

Uzależnienie od seksu – problemy diagnostyczne

Material szkoleniowy

Polsko-Niemiecki Instytut Terapii Uzależnień

2014

Wstęp

W obszarze problemów seksualnych występuje wiele różnych zaburzeń: począwszy od zaburzeń identyfikacji płciowej, poprzez zaburzenia preferencji seksualnych aż po zaburzenia rozwoju psychoseksualnego. Nie ma jednak w tej klasyfikacji seksoholizmu. Co więcej –zarówno w klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD – 10 jak i w kryteriach diagnostycznych wg DSM-IV TR nie znajdziemy takiej jednostki chorobowej. Skąd więc wzięło się zaburzenie, o którym mówi się coraz częściej i więcej? W artykule tym wyjaśnię miejsce tego zaburzenia w klasyfikacjach chorób oraz jego obraz kliniczny.

1. Uzależnienia behawioralne jako zaburzenia kontroli impulsu

W polskim systemie opieki zdrowotnej, możemy leczyć w ramach terapii uzależnień, jednostkę chorobową o nazwie: inne zaburzenia nawyków i popędów – F63.8. Otworzyło to drogę do leczenia zaburzeń, które przez długi czas były pomijane i funkcjonowały gdzieś na obrzeżach pomocy w służbie zdrowia. Wszystko dzięki temu, że pojawił się nowy konstrukt pojęciowy: „uzależnienia behawioralne”, który – w polskim prawodawstwie- odnosi się właśnie do tego zaburzenia. Spróbuję więc usystematyzować wiedzę na ten temat.

W klasyfikacji ICD -10 umieszczono kategorię: ”zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) F63”. „*Cechują się powtarzaniem działaniami, bez wyraźnej, racjonalnej motywacji, które zazwyczaj szkodzą interesom samego pacjenta jak i innych osób. Pacjent określa te zachowania jako związane z impulsem do działania, który nie podlega kontroli. Przyczyny tych zaburzeń nie są poznane. Zgrupowano je razem z powodu licznych podobieństw opisowych, a nie dlatego, że mają istotne cechy wspólne. Nawykowe nadmierne używanie alkoholu czy leków oraz zaburzenia popędów i nawyków, w tym seksualnych czy też zaburzenia odżywiania się są wyłączone z tej kategorii*” (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania w ICD - 10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Uniwersyteckie Wydawnictwo

Medyczne VESALIUS, IPIN, Kraków – Warszawa 2000, str. 178). Umieszczono tutaj patologiczny hazard, patologiczne podpalanie, patologiczne kradzieże, trichotillomanię oraz inne zaburzenia nawyków i popędów (impulsów) F63.8. Te ostatnie określono jako: „*innego rodzaju uporczywie powtarzające się niedostosowane zachowania, które nie są zjawiskiem wtórnym do rozpoznawanego zespołu zaburzeń psychicznych i w których występuje niemożność powstrzymania się przed impulsem nieprawidłowych zachowań. Poprzedza je zwiastunowy okres napięcia z uczuciem ulgi w trakcie wykonywania czynności*” (tamże, str. 180). Właśnie w tej grupie znajduje się całe bogactwo ”-izmów”. Począwszy od pracoholizmu, zakupoholizmu, poprzez uzależnienie od ćwiczeń gimnastycznych aż po seksoholizm.

Na tej podstawie jawią się nam już pierwsze wnioski:

Po pierwsze – nie mamy jasnych wskazówek diagnostycznych dla seksoholizmu! Wszelkie opisy tego zaburzenia opierają się na jakichś doświadczeniach klinicznych czy obserwacjach bądź poszczególnych badaniach, jednak nie są one na tyle spójne, aby stanowiły jednoznaczną wskazówkę diagnostyczną. Mamy tu więc do czynienia z całym spektrum problemów: od nadmiernego korzystania z pornografii, poprzez niekontrolowany onanizm, skończywszy na częstych przygodnych kontaktach seksualnych czy na częstej zmianie partnerów seksualnych.

Po drugie – należy odróżniać seksoholizm od takich zaburzeń, jak (parafilie): fetyszizm, transwestytyzm fetyszystyczny, ekshibicjonizm, oglądactwo, pedofilia, sadomasochizm, inne zaburzenia typu frotteryzm czy radykalne praktyki masturbacyjne. Oznacza to, że w seksoholizmie nie mamy do czynienia z jakimiś szczególnymi zachowaniami, w których pobudzenie seksualne pojawia się na skutek specyficznego bodźca. Raczej chodzi o to, że dostępne wszystkim normalne zachowania seksualne, przestają być kontrolowane, cechuje je powtarzalność na tyle intensywna, że szkodzą interesom samego pacjenta jak i innych osób.

