

Na podstawie dostępnych badań wydaje się, że kompulsywne zaburzenie zachowań seksualnych jest zaburzeniem występującym stosunkowo często i dotyczy ono znacznie częściej mężczyzn niż kobiet. W zależności od źródeł jest to od 0,2% do 5,7% kobiet i od 2,3% do 15,8% mężczyzn.

OD KONCEPCJI DEWIACJI DO KOMPULSYWNEGO ZABURZENIA ZACHOWAŃ SEKSUALNYCH

Michał Pawłęga

Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, Centrum Psychoterapii Przeszłości

Maria Brodzikowska

Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie, Centrum Psychoterapii Przeszłości

Refleksja nad upośledzeniem kontroli nad zachowaniami seksualnymi ewoluowała od lat 60. XX wieku. Za pierwszą próbę klasyfikacji uznaje się w literaturze wprowadzenie w DSM-II w 1968 roku terminu „dewiacji seksualnej”, zaś później w DSM-III określenia „parafilii” (Briken, 2020), choć były to pojęcia, które w małym stopniu ujmowały specyfikę CSBD. Dopiero w roku 1983 Patrick Carnes przedstawił koncepcję uzależnienia od seksu, a w roku 1986 von Krafft-Ebbing stworzył pojęcie „satiuriasis i nimfomania”, które miało opisywać nadmierne popędy i zachowania seksualne. W 1987 roku zaś – mając na uwadze pojawiające się badania – w DSM-III-R wprowadzono termin „nieparafilne nałogi seksualne” (Briken, 2020). Jednocześnie trzy lata później w klasyfikacji ICD-10 pojawia się kategoria kliniczna F52: „zaburzenia seksualne niespowodowane zaburzeniem organicznym, ani chorobą somatyczną” (F52.7 – „nadmierny popęd seksualny” i F52.8 – „inne dysfunkcje seksualne bez przyczyn organicznych lub chorobowych”).

Próbkę kolejnego zdefiniowania problemu podjął M. Kafka w 1997 roku, odnosząc się do normy zaproponowanej przez Kinseya. Uznał wówczas, że 7 orgazmów tygodniowo przez okres ponad 6 miesięcy można klasyfikować jako „zaburzenie parafilne” (Kafka, 1997). W oparciu o DSM-IV-TR nadmierne zachowania seksualne próbowano kodować w grupie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych, ale już w 2010 roku M. Kafka przedstawił projekt kryteriów diagnostycznych dla „zaburzeń hiperseksualnych”, który próbowano wprowadzić do DSM-V, z której to klasyfikacji został jednak odrzucony (Kafka, 2010). Projekt ten zakładał, że do stwierdzenia zaburzeń hiperseksualnych w ostatnich 6 miesiącach powinny wystąpić przynajmniej

trzy z poniższych kryteriów: (1) poświęcanie dużej ilości czasu na fantazje lub zachowania seksualne przy notorycznym zaniedbywaniu innych ważnych (niezwiązanych z seksem) celów, aktywności i zobowiązań; (2) powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na dysforyczne stany emocjonalne; (3) powtarzające się zaangażowanie w zachowania lub fantazje seksualne w odpowiedzi na stresujące wydarzenia życiowe; (4) powtarzające się, ale nieskuteczne próby kontroli lub znacznej redukcji zachowań bądź fantazji seksualnych; (5) powtarzające się zaangażowanie seksualne przy bagatelizowaniu ryzyka doznania lub zadania innym krzywdy fizycznej bądź emocjonalnej (ibidem). Dodatkowo powinno zostać spełnione subiektywne kryterium związane z wysokim poziomem stresu oraz dysfunkcji społecznych, zawodowych oraz dotyczących innych ważnych obszarów życia. Co ważne, projekt ten wykluczał z diagnozy zaburzeń hiperseksualnych sytuacje, w których zachowania i fantazje seksualne są bezpośrednim efektem fizjologicznym stosowania substancji takich jak na przykład narkotyki czy leki (ibidem).

