

Łukasz Müldner-Nieckowski

Dr n. med., specjalista psychiatra i seksuolog, psychoterapeuta, asystent w Katedrze Psychoterapii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum

Psychologiczne funkcje nałogowych zachowań seksualnych

W psychoterapii hiperseksualności, której głównym składnikiem jest zespół uzależnienia, niewystarczająca okazuje się praca behawioralna, polegająca jedynie na dążeniu do zatrzymania zachowań nałogowych. Dopiero proces odkrywania i rozpoznawania funkcji psychologicznych konkretnych zachowań seksualnych stanowi podstawę realnej, trwałej zmiany i obniża ryzyko nawrotów.

Terapia pacjentów uzależnionych od seksu ma bardzo indywidualny przebieg. Zdarzają się osoby, które potrafią utrzymywać pełną abstynencję od instrumentalnych zachowań seksualnych od samego początku leczenia, a w wypadku innych – trudność sprawia nawet kilkudniowe powstrzymanie się od czynności nałogowych. W związku z tym, jakkolwiek zajmowanie się w czasie terapii pogłębioną analizą funkcji tych zachowań wydaje się zawsze konieczne, pozostaje dylemat, kiedy rozpocząć tego rodzaju pracę.

Przebieg terapii – abstynencja czy rozumienie funkcji?

Warto wziąć pod uwagę, na ile w danym momencie leczenia pacjent jest zdolny do refleksji na temat nie tylko uzależnienia i seksu, ale też innych obszarów swojego życia, jak choćby relacji partnerskiej czy realizacji celów zawodowych. Dobrze jest także poczekać z pogłębianiem terapii do czasu uzyskania przez pacjenta pierwszych sukcesów w zakresie rozumienia i kontroli mechanizmów uzależnienia. Rozpoznawanie funkcji zachowań nałogowych może zwiększać poziom napięcia psychicznego i przywoływać różne trudne emocje, co stwarza ryzyko obniżenia poziomu kontroli i powrotu do „bezpiecznego”, nałogowego funkcjonowania lub nawet przedwczesnej rezygnacji z terapii.

Myśląc o naturze uzależnienia od czynności i fantazji seksualnych, można z różnych perspektyw spojrzeć na przyczyny utrzymywania się pacjentów w nałogu, mimo motywacji do jego porzucenia. W poprzednich artykułach¹ wspominałem o kilku mechanizmach psychologicz-

nych związanych z hiperseksualnością, m.in. o roli kompulsywności, nawykowości, zaburzeniach kontroli impulsywności, uzależnieniu czy np. przejawach zaburzenia przywiązania.

Rozważając pogłębianie terapii o powiązania hiperseksualności z całością życia psychicznego pacjenta, warto zwrócić uwagę na dwie zależne od siebie, ale jednak rozdzielne grupy mechanizmów. Pierwsza wiąże się bezpośrednio z problematyką uzależnienia, które rozumiem jako zespół poznawczych i behawioralnych uwarunkowań skłaniających pacjenta do preferowania uzależniających zachowań ponad inne przyjemności i sposoby regulacji stanów emocjonalnych, a także systemu obron, zmniejszających świadomość automatycznej natury tego rodzaju wyborów. Druga zaś obejmuje mechanizmy, które zwiększają podatność danej osoby na uzależnianie się, np. skłonność do unikania konfrontacji czy tendencja do poszukiwania natychmiastowych gratyfikacji, ale także realizują (omówione szerzej w tym artykule) zastępcze wobec różnorodnych potrzeb psychologicznych funkcje.

Rozpoznawanie funkcji określonych zachowań seksualnych

Poszukiwanie ukrytych, nieuświadomionych funkcji jakiegokolwiek objawu nie jest proste. Każde podejście terapeutyczne zawiera zbiór metod odkrywania i przepracowywania patologicznych mechanizmów, które zastępują pacjentowi realizację określonych potrzeb w sposób zdrowy. Niezależnie od przyjętej metody, celowe wydaje się przyjęcie zasady, żeby w miarę możliwości pacjent, a nie terapeuta, stawał



się odkrywcą poszczególnych mechanizmów. Argumentem raczej za pobudzaniem i zachęcaniem pacjenta do poszukiwań niż podawaniem gotowych wniosków przez terapeutę jest stwierdzenie faktu, że dla pacjenta realnie najważniejszym autorytetem jest tylko on sam. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę, że samodzielne uzyskanie wglądu w naturę określonego zjawiska psychicznego jest procesem praktycznie nieodwracalnym, a informacja pochodząca od drugiej, nawet najbardziej zaufanej osoby może być z łatwością wyparta lub zignorowana.