Poszukując miejsca dla seksoholizmu, warto też odwołać się do kryteriów diagnostycznych DSM-IV-TR. W zasadzie, w tej klasyfikacji jest również umieszczona grupa diagnostyczna: zaburzenia kontroli impulsów nie sklasyfikowana gdzie indziej” i podobnie jak w ICD, jest podzielona na określone zaburzenia, gdzie znajdują się: „zaburzenia kontroli impulsów nie określone inaczej”. Definiuje się je jako: „zaburzenia kontroli impulsów np. pocierania skóry, które nie spełniają żadnego

z kryteriów określonych zaburzeń kontroli impulsów opisanych w innych rozdziałach (np. uzależnienie od substancji, parafilia) mających cechy związane z kontrolą impulsów” (Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR red. J. Wciórka, Urban&Partner, Wrocław 2008 str. 230). DSM-V przyniósł w tym obszarze pewne zmiany. Zrezygnowano z grupy diagnostycznej (patrz wyżej), a w to miejsce wprowadzono: „zaburzenia destrukcyjne, kontroli impulsu i zachowania”. Przeniesiono, co prawda hazard do kategorii uzależnień, jednak pozostałe zachowania o cechach uzależnienia nie posiadają jednoznacznego opisu. W miejsce: „zaburzenia kontroli impulsów nie określone inaczej” wprowadzono pojęcie: „inne specyficzne zaburzenia destrukcyjne, kontroli impulsu i zachowania”. Tak określono specyfikę tego zaburzenia: „Ta kategoria odnosi się do obrazów klinicznych, w których dominują objawy charakterystyczne dla zaburzeń destrukcyjnych, kontroli impulsu i zachowania, powodujące klinicznie znaczące cierpienie lub upośledzenie w społecznym, zawodowym lub innym, ważnym obszarze funkcjonowania, lecz nie spełniają pełnych kryteriów żadnego z zaburzeń w grupie diagnostycznej zaburzeń destrukcyjnych, kontroli impulsu i zachowania”. Aby więc stwierdzić, czy wg. DSM seksoholizm może występować w tej grupie, potrzebujemy sprawdzić, jakie kategorie tutaj występują. Są to: zaburzenia opozycyjno-buntownicze, zaburzenia sporadycznej wybuchowości, zaburzenia zachowania (o aspołecznym charakterze), piromania, kleptomania. Uznanie seksoholizmu za zaburzenie kontroli impulsu na gruncie DSM-V nie znajduje więc uzasadnienia (opr. na podstawie materiałów szkoleniowych z zakresu diagnozy klinicznej DSM-V Polskiego Instytutu Psychoterapii Integratywnej w Krakowie).

Jak pisałem wcześniej, zaburzenia kontroli impulsów określone w ICD posiadają pewne właściwości. Wymienię je ponownie:

- powtarzalność zachowania bez wyraźnej, racjonalnej motywacji;
- zachowania są niedostosowane - szkodzą interesom pacjenta jak i innych osób;
- zachowania te nie są zjawiskiem wtórnym wobec rozpoznawanego zespołu zaburzeń psychicznych;
- określanie tych zachowań przez pacjenta jako działań związanych z impulsem, który nie podlega kontroli.
- zachowania te funkcjonują wg. schematu: napięcie – ulga.

Spróbujmy przyjrzeć się bliżej tym cechom.

Powtarzalność zachowania to bardzo częste zjawisko w naszym życiu. Chodzimy do pracy, wykonujemy czynności higieniczne itd. – mamy jednak racjonalne powody, żeby je wykonywać. Brak tych powodów, a mimo tego dalsze wykonywanie czynności – skutkować będzie określeniem, że zachowania te są nieracjonalne. Spróbujmy jednak bliżej sprecyzować pojęcie „powtarzalność”. Posługując się kryteriami hazardu patologicznego z DSM, znajdujemy określenie: „utrwalone lub nawracające zachowania”. Wydaje się, że właśnie te cechy możemy przyjąć jako określenie powtarzalności. Pozostaje nam jednak problem: w jakim okresie czasu ma występować ta powtarzalność? Tego kryteria diagnostyczne nie definiują. Dla porównania: w hazardzie patologicznym należy brać pod uwagę roczny okres występowania objawów, w piromanii lub kleptomanii nie określa się czasu, ale ilość zdarzeń związanych z tym zaburzeniem w życiu – przynajmniej dwa, w zaburzeniach preferencji seksualnych – 6 miesięcy, w uzależnieniu od alkoholu – występowanie łącznie trzech objawów przez przynajmniej miesiąc, lub jeśli objawy występowały krócej niż miesiąc – występowały w sposób powtarzający się przez okres dwunastu miesięcy. (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD -10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, IPIN, Kraków – Warszawa 2000, str. 62). Dodatkowo, w cytowanych już opisach klinicznych wprowadzono zasadę, że okres dwunastu miesięcy dotyczy ostatniego roku. W żarłoczności psychicznej jest mowa o minimum dwóch incydentach tygodniowo przez okres trzech miesięcy. Dysfunkcje seksualne – występowanie przez okres 6 miesięcy. Jak widać, nie jest prosto przyjąć jednoznaczne kryterium czasowe. W tym obszarze niezbędne są dalsze badania. Również DSM nie określa kryteriów czasowych. Pozostaje więc uznać, że powtarzalność nie odnosi się do konkretnych ram czasowych, lecz do zauważalnej dla klinicysty uporczywości nawracania zachowań lub widocznym, utrwalonym schemacie.

