

# SEN I SEKS: CO MAJĄ ZE SOBĄ WSPÓLNEGO?

prof. dr hab. med. Zygmunt Zdrojewicz, stud. Katarzyna Kożuch

## Streszczenie

Pierwsze doniesienia naukowe sugerujące, że zachowania seksualne w czasie snu mogą być nowym typem parasomni zostały opublikowane w 1996 roku przez trzech naukowców z Uniwersytetu w Toronto i Uniwersytetu w Ottawie. Potwierdzenia istnienia seksomni dokonano przez wykonanie polisomnografii z nagraniem wideo zachowań pacjentów. Celem pracy był przegląd literatury naukowej dotyczącej nieprawidłowych zachowań i doświadczeń seksualnych związanych ze snem. Pierwsza klasyfikacja nieprawidłowych zachowań seksualnych związanych ze snem została przytoczona na podstawie materiału źródłowego. Przytoczono także kilkanaście przypadków klinicznych takich zaburzeń. Klinicyści wielu specjalizacji powinni być informowani o klinicznych i medyczno-prawnych aspektach zaburzeń seksualnych związanych ze snem, a także powinni przeprowadzać wywiad lekarski dotyczący jakichkolwiek zaburzeń snu i seksu związanych z chorobami neurologicznymi i innymi problemami medycznymi. Seksomnia nie zawsze jest problematyczna dla osób które na nią cierpią czy też dla ich partnerów. Występuje bardzo duża różnorodność w częstotliwości i stopniu zaawansowania tych zaburzeń u ludzi.

## Słowa kluczowe:

sen, seks, seksomnia, klasyfikacja

## SLEEP AND SEX: WHAT DO THEY HAVE IN COMMON?

The first research paper that suggested that sexual behavior during sleep may be a new type of parasomnia was published in 1996 by three researchers from the University of Toronto and the University of Ottawa. The reality of sexsomnia has been confirmed by sleep disorder researchers who have made PSG and video recordings of patients. The objective of this work was a review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. The first classification of sleep related disorders and abnormal sexual behaviors was quoted. Several clinical cases of these disorders were mentioned. Clinicians across various specialties should be informed about the clinical and medical-legal aspects of sleep and sex and consider questioning their patients about any sleep and sex problems associated with their neurologic or medial disorders. Sexsomnia is not always problematic for those who experienced it or for their partners. There is a great variety in both frequency and levels to which people are affected by this disorder.

## Key words:

sleep, sex, sexsomnia, classification

PRACA RECENZOWANA

prof. zw. dr hab. med.  
Zygmunt Zdrojewicz  
Katedra i Klinika  
Endokrynologii,  
Diabetologii i Leczenia  
Izotopami AM  
we Wrocławiu

Katarzyna Kożuch  
studentka V roku  
Wydziału Lekarskiego  
AM we Wrocławiu

## WSTĘP

W wierzeniach starożytnej Grecji bóg snu Hypnos był nie tylko bliźniaczym bratem boga śmierci Thanatosa, ale także ojcem boga marzeń sennych Morfeusza. Zygmunt Freud pisał: „Marzenia sennie pojawiają się tylko jako nawiązanie do tych spraw, które dostarczyły nam pokarmu myślowego w ciągu dnia”.

Sen fascynował od dawna. Dziś, mimo, że ani zjawisko marzeń sennych ani nawet samego snu nie jest już tak tajemnicze, ciągle jest nie do końca zbadane. W jaki sposób sen łączy się z seksualnością człowieka? Jak zaburzenia snu wpływają na życie seksualne i popęd płciowy? Czym jest seksomnia? We współczesnych doniesieniach

naukowych próbuje się znaleźć odpowiedzi na te i wiele innych pytań.

Celem pracy jest usystematyzowanie obecnej wiedzy na temat nieprawidłowych zachowań seksualnych związanych ze snem poprzez przegląd najważniejszych pozycji w literaturze medycznej.

## SEN I SEKS

### – DEFINICJE, KLASYFIKACJA, RAPORTY

Sen jest procesem aktywnym, w którym stan świadomości cechuje się przyjęciem charakterystycznej postawy spoczynku, zaprzestaniem aktywności ruchowej, utratą świadomego kontaktu z otoczeniem, zmniejszoną reaktywnością na bodźce zewnętrzne, pełną odwracalnością, powrotem do stanu czuwania, pod wpływem adekwatnych bodźców zewnętrznych, oraz, co najważniejsze dla naszych rozważań, cyklicznie zmieniającą się aktywnością ośrodkowego układu nerwowego [1]. Sen zaczyna się fazą NREM, prawidłowo o czasie trwania 80–100 min., po której następuje faza snu REM trwająca ok. 15 min. U osób dorosłych tego typu cykl powtarza się 4–5 krotnie. W roku 2007 *American Academy of Sleep Medicine* (AASM) ostatecznie opisało trzy etapy snu NREM [2], gdzie w etapie I. – znikają fale alpha, a pojawiają się fale theta, w etapie II. – występują wrzeciona i kompleksy K, a w etapie III. – pojawiają się fale delta. Trzeci etap snu NREM jest snem głębokim, wolnofalowym (SWS – *slow-wave sleep*) i jeśli w fazie NREM pojawiają się w ogóle marzenia sennie, najczęściej występują one właśnie w jej trzecim etapie, przy czym są mniej żywe, realistyczne i rzadziej pamiętane niż marzenia sennie fazy REM. W trzecim etapie NREM pojawiają się też najczęściej parasomnie – zaburzenia snu polegające na występowaniu w trakcie snu lub przy wybudzaniu się z niego nieprawidłowych lub niepożądanych zachowań. W szczytowym momencie snu wolnofalowego pojawia się też somnambulizm (sennowłóctwo, lunatyzm), który u dzieci uznawany jest za niegroźny, u dorosłych zaś zawsze jest patologią. Śpiący nagle wstaje i zaczyna chodzić lub wykonywać inne czynności (np. jeść, ubierać się itp.), przy czym umysł znajduje się ciągle w stanie snu, więc niemożliwa jest świadoma kontrola zachowania. Nie do końca wyjaśniono etiologię tego zjawiska, choć w niektórych przypadkach może ona wskazywać na epilepsję [3].

