

*Uzależnienia behawioralne – pornografia i  
seksoholizm*

### Uzależnienia behawioralne – pornografia i seksoholizm

#### Cytaty

**Jan Paweł II.** (*Mężczyzną i niewiastą stworzył ich...*) Odkupienie ciała a sakramentalność małżeństwa Zagadnienie nagości. w kulturze.

„(...) Wszędzie tam — choć na różne sposoby — potwierdza się ta sama prawidłowość. Idąc za swoją osobową wrażliwością, człowiek ani sam nie chce stawać się przedmiotem dla innych poprzez swą anonimową nagość, ani też nie chce, aby inny człowiek stał się dla niego w ten sposób przedmiotem. Oczywiście „nie chce” o tyle, o ile kieruje się poczuciem godności ludzkiego ciała. Różne bowiem motywy mogą go skłaniać, pobudzać, a nawet przynaglać do tego, ażeby postępował wbrew temu, czego domaga się godność ciała ludzkiego połączona z osobową wrażliwością. Nie można zapominać, że podstawową „sytuacją” wewnętrzną człowieka „historycznego” jest stan trojakiej pożądlivosti (por. 1 J 2,16). Ów stan — a w szczególności pożądlivość ciała — na różne sposoby daje o sobie znać zarówno w wewnętrznych poruszeniach serca ludzkiego, jak też w całym klimacie stosunków międzyludzkich i obyczajów społecznych.

Nie możemy o tym zapominać również, gdy chodzi o rozległą dziedzinę kultury artystycznej, przede wszystkim o charakterze wizualnym i widowiskowym, jak też o tak bardzo znamiennej dla naszej współczesności dziedzinę kultury masowej związanej z użyciem technik przekazu, czyli komunikacji audiowizualnej. Zachodzi pytanie, kiedy, w jakim wypadku ta sfera działalności człowieka staje — z punktu widzenia etosu ciała — pod zarzutem „pornowizji”, podobnie jak działalność literacka stawała i staje nieraz pod zarzutem „pornografii” (ten drugi termin jest, zdaje się, starszy). Jedno i drugie zachodzi wówczas, gdy w utworze artystycznym lub przy pomocy technik reprodukcji audiowizualnej zostaje naruszone prawo intymności ciała w jego męskości lub kobiecości — w ostatecznej zaś analizie: gdy zostanie naruszona owa głęboka prawidłowość daru i obdarowania, jaka wpisana jest w tę kobiecość i męskość poprzez całą osobową strukturę bytu człowieka. Ów głęboki zapis — raczej wpis — stanowi o oblubieńczym znaczeniu ciała ludzkiego, czyli o podstawowym dla niego wezwaniu do kształtowania „komunii osób” i uczestniczenia w niej. Przerwywając w tym punkcie nasze rozważanie, które zamierzamy kontynuować w następną stronę, należy stwierdzić, że przestrzeganie lub też nieprzestrzeganie tych prawidłowości, tak głęboko związanych z osobową wrażliwością człowieka, nie może być obojętne dla sprawy „tworzenia klimatu sprzyjającego czystości” w życiu i wychowaniu społecznym”. (22.4.1981)

**Jan Paweł II.** Homilia podczas Mszy św. w Sandomierzu (12.06.1999).

„Zwracam się również do naszych polskich rodzin — do was, ojcowie i matki. Trzeba, aby rodzina stanęła zdecydowanie w obronie czystości swoich progów domowych, w obronie godności każdej osoby. Strzeżcie wasze rodziny przed pornografią, która dzisiaj pod różnymi postaciami wdziera się w świadomość człowieka, zwłaszcza dzieci i młodzieży. Brońcie czystości obyczajów w waszych ogniskach domowych i społeczeństwie. Wychowanie do czystości jest jednym z wielkich zadań ewangelizacyjnych, jakie stoją obecnie przed nami. Im czystsza będzie rodzina, tym zdrowszy będzie naród. A chcemy pozostać narodem godnym

swego imienia [i godnym] chrześcijańskiego powołania. «Błogosławieni czystego serca, albowiem oni Boga oglądać będą» (Mt 5, 8)».

### **Katechizm Kościoła Katolickiego nr 2354. Pornografia.**

„*Pornografia* polega na wyrwaniu aktów płciowych, rzeczywistych lub symulowanych, z intymności partnerów, aby w sposób zamierzony pokazywać je innym. Znieważa ona czystość, ponieważ stanowi wynaturzenie aktu małżeńskiego, wzajemnego intymnego daru małżonków. Narusza poważnie godność tych, którzy jej się oddają (aktorzy, sprzedawcy, publiczność), ponieważ jedni stają się dla drugich przedmiotem prymitywnej przyjemności i niedozwolonego zarobku. Przenosi ona ich wszystkich w świat iluzoryczny. Pornografia jest ciężką winą. Władze cywilne powinny zabronić wytwarzania i rozpowszechniania materiałów pornograficznych”.

### **Jan Paweł II. List do rodzin *Gratissima Sanae*, 02.02.1994 nr 13.**

„W świetle tych i innych jeszcze fragmentów Nowego Testamentu można zrozumieć, na czym polega „cywilizacja miłości” oraz dlaczego *rodzina jest z tą cywilizacją organicznie związana*. Jeśli rodzina pozostaje pierwszą „drogą Kościoła”, trzeba dodać, że drogą Kościoła żyjącego w świecie jest też cywilizacja miłości, i Kościół na tę drogę wzywa same rodziny oraz wszystkie inne społeczności narodowe i międzynarodowe ze względu na rodzinę — i poprzez rodziny. *Rodzina bowiem w wielorakim wymiarze zależy od cywilizacji miłości* i odnajduje w niej właściwe racje swego bycia rodziną. Jednocześnie *rodzina jest centrum i sercem cywilizacji miłości*.

Nie ma prawdziwej miłości bez świadomości, że Bóg przede wszystkim „jest Miłością” — oraz że człowiek jest tym jedynym stworzeniem, którego Bóg powołał do istnienia „dla niego samego”. Ten zaś stworzony na obraz i podobieństwo Boga człowiek nie może się w pełni „ureczywistnić” inaczej, jak tylko przez bezinteresowny dar z siebie samego. Bez takiego pojęcia człowieka, osoby oraz „komunii osób” w rodzinie nie może być cywilizacji miłości. Ale też *takie pojęcie osoby i komunii osób* niemożliwe jest bez cywilizacji miłości. Rodzina z pewnością stanowi podstawową „komórkę” społeczeństwa, trzeba jednak Chrystusa — „Winnego Szczepu”, z którego „latorośle” czerpią soki, ażeby komórka ta nie była zagrożona od wewnątrz i od zewnątrz *cywilizacyjnym wykorzeniem*. Oto bowiem — jeśli z jednej strony istnieje „cywilizacja miłości”, to równocześnie też zachodzi *możliwość „antycywilizacji”* destrukcyjnej, co niestety w naszej epoce stało się faktem dokonany o bardzo szerokim zasięgu.

