

## CHAPTER Sex Addiction: An Overview\*

Kenneth Paul Rosenberg<sup>1</sup>, Suzanne O'Connor<sup>2</sup>, Patrick Carnes<sup>3</sup> <sup>1</sup>Cornell University Medical Center, Psychiatry Department, New York, NY, USA and UpperEastHealth .com, <sup>2</sup>Arizona School of Professional Psychology at Argosy University, Phoenix, AZ, USA, <sup>3</sup>The Meadows, Wickenburg, AZ, USA

### KAPITOLA 9

#### SEXUÁLNÍ ZÁVISLOSTI

##### Historický kontext

V knize z roku 1812, *Lékařské šetření a postřehy ohledně nemoci myslí*, Benjamin Rush líčil případ člověka, jehož "nadměrná" sexuální chuť mu způsobila psychologické utrpení do té míry, že byl lékařsky vykreslen jako impotentní (Rush, 1812). V roce 1886 německý psychiatr Dr. Richard von Krafft-Ebbing argumentoval, že patologická sexualita je *bona fide* psychiatrické onemocnění. Napsal:

*„Prostupuje to (sex všemi myšlenkami a pocity (pacienta), což zapřičiňuje, že si člověk neklade žádný jiný cíl v životě, je to překotný vývoj ve slepé koleji - náročné uspokojení bez možnosti dospět k morálním a spravedlivým řešením. Vede to k impulzivnímu chování, člověk je nenasytný v řadě sexuálních požitků. Taková patologická sexualita je strašná pohroma pro své oběti, neboť je vystavuje trvalému nebezpečí porušování zákonů státu a morálky, jedinec ztrácí svou čest, svobodu a dokonce i život.“* (Krafft-Ebbing, 1886, 1965)

Téměř o sto let později, britský psycholog Dr. Jim Orford uvedl, že hypersexualita by měla být zahrnuta do spektra návykových poruch. V *British Journal of Addictions* Orford napsal:

*„Tvrdí se, že teorie závislostí musí brát v úvahu i ty formy závislého chování, které nemají původ v drogách. Nadměrná heterosexuality je důležitý, ale opomíjený příklad. Hypersexualita jako taková byla kritizována z mnoha důvodů. Problematika koncepce a definic je obdobná, jako v paralelních diskuzích o jiných formách deviantního chování, jako je nadměrné pití a nadměrný hazard/gambling.“* (1978)

Orford je zastáncem teorie hypersexuálních závislostí a uvádí tři problémy modelu závislostí na sexu, které také zaznamenal Carnes (1994), a jsou i dnes stále relevantní: "(1) je obtížné oddělit normální a abnormální sexuální chování; (2) je obtížné určit, kdy dojde ke ztrátě kontroly; a (3) je obtížné posoudit, jakou roli v tom hraje kultura"(jak je uvádí Carnes, 1994).

Při diagnostice sexuálních závislostí (SZ) nebo příbuzných poruch je nutná opatrnost, protože výzkum je zatím neúplný. Kromě toho drtivá většina z těch, kteří jsou promiskuitní nebo se účastní nových sexuálních praktik, není sexuálně závislá. Levine (2010) provedl retrospektivní přezkoumání grafu, který analyzoval sexuální vzory 30 mužů, kteří byli zkoumáni kvůli problémům se sexuální závislostí. Uvedl, že pouze 25% z těchto případových studií splnilo kritéria návykového chování.

##### PREVALENCE (VÝSKYT)

V současné době se uvádí, že SA se vyskytuje u 3% až 6% obecné populace (Carnes, 1991). Výše výskytu SZ uváděná v literatuře se liší v závislosti na zkoumaných charakteristikách, jako je pohlaví, sexuální orientace, věk a diagnostická kritéria realizovaná ve studii. Ve vzorku klinické americké populace od Kinsey, Pomeroy, a Martin (1948) je jako hypersexuální definován ten jedinec, který prožije sedm nebo více orgasmů za týden. Hypersexualita je dnes identifikována u 7,6% mužů mezi dospíváním a třicátým rokem života. Traeen, Spitznogle, a Beverfjord (2004) zúžili výzkum pornografické závislosti v dospělém norském mužském obyvatelstvu a zjistili, že 1% jejich vzorku onanovalo s ejakulací dvakrát nebo vícekrát za den při prohlížení pornografie. Švédská studie mužů a žen v obecné populaci prokázala u 5% - 10% nejvíce sexuálně aktivních respondentů vyšší náklonnost k závislostem, rizikovému chování, úzkostem a psychiatrickým symptomům, což naznačuje, že se může jednat o podskupinu nejvíce sexuálně aktivních, kteří mohou mít psychosociální postižení (Langstrom & Hanson, 2006).

