, 33-47.

Hunt, M. (1974). *Sexual Behavior in the 1970's*. New York: Playboy Press.

Hutchinson, GE (1959). "A speculative consideration of certain possible forms of sexual selection in man". *American Naturalist* 93 (869): 81–91.

Kafka, MP (1996). "Therapy for Sexual Impulsivity: The Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders". *Psychiatric Times* 13 (6).

Kafka, M.P., & Prentky R.A. (1994). Preliminary observations of DSM III-R axis I comorbidity in men with para-philias and paraphilia-related disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. 55(11):481-487.

Kaplan, H.S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3, 3-9.

Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of sexual desire*. Simon and Schuster, New York.

Karpman, B. (1954). *The sexual offender and his offenses: Etiology, pathology, psychodynamics and treatment*. New York: Julian Press.

Katz, P.A., & Boswell, S., (1986). Flexibility and Tradionality in childrens' gender roles
Genetic, Social, and General Psychology Monographs, 112, 105-147.

Keesing, R. M. (1976). *Cultural anthropology: A contemporary perspective*.
New York: Holt, Rinehart & Winston.

Kelley, K; Byrne D (1986). *Alternative Approaches to the Study of Sexual Behavior*.
Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates. pp. 13–38.

Kernberf, O. F. (1988). Clinical dimensions of masochism, *Journal of the American Psychoanalytis Association* Vol 36 (4) 1988, 1005-1029.

Kernberg, O.F. (1970). A psychoanalytic classification of character pathology, *Journal of American Psychoanalytis Association* 18:800-822.

Kilmann, P. R., Sabalis, R. F., Gearing, M. L., Bukstel, L. H., & Scovern, A. W.

(1982). The treatment of sexual paraphilias: A review of the outcome research. *Journal of Sex Research*, 18, 193-252.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., and Martin, C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*.

W.B. Saunders, Philadelphia, PA.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Martin, C.E., and Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. W.B. Saunders, Philadelphia, PA.

Kleinplatz, Peggy J. (2001). *New directions in sex therapy: innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge.

Knight, R. A., Prentky, R. A., & Cerce, D. D. (1994). The development, reliability, and validity of an inventory for the Multidimensional Assessment of Sex and Aggression. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 72–94.

Kolarsky, A., Freund, K., Machek, J., & Polak, O. (1967). Male sexual deviation: Association with early temporal lobe damage. *Archives of General Psychiatry*, 17, 735-743.

Krafft-Ebing, R. (1965). *Psychopathia sexualis* (F. S. Klaf, Trans.). New York: Stein and Day. (Original work published 1903).

Kroeber, A., & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and definition* [Papers of the Peabody Museum of American Archaeology and Ethnology]. Cambridge, MA: Peabody Museum of American Archaeology and Ethnography.

- Kruesi, M. J. P., Fine, S., Valladares, L., Phillips, R. A., & Rapoport, J. L. (1992). Paraphilias: A double-blind crossover comparison of clomipramine versus desipramine. *Archives of Sexual Behavior*, 21, 587-593
- Kuriansky, J. and Sharpe, L. (1981). Clinical and research implications of the evaluation of women's group therapy for anorgasmia: a review. *Journal of Sex and Marital therapy*, 7, 268-77.
- Kutchinsky, B. (1976). *Deviance and criminality: the case of a voyeur in a peeper's paradise*. *Diseases of the Nervous System*, 37(3), 145-151.
- Lang, R. A., Langevin, R., Bain, J., Frenzel, R. R., & Wright, P. (1989). Sex hormone profiles in genital exhibitionists. *Annals of Sex Research*, 2, 67-76.
- Langevin, R., Ben-Aron, M. H., Wright, P., Machese, V., & Handy, L. (1988). The sex killer. *Annals of Sex Research*, 1, 263-302.
- Langevin, R., Paitich, D., Hucker, S. J., Newman, S., Ramsay, G., Pope, S., Geller, G., & Anderson, C. (1979). The effect of assertiveness training, Provera, and sex of therapist in the treatment of genital exhibitionism. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 275-282.
- LaTorre, R. A. (1980). Devaluation of the human love object: Heterosexual rejection as a possible antecedent to fetishism. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 295-298.
- Lawrence, A.A. (2006). "Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder". *Archives of Sexual Behavior* 35 (3): 263–278.