Pośród różnych możliwości kilka metod odkrywania roli konkretnych zachowań seksualnych wydaje się często sprawdzać w psychoterapii osób z hiperseksualnością. Pierwszą z nich jest próba szczegółowego przyglądania się przez pacjenta jego myślom i emocjom w sytuacji, kiedy utrzymując zasady abstynencji, nie podejmuje zachowań seksualnych. W przypadku nieudanego powstrzymywania się, czyli kontynuowania np. oglądania pornografii, możliwe jest dokładne przeanalizowanie przeżyć pojawiających się przed i po tej aktywności. Można spróbować je uogólnić i sprawdzić, czy podobne stany emocjonalne pojawiały się w przeszłości poza kontekstem seksualnym. Niekiedy już na tym etapie okazuje się, że określony stan psychiczny, np. uspokojenie, jest możliwy do uzyskania przez pacjenta tylko dzięki instrumentalnym zachowaniom seksualnym. Może to dotyczyć nie tylko przyjemnych, ale także negatywnych uczuć, np. poczucia winy.

Istotne emocjonalnie treści mogą się także pojawiać, kiedy pacjent, mając już jasną motywację do rezygnacji z nałogu, zaczyna sobie wyobrażać, jak będzie żył – np. pracował, wchodził w relacje, spędzał wolny czas – bez nałogowych zachowań. Często pierwsze tego rodzaju fantazje będą pozbawione wielu istotnych elementów i będą się wiązać z nostalgią za łatwo dostępną przyjemnością seksualną. Rozpoznając obszary życia, które pacjent zaniedbał, można szukać roli wypełniającej lub zastępującej je hiperseksualności.

Kolejną propozycją, tym razem bardziej techniczną, byłoby prowadzenie szczegółowej analizy fantazji seksualnych oraz aktywności seksualnej. Należy tu zwrócić uwagę, żeby tego rodzaju analiza miała charakter obiektywnej refleksji i nie prowadziła do pobudzającego pacjenta rozpamiętywania, koloryzowania i napawania się opowiadaniami terapeutę treściami. Analiza ta może polegać na porównywaniu konkretnej sytuacji o charakterze seksualnym do podobnych wspomnień z życia pacjenta, kiedy to nie pojawiły się elementy seksualne.

Można też zaproponować pacjentowi próbę opowiedzenia danej sceny czy fantazji seksualnej w taki sposób, jakby nie występował w niej czynnik seksualny, np. co by się działo w danym filmie pornograficznym, gdyby nie było w nim elementów odpowiadających za seksualne pobudzanie widza. Niekiedy udaje się przez wprowadzenie tego rodzaju analogii zobaczyć wspólnie z pacjentem, do czego w rzeczywistości hiperseksualna aktywność jest mu emocjonalnie potrzebna.

Rodzaje funkcji instrumentalnych zachowań seksualnych

Liczba możliwych funkcji konkretnych objawów jest nieograniczona, gdyż w indywidualnym rozwoju patologiczne mechanizmy mogą odgrywać każdą rolę w dowolnym obszarze życia psychicznego na jego poszczególnych etapach. Opisane poniżej potencjalne funkcje instrumentalnych zachowań seksualnych mogą więc posłużyć jako inspiracja do wspólnych z pacjentem poszukiwań rozumienia roli uzależnienia w jego życiu. Nie da się jednak z nich ułożyć gotowego schematu diagnostycznego.