Seks w znaczeniu ogólnym stanowi całość życia seksualnego człowieka, nato-

miast w znaczeniu potocznym, węższym często używa się tego określenia odnośnie samego stosunku seksualnego. Przez wieki kształtowało się pojęcie „normy seksualnej” i poszerzało stopniowo wraz z rozwojem nauki i transformacji religijno-kulturowych. Dziś w dalszym ciągu trudno jednak o doskonałą definicję prawidłowego zachowania seksualnego, łatwiej jednak opisać czynniki składające się na „nieprawidłowe zachowania seksualne”. A są to: 1. zachowania, które są destruktywne dla jednego z partnerów lub innych osób, 2. zachowania, które nie mogą być skierowane bezpośrednio do bliskiego partnera oraz 3. zachowania związane z poczuciem winy i lęku [4].

Zarówno sen jak i seks należą do fizjologicznych potrzeb człowieka stanowiących podstawę piramidy potrzeb Abrahama Masłowa [5]. Zaburzenia związane z tymi potrzebami powodują ograniczenia innych potrzeb, a także nie pozwalają na prawidłowe funkcjonowanie organizmu.

## SEKSOMNIA

### JAKO RODZAJ PARASOMNII

Parasomnie można traktować jako przejaw ząębienia się różnych stanów: czuwania, snu NREM i snu REM. Pierwsze prace naukowe sugerujące, że zachowania seksualne podczas snu mogą być nowym rodzajem parasomni zostały opublikowane w roku 1996 przez naukowców z Uniwersytetu w Toronto i Uniwersytetu w Ottawie [6]. Później pojawiły się doniesienia na temat kwalifikacji do leczenia farmakologicznego problematycznych zachowań seksualnych w czasie snu w artykule „Seksomnia – nowa parasomnia?” [7]. Pierwszym lekarzem, który sformułował termin „seks przez sen” (*sleep sex*) był dr David Saul Rosenfeld, neurolog z Los Angeles w Kalifornii.

Międzynarodowa Klasyfikacja Zaburzeń Snu, wydanie drugie (ICSD-2) z roku 2005 zawiera grupę zaburzeń zwanych parasomniami, w której znajdują się nieprawidłowe lub nienaturalne ruchy, zachowania, emocje, odczucia i sny pojawiające się podczas okresu zasypiania, snu, pomiędzy fazami snu i w okresie wybudzania [8]. Według tej klasyfikacji seksomnia przynależy do grupy parasomni jako wariant wybudzeń z dezorientacją i somnambulizmu. Nie powstała jednak jeszcze klasyfikacja wszystkich zaburzeń snu związanych z nieprawidłowymi zachowaniami seksualnymi, stąd Schenck i in. w magazynie „*Sleep*” proponują taką klasyfikację [9].

## KLASYFIKACJA ZABURZEŃ SNU ZWIĄZANYCH Z NIEPRAWIDŁOWYMI ZACHOWANIAMI SEKSUALNYMI [9]

1. Parasomnie z nieprawidłowymi zachowaniami seksualnymi (erotyczne wokalizacje/rozmowy/okrzyki, masturbacja, pieszczoty innej osoby, stosunek seksualny z/bez orgazmu, wymuszone/napadowe zachowania seksualne):

- a) wybudzenie z dezorientacją (z/bez bezdechu obstrukcyjnego);
- b) sennowłóctwo;
- c) zaburzenia zachowania w czasie snu REM.

2. Związane ze snem zachowania seksualne z etiologią epileptyczną (erotyczne wokalizacje/jęki/okrzyki, masturbacja, nadmierne rozbudzenie libido, rozbudzenie genitalne, orgazm napadowy, automatyzm seksualny, wymuszone/napadowe zachowania seksualne).

3. Zaburzenia snu z nieprawidłowymi zachowaniami seksualnymi podczas fazy czuwania i przejścia z fazy snu do czuwania:

- a) zespół Kleine-Levine'a (szeroki zakres hiperlibidemii oraz dewiacyjnych pobudzeń i zachowań seksualnych);
- b) ciężka przewlekła bezsenność (wzrost libido, rozbudzenie genitalne, kompulsywne zachowania seksualne);
- c) zespół niespokojnych nóg (masturbacja, rytmiczne ruchy miednicy przypominające stosunek seksualny);

4. Wyjątkowe aspekty kliniczne:

- a) narkolepsja (nieodparte halucynacje seksualne hipnagogiczne i hipnopompiczne, orgazm kataplektyczny);
- b) zaburzenia snu przez syndrom uporczywego podniecenia seksualnego (genitalno-sensoryczne rozbudzenie seksualne bez wzrostu rozbudzenia libido, zachowania seksualne);
- c) bolesne erekcje i wzrost aktywności seksualnej związane ze snem (nasilenie aktywności seksualnej – masturbacji i stosunków seksualnych);
- d) zaburzenia dysocjacyjne związane ze snem (ruchy miednicy i inne zachowania seksualne, próby odtworzenia przeżytych sytuacji molestowania/nadużycia seksualnego/fizycznego);
- e) nocne zaburzenia psychotyczne (urojenia/halucynacje seksualne po przebudzeniu);
- f) hiperlibidemia po nocnych przebudzeniach;
- g) różne: drzemki, podatność seksualna

podatność na erekcje, stany indukowane farmakologicznie (masturbacja, stosunek seksualny, halucynacje seksualne hipnagogiczne/hipnopompiczne z lub bez paraliżu przysennego).