Szkodliwość zachowań dla pacjenta i innych osób jest niekiedy również trudna do określenia. Do tej pory brak jest badań potwierdzających szkodliwy wpływ masturbacji na organizm. O ile częste zdrady czy zmienianie partnerów seksualnych jest dość oczywistym dowodem szkodliwości, o tyle w sytuacji masturbacji nie zawsze jest to tak jednoznaczne. Trudno jest niekiedy sprecyzować, czy masturbacja to wynik braku partnera seksualnego, czy może brak partnera wynika z rozwiniętych form masturbacji. W tym pierwszym przypadku, mamy do czynienia z masturbacją jako

efektem innych zaburzeń (np. osobowości), w tym drugim – widzimy szkodliwość praktyk masturbacyjnych w postaci braku związku. Rozstrzygnięcie tego dylematu wymaga każdorazowo stawiania przez klinicystę hipotez dotyczących innych zaburzeń pacjenta i określania, co jest zaburzeniem głównym, a co współistniejącym. Kwestią dość istotną wydaje się także uznanie szkodliwości praktyk masturbacyjnych wówczas, gdy stoją one w sprzeczności z zasadami moralnymi, jakie pacjent wyznaje (np. o podłożu religijnym).

Poczucie utraty kontroli nad impulsem – to w zasadzie najprostsze kryterium. Jeśli człowiek traci nad czymś kontrolę, to próbuje ją odzyskać. Robi to na dwa sposoby: albo próbuje w jakiś inny sposób kontaktować się z bodźcem, który wywołuje impuls, ograniczać jego obecność, unikać, rezygnować z jakichś form aktywności, składać obietnice itp. albo poprzez dokonanie obróbki myślowej tej sytuacji, dzięki której utrata kontroli nie wydaje się tak straszna, albo w ogóle przestaje istnieć w świadomości (zaprzeczanie, minimalizowanie, uogólnianie itp.). Obecność tych zjawisk świadczyć będzie o subiektywnym poczuciu utraty kontroli.

Autonomiczność objawów – zaburzenia nie mogą stanowić części obrazu klinicznego innych zespołów zaburzeń (np. manii). Warto zauważyć, że zaburzenia kontroli impulsu nie są zespołem objawów. Chodzi raczej o wyizolowane zachowanie, które nie przybiera charakteru kompleksowości.

Schemat napięcie – ulga: to pewien automatyzm zachowania. Pojawiające się napięcie powoduje przymus rozładowania poprzez określone zachowania. Jest to zjawisko nieco zbliżone do np. głodu alkoholowego.

Podsumowując należy zwrócić uwagę, że w tej kategorii diagnostycznej nie mamy tak rozbudowanego obrazu klinicznego jak np. w uzależnieniach od substancji. Opis objawu koncentruje się na charakterystyce zachowania, tylko w niewielki sposób zwracając uwagę na kontekst społeczny (szkodliwość) i emocjonalny (napięcie-ulga). W tej kategorii zaburzeń najlepiej scharakteryzowanym problemem jest hazard patologiczny – widzimy jednak, że jest to bardzo szczegółowo skonstruowany opis zachowania, a nie zespół objawów.

2. Seksoholizm jako uzależnienie?

W rozdziale tym skupię się na przeglądzie dostępnej literatury w tym zakresie oraz na wytycznych do klasyfikacji tych zaburzeń. Przypatrzmy się więc teraz opisom seksoholizmu w literaturze przedmiotu.

