

**Rozdział z pracy zbiorowej pod red. M. Krzystanek, M. Janas-Kozik,
Uzależnienia behawioralne dla studentów medycyny, Katowice, Wydawnictwo
Uniwersytetu Medycznego, 2016**

Seksoholizm

Damian Zdrada, Marek Krzystanek

Wstęp

Jako punkt wyjścia do zdefiniowania seksoholizmu, przedstawię - za P. Carnes - różnego rodzaju zespoły objawowe, które autor nazywa „typami behawioralnymi”. Trudno jest jednoznacznie przyporządkować je do określonej kategorii diagnostycznej. Zobaczmy jednak, co się da z tym zrobić.

1. Fantazjowanie (obsesyjne myślenie o przygodach seksualnych, często połączone z masturbacją).
2. Uwodzenie (uwikłanie w wiele związków naraz lub jeden po drugim, posługiwanie się seksapilem w celu zdobycia władzy nad kimś).
3. Anonimowy seks (angażowanie się w seks z anonimowymi partnerami).
4. Płatny seks (korzystanie z usług prostytutek, agencji towarzyskich, utrzymywanie kochanek lub kochanków).
5. Zarobkowy seks (stręczycielstwo, prostytutka, produkcja materiałów erotycznych czy pornograficznych i wynajmowanie się do niej itd.).
6. Podglądactwo ((korzystanie z wizualnych materiałów pornograficznych, gromadzenie pornografii, korzystanie z lokali ze striptizem, plaży nudystów itd.).
7. Ekshibicjonizm (obnażanie się w miejscach publicznych, intencjonalny dobór ubrania, aby odsłonić pewne części ciała itd.).
8. Seks intruzywny (niestosowne zaloty, dotykanie lub obmacywanie innych bez ich zgody, wykorzystywanie swojej pozycji zawodowej do składania propozycji seksualnych itd.).
9. Sadomasochizm (aplikowanie sobie lub komuś w czasie uprawiania seksu fizycznych zranień lub bólu, by wzmocnić działanie bodźców seksualnych itd.).
10. Seks z przedmiotami (masturbacja za pomocą przedmiotów, używanie fetyszy seksualnych itd.).
11. Pedofilia i kazirodztwo (przekazywanie dzieciom nieodpowiednich treści seksualnych, molestowanie czy uwodzenie).

Autor tego zestawienia zrobił to na tyle wnikliwie, że w zasadzie nie można tu nic więcej dodać. Gdy jednak zechcemy przenieść te spostrzeżenia na grunt kliniczny, tworzy się dość poważny problem: jakie zaburzenie odpowiada tej charakterystyce? Jedno, a może kilka? Postaram się teraz na to odpowiedzieć.

Dylemat diagnostyczny

Przeglądając literaturę na temat hiperseksualności, można zauważyć cztery nurty obecne wśród badaczy zjawiska, które umieściłem poniżej, tworząc typologię seksoholizmu:

TYP I. Seksoholizm jako uzależnienie

TYP II. Seksoholizm jako zaburzenie kontroli impulsu w obszarze zachowań seksualnych

TYP III. Seksoholizm o podłożu narcystycznych zaburzeń osobowości

TYP IV. Seksoholizm o dominancie zachowań obsesyjno-kompulsywnych

Tę złożoność zjawiska widzą nawet sami seksoholicy. Istnieją dwa ruchy samopomocowe: Anonimowi Seksoholicy (SA), którzy spostrzegają swój problem bardziej w kategoriach uzależnienia czy kompulsji oraz Anonimowi Nałogowcy Seksu i Miłości (SLAA), którzy starają się sobie pomagać w trudnościach związanych z uwikłaniem w toksyczne związki.

Tak rozumiany seksoholizm, jest w stanie pomieścić wymienione we wstępie problemy, składające się na obraz tego zaburzenia, jak i porządkuje wiedzę z tego obszaru. Może być także przydatnym narzędziem do diagnozowania i wydawania zaleceń terapeutycznych do pracy z pacjentem. Dlatego poniżej postaram się pokrótce omówić każdy typ.

