Peter TOPIĆ

Zasvojenost s seksualnostjo – izziv za strokovnjake s področja duševnega zdravja

Sexual Addiction – A Challenge for Mental Health Professionals

POVZETEK

Seksualno kompulzivno vedenje je težava, s katero se vse pogosteje soočajo in rešitve zanjo iščejo strokovnjaki s področja duševnega zdravja po vsem svetu. Tako kot obstaja veliko osebnih življenjskih slogov, obstaja tudi veliko število življenjskih slogov na področju spolnosti. Za opredeljevanje zasvojenosti s seksualnostjo je zelo pomembno razumeti, da ta nima veliko skupnega s tem, kaj osebo vzburja, ali z dejstvoma, kako pogosto menjava partnerje in da ni monogamna, prav tako zasvojenosti ne opredeljuje spolna usmerjenost. Precej verjetneje gre za zasvojenost takrat, ko vedenje ni več v skladu z našimi vrednotami in prepričanji in ko pri takem vedenju vztrajamo kljub negativnim posledicam. Sodobna tehnologija omogoča nove oblike kompulzivnega seksualnega vedenja in kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost. Prepoznavanje in poimenovanje novih vedenjskih vzorcev, etične dileme, komorbidnost, neenotnost stroke, tvegano vedenje in nejasne smernice glede programov pomoči predstavljajo dodaten izziv za strokovnjake s področja duševnega zdravja.

KLJUČNE BESEDE

spolnost, seksualnost, kompulzivnost, zasvojenost, odvisnost

ABSTRACT

Sexual compulsivity presents a challenge that occupies mental health professionals all around the world. Just as there are many personal lifestyles, there are numerous sexual lifestyles, too. Before labeling a person a sex addict we need to understand that sex addiction has little to do with what turns a person on sexually, or how often a person changes sex partners, or about monogamy. And neither is it defined by an individual's sexual orientation. It is more likely that we are dealing with sex addiction when a person acts against their values and beliefs and experiences negative consequences. Digital technology enables new types of compulsive and offending sexual behaviour.

PETER TOPIĆ, UNIV. DIPL. SOCIALNI DELAVEC, PREDAVATELJ NA FAKULTETI ZA UPORABNE DRUŽBENE ŠTUDIJE, USTANOVITELJ IN DIREKTOR INŠTITUTA ZA ZASVOJENOSTI IN TRAVME, LINHARTOVA CESTA 9, 1000 LJUBLJANA
041 669 196, PETER@PETERTOPIC.SI

Recognizing and naming new behavioural patterns, ethical dilemmas, psychiatric comorbidities, risky sexual behaviour, and unclear strategies about treatment approaches present a challenge for mental health professionals.

KEY WORDS
sex, sexuality, compulsivity, addiction, dependency

EXTENDED ABSTRACT

Addiction is one of the most complex and destructive of mental health phenomena. It not only affects the addicted person but has a negative impact on their whole family and surroundings. Behavioural or process addictions are a fairly new and revolutionary concept presented by the American Psychiatric Association (O'Brien in Rosenberg, Curtiss Feder, 2014: XIII–XIV). The inclusion of process addiction into the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – *DSM-5* presents a new milestone in the mental health field (American Pychiatric Association, 2013). The task force eliminated categories of »substance abuse and dependence« and replaced them with a new category »substance related and addictive disorders«. The work group's chairman claims the term dependency is misleading, because it is often confused with addiction (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014).

According to the National Institute on Drug Abuse in Maryland, different parts of the brain are responsible for addiction and dependency. In addicted people, the reward pathways are impaired while dependency occurs in the thalamus and brainstem. So in essence, people can be dependent but not addicted and vice versa. Differentiating between the two is extremely important in terms of providing help (Milkman, Sunderwirth, 2010; National Institute on Drug Abuse, 2016; Toates, 2014).

Addiction is a neurobiological compensation and there are at least three neurobiological models of addiction which include different parts and functions of the human brain that influence the development of addiction (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014). These are complex mechanisms and are less important for therapeutic work but very important for the in-depth understanding of this complex phenomenon. In 2011, the American Society of Addiction Medicine released a new definition of addiction that can be of great help with basic understanding of what addiction really is. A short definition says addiction is a primary, chronic disease of the brain's reward, motivation, memory, and related circuitry. Dysfunction in these circuits leads to characteristic biological, psychological, social and spiritual manifestations. This is reflected in an individual pathologically pursuing reward and/or relief by substance use and other behaviours (American Society of Addiction Medicine, 2016).

Sexual addiction is a controversial topic in the mental health field and some still argue that sex addiction is an invention, a myth, or an excuse for irresponsible behaviour (Ley, 2014). According to some professionals (Carnes, Adams, 2002; Krueger, 2016; Reid, Kafka, 2013; Rosenberg, Curtiss Feder, 2014), the first records of the unmanageability of sexual impulses were made in the third century while in western medicine the first records were made in 1812 by Benjamin Rush. It was the British psychologist Jim Orford who suggested in 1978 that hypersexuality is categorized as a diagnosis.

In contemporary literature, different terms are used to describe the same phenomenon. The most frequently used terms are sex addiction, sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, hypersexuality and hypersexual disorder. In 1987, *DSM-III-R* (American Pychiatric Association, 1987) for the first time mentioned a diagnosis »nonparaphilic sexual addiction«, which was not included in later publications. The International Classification of Diseases *ICD-10* issued by WHO in 2007 (World Health Organization, 2007) and *MKB-10* (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2016) used in Slovenia follow this trend. Despite an extended body of research and newly gained knowledge about human sexuality, the American Psychiatry Association has decided not to include hypersexual disorder into *DSM-5* (Reid, Kafka, 2013). Although ICD-11 is not scheduled to be published until 2018, the diagnosis of »compulsive sexual disorder« is being considered (Krueger, 2016). WHO has published a Beta Draft of a suggested definition on their website:

»Compulsive sexual behaviour disorder is characterized by persistent and repetitive sexual impulses or urges that are experienced as irresistible or uncontrollable, leading to repetitive sexual behaviours, along with additional indicators such as sexual activities, unsuccessful efforts to control or reduce sexual behaviours, or continuing to engage in repetitive sexual behaviour despite adverse consequences …« (World Health Organization, 2016).

A possible definition and diagnosis is a step in the right direction, but the question as to whether the term »compulsive sexual behavior« encloses all aspects of the complex dynamics of addiction remains unanswered. As with other addictions sex addiction is most likely to be placed somewhere between compulsivity and impulsivity since in-depth examination of addictions shows traits of both (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014). Similar concerns were expressed by therapists when hypersexuality was considered to be a *DSM-5* diagnosis. The concern was that the prefix hyper could lead to a misdiagnosis of sex addiction in that the amount of sex might become the sole focus (Hall, 2013a).

Living in a highly sexualized society makes diagnosing sex addiction even more difficult. As already noted, the amount of sexual behaviour is not a reliable diagnostic criterion. Sexual orientation or different sexual practices can also mislead an under informed professional. Religious beliefs, the amount of sex or frequency, monogamy or how often a person changes sex partners are also not proof of addiction. It is more likely that we are dealing with sex addiction when a person acts against their beliefs and values and continues with acting out despite negative consequences (Weiss, Schneider, 2014, 2015).

Although there are a number of different proposals for the criteria for diagnosing sex addiction, this paper includes only those that Patrick Carnes has presented (Kafka, 2013; Reid, 2013; Rosenberg, Curtiss Feder, 2014).

1. Recurrent failure to resist impulses to engage in specific sexual behaviour.
2. Frequent engaging in these behaviours to a greater extent or longer dura tion than intended.
3. Persistent desire or unsuccessful efforts to stop, to reduce, or to control behaviours.
4. Inordinate amount of time spent in obtaining sex, being sexual, or recover

ing from sexual experiences.
5. Preoccupation with the behaviour or preparatory activities.
6. Frequently engaging in the behaviour when expected to fulfill occupation al, academic, domestic, or social obligations.
7. Continuation of the behaviour despite knowledge of having a persistent or recurrent social, financial, psychological, or physical problem that is caused or exacerbated by the behaviour.
8. Need to increase intensity, frequency, number, or risk of behaviours to achieve the desired effect or diminished effect with continued behaviours at the same level of intensity, frequency, number, or risk.
9. Giving up or limiting social, occupational, or recreational activities be cause of behaviour.
10. Distress, anxiety, restlessness, or irritability if unable to engage in the be haviours.

