

Od wielu lat trwają dyskusje nad tym, czy są wystarczające podstawy do tego, aby kompulsywne zachowania seksualne rozpatrywać w kategorii uzależnienia behawioralnego. Dzisiaj rozumiemy te problemy lepiej i łatwiej nam udzielić odpowiedzi na to pytanie

Bohdan T. Woronowicz

PRZYJEMNOŚĆ CZY CIERPIENIE? KOMPULSYWNE ZACHOWANIA SEKSUALNE I PORNOGRAFIA

Problemy z kontrolowaniem czynności seksualnych są coraz częściej sygnalizowane w mediach. Również w literaturze fachowej ukazuje się znacznie więcej artykułów naukowych na ten temat, a do psychiatrów, seksuologów i psychologów trafia coraz liczniejsza grupa pacjentów z tymi problemami. Może to mieć związek z szerszym dostępem do internetu (np. łatwe uzyskiwanie materiałów pornograficznych), ale także ze zmianami w podejściu społecznym do seksualności, która powoli przestaje być tematem tabu.

Trzeba jednak pamiętać, że funkcjonowanie seksualne należy zawsze rozpatrywać w kontekście funkcjonowania na pozostałych płaszczyznach życia. Intensywne życie seksualne może iść bowiem w parze z bardzo aktywną oraz intensywną działalnością zawodową, społeczną itp. Wówczas należy je traktować jako przejaw dużej żywotności i wydolności życiowej danej osoby.

NORMY DLA SEKSU

Czym właściwie jest norma zachowań seksualnych? To zdrowe zachowanie wymagane do dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Z kolei za odbiegające od normy uważane są zachowania, nastawienia i dążenia wpływające niekorzystnie na wewnętrzną harmonię i samopoczucie człowieka lub jego partnera oraz wywołujące konflikty lub zaburzenia upośledzające ich zdrowie bądź funkcjonowanie społeczne (Imieliński, 1986). Norma partnerska została sformułowana w celu odróżnienia w układach partnerskich zachowań i praktyk seksualnych normalnych (powszechnych) od praktyk zaburzonych. Wymienia się sześć warunków, które muszą zostać spełnione, aby dane zachowanie uznać za mieszczące się w granicach

normy partnerskiej. Te warunki to:

- różnica płci,
- dojrzałość,
- obustronna akceptacja,
- uzyskanie rozkoszy,
- nieszkodzenie zdrowiu
- nienaruszanie norm współżycia społecznego (Giese, 1959).

Problematiczne zachowania seksualne stały się przedmiotem zainteresowania specjalistów jeszcze w XVIII w. Praktykującą w Rotterdamie dr med. Jean De Bienville w 1771 r. w książce zatytułowanej „*Nymphomania or a Dissertation Concerning the Furor Uterinus*” pisał, że: „nadmierna stymulacja kobiecych nerwów przez nieczyste myśli, za dużo czekolady i bogatego jedzenia albo czytanie powieści powodują nadmierne pożądanie seksualne” (De Bienville, 2015). W ramach terapii posuwano się wówczas nawet do usuwania łechtaczki i częściowo warg sromowych.

Z kolei Krafft-Ebing, w 1886 r., tak opisywał mężczyznę, u którego zdiagnozowalibyśmy dzisiaj kompulsywne zachowania seksualne: „instynkt seksualny... przenika wszystkie jego myśli i uczucia, nie pozwalając na żadne inne cele w życiu, gwałtownie i rutynowo domagając się zadowolenia, bez względu na moralne i prawne ograniczenia, dążąc w sposób impulsywny i nienasycony do uzyskania seksualnej przyjemności” (cyt. za Derbyshire i Grant, 2015).

Problem hiperseksualizmu (kompulsywnych zachowań seksualnych), nazywanego również erotomanią, jego diagnozowania i leczenia był podejmowany przez wielu badaczy (Kaplan i Krueger, 2010).