## RAPORTY KINSEY'A, HITE I INNE

W badaniach Alfreda Kinsey'a [10,11] nie znajdujemy wzmianki na temat zaburzeń seksualnych związanych ze snem, prócz uwagi zwróconej na „emisje nocne” czy też „mokre sny” u mężczyzn, które zostały uznane za „ogólnie akceptowane jako zwyczajna część obrazu seksuologicznego” [10]. Brak natomiast jakichkolwiek informacji dotyczących masturbacji w czasie snu, odbywania stosunków seksualnych z partnerem podczas snu czy też erotycznych rozmów w czasie snu. Kinsey przyznaje, że „zachowania seksualne człowieka reprezentują jeden z najmniej poznanych działów biologii, psychologii i socjologii”. W części badania dotyczącej kobiet znajduje się informacja na temat erotycznych marzeń sennych i orgazmów w czasie snu. 99% orgazmów przeżywanych przez kobiety podczas snu jest związana właśnie z marzeniami sennymi [11].

Shere Hite, Niemka urodzona w Stanach Zjednoczonych, edukatorka seksualna i feministka, przeprowadziła badania seksuologiczne kobiet i mężczyzn podobnie jak Alfred Kinsey. I podobnie jak w badaniach Kinsey'a, w badaniach Hite nie ma żadnych informacji na temat snu i zachowań seksualnych u kobiet i mężczyzn, a nawet brak tu wzmianki o polucjach [12,13].

Dane pochodzące z badania internetowego dotyczącego zachowań seksualnych w czasie snu (SBS – *sexual behaviour in sleep, sexsomnia*), przeprowadzone na 219 respondentach, w większości gościach portalu dotyczącego seksomni, ujawniły, iż 92% ankietowanych doświadczyło wielokrotnie epizodów seksomni. 48% respondentów odbyło stosunek seksualny podczas snu, podając różnorodne czynniki, które mogły doprowadzić do tego zdarzenia, m.in. kontakt fizyczny w łóżku z drugą osobą, stres, zażywanie alkoholu i narkotyków. Prawie połowa badanych (47%) miała inne zaburzenia snu [14].

Niektóre z prowadzonych badań mówią o różnorodnym, zindywidualizowanym wpływie zachowań seksualnych na sen. Stosunek seksualny może działać uspokajająco i nasennie, ale z drugiej strony akt seksualny może powodować trudności w zasypianiu, co szczególnie różnicowane jest u kobiet:

obserwuje się tu stany od zaawansowanej senności do wzmożonej pobudliwości seksualnej [15,16].

## TERMINOLOGIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI ZWIĄZANYCH Z SEKSEM I SNEM [9]

**Nieprawidłowe zachowania seksualne związane ze snem** (*Sleep Related Abnormal Sexual Behaviour* – SRASB) – wg ICSD-2 stanowią wariant wybudzeń z dezorientacją i sennością, z lub bez bezdechu obstrukcyjnego.

**Seksomnia, seks przez sen** (*Sexual Behaviour in Sleep* – SBS) – zamiennie stosowane pojęcia obejmujące wszystkie nieprawidłowe zachowania i doświadczenia seksualne związane ze snem: w czasie snu NREM, REM, stanów przejściowych pomiędzy snem i czuwaniem. Etiologia łączy je do grupy parasomni i innych zaburzeń snu. Obecnie SRASB stanowi podzbiór tych pojęć.

**Seksomnia epileptyczna** – termin analogiczny do powyższych, ale z etiologią padaczkową; zawiera napadowe i ponapadowe automatyzmy seksualne, nadpobudliwość seksualną i genitalną, rytmiczne skurcze miednicy, orgazm napadowy.

Wokalizacje i werbalizacje w seksomni – jęki, rozmowy i krzyki (łącznie z wulgaryzmami) o zabarwieniu seksualnym podczas snu, występujące jako izolowany fenomen lub pojawiające się z lub bez SBS.

**Wokalizacje i werbalizacje w seksomni pochodzenia epileptycznego** – termin analogiczny do powyższego, ale z etiologią padaczkową.

**Chrapanie seksomniczne** – chrapanie występujące w seksomni, związane z obstrukcyjnym bezdechem sennym.

**Hiperlibidemia z zespołem Kleine-Levine’a**, przewlekłą ciężką bezsennością, zespołem niespokojnych nóg – nadmierne, nieodpowiednie lub dewiacyjne zachowania seksualne podczas czuwania lub w fazie przejściowej czuwanie-sen związane z wymienionymi zaburzeniami snu.

**Halucynacje hipnagogiczne lub hipnopompiczne** o treści seksualnej (łącznie z gwałtem) – zwykle związane z narkolepsją, ze skłonnością do tworzenia trwałych przekonań, że doświadczenia seksualne faktycznie miały miejsce.

**Orgazm kataplektyczny, katapleksja okołorgazmowa** – synonimy, atak katapleksji wywołany przez orgazm.

**Hiperlibidemia z bolesnymi erekcjami związana ze snem** (*Hypersexuality with Sleep Related Painful Erections* – SRPE)

– nadmierna lub nieodpowiednia aktywność seksualna związana z SRPE.

**Hiperlibidemia z zaburzeniami dysocjacyjnymi snu** – rytmiczne ruchy miednicy, inne zachowania seksualne i próby odświeżenia przeżytych sytuacji molestowania seksualnego.

**Nocne złudzenia i halucynacje o treści seksualnej** – pojawiające się przed rozpoczęciem snu lub po przebudzeniu, związane z pierwotnymi zaburzeniami psychotycznymi, chorobą Parkinsona (zwłaszcza z terapią dopaminergiczną) i innymi zaburzeniami neurologicznymi.

**Hiperlibidemia podczas nocnych przebudzeń** – hiperlibidemia nocna pojawiająca się przy zniszczeniu gałki bladej i podczas głębokiej stymulacji mózgu w leczeniu choroby Parkinsona.