### **SOUVISEJÍCÍ diagnózy v ICD (MKN) a DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch)**

Ačkoli psychologická data o nadměrném sexuálním chování jsou zaznamenávána již 200 let, v lékařských příručkách se diagnózy uvádějí jen pomalu. Snahy vypracovat diagnózu se setkaly s pochopitelným odporem a to z důvodu nedostatku vědeckých údajů. Například *Mezinárodní klasifikace nemocí* (ICD-10, Světová zdravotnická organizace, 2007) uvádí diagnózu s názvem "*nadměrné sexuální pudy*" a rozděluje ji na "nymfomanií" pro ženy a "satyriasis" pro muže. Nicméně, podle Vroege et al. (1998), členové pracovní skupiny ICD-10 nebyli schopni dojít ke konsensu ohledně souboru kritérií pro tuto kategorii, protože na rozdíl od jiných sexuálních dysfunkcí, je pro výzkum nadměrných sexuálních pudů nedostatek explicitních kritérií. Vroege a jeho kolegové navrhuje, aby u budoucích diagnostických systémů byly sexuální poruchy rozděleny dle fází pohlavního cyklu. Uvádějí, že nadměrný sexuální apetit je z velké části poruchou touhy, na rozdíl od poruch vzrušení nebo orgasmu, a že současná klasifikace nemocí ICD postrádá dostatečné vědecké podklady.

V příručce DSM-III-R Americké psychiatrické asociace (American Psychiatric Association, 1987), spadá termín *sexuální závislost* do diagnostické kategorie "sexuální porucha blíže nespecifikovaná". Termín sexuální závislosti byl odstraněn ze čtvrtého vydání příručky v roce 1997, a to především kvůli nedostatečnému empirického výzkumu a konsenzu potvrzujícího sexuální chování jako *bona fide* behaviorální závislost (Kafka, 2010). Uvedení sexuálních závislostí v páté a poslední verze DSM je pojednáno dále v této kapitole.

V populárních médiích popisuje psycholog Dr. Patrick Carnes (1991), 10 klinických příznaků, ke kterým jsou jedinci se SZ nejčastěji náchylní: nutkavé chování (94%), ztráta kontroly (93%), úsilí o zastavení (88%), ztráta času (94%), předpojatost (77%), neschopnost plnit povinnosti (87%), pokračování navzdory důsledkům (85%), eskalace (74%), sociální a pracovní ztráta (87%) a rezignace (98%). Carnes vyvinul screeningový test sexuálních závislostí (SAST). Po jeho použití bylo 96,5% respondentů správně klasifikováno jako sexuálně závislých ve srovnání s diagnostickými rozhovory, zatímco pouze 3,5% nebyly v mnoha případech diagnostikovány (Carnes, 1991). Na základě vzorku 772 mužských pohlavně závislých, 177 ženských pohlavně závislých a 141 kontrolních Carnes vyvinul podtypy chování, jejichž výskyt byl výrazně vyšší u závislých než u kontrolních. Carnes identifikoval fantasy sex (18%), voyerismus (18%), exhibicionismus (15%), svůdný sex (21%), sex hraničící s násilím

(17%), anonymní sex (18%), obchod se sexem (12%), platba za sex (15%), bolestivý sex (16%) a sexuální zneužití (13%). Carnes poznamenal, že sexuálně závislí muži byli výrazně častěji než sexuálně závislé ženy přístupní k tomu, aby se zapojili do voyerského sexu, násilného sexu, exhibicionismu, anonymního sexu, placeného sexu a sexuálního zneužívání. Sexuálně závislé ženy byly svolné k zapojení se do fantasy sexu, svůdných sexuálních rolí, placeného sexu, bolestivého sexu a na stejné úrovni byly se závislými muži v oblastech exhibicionismus a sexu hraničícího s násilím (Carnes, Nonemaker, a Skilling, 1991).