Pierwszy opis pięciu dramatycznych przypadków erotomanii przedstawił w 1885 r. francuski psychiatra G.G. de

Clarembault. Stąd erotomania nazywana jest czasami zespołem Clerambault. U podłoża erotomanii, oprócz nadmiernej silnego popędu seksualnego, mogą leżeć m.in. poczucie niższości, nieśmiałość, niepewność i niewiara we własne możliwości seksualne, które wymuszają potrzebę stałego sprawdzania swojej wydolności. Jednocześnie wiadomo, że podniecenie seksualne i orgazm powodują uwolnienie endogennych opiatów, które wpływają na struktury mózgu określane jako, wspomniany już wcześniej, „układ nagrody”, co pozwala doszukiwać się działania podobnych mechanizmów jak w innych uzależnieniach.

Zwiększenie popędu seksualnego (hiperseksualność) spotykane jest także przy uszkodzeniu płatów czołowych i ciała migdałowatego w mózgu (tzw. zespół Klüvera i Bucy'ego).

Nadmierne zainteresowanie erotyką i nadmierna aktywność seksualna, poza kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi (ang. *compulsive sexual behavior disorder* – CSBD), nazywane jest: hiperseksualnością, seksoholizmem, hiperlibidemią, hiperfilią, donzuanizmem czy po prostu uzależnieniem od seksu. O hiperseksualności mówimy wówczas, kiedy stwierdza się nadmierne zaangażowanie w fantazje seksualne oraz nadmierne impulsy i pragnienia seksualne, a aktywność seksualna powoduje cierpienie. Zdaniem Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, hiperseksualizm można diagnozować wyłącznie u osób powyżej osiemnastego roku życia.

W przeszłości, dla nazwania nadmiernej aktywności seksualnej używano dość powszechnie określenia „erotomania” i wyróżniano różne jej rodzaje, takie jak np. erotomania trwała (częste zmiany partnerów i duża aktywność seksualna,

pewien styl życia), erotomania nawracająca (zróżnicowane formy aktywności seksualnej, nieświadome cechy homoseksualne) czy forma graniczna z nasilonymi fantazjami erotycznymi. Warto pamiętać, że dzisiejsze znaczenie słowa erotomania ma niewiele wspólnego z hiperseksualnością, bowiem stosowane jest w przypadkach obecności urojeń na temat tego, że ktoś obcy i często osobiście nieznanymnie kocha. Zaburzenie erotomanii jest zaliczane w DSM-5 do zaburzeń związanych ze schizofrenią.

PRZYMUS CZY UZALEŻNIENIE

Kompulsywne zachowania seksualne można z kolei podzielić na zachowania parafiliczne (z zaburzonymi preferencjami seksualnymi, nazywane dawniej seksualnymi dewiacjami) i nieparafiliczne, a tym samym na społecznie nieakceptowane oraz społecznie dopuszczalne (Coleman i wsp., 2003).

Do kompulsywnych zaburzeń seksualnych zalicza się najczęściej nadmierne korzystanie z pornografii, masturbację, korzystanie z płatnych usług seksualnych oraz impulsywne/kompulsywne angażowanie się w ryzykowne kontakty seksualne (Kraus i wsp., 2016).

Amerykańskie Towarzystwo Problemów Seksualnych (*American Association on Sexual Problems*) szacowało przed laty, że uzależnionych od seksu jest od dziesięciu do piętnastu procent Amerykanów, czyli około 25 milionów osób.

Inne badania pokazują, że dotyczy to od trzech do pięciu procent (Miles i wsp., 2015). Według WHO zachowania hiperseksualne dotyczą od trzech do sześciu procent osób dorosłych (Kraus i wsp., 2018). Wydaje się, że zachowania hiperseksualne występują częściej u mężczyzn niż u kobiet (Skegg i wsp., 2010; Walton i wsp., 2017).

Kompulsywne zachowania seksualne mogą być realizowane w różny sposób i można wyróżnić trzy poziomy „ciężkości”:

- masturbacja, promiskuityzm (przypadkowe kontakty), seks anonimowy, stosunki z wieloma partnerami, pornografia, sekstelefon, cyberseks, prostytutka klubowa (legalna);
- seks w miejscach publicznych, nielegalna prostytutka, podglądactwo (woyeurizm) i podsłuchiwanie praktyk seksualnych (agreksofilia), ocieractwo (froteryzm), ekshibicjonizm, obsceniczne rozmowy telefoniczne,

stalking (uporczywe nękanie), molestowanie seksualne;

- gwałt, molestowanie dzieci, pornografia dziecięca, wykorzystywanie osób starszych lub zależnych, kazirodtwo, wykorzystywanie w celach seksualnych swojej profesji (lekarz, nauczyciel, policjant, duchowny itp.).