To diagnose sex addiction, at least three of the listed criteria must be present continuously for at least twelve months. Other consequences such as a loss of partnership, job termination, or legal consequences must also be present (Rosenberg, O'Connor, Carnes in Rosenberg, Curtiss Feder, 2014: 215–236). In his work, Carnes also writes extensively about the ten basic behavioural types of sex addiction: fantasy sex, seductive role sex, voyeurism, exhibitionism, paying for sex, trading sex, intrusive sex, anonymous sex, pain exchange sex and exploitative sex (Carnes, 2006, 2015; Carnes, Delmonico, Griffin, Moriarity, 2010).

Sex is one of the most meaningful expressions of who we are as human beings. Unfortunately, human sexuality and body parts are being used to sell all kinds of goods. Sexual objectification is being used without any regard for the other person. Thus sex addiction is hard to recognize since we are constantly exposed to sexual stimuli. Pornography presents only one but important form of exposure. It is an explicit form of portraying sexual content with the intention to stimulate sexual excitement and pleasure. It excites the brain but its excessive use can lead to depletion of the reward circuit which becomes less responsive and even to addiction (Wilson, 2014; Zimbardo, 2014). An important question regarding pornography is how it influences us as a society and whether we can accept the consequences. Because of the excessive use of pornography some people can no longer get aroused with their partner and can even suffer from Pornography Induced Erectile Dysfunction – PIED (Park et al., 2016; Voon et al., 2014). Anonymity, affordability and accessibility are important factors that contribute to compulsive use of sexual content. According to Carnes and his associates, internet sex can take different forms of sexual behaviour where people use electronic devices such as computers, smart phones, tablets or VR. People can access pornography in different forms, use social networks, chat rooms, or websites with sexual content to obtain a new sexual high (Carnes et al., 2010).

When sex addicts are exposed to sexual stimuli, their brains react in the same way as the brains of cocaine addicts who are exposed to visual material showing drug abuse (Voon et al., 2014). Different parts of the brain that are responsible for reward, motivation and craving become active. Although most people who access pornography will not become addicted, pornography has a highly addictive potential. Computer programmers were the first to report difficulties after viewing internet pornography. They developed

unusual sexual tastes and struggled with different sexual issues. Erectile dysfunction – ED, weak or insufficient erection and delayed ejaculation were the most common difficulties reported (Toates, 2014; Voon et al., 2014; Wilson, 2014).

More men are facing ED since pornography use has become widespread. Kinsey's research in 1948 noted such problems were confirmed only by one percent of the male population younger than 30 years and by three percent in the age between 30 and 45 (Carson in Zimbardo, 2016). A recent study showed that a third of young military servicemen reported erectile dysfunction (Wilcox, Redmond, Davis in Zimbardo, 2016). Similar results were obtained in other populations and countries where access to pornography is possible. According to Valerie Voon the problem does not lie in the lack of desire or intimacy but in the insufficient stimulation of the brain by the real partner (Voon et al., 2014; Zimbardo, 2016).

Understanding addictions and sexual compulsivity will present a great challenge for therapists and other mental health professionals in the future. More and more often a question of whether pornography addiction is a subgroup of sex addiction or a different kind of problem emerges among professionals. Research shows that in the future the length of time spent on viewing pornography will not be a determining factor. The need for new stimuli and new content in the form of the number of pictures will be far more important (Kühn, Galliant, 2016). Weiss and Carnes claim that researchers wanting to investigate pornography-related sexual dysfunction will have to focus on the following factors:

- Years of use,
- How early the use started,
- Degree of escalation to new genres,
- Percentage of masturbation sessions with and without porn,
- Partnered sexual activity.

The internet enables a person to act out the darkest part of their sexuality. For some, it becomes the way to act out their suppressed emotions, aggression, anger, eroticized rage, or other impulses (Carnes, 2000; Seto, 2013). It has become a new vehicle for the sexual abuse of children. Sexual offending behaviour is a challenge for every professional. Those sex offenders who view under aged imagery can be classified in different categories, but a more important question is how many of those who access child abuse material online present a threat to children in the real world. Michael Seto claims that the likelihood of contact offence is less than three percent if there is no prior history of contact offences. In cases of prior contact offence the possibility of offensive behaviour in the real world rises to 60 percent when accessing child abuse materials online (Delmonico, Griffin, 2013; Quinsey, Harris, Rice, Cormier, 2006; Seto, 2013; Stoller, 2003).

Helping sex addicts requires a certain level of knowledge and experience. Complete understanding of the dynamics of addiction is vital as well as a clear differentiation between sex addiction and sexual offensive behaviour (Carnes, Adams, 2000; Delmonico, Griffin, 2013; Quinsey et al., 2006; Seto 2013). Although there are still many uncertainties regarding sex addiction recent discoveries can present an important asset in understanding addictive sexual behaviour and an important tool when forming recovery programmes for those suffering from sex addiction.

Zasvojenost

Zasvojenost je eden najkompleksnejših in najbolj uničujočih fenomenov na področju duševnega zdravja, ki pogosto ne prizadene le zasvojene osebe, ampak vpliva na vso družino in druga okolja, v katerih je zasvojena oseba dejavna. Posledice zasvojenosti se kažejo zelo različno, vendar večina zunanjih opazovalcev hitreje prepozna simptome in posledice kemičnih zasvojenosti kot pa zasvojenosti, pri katerih oseba doseže omamno stanje le s pomočjo določenega vedenja. Prispevek je predvsem pregled fenomena zasvojenosti s seksualnostjo, tudi v povezavi s sodobno digitalno tehnologijo. Angleški besedni zvezi, ki se uporabljata za opis zasvojenskih vedenj, pri katerih oseba ne uživa substanc, sta *behavioral addictions in process addictions* (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014). V slovenskem prostoru najpogosteje zasledimo rabo besednih zvez nekemične zasvojenosti, nesnovne zasvojenosti in vedenjske zasvojenosti (Rozman, 2013; Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2016).

Tudi v ameriški psihiatriji so nekemične zasvojenosti relativno nov in revolucionaren koncept (O'Brien v Rosenberg, Curtiss Feder, 2014: XIII–XIV). Mejnik na področju nekemičnih zasvojenosti je leta 2010 v ZDA postavila delovna skupina, ki je oblikovala predloge za Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj *DSM-5* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* (American Pychiatric Association, 2013) in kot uradno diagnozo predlagala tudi nekemične oz. vedenjske zasvojenosti. Člani delovne skupine so za naslov poglavja izbrali po njihovem mnenju najprimernejši têrmin, »težave povezane z zlorabo substanc in zasvojenosti« (ang. *Substance Related and Addictive Disorders*) in ne »zloraba substanc in odvisnost« (ang. *Substance Abuse and Dependence*) (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014). To terminologijo smo lahko zasledili v eni od predhodnih različic DSM (American Pychiatric Association, 1994). Glavna argumenta članov sta, da niso vsi ljudje, ki so odvisni od substanc, tudi zasvojeni (npr. rakavi bolniki, ki so odvisni od opiatov), in da je zasvojenost precej kompleksnejša bolezen kot le psihološka odvisnost (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014, Toates, 2014).

Odvisnost in zasvojenost jasno razlikuje tudi Nacionalni inštitut za zlorabo drog (*National Institute on Drug Abuse*, NIDA) v ZDA. Odvisniška dinamika korelira z delovanjem določenih centrov v možganih, predvsem v talamusu in možganskem deblu, medtem ko zasvojenost povezujemo predvsem z delovanjem dopaminskega kroga (Milkman, Sunderwirth, 2010; National Institute on Drug Abuse, 2016). Oseba torej lahko postane odvisna npr. od zdravil, ki jih dobi na recept, vendar ni zasvojena. Ta fenomen lahko opazimo pri bolnikih, ki jih zdravijo z morfinom (npr. preprečevanje bolečin pri rakavih bolnikih). Njihovo telo postane odvisno od substance, ki jo vnesejo v telo, ko prenehajo z vnosom substance pa lahko doživijo abstinenčni sindrom, vendar ti bolniki redkeje postanejo zasvojeni (National Institute on Drug Abuse, 2016). Razlika med odvisnostjo in zasvojenostjo se odraža tudi v psiholoških mehanizmih in dinamiki. Za zasvojenost sta namreč značilni tudi stopnjevanje in kompulzivna raba substanc ali vedenje, ki docela izčrpa možganski dopaminski oz. nagrajevalni krog (American Society of Addiction Medicine, 2016; Rus Makovec, 2014). S takim vedenjem zasvojena oseba poskuša uravnavati različna, večinoma neprijetna čustvena stanja. Ko vedno znova zlorablja substance ali določeno vedenje za doseganje omamnega stanja, dopamin preplavlja sinapse, s čimer sproži naravno kompenzacijo možganov in posledično zmanjšanje števila dopaminskih receptorjev (Milkman, Sunderwirth, 2010). Zasvojena

oseba zato potrebuje vedno več substanc ali vedenja, da doseže enak učinek. Ta proces ni primerljiv z jemanjem zdravil na recept, čeprav je povsem mogoče, da oseba postane zasvojena tudi z zdravili.