Regulacja emocji

Podjmowanie określonych zachowań seksualnych w celu zmiany stanu emocjonalnego jest często łatwym do uświadomienia sobie przez pacjentów mechanizmem. Próba zaprzestania tych zachowań skutkuje negatywnymi przeżyciami, a powrót do nałogu poprawia samopoczucie. Rozpoznanie tych zależności pomaga pacjentom zobaczyć, jak bardzo potrzebne stało się w ich życiu np. korzystanie z pornografii, ale też może stanowić motywację do szukania alternatyw. Najczęściej występującym – w wypadku odstawienia nałogowych zachowań – i najłatwiej rozpoznawalnym przez pacjentów stanem emocjonalnym jest napięcie psychiczne. Jest to na tyle uogólnione odczucie, że może się pod nim kryć znacznie więcej różnorodnych, nieprzyjemnych uczuć. Należy do nich m.in. lęk, smutek, złość, poczucie samotności, niezrozumienia, wyobcowania. Nazwanie konkretnych emocji pozwala zająć się ich obiektem (np. kto pacjenta złości i z jakiego powodu) oraz przyczyną (co powoduje, że dana osoba z danego powodu pacjenta złości). Świadome nazywanie stanów emocjonalnych stanowi samo w sobie bardziej dojrzałą drogę do odreagowywania i zmniejsza nasilenie niechcianych uczuć, a także, jeśli jest powtarzane, może się przyczynić do zmniejszenia ważności

zachowań nałogowych w życiu pacjenta. Zamiast nich pojawia się otwarta komunikacja w zakresie uczuć – najpierw wobec terapeuty, a docelowo także wobec innych osób.

Tendencje agresywne

Pozaseksualne korzyści z podejmowania instrumentalnych zachowań seksualnych nie ograniczają się do uzyskiwania uspokojenia lub pobudzenia. Poza tymi jawnymi i łatwymi do uświadomienia sobie przez pacjenta skutkami angażowania się w zachowania nałogowe, istnieje zazwyczaj cała gama korzyści niejawnych. Niekiedy wręcz odkrywane przez pacjentów motywy są dla nich samych niepokojące i trudne do zaakceptowania. Przykładem mogą być tendencje agresywne o różnej intensywności i charakterze. Należą do nich tendencje autodestrukcyjne – np. nadmierne eksploatowanie własnego ciała, przekraczanie swoich granic czy przeżywanie poniżenia, ale także uzyskiwanie pobudzenia pod wpływem treści pornograficznych lub form uprawiania seksu, zawierających elementy niezgodne z wartościami danej osoby. Często jest także symboliczna realizacja mściwych, zawistnych uczuć – np. przez identyfikację z aktorami w filmie pornograficznym, w którym odgrywane jest poniżanie i przedmiotowe traktowanie innych osób, a także pośrednie doświadczanie władzy nad kimś, upokarzania lub ranienia kogoś.

Pacjenci często nie traktują poważnie lub nie zauważają perwersyjnej, agresywnej natury treści, które oglądają i o których fantazjują, a czasem wcielają w realne życie. Złość i agresywność przeżywana w aktach autoerotyzmu lub w czasie przygodnych kontaktów seksualnych raczej nie prowadzi do jej odreagowania i pomniejszenia, lecz przeciwnie, do eskalacji nienawistnych uczuć. Ich występowanie często daje się rozpoznać jako efekt działania mechanizmu przemieszczenia kontrolowanej, stłumionej złości na osoby, z którymi pacjentowi trudno się zmierzyć, w kierunku obiektów bezpiecznych, wirtualnych i dodatkowo pobudzających seksualnie.

Seks jako nagroda

Dość często pacjenci, poszukując przyjemności płynącej z nałogowych zachowań seksualnych, stosują je jako nagrodę. Nagradzanie się za pomocą seksu zastępuje niezdolność do czerpania satysfakcji z podejmowanych działań. Jest odpowiedzią na głód gratyfikacji ze strony otoczenia. Pacjent czuje się niedoceniany, brakuje mu zainteresowania ze strony otoczenia,

gratyfikacja nie spełnia jego oczekiwań. Dając sobie przyjemność seksualną, pacjent może zastąpić nieobecnego w jego życiu wewnętrznym dobrego rodzica, który, idąc dalej za tą metaforą, umiałby pacjenta docenić, potwierdzić jego wartość, a nawet się nim zachwycić.