## PRZYKŁADY PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

W grupie pacjentów cierpiących na parasomnie przeważają mężczyźni. Początek zaburzeń pojawia się najczęściej około 25. roku życia. Kobiety najczęściej doświadczają wokalizacji seksualnych i masturbacji, a mężczyźni podejmują pieszczoty partnerek i inicjują współżycie [9]. Wystąpiły też dwa przypadki zachowań homoseksualnych w czasie snu, które rozbiegały się z zadeklarowaną przez pacjentów orientacją seksualną [7,17]. We wszystkich przypadkach seksomni pacjenci mają całkowitą niepamięć wsteczną dotyczącą epizodów nocnych. Zdarza się, iż seksomnia o podłożu epileptycznym pozostawia u pacjenta ślady wspomnień. Podejmowanie zachowań seksualnych w czasie snu częściej kończy się urazami dla partnerów niż dla inicjatorów tych zachowań, aczkolwiek konsekwencje psychologiczne są dla obu stron równie obciążające. Zdarzają się przypadki zadowolenia partnera z nocnych kontaktów seksualnych (opisane niżej). W większości przypadków wykonano polisomnografię, ale tylko u nielicznych pacjentów zdołano zaobserwować zachowania seksualne w czasie badania. U wszystkich pacjentów zastosowano terapię farmakologiczną klonazepamem, który okazał się skuteczny. U pacjentów z etiologią padaczkową dodatkowo wdrożono leczenie przeciwdrgawkowe [9]. Poniżej przedstawiono wybrane przypadki kliniczne związane z zaburzeniami zachowań seksualnych związanymi ze snem na podstawie wyżej sformułowanej klasyfikacji.

27-letni mężczyzna zwykle budził się podczas ejakulacji pomiędzy godziną 2.00



a 6.00 rano przez okres pięciu lat. Złamał sobie dwa palce, kiedy usiłował urwać pasy, którymi zabezpieczył się, by nie dopuścić do tych incydentów. Próbował także spać w innym łóżku i na podłodze, lecz jego trudy okazały się daremne [18].

26-letnia zamężna kobieta miała epizody nocne związane z gwałtownym zdzieraniem własnej odzieży i agresywną masturbacją w pierwszej połowie nocy. Masturbacja związana była z wokalizacją i skurczami pochwy. Kiedy jej mąż przeszkodził jej w epizodzie masturbacji, zdarzenie to powtarzało się w ciągu jednej nocy nawet kilkakrotnie. Jakikolwiek próby podjęcia współżycia seksualnego w ciągu dnia były odrzucane. Pacjentka nie pamiętała swoich nocnych epizodów [18].

31-letni pacjent z dwunastoletnim wywiadem w kierunku seksomni doświadczał masturbacji przez sen związanej z nocnymi napadami padaczki. Epizody trwały od 3 do 15 minut, a ruchy nasilały się i stawały bardziej agresywne wraz z długością trwania epizodu. Jego partnerki zauważały westchnienia i ruchy nóg lub stóp. Nie zaobserwowały jednak ejakulacji. W wyniku tych zdarzeń pacjent unikał kontaktów seksualnych z kobietami przez ponad osiem lat [18].

26-letnia kobieta inicjowała grę wstępną oraz wypowiadała prowokujące sentencje pomiędzy godziną 2.00 a 5.00 rano, kiedy spała razem z partnerem w łóżku. Kiedykolwiek otrzymywała pozytywną odpowiedź ze strony partnera na swoje zabiegi, budziła się i zarzucała mężczyźnie, że wymusza na niej zbliżenia seksualne podczas snu [18].

43-letni mężczyzna co noc podejmował współżycie seksualne podczas snu, a także jadł przez sen. Jego obecna i była partnerka miały z nim stosunki seksualne podczas gdy spał i chrapał nawet na 30 minut przed ejakulacją. Kobiety opisały te epizody jako atrakcyjne, o bogatym repertuarze, w różnorodnych pozycjach i wzajemnymi pieszczotami oralnymi [19].

38-letni mężczyzna po prawostronnej lobektomii skroniowej, po dziewiętnastoletnim okresie występowania napadów częściowych złożonych (*complex partial seizures* – CPS) pozbawionych manifestacji seksualnych w rok po operacji zgłosił nawrót napadów złożonych 2–3 razy w ciągu miesiąca z nieprawidłowymi zachowaniami seksualnymi podczas snu. Budził się w nocy z silnym podnieceniem seksualnym występującym po napadzie. W sytuacji, gdy napad pojawiał się po odbytym stosunku z żoną,

po około 20 minutach ponownie pojawiało się silne podniecenie seksualne [20].

41-letnia kobieta zaobserwowała krótkie epizody napadów po terapii fenobarbitem trwającej od dwóch lat. Po pięciu miesiącach od odstawienia fenobarbitalu kobietę obudził napad w nocy z parestezją w prawym podbrzuszu i okolicach łonowej i genitalnej. Następnie odczuła podniecenie genitalne, które w krótkim czasie doprowadziło do orgazmu: przyjemnego lub bolesnego. Podczas tych epizodów nie występowało zażenowanie i utrata pamięci. Prawidłowe współżycie w małżeństwie było podejmowane przez cały okres. Wykonane badania PSG i EEG udokumentowały relacje pacjentki. Wznowienie terapii fenobarbitem pozwoliło na szybką kontrolę napadów [21].

**Zespół Kleine-Levine'a** – (*Klein-Levine Syndrome* – KLS) jest rzadkim zaburzeniem snu, charakteryzującym się nawracającymi i długimi epizodami hipersomni. Epizody senności trwają od 16 do 24 godzin dziennie przez kilka tygodni i powtarzają się kilka razy w roku. Dodatkowo towarzyszą im żarłoczność i brak zahamowań seksualnych lub hiperlibidemia. Choroba ma tendencję do samoograniczania się i zwykle ustępuje po około 4 do 8 latach trwania. Dotyka głównie mężczyzn, a jej początek występuje około 15. roku życia [22]. Różnorodna jest intensywność nieprawidłowych zachowań seksualnych towarzyszących KLS. Niektóre zachowania ograniczają się do używania obscenicznego słów w obecności rodziców i lekarzy, wzmożonego zainteresowania treściami pornograficznymi, a jeden pacjent „gapił się” na pielęgniarkę w niedyskretny i nietaktowny sposób [23,24,25]. Zdarza się jednak, że zachowania seksualne doprowadzają do publicznego spółkowania [26]. Typowym jednak przykładem kompulsywnej komponenty KLS jest zachowanie 39-letniego mężczyzny, który podczas swojego trzeciego epizodu KLS, zaatakował na tle seksualnym dwie kobiety i własną córkę. Wykazał też zachowania ekshibicjonistyczne, biegał nago po oddziale szpitalnym usiłując pieścić seksualnie zarówno pielęgniarki jak i pacjentki oddziału. Podczas szóstego epizodu, pacjent rozebrał się, eksponując swoje ciało innym pacjentom i składał propozycje seksualne pielęgniarkom i pacjentkom. Podczas siódmego epizodu został przydzielony do oddziału męskiego w szpitalu psychiatrycznym, gdzie również składał propozycje seksualne pacjentom [27].