Seksoholizm jako uzależnienie

Jest to najstarszy sposób myślenia o seksoholizmie. Powstał w wyniku procesu obserwacji pewnych zaburzeń seksualnych, które trudno było jednoznacznie zaklasyfikować. Nie mieściły się ani w grupie parafilii, ani dysfunkcji seksualnych. Jednak 'twórczy ferment' końca lat 70-tych, pomógł nieco rozwiązać ten problem.

Wtedy właśnie, niejaki Stanton Peele zapoczątkował nowy sposób myślenia o uzależnieniach. Stwierdził, że do ich powstania nie jest potrzebna substancja uzależniająca, gdyż nałóg jest specyficznym stanem umysłu, polegającym na

doświadczeniu braku czegoś, pustki, nie dającej się zapełnić. To tęsknota za miłością, która nigdy nie może zostać w pełni zaspokojona. Ta teza, była sukcesywnie rozwijana przez lata 80-te. Różni badacze stwierdzili bowiem, że jest ona furtką do tworzenia nowych uzależnień, w tym od czynności. Nie odczytano przesłania Peele'a jako zalecenia do zajęcia się człowiekiem i jego emocjonalnością (a nie substancją uzależniającą), ale wykorzystano ją do wyjaśniania wszelkich problemów związanych z nadmiarowym wykonywaniem czynności, w kategoriach uzależnień. Przykładowo - G. May w pozycji „Uzależnienie i łaska” opisuje blisko 180 uzależnień od poczuć i czynności (począwszy od uzależnienia od aprobaty a skończywszy na uzależnieniu od unikania obowiązków)! Na tej fali powstało także uzależnienie od seksu, które jako pierwszy opisał pod koniec lat 70-tych Orford, a w latach 80-tych rozwijał ten temat Patrick Carnes. Teraz już chyba stało się jasne, skąd wzięt się termin „seksoholizm”. Gdy ta myśl przeniknęła do Polski, zgodnie z naszym słowotwórstwem nazwano problem w ten sposób. Podłożem tej nazwy jest więc myślenie o seksoholizmie jako uzależnieniu (porównaj: alkohol-alkoholizm). Jednak kolejne refleksje naukowców poszły w nieco innym kierunku. Krytycy uznawania seksoholizmu jako nałogu podkreślają, że nie zawsze w tej grupie zachowań da się zauważyć ich potencjał uzależniający, utrata kontroli nad przyjmowaniem substancji jest czym innym, niż problemy z samoregulacją obecne w zaburzeniach kontroli impulsu, pojawiają się problemy w określeniu zmiany tolerancji i objawach odstawienia, a szczególnie - że nie ma tutaj zastosowania model leczenia uzależnień od substancji, gdzie celem jest abstynencja (gdyż chodzi o przywrócenie kontroli nad nie dającymi się opanować impulsami, a nie celibat).

Seksoholizm jako zaburzenie kontroli impulsu w obszarze zachowań seksualnych

W roku 1985, w ICD-9 wprowadzono po raz pierwszy pojęcie zaburzeń kontroli impulsu (w DSM miało to miejsce poprzez wprowadzenie trzeciej wersji w 1980 roku). Rozpoznając ten problem koncentrujemy się na trudności w kontrolowaniu pewnych zachowań, prowadzące do szkód w życiu pacjenta, przy czym próby zapanowania nad tymi impulsami, nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Jak się okazało, jego kryteria w dość dobry sposób opisują to zaburzenie. Tym tropem idą twórcy DSM 11, tworząc specjalne miejsce dla seksoholizmu w grupie zaburzeń kontroli impulsu, o nazwie: „Kompulsywne zachowania seksualne”, które obejmuje

bardzo szerokie spektrum zachowań seksoholicznych. Określenie „kompulsywne” użyto tutaj w tym znaczeniu, że jest znacznie mniej stygmatyzujące i nieobarczone negatywnymi konotacjami. Dobrze opisuje także uporczywość i brak kontroli nad tymi czynnościami. Jednak i to spojrzenie nie jest wolne od pewnych mankamentów. Zaburzenia kontroli impulsów mają opracowaną warstwę diagnostyczną, ale nie pomagają w głębszym zrozumieniu etiologii czy psychodynamiki dysfunkcji. Nie mają więc istotnej wartości wyjaśniającej.