Od wielu lat trwają dyskusje nad tym, czy istnieją wystarczające podstawy do tego, aby kompulsywne zachowania seksualne rozpatrywać w kategorii uzależnienia behawioralnego (Griffiths, 2012; Kor i wsp., 2013; Kraus i wsp., 2016; Griffiths, 2016; Potenza i wsp., 2017). Ponieważ jest coraz więcej badań wskazujących na to, że zmiany neurobiologiczne w CSBD są zbliżone do zmian obserwowanych u osób zażywających substancje psychoaktywne czy osób z zaburzeniami uprawiania hazardu, pojawia się coraz więcej głosów sugerujących, żeby CSBD traktować jednak jako uzależnienie behawioralne, a nie jako zaburzenie kontroli impulsów (Stark i wsp., 2018). Dzięki możliwości obrazowania funkcji mózgu za pomocą rezonansu magnetycznego odkryto wyraźne obszary aktywacji mózgu podczas oglądania pornografii, co zbliża to zachowanie do uzależnień od substancji psychoaktywnych (Kuhn i Gallinat, 2014; Gola i wsp., 2017).

W klasyfikacji ICD-10 takie zachowania ujęte są jako: nadmierny popęd seksualny, inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) lub zaburzenia nawyków i popędów, nieokreślone. Erotomania u kobiet to – nimfomania, u mężczyzn – satyryzm. Klasyfikacja ICD-10 zalicza nimfomanię i satyryzm do dysfunkcji seksualnych niewywołanych przez zaburzenia organiczne i choroby, a związanych z nadmierną potrzebą seksualną.

Klasyfikacja DSM-IV nie wyróżniała uzależnienia seksualnego. Z czasem zaproponowano jednak, aby „zaburzenia hiperseksualne” (ang. Hypersexual Disorder – HD) znalazły się w kolejnej klasyfikacji DSM-5 (Kafka, 2010). Wprawdzie zaproponowane kryteria zaburzeń hiperseksualnych zostały ostatecznie odrzucone i nie weszły do DSM-5 jako odrębna jednostka chorobowa będąca przejawem uzależnienia behawioralnego, z powodu braku dostatecznej ilości danych naukowych oraz braku zgody co do mechanizmów leżących u podłoża tych zaburzeń, jednak warto je przytoczyć ze względów praktycznych. Odrzucono je pomimo głosów sugerujących, że są one

ważne i wiarygodne oraz świadomości, że podniecenie seksualne i orgazm powodują uwolnienie endogennych opiatów, które wpływają na „układ nagrody”, co pozwala doszukiwać się działania podobnych mechanizmów jak w innych uzależnieniach. Tymczasem w podsumowaniu badania, które zostało przeprowadzone na grupie 456 osób leczonych w związku z zaburzeniami używania alkoholu, u których jednocześnie występowały inne zburzenia z kategorii uzależnień behawioralnych, autorzy stwierdzili jednoznacznie, że: „kompulsywny seks można wstępnie uznać za uzależnienie behawioralne” (Cavicchioli, 2019).

Podobnie patrzą izraelscy badacze, którzy uznali, że „uzależnienie seksualne leży na skali impulsywno-kompulsywnej i można je zaklasyfikować jako uzależnienie behawioralne” (Levi i wsp., 2020).

Można też spotkać opinie, że nie ma wystarczających dowodów empirycznych, żeby CSBD traktować jako uzależnienie behawioralne (Sassower, Weinstein, 2020). Na stronie założonego w 1976 r. Amerykańskiego Stowarzyszenia Edukatorów, Doradców i Terapeutów Seksualności (AASECT) można przeczytać, że istnieje niewiele dowodów na to, że seks lub pornografia są uzależniające, a idea uzależnienia od pornografii ma korzenie w przestarzałych i potencjalnie szkodliwych normach kulturowych (ASSECT).