Początek XXI wieku przyniósł istotne przemiany kulturowe, np. w zakresie normalizacji i dostępu do pornografii internetowej (który – szczególnie u mężczyzn – może prowadzić do zwiększenia przypadków CSBD), jak też w zakresie podzielanych społecznie norm seksualnych. Na ten ostatni aspekt zwrócił uwagę Kingston w 2020 roku, wskazując, że na podstawie pierwszych kryteriów zaproponowanych przez Kafkę w roku 1997, obecnie połowę społeczeństwa można byłoby uznać za hiperseksualną, a zatem istnieje konieczność odchodzenia od liczbowych norm dotyczących częstotliwości podejmowania kontaktów

seksualnych czy też osiągnięcia orgazmów (Kingston i in., 2020). Ostatecznie klasyfikacja ICD-11, obowiązująca od 2022 roku, wprowadziła jednostkę kompulsywne zaburzenie zachowań seksualnych (ang. *Compulsive Sexual Behavior Disorder*) (WHO, 2022), której przypisano kod 6C72. Zagadnienie to szczegółowo przedstawiamy w dalszej części artykułu.

Biorąc pod uwagę trwającą debatę akademicką, możliwe jest, że konceptualizacja CSBD może w przyszłości ulec zmianie (Borgogna i in., 2022), szczególnie w odniesieniu do klasyfikacji diagnostycznej (tj. przypisania zaburzenia do kategorii odnoszącej się do kontroli impulsów lub też przeniesienia go do kategorii zaburzeń związanych z uzależnieniami).

Definicja i kryteria diagnostyczne CSBD

Chociaż pojęcie kompulsywnego zaburzenia zachowań seksualnych (CSBD) w ICD-11 wydaje się nowe, już ICD-10 zawierało kategorię F52.7 – nadmierny popęd seksualny, z podobnymi kryteriami diagnostycznymi. Według obecnej wiedzy CSBD jest związane z zaburzeniami kontroli impulsów i dlatego zostało w ICD-11 przesunięte – razem z innymi zaburzeniami impulsów, takimi jak kleptomania czy piromania – z części dotyczącej zdrowia seksualnego do części dotyczącej zaburzeń psychicznych i behawioralnych. Wynika to z cierpienia towarzyszącego CSBD oraz trudności w kontrolowaniu impulsów seksualnych, które niekoniecznie występują przy innych zaburzeniach seksualnych (Briken, 2020).

CSBD opisano w ICD-11 (WHO, 2022) jako „stały wzorzec niemożności kontrolowania intensywnych, powtarzających się impulsów lub popędów seksualnych, prowadzących do powtarzających się zachowań seksualnych”, skutkujące wystąpieniem co najmniej jednego z poniższych objawów:

1. Angażowanie się w powtarzające się zachowania seksualne stało się głównym celem życia danej osoby do tego stopnia, że zaniedbuje ona swoje zdrowie, dbałość o siebie lub inne zainteresowania, działania i obowiązki.
2. Podjęcie licznych, nieudanych prób kontrolowania lub znacznego ograniczenia powtarzających się zachowań seksualnych.
3. Angażowanie się w powtarzające się zachowania seksualne pomimo negatywnych konsekwencji (np. konflikt małżeński z powodu zachowań seksualnych,

konsekwencje finansowe lub prawne, negatywny wpływ na zdrowie).

4. Dalsze angażowanie się w powtarzające się zachowania seksualne, nawet w przypadku czerpania z nich niewielkiej satysfakcji lub braku jej występowania.
- Do zdiagnozowania CSBD konieczne jest występowanie długotrwałego wzorca (przynajmniej 6 miesięcy) niezdolności do kontrolowania intensywnych, powtarzających się impulsów seksualnych i wynikających z nich zachowań. Krótkotrwałe objawy, na przykład związane z nowymi możliwościami seksualnymi (zmiana statusu związku, przeprowadzka), nie pozwalają na postawienie diagnozy CSBD.

Jednocześnie diagnoza CSBD nie jest możliwa w sytuacjach, gdy objawy są powodowane:

- Występowaniem wzorców niepowodzenia w kontrolowaniu intensywnych, powtarzających się impulsów seksualnych na skutek innych zaburzeń psychicznych (np. epizod maniakalny), stanami chorobowymi (np. urazy mózgu) lub pod wpływem substancji (np. stymulanty) lub leków.
- Doświadczaniem przez pacjenta/tkę cierpienia związanego z osądami moralnymi lub dezaprobatą dla własnych impulsów seksualnych, często na tle przekonań religijnych czy społecznych oczekiwań. Takie osoby mogą błędnie „diagnozować się” jako uzależnione od seksu, korzystając z internetowych źródeł.
- Występowaniem zaburzeń parafilnych, charakteryzujących się trwałymi, intensywnymi wzorcami nietypowego pobudzenia seksualnego, takimi jak exhibicjonizm, pedofilia, froterizm, voyeurizm, które angażują osoby niezdolne do wyrażenia świadomej zgody.

