19. Osteoporoza

Tomasz Opala, Dorota Rabiega

Według WHO: osteoporoza jest układową chorobą szkieletu, charakteryzującą się niską masą kości, zaburzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej prowadzącą do wzmożonej łamliwości kości i złamań.

19.1. Etiologia i patogeneza osteoporozy

Szczytowa masa kostna

Szczytowa masa kostna w 60–80% uwarunkowana jest genetycznie. Tylko w 20–40% poziom szczytowej masy kostnej uwarunkowany jest przez czynniki, na które mamy wpływ. Należą do nich: stan odżywienia, aktywność fizyczna i poziom hormonów płciowych. Dotychczas tylko kilka genów kodujących białka biorące udział w metabolizmie mineralnym i tworzących strukturę kości zidentyfikowano jako geny potencjalnie biorące udział w powstawaniu osteoporozy. Współcześnie znane fakty nie umożliwiają jednoznacznego określenia danego genu jako „genu osteoporozy". Bardziej prawdopodobne wydaje się, że za wystąpienie osteoporozy odpowiada duża liczba różnych genów, z których każdy z osobna może wywierać niewielki wpływ na ekspresję danej cechy. Geny związane z regulacją metabolizmu kostnego i masy kostnej kodują białka: regulatorowe (IL-6, TGF-beta1, IGF-I), strukturalne (kolagen typu I alfa1, osteokalcyna), receptorowe (receptory: estrogenowe, wapniowy, beta3-adrenergiczny, witaminy D_3, kalcytoniny, apolipoproteiny E, PTH, antagonistów IL-1).

19.2. Podział osteoporozy

Podział osteoporozy

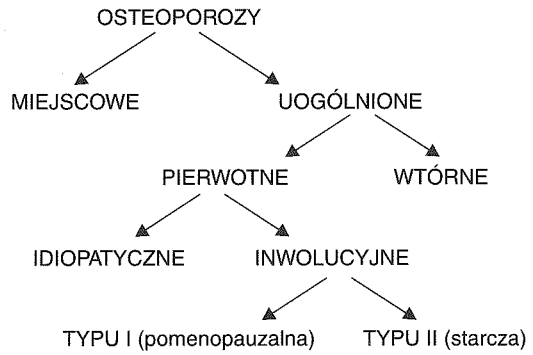
Podział osteoporozy przedstawiono na rycinie 19.1. Poniższa klasyfikacja oparta została na kryterium lokalizacji i etiologii.

19.2.1. Kryterium lokalizacji

Kryterium lokalizacji

Osteoporozy miejscowe – dotyczą okolic szkieletu, na które oddziałuje czynnik patogenny: stan zapalny, unieruchomienie kończyny. Są to procesy wyłącznie wtórne.

Osteoporozy uogólnione – dotyczą całego szkieletu, chociaż w niejednakowym stopniu obejmują różne jego miejsca. Są wynikiem ogólnego oddziaływania defektów metabolicznych, procesów inwolucyjnych, unieruchomienia.



Ryc. 19.1. Podział osteoporozy.

19.2.2. Kryterium etiologiczne

Kryterium etiologiczne

Osteoporozy pierwotne – stanowią 70% osteoporoz. Wśród nich wyróżnia się:

Osteoporoza idiopatyczna

- osteoporozę idiopatyczną – o nieznanej etiologii, dotyczącą zaburzeń wzrostu szkieletu w stosunku do normy wieku;

Osteoporoza inwolucyjna

- osteoporozę inwolucyjną – zaburzeniom ulegają procesy metabolizmu kości, powodując przyspieszenie fizjologicznej osteopenii.

Osteoporoza typu I

Osteoporoza inwolucyjna typu I (pomenopauzalna) dotyczy głównie kobiet od piątej do siódmej dekady życia. Choroba obejmuje głównie kość beleczkową. Przyczyną jest ustanie endokrynnej funkcji jajnika związane z fizjologiczną menopauzą. W patogenezie osteoporozy pomenopauzalnej zwraca uwagę niedoczynność przytarczyc, zmniejszone wchłanianie wapnia, a wtórnie również zmniejszona synteza hydroksycholekalcyferolu. Złamania dotyczą głównie kręgów oraz dystalnej części kości promieniowej.