V psychiatrii bylo mnoho pokusů formulovat diagnózy SZ pro klinickou práci a výzkum. Psychiatr Ariel Goodman (1998) navrhl kritéria pro SZ na základě převládajících diagnostických kritérií pro závislosti na návykových látkách, jako je tolerance, rezignace a zásah do sociálních a pracovních funkcí (viz tabulka 9.1).

Carnes (1983, 1991, 1994, 2005) navrhl 10 diagnostických kritérií pro sexuální závislosti s přihlédnutím ke kritériím pro návykové látky.

### **Screeningové nástroje pro SZ**

V roce 2010, Carnes revidoval screeningový test sexuálních závislostí (SAST), aby vyhodnotil populaci homosexuálních mužů a heterosexuálních žen a zahrnul do něj základní rozměry závislosti: (1) posedlost sexem, (2) ztráta ovládnání způsobující problémy, (3) narušení vztahů způsobené sexuálním chováním a (4) poruchy, jako je úzkost a deprese vztahující se k sexuálnímu chování. Test byl proveden na několika skupinách populace - psychoterapeutických pacientech, vysokoškolácích a veteránech. Test prokázal přijatelnou spolehlivost ve čtyřech studiích v rozmezí od 0,85 až 0,95 (Hook, Hook, Davis, Worthington, & Penberthy, 2010). Screeningový test sexuálních závislostí - revidovaný (SAST-R) se ukázal jako spolehlivý (Carnes, Green, a Carnes, 2010) a díky dobré vnitřní konzistenci a spolehlivosti byl použit pro účely trestního soudnictví, v léčebnách a v rámci vzdělávacích programů.

### **Kybersex**

Od 90. let 20. století se SZ komunita zaměřila na internet, zejména s pornografickým obsahem. V literatuře o SZ, je kybersex běžně označován jako "derivát kokainu v oblasti sexuálního nutkání" díky schopnosti rychle zaujmout uživatele a držet ho u tohoto materiálu delší dobu (Cooper, Putnam, Planchon, a Boies, 1999). Zranitelní pacienti často uvádějí, že jsou ztraceni kvůli vytržení z internetové pornografie, procházejí mnoho webů, zdržují orgasmus po celé hodiny a utrácejí značnou sumu peněz na živých chatech, a to vše navzdory jejich záměru a slibům, že sledování internetové pornografie ukončí.

### **SZ a příbuzné deviace**

Studie sexuálně narušené populace odhalila více poruch u klinické populace. Langstrom and Hanson (2006) provedli studii obecné populace ve Švédsku a zjistili, že 5% -10% u nejvíce sexuálně aktivních respondentů se objevuje vyšší výskyt dalších závislostí, rizikové chování, a psychiatrické symptomy. Výskyty psychiatrických poruch a dalších závislostí jsou SZ populace běžné.

SZ bývají spojovány s depresemi a úzkostí (Bancroft, 2009, Kaplan a Kruger, 2010), impulzivitou (Miner, Raymond, Mueller, Lloyd, a Lim 2009, Raymond, Coleman, a Miner, 2003), osamělostí (Yoder, Virden, a Amin, 2005), s nízkým sebevědomím a nejistotou (Earle & Earle, 1995, Zapf, Greiner, a Carroll, 2008), osobní úzkostí (Kafka & Henna, 1999; Kingston a Firestone, 2008), rizikovým chováním, jako je užívání návykových látek (Kaplan & Kruger, 2010; Sussman, 2007), a nenávist a hanba (Kaplan & Kruger, 2010; Kort, 2004; Reid, Harper, a Anderson, 2009).