Problem jest od lat dyskutowany (Kor i wsp., 2013; Carnes i wsp., 2014). Zdaniem niektórych badaczy: „znaczące luki w zrozumieniu wciąż komplikują klasyfikację kompulsywnych zachowań seksualnych jako uzależnienia” (Kraus i wsp., 2016). Niektórzy sprzeciwiają się, ponieważ ich zdaniem traktowanie niektórych zachowań seksualnych jako „zaburzenia” może „patologizować niektóre warianty zdrowych zachowań seksualnych” (Giles, 2006).

Rozpowszechnienie kompulsywnych zaburzeń seksualnych (hiperseksualizmu) jest szacowane na trzy do sześciu procent (Kafka, 2010). Z dostępnych badań wynika, że nasilenie objawów CSBD jest mniejsze u kobiet niż u mężczyzn oraz, że kobiety rzadziej korzystają z pornografii niż mężczyźni (Kafka, 2010). Nie ma jednak dokładnych szacunków dotyczących częstości występowania lub ciężkości kompulsywnych zaburzeń seksualnych u kobiet (Kowalewska i wsp., 2020). Obecność CSBD stwierdzono również u mężczyzn uprawiających seks z męż-

czynnymi (Morgenstern i wsp., 2011; Parsons i wsp., 2013; Parsons i wsp., 2016).

Stwierdzono, że osoby przyjmujące leki antyparkinsonowskie (agonistów¹ dopaminy) miały 2,6 raza większe szanse na rozwinięcie się CSBD, podobnie jak u takich osób występowały częściej zaburzenia uprawiania hazardu (Weintraub i wsp., 2010). CSBD u osób z chorobą Parkinsona ustępowały po odstawieniu leku (Klos i wsp., 2005).

Hiszpańskie badania współchorobowości wykazały ostatnio, że z kompulsywnymi zaburzeniami seksualnymi współwystępuje w 44% „nadużywanie” alkoholu, w 16,2% uzależnienie od al-

koholu, w 22,1% „nadużywanie lub uzależnienie od konopi indyjskich i kokainy”, w 5,9% bulimia, w 20,6% „zaburzenia adaptacyjne” oraz w 5,9% osobowość borderline (Ballester-Arnal i wsp., 2020).

Zarówno badacze jak i klinicyści zwracają jednocześnie uwagę na to, aby być ostrożnym w ocenie osób, które same identyfikują się jako chore i nazywają siebie „uzależnionymi” od seksu czy od pornografii. Osoby te często nie wykazują cech klinicznych zaburzeń związanych z zachowaniami seksualnymi, chociaż mogą mieć inne problemy ze zdrowiem psychicznym (np. epizody manii czy hipomanii, otępienie czy efekt działa-

nia leków przeciwparkinsonowskich albo substancji psychoaktywnych) i odczuwać wstyd lub mieć poczucie winy w związku ze swoimi zachowaniami seksualnymi.

W OBJĘCIACH PORNOGRAFII

Kompulsywnym zachowaniem seksualnym jest używanie pornografii. Pornografia (od gr. porne – nierządnicą; graphos – piszący; pornographos – piszący o nierządnicach) to termin określający seks niezwiązany z relacjami, bez żadnych wymagań dotyczących intymności. W starożytnej Grecji pornea była najtańszą nierządnicą, którą traktowano gorzej niż niewolników. Stara definicja pornografii mówi, że są to: „utwory literackie, sztuki teatralne, pisma, obrazy rysunki o treści nieprzyzwoitej, obliczone na wywołanie erotycznego podniecenia”. Można spotkać definicję, która mówi, że to: „materiał o charakterze głównie seksualnym, przeznaczony głównie do pobudzenia seksualnego” (Owens, Behun, Manning i Reid, 2012). Celem pornografii jest wywołanie pobudzenia seksualnego za pomocą różnych środków, w tym fotografii, filmów, rysunków, czasopism, książek, a także gier wideo.

Ostatnio pojawiło się w Chinach nowe zjawisko polegające na tym, że młode kobiety robią sobie nagie selfie, które są później wykorzystywane jako zabezpieczenie w systemie udzielania pożyczek (Liu i Keane, 2020).