Lawrence, A.A. (2009). "Anatomic autoandrophilia in an adult male". *Archives of Sexual Behavior* 38 (6): 1050–6

Laws, D.R., & Marshall, W.L. (1990). A conditioning theory of the etiology and maintenance of deviant sexual preference and behaviour. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall, & D.R. Laws (Eds.), *Handbook of sexual assault: Theories and treatment of offenders* (pp. 209–229). New York: Plenum

Laws, D. R. & Marshall, W. L. (1991). Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 13,13-25.

Levin, S. (1992). *Sexual life, a clinician's guide*. Plenum, New York.

Levin, R.J. (1994). Human male sexuality: appetite and arousal, desire and drive. *In appetite: neural and behavioural bases* (ed. C.R. Legg and D. Booth), pp. 127-63. Oxford University Press.

Levine, S.B., Risen, C.B. and Althof, S.E. (1990). Essay on the diagnosis and nature of paraphilia. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 16(2),89-102

Lipton, D. N., McDonel, E. C., & McFall, R. M. (1987). Heterosexual perception in rapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 17-21

Macgregor, J.R. (1991). Identification with the Victim. *Journal of Psychoanalytic Quarterly*, 60:53-68

Malamuth, N.M. (1981) Rape fantasies as a function of exposure to violent-sexual stimuli.

Archives of Sexual Behavior.

Malamuth, N.M., & Check, J.V.P. (1980): Penile tumescence and perpetual response to rape as a function of victim's perceived reactions. *Journal Of Applied Social Psychology*, 1980.

Maleson, F. G, (1984) The multiple meaning of masochism in psychiatric discourse, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 32:325-356

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of the addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

Marshall, W. L. (1997). Exhibitionism. In Laws, R. & O' Donohue (Eds.), *Sexual Deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 152-174). The Guilford Press.

Marshall, W. L., & Hall, G. C. N. (1995). The value of the MMPI in deciding forensic issues in accused sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 205-219.

Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Hodgkinson, S. (1993). The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. In H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Eds.), *The juvenile sex offender* (pp. 164-181). New York: Guilford Press.

Marshall, W. L., Barbaree, H. E. & Eccles, A. (1991). Early onset and deviant sexuality in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 323-336.

Marshall, W.L., & Eccles, A. (1991). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 68-93.

Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 257-275). New York: Plenum

Marshall, W. L., Barbaree, H. E., & Butt, J. (1988). Sexual offenders against male children: Sexual preferences. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 383-391.

Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program of child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 499-511.

Mason, F. L. (1997). Fetishism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 75-913). New York: Plenum.

Masters, W. and Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Little, Brown, Boston, MA.

Masters, W.H., and Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown, Boston, MA.

Matthews, R., Matthews, J. K., & Speltz, K. (1989). *Female sex offenders: An exploratory study*. Orwell, VT: Safer Society Press.

McCarthy, B. (1989). *Cognitive-behavioral strategies and techniques* .

McConaghy, N. (1993). *Sexual behavior: Problems and management*. New York: Plenum.

Meyer, H., (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, vol., 36, No 1 (Mar., 1995) 38-56

Meyer, W. J., Cole, C., & Emory, E. (1992). Depo provera treatment for sex offending behavior: An evaluation of outcome. *Bulletin of the American Academy of Psychologists and the Law*, 20, 249-259

Meyer, W. J., III, Walker, P. A., Emory, L. E., & Smith, E. R. (1985). Physical, metabolic, and hormonal effects on men of long-term therapy with medroxyprogesterone acetate. *Fertility and Sterility*, 43, 102-109.

Michael, R.T., Gagnon, J.H., Laumann, E.O., and Kolata, G. (1994). *Sex in America- a definitive survey*. Little, Brown, London.

Milner, JS; Dopke CA (2008). "Paraphilia Not Otherwise Specified: Psychopathology and theory". In Laws DR & O'Donohue WT. *Sexual Deviance, Second Edition: Theory, Assessment, and Treatment*. New York: The Guilford Press. pp. 384–418

Mitchell, W., Falconer, M. A., & Hill, D. (1954). *Epilepsy with fetishism relieved by temporal lobectomy*. *Lancet*, 267(II), 626-630.

Mohr, J. W., Turner, R. W., & Jerry, M. B. (1964). *Pedophilia and exhibitionism*. Toronto: University of Toronto Press.

Money, J. (1990). Forensic Sexology: Paraphilic serial rape (Biastrophilia) and lust murder (Erotophonophilia). *American Journal of Psychotherapy*, xliv(1), 26-36.

Money, J. (1988). *Lovemaps: Clinical Concepts of Sexual/Erotic Health and Pathology, Paraphilia, and Gender Transposition in Childhood, Adolescence, and Maturity*. Buffalo, N.Y: Prometheus Books.