Osteoporoza typu II

Osteoporoza typu II (starcza) dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn powyżej 70. roku życia. Choroba obejmuje kość zbitą i beleczkową. Przyczyną osteoporozy starczej jest zaawansowany wiek i związane z nim procesy starzenia: zmniejszona synteza 1,25-dihydroksycholekalcyferolu, zmniejszone wchłanianie wapnia, a wtórnie nadczynność przytarczyc. Złamania dotyczą kręgów i szyjki kości udowej.

Osteoporozy wtórne

Osteoporozy wtórne – są wynikiem działania znanego czynnika etiologicznego, powodującego daną chorobę, której jednym z objawów jest osteoporoza. Mogą mieć również przyczynę jatrogenną lub genetyczną. Osteoporozy wtórne stanowią 30% wszystkich osteoporoz.

19.3. Diagnostyka w osteoporozie

19.3.1. Badanie kliniczne

Badanie kliniczne

Diagnostyka w osteoporozie powinna obejmować: wywiad, badanie przedmiotowe oraz badania dodatkowe. W wywiadzie należy uwzględnić przede wszystkim obecność czynników ryzyka osteoporozy związanych z trybem życia (mała aktywność fizyczna, podatność na upadki), odżywianiem (niskie spożycie wapnia i witaminy D_3, używki), niedoborem masy ciała, czynnikami genetycznymi. Ważnym elementem diagnostyki jest wykluczenie chorób współistniejących oraz przyjmowanych leków obniżających masę kostną, a także zebranie wywiadu dotyczącego występowania złamań w rodzinie.

W diagnostyce różnicowej osteoporozy należy wykonać podstawowe badania laboratoryjne (OB, morfologia, badanie ogólne moczu, T_3, T_4, TSH, poziom wapnia we krwi, zdjęcie rentgenowskie kości). W razie wątpliwości diagnostykę powinno się rozszerzyć o badania szczegółowe (PTH, 25-hydroksywitamina D_3, markery kościotworzenia i resorpcji, elektroforeza białka). Badanie biopsyjne kości jest szczególnie istotne przy różnicowaniu z osteomalacją.

19.3.2. Markery kostne

Markery kostne

Ocenę tempa obrotu kostnego umożliwiają biochemiczne markery kostne. Są to fragmenty białkowych elementów strukturalnych kości (lub produkty ich degradacji) oraz enzymy i białka uwalniane do krążenia w czasie aktywności metabolicznej osteoblastów i osteoklastów.

Poziomy biochemicznych markerów obrotu kostnego są wypadkową aktywności wszystkich procesów przebudowy odbywających się w danym momencie w całym szkielecie. Oznaczanie markerów jest przydatne w monitorowaniu i ocenie wpływu stosowanych leków na szybkość przebudowy kości.

Nowoczesne markery obrotu kostnego są cząstkami wysoce swoistymi dla metabolizmu tkanki kostnej. Wśród markerów wyróżniamy markery kościotworzenia i markery resorpcji. Do nowoczesnych markerów kościotworzenia zalicza się: frakcję kostną fosfatazy zasadowej (B-ALP), osteokalcynę (OC), N-końcowy propeptyd prokolagenu typu I (PINP).

Nowoczesne markery resorpcji to: pirydynolina (PYD), dezoksypirydynolina (DPD), N-końcowy usieciowany telopeptyd łańcucha alfa 1 kolagenu typu I (NTX), C-końcowy usieciowany telopeptyd łańcucha alfa 1 kolagenu typu I (CTX).

Generacje markerów kostnych

Wyróżnia się trzy generacje markerów kostnych. Pierwszą generację, do której należy hydroksyprolina i kalciuria, cechuje najniższa czułość, a równocześnie najdłuższy czas (kilka tygodni) pomiędzy zmianą metabolizmu kostnego a obiektywnym wzrostem lub spadkiem poziomu powyższych wskaźników. Druga generacja to pirydynolina i dezoksypirydynolina; zmiany obserwuje się po kilku dniach. Do trzeciej generacji należą najczulsze markery: N- i C-terminalny telopeptyd łańcucha alfa 1 kolagenu typu I; zmiany w poziomie tych markerów występują już w czasie jednej doby.