Nikt nie może zaprzeczyć, że epoka ta jest czasem wielkiego kryzysu, a jest to na pierwszym miejscu „kryzys prawdy”. Kryzys prawdy — to znaczy naprzód *kryzys pojęć*. Czy bowiem pojęcia takie, jak: „miłość”, „wolność”, „dar bezinteresowny”, a nawet samo pojęcie „osoby” i w związku z tym także „prawa osoby” — czy pojęcia takie istotnie znaczą to, co wyrażają? Dlatego tak ważną się stała dla Kościoła i świata — przede wszystkim na Zachodzie — Encyklika o „blasku prawdy” (*Veritas splendor*). Jeżeli prawda o wolności, o komunii osób w małżeństwie i rodzinie odzyska swój blask, wówczas cywilizacja miłości może się ureczywistniać i można będzie skutecznie mówić — wraz z Soborem — o „popieraniu godności małżeństwa i rodziny”<sup>35</sup>.

Dlaczego „blask prawdy” jest tak ważny? Ważny jest przez kontrast, gdyż rozwój współczesnej cywilizacji pozostaje związany z postępowaniem naukowo-technicznym w sposób często jednostronny. Chodzi o charakter czysto pozytywistyczny tego rozwoju. Owocem pozytywizmu poznawczego jest agnostycyzm, gdy chodzi o teorię, natomiast w dziedzinie działania i moralności — utylitaryzm. W naszych czasach historia poniekąd się powtarza.

*Utylitaryzm* to cywilizacja skutku, użycia — cywilizacja „rzeczy”, a nie „osób”; cywilizacja, w której osoby stają się przedmiotem użycia, podobnie jak używa się rzeczy. Tak więc — na gruncie cywilizacji użycia kobieta bywa przedmiotem dla mężczyzny. Dzieci stają się przeszkodą dla rodziców. Rodzina staje się instytucją ograniczającą wolność swoich członków. Aby się o tym wszystkim przekonać, wystarczy przyglądnąć się choćby  *pewnym programom wychowania seksualnego*, które wprowadzane bywają w szkołach, często mimo sprzeciwu, a nawet protestów ze strony wielu rodziców. A dalej cały  *trend „proaborcyjny”*, który usiłuje się ukryć poza pojęciami „prawa wyboru” („*pro choice*”) ze strony obojga małżonków, a w szczególności kobiety. To tylko kilka przykładów, które można by mnożyć. W tym wszystkim rodzina nie może się nie czuć zagrożona. Wszystko to uderza w same jej podstawy.  *Wszystko to jest przeciwne cywilizacji miłości*. Jest przeciwne całej prawdzie o człowieku, nie pozwala mu odnaleźć siebie i czuć się bezpiecznym jako mąż czy żona, jako ojciec czy matka, jako syn czy córka. Propagowany przez „cywilizację techniczną” tak zwany „bezpieczny seks” jest właśnie  *najgruntowniej niebezpieczny*. W niebezpieczeństwie bowiem znajduje się tutaj każdy człowiek, a z kolei w niebezpieczeństwie znajduje się rodzina. Co jej grozi? Grozi jej utrata prawdy o sobie samej. A jeżeli prawdy — to i  *wolności*, i konsekwentnie utrata  *miłości*. „Poznacie prawdę — mówi Chrystus — a prawda was wyzwoli” (*J 8,32*): prawda, jedynie ona przygotowuje Was do tej miłości, o której można powiedzieć, że jest „piękna”.

## Konwersatorium 103

(26 maja 2018 r.)

### Uzależnienia behawioralne – pornografia i seksoholizm

Prowadzący: **Małgorzata Zwiercan**, Poseł na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu Ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień, terapeutka uzależnień; **Piotr Jabłoński**, Dyrektor Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii; **Katarzyna Stępkowska**, psycholog i autorka badań na temat seksoholizmu; **Magdalena Smaś-Myszczyzyn**, psychoterapeutka, certyfikowana psychoterapeutka uzależnień, Superwizor KBPN; **Włodzimierz Wieczorek**, moderator, nauczyciel akademicki, Szkoła Wyższa Przymierza Rodzin.

#### Włodzimierz Wieczorek

Witam Państwa bardzo serdecznie na kolejnym konwersatorium poświęconym problematyce uzależnień. Dotyczyć ono będzie uzależnień behawioralnych, uzależnień od czynności. Mówiliśmy wcześniej o uzależnieniach od zakupów, od Internetu, od pracy. Dzisiaj zajmiemy się na problematyką uzależnienia od pornografii, a także dotkniemy problematyki seksoholizmu i hiperseksualności.

Ponieważ dzisiaj kończymy cykl spotkań poświęconych uzależnieniom chcielibyśmy nie tylko omówić wybrane aspekty uzależnień behawioralnych, ale też dokonać podsumowania całości cyklu. Przedstawimy zatem problematykę uzależnień na tle zdrowia publicznego, a także przyjrzymy się zmianom w prawie, które mają być odpowiedzią na współczesne wyzwania związane z tematem uzależnień.

Mamy dzisiaj honor witać wśród nas wyśmienitych Gości. Witamy panią poseł Małgorzatę Zwiercan, która jest przewodniczącą Parlamentarnego Zespołu do spraw Rozwiązywania Problemów Uzależnień, pana doktora Piotra Jabłońskiego, Dyrektora Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii oraz panią Katarzynę Stępkowską, która jest psychologiem, i też zawodowo zajmuje się tematyką uzależnienia od zachowań seksualnych. Witam też bardzo serdecznie panią Magdalenę Smaś-Myszczyzyn, psychoterapeutkę, terapeutkę uzależnień i kierownika studiów podyplomowych na kierunku Specjalista Terapii Uzależnień. Pani Magdalena będzie moderować dzisiejsze spotkanie.