Warto zwrócić uwagę, że „zachowania seksualne” stanowią szeroką kategorię i mogą być realizowane zarówno samodzielnie, jak i z inną osobą lub osobami. Przykładowo do zachowań seksualnych można zaliczyć, oprócz różnego rodzaju kontaktów seksualnych, także masturbację, korzystanie z pornografii, cyberseks czy seks przez telefon. Na podstawie dostępnych badań wydaje się, że CSBD jest zaburzeniem występującym stosunkowo często i dotyczy ono znacznie częściej mężczyzn niż kobiet. W zależności od źródeł jest to od 0,2% do 5,7% kobiet i od 2,3% do 15,8% mężczyzn (Briken, 2020).

Wydaje się, że liczba osób zgłaszających doświadczenie objawów powiązanych z CSBD może rosnąć. Jest to, poza wspomnianymi już czynnikami dotyczącymi zmie-

niających się norm seksualnych, najprawdopodobniej związane z szerokim dostępem do pornografii internetowej. W jednym z ostatnich badań 91,5% mężczyzn i 60,2% kobiet zgłosiło używanie pornografii internetowej w ciągu ostatniego miesiąca. Coraz powszechniejszy staje się także cyberseks, „sexting” (wysyłanie wiadomości o seksualnym charakterze) i dzielenie się zdjęciami erotycznymi i pornograficznymi (Borgogna i in., 2022).

Zaburzenia współwystępujące z CSBD

Ważne dla diagnostyki, planowania i prowadzenia leczenia jest uwzględnienie w przebiegu CSBD innych zaburzeń. Skupienie się w terapii na problemach towarzyszących (mogących stanowić przyczynę lub wzmacniających objawy CSBD) umożliwia osiągnięcie trwałych zmian. Do najczęstszych zaburzeń współwystępujących w CSBD (Briken, 2022) należą zaburzenia nastroju, takie jak depresja oraz zaburzenia lękowe, które wydają się być u osób z CSBD i mogą występować u 60-80% pacjentów. Zaburzenia osobowości, szczególnie osobowość borderline, obserwuje się u 40-60% osób z CSBD. Problemy z uzależnieniami, zwłaszcza od alkoholu i narkotyków, występują u około 30-50% pacjentów, podczas gdy ADHD może współwystępować u 20-30% osób z CSBD. Dodatkowo około 10-20% pacjentów może cierpieć na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD). Częstość współwystępującym zaburzeniem jest także trauma z dzieciństwa i wynikające z niej zaburzenia stresu pourazowego (PTSD), zwłaszcza związane z wykorzystywaniem seksualnym, które występują nawet u 50% pacjentów z CSBD.

Część badań wskazuje, że kompulsywne zachowania seksualne są w istocie symptomem tychże głębszych problemów (Moser, 2013), stąd uwzględnienie ich w terapii wydaje się być niezbędne.

Szczególnie interesujące w kontekście leczenia jest wspomniane w ICD-11 rozróżnienie dotyczące uznania używania substancji psychoaktywnych za współchorobowość, a niekiedy za czynnik wykluczający rozpoznanie CSBD. Użycie legalnych leków lub nielegalnych substancji (np. pramipexol czy metamfetamina) może prowadzić do obniżenia kontroli impulsów seksualnych, co wiąże się z ich wpływem na centralny układ nerwowy. W tych przypadkach, zgodnie z ICD-11, CSBD nie powinno być rozpoznawane. Tym niemniej współwystępowanie CSBD i (problemowego) używania substancji psychoaktywnych jest powszechne. Część osób używa także substancji che-

micznych, głównie narkotyków, w celu angażowania się w zachowania seksualne czy też zwiększania związanej z nimi przyjemności (np. chemsex). W tym przypadku – zgodnie z rekomendacjami umieszczonymi w ICD-11 – wymagana jest ocena sekwencji, kontekstu i motywacji określonych zachowań. Dlatego możliwe jest jednocześnie postawienie diagnoz CSBD i zaburzeń spowodowanych używaniem substancji, o ile spełnione są kryteria diagnostyczne obu z nich.