Wyróżnia się tzw. pornografię miękką (soft-porno) i twardą (hard-porno). Pornografia miękka obejmuje najczęściej przedstawianie par rozebranych w intymnych seksualnie pozach. Pornografia twarda polega na pokazywaniu aktów seksualnych z penetracją, grupowych czynnościach seksualnych, brutalnej przemocy (fizycznej, psychicznej i werbalnej) czy pornografii dziecięcej.

Najczęściej oglądane i przynoszące największe zyski są materiały (filmy) z tzw. kategorii gonzo, koncentrujące się na samym akcie seksualnym, gdzie aktorzy zwracają się często do widza.

Produkcja filmów pornograficznych rozpoczęła się prawie natychmiast po wynalezieniu filmu w 1895 r. Pionierami byli dwaj Francuzi Eugène Pirou i Albert Kirchner. Filmy pornograficzne upowszechniły się w czasach kina niemeo w latach dwudziestych ubiegłego stulecia. Pierwszym krajem, który zalegalizował pornografię twardą była Dania, a po niej Holandia. Złoty wiek porno zakończył się



w latach dziewięćdziesiątych wraz z pojawieniem się kaset VHS, DVD i internetu. Obecnie na całym świecie istnieją setki firm zajmujących się filmami dla dorosłych, które co miesiąc wydają dziesiątki tysięcy produkcji, nagranych bezpośrednio na wideo lub DVD (Lemon, 2020).

W okresie pandemii COVID-19 jedna z największych witryn pornograficznych Pornhub odnotowała większe o 11% zainteresowanie i jednocześnie udostępniła nieodpłatnie niektóre swoje usługi w krajach objętych kwarantanną (Mestre-Bach, 2020).

Warto wiedzieć, że niektóre zachowania związane z pornografią są w Polsce karalne i traktowane jako przestępstwa przeciwko wolności seksualnej i obyczajności (art. 202 kk „§ 1. Kto publicznie prezentuje treści pornograficzne w taki sposób, że może to narzucić ich odbiór osobie, która tego sobie nie życzy, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku”), szczególnie jeśli dotyczą one małoletnich poniżej piętnastego roku życia, o czym mówią kolejne paragrafy tego artykułu. Podobnie jest w wielu innych krajach, gdzie wiele form, szczególnie pornografii dziecięcej, objętych jest kryminalizacją.

Warto tu wspomnieć, że w 1996 r. Kongres USA przyjął Child Pornography Prevention Act (CPPA), gdzie objęto kryminalizacją formy pornografii dziecięcej. Stało się to pewnym hamulcem dla przemysłu pornograficznego, ale nie na długo.

Jednak już w 2002 r. przemysł pornograficzny zjednoczył się pod hasłem Free Speech Coalition („Koalicja na rzecz wolnego słowa”) i wystąpił do sądu przeciwko rządowi Stanów Zjednoczonych. W efekcie Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych złagodził CPPA i wprowadził przyznał, że zwalczanie pornografii dziecięcej jest słuszne, jednak stwierdził, że nie może ono być sprzeczne z Pierwszą Poprawką do Konstytucji Stanów Zjednoczonych². Przy tej okazji warto zwrócić uwagę na fakt, że kilka stanów USA uznało pornografię za problem zdrowia publicznego (Droubay i Butters, 2019).

Z badań wynika, że dzięki nowym technologiom (smartfony, i-phony, i-pady, tablety itp.) korzystanie z pornografii (Problematic Pornography Use – PPU) w internecie jest najbardziej powszechną formą internetowej aktywności seksualnej, szczególnie wśród mężczyzn z kompulsywnymi zachowaniami seksualnymi (Laiet i wsp., 2013; Ross i wsp.,

2012; Janssen i wsp., 2013). Generuje ona około trzydziestu procent ruchu w internecie (Anthony, 2012). Z badań wynika także, że:

- 76% kobiet w wieku od 18 do 30 lat oświadczyło, że korzysta z pornografii przynajmniej raz w miesiącu;
- 3% kobiet uważa, że mogą być uzależnione od oglądania pornografii;
- większość obrazów pornograficznych ukazuje kobiety w scenach przemocy jako obiekty męskich zachowań seksualnych.