#### Magdalena Smaś-Myszczyzyn

Witam jeszcze raz wszystkich Państwa. Chciałam państwu powiedzieć o zaburzeniach hiperseksualnych, o diagnostyce hiperseksualności, ale też chciałam podzielić się z Państwem wynikami moich badań, realizowanych w ramach projektu badawczego do pracy doktorskiej, dotyczących zaburzeń hiperseksualnych przeprowadzonych na grupie polskich mężczyzn. I w związku z tymi badaniami dotknę terapii zaburzeń hiperseksualnych.

Jak państwo wiecie mamy bardzo wiele określeń dotyczących tego problemu. Mówimy o nadmiernym popędzie seksualnym u mężczyzn, o nimfomanii, czyli nadmiernym popędzie seksualnym u kobiet. Możemy spotkać w literaturze określenie erotomania, które

jest najbardziej błędnym ze wszystkich określeń, ponieważ erotomania to zaburzenie psychotyczne polegające na tym, że komuś się wydaje, że inni są w nim zakochani. Występuje ono jako jeden z objawów procesu psychotycznego. Mówimy o uzależnieniu od seksu, czyli o nałogowej seksualności, o kompulsywnej seksualności. Możemy mówić o impulsywnej seksualności, o zaburzeniach kontroli popędu, albo też, jak to się ostatnio przyjęło w literaturze, o tzw. zaburzeniach hiperseksualnych, zgodnie z definicją Martina Kafki z 2010 roku.

Jeśli chodzi o diagnostykę, to w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) istnieje diagnoza nadmiernego popędu seksualnego. Jednak w tym podręczniku zawarta jest jednocześnie informacja, że „nie podjęto próby badawczej dla tej kategorii. Badającym kategorię zaleca się przygotowanie własnych kryteriów”.

Nieco inną klasyfikację prezentuje Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-V), gdzie można znaleźć sformułowanie nieokreślonych bliżej zaburzeń seksualnych. Właśnie w ramach pracy nad DSM-V Martin Kafka zaproponował stworzenie takiego zespołu zaburzeń seksualnych, który określa, jako zespół kliniczny, charakteryzujący się utratą kontroli nad fantazjami seksualnymi, popędami i zachowaniami, którym towarzyszą niepożądane konsekwencje i / lub osobiste cierpienie.

Kryteria, które zaproponował M. Kafka są to też kryteria badawcze, na których opierałam diagnostykę pacjentów objętych moimi badaniami. Zgodnie z tymi kryteriami hiperseksualność diagnozujemy u osób powyżej 18 roku życia. Objawy tego zaburzenia występują przez okres co najmniej sześciu miesięcy. Osoba doświadcza powracających intensywnie fantazji seksualnych, popędów i zachowań połączonych z czterema, albo i więcej rodzajami objawów:

- ✓ przez większość czasu osoba jest pochłonięta przez seksualne fantazje i popędy lub zachowania,
- ✓ zaangażowanie w fantazje i popędy seksualne w odpowiedzi na obniżone stany emocjonalne i na stresujące wydarzenia życiowe,
- ✓ powtarzanie bez sukcesu prób kontroli, albo znaczącego zredukowania zachowań seksualnych,
- ✓ powtarzanie zaangażowania w fantazje, popędy i zachowania seksualne pomimo fizycznych lub emocjonalnych szkód dla siebie i/lub innych.

Kafka mówi też o tym, że jednocześnie musi wystąpić kryterium drugie i trzecie, które wiąże się z doświadczaniem cierpienia przez osobę lub jego otoczenie. Jeśli ktoś nie doświadcza w związku ze swoimi zachowaniami cierpienia, ani też osoby z otoczenia nie dają sygnału, że odczuwają cierpienie, nie możemy zdiagnozować zaburzeń hiperseksualnych. Te seksualne fantazje, popędy i zachowania nie wynikają z bezpośredniego, fizjologicznego działania narkotyków lub leków i nie są wynikiem epizodu maniakalnego.

W roku 1976 próbowano stworzyć kryterium ilościowe, które nazywamy TSO (total sexual outlet). Mówiło ono, że więcej niż 7 orgazmów w tygodniu, niezależnie od drogi jego osiągnięcia, świadczy już o hiperseksualności, natomiast żadne z późniejszych badań nie potwierdziło tego, żeby kryterium ilościowe mogło być wskaźnikiem zaburzeń

hiperseksualnych. Raczej mamy tu obiektywne postrzeganie potrzeb pacjenta oraz poczucie krzywdy i cierpienia.

W 2014 r. ukazał się artykuł, w którym grupa robocza zaproponowała, żeby dodać do grupy uzależnień, kompulsywne zaburzenia seksualne i żeby te zachowania zastąpiły kategorię nadmiernego popędu seksualnego. Jesteście Państwo jednymi z pierwszych, którzy mogą zobaczyć kryteria kompulsywnych zachowań seksualnych, które będą przyjęte w ICD-11. Myślę, że w Polsce ma do nich dostęp około 5 osób, więc jesteście Państwo szczególnie wyróżnieni. Te kryteria, które będą przyjęte w ICD-11, które wejdą do nas w przyszłym roku jako system diagnostyczny, mówią, że podstawowe cechy wymagane do stwierdzenia kompulsywnych zaburzeń seksualnych to uporczywy sposób nieustannego kontrolowania intensywnych, powtarzających się impulsów seksualnych lub silnej ich potrzeby, skutkujący brakiem kontroli nad tymi zachowaniami. Objawiają się one poprzez angażowanie się w powtarzające się zachowania seksualne, które stało się centralnym punktem życia osoby do tego stopnia, że zaniedbuje zdrowie, siebie lub swoje zainteresowania, działania i obowiązki, lub mimo że osoba dokonała wielu nieudanych prób kontrolowania, lub znaczącego ograniczenia zachowań seksualnych, nadal angażuje się w powtarzające się zachowania seksualne, nawet mimo niekorzystnych konsekwencji, lub też nadal angażuje się w te zachowania nawet wtedy, gdy uzyskuje z nich niewielką satysfakcję. To co jest charakterystyczne w zaburzeniach hiperseksualnych to fakt, że sam orgazm nie jest przyjemnością, tylko dążenie i czas poprzedzający jest przyjemny i mamy w nim najwyższy poziom przyjemności. Sam orgazm bardzo często bywa czymś przykrym ponieważ kończy daną aktywność i sprawia, że ona nie będzie mogła być już kontynuowana, przynajmniej przez jakiś najbliższy czas.