Modele wyjaśniające CSBD

Pomocnymi w lepszym zrozumieniu mechanizmów powodujących powstanie CSBD oraz utrzymywaniu się zaburzenia są teorie wyjaśniające, w jaki sposób dochodzi do odczuwania nadmiernego pobudzenia seksualnego, jaki wpływ na odczuwanie cierpienia związanego z zachowaniami seksualnymi mogą mieć przekonania moralne, a także jak mogą na jego powstanie wpływać czynniki neurologiczne i endokrynologiczne. Ich znajomość powinna umożliwić stworzenie bardziej trafnej konceptualizacji i planu leczenia. Przedstawiamy je – z racji krótkiej formy, jaką jest artykuł – w uproszczeniu.

Model podwójnej kontroli (Bancroft, 2009)

Zakłada on, że zachowania seksualne są regulowane przez dwa systemy: jeden odpowiadający za pobudzanie reakcji seksualnych (system pobudzenia) i drugi wpływający na ich hamowanie (system inhibicji). Gdy oba te systemy pozostają w równowadze, pozwalają człowiekowi na odpowiednią reakcję seksualną w stosownych okolicznościach. Jednak u osób z CSBD ta równowaga jest często zaburzona – mogą doświadczać nadmiernego pobudzenia seksualnego, którego nie są w stanie odpowiednio kontrolować ze względu na osłabienie systemu inhibicji. W praktyce może to prowadzić do sytuacji, kiedy człowiek nie jest w stanie kontrolować pojawiających się impulsów seksualnych, a ich realizacja może prowadzić do zachowań seksualnych naruszających normy społeczne i prawne oraz niezgodnych z potrzebami i wartościami jednostki.

Model niezgodności moralnej (Grubbs i in., 2019)

Został opracowany w odniesieniu do problemowego używania pornografii internetowej. Zgodnie z nim, subiektywne poczucie utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi związanymi z korzystaniem z pornografii nie wynika wprost z korzystania z tego typu materiałów,

a raczej rozbieżności między przekonaniem moralnym a działaniami podejmowanymi przez człowieka. Osoby odczuwające, że ich zachowania związane z korzystaniem z pornografii są problematyczne, często doświadczają konfliktu moralnego wynikającego z podejmowania aktywności sprzecznych z ich osobistymi wartościami. W takim przypadku kluczowym czynnikiem powodującym cierpienie jest wewnętrzny konflikt, nie zaś korzystanie z materiałów pornograficznych. Założenia tej teorii, choć początkowo ograniczonej wyłącznie do korzystania z pornografii, odnoszą się w praktyce klinicznej także do innych czynności podejmowanych przez osoby doświadczające CSBD.

Wpływ czynników neurologicznych (Briken, 2020)

Badania wskazały, że niektóre regiony mózgu, odpowiadające za regulowanie przyjemności i samokontroli, mogą u osób z CSBD być nadmiernie aktywne lub funkcjonować mniej efektywnie. Przykładowo, obszary odpowiedzialne za odczuwanie nagrody mogą być bardziej wrażliwe na bodźce seksualne, podczas gdy te odpowiadające za hamowanie impulsów, mogą nie działać właściwie w przypadku wystąpienia bodźca. Może to skutkować odczuwaniem przez człowieka intensywnego pragnienia podjęcia czynności seksualnej przy jednoczesnej ograniczonej zdolności do kontrolowania impulsów.

Czynniki endokrynologiczne (Flanagan i in., 2022)

Zgodnie z tą teorią, kluczowy wpływ na rozwój objawów CSBD mają dwa neuroprzekaźniki: oksytocyna i dopamina. Oksytocyna, zwana hormonem miłości, działa jako mechanizm obronny, regulując stres i zwiększając przyjemność związaną z bliskością. Dlatego też jej nadmierne występowanie może wzmacniać skłonność do podejmowania kompulsywnych zachowań seksualnych. Z kolei dopamina, znana jako hormon przyjemności, intensyfikuje pragnienie i motywację do powtarzania seksualnych doświadczeń ze względu na ich nagradzający charakter. Nadmierna aktywność dopaminowa może prowadzić do desensytyzacji receptorów, skłaniając do poszukiwania coraz bardziej intensywnych doznań seksualnych. Ważną rolę w obniżaniu poziomu tych neuroprzekaźników może odgrywać leczenie farmakologiczne, a także oddziaływania terapeutyczne, rozwijające umiejętność regulowania stresu i impulsów, które wpływają na ograniczenie ich wydzielania.