Oseba je torej lahko odvisna in ni zasvojena, kar je eden glavnih razlogov, zakaj odvisnost ni več diagnostični kriterij pri ugotavljanju zasvojenosti z različnimi substancami. Razlikovanje med odvisnostjo in zasvojenostjo zagotovo vpliva na prepoznavanje in poimenovanje težav, pomembno pa vpliva tudi na izobraževanje strokovnjakov in oblikovanje ustreznih programov pomoči (Milkman, Sunderwirth, 2010; Rosenberg, Curtiss Feder, 2014).

Na zasvojenost lahko gledamo kot na nevrobiološko kompenzacijo. Obstajajo vsaj trije nevrobiološki modeli zasvojenosti, od katerih vsak posebej poudarja različne predele možganov in njihove funkcije, ki so prizadete in odločilno vplivajo na razvoj zasvojenosti. Prvi model vključuje predvsem možganski mezolimbični sistem in medialni korteks ter aktivacijo dopaminergičnih nevronov oziroma dopaminski krog in spremembe v nevronskih povezavah (O'Brien, Volkow, Li, 2006). Drugi model zasledimo v literaturi s področja nevropsihologije in temelji predvsem na teoriji o težavah zasvojenih, ki se odražajo v centrih možganov, odgovornih za proces sprejemanja odločitev (Redish, Jensen, Johnson, 2008). Tretji, zapleteni nevrobiološki model vključuje predvsem spomin na celični ravni, in sicer v delu limbičnega sistema možganov, ki se imenuje *nucleus accumbens* (Sacktor, 2011; Xue in dr., 2012).

To so kompleksni mehanizmi, ki so manj pomembni za terapevtsko delo in osnovno razumevanje zasvojenosti, so pa izrednega pomena za poglobljeno razumevanje nevrobioloških procesov zasvojenosti. Za osnovno razumevanje zasvojenosti nam je lahko v oporo tudi opredelitev, ki jo je leta 2011 objavilo Ameriško združenje za medicino zasvojenosti (*American Society of Addiction Medicine*, ASAM). To poudarja, da ne gre samo za vedenjsko težavo, ki je posledica pretiranega uživanja alkohola, mamil, predajanja igram na srečo ali spolnosti, pač pa za kronično motnjo v delovanju možganov. V opredelitvi je zapisano:

»Zasvojenost je predvsem kronična bolezen možganskega nagrajevalnega kroga in centrov, ki so povezani z motivacijo in spominom. Nefunkcionalno delovanje takih sklopov nevronskih povezav se kaže na biološki, duševni, družbeni in duhovni ravni. Izraža se v posameznikovi patološki potrebi po ugodju in/ali sprostitvi ob uživanju snovi in izbiri določenih vedenj. Za zasvojenost so značilni nesposobnost za trajno abstinenco, oslabljena sposobnost nadzora nad vedenji, hlepenje po omami, zmanjšana zmožnost prepoznavanja resnih težav tako v vedenju posameznika kot v medosebnih odnosih ter disfunkcionalno čustveno odzivanje. Kot druge kronične bolezni tudi zasvojenost pogosto vključuje cikle ponovitve bolezni oziroma recidive in remisije ali začasna izboljšanja oziroma faze abstinence. Če se zasvojena oseba ne zdravi ali ne vključi v proces okrevanja, postane zasvojenost progresivna in lahko povzroči trajne posledice ali prezgodnjo smrt« (American Society of Addiction Medicine, 2016).

Večina strokovnjakov v povezavi z zasvojenostmi ne navaja več lastnosti, kot so nezrelost, neodgovornost, nepoštenost, moralna oporečnost ali zagledanost vase. Čeprav je mogoče, da se zasvojena oseba vede na način, ki ga okolica težko razume in sprejema, takšna stališča nimajo nobene terapevtske vrednosti in ignorirajo dognanja

nevroznanosti zadnjih dvajsetih let (Phillips, Hajela, Hilton, 2015; Krueger, 2016). Ta podpirajo teorijo zasvojenosti, ki temelji na nevrobiološki osnovi ne glede na substanco, medij ali vedenje, ki jih oseba uporablja za doseganje omamnega stanja (Milkman, Sunderwirth, 2010; Rus Makovec, 2014). Zasvojenost prizadene človeka na socialni, duševni, duhovni in telesni ravni, zato je pomembno prepoznavanje sprememb na vseh ravneh, tudi v strukturi in delovanju možganov (American Society of Addiction Medicine, 2016).

Zasvojenost s seksualnostjo

Pogosto prepričanje laične, pa tudi dela strokovne javnosti je, da je zasvojenost s seksualnostjo le mit, izmišljotina ali poskus opravičevanja neodgovornega vedenja (Ley, 2014). Vendar zasvojenost s seksualnostjo v resnici ni nič novega, ne kot fenomen ne kot besedna zveza in ne kot diagnoza. Po navedbah nekaterih avtorjev na katere se sklicujemo v tem odstavku (Carnes, Adams, 2002; Krueger, 2016; Reid, Kafka, 2013; Rosenberg, Curtiss Feder, 2014) prvi opisi nadzorovanja seksualnih impulzov in spolnih želja segajo v tretje stoletje našega štetja, ko jih je zapisal sveti Avguštin. Zapisi zahodne medicine s knjigo Benjamina Rusha in zapisi o neobvladljivem seksualnem vedenju segajo v leto 1812. V Evropi je psihiater Richard von Krafft-Ebbing zapisal, da je patološka seksualnost bona fide oziroma prava psihiatrična bolezen. Skoraj stoletje pozneje, leta 1978, je britanski psiholog Jim Orford predlagal, da se hiperseksualnost (ang. *hypersexuality*) kot diagnoza v medicinski klasifikaciji vključi med zasvojenosti oziroma v kategorijo duševnih in vedenjskih motenj, in sicer v kategorijo bolezni odvisnosti. V psihiatriji ta fenomen verjetno prvič zasledimo leta 1897, ko je Sigmund Freud masturbacijo opisal z besedami »izvirna ali primarna zasvojenost«. V sodobnih medijih in strokovni literaturi lahko zasledimo nekaj izrazov, ki opisujejo isti fenomen. Najpogostejši izrazi so zasvojenost s seksualnostjo (ang. *sex addiction ali sexual addiction*), seksualno kompulzivno vedenje (ang. *sexual compulsivity*), seksualno impulzivno vedenje (ang. *sexual impulsivity*) in hiperseksualnost (ang. *hipersexuality* ali *hypersexual disorder)*.

Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj DSM-II (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (American Pychiatric Association, 1968) iz leta 1968 prvič navaja spolne deviacije kot osebnostno motnjo, ne omenja pa vedenj, ki ne sodijo v kategorijo parafilij, čeprav sta seksualni apetit in vedenje osebe pretirana ali neprilagojena (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014). Leta 1987 v revidirani izdaji DSM-III-R (American Pychiatric Association, 1987) v kategoriji spolnih disfunkcij, ki niso drugače opredeljene, prvič zasledimo koncept in diagnozo zasvojenosti s seksualnostjo (ang. *nonparaphilic sexual addiction*). Diagnoza ni bila vključena v zadnje izdaje DSM, najpogosteje navedeni razlogi za tako odločitev pa so pomanjkanje raziskav in empiričnih dokazov (Kafka, 2010, 2013).