Seksoholizm o podłożu narcystycznych zaburzeń osobowości

Seksoholizm w dużym stopniu powiązałem z narcyzmem, który - biorąc pod uwagę jego słabość relacji z innymi, może być źródłem wielu dysfunkcji w obszarze seksualności. Z jednej strony, będziemy mieli narcystycznych seksoholików - nieustannie poszukujących potwierdzenia siebie w kolejnych związkach, przygodach seksualnych, niepotrafiących stworzyć stałych relacji, dopuszczających się niewierności małżeńskiej i rozgrywających w triangulacjach swoje emocjonalne konflikty. Z drugiej zaś - spotkamy seksoholików nieśmiałych, zahamowanych, którzy nie potrafią czerpać przyjemności nie tylko z relacji z drugim człowiekiem, ale także z poczucia własnej cielesności i płciowości. Będzie to na tyle silne, że w zasadzie jedynym doświadczeniem seksualnym dla nich dostępnym stanie się masturbacja, w której istotny jest mechanizm napięcie - ulga, a nie poszukiwanie przyjemności. To osoby w zasadzie aseksualne, dla których onanizm służy innym celom, niż doświadczenie podniecenia seksualnego.

Odnajdziemy także seksoholików z narcyzmem złośliwym, którzy tym różnią się od pozostałych, że mają więcej cech aspołecznych. Ich zachowania seksualne będą przekraczać normy prawne w postaci szczególnie ciężkich przypadków parafilii, pojawi się bardzo silna impulsywność i brak poszanowania dla prawdy. Rokowania w ich przypadku są słabe, wymagają naprawdę długich oddziaływań, nierzadko przez całe życie (o ile będą zmotywowani do zmiany). O ile narcyzm bardzo dobrze wyjaśnia psychodynamikę seksoholizmu, o tyle trzeba pamiętać, że obszar seksualności jest tylko jednym z wielu, które opanowane są przez ten problem. To trochę tak, jakby chcieć leczyć infekcję bakteryjną antybiotykami. Nie można zająć się u narcyza tylko obszarem seksualności czy funkcjonowania w związkach, bo nie przyniesie to żadnego efektu. Konieczna jest praca we wszystkich obszarach, które zakaził „wirus” narcyzmu. Takie założenie nie będzie do przyjęcia dla tych

psychoterapeutów, którzy nastawieni są na szybkie osiągnięcie efektu i psychoterapie krótkoterminową, gdyż praca w oparciu o te założenia, może trwać latami.

Seksoholizm o dominancie zachowań obsesyjno-kompulsywnych

Chociaż może wydawać się, że sytuacja jest już nieco skomplikowana, to jednak nie wszystko. Co prawda, brak jest jednoznacznych dowodów na lękowe podłoże zachowań seksoholicznych, jednak niektóre badania pokazują wpływ zachowań seksualnych na obniżenie poziomu lęku, obecnego przed czynnością. Ponadto, poszukiwanie miejsca dla nich na gruncie kontinuum: impulsywność - kompulsywność znajduje wielu zwolenników. Impulsywność jest tutaj rozumiana jako trudności w powstrzymaniu się od rozpoczęcia zachowania, natomiast kompulsja to trudność w rozpoznaniu momentu zakończenia czynności (stąd przymus powtarzania). Niektórzy badacze (np. Bancroft), w związku z tym konkludują, że jest niewykluczone, że istnieje jakaś grupa seksoholików, gdzie taka dynamika jest podstawą do wyjaśnienia tego zaburzenia.

Wskazówki kliniczne

Tyle teorii, przejdźmy do praktyki. Poniżej, zaprezentuję kilka opisów przypadków, dla pełniejszego zrozumienia tego problemu. Historie tych osób w żaden sposób nie odzwierciedlają konkretnych pacjentów. Są raczej luźno powiązаныmi fragmentami różnych historii, których wysłuchałem w ostatnich latach.