To co było bardzo charakterystyczne u pacjentów, których badałam, a miałam możliwość zbadać w sumie 125 pacjentów leczących się w poradniach leczenia uzależnień na terenie całego kraju, z których włączono 108 osób do dalszych badań (wykluczone zostały osoby z zaburzeniami o charakterze pedofilii), to były emocje, które towarzyszyły podjęciu aktywności seksualnej. Pacjenci powszechnie mówili o drażliwości, o niepokoju, smutku, złości, o różnych dysforycznych stanach emocjonalnych.

Pozostałe kryteria, które zaleca ICD-11, to brak kontroli silnych impulsów seksualnych, lub silnej potrzeby i wynikające z tego niepowodzenia, które trwają przez dłuższy czas, przynajmniej przez 6 miesięcy. Wzorec tych zachowań i ich powtarzanie powoduje nieszczęście lub zaburzenia w zakresie życia osobistego lub rodzinnego, społecznego, edukacyjnego, zawodowego, albo innych ważnych dla pacjenta obszarów funkcjonowania.

Jest kilka hipotez dotyczących podłoża zaburzeń hiperseksualnych. Mówimy o nadmiernym popędzie płciowym, ale dotyczy on głównie pacjentów, którzy mają różnego rodzaju uszkodzenia neurologiczne. Nadmierny popęd seksualny może wynikać z przyjmowania leków L-DOPA, które są stosowane w leczeniu choroby Alzheimera. Nadmierny popęd seksualny może być początkiem objawów choroby Alzheimera, może wynikać z uszkodzeń neurodegeneracyjnych mózgu, choroby Picka, może wynikać z choroby Parkinsona, może być wynikiem padaczki skroniowej, czy kiły. Wtedy mówimy o nadmiernym popędzie seksualnym, którego pacjenci nie mogą kontrolować, natomiast to wynika z objawów somatycznych tego pacjenta, a nie jest hiperseksualnością.

Mówimy tu o koncepcji uzależnienia, o koncepcji zaburzenia obsesyjno-kompulsywnego. Jednocześnie mówimy tu o zaburzeniach bliskości i więzi, o zaburzeniach preferencji seksualnych. I M. Kafka mówi, że tak jak mamy parafilie polegająca na nieprawidłowym obiekcie, na przykład na dziecku, tak tutaj nieprawidłowym obiektem jest to, że osoba hiperseksualna nie koncentruje się na drugiej osobie tylko na własnych wyobrażeniach osoby zaczerpniętej z obrazów pornograficznych, co wiąże się z przedmiotowym seksem. Jest to zatem forma parafilii – oderwania przedmiotu pożądania od osoby.

Jak to zagadnienie wygląda w świetle badań naukowych? Odwołam się do badań, które są innowacyjne i obecnie będą stanowić kryterium do kolejnych badań, które miałam przyjemność wykonać wspólnie z prof. Michałem Lew-Starowiczem. Powiem Państwu o koncepcji impulsywności i kompulsywności. Mówiąc o impulsywności będę się odnosiła do procesu dyskontowania. Dyskontowanie mówi nam o umiejętności odraczania gratyfikacji i jest bardzo ważnym wskaźnikiem predysponującym pacjenta do terapii i mówiącym o wskazaniach do terapii. Ludzie różnią się ze względu na tzw. indywidualne umiejętności odraczania gratyfikacji. Różnice w tej umiejętności mają związek z impulsywnością, czyli z preferowaniem nagrody mniejszej, ale natychmiastowej, oraz samokontrolą, czyli wyborem większej, ale odroczonej. Cechą charakteryzującą wyższą impulsywność jest to, że osoby o wysokiej impulsywności mają wysoką stopę dyskontową w odróżnieniu od ludzi o niskim poziomie impulsywności. Mówiąc najprościej, jeżeli mamy najwyższy poziom impulsywności i najwyższą stopę dyskontową to będziemy wybierać nagrody mniejsze, ale osiągane już i teraz, a będziemy rezygnować z nagród większych, ale odroczonej w czasie. Nagrody te w przypadku osób uzależnionych to np. substancje psychoaktywne, albo czynności, od których jesteśmy uzależnieni.

Drugie pojęcie kluczowe, którego będziemy tutaj używać, to zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. To są zaburzenia, których cechą charakterystyczną jest występowanie nawracających, natrętnych myśli, obsesji i czynności czyli kompulsji, którym trudno się oprzeć, ponieważ próba powstrzymania się od nich wiąże się z narastającym lękiem, niepokojem i cierpieniem.

Jaki był cel tego badania? Celem tego badania było sprawdzenie czy osoby hiperseksualne z trzech bardzo specyficznych grup, czyli (1) osoby kompulsywnie masturbujące się, (2) osoby nawiązujące kontakty seksualne z wieloma partnerami i (3) osoby, które jednocześnie kompulsywnie się masturbują i nawiązują kontakty z wieloma partnerami różnią się między sobą właśnie pod kątem stopy dyskontowej, impulsywności i symptomów obsesyjno-kompulsywnych i poziomu lęku. Metody, które były wykorzystywane w tych badaniach to kwestionariusz wyboru wyplat – dyskontowania Kibry. Kwestionariusz składa się z 27 pytań na takich, jak: „czy wolisz otrzymać dzisiaj kwotę mniejszą, czy za określony czas kwotę większą”, np. „czy wolisz dostać 50 złotych dzisiaj, czy 70 złotych za 112 dni? Czy wolisz dostać 20 złotych dzisiaj, czy wolisz dostać 100 złotych za 218 dni? Czy wolisz dostać 70 złotych dzisiaj, czy 72 złote za 30 dni?”.

To były pytania sprawdzające — chodziło w nich zarówno o małe, średnie jak i duże nagrody. Dodatkowo używaliśmy skali UPPS w adaptacji Ryszarda Potrawy, skali Y-BOCS, skali OCI-R, używaliśmy testów STAI i dodatkowo były przeprowadzony pogłębiony trzy godzinny wywiad seksuologiczny oraz wywiad badający uwarunkowania rodzinne tych



pacjentów. Ponieważ wymienione trzy grupy pacjentów nie były równoliczne użyliśmy testów nieparametrycznych do analizy.

Jakie były wyniki tych badań? Okazało się, że pacjenci z grupy pierwszej i trzeciej nieznacznie różnią się od pacjentów z grupy drugiej, jeżeli chodzi o ogólny wynik w tej skali badającej zaburzenia obsesyjno-kompulsywne. Okazało się także, że 34% badanych wykazało bardzo silne nasilenie ogólnych objawów natręctw, wskazujących na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z grupy 1 i 3.