V dotazníku týkajícím se nálad a sexuality bylo v rámci studie 919 heterosexuálních mužů (Bancroft, Janssen, Strong, Carnes, et al., 2003) a 662 gayů (Bancroft, Janssen, Strong, a Vukadinovic, 2003), zjištěno, že pouze menšina vzorku vykazuje větší zájem o sexuální myšlenky nebo zájem o tuto činnost, když je deprimovaný nebo cítí úzkosti (15% - 25%). Míra potíží v této menšinové populaci koresponduje s úrovní problémů s úzkostí (Bancroft & Vukadinovic, 2004).

Pomocí Screeningového testu sexuálních závislostí (SAST) a Zkušeností v intimních vztazích (ECR-R), (Zapf, Greiner, a Carroll - 2008) byly zkoumány typy vztahů sexuálně závislých dospělých mužů. ECR-R zjišťuje u dospělých typy vztahů podle míry úzkosti a vyhýbání se sexuální činnosti a tak dospívá ke čtyřem typům vztahů: pevně ukotvené vztahy, úzkostlivě ustarané vztahy, odmítavě vyhýbavé vztahy a ustrašeně vyhýbavé vztahy. Z 52 zkoumaných účastníků, bylo 32 identifikovaných jako sexuálně závislých a 20 nebylo shledáno závislými dle SAST. Výsledky studie podpořily hypotézu, že 40% populace bez závislosti vykazuje pevně ukotvené vztahy, zatímco u sexuálně závislých tomu tak je pouze u 8% případů. V kontrastu s tím se u sexuálně závislé populace častěji vyskytuje vyhýbavost a úzkosti a vyšší procento úzkostlivě ustaraných, odmítavě vyhýbavých a ustrašeně vyhýbavých vztahů. Reid a Carpenter (2009) zkoumali rozdíly mezi hypersexuálními mužskými pacienty a referenční skupinou v Minnesotě pomocí osobnostního dotazníku (MMPI-2). Dle studie patří mezi nejčastější klinické hypersexuální poruchy populace fobie, posedlost, nutkavost nebo nadměrná úzkost; schizofrenie; v obecné rovině nepřizpůsobivost, neochota identifikovat se se sociálními konvencemi a normami, poruchy kontroly a deprese. Dále poznamenal, že v rámci této studie nenašli celkovou podporu pro to, aby označili pacienty za posedlé nebo chorobné. Tato skupinová analýza ale dle nich podporuje myšlenku, že hypersexuální pacienti jsou „odlišnou skupinou jednotlivců“. Tyto nálezy jsou podobné Levinově (2010) vícepřípadové retrospektivní analýze, která rovněž zpochybňuje úroveň psychopatologie u jedinců s problematickým sexuálním chováním.

V malém vzorku, který zahrnoval sexuální delikventy, bylo studováno 88 mužů s paraphilií (tj. sociálně deviantní a agresivní formou sexuální impulzivity) a 32 mužů s poruchou související s paraphilií (tj., normophilickou hypersexualitou). Nebyly zjištěny žádné rozdíly mezi paraphilickou a normophilickou skupinou v kategoriích poruch nálad (71,6%), dystymie (55%), úzkostných poruch (38,3%), sociální fobie (21,6%), zneužití psychotropních látek (40,8%), zneužívání alkoholu (30,0%), poruchy impulzivity NOS (25%) a nezodpovědné jízdy (16,7%). Nicméně, porucha pozornosti je významně vyšší u paraphilia poruchy (50%) než u normophilia (16,7%) (Kafka & Hennen, 2002).

Ve vzorku 1603 sexuálně závislých byl u 69% heterosexuálních mužů, 79% heterosexuálních žen a 80% homosexuálních mužů zjištěn sklon k dalším celoživotním závislostem a to od mírného až po vážný.

Ve studii patologických hráčů, Grant a Steinburg (2005) zjistili, že 19,6% z nich také splnilo kritéria pro nutkavé sexuální chování (CSB). Sedmdesát procent pacientů, kteří splnili kritéria pro obě poruchy, hlásili, že CSB předcházelo jejich problémům s hazardními hrami.