Teresa i Andrzej - małżeństwo o 20-letnim stażu, oboje w wieku ok. 45 lat, z dwójką dzieci. Zgłosili się na terapię za jej namową. Ona twierdzi, że jej mąż jest seksoholikiem, bo nadzwyczaj często domaga się seksu. Po głębszej analizie okazało się, że on chce seksu dwa-trzy razy w tygodniu, podczas gdy dla niej wystarczające jest, aby miało to miejsce najwyżej trzy razy w miesiącu.

Jaki jest ich problem? Czy jest to seksoholizm? Otóż niekoniecznie. Jest to jednak dość częsty problem w związkach, gdzie obecne jest niedopasowanie seksualne. Potrzeby jednej osoby są większe niż drugiej. Na ogół dość dobrze leczy się to poprzez psychoterapię pary. Jak doszło do pojawienia się problemu? Czy istniał on zawsze, czy może ostatnio coś się zmieniło? Jak radzili sobie dotychczas z różnymi kryzysami? Bardzo często okazuje się, że w trakcie małżeństwa gdzieś znika pożądanie, zajęci praca zawodową, wychowywaniem dzieci, dorabianiem się - małżonkowie zagubili tę szczególną więź, jaka kiedyś ich łączyła. Nie jest to

seksoholizm. U mężczyzny trudno stwierdzić nadmierny popęd seksualny, nie ma też innych, szkodliwych zachowań o charakterze seksualnym.

Jerzy - lat 38. Zgłosił się na terapię z tego powodu, że znalazł się na dość mocnym, życiowym zakręcie. Rozpada się jego drugie małżeństwo, ma dziecko z kochanką. Musiał wyjawić ten fakt swojej żonie. Jego pierwszy związek zakończył się, gdyż korzystał dość powszechnie z płatnego seksu, co jego pierwsza żona odkryła, przeglądając mu komputer. On nie wie teraz - co robić: czy próbować ratować małżeństwo, czy może zostać z kochanką? Ten dylemat nie przeszkadza mu jednak w podejmowaniu różnorodnej aktywności seksualnej z przygodnie poznawanymi kobietami, co zdarza się kilka razy w miesiącu.

Z jakim zaburzeniem mamy tutaj do czynienia? Jest to dość czytelny seksoholizm, gdzie ujawniają się problemy z kontrolowaniem impulsów o seksualnym charakterze, przyjmujące formę dość wyraźnej rozwiązłości. Takie rozpoznanie kieruje nas oczywiście w tę stronę, aby zwiększyć zakres samokontroli tego pacjenta. Jednak gdy popatrzymy na jego sytuację szerzej, poprzez problemy osobowościowe, zyskamy bardzo cenną perspektywę, wskazującą na jego trudności w tworzeniu bliskości, stałości obiektu, wewnętrznych konfliktów osłabiających siłę ego oraz deficytów superego. Gdyby przeprowadzić głębszą diagnozę, z pewnością odkrylibyśmy wielkościowe „ja”, arogancję, niski poziom empatii, oczekiwanie podziwu ze strony innych itp. To właśnie przykład osoby narcystycznej, gdzie te problemy mocno przekładają się na sferę seksualną. I właśnie to, jest najgłębszym poziomem rozumienia seksoholizmu. Nie jest to nadmiernie rozbudowany popęd seksualny, nie jest to uzależnienie od doświadczania stanów obecnych w pożyciu seksualnym, nie jest to także kompulsywne powtarzanie pewnych czynności ani nawet zaburzenie, które obecne jest tylko w obszarze seksualności. To bardzo głęboki deficyt w tworzeniu bliskich więzi, przybierający skrajnie narcystyczną formę, gdzie obszar seksualności używany jest do niszczenia tego, co dobre. Zawiść zabija miłość. Takie zaburzenie oczywiście przyjmuje postać niemożności kontroli impulsów. Ale bez tej szerokiej, osobowościowej perspektywy nie będziemy w stanie przeprowadzić leczenia, które poprawi funkcjonowanie pacjenta. Zauważmy, że nie można tego problemu wyjaśnić ani w kategoriach uzależnień, ani dysfunkcji seksualnych (popęd seksualny jest w normie), nie ma podłoża lękowego, nie jest parafilią. Można mówić o problemach z kontrolą impulsów pod warunkiem, że będziemy rozumieć szczególną charakterystykę osobowości pacjenta.