W książce „Uzależnienie od pornografii. Mażeńskie problemy spod łóżka, autorstwa Rory C. Reid, Dan Gray (wyd. Helion, Gliwice 2008) znajduje się rozdział: „Czy uzależnienie od pornografii naprawdę istnieje?” Porównano w nim podejścia, w których zakwalifikowano ten problem do nałogów, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych lub jako zaburzenie panowania nad impulsami. Autorom wydaje się, że najwięcej argumentów przemawia za tym, aby uzależnienie od pornografii zaliczyć do tej samej kategorii, co uzależnienia od substancji i zastosować tylko nieznacznie zmodyfikowane kryteria diagnostyczne dotyczące uzależnień chemicznych. Powołują się na stanowisko Dr. Patricka Carnesa, który uważa, że efekt uzależnienia wynika z faktu, że podczas oglądania pornografii następują incydenty samozaspokojenia się, co powoduje korelację zmiany nastroju z oglądanymi materiałami. Przypomina to efekt euforii wywołany substancją. Oznacza to w zasadzie tyle, że: „ludzie nie uzależniają się od pornografii, ale od zmian nastroju, które są skutkiem korzystania z pornografii” (tamże, str. 172). Z kolei przywołując zdanie Dr. H.J. Shaffera, zbliżamy się do uznania uzależnienia od pornografii jako zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Swoje zdanie opiera on na tym, że: „nałogowcy uciekają od nieprzyjemnych uczuć, nie zachowując umiaru w niewłaściwych zachowaniach, natomiast pacjenci z zaburzeniem obsesyjno-kompulsywnym unikają świadomego doświadczania bólu psychicznego przez wykonywanie wciąż nie dających się pohamować czynności”.

G. May w książce „Uzależnienie i łaska” (Media Rodzina of Poznań, Poznań 1988) zalicza seksoholizm do uzależnień. Opiera się na następujących kryteriach: tolerancja, objawy odstawienia, samooszukiwanie, utrata silnej woli, zaburzenia uwagi. W pozycji tej autor wymienił ponad sto różnych uzależnień od czynności, dzieląc je na uzależnienia przyciągające i odpychające. W jego definicji „uzależnieniem jest każde kompulsywne, nawykowe zachowanie ograniczające wolność ludzkich pragnień” (tamże, str. 42).

Anonimowi Seksoholicy, również zaliczają ten problem do uzależnień. Na ich oficjalnej stronie internetowej (www.SA.org.pl) podkreślają, w ślad za SA Literature 2001, że: „seksoholik to ktoś, kto stracił kontrolę, nie potrafi już wybierać i nie jest na tyle wolny, aby się zatrzymać. Żądza stała się uzależnieniem (...)z jednej strony nie

może już znieść swej żądzę, ale z drugiej strony nie może nad nią zapanować” . Jednak pytania w teście dla nowoprzybyłych mają coś wspólnego zarówno z innymi zaburzeniami jak i z kryteriami diagnostycznymi uzależnienia od substancji (np. ”Czy czujesz, że dobry związek pomógłby Ci skończyć z Twoją żądzą, masturbacją lub rozwiązłością?” – to pytanie sugeruje, że przyczyna masturbacji tkwi w braku satysfakcjonującego związku, więc kieruje nas w obszar problemów osobowościowych, natomiast pytania typu „Czy pogoń za seksem sprawia, że nie troszczysz się o siebie, Twoją rodzinę lub innych ludzi?” – to pytanie z obszaru uzależnień)

Nieco inaczej swoją sytuację spostrzegają Anonimowi Erotomani (Wspólnota Anonimowych Uzależnionych od Seksu i Miłości). Na swojej stronie internetowej ([www. SLAA.pl](http://www.SLAA.pl)) piszą: „Członkami Wspólnoty są zarówno ci, którzy cierpią z powodu kompulsywnej potrzeby seksu, jak też ci, którzy desperacko przywiązują się do jednej osoby. Niemal wszyscy uczestnicy Wspólnoty popadli w kompulsywno-obsesyjne wzorce o podłożu seksualnym, emocjonalnym lub uczuciowym, utracili poczucie własnej wartości, a ich zachowania i kontakty z ludźmi doprowadziły do pogłębiającej się destrukcji we wszystkich obszarach życia”. Chociaż ankieta, na podstawie której potencjalni uczestnicy określają, czy wspólnota może im pomóc nosi nazwę: „czy jesteś uzależniony?” a sama wspólnota też określa się jako uzależnieni, to definicja oraz pytania w teście, w zasadzie bardzo daleko wychodzą poza obszar uzależnień, zaburzeń kontroli impulsu i zachowań obsesyjno-kompulsywnych, wkraczając w problematykę zaburzeń osobowości (np. stwierdzenie: „Boimy się zostać zranieni przez co unikamy związków zapowiadających prawdziwą intymną więź i bliskość” czy: „Seksualizujemy stres, winę, samotność, gniew, wstyd, obawę, zazdrość i zawiść”).