19.3.3. Markery kościotworzenia

Markery kościotworzenia

Są to produkty związane bezpośrednio lub pośrednio z aktywnością osteoblastów. Izoenzym kostny fosfatazy zasadowej (B-ALP) jest glikoproteiną o masie cząsteczkowej 160 000. Enzym ten zlokalizowany jest na powierzchni osteoblastów. U człowieka dorosłego z prawidłową funkcją wątroby B-ALP stanowi 50% aktywności fosfatazy zasadowej. Pozostałe 50% pochodzi z wątroby. Rola izoenzymu kostnego fosfatazy zasadowej nie jest do końca poznana. Enzym ten bierze udział w procesie kostnienia i mineralizacji. We wczesnych etapach mineralizacji osteoidu duże ilości tego enzymu znajdują się w pęcherzykach macierzy.

Osteokalcyna

Osteokalcyna jest niekolagenowym białkiem macierzy kostnej syntetyzowanym przez dojrzałe osteoblasty, odontoblasty i hipertroficzne chondrocyty. Zbudowana jest z 49 aminokwasów. Jest cząstką o masie 5800D. Osteokalcyna we krwi występuje w postaci całej cząsteczki (36% aktywności) oraz jej fragmentów, które powstają wskutek trawienia przez proteazy surowicy.

19.3.4. Markery resorpcji

Markery resorpcji

Kolagen typu I stanowi 90–95% organicznej macierzy kostnej, dlatego fragmenty uwalniane do krwi w czasie jego tworzenia lub degradacji są ważną grupą markerów. Pirydynolina i deoksypirydynolina – to trójwartościowe, stabilne wiązania sieciujące w dojrzałych formach kolagenu typu I, II, III. Chemicznie pirydynolina to hydroksylizylopirydynolina, a deoksypirydynolina to lizylopirydynolina. Markery te powstają w czasie pozakomórkowej fazy dojrzewania włókien kolagenowych. Uwalniane są w trakcie resorpcji kostnej i wydalane z moczem w postaci związanej z peptydami (60%) oraz w formie wolnej (40%). Na poziom pirydynoliny i deoksypirydynoliny nie ma wpływu stopień degradacji świeżo zsyntetyzowanego kolagenu ani też dieta.

N-terminalny usieciowany telopeptyd łańcucha alfa1 kolagenu typu I (NTX) jest peptydem zawierającym swoistą sekwencję ośmiu aminokwasów połączonych wiązaniem sieciującym (pirydynolina lub dezoksypirydynolina) z łańcuchem alfa1 lub alfa2 drugiej cząsteczki kolagenu oraz potrójną spiralą trzeciej cząsteczki. Jest to marker o wysokiej swoistości.

C-terminalny usieciowany telopeptyd łańcucha alfa1 kolagenu typu I (CTX) jest oktapeptydem o swoistej sekwencji aminokwasów. Jest uwalniany w czasie osteoklastycznej resorpcji kości.

19.4. Badanie densytometryczne

Densytometria

Stosowanych jest wiele metod pomiaru gęstości mineralnej kości opartych na wykorzystaniu promieniowania rentgenowskiego, fali ultradźwiękowej, tomografii komputerowej. W praktyce zastosowanie mają dwie metody: DEXA i QUS.

DEXA

DEXA – absorpcjometria dwóch wiązek promieniowania o różnych energiach. Źródłem promieniowania jest lampa rentgenowska emitująca dwie wiązki o energiach 45 i 75 keV. Według zaleceń WHO badanie DEXA jest jedyną metodą stosowaną w celu rozpoznania osteoporozy.

Kryteria densytometryczne osteoporozy

Kryteria densytometryczne osteoporozy opierają się na pomiarach gęstości mineralnej szyjki kości udowej metodą DEXA, porównując ją do szczytowej masy kostnej zdrowych, młodych kobiet w wieku 20–29 lat. Wyniki wyraża się odchyleniem standardowym, zwanym *T-score*.

T-score

Kryteria densytometryczne:

– wartości prawidłowe	*T-score* ± 1,0;
– niska masa kostna (osteopenia)	*T-score* od 1 do –2,5;
– osteoporoza	*T-score* poniżej – 2,5;
– osteoporoza zaawansowana	*T-score* poniżej – 2,5 z obecnością złamań typowych dla osteoporozy

Wyniki *T-score* uzyskane innymi metodami niż DEXA oraz z miejsc innych niż szyjka kości udowej są nieporównywalne i nie umożliwiają rozpoznania osteoporozy.