Money, J. (1984). Paraphilias: Phenomenology and classification. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 164-179

Money, J. (1970). Sexual dimorphism and homosexual gender identity. *Psychological Bulletin*, 74, 425-550.

Money, J., Jobaris, R., & Furth, G. (1977). "Apotemnophilia: Two cases of self-demand amputation as a paraphilia". *The Journal of Sex Research* 13 (2): 115–125.

Money, J. & Lamacz, M. (1984). "Gynemimesis and gynemimetophilia: Individual and cross-cultural manifestations of a gender-coping strategy hitherto unnamed". *Comprehensive Psychiatry* 25 (4): 392–403.

Money, J. & Simcoe K.W. (1986). "Acrotomophilia, sex, and disability: New concepts and case report". *Sexuality and Disability* 7 (1/2): 43–50.

Morton, M. S. (2003). *The Lover's Tongue: A Merry Romp Through the Language of Love and Sex*. Insomniac Press. p. 156.

Nagler, S. H. (1957) Fetishism: A Review and a Case Study. *Psychiatric Quarterly*. XXXI, 1957: Pp. 713-741.

Nichols, H., & Molinder, I. (1984). *Manual of the Multiphasic Sex Inventory*. (Available from the authors at 437 Bowes Drive, Tacoma, WA 98466).

Paitich, D., Langevin, R., Freeman, R., Mann, K., & Handy, L. (1977). The Clarke SHQ: A clinical sex history questionnaire for males. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 421-436.

Pate, J.E. & Gabbard, G.O. (2003). "Adult baby syndrome". *The American journal of psychiatry* 160 (11): 1932–6.

Pettiway, L. E. (1996) *Honey, Honey, Miss Thang: Being black, gay, and on the streets*. Temple University Press, (Philadelphia) 270 p.

Pithers, W. D., Beal, L. S., Armstrong, J., & Petty, J. (1989). Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. In D. R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 77-87). New York: Guilford Press.

Podolsky, E. 1965. "The lust murderer" In *Medico-Legal Journal*. No. 33. pp. 174-178.

Prentky, R.A., Cohen, M.L., & Seghorn, T.K. (1985). Development of a rational taxonomy for the classification of sex offenders: Rapists. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 13, 39-70.

Prins, H (1985). "Vampirism—A clinical condition". *British Journal of Psychiatry* 146 (6): 666–668.

Quinsey, V. L., Chaplin, T. C. & Carrigan, W. F. (1980). Biofeedback and signaled punishment in the modification of inappropriate sexual age preferences. *Behavior Therapy*, 11, 567-576.

Quinsey, V. L., Rice, M. E., Harris, G. T., & Lalimiere, M. L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 512-523.

Rachman, S. (1966). Sexual fetishism: An experimental analogue. *Psychological Record*, 16, 293-296.

Ressler, R. K., Burgess, A. W., & Douglas, J. E. (1983). Rape and rape-murder: One offender and twelve victims. *American Journal of Psychiatry*, 140, 36-40.

Rice, M. E., Quinsey, V. L., & Harris, G. T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum-security institution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 381-386.

Robinson, P. (1976). *The modernization of sex*. Cornell University Press, Ithaca, NY.

Rosman JP, Resnick PJ (1989). "Sexual attraction to corpses: a psychiatric review of necrophilia". *Bull Am Acad Psychiatry Law* 17 (2): 153–63.

Schiavi R C, Theilgaard A, Owen D R.(1984). Sex chromosome abnormalities, hormones and aggressivity. *Archives of General Psychiatry*; 41: 93-99.

Schrenck-Notzing, A. von. (1956). *The use of hypnosis in psychopathia sexualis*. New York : Julian Press. (original work published in 1895).

Scobie, A; Taylor J (1975). "Perversions ancient and modern: I. Agalmatophilia, the statue syndrome". *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 11 (1): 49–54.

Scorolli C, Ghirlanda S, Enquist M, Zattoni S, Jannini EA (2007). "Relative prevalence of different fetishes". *Int. J. Impot. Res.* 19 (4): 432–7.

Scott, G. G. (1983). *Erotic power: An exploration of dominance and submission*. Secaucus, NJ: Citidel Press.

Semans, J. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal* 49: 353-358

Serin, R. C., Malcolm, P. B., Khanna, A., & Barbaree, H. E. (1994). Psychopathy and deviant sexual arousal in incarcerated sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 3-11.