W publikacji autorstwa Patricka Carnesa „Od nałogu do miłości” (Media Rodzina, Poznań, 2009), wyliczono 10 oznak nałogowej erotomanii: utrata kontroli nad zachowaniami seksualnymi; ich dotkliwe konsekwencje; niezdolność do zaprzestania mimo negatywnych konsekwencji; powroty do autodestrukcyjnych zachowań i sytuacji wysokiego ryzyka; uporczywe wysiłki lub chęć by ograniczyć lub przestać; obsesja seksu i fantazjowanie jako główna strategia radzenia sobie w życiu; rosnąca ilość doznań seksualnych; głębokie zmiany usposobienia w wyniku seksualnych zachowań; tracenie czasu na obsesyjne myśli i fantazje, zdobywanie seksu, uprawianie go i radzenie sobie z konsekwencjami; zaniedbywanie spraw zawodowych, rodzinnych czy wypoczynku. Jest

to więc podejście diagnostyczne mocno osadzone w kryteriach uzależnienia od substancji (tamże, str. 18).

Podobnie traktuje problem Carly Cungi. W książce „Stawić czoło uzależnieniom” (PAX, 2007) podaje test złożony z ośmiu pytań, które wskazują, na ile ktoś jest uzależniony od jakiejś czynności. Pytania to: Czy istnieje jakaś czynność, bez której trudno mi się obejść? Czy kiedy nie mogę tego zrealizować czuję, że czegoś mi brakuje? Czy jestem gotów dużo zapłacić, aby zrobić to, co przyniesie mi ulgę? Czy jestem w stanie poświęcić dużo czasu i energii, by móc wykonać tę czynność? Czy ma to wpływ na moje zdrowie? Czy ma to wpływ na moje życie rodzinne? Czy ma to wpływ na moja pracę? Czy ma to wpływ na moje życie towarzyskie i czas wolny?

Podsumowując ten rozdział stwierdzić należy, że w literaturze dominuje podejście, gdzie opierając się na kryteriach uzależnienia od substancji, tworzy się kryteria diagnostyczne seksoholizmu. O ile porządkuje to proces diagnozy, to jednak trzeba pamiętać, że nie jest to działanie w pełni uprawnione. Zaburzenia kontroli impulsu w kryteriach diagnostycznych, zarówno DSM jak i ICD są opisane inaczej niż kryteria uzależnienia od substancji.

3. Seksoholizm jako inne zaburzenia.

Idąc wcześniej wytyczonym śladem przyjrzymy się innym problemom, gdzie mogą pojawiać się zachowania z obszaru nałogowo-kompulsywnych zachowań seksualnych.

Zaburzenia osobowości

Wyróżnić należy szczególnie trzy postaci: osobowość borderline, osobowość zależną i histrioniczną.

W osobowości borderline istnieje pewna dynamika polegająca na tym, że cokolwiek człowiek o tej strukturze zacznie robić, przyjmie to radykalne, niekontrolowane formy. Począwszy od szalonej miłości, pełnej dramatycznych rozłąk i czułych powrotów, skończywszy na obsesyjnym zatraceniu się w pracę, seks, alkohol czy hazard. W klasyfikacji DSM określono to jako: *„wyniszczające, impulsywne zachowania seksualne, nadużywanie różnych substancji, rozrzutność, nieostrożna jazda samochodem lub objadanie się”* oraz *„intensywne, lecz niestabilne relacje interpersonalne”*. Może się więc zdarzyć, że osoba z takim rysem osobowości zachowywać się będzie jak

seksoholik. Obraz „seksoholika” zgłaszającego się na terapię z tym problemem, będzie wyglądał mniej więcej tak, że mówić będzie o wielu przypadkowych kontaktach seksualnych, nietrwałych, ale burzliwych związkach, niekiedy podejmowaniu radykalnych praktyk seksualnych. Ten gwałtowny, chaotyczny sposób wchodzenia w relacje będzie jednak dotyczył większości istotnych obszarów życia tej osoby, stąd pacjent taki z chęcią określi się dodatkowo jako pracoholik, alkoholik i hazardzista.

Podobnie możemy ocenić np. osobowość zależną, gdzie obsesyjna koncentracja na więzi z partnerem może czasem sprawiać wrażenie ubezwłasnowolnienia. A im mniejsza szansa na utrzymanie związku, tym osoba ta bardziej zabiega o względy partnera, co może przybierać skrajne formy, w tym o charakterze seksualnym. W DSM: *„robi bardzo wiele, by zyskać miłość, troskę i wsparcie ze strony innych, do tego stopnia, że podejmuje działania, które innym wydawać by się mogły jako nieprzyjemne”* oraz *„gdy jedna bliska relacja się kończy, pilnie poszukuje następnych związków jako źródła opieki i wsparcia”*. Dlatego możemy spotkać się z osobą, która chce leczyć się z seksoholizmu, gdyż ma poczucie uzależnienia, w tym seksualnego, od swojego partnera, a próby rozstania (gdyż związek jednak nie jest satysfakcjonujący) kończą się niepowodzeniem.