Bogdan, lat 26. Nie był nigdy w związku, który trwał dłużej niż trzy miesiące, ponadto nie było ich wiele. Intensywnie masturbuje się podczas oglądania pornografii, nawet kilkanaście razy dziennie. Zastanawia się, czy przyczyną braku związku jest nadmierna masturbacja, czy może to nieuregulowane życie seksualne skłania go do takich zachowań autoerotycznych.

Na przykładzie tego pacjenta, zauważymy pewne podobieństwa do uzależnień. Masturbacja może mieć potencjał uzależniający. Przynosi zmianę nastroju spowodowaną onanizmem (w ramach schematu: napięcie - ulga), która może powodować zjawiska obecne w uzależnieniach (wzrost tolerancji, objawy odstawienia, poczucie braku, gdy czynność nie jest realizowana). Gdyby z kolei zbadać tę sytuację pod kątem kompulsji, i stwierdzono by wysoki poziom lęku u tego pacjenta, moglibyśmy jeszcze zweryfikować hipotezę o obsesyjno-kompulsywnym podłożu tego zachowania. Niewykluczone, że - analogicznie do uzależnienia od alkoholu- zauważylibyśmy zjawisko, gdy napięcie spowodowane zaburzeniami lękowymi jest usuwane poprzez używanie alkoholu, co z kolei prowadzi do uzależnienia. Możliwe, że w tej sytuacji jest podobnie: masturbacja i pornografia łagodzi lęk wynikający z innych zaburzeń. Ten rodzaj problemu też mieści się w szeroko rozumianym seksoholizmie, jednak komponenta osobowościowa jest tutaj słabiej zaznaczona, gdyż na pierwszym planie ujawniają się inne, bardziej wyraźne zespoły objawowe.

Wacław, lat 52. Bardzo często zmusza swoją partnerkę do zachowań seksualnych, które podejrzwał w filmach pornograficznych. Ponadto, korzysta z płatnego seksu, realizując tam te fantazje seksualne, które w żaden sposób nie mogą zostać sfinalizowane z partnerką. Jednak na terapię nie zgłosił się z tego powodu, lecz w związku z kryzysem zawodowym, który mocno przeżył, wpadając w stany obniżonego nastroju.

Ten pacjent, kieruje nas w stronę sadomasochizmu, a więc zaburzeń preferencji seksualnych. Ponadto jest możliwe, że posiada jakieś cechy osobowości obsesyjno-kompulsywnej (przyjmując, że sztywność i upór obecne w tym zespole pogłębiły u niego kryzys związany z problemami w pracy). Warto sprawdzić, czy jego praktyki seksualne stwarzają zagrożenie przemocą seksualną wobec żony. I chociaż wychodzimy w tym momencie poza granice kompulsywnych zachowań seksualnych (proponowanych w ICD 11), jest bardzo prawdopodobne, że odnajdzie miejsce dla siebie w terapii grupowej dla seksoholików. Badania potwierdziły, że wśród osób z

rozpoznaniem hiperseksualności, obecne są zarówno zachowania seksualne mieszczące się w granicach normy jak i takie, które można by wprost zaklasyfikować jako parafilie lub zachowania parafilne. Kafka konkluduje wyniki własnych badań w ten sposób, że osoby uzależnione od seksu mogą prezentować bardziej kulturowo dostosowane formy zachowań seksualnych. Ponadto możliwe jest, że silniejsze doświadczanie pobudzenia seksualnego u seksoholików, może prowadzić do niekonwencjonalnych zachowań seksualnych. Niekiedy będzie trudno przeprowadzić jednoznaczną granicę pomiędzy parafilią a seksoholizmem.