Poza nagradzaniem się za osiągnięcia, częstym wytłumaczeniem powrotów do nałogu jest poczucie, że „krzywdy i niesprawiedliwość”, których pacjenci doświadczają, wymagają rekompensaty w formie nie do końca właściwych (z punktu widzenia systemu wartości pacjenta), ale przyjemnych doznań seksualnych. Nierzadko te krzywdy mają charakter realnych doświadczeń, które trwale rezonują w historii życia pacjenta. Rzecz w tym, że nawet realne zranienia – dawne i aktualne – nie uzasadniają wynagradzania się za nie przez podejmowanie nałogowych zachowań seksualnych.

Kompensacja braku satysfakcji

Podobnym do nagradzania się, choć jeszcze mniej uświadamianym mechanizmem składającym do pozostawania w uzależnieniu, jest kompensacyjna rola przyjemności seksualnej, wynikającej z nałogowych zachowań. Seks umożliwia dostarczanie sobie uzyskiwanej w łatwy sposób przyjemności, bez większych negatywnych konsekwencji. Tego rodzaju wzmocnienia nie są zwykle potrzebne osobom, które często doświadczają satysfakcji ze swojej codziennej pracy, kontaktów z bliskimi, które potrafią nadać sens własnym działaniom. Pod tendencją do nieustannego zaspokajania się seksualnie może się kryć obszar życiowej frustracji. Jej źródła bywają różnicowane; zaczynając od negatywnych przekonań na swój temat, np. „nie potrafię się niczego nowego nauczyć” czy funkcjonowania społecznego, np. „najpierw praca, potem rodzina, a na końcu ewentualnie przyjemność”, przez cechy osobowości, jak unikanie, zależność lub bierną agresywność, po niezdolność do czerpania satysfakcji i spełnienia w relacjach międzyludzkich ze względu na lęk lub ambiwalencję wobec sytuacji bliskości i zależności. Pograżanie się w nadmiarowej przyjemności seksualnej pozwala realizować dwa cele. Po pierwsze, nadaje życiu pozorną wartość ze względu na posiadanie zastępczego źródła przyjemności, a po drugie, pozwala nie myśleć o przyczynach niezadowolenia.

Ucieczka w seks

Nałogowa aktywność seksualna jest bardzo skutecznym sposobem unikania. Osoba po-



grążająca się w autoerotycznych rytuałach czy ekscytująca się zdobywaniem kolejnego, „jednorazowego” partnera, nie tylko koncentruje się na tym, co seksualnie pobudzające. Zajmowanie się nałogowymi czynnościami seksualnymi skutkuje u wielu osób występowaniem zmienionego stanu świadomości, wynikającego z działania mechanizmów dysocjacyjnych. Cechuje się on zawężeniem pola świadomości, zmienioną percepcją czasu, zmienionym przeżywaniem własnej tożsamości (np. poczucie nieadekwatnej atrakcyjności), zwiększoną sugestywnością (np. postrzeganie poznawanych osób jako wyjątkowo atrakcyjnych seksualnie), zwiększoną zdolnością do identyfikacji (np. z aktorem oglądanego filmu), a także obniżonym poziomem kontroli impulsów i przefiltrowanym kontaktem z własnym systemem norm i wartości (np. przekraczanie granic intymności innej osoby). Instrumentalny seks może się w związku z tym stawać bezpieczną sytuacją, w którą pacjent może skutecznie uciekać od swoich problemów. Im większe trudności, tym większa chęć pozostawania w bezpiecznej izolacji. Trudności, które pacjent próbuje od siebie odsunąć, mogą mieć różny charakter – mogą dotyczyć przeżywania negatywnie swojego bilansu życiowego, problemów w relacjach rodzinnych, doświadczania lub stosowania przemocy, ale także bardziej zwyczajnych rodzajów frustracji, np. wynikającej z samotności, negatywnego obrazu siebie czy nieskuteczności swoich działań.