## **ADDICTION INTERACTION DISORDER**

Kombinované/vícečetné závislosti jsou v populaci natolik běžné, že v komunitě sexuálně závislých vznikl termín Addiction Interaction Disorder, což znamená, že vícečetná návyková chování existují jako součást jednoho onemocnění (Carnes, Murray, a Charpentier, 2005). Tato chování se mezi sebou prolínají a jedno se stává součástí druhého. Ve výsledku se objevuje celek, který je větší než součet jednotlivých částí. Obvyklá Addiction Interaction Disorder je kombinací závislosti na kokainu, alkoholu a sexuálního chování, které může příležitostně stoupat až do úrovně SZ (Rawson, Washton, Domier, a Reiber, 2002). Ve většině center léčby závislostí na omamných látkách, které jedinci vyhledávají, léčí pouze zneužívání návykových látek a závislost. Protože ale základní závislostí může být SZ, která léčena není, může jednotlivec opět spadnout do zneužívání návykových látek a sexu.

### **Možné neurologické pozadí SZ**

Změny ve fenomenologii závislostí jsou založené na vývoji neurovědy. Převládají teorie, že chemické závislosti mohou také podporovat existenci sexuálních závislostí a dalšího závislostního chování. Teorie Reward/Executive-Function předpokládá, že změny v mesolimbickém systému a v mediální frontální mozkové kůře udržují návykový cyklus při životě. Dále, neuropsychologické modely předpokládají, že závislost je výsledkem zranitelnosti rozhodovacích procesů organismu a soustředění. A konečně, současné neurobiologické teorie při vysvětlení závislosti počítají s buněčnou pamětí při konsolidaci vzpomínek na synaptické úrovni, známou jako dlouhodobá potenciace (LTP).

SZ by se teoreticky mohly rozvíjet prostřednictvím neurobiologických mechanismů obdobně jako ty, které ovlivňují prototypické behaviorální závislosti, např. gambling (PG). Grant a Steinberg (2005) zjistili, že nutkavé sexuální chování se vyskytuje u 19,6% pacientů s PG, což naznačuje podobné biologické a psychické procesy, které jsou spojeny jak s SZ tak s PG. Ještě důležitější je, že u 70,5% z těch s více poruchami, chorobné sexuální chování předchází patologickému hráčství, což naznačuje, že SZ a PG mohou sdílet podobné základní mozkové disregulace. Tato unitární hypotéza je podporována skutečností, že u pacientů léčených dopaminogenními látkami pro idiopatický Parkinsonismus se někdy může nově vyvinout patologické hráčství a sexuální poruchy (Bostwick, Hecksel, Stevens, Bower, a Ahlskog, 2009). Kromě toho, jak je uvedeno dále, jak PG tak i SZ mohou být léčeny stejnými investigativními léky, jako je například naltrexone (Bostwick et al., 2009).

Konečně i genetické údaje mohou pomoci vysvětlit abnormality sexuální touhy. U lidí je dědičnost sexuálně promiskuitního chování obou pohlaví zhruba 33%, jak ukázaly studie jedno- i dvouvojčých dvojčat (Zietsch, Verweij, Bailey, Wright, a Martin, 2010).

### **Léčba sexuálních závislostí**

#### **Psychoterapie**

Bez ohledu na konkrétní problémy pacientů – sexuální nutkání, impulzivita, hypersexualita, nebo sexuální závislost - se léčba skládá z obecných přístupů, které byly popularizovány při léčbě závislostí

na návykových látkách, jako je skupinová či individuální terapie, motivační rozhovory a kognitivně-behaviorální přístupy k odhalení spouštěčů poruch, dialektické metody ke zvládnání touhy, strategie prevence recidivy, vnitřně orientované terapie identifikující hlubší příčiny, rodinná terapie k řešení konfliktů, cvičení a výživa, léčba přidružených duševních onemocnění a závislostí a použití psychofarmak zaměřených na omezení nefunkčního sexuálního chování, zlepšujících výsledek během vytoužených sexuálních zážitků a léčících související psychiatrické poruchy.