Tem trendom sta sledili tudi leta 2007 ICD-10 (International Classification of Diseases) (World Health Organization, 2007), ki jo izdaja Svetovna zdravstvena organizacija, potem pa še MKB-10 (*Mednarodna statistična klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov*) (Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, 2016), ki se uporablja v Sloveniji. V zadnjem desetletju je bilo narejeno mnogo raziskav in zbranih imamo veliko novih in pomembnih podatkov o človeškem spolnem vedenju. Kljub temu pa se je Ameriško združenje psihiatrov (*American Psychiatric Association*, APA)

(American Pychiatric Association, 2013) leta 2013 odločilo, da zasvojenosti s seksualnostjo oziroma hiperseksualnosti (ang. *hypersexual disorder*) ne vključi v *DSM-5* (Reid, Kafka, 2013). Vendar si lahko strokovnjaki medicinske stroke kljub odločitvi APA pri diagnostiki pomagajo z *DSM-5*, *ICD-10* in *MKB-10*, in sicer z diagnozo F52.8 (druge vrste spolna disfunkcija, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen). Čeprav je izid ICD-11 predviden šele za leto 2018, pa osnutek, objavljen na spletni strani Svetovne zdravstvene organizacije, že vključuje tudi diagnozo kompulzivno seksualno vedenje (ang. *compusive sexual behavior disorder*) (Krueger, 2016).

V osnutku je zapisano: »Kompulzivno seksualno vedenje opredeljujejo vztrajni, ponavljajoči se seksualni impulzi ali notranje prisile, ki jih oseba ne zmore nadzorovati ali se jim upreti in vodijo v ponavljajoče seksualno vedenje. Oseba postane preokupirana s seksualno aktivnostjo in zanemarja skrb zase, svoje zdravje in druge dejavnosti, značilni so neuspeli poskusi nadzora ali omejevanja seksualne aktivnosti, s seksualnim vedenjem nadaljuje kljub negativnim posledicam (npr. razpad odnosa, posledice na delovnem mestu, težave z zdravjem). Oseba občuti povečano napetost ali vzburjenje tik pred seksualno aktivnostjo in olajšanje oz. zmanjšanje napetosti neposredno po seksualni aktivnosti. Vzorci seksualnih impulzov in vedenja povzročajo opazno stisko ali oteženo delovanje« (World Health Organization, 2016).

Možna diagnoza kompulzivno seksualno vedenje je zagotovo korak v pozitivno smer, a vprašanje, ali je ta diagnoza ustrezna in v celoti zajema zapleteno dinamiko zasvojenosti, ostaja odprto. Kompulzivnost se nanaša na vztrajno ponavljajoče se vedenje, ki ga oseba izvaja na neželen, stereotipen način, pogosto ga ponavlja brez zavedanja o njegovem prvotnem namenu in cilju (Skodol, Hollander, Oldham, 1996). Zasvojenost s seksualnostjo in druge nekemične zasvojenosti so bržkone nekje na meji med impulzivnostjo in kompulzivnostjo, zato so za ta stanja oziroma zasvojenosti značilne tako impulzivne kot kompulzivne lastnosti (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014). Podobno zaskrbljenost so izražali strokovnjaki v zavezi s predlagano diagnozo hiperseksualnosti, ki se v glavnem nanaša na tveganje, da bi se strokovnjaki osredotočali predvsem na predpono hiper, s čimer bi osrednji kriterij določanja zasvojenosti postala količina (Hall, 2013a).

Prepoznavanje zasvojenosti s seksualnostjo ne otežujeta le zanikanje (Carnes, 1991, Ley, 2014) in visoka stopnja seksualiziranosti družbe, ampak tudi neenotnost stroke, ki se odraža tako v rabi terminologije kot tudi v različnih diagnostičnih kriterijih (Rosenberg, O'Connor, Carnes v Rosenberg, Curtiss Feder, 2014: 215–236). Opredelitve in diagnostični kriteriji kemičnih zasvojenosti so lahko zelo koristen pripomoček, čeprav ne ustrezajo v celoti in jih ne moremo neposredno uporabiti pri opredeljevanju zasvojenosti s seksualnostjo.

Opredeljevanje zasvojenosti s seksualnostjo le na osnovi količine vedenja oz. seksualne aktivnosti je precej tvegano. Verjetnost napačnega opredeljevanja se poveča tudi, če nas zavedejo spolna usmerjenost ali sporne prakse, ki morda odstopajo od povprečja. Nekatere teh praks v terapevtu lahko sprožijo tudi močna kontratransferna doživljanja, zato je pomembno, da se terapevt zaveda svojih omejitev in stališč o spolnosti. Prav tako na zgrešeno postavljanje diagnoze lahko vplivajo verska prepričanja. Pogostost oz. ponavljanje je sicer pomemben dejavnik ugotavljanja zasvojenosti, a še precej pomembnejša je ugotovitev, zakaj se oseba vede na tak način. Zasvojenosti prav tako ne opredelimo na podlagi monogamnosti oziroma zvestobe ali nezvestobe. Vsa našteta

vedenja imajo svoje razloge, vendar še niso dokaz zasvojenosti. Precej verjetneje gre za zasvojenost takrat, ko je vedenje osebe v nasprotju z njenimi vrednotami in prepričanji in ko vedenja kljub negativnim posledicam oseba ne zmore več nadzorovati ali prekiniti (Weiss, Schneider, 2014, 2015).

Razen osnutka *ICD-11* (World Health Organization, 2016) uradno sprejetih kriterijev za opredelitev zasvojenosti s seksualnostjo za zdaj še nimamo, vendar je na voljo nekaj uporabnih predlogov, ki nam jo pomagajo prepoznati. Večina novejših predlogov je bila zbranih do izida *DSM-5* (American Pychiatric Association, 2013), čeprav zasvojenost s seksualnostjo, kot že rečeno, v njej ni opredeljena kot bolezen. Paul Rosenberg in Laura Curtiss Feder (Rosenberg, Curtiss Feder, 2014) sta v knjigi *Behavioral Addictions* objavila večino odmevnejših predlogov kriterijev za opredelitev zasvojenosti s seksualnostjo, vendar zaradi obsežnosti v tem prispevku navajamo le enega od predlaganih seznamov kriterijev, in sicer tistega, ki ga je predlagal Patrick Carnes, eden od pionirjev na področju zasvojenosti s seksualnostjo (Kafka, 2013; Reid, 2013; Rosenberg, Curtiss Feder, 2014). Ti kriteriji so:

1. neuspeli poskusi nadzora seksualnih impulzov in določenih oblik seksualne aktivnosti;
2. povečanje pogostosti ali obsega seksualnih izkušenj, ker trenutni obseg aktivnosti ne zadošča več;
3. vztrajna želja in neuspeli poskusi, da bi omejili škodljivo seksualno ve denje;
4. pretirano namenjanje časa za načrtovanje in izvajanje seksualnih aktivnosti ter okrevanje po njih;
5. preokupiranost z določenim vedenjem ali s pripravami;
6. zanemarjanje pomembnih socialnih, delovnih ali prostočasnih dejavnosti zaradi seksualne aktivnosti;
7. nezmožnost prenehanja kljub negativnim posledicam določenega seksual nega vedenja na socialni, finančni, duševni ali telesni ravni;
8. potreba po povečanju intenzivnosti, pogostosti, obsega ali stopnje tveganja določenega vedenja, da bi dosegli želeni učinek, ali zmanjševanje učinka ob nadaljevanju vedenja z enako stopnjo intenzivnosti, pogostosti, obsega ali tveganja;
9. opuščanje ali zmanjševanje družabnih, delovnih ali prostočasnih aktivnosti zaradi določenega seksualnega vedenja;
10. stiska, tesnoba, nemir ali razdražljivost, ko vedenja ni mogoče izvajati.

Za potrditev zasvojenosti je potrebna prisotnost vsaj treh kriterijev v neprekinjenem obdobju vsaj dvanajst mesecev. Poleg tega njegov predlog zahteva tudi prisotnost posledic, kot so: izguba partnerskega odnosa, službe ali težave pravne narave (Rosenberg, O'Connor, Carnes v Rosenberg, Curtiss Feder; 2014: 215–236). Ti kriteriji ne odstopajo veliko od avtorjevih prejšnjih opredelitev (Carnes, 1983, 1989, 2001, 2005, 2006, 2010; Carnes, Adams, 2002). Odmevnejše predloge za opredelitev zasvojenosti s seksualnostjo sta podala še Ariel Goodman in Martin Kafka (Rosenberg, O'Connor, Carnes v Rosenberg, Curtiss Feder; 2014: 215–236). Slednji še posebej opozarja, da moramo biti skrajno previdni pri ugotavljanju zasvojenosti s seksualnostjo pri mladostnikih, pri čemer določa spodnjo mejo 18 let. Kafkov model nas opozarja na pomembno vprašanje, ko govorimo o zasvojenosti s seksualnostjo, in sicer, ali obstaja zasvojenost med mlado-

letnimi. Skrajno previdni moramo biti, preden mladostnika, pri katerem se možgani še razvijajo in za katerega je odkrivanje spolnosti nekaj običajnega, označimo za zasvojenca (Small, Vogran, 2009; Siegel, 2014; Weiss, Schneider, 2014, 2015).