Przyczyny KLS są nieznane, choć dowody neuropatologiczne wskazujące na związek z HLA DQB1-201 sugerują, że może być to proces autoimmunologiczny ograniczony do podwzgórza i obszarów przylegających [28]. Zarówno zachowania dewiacyjne jak i hiperlibidemia są znaczącymi manifestacjami zmienionej seksualności w KLS w czasie fazy hipersomnicznej.

**Zespół niespokojnych nóg** – (zespół Wittmaacka-Ekboma, choroba Ekboma, łac. *asthenia crurum paraesthetica, anxietas tibiarum*, ang. *restless legs syndrome* – RLS) to zespół objawów polegający na występowaniu uczucia zmęczenia i niepokoju nóg, którym towarzyszą różnego rodzaju parestezje, przejawiające się jako uczucie występowania mrówek pod skórą lub uczucie pieńnienia się krwi w żyłach. Charakterystyczną cechą zespołu jest jego ustępowanie lub znaczne złagodzenie pod wpływem ruchu. Ponieważ dolegliwości związane są ze spoczynkiem, często nasilają się w nocy prowadząc do bezsenności.

Przypadek 72-letniego mężczyzny z czteroletnim RLS w wywiadzie z towarzyszącymi nieprawidłowymi doznaniem lokalizującymi się w podbrzuszu, potwierdzono badaniem PSG. Wykazano rytmiczne ruchy miednicy przypominające stosunek seksualny w fazie czuwania, przejścia z fazy czuwania do fazy snu oraz po przebudzeniu porannym. Badanie EEG ujawniło fale alpha oraz *alpha* i *theta*. Pacjent uskarżał się na typowy „niepokój” w podbrzuszu. Mężczyzna był w stanie tylko na bardzo krótki okres czasu świadomie powstrzymać ruchy. Wdrożona terapia pramipeksolem (agonista dopaminy) pozwoliła na kontrolę symptomów motorycznych w nocy [29].

64-letni pacjent z ciężkim RLS w wywiadzie, zgłosił, iż zwykle używa masturbacji w nocy do zniesienia bólu związanego z RLS. Odczuwał długotrwałą ulgę, która zapewniała mu spokojny sen w ciągu nocy. Prawdopodobnym jest, że orgazm związany z dopaminą i opioidowymi przekaźnikami wywierały efekt terapeutyczny RLS [29].

Badanie przeprowadzone wśród 930 pacjentów z RLS stopnia średniego i ciężkiego wykazało, iż pacjenci leczeni ropinirolem (nieergolinowy agonista receptorów dopaminergicznych) wykazywali znacząco mniejsze zaburzenia aktywności seksualnej niż pacjenci w grupie placebo [30].

**Narkolepsja** – to zespół chorobowy (dziedziczny, ryzyko zachorowania wśród krewnych jest około 10 razy większe niż

w populacji ogólnej) objawiający się niepohamowanymi, napadowymi stanami senności, trwającymi zwykle około 10–20 min, najczęściej spowodowany silnymi emocjami (np. radość, strach, podniecenie). Często nadmierna senność jest jedynym objawem choroby. Wyróżnia się także tetradę objawów narkoleptycznych: 1. senność napadowa, 2. katapleksja, 3. objawy hipnagogiczne i hipnopompiczne, 4. porażenie przysenne. Halucynacje przysenne i przebudzeniowe, często z towarzyszącym porażeniem przysennym mogą także zawierać zadowolenie seksualne. Opisano przypadki trzech kobiet i jednego mężczyzny z tetradą objawów narkoleptycznych, u których pojawiało się nieodparte, nawracające przeświadczenie o przebytych molestowaniach seksualnych i gwałcie. Kobiety te opisywały sytuacje, w których były molestowane przez przybranego ojca, gwałcone przez policjanta czy przełożonego. Opowieści te stawały się mało wiarygodne w momencie, gdy kobiety przyznawały, że rzekomy gwałcieciel po dokonaniu aktu np. ponownie je ubierał. Towarzyszące halucynacjom porażenie przysenne pacjentki tłumaczyły przyjmowaniem „paralizujących narkotyków” podawanych przez stręczycieli [31].

Opisano też przypadek nawracających halucynacji o treści seksualnej związanej ze snem u pacjentki bez rozpoznanej narkolepsji. 23-letnia kobieta barwnie opisywała nadużycie seksualnego, którego padła ofiarą, a które miało miejsce w jej samochodzie. Udała się na policję w celu złożenia zeznań i po niedługim czasie zaczęła do niej docierać, że zdarzenie to było halucynacją. Zgłosiła się na badanie PSG, które potwierdziło narkolepsję z towarzyszącą katapleksją. Terapia klomipraminą (bloker wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny) połączona z modafinilem (lek o działaniu stymulującym) w pełni zniósł halucynacje [32].

**Zaburzenia dysocjacyjne i konwersyjne** – to częściowa lub całkowita utrata normalnej integracji pomiędzy wspomnieniami z przeszłości, poczuciem tożsamości, wrażeniami czuciowymi i kontrolą ruchów ciała. Zaburzenia te mają tendencję do ustępowania po kilku tygodniach lub miesiącach, szczególnie jeśli ich początek był związany z traumatycznymi przeżyciami. Nierozwiązane problemy, trudności interpersonalne mają tendencję do tworzenia bardziej przewlekłych zaburzeń. Objawy często są odbiciem wyobrażeń pacjenta o tym, jak przejawiałaby się choroba somatyczna. Zaburzenia

obejmujące ból, związane z czynnościami wegetatywnymi są klasyfikowane jako zaburzenia z somatyzacją. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zaburzenia dysocjacyjne zakwalifikowano jako F 44 [33].