Kobiety, które wykorzystują internet do zachowań seksualnych (cyberseks), częściej powtarzają takie zachowania w swoim życiu. Mają również więcej partnerów seksualnych w porównaniu z kobietami, które nie stosują cyberseksu. (Rogala i Tydén, 2003; Vandenbosch i van Oosten, 2017).

Korzystanie z pornografii może stać się problemem dla od jednego do sześciu procent ludzi i skłaniać te osoby do poszukiwania pomocy (Bothe i wsp., 2020). Zdaniem wielu badaczy korzystanie z pornografii internetowej może powodować uzależnienie (de Alarcon i wsp., 2019).

Podobnie, jak w przypadku innych uzależnień, również uzależnienia od pornografii przebiega etapami. Po dokonaniu „odkrycia” pornografii następuje coraz częstsze z niej korzystanie i wydłużanie czasu korzystania, a także poszukiwanie nowych możliwości (można to przyrównać do wzrostu tolerancji). Stopniowo dochodzi do odwracania się (desensytyzacji) i to, co budziło dotychczas odrazę, stopniowo staje się normą. Konieczne jest więc zwiększanie siły bodźców, żeby wywołać odpowiedni poziom podniecenia seksualnego. Przychodzi w końcu moment, kiedy bodźce, jakie daje pornografia, zaczynają działać coraz słabiej i osoba uzależniona od pornografii stara się przenosić to, co oglądała, do swoich kontaktów z partnerką/partnerem. Taka sytuacja często staje się poważnym problemem w związku.

Z ostatnich badań wynika, że młodszy wiek i niższy poziom wykształcenia, a także depresja, lęk, zespół stresu pourazowego (PTSD), bezsenność i impulsywność są dodatnio powiązane z wyższymi wynikami PPU wśród amerykańskich weteranów wojennych (Shirk i wsp., 2020). Badacze są zgodni co do tego, że proporcjonalnie do rosnącej dostępności materiałów pornograficznych, pornogra-

fia w coraz większym stopniu wpływa na relacje w związkach.

Oglądanie pornografii wiąże się najczęściej z masturbacją, która przez wieki uważana była przez moralistów i teologów za „grzech przeciwko naturze”, a lekarze nie zwracali na nią większej uwagi (Stolberg, 2000; Laqueur, 2003). Na początku osiemnastego wieku ukazała się publikacja zatytułowana „Onania lub ohydny grzech zanieczyszczenia”, która nasiliła lęk przed negatywnymi konsekwencjami zdrowotnymi masturbacji (Stolberg op.cit.; Kotula i Haavio-Mannila, 2003). Dopiero poglądy Kinseya doprowadziły do znormalizowanego poglądu na masturbację (Kinsey i wsp. 1948 i 1953).

Jedne z ostatnich badań wykazały, że wyższa motywacja do abstynencji była związana z wyższym postrzeganiem masturbacji jako niezdrowej, z konserwatywnym i religijnością oraz niższym zaufaniem do nauki (Zimmer i Imhoff, 2020).

Pornografia rozwinęła się bardzo dzięki dostępowi do internetu, a używanie jej może wpływać niekorzystnie na zachowania seksualne osób, które przestały traktować ją jako rozrywkę. Po pomoc zgłaszają się najczęściej osoby, które są zaniepokojone częstotliwością oglądania pornografii (Gola i wsp., 2016).

Ponieważ uzależnienie od pornografii ma wiele wspólnych cech z innymi uzależnieniami, część terapeutów stosuje techniki terapeutyczne podobne do stosowanych przy pomaganiu osobom z innymi uzależnieniami behawioralnymi.

Po pierwsze, należy ocenić, czy mamy do czynienia z jednym uzależnieniem, czy z całym kompleksem uzależnień lub problemów zdrowia psychicznego, takich jak na przykład depresja czy stany lękowe.