Osnovne tipe ali vedenjske vzorce pri zasvojenosti s seksualnostjo Patrick Carnes razdeli na deset kategorij (Carnes, Adams, 2002; Carnes, 2006, 2015; Carnes, Delmonico, Griffin, Moriarity, 2010; Hall, 2013a, 2013b; Rosenberg, Curtiss Feder, 2014). Zelo redko se zgodi, da pri zasvojeni osebi zasledimo le enega od teh vzorcev, pogosteje je za zasvojeno osebo značilnih več vedenjskih vzorcev, ker si oseba tako zagotovi širše možnosti dostopanja do omame (Carnes, 2015). Vedenje zasvojenih delimo v deset osnovnih kategorij. Za doseganje omamnega stanja zasvojeni lahko uporabljajo: sanjarjenje o seksu, seksualni lov, voajerizem, ekshibicionizem, plačevanje za seks, trgovanje s seksom, vsiljeni seks, anonimni seks, seks, ki vključuje bolečino - sadomazohistični seks, izkoriščevalski seks.

Za terapevta sta pri načrtovanju pomoči vsekakor pomembnejša subjektivno doživljanje klienta in njegov opis spolnih fantazij, impulzov in vedenj, prepletenih z osebnimi stiskami, čustvi in negativnimi posledicami, kot pa vedenjski vzorec, diagnoza ali etiketa, ki ju pripišemo določenim oblikam vedenja. Vendar natančno poimenovanje brez dvoma olajša komunikacijo znotraj terapevtskih krogov, predvsem pa omogoča jasnejše sporazumevanje med strokovnjaki različnih znanosti.

Pornografija in zasvojenost s seksualnostjo v digitalnem svetu

V sodobnem svetu spolnost vse pogosteje postaja potrošniška dobrina, orodje za trženje in objektifikacijo. Zasvojenost s seksualnostjo je toliko težje prepoznati, ker živimo v družbi, v kateri na seksualne vsebine naletimo praktično povsod. Ob dostopanju do spleta smo pogosto tudi brez naše privolitve izpostavljeni eksplicitnim seksualnim vsebinam. Vprašanje, ali je pornografija škodljiva ali ne, je že desetletja predmet žolčnih debat (Zimbardo, 2014; Wilson, 2014). Vendar je bolj smiselno vprašanje, kakšen vpliv ima ogledovanje pornografije na ljudi, še posebej mladostnike, in ali se s posledicami takega vedenja strinjamo. Mladostniki so najbolj ranljiva populacija predvsem zaradi razvoja možganov in oblikovanja spolne identitete na katero pomembno vplivajo tudi seksualne vsebine. Pornografija je eksplicitna oblika portretiranja seksualnih vsebin z namenom stimuliranja seksualnega vzburjenja in zadovoljstva. Zimbardo trdi, da intenzivno in ponavljajoče ogledovanje lahko privede do oslabljenega delovanja dopaminskega kroga, ki postane manj odziven (Zimbardo, Duncan, 2012). Oseba tako potrebuje vse več stimulacije za vzburjenje in erekcijo, zato običajni dražljaji postanejo prešibki za spolni stik z resnično osebo (Hilton, 2013; Toates, 2014; Wilson, 2014). Vse več raziskav kaže na negativne posledice uporabe spletne pornografije, še posebej pri mlajši generaciji (Wilson, 2014; Zimbardo, Duncan, 2012; Zimbardo 2016).

Ogledovanje pornografskih vsebin vpliva na predstavo o človeški spolnosti in povečuje tveganje za razvoj zasvojenosti. Vendar ni vseeno, v kakšni obliki so prikazane te vsebine. Tiskani medij predstavlja precej manjše tveganje za razvoj zasvojenosti predvsem zaradi manjšega zasvojitvenega potenciala, ki je povezan s ponavljanjem in omejeno vsebino (Weiss, Schneider, 2015). Internetna pornografija in internetni seks sta v takem porastu predvsem zaradi anonimnosti, dostopnosti in nizkih stroškov. Virtualni ali internetni seks vključuje različne oblike seksualnega vedenja, pri katerem ljudje

uporabljajo internet in sodobne tehnološke naprave (računalniki, mobilni telefoni, tablični računalniki, VR ipd.). Oblike internetnega seksa so različne in mednje sodijo tudi dostopanje do spletne pornografije v avdio, video ali tekstovni obliki, sporazumevanje s partnerji (klepetalnice, uporaba na daljavo vodenih seksualnih pripomočkov), spletna socialna omrežja ali spletne strani, namenjene organiziranju zmenkov, in v zadnjem času virtualna realnost, v kateri dobivata pornografija in internetni seks popolnoma novo dimenzijo (Carnes in dr., 2010).

Ko so zasvojeni s seksualnostjo izpostavljeni pornografskim vsebinam, se njihovi možgani odzovejo s povečano aktivnostjo v predelih, ki so odgovorni za nagrajevanje, motivacijo in zasvojensko hlepenje po omami. Možgani oseb, ki niso zasvojene, se na te dražljaje odzivajo povsem drugače. Te ugotovitve so leta 2014 potrdili z obsežno raziskavo na Univerzi v Cambridgeu (Voon in dr., 2014). Nevroznanost v zadnjih letih dokazuje, kar so strokovnjaki s področja zasvojenosti vedeli že dolgo, med drugim tudi to, da se možgani zasvojenih s seksualnostjo odzivajo povsem enako kot možgani zasvojenih s kokainom, kadar so ti izpostavljeni slikam ali filmom, ki prikazujejo uporabo drog (Milkman, Sunderwirth, 2010; Voon in dr., 2014). Kljub temu da se ob seksualno eksplicitnih vsebinah lahko vzburi večina ljudi, so raziskovalci pri zasvojenih s seksualnostjo opazili drugačen odziv v možganih kot pri kontrolni skupini. Razlike so zaznali predvsem v dejavnosti delov možganov, ki so povezani z motivacijo, nagrajevanjem in hlepenjem po omami (ang. craving).

Čeprav večina uporabnikov spletne pornografije ne bo postala zasvojena, imata reakcija dopaminskega kroga in beg pred realnostjo velik zasvojitveni potencial. Tveganje niti ni toliko povezano z vsebino ali s stopnjevanjem intenzivnosti vsebine kot pa z zgodovino zasvojenosti v družini, s travmami in z zlorabami. Ogledovanje pornografije je lahko povezano z blaženjem čustvene bolečine, s sproščanjem napetosti, z zmanjševanjem tesnobe, depresivnosti, osamljenosti ali katerega koli neprijetnega čustva, ki je lahko dejavnik tveganja za razvoj zasvojenosti (Carnes, 2015; Hall, 2013a, 2013b; Hart, 2001; Hilton, 2013).

Leta 2007 je internet aktivno uporabljalo 322 milijonov uporabnikov po svetu, od tega jih je 40 milijonov redno dostopalo do pornografskih spletnih strani (Carnes in dr., 2010). Danes internet aktivno uporablja več kot 3,6 milijarde ljudi. Od leta 2000 do 2016 beležimo 906-odstotno rast števila uporabnikov interneta (Internet World Stats, 2016)! O težavah z internetno pornografijo so prvi poročali računalniški programerji. Po letu 2006 so imeli uporabniki na voljo internetno povezavo, ki je omogočala zelo hiter prenos velike količine podatkov, in nekateri so razvili nenavadne spolne apetite ter se soočali z različnimi težavami v spolnosti (Wilson, 2014, Zimbardo, 2016). Te so se odražale v obliki šibke in kratkotrajne erekcije, ki ne omogoča zadovoljivega spolnega odnosa, zapoznele ejakulacije (orgazmična disfunkcija) in erektilne motnje oziroma erektilne disfunkcije (moški kljub vzburjenosti ne doživi orgazma ali pa sploh ne doživi več erekcije, kljub temu da za to ni organskih ovir). Erektilna disfunkcija se lahko pojavi celo med samo uporabo pornografije ali poskusi masturbiranja (Toates, 2014; Voon in dr., 2014; Wilson, 2014).