Schenck i in. przedstawiają szczególnie uderzający epizod udokumentowany badaniem wideo-PSG podczas którego 22-letnia kobieta z trwającym około siedmiu minut, łatwym do rozpoznania w EEG stanem czuwania, leżała z zamkniętymi oczami, gdy nagle zaczęła podrzucać głowę z boku na bok i wić się na łóżku. Narastały także ruchy miednicy z towarzyszącymi im jękami. Obronne ruchy i jęki w połączeniu z zachowaniami seksualnymi objęte były odnowionym scenariuszem nadużycia z przeszłości, o którym była przekonana później, że śniła, gdy w rzeczywistości była w stanie czuwania i zapamiętała epizod w stanie dysocjacyjnym. W jej „śnie”, który odegrała na łóżku, jej starsza siostra „wpychała jej linijkę do pochwy, żołądka, nóg, co sprawiało jej ból, a jednocześnie pobudzało seksualnie” [34].

**Podatność seksualna** – w czasie snu bywa rozpoznawana przez pacjentów doświadczających jej jako zmuszanie ich do stosunków seksualnych lub też sami pacjenci postrzegają siebie jako ofiary nadużyć seksualnych. Opisano przypadek mężczyzny, który wróciwszy do domu w stanie po spożyciu alkoholu położył się na łóżku swojego przyjaciela, a gdy się obudził, znalazł swojego znajomego w niewygodnej sytuacji, w której jak się zorientował, sam brał udział. Mężczyzna odebrał to jako nadużycie seksualne i sprawa skończyła się w sądzie. Prawdopodobnie pacjent ten doznał erekcji w czasie snu REM i okazał podatność seksualną z nieświadomą erekcją penisa towarzyszącą generalnemu paraliżowi mięśni i wzrostowi pręgu pobudliwości [35].

Opisano przypadki dwóch osób leczonych zolpidemem z powodu bezsenności, u których pojawiła się seksomnia. Za związkiem z terapią zolpidemem przemawiał fakt, iż epizody seksomni nie pojawiały się nigdy przed rozpoczęciem leczenia [36].

Podczas sympozjum European Sleep Research Society w Innsbrucku w roku 2006 przedstawiono przypadki pacjentów z narkolepsją, u których pojawiły się zaburzenia seksualne związane ze stosowanymi lekami. Wśród 54 pacjentów leczonych z powodu narkolepsji z katapleksją stosujących hydroksymaślan sodu (*sodium oxybate*, wpływa depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy)

dwóch mężczyzn odstawiło lek z powodu hiperlibidemii: jeden pacjent żądał leku z powodu uwydatnionych fantazji erotycznych towarzyszących stosowaniu preparatu, a drugi biegał nago dookoła własnego domu, podniecony, z erekcją i wyraźnym pobudzeniem po spożyciu leku. Obaj pacjenci doświadczyli tej nadpobudliwości seksualnej w stanie czuwania [9].

30-letni mężczyzna bez wywiadu w kierunku parasomni, odkrył zachowania seksualne podczas snu po trzech tygodniach stosowania escitalopramu (selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny) w dawce 10 mg dziennie. Seksomnia ustała sześć dni po odstawieniu leku. Zależność czasowa pomiędzy stosowaniem leku i wystąpieniem seksomni sugeruje związek przyczynowy, prawdopodobnie wywołany wzrostem stężenia serotoniny w jądrze szwu [37].

## KONSEKWENCJE PRAWNE PARASOMNI

W czasie epizodu parasomni pacjent nie jest w stanie rozumieć znaczenia popełnianych czynów ani kierować swoim postępowaniem, a zatem jest niepoczytalny [38]. Epizody parasomni zalicza się do „innego zakłócenia czynności psychicznych”, co zgodnie z Kodeksem Karnym, wyłącza odpowiedzialność karną danej osoby: „*Nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.*” (KK 2008 art. 31, par. 1) [38].

27-letni mężczyzna został oskarżony przez swoją żonę o częste i nachalne kontakty seksualne w czasie jej snu, cunilingus (seks oralny) i usiłowanie odbycia stosunku seksualnego. Oskarżony nie tylko miał niepamięć wsteczną dotyczącą tych epizodów, lecz także wywiad chorobowy w kierunku sennowłóctwa i lęków nocnych, a także wywiad rodzinny w kierunku somnambulizmu [7].

Schenck i Mahowald poruszają bardzo istotny aspekt parasomni jako zjawiska „*non-insane*” czyli niezwiązanego z niepoczytalnością [40]. Mowa tu o sytuacjach, w których osoba cierpiąca na parasomnię zna czynniki idukujące jej nieprawidłowe zachowania, a mimo to, nie zachowuje ostrożności lub świadomie wykorzystuje te czynniki. Najczęściej wymieniane czynniki to spożycie alkoholu, stres i pozbawienie snu. Zmienia to status prawny osoby cierpiącej na parasomnię – staje się ona w pełni odpo-



wiedzialna prawnie za wszelkie konsekwencje swoich zachowań. Każdy przypadek symulacji parasomni powinien być również wnikliwie przeanalizowany od strony medyczno-prawnej.

### **KONSEKWENCJE PRAWNE SEKSOMNI Z UDZIAŁEM NIELETNICH**

Opisano przypadki nadużyć seksualnych z udziałem nieletnich, które były wynikiem nieprawidłowych zachowań seksualnych związanych ze snem, najczęściej seksomni. Wyroki sądów były uniewinniające.

45-letni mężczyzna z potwierdzonym przewlekłym somnambulizmem został obudzony w środku nocy przez krzyki przyjaciółki jego czternastoletniej córki, która nocowała w ich domu. Został oskarżony o pieszczoty seksualne na nieletniej podczas gdy dziewczyna spała. Z jego relacji wynikało, iż ma amnezję dotyczącą tego epizodu [19].