W teście Y-BOCS stwierdziliśmy największe nasilenie objawów natręctw i objawów kompulsywnych w grupie pierwszej, czyli grupie kompulsywnie masturbującej się. Y-BOCS jest testem o wiele bardziej czułym i nieprzesiewowym w porównaniu z OCI-R. Według Y-BOCS 62% wszystkich pacjentów z hiperseksualnością miało umiarkowane zaburzenia kompulsywne, a aż 18% miało ciężkie objawy obsesyjno-kompulsywne. Większość pacjentów z ciężkimi objawami obsesyjno-kompulsywnymi, bo aż 70%, pochodziło z grupy pierwszej, czyli grupy pacjentów kompulsywnie masturbujących się. W teście STAI, mierzącym lęk jako stan i lęk jako cechę, możemy zobaczyć największy poziom nasilenia lęku jako cechy u pacjentów kompulsywnie masturbujących się.

Wysoki poziom lęku jako cechę osiągnęło aż 45% badanych pacjentów. Najczęściej występującą obsesją u pacjentów były obsesje dotyczące agresji, zanieczyszczeń, obsesje seksualne, symetrii i dokładności oraz somatyczne. Najczęściej występujące kompulsje, to sprawdzanie i kompulsje seksualne.

W teście zdolności dyskontowania, czyli odraczania oczekiwanej nagrody, w grupie osób mających jednocześnie przygodne kontakty seksualne, wielu partnerów i kompulsywnie masturbujących się, w każdym przedziale, zarówno w wyniku ogólnym, w małych kwotach jak i w średnich kwotach ten poziom impulsywności był największy. Ci pacjenci nie posiadają zdolności odraczania gratyfikacji. O wynikach testów mówi nam tzw. współczynnik  $k$ , czyli parametr dyskontujący  $k > 0,025$  świadczy o impulsywności. Charakterystyczne jest to, że wszyscy pacjenci z grupy trzeciej mają wyniki  $k$  przekraczające 0,025 co świadczy o impulsywności, które towarzyszą hiperseksualności.

Ostatnia prawidłowość wynikająca z badań, których wyniki chciałam Państwu pokazać, to są poszczególne parametry, czy też kwestie impulsywności dotyczące negatywnej popędliwości, wykazane w teście UPPS. Są to skłonności do pochopnego działania w skrajnie negatywnych emocjach, braku premedytacji, czyli skłonność do działania bezrefleksyjnego, braku wytrwałości, czyli niezdolności do skupiania się na działaniu oraz do poszukiwania doznań. Chodzi tu o tendencje do poszukiwania nowych, ekscytujących doświadczeń i pozytywnej popędliwości, czyli skłonności do pochopnego działania w skrajnie pozytywnych emocjach. Okazało się, że to co wyróżnia grupę badaną to właśnie brak premedytacji w działaniu oraz wytrwałości. Osoby z grupy trzeciej znacząco różniły się i miały statystycznie wyższe wyniki w tych dwóch podskalach, czy też obszarach z grupy pierwszej i drugiej.

Jakie z tego wynikają wnioski? Po pierwsze charakter obsesji i kompulsji prezentowany przez osoby hiperseksualne jest bardzo zróżnicowany i obejmuje wiele aspektów niezwiązanych z seksem. Istotne różnice występują w zależności od nasilenia objawów kompulsywno-obsesyjnych oraz poziomu lęku pomiędzy tymi grupami. W grupie pacjentów kompulsywnie masturbujących się wykazano wyższy poziom lęku i wyższy

poziom objawów kompulsywno-obsesyjnych niż w pozostałych grupach. Obsesje i kompulsje nie są spójne ze sobą. Ten wynik badań jest zaskakujący.

Do tej pory myślano, że pacjent fantazjuje o seksie i potem się masturbuje. Okazało się, że obsesje, uporczywe myśli, wcale nie dotyczą sfery seksualnej tylko głównie sfery agresji. Najwięcej pacjentów miało myśli obsesyjne dotyczące obszarów agresji – tego, że mogą zrobić krzywdę sobie lub komuś. Wyniki te mogą wskazywać, że grupa pierwsza, czyli grupa osób kompulsywnie masturbujących się, jest bardzo specyficzną grupą i u tej grupy podstawą utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi jest wysoki poziom lęku i może to być zaburzenie właśnie o charakterze obsesyjno-kompulsywnym.

Natomiast zgodnie z opisem efektem wielkości wypłaty niższe kwoty są dyskontowane silniej niż wysokie we wszystkich tych grupach pacjentów. Pacjenci z grupy trzeciej byli najbardziej impulsywni i preferowali natychmiastowe nagrody we wszystkich rodzajach nagród. Co daje nam implikacje do psychoterapii tych pacjentów i możemy przypuszczać, że tutaj podłożem do utraty kontroli nad zachowaniami seksualnymi jest wysoki poziom impulsywności. To świadczy o tendencjach czy o zachowaniach uzależniających i możemy rozpatrywać tę grupę w kategoriach uzależnienia od seksu.

W związku z tym w psychoterapii tych pacjentów najbardziej odpowiednia wydaje się strategia małych kroków z częstymi podsumowaniami i gratyfikacją. Bo skoro ci pacjenci preferują nagrody mniejsze, ale natychmiastowe, w związku z tym żeby w terapii ich zmotywować musimy zastosować strategię małych kroków z bardzo częstymi podsumowaniami i częstymi nagrodami, ponieważ ci pacjenci nie są w stanie wytrwać długotrwałego celu.

Ponadto musimy wziąć pod uwagę, że skoro nagrody są silniej dyskontowane niż kary, u pacjentów o wysokiej stopie dyskontowej, musimy w terapii kłaść duży nacisk na korzyści wynikające z zaprzestania danego zachowania, a nie na konsekwencje wynikające z dalszego kontynuowania danych zachowań. Uwypuklanie korzyściami z zaprzestania danych zachowań i eksponowanie ich będzie wzmacniało motywację i proces terapeutyczny z tymi pacjentami

Podsumowując, zaburzenia hiperseksualne są uwarunkowane różnymi czynnikami i nie ma jednego modelu teoretycznego dla wszystkich pacjentów, a nawet jednego modelu teoretycznego dla jednego pacjenta. To wiąże się z koniecznością całościowego rozumienia i stosowania koncepcji, które są zintegrowane. Oczywiście zachodzi tu dalsza konieczność badań nad mechanizmami neuronalnymi tych zaburzeń i konieczne jest uwzględnienie zaburzeń hiperseksualnych w klasyfikacjach ICD-11 czy DSM-V i potrzeba dalszej integracji w psycho- i farmakoterapii.