Wskazówki do podejmowania interwencji terapeutycznych

Używanie stosowanych w przeszłości podejść opisujących utratę kontroli nad zachowaniami seksualnymi przekłada się na różne ścieżki konceptualizacji i leczenia osób doświadczających CSBD (np. traktowanie go w kategoriach uzależnienia lub zaburzeń kompulsywnych). Może także prowadzić do używania terminów mających różne znaczenie (hiperseksualność, uzależnienie od seksu, kompulsywna seksualność) jako synonimów, powodując dodatkową niespójność w podejściach do leczenia oraz prowadząc do dezorientacji wśród klientów/ek. Z tego powodu przy podejmowaniu interwencji terapeutycznych rekomendujemy stosowanie kategorii proponowanej w ICD-11, tj. kompulsywne zaburzenie zachowań seksualnych i posługiwanie się zaproponowaną dla niego konceptualizacją (Borgogna i in., 2022).

Ponieważ zgodnie z ICD-11 CSBD jest traktowane jako zaburzenie powiązane z impulsywnością i kompulsywnością, proces terapeutyczny powinien koncentrować się na strategiach zarządzania impulsami, a nie na leczeniu uzależnienia. W praktyce klinicznej oznacza to stosowanie podejścia zmierzającego do poprawy kontroli nad impulsami seksualnymi oraz ograniczenia występowania lub zmiany sposobu przeżywania emocji powodujących dyskomfort, takich jak depresja, obniżony nastrój czy lęk. Zgodnie z naszymi doświadczeniami klinicznymi ważne znaczenie w procesie leczenia odgrywa wspierająca relacja terapeutyczna. Kluczowymi elementami tej postawy są (Smaś-Myszczyżyn, 2019):

- **Akceptacja dla różnorodności seksualnej**, tj. akceptowanie zarówno seksualności pacjentów/ek, jak i jej różnych przejawów, pod warunkiem że są one konsensualne i nie naruszają norm prawnych.
- **Wycofanie moralnej oceny**, tj. unikanie oceny zachowań seksualnych. Chociaż nie należy bagatelizować potencjalnie ich szkodliwych konsekwencji, moralna ocena może uniemożliwić zbudowanie dobrej relacji terapeutycznej, a także powodować pogłębianie doświadczenia przez pacjentkę/ta niezgodności moralnej, nasilając cierpienie.
- **Rozróżnienie patologicznych i zdrowych reakcji seksualnych**, tj. wsparcie klientki/ta w identyfikacji, które potrzeby i zachowania seksualne są (potencjalnie) szkodliwe, które zaś wydają się być zdrowym sposobem realizacji ich seksualności.

- **Uważność na własne reakcje**, tj. świadome obserwowanie własnych reakcji i uczuć w odpowiedzi na zagadnienia poruszane w trakcie terapii.
- **Szacunek dla intymności, eliminacja wstydu**, tj. dbałość przez osobę prowadzącą leczenie o stworzenie bezpiecznego środowiska, w którym osoba korzystająca z terapii może otwarcie wyrażać swoje myśli i uczucia bez obawy o ocenę. Obejmuje oto także poufność w odniesieniu do informacji uzyskanych w trakcie procesu leczenia.

Rekomendowane interwencje terapeutyczne

Jako najważniejsze interwencje terapeutyczne stosowane w leczeniu CSBD literatura przedmiotu rekomenduje:

- **Psychoedukację** (Turner i in., 2022), obejmującą informacje o CSBD, w tym kontroli impulsów, wpływie impulsywności, wyuczonych zachowań oraz czynników wyzwalających na podejmowanie zachowań seksualnych, edukację w zakresie zarządzania stresem i alternatywnych metod radzenia sobie z nim oraz dotyczącą kryteriów ustalania czy dane zachowanie seksualne jest zdrowe.
- **Indywidualną i grupową terapię poznawczo-behawioralną oraz terapię trzeciej fali, takie jak ACT** (Turner i in., 2022; Borgogna i in., 2022, Antons i in., 2022), polegające na identyfikacji i modyfikacji myśli, emocji i zachowań podtrzymujących problematyczne zachowania seksualne, w tym rozwijaniu umiejętności radzenia sobie w sytuacjach wyzwalających, prowadzących do zwiększenia kontroli nad impulsywnością seksualną, a także rozwoju umiejętności przetwarzania myśli i uczuć bez prób ich kontrolowania lub unikania.
- **Indywidualną i grupową terapię psychodynamiczną** (Müldner-Nieckowski, 2022).