Vpliv internetne pornografije na mladostnike je zaskrbljujoč. Povprečna starost, pri kateri so mladostniki izpostavljeni spletni pornografiji, je 11 letih (Carnes in dr. 2010). Čeprav vpliva ogledovanja pornografije na možgane mladostnikov ne moremo napove-

dati z gotovostjo, se mladi fantje in moški v preteklosti niso soočali s težavami, kot je erektilna disfunkcija, zaradi ogledovanja spletne pornografije (*Pornography Induced Erectyle Disfunction*, PIED) (Park, Wilson, Berger, Christman, Reina, Bishop, Klam, Doan, 2016). Tuje raziskave (Voon in dr., 2014) potrjujejo, da se vse več moških, ki redno masturbirajo ob ogledovanju pornografskih vsebin na internetu, sooča z erektilno disfunkcijo ali s težavami z ejakulacijo, ko poskušajo imeti spolne odnose z drugo osebo. V Kinseyjevi raziskavi leta 1948 se je z erektilno disfunkcijo soočal le odstotek moških, mlajših od 30 let, in trije odstotki moških, starih med 30 in 45 let (Carson v Zimbardo, 2016). V nedavni študiji mladih pripadnikov ameriške vojske se je s to težavo spopadala kar tretjina mladih moških (Wilcox, Redmond, Davis v Zimbardo, 2016). Kljub temu da je vojska zelo specifično okolje, novejše raziskave kažejo podobne rezultate tudi pri moških v splošni populaciji, tudi v drugih državah, v katerih je mogoče dostopati do internetne pornografije (Zimbardo, 2016). V raziskavi o uporabnikih internetne pornografije (tako zasvojenih kot drugih), ki jo je izvedla Valerie Voon s sodelavci (Voon in dr., 2014), se jih je polovica soočala z erektilno disfunkcijo in s težavami z bližino ter s spolnostjo z resničnimi osebami. Razlog pa ni bil v tem, da si bližine ali spolnosti ne bi želeli; preprosto se niso mogli več vzburiti ob resničnem človeku, ker stimulacija njihovih možganov ni dosegla potrebne intenzivnosti (Toates, 2014; Voon in dr., 2014). Spletna pornografija je bolj vznemirljiva kot pa zadovoljujoča, ker imamo v možganih dva ločena sistema za užitek. Prvi sistem ugodja je povezan z »apetitom«, vznemirjenjem, ko si predstavljamo nekaj, kar si želimo (npr. spolnost in hrana) (Doidge, 2008). Nevrokemija tega sistema je vezana v glavnem na dopamin in dviguje tudi raven napetosti oz. vznemirjenja. Drugi sistem za doživljanje ugodja pa je povezan z zadovoljstvom, t. i. konzumatornim ugodjem, ki je vezan na dejanske spolne odnose ali obrok hrane (Doidge, 2008). Ta vrsta ugodja deluje bolj izpolnjujoče in pomirjujoče. Nevrokemija tega sistema temelji na sproščanju endorfinov, ki so po svoji sestavi podobni opiatom in prinašajo pomirjujoč občutek blaženosti. Pornografija na internetu s svojimi neskončnimi možnostmi seksualne objektifikacije bolj aktivira predvsem prvi sistem (Doidge, 2008; Hilton, 2013; Milkman, Sunderwirth, 2010; Toates, 2014; Weiss, 2013; Phillips in dr., 2015).

Nemški raziskovalci so dokazali, da težave, povezane z uporabo pornografije, niso toliko povezane s časom ogledovanja teh vsebin, kot so povezane s številom slik, ki jih oseba vidi v tem času (Kühn, Galliant, 2016). Potreba po vedno novih dražljajih in nenehni stimulaciji pove več kot pa čas, ki ga oseba preživi na internetu. Weiss in Carnesova navajata, da bodo pri raziskovanju fenomena seksualnih disfunkcij v povezavi s spletno pornografijo bolj kot čas pomembni naslednji dejavniki:

- trajanje uporabe (v letih),
- kako zgodaj v življenju so uporabniki začeli dostopati do teh vsebin,
- raven stopnjevanja, ki je povezana s privlačnostjo novih (tudi skrajnih) vsebin,
- odstotki masturbiranja ob ogledovanju pornografskih vsebin v primerjavi z od stotki masturbiranja brez teh vsebin,
- spolna aktivnost s partnerjem (ali drugo osebo).

V prihodnosti bo za terapevte zelo pomembno razumevanje zasvojenosti in kompulzivnega seksualnega vedenja, pa tudi tveganj in dejavnikov, ki privedejo do zasvojenosti. V preteklosti smo pri zasvojenih s seksualnostjo zasledili klasične dejavnike tveganja, ki so pomembno vplivali na razvoj zasvojenosti: genetski dejavniki, primarno

družinsko okolje, travmatične izkušnje, socialno okolje, predvsem pa ponavljanje vedenjskih vzorcev (Carnes, 2006; Boleyn-Fitzgerald, 2010; Doidge, 2008; Foote, Wilkens, Kosanke, 2014; Milkman, Sunderwirth, 2010; Rosenberg, Curtiss Feder, 2014; Toates, 2014; Small, Vorgan, 2009). Danes pa terapevti v svoji praksi vse pogosteje opažajo pomembne razlike znotraj populacije zasvojenih s seksualnostjo, še posebej pri mlajši generaciji in tistih, ki so zasvojeni le s pornografijo in internetnim seksom. Pomembna razlika je predvsem v odsotnosti travmatičnih izkušenj. Nekateri strokovnjaki se sprašujejo, ali sploh še gre za isti fenomen in ali bi morali ti dve populaciji razlikovati. Vprašanje je pomembno predvsem s stališča oblikovanja programov pomoči in pri sposobnosti, hitrosti in mogoči stopnji okrevanja od zasvojenosti (Phillips in dr. 2015; Wilson, 2014; Zimbardo, Duncan, 2012).

Seks, nasilje in temna plat interneta

Spolnost je eden od načinov izražanja stanja našega duha in odraz naše osebnostne zrelosti. Pri nekaterih ljudeh spolnost postane vir sproščanja frustracij, jeze, erotiziranega besa, nepredelanih travm, motenj spolne preference ali odraz disocialne osebnostne motnje (Carnes, 2000; Seto, 2013; Stoller, 2003). Področje spolnega nasilja zelo obsežno obravnava strokovna literatura in je nedvomno eno najzahtevnejših področij, s katerim se srečujejo terapevti. Vsak strokovnjak, ki je dejaven na področju pomoči zasvojenim s seksualnostjo, se bo prej ali slej srečal tudi s tem izzivom (Carnes, Adams, 2002; Delmonico, Griffin, 2013).

Internetni seks omogoča različne načine sproščanja jeze ter agresije in je zelo priročen za izživljanje potlačenih čustev – motiv za ogledovanje pornografskih in nasilnih vsebin se lahko napaja tudi iz ponotranjenega in potlačenega besa, ne pa iz želje po spolnosti. Tvegano vedenje, nasilje in seks priskrbijo našim možganom poseben nevrokemični koktajl, ki poveča intenzivnost doživljanja in stanje transa. Poleg različnih portalov, ki so na meji legalnega in prikazujejo seksualne vsebine, omogoča internet tudi prikazovanje in širjenje vsebin, ki prikazujejo spolno nasilje nad otroki. Ko govorimo o posnetkih otrok, ne moremo govoriti o pornografiji, ker pravzaprav govorimo o spolnih zlorabah. Nekateri strokovnjaki trdijo, da je besedna zveza otroška pornografija neustrezna in zato predlagajo nekaj ustreznejših izrazov: gradiva ali posnetki s spolnimi zlorabami otrok (ang. *child abuse material* in *child abuse images*) in spolna zloraba otrok na spletu (ang. child abuse online) (Jager Agius, 2014; Klančnik, 2013; Seto, 2013).

Kaznivo dejanje zoper spolno nedotakljivost na internetu lahko stori oseba, ki je zasvojena, ima motnjo spolne preference, disocialno osebnostno motnjo, poškodbo možganov ali katero drugo resnejšo težavo. Pomembno pa je razumeti, da ne bodo vse osebe, ki storijo kaznivo dejanje na internetu, tega ponovile tudi v resničnem svetu. Kot kaže, gre za izrazito moško težavo, saj je 99 odstotkov storilcev kaznivih dejanj na internetu moškega spola, pri kontaktnih oblikah pa se podatki kliničnih raziskav in pravosodnih registrov razlikujejo in se gibljejo med 90 in 95 odstotki (Quinsey, Harris, Rice, Cormier, 2006; Seto, 2013). Odstotki pri moških so nižji, če se osredotočimo le na zlorabo otrok.