Seto, M.C. & Barbaree H.E. (2000). "Paraphilias". In Hersen M; Van Hasselt VB. *Aggression and violence: an introductory text*. Boston: Allyn & Bacon. pp. 198–213.

Sharma, B.R. (September 2003). "Disorders of sexual preference and medicolegal issues thereof". *Am J Forensic Med Pathol* 24 (3): 277–82.

Simon, W. T. & Schouten, P. G. (1991) Plethysmography in the assessment and treatment of sexual deviance: An overview. *Archives of Sexual Behavior*, Vol 20 (1), 75-91

Snow, E. & Bluestone H., (1969) Fetishism and murder. *Dynamics of Deviant Sexuality. Science and Psychoanalysis: Scientific Proceedings of the American Academy of Psychoanalysis* Vol. 15

Slater, David (1996). "Excerpted from 'The Sons of Gilles De Rais'". *The Journal of Sex, Religion, Death* (Headpress).

Spence, S. (1991). *Psychosexual therapy. A cognitive-behavioral approach*. Chapman & Hall, London.

Spengler, A. (1977). Manifest sadomasochism of males: Results of an empirical study. *Archives of Sexual Behavior*, 6, 441-456.

Stoller, R. J. (1986). *Perversion. The erotic form of hatred*. London: Karnac Books, Ltd.

Stolorow, R. D., Atwood, G.E., & Brandchaft, B., (1988). Masochism and its treatment: *Bulletin of the Menninger Clinic* Vol 52 (6) Nov 1988, 504-509.

The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization, 1992.

Theroux, Al., (2008). *Laura Warholic*. Fantagraphics Books. p. 135.

Thornton D. (1996). Evidence regarding the need for a diagnostic category for a coercive paraphilia. *Archive of Sexual Behavior* Apr 2010;39(2):411-8.

Vanden Bergh, RL; Kelly JF (1964). "Vampirism: A review with new observations". *Archives of General Psychiatry* 11 (5): 543–547.

Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L., & Siegert, R. J. (1995). Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: A theoretical framework. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7, 317-334.

Warren, J.I., Hazelhood, R.R., and Dietz, P.E. (1992) *The criminal sexual sadist*, FBI Law Enforcement Bull.

Warren, J.I., Hazelhood, R.R., and Dietz, P.E. (1993) The compliant victims of sexual sadists *Journal Of Australian Family Physician* 22(4).

Wellings, K., Field, J., Johnson, A.M., and Wadsworth, J. (1994). *Sexual behavior in Britain*. Penguin, Harmondsworth.

Weinberg, T.S. (1987). Sadomasochism in the United States: A review of recent sociological literature. *Journal of Sex Research*, 23, 50-69.

Weinraub, M., Clemens, L. P., Sockloff, A., Ethridge, T., Gravely, E., & Myers, B. (1984). The development of sex role stereotypes in the third year: *Relationships to gender labeling, gender identity, sex-typed preference, and family characteristics*. *Child Development*, 55, 1493-1503.

Wernik, U (1990). "The nature of explanation in sexology and the riddle of triolism." *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 3 (1): 5–20.

Williams, CJ; Weinberg MS (2003). "Zoophilia in Men: A study of sexual interest in animals". *Archives of Sexual Behavior* 32 (6): 523–535.

Wilson, G. (1987). An ethological approach to sexual deviation. In G. D. Wilson (Ed.), *Variant sexuality: Research and theory* (pp. 84-115). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press

Xavier, CM (1955). "Coprophilia: A clinical study". *British Journal of Medical Psychology* 28 (2-3): 188–190.

Yalom, I., (1960) "Aggression and forbiddenness in voyeurism," *Archives of General Psychiatry*, 3:305-319, 1960.

Young, G.H., & Gerson, S. (1991). New psychoanalytic perspectives on masochism and spouse abuse: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* Vol 28(1) Spr 1991, 30-38.

Zavitzianos, G. (1972), Homeovestism: Perverse form of behaviour involving wearing clothes of the same sex. *International Journal of Psycho-Analysis*, 53, 471-477.

Zavitzianos G (1977). "The object in fetishism, homeovestism and transvestism". *International Journal of Psychoanalysis* 58 (4): 487–95.

Zerbe, K. J. (1992) 'Eating Disorders in the 1990s: Clinical Challenges and Treatment Implications', *Bulletin of the Menninger Clinic* 56: 167-187.

Zucker, K. J., & Blanchard, R. (1997). Transvestic fetishism: Psychopathology and theory. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment* (pp. 253-279). New York: Plenum.