QUS

Metoda QUS oparta jest na ultrasonografii ilościowej. Osłabienie emitowanej wiązki fali ultradźwiękowej zależne jest od gęstości kości oraz jej struktury, na którą składają się: przestrzenny rozkład i wielkość beleczek kostnych, ich spójność, porowatość, anizotropia. Najczęstszym miejscem pomiaru jest kość piętowa z powodu cienkiej warstwy korowej w porównaniu z kością beleczkową oraz cienkiej warstwy otaczających tkanek miękkich. Głowica ultradźwiękowa emituje fale ultradźwiękowe o częstości 0,5 MHz. Uzyskane dane przekazywane są do komputera i poddawane obróbce matematycznej.

Metoda QUS jest wyłącznie metodą przesiewową i nie może służyć w celu rozpoznania osteoporozy. Jest metodą tanią, nie powoduje narażenia na promieniowanie jonizujące. Ze względu na to, że metoda ta cechuje się dużym błędem powtarzalności, QUS jest badaniem przesiewowym.

19.5. Profilaktyka osteoporozy

Profilaktyka osteoporozy

Leczenie osteoporozy ma na celu zwiększenie masy kostnej poprzez wpływ na architekturę beleczek kostnych (wzrost ich grubości). Wiadomo jednak, iż nie można odtworzyć jakościowo prawidłowej tkanki kostnej w przypadku przerwania ciągłości beleczek. Dlatego istotna jest wczesna profilaktyka osteoporozy poprzez prawidłową dietę, aktywność fizyczną, leczenie chorób współistniejących oraz poprzez okresowe wykonywanie badania gęstości kości wraz z oceną metabolizmu kostnego (markery kostne).

19.6. Leczenie osteoporozy

Kwalifikacja do leczenia

Leczeniu osteoporozy powinny podlegać osoby:
- z czynnikami ryzyka osteoporozy i obniżoną masą kostną;
- ze złamaniami przebytymi i obecnymi;
- z wysokimi wskaźnikami przebudowy kości;
- leczone m.in.: glikokortykosteroidami, lekami przeciwzakrzepowymi, analogami GnRH;
- kobiety z przedwczesną menopauzą;
- obciążone wywiadem rodzinnym w kierunku osteoporozy.

Zasady leczenia

Zasadą leczenia jest eliminacja czynników ryzyka, wzmożona aktywność fizyczna, suplementacja wapnia i witaminy D_3, stosowanie leków (hormonalna terapia zastępcza, bisfosfoniany, kalcytonina). W przypadku osteoporoz wtórnych istotne jest leczenie przyczynowe.

19.6.1. Wzmożony wysiłek fizyczny

Wysiłek fizyczny

Celem codziennych ćwiczeń fizycznych jest podniesienie ogólnej sprawności ruchowej, gdyż złamania powstają najczęściej pod wpływem urazu. Wysiłek fizyczny wymusza tworzenie kości. W czasie leżenia następuje utrata wapnia ustrojowego około 0,2% na dobę.

19.6.2. Suplementacja wapnia

Wapń

Dieta odgrywa istotną rolę w utrzymywaniu prawidłowego metabolizmu kostnego. Zalecana podaż wapnia u kobiet w okresie okołomenopauzalnym to około 1000 mg/d. Ilość ta powinna być równomiernie rozłożona we wszystkich posiłkach. W Polsce występuje dieta niedoboru wapnia.

Tylko 40% spożytego wapnia ulega wchłonięciu w jelicie. Niezbędna do tego jest aktywna postać witaminy D_3 [$1,25(OH)_2D_3$]. Wzrost wchłaniania wapnia następuje w obecności: białka, laktozy, magnezu. Wchłanianie wapnia osłabiają: sód, alkohol, tytoń, nadmiar fosforu w diecie. Udowodniono, iż codziennie 500 mg Ca^{2+} ulega absorpcji i 500 mg Ca^{2+} jest resorbowana z kości. Istotna jest proporcja Ca : P w pokarmie, która u osób dorosłych powinna wynosić 1:1. Nadmiar fosforu powoduje spadek wchłaniania wapnia. Dobry stosunek wapnia do fosforu ma mleko krowie.

Dostępne preparaty wapnia: laktoglukonian wapnia, fosforan wapnia.

cje parafilii, przydatne jest jednak rozróżnienie, czy nieprawidłowość polega na wyborze szczególnego obiektu pożądania seksualnego (np. fetyszyzm, pedofilia, gerontofilia, zoofilia itp.), czy też na szczególnej formie zachowania prowadzącego do uzyskania satysfakcji seksualnej (np. ekshibicjonizm, sadyzm, masochizm, ocieractwo itp.).