39-letni mężczyzna został oskarżony o pożądliwe dotykanie swojej dziewięcioletniej córki podczas gdy spała z rodzicami w łóżku. Mężczyzna zeznał, że spał przez całą noc. Wraz z żoną często odbywali stosunki seksualne przez sen [7].

Rekomendacje oparte na doniesieniach naukowych dla osób cierpiących na zaburzenia zachowań seksualnych związane ze snem, szczególnie w grupie parasomni, dotyczą informowania o ryzyku związanym ze spaniem w jednym łóżku osób najbliższych, a także unikania spania z nieletnimi, szczególnie po spożyciu alkoholu.

### **KONSEKWENCJE FIZYCZNE I PSYCHOSOCJALNE PARASOMNI**

W grupie parasomni, partnerzy łóżkowi często doświadczają urazów fizycznych (otarcia, podbiegnięcia krwawe, skaleczenia), a także sami pacjenci, choć rzadziej, doznają złamań palców czy uszkodzeń genitaliów. Co więcej, zarówno pacjenci jak i ich partnerzy doznają szereg niesprzyjających konsekwencji psychologicznych, jak oszołomienie, zakłopotanie, wstyd, wina, desperacja, szok, złość, zmartwienie, rozdrażnienie, niska samoocena, a także oddalenie emocjonalne w małżeństwie, co może czasem prowadzić do jego rozpadu. Opisano przypadek kobiety, która czuła się zdradzana przez męża masturbującego się co noc w jej obecności. Co ciekawe, para często nawiązywała kontakty seksualne przed snem [41].

Z drugiej strony warto nadmienić, że istnieją przypadki seksomni będącej źródłem

szczególnej satysfakcji seksualnej ze strony partnera. W badaniach przeprowadzonych przez Rosenfeld jedną z kobiet podaje, że jej partner podczas stosunków seksualnych w nocy jest bardziej agresywny i dominujący niż kiedy podejmują współżycie w ciągu dnia. Kobieta podkreśla, że nocna aktywność seksualna jest dla niej bardziej atrakcyjna i satysfakcjonująca [19]. Z kolei w badaniu Shapiro znajdujemy przypadki kobiet postrzegających swych partnerów seksualnych podczas zbliżeń w czasie snu jako bardziej romantycznych, czułych i nastawionych na zaspokojenie ich w zdecydowanie większym stopniu niż podczas tradycyjnych stosunków seksualnych [7].

Doświadczenia seksomni z włączeniem problemów psychospołecznych zarówno ze strony inicjatorów jak i odbiorców seksu przez sen zostały przedstawione w badaniu internetowym przeprowadzonym na 121 respondentach. Zdefiniowano tu sześć problemów związanych z seksomnią dotyczących zarówno pacjentów jak i ich partnerów: 1. strach i brak intymności emocjonalnej, 2. wina i zakłopotanie, 3. awersja i poczucie odrzucenia seksualnego, 4. wstyd, rozczarowanie, frustracja, 5. rozdrażnienie i podejrzenie oraz 6. zawstyżenie i samooskarżanie [42].

### **EWALUACJA SKARG PACJENTÓW DOTYCZĄCYCH SNU I SEKSU**

Pacjenci z nieprawidłowymi zachowaniami seksualnymi związanymi ze snem, jak również ich partnerzy powinni być poddani szczególnej ocenie i szczegółowemu wywiadowi lekarskiemu. Carlos i in. proponują dwa najważniejsze pytania: 1. Czy Pana/Pani libido lub aktywność seksualna uległa zmianie, zwłaszcza w jednym z okresów: w czasie czuwania, zapadania w sen lub podczas snu? oraz 2. Czy Pana/Pani partner zauważył jakiegokolwiek odgłosy lub zachowania seksualne w czasie gdy Pan/Pani śpi? [9].

Klinicyści, a także lekarze psychiatrzy i lekarze innych specjalizacji powinni być poinformowani o aspektach klinicznych i medyczno-prawnych związanych z zaburzeniami snu i seksu, które mogą ze sobą współistnieć. Warto też zwrócić uwagę na stosowane przez pacjenta leki, zwłaszcza leki przeciwdepresyjne i przeciwparkinsonowe, a także przebyte lub obecne schorzenia psychiatryczne i neurologiczne.

### **PODSUMOWANIE**

Nieprawidłowe zachowania seksualne związane ze snem nie zawsze są problema-



tyczne czy ekstremalne dla pacjentów czy ich partnerów i rodzin. Trzeba pamiętać, iż są one rzadkie, a także, iż w zaburzeniach tych występuje ogromna różnorodność, zarówno w częstotliwości występowania jak i w stopniu zaawansowania dolegliwości. Niemniej jednak zaburzenia te istnieją i mają konkretne i poważne konsekwencje kliniczne i prawne. ▶

„Budzić się rano i starać się odtworzyć sen po to, żeby uporać się z podejrzeniem, że sen powiedział o nas więcej, niż chcemy na jawie wyznać...”