Pozorna realizacja deficytowych potrzeb

Instrumentalna aktywność seksualna, ze względu na wspomniany wyżej potencjał do powstawania w jej toku zmienionego stanu przeżywania, może także zaspakajać, czy raczej pozornie zaspakajać, różnego rodzaju infantylne, deficytowe potrzeby pacjenta. W uproszczeniu nazywam tak pozostałości „emocjonalnego głodu”, wynikającego z niesprzyjającego środowiska rozwoju dziecka, niewydolności opiekunów czy urazowych doświadczeń. W miejsku, gdzie powinny znajdować się dziecięce wspomnienia miłości, troski, opieki, swobody, ważności dla rodziców, znajduje się pustka czy wspomnienie fizycznego lub psychicznego bólu. Im wcześniejsze są tego rodzaju zranienia, tym większa może być tendencja do poszukiwania sposobów ich naprawienia czy wyleczenia poprzez zrealizowanie dziecięcych pragnień w dorosłym życiu. Tego rodzaju dążenia rzadko są możliwe do zrealizowania. Jedyną skuteczną metodą poradzenia sobie z nimi okazuje się raczej przeżycie smutku

i utraty, a nie znalezienie w dorosłości obiektu, który zrekompensuje to, czego od swoich opiekunów nie doświadczyło dziecko. Okazuje się, że w przypadku wielu osób uzależnionych od seksu, aktywność seksualna umożliwia regresywne przeżywanie realizacji tych dziecięcych potrzeb, pozwala więc zaprzeczać bolesnym brakom, ale z drugiej strony staje się niezbędna do życia.

Naturę infantylnych pragnień danej osoby można rozpoznać na podstawie treści fantazji erotycznych czy najczęściej oglądanych filmów pornograficznych. Przyjrzenie się wspólnie z pacjentem, co jest dla niego inspirujące w wyobrażanych scenach – pozwala często w prosty sposób połączyć je z tym, czego mu brakowało w domu rodzinnym. Przyglądając się tym treściom, możemy się spotkać z potrzebami: bezpieczeństwa, wpływu na innych, bycia słuchanym, zauważanym, docenianym, traktowanym z miłością, szacunkiem, podziwem, posiadania swobody, kontroli, bycia akceptowanym itp.

Lek na kompleksy

Inny rodzaj korzyści psychologicznych, które mogą być pośrednio realizowane poprzez nałogowe zachowania seksualne, stanowi pozorne rozwiązywanie aktualnych konfliktów wewnątrzpsychicznych, które w potocznej mowie nazywane są niekiedy „kompleksami”. Nazwa ta jest dość adekwatna, jeśli przyjąć pojęcie kompleksu psychicznego z przestrzeni teoretycznej psychoanalizy jungowskiej. Kompleks oznacza w tym kontekście zestaw myśli i przekonań, silnie nacechowany emocjonalnie i działający dość niezależnie od świadomego funkcjonowania psychicznego. Kompleks kieruje osobą uzależnioną bardziej niż jego świadoma wolna wola. Przykładowo kompleks niższości wywołuje silne pragnienie udowadniania sobie własnej wartości, a nawet wielkości, co jest możliwe w fantazjach erotycznych. Podobnie może być zaspakajana potrzeba poczucia pewności w męskiej czy kobiecej roli, potrzeba udowadniania sobie swojej niezależności, atrakcyjności, wyjątkowości itp. Seks instrumentalny może być także lekarstwem na obawy związane z nawiązywaniem nowych relacji, np. przed odrzuceniem lub niespełnieniem oczekiwań potencjalnego partnera.

Czynniki systemowe

Nałogowe zachowania seksualne mogą także służyć, choć w sposób patologiczny, regulowaniu wzajemnych relacji między partnerami w związku, a nawet utrzymywaniu stabilności całego systemu rodzinnego. Posiadając

niezależne życie seksualne (np. autoerotyczne), pacjent może jednocześnie pozostawać w związku i unikać fizycznej bliskości z partnerem. Osoba uzależniona od seksu może także występować w roli kozła ofiarnego w rodzinie. Wykryte uzależnienie, np. znalezienie adresów stron z pornografią w historii przeglądarki internetowej, niejednokrotnie staje się przyczynkiem do rozpoczęcia rodzinnej krucjaty, oskarżeń o zdradę, a co za tym idzie – wzmocnienia kontroli i ustalenia roli pacjenta w systemie. Tego rodzaju rodzinne wydarzenia mogą przysłużyć realne trudności partnerów w porozumieniu się, np. w zakresie wzajemnych oczekiwań i realizacji potrzeb emocjonalnych. Pozwalają też unikać bliskości osobom, dla których odczuwana jest ona jako zagrażająca.