V zadnjem času lahko vse pogosteje zasledimo agresivno vedenje na posebnih spletnih portalih, kjer jezni partnerji objavljajo gole fotografije ali posnetke svojih aktualnih ali bivših partnerjev. Te strani prepoznamo po nazivu *revenge porn sites* ali tudi kot

cyber rape. Ta oblika agresivnega vedenja postaja vse resnejši problem, zato v nekaterih zveznih državah ZDA resno razmišljajo, da bi sprejeli zakon, ki bi tako dejanje določal kot kaznivo, vendar ima zakonodaja, ki vključuje prijavitveno dolžnost terapevtov, lahko tudi nepredvidljive posledice (Topić, 2015).

Ogledovanje posnetkov spolnih zlorab otrok na internetu je le ena od oblik kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost, povezanih z internetom. Druge oblike vključujejo uporabo sodobnih tehnologij za nagovarjanje mladoletnih oseb k seksualno eksplicitnemu vedenju. To se lahko odraža kot nagovarjanje k sodelovanju v pogovorih, ki vključujejo seksualno eksplicitne teme, izmenjava pornografskih vsebin, kreiranje različnih oblik pornografskih vsebin, ki vključujejo otroke (npr. prepričevanje mladoletne osebe, da se fotografira gola), in nagovarjanje mladoletne osebe k dejanskem srečanju v živo. V psihološkem smislu obstajajo zelo pomembne razlike med storilci spolnega nasilja na internetu in tistimi, ki taka dejanja zagrešijo v resničnem življenju. Razlike se kažejo v njihovem odklonskem vedenju, a seksualno deviantne fantazije niso edini motiv za kaznivo dejanje na internetu (Delmonico, Griffin, 2013; Quinsey in dr., 2006; Seto, 2013). Raziskave v ZDA (Carnes, 2011) kažejo, da 88 odstotkov zasvojenih s seksualnostjo sicer nikoli ne zagreši kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost, a s klinične perspektive je pomembno razumeti, kako pogosto storilci kaznivih dejanj na internetu svoje seksualno vedenje udejanjijo tudi v kontaktni obliki zunaj virtualnega sveta; še posebej v primeru, ko v terapevtski sobi sedi klient, ki pove, da redno ogleduje spolne zlorabe otrok. Leta 2013 je približno vsak sedmi mladostnik poročal, da so ga na internetu nagovarjali k seksu, in 38 odstotkov takih pobud so podale odrasle osebe, kar pomeni, da je približno pet odstotkov otrok k seksu nagovarjala odrasla oseba (Seto, 2013). Rezultati kažejo, da je pri tistih osebah, ki na internetu ogledujejo vsebine s spolnim nasiljem nad otroki, možnost, da bodo tako vedenje ponovile tudi v kontaktni obliki, manjša od treh odstotkov, če nimajo zgodovine kontaktnih oblik spolnega nasilja. Ko pa govorimo o osebah z zgodovino spolnega nasilja v kontaktnih oblikah, se tveganje za ponovitev ob ogledovanju teh vsebin na internetu poveča na 60 odstotkov (Seto, 2013).

Pomoč zasvojenim s seksualnostjo zahteva ustrezno strokovno usposobljenost in izkušnje. Če terapevt ne odobrava in ne sprejema določenih spolnih praks ali jih celo prezira, klientu ne more pomagati, lahko mu povzroči celo škodo. Zato je zelo pomembno, da terapevt v celoti razume dinamiko zasvojenosti s seksualnostjo in načine, na katere se ta lahko manifestira; v idealnem primeru ima strokovnjak dovolj znanja na področju zasvojenosti, travm, spolnosti in družinske oz. partnerske terapije (Carnes, Adams, 2002; Hall, 2013a). V primerih, ko govorimo o kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost, je pomembna tudi strokovna usposobljenost za delo s to zahtevno populacijo. Kot kaže praksa v tujini, so se za najučinkovitejše izkazale bolj direktivne oblike terapevtskih pristopov, ki predvsem v začetku procesa pomoči pomagajo postaviti jasne meje in preprečiti zdrse ali celo recidiv (Seto, 2013). Za zasvojenega so razlogi za recidiv lahko različni: iz ravnovesja jih lahko vržejo huda stiska, stres pred sodno razpravo ali pa nagrada za dobro opravljeno nalogo na delovnem mestu. Zato je zelo pomembno oblikovati jasen dogovor, katero vedenje je v prihodnje nesprejemljivo in pomeni ponovitev zasvojenskega vedenja. Obenem pa je pomembno klientu pomagati razvijati ustreznejše načine reševanja stisk in obvladovanja stresnih okoliščin (Carnes, 2006).

Posebej je treba poudariti jasno razlikovanje med zasvojenostjo s seksualnostjo in kaznivimi dejanji, ki ne sodijo v kategorijo zasvojenskega vedenja in motivov zanje ne

gre iskati v zasvojenski dinamiki (Carnes, 2000; Delmonico, Griffin, 2013; Quinsey in dr., 2006; Seto, 2013). Čeprav strokovna pomoč storilcem kaznivih dejanj zahteva posebej usposobljenega strokovnjaka, je v osnovi precej podobna programom za pomoč zasvojenim s seksualnostjo, le da prvi zahtevajo precej jasneje strukturiran program pomoči, ki se nagiba k skupinskim oblikam pomoči, razen v primerih, ko je tako vedenje simptom druge motnje (npr. psihotične epizode ali poškodbe možganov). V tujini so najbolj uveljavljeni vedenjsko-kognitivni pristopi in psihoedukacija, pogosto pa strokovnjaki uporabljajo vnaprej pripravljene protokole v posebnih delovnih zvezkih, ki so namenjeni pomoči storilcem kaznivih dejanj. Poleg jasne strukture so določene še omejitve dostopa do otrok, ki so opredeljene tudi z ustrezno zakonodajo.

Zaključek

O zasvojenosti s seksualnostjo in ustrezni pomoči ljudem v stiski je še vedno veliko nejasnega in nimamo splošno sprejetih kriterijev in diagnostičnih orodij. Ne moremo pa zanikati dejstva, da se strokovnjaki s področja duševnega zdravja vse pogosteje srečujejo z ljudmi, katerih težave se odražajo v kompulzivnih ali celo kaznivih oblikah seksualnosti. Spolnost je še vedno precej obremenjena s sramom, zato je pomembno, da strokovnjaki preprečijo nadaljnjo stigmatizacijo in zmedo ne le pri delu s klienti, ampak tudi pri komuniciranju z različnimi javnostmi, tako strokovnimi kot laičnimi. Če dosežemo konsenz o poimenovanju določenega fenomena glede na standardizirane kriterije, je s tem olajšano delo tako strokovnjakom terapevtske in klinične prakse kot raziskovalcem. V prihodnosti bo zanimivo spremljati rezultate raziskav, ki bodo še natančneje opredelile vedenje, ki ga v tem prispevku poimenujemo zasvojenost s seksualnostjo. Sodelovanje strokovnjakov z različnih področij pripomore k izmenjavi informacij in iskanju strokovnih odgovorov na izzive, ki jih prinaša sodobna digitalna doba. Olajša pa tudi pripravo kakovostnih programov pomoči za ljudi, ki so se znašli v stiski, iz katere sami ne uspejo najti izhoda.

Literatura

American Psychiatric Association, www.psychiatry.org, pridobljeno 5. 8. 2016

American Psychiatric Association (1994). *DSM -4*, VA: American Psychiatric Association Publishing.

American Society of Addiction Medicine, www.asam.org, pridobljeno 5. 8. 2016

Boleyn-Fitzgerald, M. (2010). *Pictures of the Mind: What the New Neuroscience Tells Us About Who We are*, Upper Saddle River: Financial Times Prentice Hall.

Carnes, P. (1983). *Out of the Shadows:Understanding Sexual Addiction*. Minnesota: Hazelden.

Carnes, P. (1989). *Contrary to Love: Helping the Sexual Addict*. Minnesota: Hazelden.

Carnes, P. (2000). Eroticized Rage and Other Sexualized Feelings. *Professional Counselor*. 14: 2, 12–16, 52–54.

Carnes, P. (2001). Cybersex, Courtship, and Escalating Arousal: Factors in Addictive Sexual Desire. *Sexual Addiction & Compulsivity.* 8, 1: 45–78.

Carnes, P.; Adams, K. (2002). *Clinical Management of Sex Addiction*. New York: Brunner-Routledge.