- Zachowanie seksualne – jest to taki akt regulacji stosunków człowieka z otoczeniem, którego celem jest uzyskanie satysfakcji seksualnej. Do rozpoznania zachowania seksualnego niezbędne jest zatem stwierdzenie istnienia seksualnej motywacji podjętych czynności. Nie ma znaczenia, czy jest to motywacja w pełni świadoma. Taki sposób rozumienia zachowania seksualnego jest bardzo istotny m. in. w sporządzaniu opinii dla sądu.

Zachowanie seksualne

20.3. Pojęcie normy seksualnej

Norma seksualna

Istnieje obecnie kilka ujęć normy seksualnej, wśród których wyróżnia się: normę kliniczną, normę partnerską, normę indywidualną oraz normę funkcjonalną. Lekarz, który dokonuje diagnozy pacjenta musi znać te pojęcia, aby wyraźnie rozróżniał wobec jakich właściwości i zachowań pacjenta nie powinien podejmować działań terapeutycznych, a które należy kwalifikować jako patologiczne i wymagające odpowiedniego leczenia.

Zakres zachowań seksualnych

Kliniczna norma seksualna wypracowana została na podstawie koncepcji Schnabla oraz pod silnym wpływem raportów Kinseya i współpracowników. Obejmuje ona szeroki zakres zachowań seksualnych, które można zaliczyć do jednej z trzech kategorii:

1. Do normy optymalnej zalicza się te zachowania seksualne, które ze względu na swe właściwości są w pełni pożądane z punktu widzenia określonego systemu wartości, zarówno dla konkretnej jednostki, jak i dla społeczeństwa, w którym żyje. Są to zachowania godne propagowania w postaci modelu wychowania (dobrowolne dopochwowe stosunki płciowe pomiędzy dojrzałymi partnerami przeciwnej płci).
2. Norma akceptowana obejmuje zachowania seksualne, które nie są optymalne, lecz nie ograniczają rozwoju osobowego oraz nie utrudniają nawiązania głębokich więzi międzyludzkich (np. masturbacja, kontakty oralno-genitalne, stosunki analne itp.).
3. Do normy tolerowanej natomiast zalicza się te zachowania seksualne, które ograniczają możliwość harmonijnego doboru seksualnego, w sensie zmniejszenia liczby potencjalnych partnerów lub możliwości nawiązania z nimi głębokich więzi międzyludzkich.

Ograniczenia te nie mają jednak bezwzględnie patologicznego charakteru, bowiem odpowiedni dobór seksualny może przyczynić się do harmonijnego przebiegu życia seksualnego w układzie partnerskim. W celu zaliczenia konkretnego zachowania do normy tolerowanej należy wziąć pod uwagę trzy kryteria: kontekst osobowościowy, kontekst partnerski oraz kontekst sytuacyjny. (Np. homoseksualizm, umiarkowane tendencje sadomasochistyczne, upodobanie do seksu grupowego i innych form wyrafinowanych praktyk seksualnych nienaruszających zdrowia lub prawa).

Zaliczenie zachowania seksualnego do jednej z tych trzech kategorii normy oznacza, że zachowania te nie wymagają interwencji terapeutycznej.

Warunki normy partnerskiej

Punktem odniesienia w normie partnerskiej (Giese, Imieliński) nie jest konkretna jednostka, tylko diada tworzona przez partnerów seksualnych. To ujęcie normy seksualnej akcentuje aspekt hedonistyczny i więziotwórczy seksualności ludzkiej.

Norma partnerska wyznaczona jest przez sześć warunków koniecznych do jej spełnienia:

1. warunek różnicy płci;
2. warunek dojrzałości;
3. warunek obustronnej akceptacji;
4. warunek uzyskania rozkoszy;
5. warunek nieszkodzenia zdrowiu;
6. warunek nienaruszania norm współżycia społecznego.

Obecnie pierwszy z warunków jest jedynym, który nie musi być spełniony, aby dane zachowanie zaliczyć do normy partnerskiej, natomiast pozostałe pięć jest już bezwzględnie koniecznych. W roku 1973 Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne uznało, że homoseksualizm różni od heteroseksualizmu jedynie kierunek popędu seksualnego, natomiast nie ma innych cech charakterystycznych dla patologii i zdecydowało o wykreśleniu homoseksualizmu z listy dewiacji (stanowisko to zaakceptowało WHO).