Uzależnienie od autoerotycznej stymulacji, zazwyczaj powiązane z oglądaniem pornografii, może też stanowić remedium na frustrację seksualną w związku, kiedy jednocześnie nie jest możliwe poszukiwanie przez partnerów sposobów na odtworzenie satysfakcjonującej relacji seksualnej i pacjentowi zależy na pozostaniu w relacji. Pozorne doświadczanie bliskości w fantazjach seksualnych częściowo zastępuje realną bliskość, a popęd seksualny zostaje ukierunkowany poza relację. Inną funkcję ochronną może stanowić przekierowanie złości z partnera na nacechowane agresją treści fantazji i oglądanych materiałów erotycznych. Także brak wystarczającego poziomu intymności w związku pacjent może sobie skutecznie kompensować posiadaniem „drugiego życia”, własnego świata erotyki, do którego nikt inny nie ma dostępu.

Urazowe doświadczenia

Ważną kategorię funkcji objawów hiperseksualności stanowią mechanizmy związane z urazami, których pacjenci doświadczyli w przeszłości. Niezależnie czy było to np. przeżycie aktu przemocy seksualnej, czy sytuacja obserwowania cierpienia innej, bliskiej osoby, czy też permanentne poczucie zagrożenia w domu rodzinnym, niektóre traumatyczne wspomnienia mogą utkwić na stałe w psychice dziecka, a potem niezmiennie wpływać na życie emocjonalne osoby dorosłej. Spośród różnych rozwojowych możliwości neutralizowania i integrowania urazowych doświadczeń, jedną z dróg stanowi uzależnienie. Nałogowe zachowania spełniają dość dobrze (choć w sposób patologiczny) rolę quasi-reparacyjną ze względu na możliwość przetwarzania urazowych wspo-

mnień w treściach fantazji i przebiegu aktów seksualnych. Może jednocześnie następować częściowe odtwarzanie okoliczności urazu i modyfikacja treści doświadczenia w taki sposób, że źródłowa scena przemocy w ogóle nie występuje w świadomości pacjenta. W wyobrażeniach seksualnych przekształcenia te mogą polegać np. na zamianie ról ofiary i sprawcy (to pacjent jest osobą nadużywającą i czerpie w tym akcie przyjemność), zmianie doświadczeń nieprzyjemnych w przyjemne (masochistyczna przyjemność zastępuje wspomnienie fizycznego bólu) albo odczuwania kontroli i siły w okolicznościach, w których pacjent w swoich wspomnieniach był bezradny.

Odtwarzanie okoliczności skojarzonych z urazowymi wspomnieniami nie spełnia funkcji autoterapeutycznej. Mimo że może przynosić chwilową ulgę i wrażenie poradzenia sobie z trudnymi fragmentami własnej biografii, nie powoduje trwałych efektów, poza konsekwentnym utrwalaniem mechanizmów samego uzależnienia.

Podsumowanie

Rozpoznawanie przez pacjenta ukrytych funkcji nałogowych zachowań seksualnych przynosi wiele korzyści, zwiększa motywację do terapii, określa jej dalsze kierunki, a także pozwala pacjentowi przyglądać się sobie z wielu różnych perspektyw. Nie jest to łatwe na samym początku leczenia, kiedy dominują emocje związane z „walką” z uzależnieniem. Natomiast w dalszych etapach terapii praca nad rolą objawów hiperseksualności staje się niezbędnym elementem, o ile jej celem jest uzyskanie trwałych zmian i zastąpienie nałogowych sposobów realizacji potrzeb sposobami zdrowymi. Często wyłanianie się nieuświadomionych wcześniej przyczyn trwania pacjenta przy określonych zachowaniach seksualnych otwiera dostęp do zupełnie nowych obszarów przeżywania, co wymaga modyfikacji sposobu pracy lub przynajmniej skoncentrowania się na nich przez pewien czas. Dotyczy to ujawniania się np. historii urazów seksualnych, znaczących problemów w relacji partnerskiej czy trudności seksualnych związanych z zakłóceniem rozwoju psychoseksualnego. Konieczne jest jednocześnie zachowanie wspólnej z pacjentem czujności wobec tendencji do powracania do nałogowych zachowań, których zatrzymanie stanowi podstawowy cel terapii.

¹ Artykuły zamieszczone w nr 3/2015, 11/2015 miesięcznika „Świat Problemów”.