Również osobowość histeryczną posiada cechę związaną z zachowaniami seksualnymi – tendencję do uwodzenia. To chęć bycia w centrum uwagi, co powodować może wyzywający styl ubierania, potrzebę adorowania przez płęć przeciwną. W DSM: *„kontakty z innymi charakteryzują się zazwyczaj nieodpowiednim seksualnym uwodzającym lub prowokacyjnym zachowaniem”*. Na terapię seksoholizmu zgłosić się może osoba, którą niepokoi doświadczanie wielu przelotnych romansów, które ocenia jako bardziej głębokie niż były w rzeczywistości.

Jak widać, zaburzenia osobowości również mogą być mocno związane z szerokim wachlarzem problemów związanych z seksualnością. Musimy pamiętać, że do diagnozy zaburzeń osobowości potrzebujemy spełnienia większej liczby objawów, jednak bardzo często w praktyce mamy do czynienia z osobami, które spełniają tylko część kryteriów zaburzenia, lub jest to konglomerat cech różnych zaburzeń osobowości.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne

W zakresie zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych mamy dość szczególną sytuację. Zacznę od krótkiego przeglądu kryteriów diagnostycznych.

Wg. DSM-IV –TR i DSM -V na obsesję, składają się następujące elementy:

1. *Powracające, uporczywe myśli lub wyobrażenia, które pacjent chwilami rozpoznaje jako powodujące lęk lub złe samopoczucie;*
2. *Myśli, impulsy lub wyobrażenia, które nie wynikają tylko z przesadnej troski o sprawy życia codziennego;*
3. *Próby lekceważenia lub wypierania takich myśli, impulsów czy wyobrażeń albo zastępowanie ich innymi myślami lub czynnościami;*
4. *Świadomość pacjenta, że obsesyjne myśli, impulsy lub wyobrażenia są wytworem jego umysłu (nie są narzucone z zewnątrz, jak w doznawaniu nazywania myśli).*

Z kolei na kompulsję składają się następujące elementy:

1. *Powtarzające się zachowania (np. mycie rąk, porządkowanie, sprawdzanie) lub czynności psychiczne (np. modlitwa, liczenie, powtarzanie słów w myśli), które człowiek czuje się zmuszony wykonywać w reakcji na obsesję lub zgodnie z regułami, których musi ściśle przestrzegać;*
2. *Zachowania lub czynności psychiczne mają na celu przeciwdziałanie złemu samopoczuciu lub zapobieganie pewnym groźnym wydarzeniom lub sytuacjom, ale nie są realistycznie związane z tym, co mają powstrzymać, albo są reakcjami zdecydowanie przesadnymi.*

Ponadto:

W niektórych momentach pacjent rozpoznaje, że obsesje lub kompulsje są przesadne i nieracjonalne

Obsesje lub kompulsje wywołują złe samopoczucie, pochłaniają dużo czasu (ponad godzinę dziennie) lub znacząco przeszkadzają w codziennym życiu, w funkcjonowaniu zawodowym (lub szkolnym) bądź w normalnych działaniach i kontaktach społecznych.

Treść obsesji lub kompulsji nie ogranicza się do zaburzeń osi I. Nie jest to na przykład wyłącznie ciągle myślenie o jedzeniu w zaburzeniach odżywiania, wyrwanie włosów w

trichotillomanii, nadmierna dbałość o wygląd w dysmorficznych zaburzeniach ciała, lekomania w zaburzeniach związanych z substancjami, ciągła obawa przed chorobą w hipochondrii, niepohamowane pragnienia lub fantazje seksualne w parafilii lub roztrzęsane winy w zespole depresyjnym.

Zaburzenia nie są skutkiem procesów fizjologicznych ani działania pewnych substancji ani też choroby somatycznej (Psychopatologia, M. Seligman, E. Walker, D. Rosenham, Zysk i s-ka, Poznań, 2003 str. 224, za: APA, DSM –IV, 1994).

Jak widać z powyższego, ważnym elementem doświadczania tych problemów jest lęk oraz depresja. Czy tak opisana kategoria diagnostyczna może być przydatna w zakresie diagnozowania seksoholizmu? Wydaje się to mało prawdopodobne. Często jednak lęki mogą mieć podłoże seksualne (np. pacjent, który po tym, jak widział prostytutkę musiał dokonać złożonych rytuałów oczyszczających). W tym znaczeniu, może się zdarzyć, że osoby takie trafią na terapię seksoholizmu, choć będą w zdecydowanej mniejszości i niekoniecznie oferta nakierowana na pomoc seksoholikom będzie im służyła.

Wśród klinicystów dość często jednak mówi się o „kompulsywnej masturbacji”. Zobaczmy jeszcze w takim razie, co mówi na temat zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych ICD-10.