Teraz chciałabym zaprosić panią Katarzynę Stępkowską, która jest psychologiem, socjologiem i zajmuje się tematyką zaburzeń hiperseksualnych.

### **Katarzyna Stępkowska**

Uzależnienie od pornografii, o którym będę mówiła, wpisuje się w tematykę uzależnień od zachowań seksualnych, czy też, w zależności od przyjętej nomenklatury, zaburzeń hiperseksualnych, o których była wcześniej mowa.

Współcześnie mamy do czynienia z ogromnym rozwojem biznesu porno "kultury". Jest to jedna z najbardziej i najszybciej rozwijających się gałęzi przemysłu. Jedna ze stron,

dysponująca danymi tylko z 2005 roku opublikowała liczniki wskazujące, jak często w tamtym czasie korzystano z materiałów pornograficznych i jakie środki pieniężne na ten cel przeznaczano. Dla przykładu, w ciągu 10 sekund obserwacji, liczniki wskazały na 282 580 osób, które skorzystały w tym czasie z materiałów pornograficznych, zaś kolejnych 3 720 osób wpisało w wyszukiwarkach internetowych zapytania dotyczące pornografii. W samym roku 2005 w każdej sekundzie zostało wydanych ponad 3 mln dolarów na pornografię. W każdej sekundzie 2005 roku 28 000 osób oglądało materiały pornograficzne, a 372 osób ją wyszukiwało. Co 39 sekund pojawiał się nowy film pornograficzny. Obecnie trudno jest zdobyć aktualne informacje. Posiadamy jeszcze wybiórcze dane z 2014 roku jednego z portali oferujących darmowy dostęp do pornografii. Z danych tych wynika, iż w samym 2014 roku całkowita liczba wizyt na tym jednym tylko portalu pornograficznym wyniosła ponad 18 miliardów (!) odsłon. Liczba obejranych filmów pornograficznych na tej jednej tylko stronie internetowej wyniosła 79 miliardów, czyli w przeliczeniu, było to 11 filmów na każdego mężczyznę, każdą kobietę i każde dziecko, które zamieszkiwało w tamtym czasie glob ziemski.

Jednocześnie musimy sobie uświadomić, że materiały, które kiedyś były określane jako pornografia, obecnie są już zaliczane do tzw. *soft-porno*, czyli miękkiej pornografii. Dawna *hard-porno* to współcześnie "po prostu" zwykła pornografia. A jak wskazuje *Adult Video News* - miesięcznik poświęcony przemysłowi pornograficznemu w USA - filmy najczęściej oglądane i przynoszące największe przychody finansowe pochodzą z materiałów zaliczanych do tzw. kategorii *gonzo*, czyli zawierających brutalne treści seksualne (brutalną przemoc, najczęściej prezentowaną we wszystkich trzech wymiarach – słownym, psychicznym i fizycznym). Od 1990 roku znacząco i systematycznie zwiększała się ilość produkcji właśnie tego rodzaju pornografii, a tendencja ta wciąż się utrzymuje.

Wróćmy jeszcze na chwilę do terminologii. Mówiąc o pornografii, możemy przyjmować różne definicje, bowiem trudno byłoby wyszczególnić jedną, obowiązującą i powszechnie akceptowaną definicję. Definiowanie pornografii różni się w zależności od kraju, ale również w obrębie poszczególnych krajów toczą się dyskusje, co należy nazywać pornografią, a co jeszcze nią nie jest. Sięgając jednak do podłoża słowotwórczego, skorzystajmy z języka greckiego skąd pochodzą słowa *porné* i *gráphō*. Ciekawym jest, iż w starożytnej Grecji *pornea* była najtańszą, należąca do wszystkich prostytutką, traktowaną nawet gorzej niż niewolnicy. Zatem pornografia nie była rozumiana, jako pisanie o seksie, czy przedstawianie seksu, jak mogłoby się wydawać. Pornografia rozumiana była jako pisanie o nierządnicach, graficzne przedstawienie kobiety jako nikczemnej, podłej prostytutki. Szanowni Państwo, i właśnie taki przekaz potwierdza się we współczesnej pornografii, w której stosunek do kobiety jest przepełniony wulgarnością i przemocą, zaś najczęściej używanym w filmach pornograficznych określeniem kobiety, jak wskazują analizy, jest słowo - przepraszam za dosadność – "suka".

W latach 1953, 1979, 1993 odnotowano pierwsze wydania tzw. czasopism dla dorosłych, zawierających treści o charakterze pornograficznym. Jednak to, co charakteryzowało tamte czasy to m.in. fakt, iż dostęp do tego typu treści był ograniczony. Ograniczona była zarówno ilość – w kontekście dostępności oraz ograniczona była jakość. Aby zdobyć tego typu pismo, trzeba było pofatygować się do kiosku, wyłożyć pieniądze, przełamać wstyd i kupić. Mimo wszystko jednak, zasięg i częstotliwość wydawania takich

czasopism były również ograniczone oraz same treści prezentowane w tych czasopismach, były siłą rzeczy ograniczone formą przekazu. Prawdziwą rewolucję przyniósł internet. Za sprawą internetu dostęp do pornografii stał się praktycznie nieograniczony. Po pierwsze w kontekście finansowym, ponieważ można korzystać z materiałów pornograficznych za darmo. Po drugie w kontekście dostępności, ponieważ:

- nie ma żadnych ograniczeń, co do treści prezentowanych w materiałach pornograficznych;
- nie ma żadnych ograniczeń, co do ilości prezentowanych materiałów pornograficznych;
- nie ma żadnych ograniczeń, co do zasięgu geograficznego i co do czasu, w ciągu którego korzysta się z materiałów pornograficznych;
- oraz nie sposób zweryfikować faktycznego wieku osób korzystających z takich treści.