Po drugie, należy poznać, z jaką fazą uzależnienia mamy do czynienia oraz wszystkie uwarunkowania, ze zwróceniem szczególnej uwagi na historię przeżyć traumatycznych oraz na ocenę poziomu odczuwanego wstydu. Wstyd przez wielu autorów określany jest jako nadrzędny czynnik przy rozwoju uzależnienia, często staje się on impulsem napędzającym spiralę uzależnienia (Garcia i wsp., 2016; Lewczuk i wsp., 2017).

Rola terapeuty polega na przywróceniu pacjentce (pacjentowi) poczucia sprawczości, wskazanie na posiadane własne zasoby i umiejętności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami. Unika się ocenia. Najczęściej stosowane są modele

terapeutyczne zorientowane na pacjenta i na traumę. Pornografia bezpośrednio dotyczy odczuć cielesnych, dlatego zalecane są również elementy pracy z ciałem.

Podczas psychoterapii grupowej duże znaczenie ma wzajemne wspieranie się uczestników grupy w przezwyciężeniu poczucia wstydu i izolacji. Bardzo ważnym momentem w terapii jest ujawnienie przez osobę leczącą się swoich zachowań partnerce lub partnerowi (Corley i Schneider, 2002).

Później, z powodu ogromnego stresu i możliwości odrzucenia, konieczna jest często pomoc w odbudowie związku. Duże znaczenie ma więc terapia par i terapia rodzin, które umożliwiają naprawę relacji i rozwiązywanie istniejących konfliktów. To może też przyspieszyć proces wybaczenia, odbudowy zaufania i więzi oraz lepszego wspierania procesu dalszego leczenia (Zitzman i Butler, 2005).

UWAŻNOŚĆ, LEKI I WSPARCIE

W leczeniu kompulsywnych zaburzeń seksualnych (CSBD), a szczególnie w zapobieganiu nawrotom, dobre efekty daje terapia oparta na uważności. Wpływa ona korzystnie na zmniejszenie „głodu” (trudnej do odparcia i silnej potrzeby realizacji seksualnych zachowań kompulsywnych) oraz negatywnych stanów emocjonalnych. Ludzie korzystający z tej formy terapii relacjonowali, że spędzali znacznie mniej czasu na korzystaniu z pornografii, obserwowali spadek lęku i objawów depresyjnych oraz objawów obsesyjno-kompulsywnych (Holas i wsp., 2020).

Niektóre programy terapeutyczne dla osób cierpiących z powodu kompulsywnych zachowań seksualnych zalecają powstrzymanie się od wszelkiej seksualnej aktywności, z masturbacją włącznie, przez okres od trzydziestu do czterdziestu dni po to, aby pacjent przekonał się, że potrafi żyć bez tego rodzaju doznań. Część osób poddawanych takim ograniczeniom odczuwa objawy odstawienia podobne do tych, jakie występują w innych uzależnieniach.

Ponieważ zdarza się, że osiągnięcie całkowitej abstynencji seksualnej jest bardzo trudne, a czasami, na danym etapie zdrowienia, wręcz niemożliwe, można rozważyć podejmowanie prób kontrolowanej aktywności seksualnej za pomocą masturbacji. Jednak, aby łatwiejsze było odchodzenie od wykorzystywania seksu jako sposobu na regulowanie emocji, należałoby podejmować masturbację tylko

wtedy, kiedy ciało wykazuje oznaki podniecenia (np. poranna erekcja), bez pornografii i bez fantazjowania, a także starać się, aby podczas tych czynności utrzymywać związek między ciałem a umysłem.

U osób uzależnionych od pornografii ważnym elementem terapii jest ograniczenie dostępu do komputera czy smartfona.

Ostatnio opublikowano wyniki badania skuteczności medytacji jako interwencji w oglądaniu pornografii dla mężczyzn, którzy identyfikują się z postrzeganym przez siebie problematycznym używaniem pornografii. Zdaniem autorów „badanie pokazuje zachęcające, ale niejednoznaczne, wyniki dotyczące medytacji jako potencjalnie skutecznej interwencji” w stosunku osób z problematycznym używaniem pornografii (Sniewski i wsp., 2020).