Indywidualna norma seksualna

Pojęcie indywidualnej normy seksualnej uwzględnia trzy funkcje seksualności ludzkiej (Godlewski). Są nimi:

1. funkcja biologiczna spełniana poprzez prokreację;
2. funkcja psychologiczna, którą jest uzyskanie rozkoszy;
3. funkcja społeczna, czyli tworzenie więzi międzyludzkiej.

Możliwość spełnienia tych trzech funkcji przybliża jednostkę do normy bądź patologii. Za zgodne z indywidualną normą seksualną uważa się jednak tylko takie zachowania, które spełniając kryteria normy partnerskiej, równocześnie:

- nie wykluczają ani nie ograniczają w znacznym stopniu możliwości stosunku genitalno-genitalnego mogącego doprowadzić do zapłodnienia;
- nie cechują się trwałą tendencją do unikania spółkowania.

Pozostałe wyznaczniki indywidualnej normy seksualnej pokrywają się z normą seksualną partnerską, stanowiąc jej uzupełnienie. Z faktu wprowadzenia dodatkowych warunków do normy indywidualnej wynika jednak, że mogą istnieć zachowania pozostające w zgodzie z jedną normą, lecz naruszające drugą. W tym przypadku zachowania homoseksualne, chociaż nie naruszają normy partnerskiej, są sprzeczne z normą indywidualną, bo nie mogą one doprowadzić do zapłodnienia.

Norma funkcjonalna

Norma funkcjonalna opracowana została po przyjęciu założenia (Gapik), że każde w pełni prawidłowe zachowanie seksualne powinno spełniać dwie funkcje: osobistą i społeczną. Kryteria spełnionej funkcji osobistej są następujące:

1. występowanie potrzeby seksualnej z siłą mieszczącą się w granicach normy (fizjologicznej, wiekowej, kulturowej);
2. prawidłowa mechanika reakcji seksualnych (uzyskiwanie zespołu gotowości seksualnej, właściwa reakcja narządów płciowych w czasie podniecenia seksualnego);
3. prawidłowa dynamika reakcji seksualnych (brak wytrysku wczesnego, opóźnionego orgazmu itp.);
4. zdolność do przeżywania satysfakcji seksualnej (niekoniecznie orgazmu).

Kryteria funkcji społecznej

Natomiast kryteria spełnionej funkcji społecznej zachowań seksualnych zawierają się w:

1. wyborze właściwego obiektu zachowań seksualnych;
2. umiejętności nawiązania interakcji seksualnej nienaruszającej prawa i aprobowanej społecznie;
3. umiejętności podtrzymania i rozwijania interakcji seksualnej oraz tworzenia trwałego związku erotycznego jako postawy małżeństwa i rodziny;
4. umiejętności zaspokojenia potrzeby seksualnej zdrowego partnera (partnerki).

Przedstawione powyżej kryteria odnoszą się do wszelkich możliwych zaburzeń seksualnych, uwarunkowanych wadami rozwoju biologicznego lub psychoseksualnego, różnymi chorobami, zaburzeniami osobowości, nerwicami, parafiliami, a nawet brakiem znajomości *ars amandi*, co również, i to całkiem często, przyczynia się do zaburzeń funkcjonowania seksualnego w układzie partnerskim. Naruszenie któregokolwiek z wyżej wymienionych kryteriów oznacza po-

trzebę rozpoczęcia leczenia, z zastosowaniem odpowiednio dobranej metody. W przypadku osób dojrzałych nieprowadzących życia seksualnego należy ustalić, czy wynika to z zaburzeń seksualnych, czy też jest to świadoma decyzja podjęta wskutek innych okoliczności (np. u osób duchownych).

20.4. Patologia seksualna

Wady rozwoju biologicznego oraz choroby układu rozrodczego, a także zaburzenia rozwoju psychoseksualnego są diagnozowane i leczone w miarę możliwości metodami ginekologicznymi, endokrynologicznymi, chirurgicznymi, psychiatrycznymi i psychologicznymi, a w razie potrzeby – metodami innych specjalności. W tym miejscu skoncentrujemy się zatem na krótkim omówieniu dwóch najbardziej typowych obszarów zaburzeń seksualnych: nerwic i parafilii.