Podsumowanie

1. Seksoholizm nie jest pojęciem klinicznym, jednak pomaga w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym. Zawiera w sobie wiele różnorodnych problemów - począwszy od tych, które bliskie są uzależnieniom, poprzez zaburzenia preferencji seksualnych, zaburzenia kontroli impulsu - a skończywszy na niektórych zaburzeniach osobowości.
2. Zastosowanie odpowiedniego leczenia wymaga najpierw określenia, z którym typem seksoholizmu mamy do czynienia, gdyż postępowanie terapeutyczne może różnić się w zależności od rozpoznania określonego typu (lub ich mieszanki).
3. Zanim zakwalifikujemy pacjenta do szeroko rozumianej grupy „seksoholików”, istotne jest zweryfikowanie jego zachowań pod kątem norm seksualnych. Jest możliwe, że obecne tu będą problemy w relacji w związku, nie mieszczące się w tej kategorii diagnostycznej lub na pacjenta będą istotnie wpływać szczególne standardy środowiskowe (np. zasady religijne zabraniające masturbacji), skłaniające do ograniczenia nawet sporadycznych czynności autoerotycznych.

Kończąc niniejsze opracowanie, chcę jeszcze zwrócić uwagę na kwestię etyczną. Obszar seksualności to bardzo delikatny temat. Zawsze potrzebujemy pamiętać, że stawianie rozpoznań w tym zakresie nie może służyć etykietowaniu pacjenta. Diagnozowanie może być odbierane jako próba wkroczenia psychiatry czy psychoterapeuty w intymność życia seksualnego. Kryje się za tym podejrzenie, że może chcą oni powiedzieć, jak często ludzie powinni uprawiać seks, z kim, gdzie, jaka jest norma dla masturbacji i czy można oglądać pornografię? Postawienie rozpoznania w sytuacji, gdy pacjent nie zgadza się z taką tezą lub nie odczuwa potrzeby leczenia, może czasem przynieść więcej szkody, niż pożytku.

Piśmiennictwo

- Bancroft J., Seksualność człowieka, Wrocław: Elsevier Urban&Partner, 2011.
- Binik Y, Hall K. (red.), Principles and Practice of Sex Therapy, Fifth Edition, London: The Guilford Press, 2014, [online].
- Kafka M., Nonparaphilic sexuality disorders.
- Biuro służb krajowych SLAA w Polsce, Wspólnota uzależnionych od seksu i miłości, [online].
- Carnes P., Od nałogu do miłości, Poznań: Media Rodzina, 2001.
- Grant J., Potenza M., Weinstein A., Gorelick D., *Introduction to Behavioral Addictions*, „Drug Alcohol Abuse” 2010, 36(5), [online].
- ICD-11 Beta Draft. Compulsive sexual behaviour disorder [online].
- Kernberg O., Związki miłosne. Poznań: Zysk i S-ka 1998.
- May G., Uzależnienie i łaska, Poznań: Media Rodzina of Poznań, 1988.
- Morrison J., DSM-5 bez tajemnic. Praktyczny przewodnik dla klinicystów, Kraków: WUJ 2016.
- Peele S., *Doświadczanie uzależnienia* „Nowiny psychologiczne” 1987, nr 3: 61-87.
- Piper W., McCallun Dobór pacjentów do grup terapeutycznych [W:]. Podstawy terapii grupowej. Red. Bernard H., Mackenzi R Gdańsk: GWP 2000.
- Pużyński S., Wciórka J. (red. przekładu), Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania w ICD -10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, 2000.
- Reid R., Gray D., Uzależnienie od pornografii. Małżeńskie problemy spod łóżka, Gliwice: Helion 2008.
- Sexaholics Anonymous, Kim jest seksoholik i czym jest seksualna trzeźwość? SA Literature © 1989, 2001, [online].
- Yeomans F., Clarkin J., Kernberg O, Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu w leczeniu zaburzeń osobowości borderline. Podręcznik kliniczny. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej 2015.
- Zdrada D., Seksoholizm. Perwersja i Miłość. Warszawa: Difin (w przygotowaniu)