Występują wszystkie z następujących, wspólnych cech obsesji (myśli, koncepcji lub wyobrażeń natrętnych) i kompulsji (czynności natrętnych):

- (1) Są odbierane jako wypływające z umysłu pacjenta, a nie jako narzucone przez osoby lub wpływ z zewnątrz;*
- (2) Mają charakter powtarzający się i nieprzyjemny, a co najmniej jedna z występujących obsesji lub kompulsji uważana jest za przesadna lub nieracjonalna;*
- (3) Pacjent próbuje się im przeciwstawić (choć opór wobec długotrwałych obsesji lub kompulsji może być minimalny), występuje co najmniej jedna obsesja lub kompulsja, wobec której opór jest nieskuteczny;*
- (4) Przeżywanie myśli natrętnych lub wykonywanie czynności natrętnych nie jest samo w sobie przyjemne (należy to różnicować z chwilowym uwolnieniem od napięcia czy lęku).*

Problemy te utrzymują się przez większość dni w okresie 2 tygodni oraz powodują znaczące cierpienie chorego.

Okazuje się, że kategorie diagnostyczne ICD rzeczywiście zezwalają na zaklasyfikowanie niektórych form uporczywej masturbacji do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Oczywiście jest to tylko taka masturbacja, która daje ulgę jednak nie wywołuje przyjemności, ma intensywny, prawie codzienny charakter, chory podejmuje walkę z tą czynnością, jednak nie przynosi to efektu. To spostrzeżenie jest niezwykle cenne klinicznie, ponieważ widzimy wyraźnie, że niektóre formy aktywności seksualnej ewidentnie nie mieszczą się w kategoriach uzależnienia lecz kompulsji, gdzie podłożem są zaburzenia lękowe lub depresja.

Parafilie

Analizując problemy z obszaru szeroko rozumianego seksoholizmu konieczne trzeba chwilę zatrzymać się przy parafiliach. „Jeśli zainteresowania seksualne są tak bardzo zaburzone, że upośledzają zdolność utrzymania afektywno-erotycznego związku między ludźmi, nazywa się je parafiliami. Na parafilie składa się cały wachlarz niezwykle przedmiotów i sytuacji, które powodują pobudzenie seksualne niektórych jednostek. Do powszechnych parafilii należą damska bielizna, obuwie, zadawanie i odczuwanie bólu oraz podglądanie” (tamże, str. 585). Jak widać, omawiane zaburzenia mają wiele wspólnego z tym zjawiskiem, chociaż jak już wcześniej wspominałem, należy odróżnić seksoholizm od parafilii. Czasem wygląda to tak, jakby pornografia i masturbacja z tym związana lub płatny seks zastępowała intymne relacje seksualne. Nie można oprzeć się wrażeniu, że gdyby nie normy naszej kultury, które nie traktują korzystania z pornografii jako zachowań nietypowych, opis pasowałby idealnie!

Przypatrzmy się więc kryteriom diagnostycznym np. fetysyzmu wg DSM:

- A. *Pojawiające się przynajmniej sześć miesięcy powracające, silnie podniecające fantazje seksualne, impulsy lub zachowania dotyczące wykorzystania obiektów nieożywionych (np. damskiej bielizny);*
- B. *Fantazje, impulsy lub zachowania powodują klinicznie znaczący dyskomfort lub upośledzenie w społecznym, zawodowym lub innym obszarze funkcjonowania.*
- C. *Fetysze nie ograniczają się do elementów garderoby kobiecej służących przebieraniu się (np. w fetysyzmie transwestycyjnym) lub urządzeń zaprojektowanych w celu mechanicznej stymulacji narządów płciowych (np. wibratory).* (tamże, str. 585).

„U wielu cierpiących na parafilię fantazje na temat obiektu lub on sam zawsze towarzyszą aktywności płciowej (...). Oznaką przekroczenia granicy dzielącej normalne fantazje od parafilii jest to, że osoba zaczyna je realizować, że przedmiot jest niezbędny do podniecenia, że osoba zaczyna niepokoić się swoim zachowaniem lub gdy obiekt zastępuje partnera. Ludzie cierpiący na parafilię są często zadowoleni z własnego życia seksualnego, a jedynym ich problemem jest reakcja innych na ich skłonności. Wielu miewa poczucie winy, okrywa się wstydem lub popada w depresję z powodu swych działań, które uznają za obrzydliwe i niemoralne. Parafiliom często towarzyszy dysfunkcja seksualna, zwłaszcza przy nieobecności obiektu” (tamże, str. 585).