W terapii hiperseksualności możliwe jest także w odniesieniu do niektórych pacjentek/ów korzystanie z nurtu psychodynamicznego. Przede wszystkim wymaga ona zdolności i gotowości do refleksji, stabilnego stanu psychicznego oraz silnej motywacji do pracy nad trudnościami będącymi źródłem problemowych zachowań. Poza wykorzystywanym także w podejściach związanych z CBT rozwijaniem umiejętności rozpoznawania mechanizmów poznawczych uzależnienia oraz pracą nad wprowadzeniem zmian behawioralnych obejmuje ona także pracę nad lękiem, kontrolą,

napięciem emocjonalnym, wstydem i poczuciem winy, występującymi zaburzeniami więzi, rozpoznawaniem funkcji niekontrolowanych zachowań seksualnych czy też doświadczeniami urazowymi.

- **Terapię opartą na uważności** (Efrati i Gola, 2018) polegającą na rozwijaniu umiejętności obserwacji myśli, emocji i doznań cielesnych w sposób nieosądzający, co pomaga w radzeniu sobie z dyskomfortem psychicznym i emocjonalnym. W efekcie skutkuje ona zmniejszeniem stresu i lepszym zarządzaniem impulsami seksualnymi.
- **Grupy samopomocowe, tzw. grupy dwunastokrokowe** (Efrati i Gola, 2018), takie jak Anonimowi Uzależnieni od Seksu i Miłości (SLAA) oraz Anonimowi Seksoholicy (SA), oferujące programy wykorzystujące elementy rozwoju duchowego i zmiany behawioralnej oparte na wsparciu społeczności. Skuteczność tych podejść nie została udowodniona naukowo, jednak jak wynika z doświadczenia klinicznego, mogą one okazać się pomocne dla niektórych osób. Rekomendujemy znaczną ostrożność w ich poleceniu. Założenia działania tych grup odbiegają znacznie od aktualnych ustaleń dotyczących zaburzeń kontroli zachowań seksualnych, mogą powodować dezorientację u klientów/ek, a także wpływać na ich rezygnację z terapii. Z doświadczenia klinicznego wynika ponadto, że założenia tych wspólnot mogą być dla wielu osób opresyjne (np. uznawanie jako „trzeźwości seksualnej” wyłącznie kontaktów seksualnych w relacji małżeńskiej, zakaz masturbacji czy stygmatyzacja osób nieutrzymujących „trzeźwości seksualnej”).
- **Terapię farmakologiczną** (Turner i in., 2022), zalecającą leczenie farmakologiczne obejmujące stosowanie leków z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (np. paroksetyny), które mogą pomóc w lepszym zarządzaniu impulsami seksualnymi oraz redukcji obsesyjnych myśli dotyczących czynności seksualnych. W badaniach wskazuje się także możliwość stosowania naltreksonu (antagonisty opioidowego), który może ograniczać poczucie przymusu angażowania się w zachowania seksualne.

CSBD a problemowy chemsex

Jak zaznaczono wyżej, uzależnienia od substancji są jednym z obszarów współchorobowości w przypadku opisywanej problematyki, stąd warto mieć na uwadze, że w grupie osób zgłaszających problem z CSBD, części

z nich będzie dotyczył problem chemsexu (por. Walendzik-Ostrowska, 2024). W pracy terapeutycznej pomocne może być zwrócenie uwagi na szczególne obszary ryzyka problemowego podejmowania zachowań typu chemsex, które zidentyfikowano w jednym z badań (Brodzikowska i in., 2023).

Wśród czynników natury biologicznej wyszczególniono przede wszystkim ADHD. Doświadczenia w pracy terapeutycznej z tą grupą pacjentów wskazują, że diagnoza, farmakoterapia, psychoedukacja, praca nad zrozumieniem i akceptacją zaburzenia oraz interwencje behawioralne ukierunkowane na poprawę funkcjonowania w tym obszarze dają dobre efekty terapeutyczne.