A teraz proponuję, byśmy przez chwilę przyjrzyli się temu, co każdego dnia, każdy z nas mijają na ulicach, czyli bilbordom reklamowym. Spójrzmy na przykładowe reklamy z naszych podwojek czy ulic, okolic szkół, przedszkoli i kościołów: „*Zrobimy ci dobrze*”, „*Niektórzy nie muszą za to płacić*”, „*Dziś będzie na twarz skarbie*”. Zdjęcia te niewiele się różnią od zdjęć z rozkładówek Playboya, a jednak współcześnie wszyscy mamy z tym styczność, niezależnie od tego, czy tego chcemy czy też nie. Co więcej, nie tylko osoby dorosłe, dojrzałe, ale również dzieci na co dzień stykają się z takimi właśnie treściami. W tym miejscu nasuwa się pytanie, czy my w ogóle zwracamy na to uwagę? Czy w jakikolwiek sposób oburzamy się, że w przestrzeni publicznej, każdy z nas niezależnie od wieku, spotyka się z hasłami „*Wymień starą na nową*” (reklama dotyczy nawigacji, ale przedstawiona jest na niej półnaga kobieta), czy też „*już 5000 fanów wie jak zrobić sobie dobrze w 3 minuty*” (reklama produktu spożywczego, ale przedstawia kobietę mającą zalane usta jakąś białą cieczą, co miałyby sugerować stosunek oralny), bądź też „*jeszcze tego nie miałam w ustach*”, „*ona już wie, co za chwilę będzie miała w ustach*”, które to hasła reklamowe wraz z prezentowaną treścią graficzną również odnoszą się do stosunku oralnego, zaś reklamować mają produkty spożywcze. Tym wszystkim jesteśmy na co dzień bombardowani na ulicach naszych miast. I gdyby nie fakt, że prezentuję zdjęcia omawianych reklam w Szkole Wyższej oraz, że reklamy te są skumulowane na kilku slajdach, to zapewne większość spośród nas do tej pory nie dostrzegłaby skali tego zjawiska. My zaś obracamy się w takiej przestrzeni publicznej każdego dnia. Na co dzień stykamy się z takimi treściami, a one nas nie bulwersują, nie szokują, nie zaskakują, nie dziwią nawet. Pytanie zatem, dlaczego tak jest? Myślę, że za Kimberly Young możemy to wyjaśnić zjawiskiem desensytyzacji. Wskazuje ona, iż na każdym kolejnym etapie konsumpcji pornografii zachodzi proces utraty wrażliwości: to co kiedyś było uważane za szokujące i ohydne teraz staje się dla odbiorców normalne, codzienne. Poprzez styczność z tymi treściami przestajemy być na nie wrażliwi. Przemysł pornograficzny wdarł się do strefy publicznej i w ten sposób wywiera na nas wszystkich wpływ, jest to wpływ globalny. To co kiedyś byłoby dla nas szokujące, a prezentowanie pewnego rodzaju treści w przestrzeni publicznej uznalibyśmy za niewłaściwe i zapewne sprzeciwilibyśmy się temu, dziś nawet nie przykuwa naszej uwagi. To co kiedyś było domeną środowisk, o których się nie rozmawiało publicznie, teraz staje się pewną ogólną normą.

Omawiając etapy uzależnienia od pornografii posłużę się klasyfikacją Kimberly Young, choć jest ona bardzo podobna do klasyfikacji autorstwa Victora Clinea. Obie

klasyfikacje są zbliżone z tym, że Kimberly Young pierwszy etap, który wskazuje Clein, podzieliła na dwa podetapy.

Etap pierwszy to odkrycie. Następuje często na skutek przypadku, lub w celu zaspokojenia ciekawości. Pojawia się dreszcz emocji, stan podniecenia, przyływ adrenaliny. Drugi etap to eksperymentowanie lub poszukiwanie. Materiały pornograficzne oglądane są coraz częściej i w coraz większych ilościach. Towarzyszy temu etapowi fascynacja treściami pornograficznymi, wyszukiwanie coraz to nowszych materiałów oraz szukanie usprawiedliwień i wymówek by zagłębiać się w świat pornografii: „wszyscy to robią”, „nikomu nie robię nic złego”, „nie mam partnerki więc muszę w jakiś inny sposób rozładować swoje napięcie seksualne”, „mam wysokie libido” itp. Kolejny etap to ten, o którym wcześniej już wspominałam, czyli desensytyzacja – to co kiedyś było uznawane za szokujące i ohydne teraz staje się normalne, zwykłe. Dla przykładu: osoba, która wcześniej brutalną pornografią uznawała za niedopuszczalną, stopniowo zaczyna coraz częściej oglądać takie właśnie treści. Te treści zaczynają ją szczególnie podniecać, zaczyna ich celowo poszukiwać. Kolejnym etapem jest efekt eskalacji – potrzeba coraz mocniejszego materiału, coraz bardziej brutalnego, drastycznego czy perwersyjnego by utrzymać się na dotychczasowym poziomie podniecenia. Jeden z chłopców uzależniony od pornografii i masturbacji stwierdził, że nie dostrzegał problemu do momentu aż stanął przed wyborem – nic go już nie podniecało poza pornografią homoseksualną albo pornografią pedofilijną. I dopiero wtedy stwierdził, że "chyba coś jest nie tak". Tym bardziej, że zaczął patrzeć na mężczyzn w kontekście seksualnym, zaczął seksualizować swoich kolegów, co nigdy wcześniej mu się nie zdarzało. Ostatni etap to realizacja – w pewnym momencie pornografia po prostu "kończy się", nie wystarcza, czyli nie może zaproponować swym konsumentom już bardziej drastycznych, szokujących czy perwersyjnych treści. A to, co znane, już nie pobudza osób uzależnionych. Dlatego konsument pornografii zaczyna chcieć doświadczać w rzeczywistości wszystkiego tego, co oglądał z nadzieją, że wówczas znowu poczuje poziom satysfakcji, jaki wcześniej odczuwał, odkrywając świat seksu, jaki kreuje przemysł pornograficzny. Stąd częste zjawisko przenoszenia scen pornograficznych do sypialni małżeńskiej, co jest poważnym i częstym problemem w związkach z osobą uzależnioną od pornografii.

W tym miejscu należy podkreślić, że pornografia ukazuje całkowicie wypaczony obraz kobiety, całkowicie wypaczony obraz mężczyzny oraz całkowicie fałszywy obraz współżycia seksualnego. Tak wdrukowane w młode umysły nieprawdziwe obrazy i wyobrażenia na temat seksualności, boleśnie konfrontowane są z rzeczywistością, do której nie przystają. Przytoczę fragment wywiadu z psychoterapeutą Anetą Zielińską, która zajmuje się dziećmi uzależnionymi od pornografii. Wskazuje ona na przykładzie brytyjskim z 2012 roku, że na infolinię dzwonią małe dziewczynki i żalą się, że są zmuszane przez swych chłopaków do naśladowania zachowań z filmów pornograficznych. Pytając o skalę tego zjawiska nie sposób wskazać realnych statystyk, ponieważ takie nie są prowadzone.