To bardzo pasuje do opisu zachowań osób zgłaszających problemy z masturbacją czy pornografią. Często relacjonują oni, że aby uzyskać pobudzenie seksualne w trakcie kontaktu z inną osobą, przypominają sobie fragmenty filmów pornograficznych lub mówią o tym, że gdy tworzą nową znajomość, która mogłaby mieć charakter seksualny, natężenie masturbacji wzrasta. Wydaje się więc, że znajdujemy w tym momencie jakieś rozwiązanie: seksoholizm w postaci nadmiernej koncentracji na pornografii, masturbacji może przypominać obrazem klinicznym parafilię, jednak ze względu na to, że obiektem seksualnym są sytuacje kulturowo bardziej akceptowane niż tematy parafilii, bezpieczniej jest zaliczać takie zachowania do zaburzeń kontroli impulsu niż do tej kategorii diagnostycznej. Krótko mówiąc – seksoholizm w tym wydaniu byłby zaburzeniem kontroli impulsu, o przebiegu zbliżonym do parafilii. Być może, jest to ciekawy wątek do dalszych badań, szczególnie przez naukowo zorientowanych seksuologów. Jednak podsumowując trzeba stwierdzić, że w obszarze parafilii nie znajdziemy miejsca dla seksoholizmu, gdyż dotyczą one preferencji seksualnych a nie intensywności realizacji popędu seksualnego czy złożonych relacji w związku seksualnym.

Nadmierny popęd seksualny

To zaburzenie jest przez wielu badaczy problemy najczęściej wiązane z seksoholizmem. Według ICD -10 znajduje się w grupie zaburzeń określanych jako „dysfunkcje seksualne nie spowodowane zmianami organicznymi ani choroba somatyczną”. Opisany jest jako okresowe skargi, zarówno mężczyzn jak i kobiet, dotyczące tego, że nadmierny popęd seksualny stał się samoistnym problemem w ich życiu, zazwyczaj w okresie dojrzewania

oraz u młodych dorosłych. Zalecono także, aby w sytuacji stwierdzenia jednocześnie zaburzeń afektywnych lub we wczesnym okresie otępienia, uznać, że problem ten jest zjawiskiem wtórnym wobec tych rozpoznań i kodować właśnie zaburzenia afektywne lub otępienie. W ICD nie stworzono kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia i zalecono, aby klinicyści sami tworzyli własne kryteria. Jest to więc mało zbadana jednostka chorobowa, jesteśmy w okresie dyskusji nad stworzeniem jednolitych kryteriów diagnostycznych. Niektórzy klinicyści mogą więc przyjąć rozpoznawanie tego zaburzenia na podstawie kryteriów zbliżonych do rozpoznawania uzależnień. Warto nadmienić, że zarówno w DSM IV TR jak i w DSM –V zaburzenie to nie występuje (występuje natomiast obniżenie popędu seksualnego). Podsumowując można stwierdzić, że analiza tej kategorii diagnostycznej wnosi w te rozważania tylko jedną informację: nie wiemy, jak zobiektywizować kryteria diagnostyczne nadmiarowego popędu seksualnego. Jedynym rozpoznawalnym czynnikiem jest subiektywne poczucie cierpienia wywołane tym zjawiskiem.

Podsumowanie

Po dokonaniu tego przeglądu, stwierdzić należy, że zjawisko tzw. seksoholizmu przyjmuje dwie formy.

Jedna z nich ma podłoże osobowościowe i jest związana ze sposobem wchodzenia w intymne, seksualne relacje, a druga – z zaburzeniem kontroli impulsu, które przypomina obrazem klinicznym uzależnienie od substancji lub parafilie. Można też mówić o obsesyjno-kompulsywnym podłożu problemu. Gdyby seksoholizm uznać za jednorodną grupę problemów, wówczas można by stworzyć typologię seksoholizmu, gdzie typ I związany był z problemami osobowościowymi, natomiast typ II z zaburzeniami kontroli impulsu. Pomiąłem celowo problemy seksualne mogące występować w innych zaburzeniach (np. zaburzenia afektywne, schizofrenia, zaburzenia organiczne CUN itd.), gdyż wymagałoby to poszerzenia treści o cały podręcznik diagnozy, a wówczas treść byłaby nieczytelna. Nie powinniśmy jednak zapominać o tym, że występuje jeszcze cały szereg innych zaburzeń, gdzie problemy seksualne mogą występować, aczkolwiek na pewno nie są seksoholizmem.

Jestem więc zwolennikiem takich zmian organizacyjnych i prawnych, które umożliwią leczenie seksoholizmu o różnej etiologii, jako efektu zaburzeń osobowości lub zaburzenia kontroli impulsów.

Na zakończenie dodam, że całość materiału stanowi przede wszystkim efekt przemyśleń autora i może być dyskutowany, wzbudzać wątpliwości czy zachęcać do polemiki.

Notka o autorze – Damian Zdrada, psycholog, specjalista terapii uzależnień, psychoterapeuta. Dyrektor Centrum Psychoterapii i Leczenia Uzależnień w Sosnowcu.