Překvapivé je, že pacienti se SZ nejsou obecně dobří v sexu. V ložnici fungují špatně. Sexuálně závislí horečně usilují o sex, ale obecně mají sexuální obtíže s intimními partnery. Proto, kromě léčby závislostí, je u nich nutná také sexuální terapie. Časté jsou předčasná ejakulace, erektilní dysfunkce, anorgasmie, a "sexuální anorexie" (tj. delší doba, kdy závislý nemá žádnou sexuální aktivitu) (Carnes, 1997). Masters, Johnson, a Kolodny (1988), Helen Singer Kaplan (1974), a další vyvinuli sexuální terapii pro sexuální poruchy, nicméně tato sexuální terapie nemůže začít, dokud pacienti nemají své dysfunkční chování pod kontrolou.

Další překvapení pro klinické lékaře je, jak může léčení sexuálních závislostí zhoršit manželství nebo vztahy. Steinglass (1980) uvádí, že v rodinách ve kterých se vyskytuje alkoholismus, může být alkohol "lepidlem", které umožňuje pár stmelit, tolerovat dysfunkční manželství, a / nebo zabránit osobním problémům. Podobně tak zotavení ze SZ klade nové nároky na manželské vztahy. Jiní jedinci se sexuálními poruchami mohou trpět sexuální anorexií, sexuální averzí, a / nebo sexuální dysfunkcí, což vysvětluje, proč partneri zjistili, že je pro ně "přijatelné" žít s častým nedostatkem sexuální intimity. Jak bylo uvedeno, pacienti se SZ mají často sexuální poruchy. Z tohoto důvodu je nutné souběžné léčení podporující zdravé vztahy a uspokojující sexuální zážitky v průběhu zotavování.

## **12 kroků skupinového léčení**

Partneři a páry se mohou zúčastnit léčby v anonymních rodinných skupinách. Léčba zahrnuje 12 kroků a 12 zvyklostí přičemž zotavení a je vnímáno jako duchovní probuzení, ačkoliv spiritualita může být u jednotlivých účastníků velmi osobitá. Jednotlivé skupiny se liší v závislosti na místní kultuře, sexuální orientaci účastníků, a dále pak v přístupu skupiny k abstinenci, celibátu a masturbaci. Proto je nutné, aby se lékař se všemi okolnostmi seznámil před tím, než dá pacientovi nějaké doporučení.

## **Farmakologická léčba**

Farmakologická léčba může být velmi užitečná. Tradiční léčby přidružených úzkosti a nálad mohou být užitečné, ale lékař si musí být vědom nežádoucích účinků, které by taková léčba mohla mít na SZ pacienty.

Rovněž ADHD má často souvislost se sexuální rizikovým chováním. Zejména pacienti, kteří zabředli na internetu do pornografie a kybersexu jsou velmi roztěkaní a hledají nové podněty, což je pro ADHD charakteristické.

Farmakologická léčba závislostí je velmi komplexní a vyžaduje od lékařů respektování širokých souvislostí. Např. by si lékař měl být vědomi toho, že, teoreticky, léky proti závislosti na opiátech zvyšují hladinu testosteron, a může proto zvýšit sexuální touhy (Bostwick et al., 2009).

## SHRNUTÍ

Americká společnost pro závislostní medicínu a *Mezinárodní klasifikace nemocí* se domnívají, že sexuální závislost existuje (ASAM, 2010; Světová Zdravotnická organizace, 2007). Psychiatrické organizace, jako např. Americká psychiatrická asociace a Americká akademie pro závislostní psychiatrii, jsou ale obezřetnější. Mnoho klinických lékařů je toho názoru, že model závislostí lze použít i pro podmnožinu pacientů, kteří trpí impulzivním / nutkavým sexuálním chováním, hypersexualitou a ve své nejintenzivnější formě sexuální závislostí, zatímco profesní organizace s tímto nesouhlasí. Předpokládá se, že až psychiatrický výzkum prohloubí naše znalosti, bude studiem podpořena existence sexuálních závislostí a souvisejících poruch coby bolestivých a závažných chorob

Neexistuje žádná univerzální léčebná metoda, spíše se poskytovatelům zdravotní péče doporučuje, aby používali vhodné psychiatrické, lékařské a psychologické metody, které zohlední stav pacientových závislostí a pomohou obnovit mentální, fyzické a sexuální zdraví pacienta.