Carnes, P. (2006). *Ne recite temu ljubezen: pot iz seksualne zasvojenosti*. Zagorje ob Savi: Studio Moderna Storitve.

Carnes, P.; Delmonico, L. D.; Griffin, E.; Moriarity, J. (2010). *V senci interneta: kako se osvoboditi kompulzivnega seksualnega vedenja na internetu.* Ljubljana: Modrijan založba.
Carnes, P. (2015). *Facing the Shadow: Starting Sexual and Relationship Recovery*. Carfree: Gentle Path Press.
Carnes, S. (2011). *Mending a Shattered Heart: A Guide for Partners of Sex Addicts*. Carfree: Gentle Path Press.
Carson, C. C. (2002). Urological and Medical Evaluation of Men with Erectile Dysfunction. *Urology*, 4, 3: S2-S8.
Cozolino, L. (2010). *The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain*. NewYork: W. W. Norton & Company, Inc.
Delmonico, L. D.; Griffin, E. (2013). *Illegal Images: Critical Issues and Strategies for Addressing Child Pornography Use*. Holyoke: Neari Press.
Doidge, N. (2008). *The Brain That Changes Itself.* Hawthorn: Penguin Books Ltd.
Foote, J.; Wilkens, C.; Kosanke, N. (2014). *Beyond Addiction: How Science and Kindness Help People Change*. New York: Scribner.
Hall, P. (2013a). *Understanding and Treating Sex Addiction: A Comprehensive Guide for People Who Struggle with Sex Addiction and Those Who Want to Help Them*. New York: Routledge.
Hall, P. (2013b). A New Classification Model for Sex Addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity*. 20, 4: 279–291.
Hart, A. (2001). *Unmasking Male Depression: Recognizing the Root Cause to Many Problem Behaviors Such as Anger, Resentment, Abusiveness, Silence, Addictions, and Sexual Compulsiveness*, Nashville: World Publishing.
Hilton, D. (2013). Pornography addiction – a supranormal stimulus considered in the context of neuroplasticity. *Socioaffective Neuroscience & Psychology.* 3: 20767.
Internet World Stats; http://www.internetworldstats.com/stats.htm, pridobljeno 7. 8. 2016
Jager Agius, I. (2014). Otrokove pravice v Sloveniji: od normativnih standardov do učinkovitega varstva: zbornik ob 25. letnici Konvencije o *otrokovih pravicah*, Ljubljana: Založba FDV, Ministrstvo za zunanje zadeve Republike Slovenije.
Kafka, P. M. (2010). Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V, *Archives of Sexual Behavior*. 39, 2: 377-400.
Kafka, P. M. (2013). The Development and Evolution of the Criteria for a newly proposed Diagnosis for DSM-5: Hypersexual Disorder, *Sexual Addiction & Compulsivity*. 20, 1–2: 19–26.
Klančnik, A. T. (2013). Tudi spolne zlorabe otrok preko interneta so globalni problem, *Varnost.* 61, 3: 25–32.
Krueger, B. R. (2016) Diagnosis of hypersexual or compulsive sexual behavior can be made using ICD-10 and DSM-5 despite rejection of this diagnosis by the American Psychiatric Association, *Addiction*, Avgust 2016, 111–118.
Kühn, S.; Galliant, J. (2016) Neurobiological Basis of Hypersexuality. *International Rewiev of Neurobiology*, 129: 67-83.
Ley, D. (2014). *The Myth of Sex Addiction*. New York: Rowman & Littlefield Publishers.
Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, Avstralska modifikacija, verzija 6; http://www.nijz.si/files/uploaded/ks_mkb10-am-v6_v02_splet.pdf, pridobljeno 9. 8. 2016
Milkman, H.; Sunderwirth, S. (2010). *Craving for Ecstasy and Natural Highs: A Posi-*

tive Approach to Mood Alteration. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
Nacionalni inštitut za javno zdravje; http://www.nijz.si/sl/oznake/zasvojenost, pridobljeno 9. 8. 2016
O'Brien, C. P.; Volkow, N.; Li, T-K. (2006). What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163, 5: 764-765.
Park, B.; Wilson, G.; Berger, J.; Christman, M.; Reina, B.; Bishop, F.; Klam, W. P.; Doan, P. A. (2016). Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports. *Behavioral Sciences*, 6, 3: 17.
Phillips, B.; Hajela, R.; Hilton, D. (2015). Sex Addiction as a Disease: Evidence for Assessment, Diagnosis, and Response to Critics. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 22, 2: 167–192.
Rozman, S. (2013). Umirjenost: kako prepoznati zasvojenost, jo razumeti in poiskati pot iz nje. Ljubljana: Modrijan založba.
Quinsey, V.; Harris, G.; Rice, M.; Cormier, C. (2006). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*. Washington. American Psychological Association.
Redish, A. D.; Jensen, S.; Johnson. A. (2008) A Unified Framework for Addiction: Vulnerabilities in the Decision Process. *Behavioral and Brain Scienc*e, 31, 4: 142-151.
Reid, R. (2013). Personal Perspectives on Hypersexual Disorder, *Sexual Addiction & Compulsivity.* 20, 1–2: 4–18.
Rosenberg, K.; Curtiss Feder, L. (2014). *Behavioral Addictions: Criteria, Evidence and Treatment*. San Diego: Elsevier Science Publishing Co Inc.
Rus Makovec, M. (2014). *Zgodbe upanja: primeri celostnega zdravljenja odvisnosti.* Ljubljana. eBesede, d.o.o.
Sacktor, T. C. (2011) How does PTMzeta Mainatain Long Term Memory? *Nature Reviews Neuroscience*, 12: 9-15.
Seto, M. (2013). *Internet Sex Offenders*. Washington. American Psychological Association.
Siegel, D. (2014). *Vihar v glavi: moč najstniških možganov*. Domžale: Družinski in terapevtski center Pogled.
Skodol, A. E.; Hollander, E.; Oldham, J. M. (1996) *Impulsivity and Compulsivity*, Washington DC: American Psychiatric Press.
Small, G.; Vorgan, G. (2009). *iBrain: Surviving the Technological Alteration of the Modern Mind*. New York. Harper Collins Publishers.
Stoller, R. (2003). *Perversion: The Erotic Form of Hatred*. London. Karnac Books Ltd.
Toates, F. (2014). *How Sexual Desire Works: The Enigmatic Urge*. Cambridge: Cambridge University Press.
Topić, P. (2015). *Zasvojenost s seksualnostjo v digitalni dobi: priročnik za strokovnjake, zasvojene in njihove družinske člane*. Maribor: Založba Pivec.
Voon, V.; Mole, T. B.; Banca P.; Porter, L.; Morris, L.; Mitchell, S.; Lapa, T. R.; Karr, J.; Harrison, N. A.; Potenza, M. N.; Irvine, M. (2014). Neural Correlates of Sexual Cue Reactivity in Individuals with and without Compulsive Sexual Behaviours. *PLoS One.* 9 (7): e102419.
Urology; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1476027/, pridobljeno 5. 8. 2016
Weiss, R.; Carnes S.; http://yourbrainonporn.com/new-research-ed-and-hours-porn-use-inconclusive, pridobljeno 9. 8. 2016
Weiss, R.; Schneider, J. (2015). *Always Turned On: Sex Addiction in the Digital Age.*

Carfree: Gentle Path Press.
Wilcox S. L.; Redmond, S.; Davis, T. L. (2015). Genital Image, Sexual Anxiety, and Erectile Dysfunction Among Young Male Military Personnel. NCBI, 12, 6: 1389-97
Wilson, G. (2014). Your Brain on Porn*: Internet Pornography and the Emerging Science of Addiction*. Kindle Edition: Commonwealth Publishing.
World Health Organization. ICD-11 Beta Draft; http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en, pridobljeno 5. 8. 2016
Your Brain on Porn; http://yourbrainonporn.com/, pridobljeno 5. 8. 2016
Zimbardo, P.; Duncan, N. (2012). *The Demise of Guys: Why Boys Are Struggling and What We Can Do About It*. Kindle Edition: Amazon Digital Services, Inc.
Zimbardo, P.; https://www.psychologytoday.com/blog/hero/201603/is-porn-good-us-or-bad-us, pridobljeno 5. 8. 2016
Xue, Y. X.; Luo, Y. X.; Wu, P.; Shi, H. S.; Xue, L. F.; Chen, C. in dr. (2012). A Memory Retrieval-Extinction Procedure to Prevent Drug Craving and Relapse. *Science*, 336, 6078: 241-254.