20.4.1. Nerwice seksualne

Nerwice seksualne

W nerwicach seksualnych istotny jest neurotyczny mechanizm zachowania seksualnego. Chodzi więc tutaj o takie zachowania, w których zaburzenie ma charakter czynnościowy (nie organiczny) i stanowi formę realizowania odruchowych reakcji seksualnych lub ich patologiczne uformowanie (neurotyczny nawyk seksualny). Wyróżniamy następujące kategorie nerwicowych zaburzeń seksualnych:

Nerwicowe postawy seksualne

1. Nerwicowe postawy seksualne:
- nerwicowe postawy wobec samego siebie (np. tzw. kompleksy seksualne, poczucie małej wartości, brak zaufania do swojej sprawności seksualnej, ale także przecenianie własnych możliwości seksualnych itp.);
- nerwicowa postawa wobec partnera (np. lęk lub agresja wobec płci przeciwnej, nieumiejętność nawiązywania interakcji itp.);
- nerwicowa postawa wobec życia seksualnego (np. wstręt, niechęć lub lęk przed czynnościami seksualnymi, nadmierna wstydliwość itp.).

Nerwicowe zaburzenia reakcji seksualnych

2. Nerwicowe zaburzenia reakcji seksualnych:
- zaburzenia zespołu gotowości seksualnej u kobiet (np. brak przekrwienia narządów płciowych, duże napięcie mięśniowe, nerwicowe zaburzenia lubrykacji itp.);
- pochwica;
- nerwicowe zaburzenia erekcji członka;
- nerwicowe zaburzenia wytrysku.

Nerwicowe zaburzenia w przeżywaniu satysfakcji seksualnej

3. Nerwicowe zaburzenia w przeżywaniu satysfakcji seksualnej:
- nerwicowa oziębłość seksualna u kobiet;
- anorgazmia;
- dyspareunia;
- zaburzenia przeżywania satysfakcji seksualnej mężczyzn.

Przedstawiona powyżej lista nerwicowych zaburzeń seksualnych ma charakter schematyczny, ale obejmuje wszelkie kategorie dysfunkcji mających neurotyczną etiopatogenezę.

20.4.2. Parafilia

Parafilia

Współczesne pojęcie: parafilia łączy w sobie dawniejsze dewiacje seksualne i zboczenia płciowe (perwersje seksualne). Warto jednak przypomnieć, bo ma to niekiedy istotne znaczenie kliniczne, że zboczeniem płciowym nazywano taką dewiację seksualną, w której czynność dewiacyjna stała się dominującą lub jedyną formą funkcjonowania seksualnego pacjenta. Inaczej mówiąc, przy dewiacji mamy do czynienia z nieprawidłową tendencją seksualną, a przy zboczeniu z dominantą seksualną. Ta zasada powinna być także uwzględniana przy rozpoznawaniu różnych stopni nasilenia poszczególnych parafilii. Parafilie mogą dotyczyć:

Stopnie nasilenia parafilii

Odchylenia seksualne w zakresie obiektu

a) Odchyleń seksualnych w zakresie obiektu, takich jak: fetyszyzm (uzyskiwanie podniecenia seksualnego poprzez kontakt z przedmiotem lub częścią ciała symbolizującą partnera); pigmalionizm (uzyskiwanie podniecenia seksualnego poprzez kontakt z obrazkami, fotografiami lub dziełami sztuki); narcyzm (odmiana fetyszyzmu polegająca na podniecaniu się własnym ciałem); automonoseksualizm (odmiana fetyszyzmu polegająca na wyobrażaniu sobie partnera seksualnego w postaci odbijanej w lustrze); heterochromofilia (odmiana fetyszyzmu, w której rolę fetysza spełnia kolor skóry partnera, najczęściej odmienny od własnego); retifizm (odmiana fetyszyzmu, w której rolę fetysza spełniają buty); fetyszyzm deformacyjny (rolę fetysza spełniają zniekształcenia, okaleczenia ciała, kikuty itp.); ekskrementofilia (odmiana fetyszyzmu, w której rolę fetysza spełniają wydzieliny, jak mocz, kał, pot, ślina, nasienie lub wydzielina miesiączkowa); nekrofilia (odmiana fetyszyzmu, w której rolę fetysza spełnia martwe ciało człowieka); tranwestytyzm (uzyskiwanie podniecenia seksualnego poprzez przebieranie się w odzież przeciwnej płci); pedofilia (uzyskiwanie podniecenia poprzez praktyki seksualne z dziećmi); gerontofilia (uzyskiwanie podniecenia poprzez praktyki seksualne z osobami starymi); zoofilia (uzyskiwanie podniecenia poprzez praktyki seksualne ze zwierzętami) i inne.