W celu zmniejszenia pobudzenia seksualnego i ograniczenia związanych z tym zachowań patologicznych podejmowane są próby wspierania farmakologicznego m.in. selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny – SSRI, a dodanie metylofenidatu o wydłużonym działaniu do terapii fluoksetyną powodowało dalsze zmniejszenie liczby nadmiernych zachowań seksualnych (Kafka i Hennen, 2000). Podejmowano też próby leczenia naltreksonem, w tym osób skazanych za takie przestępstwa jak gwałt czy utrzymywanie stosunków seksualnych z dziećmi (Raymond i wsp., 2002; Ryback, 2004; Bostwick i Bucci, 2008; Naficy i wsp., 2013; Savard i wsp., 2020). Badania wykazały, że dawki naltreksonu w wysokości od 100 do 200 mg. powodowały zwiększenie kontroli nad popędem. Stosowano też paroksetynę (Gola i Potenza, 2016). Podczas stosowania SSRI stwierdzono, że ubocznym skutkiem ich działania jest spadek libido (Naficy i wsp., 2013).

Jednocześnie, w celu zmniejszenia popędu seksualnego mówi się o dziesięcioleci o tzw. kastracji chemicznej (podawanie leków hamujących wytwarzanie testosteronu) przestępców seksualnych i są kraje (np. Korea Płd., Rosja, Mołdawia, Indonezja, Polska i kilka stanów USA), gdzie stosuje się tę metodę, ale zdania na temat jej skuteczności są podzielone.

Zdaniem prof. Arthura Caplana pomimo tego, że chemiczna kastracja obniża odsetek ponownych przestępstw z 40% do 15% (w badaniach skandynawskich nawet do 5%), to jednak nie jest on przekonany o jej skuteczności w zapobie-

ganiu powrotowi do przestępstw na tle seksualnym, bowiem nie zapewnia ona w wystarczającym stopniu bezpieczeństwa (Caplan, 2020).

Dużym wsparciem w leczeniu osób z problemem hiperseksualizmu są wspólnoty samopomocowe (Schneider i wsp., 2001; Wright, 2010). W 1976 roku powstała w Bostonie pierwsza na świecie grupa Anonimowych Erotomanów oparta o Program Dwunastu Kroków. Na terenie USA, osoby uzależnione od „seksu i miłości” spotykają się jeszcze w innych, opartych na Programie 12 Kroków, grupach samopomocowych takich jak Sex Addicts Anonymous, Porn Addicts Anonymous, Sex and Love Anonymous, Sexaholics Anonymous, Sexual Compulsives Anonymous czy Sexual Recovery Anonymous. Badania na temat skuteczności programu 12 Kroków Anonimowych Seksoholików wykazały, że wraz z realizacją kolejnych kroków spadała intensywność kompulsywnych zachowań seksualnych (Efrati i Gola, 2018).

Pierwsza w Polsce samopomocowa grupa dla osób z problemami seksu, grupa Anonimowych Erotomanów (AE), powstała w 1993 roku w Warszawie. Aktualnie, na terenie Polski odbywają się liczne mityngi grup Anonimowych Seksoholików (SA) oraz Wspólnoty „Anonimowi Uzależnieni od Seksu i Miłości” (SLAA), w tym mityngi online. Wspólnoty te mają swoje strony internetowe.

W Stanach Zjednoczonych funkcjonują od 1986 r., wzorowane na grupach Al-Anon – Grupy Rodzinne S-Anon. Również w kilku dużych miastach Polski spotykają się takie grupy.

Artykuł jest fragmentem najnowszej książki pt. „Zachowania, które mogą zranić ...o tzw. uzależnieniach behawioralnych i nie tylko”, która ma się ukazać w I kwartale 2021 r. w wydawnictwie Media Rodzina.

¹ agonista – substancja (lek) łącząca się z receptorem i wywołująca reakcję; antagonist – łączy się i blokuje receptor

² Pierwsza Poprawka gwarantuje wolność religii, wyrażania opinii, zgromadzeń i prawo do składania petycji. Gwarantuje też wolność wypowiedzi, zakazując Kongresowi ograniczania prasy lub prawa jednostek do swobodnego wypowiedziania się.)



Bohdan T. Woronowicz
– dr med., psychiatra,
specjalista i superwizor
psychoterapii uzależnień,
prowadzi Centrum
Konsultacyjne AKMED
w Warszawie.