Wśród czynników psychologicznych zaobserwowano wpływ stresu mniejszościowego dotyczącego orientacji seksualnej, następnie – podobnie jak w przypadku badań nad hiperseksualnością (Bilejczyk i in., 2022), doświadczanie samotności, niskie poczucie własnej wartości, trudności z wyznaczaniem granic, doświadczenia traumatyczne, wykorzystanie seksualne w przeszłości, doświadczenia pracy seksualnej, zaburzenia nastroju, trudności w przeżywaniu emocji, impulsywność i kompulsywność oraz poczucie winy i wstyd związane z naruszaniem norm moralnych. Dodatkowymi czynnikami są: wczesna inicjacja narkotykowa i alkoholowa, doświadczenie zakażenia HIV oraz cechy osobowości z wiązek B i C¹.

Wydaje się, że jednym ze sposobów pracy ze stresem mniejszościowym u pacjentów nieheteroseksualnych może być wspieranie integracji ze społecznością LGBTI, co ma korzystny wpływ na zdrowie psychiczne. Tym niemniej należy zachować uważność na potencjalny dodatkowy stres związany z funkcjonowaniem w grupie nieheteroseksualnych mężczyzn, wyjaśniony teorią stresu wewnątrzmniejściowego (ang. *intra-minority stress*) Pachankisa (Pachankis i in., 2020). Ten dodatkowy stres jest związany z porównywaniem statusu (na który składają się męskość, atrakcyjność fizyczna i seksualna, a także sytuacja majątkowa) z innymi mężczyznami w społeczności, a także rywalizacją o niego. Powodowane nim trudności związane z poczuciem własnej wartości czy odczuwaniem chronicznego wstydu może mieć znaczenie w procesie pogłębionej terapii.

W obszarze społecznym najważniejsze czynniki związane są z wpływem konserwatywnej religijnie rodziny lub szkoły na postrzeganie własnej orientacji seksualnej, trudności w relacjach romantycznych, doświadczanie przemocy fizycznej i psychicznej w relacjach, a także do-

świadczanie odrzucenia w dzieciństwie i dorosłości, w tym także przemoc rówieśnicza. Wszystko to może wpływać na kształtowanie się określonego stylu przywiązania, poczucie własnej wartości oraz poziom odczuwanego wstydu. Zasadnym wydaje się identyfikowanie kluczowych przekonań pacjenta na swój temat i praca nad nimi, ale także uważność na relację terapeutyczną i praca na niej. Wykorzystując powyższe czynniki, zaproponowano model kolejności interwencji terapeutycznych. Warto nie traktować go sztywno i dostosować do sytuacji danego pacjenta. W większości przypadków potrzebna może być równoległa praca nad różnymi obszarami. Tym niemniej punktem wyjścia powinno być budowanie relacji terapeutycznej, która pozwala na stworzenie silnego przymierza terapeutycznego, umożliwiającego następnie przeżywanie korektywnych doświadczeń. W kolejnym kroku warto skupić się na terapii uzależnień i kontroli impulsów, a także na przeformułowaniu przekonań klienta o seksualności. Istotna jest tutaj wiedza terapeuty/terapeutki w tym zakresie, pozwalająca na podejmowanie również interwencji z obszaru psychoedukacji seksualnej. Aby uzyskać trwałe efekty terapii ważna jest jednak praca nad źródłami podejmowania niechcianych zachowań. Stąd konieczne do opracowania są trudności emocjonalne, poczucie własnej wartości, praca nad traumą, stylem przywiązania i innymi problemami ujawniającymi się w toku terapii. Na każdym z tych etapów należy pamiętać o omawianiu z pacjentem możliwych do podjęcia strategii redukcji szkód adekwatnych do jego sytuacji.

Bibliografia dostępna online.

Otwórz link: www.bit.ly/artykułCSBD lub zeskanuj kod QR:



Przypisy

¹ Do wiązki B należą zaburzenia antyspołeczne, narcystyczne, borderline i histrioniczne (zachowanie impulsywne, emocjonalne i zmienne), zaś wiązka C obejmuje osobowość zależną, obsesyjno-kompulsyjną i unikającą (zachowanie postrzegane jako nerwowe i lękliwe).