Czesław Miłosz – „Nieobjęta ziemia”  
Wrocław 1996

#### Piśmiennictwo

1. Portal internetowy Ośrodka Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – [www.sen-instytut.pl](http://www.sen-instytut.pl)
2. Schulz H. (2008) Rethinking sleep analysis. Comment on the AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. *J. Clin. Sleep Med.* 4 (2): 99-103.
3. Zdrojewicz Z., Iwankiewicz G., Rutkowski J., Kasprzak K. (1989) Dwa przypadki sennowłóctwa. *Psychiatr. Pol.* XXIII Nr 4.
4. Trypka E. (2003) Zaburzenia jedzenia i zaburzenia seksualne. [w:] Wybrane zagadnienia z psychiatrii. Wydawnictwo Akademii Medycznej we Wrocławiu.
5. Maslow A.H. (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 50 (4) 370-96.
6. Shapiro C.M., Fedoroff J.P., Trajanovic N.N. (1996) Sexual behavior in sleep: a newly described parasomnia *Sleep Research.* 25-367.
7. Shapiro C.M., Fedoroff J.P., Trajanovic N.N. (2003) Sexsomnia – a new parasomnia? *Can. J. Psychiatry.* Jun 48 (5) 311-7.
8. International Classification of Sleep Disorders-Second Edition (Diagnostic & Coding Manual). Westchester. IL: American Academy of Sleep Medicine. 2005.
9. Schenck C.H., Arnulf I., Mahowald M.W. (2007) Sleep and sex: what can go wrong? A review of the literature on sleep related disorders and abnormal sexual behaviors and experiences. *Sleep Jun.* 1, 30 (6), 683-702.
10. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. (1948/1998) *Sexual Behavior in the Human Male.* Philadelphia. W.B. Saunders, Bloomington. IN: Indiana U. Press.
11. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. (1953/1998) *Sexual Behavior in the Human Female.* Philadelphia. W.B. Saunders, Bloomington. IN: Indiana U. Press.
12. Hite S. (1976) *The Hite report: a nationwide study on female sexuality.* New York. Macmillan Publishing Co.
13. Hite S. (1981) *The Hite report on male sexuality.* New York. Alfred A. Knopf.
14. Trajanovic N., Mangan M., Shapiro C.M. (2006) Sexual behaviour in sleep: an internet survey. *Sleep.* 29 (Suppl) A 270.
15. Brisette S., Montplaisir J., Godbout R., Lavoisier P. (1985) Sexual activity and sleep in humans. *Biol. Psychiatry.* 20, 758-763.
16. Wise T.N. (1981) Difficulty falling asleep after coitus. *Med. Aspects Hum. Sex.* 15, 144-157.
17. Versonnen F. (1997) Seksuele handelingen als bijzondere vorm van parasomnie? Een gevalbeschrijving. *Tijdschrift voor Psychiatrie.* 39, 409-414.
18. Guilleminault C., Moscovitch A., Yuen K., Poyares D. (2002) Atypical sexual behavior during sleep. *Psychosom. Med.* 64, 328-336.
19. Rosenfeld D.S., Elhajjar A.J. (1998) Sleepsex: a variant of sleepwalking *Arch. Sex. Behav.* 27, 269-278.
20. Blumer D. (1970) Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. *Am. J. Psychiatry.* 126, 83-90.
21. Calleja J., Carpizo R., Berciano J. (1988) Orgasmic epilepsy. *Epilepsia.* 29, 635-639.
22. Arnulf I., Zeitzer J.M., File J., Farber N., Mignot E. (2005) Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. *Brain.* 128, 2763-2776.
23. Fresco R., Blumen G., Tatossian A., Sutter J.M. (1970) 2 cases of Kleine-Levin syndrome. *Rev. Neuropsychiatr. Infant. Suppl.* 55-59.
24. Lemire I. (1993) Review of Kleine-Levin syndrome: toward an integrated approach. *Can. J. Psychiatry.* 38, 277-824.
25. Schlierf C. (1975) Report on a case of periodic hypersomnia (Kleine-Levin syndrome). *Nervenarzt.* 46, 317-324.
26. Fontelle L., Mendlowicz M.V., Gillin J.C., Mattos P., Versiani M. (2000) Neuropsychological sequelae in Kleine-Levin syndrome: case report. *Arq. Neuropsiquiatr.* 58, 531-534.
27. Smolik P., Roth B. (1988) Kleine-Levin syndrome etiopathogenesis and treatment. *Acta Univ. Carol Med. Monogr.* 128, 5-94.
28. Dauvilliers Y., Baumann C.R., Carlander B., i in. (2003) CSF hypocretin-1 levels in narcolepsy, Kleine-Levin syndrome, and other hypersomnias and neurological conditions. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 74, 1667-1673.
29. Lombardi C., Provini F., Vetruccio R., Plazzi G., Lugaresi E. i in. (2003) Pelvic movements as rhythmic motor manifestation associated with restless legs syndrome. *Mov. Disord.* 18, 110-113.
30. Allen R.P., Earl N.L. (2006) Effect of ropinirole treatment on sexual interest and activity in patients with restless legs syndrome (RLS). *Sleep.* 29 (Suppl), A 276.
31. Hays P. (1992) False but sincere accusations of sexual assault made by narcoleptic patients. *Med. Leg. Bull.* 60, 265-271.
32. Szucs A., Janszky J., Hollo A., Mígleczi G., Halasz P. (2003) Misleading hallucinations in unrecognized narcolepsy, *Acta Psychiatr Scand.* 108, 314-317.
33. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 online. <http://stary1.portalmed.pl/finn2/klasyfikacje/icd10/index.stm>
34. Schenck C.H., Milner D.M., Hurwitz T.D., Bundlie S.R., Mahowald M.W. (1989) Dissociative disorders presenting as somnambulism: video and clinical documentation (8 cases). *Dissociation.* 2, 194-204.
35. Struckman-Johnson C, Struckman-Johnson D. (1994) Men pressured and forced into sexual experience. *Arch. Sex. Behav.* 23, 93-114.
36. Schenck C.H., Conroy D.A., Castellanos M., i in. (2005) Zolpidem-induced sleep related eating disorder (SRED) in 19 patients. *Sleep.* 28 (Suppl), A 259.
37. Krol D.G. (2008) Sexsomnia during treatment with a selective serotonin reuptake inhibitor. *Tijdschr Psychiatr.* 50 (11), 735-739.
38. Bilikiewicz A. (red) (2003) *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny.* Wydanie III. PZWL. Warszawa.
39. Kodeks Karny 2008, <http://kodeks-karny.ovh.org/>.
40. Schenck C.H., Mahowald M.W. (1992) Sleepwalking and Indecent Exposure: *Med. Sci. Law.* 32, 86-87.
41. Wong K.E. (1986) Masturbation during sleep—a somnambulist variant? *Singapore. Med. J.* 27, 542-543.
42. Mangan M.A. (2004) A phenomenology of problematic sexual behavior occurring in sleep. *Arch. Sex. Behav.* 33, 287-293.