Niewątpliwie każde uzależnienie jest chorobą postępującą. Przed chwilą mówiliśmy o efekcie eskalacji, czyli zapotrzebowaniu na coraz silniejsze bodźce, poszukiwaniu coraz bardziej wyrazistych, perwersyjnych materiałów, żeby osiągnąć ten sam poziom podniecenia, który wcześniej dawały tzw. lżejsze treści pornograficzne. We wciąż jeszcze obowiązującej 10 edycji Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

ICD-10 (jak wiemy na dniach ma zostać opublikowana edycja 11), wśród wskazówek diagnostycznych dla Zespołu uzależnienia (F1X.2) występuje stwierdzenie tolerancji, które oznacza, że w celu wywołania skutków poprzednio powodowanych przez dawki mniejsze, potrzebne są dawki coraz większe (Kimberly Young oraz Victor Cline nazywają właśnie to zjawisko efektem eskalacji). Przemysł pornograficzny chcąc zatrzymać konsumentów, wymyśla kolejne produkty i coraz to nowsze formy pornograficzne dla swych odbiorców. Włącza do swych produkcji coraz bardziej szokujące treści, ciągle przesuując granice.

Jedną z najbardziej symptomatycznych akcji przemysłu pornograficznego była ogromna batalia o pornografię prezentującą udział w aktach seksualnych "dzieci" (aktorzy pełnoletni jednak ucharakteryzowani na dzieci – tzw. pornografia pseudodziecięca), czy też cyberpornografię dziecięcą. Mówiąc o tej batalii najpierw musimy wiedzieć, że w 1996 roku Kongres USA przyjął *Child Pornography Prevention Act* (CPPA), w którym to dokumencie objęto kryminalizacją takie formy jak: pornografia dziecięca z udziałem małoletnich, pornografia dziecięca z udziałem dorosłych ucharakteryzowanych na małoletnich, pornografia dziecięca w postaci kreskówek, rysunków oraz innych nierealistycznych przedstawień. Prawo to obowiązywało w całych Stanach Zjednoczonych Ameryki, co stanowiło pewną formę hamulca dla całego przemysłu pornograficznego. Dlatego też biznes pornograficzny zjednoczył się pod szyldem *Free Speech Coalition* (czyli "koalicja na rzecz wolności słowa") i w 2002 roku wytoczył sprawę przeciwko rządowi Stanów Zjednoczonych. W konsekwencji Sąd Najwyższy USA opowiedział się przeciwko dotychczas obowiązującym postanowieniom CPPA wskazując, iż walka z pornografią dziecięcą jest słuszna, jednak „nie może odbywać się kosztem wolności słowa” (sic!). Jakie to przyniosło konsekwencje? Między innymi została dopuszczona do powszechnego obiegu tzw. pornografia pseudodziecięca oraz cyberpornografia dziecięca. Pozwoliło to na stworzenie ogromnej niszy dla wszystkich tzw. fanów pornografii dziecięcej. Jednak próby dalszego przesuwania granic wciąż mają miejsce. Wystarczy spojrzeć na te zdjęcia. To już nie są zdjęcia prezentujące dorosłe kobiety ucharakteryzowane na dzieci. To są faktycznie małe, 6-7 letnie dziewczynki ucharakteryzowane na dorosłe kobiety w pozach seksualnych. I choć nie jest to jeszcze pornografia *sensu stricto*, jednak wskazuje na pewne trendy. Gdzie nas to dalej zaprowadzi? Wszystko zależy od nas.

### **Magdalena Smaś-Myszczyszyn**

Bardzo dziękuję pani Katarzynie. Teraz chciałabym poprosić o wystąpienie panią poseł Małgorzatę Zwiercan.

### **Małgorzata Zwiercan**

To co powiedziały moje przedmówczynie pokazuje jak wiele jest przed nami do zrobienia. Jako przedstawiciel parlamentu powinniśmy ustanawiać odpowiednie prawo. Pani siedząca obok mnie, słuchając co mówiły panie powiedziała „jest to przerażające”. To co udało nam się do tej pory zrobić, to jest tak niewiele w tym gąszczu tego prawa, które powinniśmy zmienić. I słuchając pań, a wcześniej rozmawiając z panem dyrektorem, który jest przedstawicielem Krajowego Biura Przeciwdziałania Narkomanii wydaje mi się, że powinnam wystąpić do ministra zdrowia o powołaniu zespołu, który zacznie pracować nad zmianami systemowymi w leczeniu uzależnień. Mówimy tutaj o leczeniu uzależnień

wszelkich. Ten zespół nie powinien się składać z 30 czy 50 osób. On powinien być bardzo wąski, ale taki, który będzie efektywnie pracował. Myślę, że to jest chyba teraz najważniejsze i najpilniejsze, co powinnam zrobić. Pan dyrektor mi wspomniał, że są przygotowane projekty ustaw, które po prostu gdzieś leżą. To co usłyszeliśmy wszystkich nas wstrząsnęło i myślę, że możemy to przełożyć na wszelkie inne uzależnienia, czy to będzie pornografia, czy to będzie hazard, czy to będzie alkoholizm, to jest po prostu obszar, gdzie powinniśmy mówić o uzależnieniach.

Uzależnienie i jego leczenie jest niestety w Polsce obszarem od lat zaniedbanym. Brakuje odpowiedniego ustawodawstwa, miejsc do dyskusji a często nawet dobrej woli do polepszenia tego stanu czy chociażby dostrzeżenia problemu. I choć powoli dzisiejsza rzeczywistość zaczyna się zmieniać, to wciąż jeszcze musimy włożyć wiele pracy, by zobaczyć zadowalające nas efekty.

Jako terapeuta uzależnień oraz przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień z doświadczenia wiem o wadach i niedociągnięciach obecnego systemu profilaktyki, przeciwdziałania, terapii, redukcji szkód oraz widzę możliwości gruntownych zmian w tym obszarze. Wchodząc do parlamentu jako poseł za jeden z głównych celów postawiłam sobie pracę na rzecz tych zmian. W styczniu 2016 roku założyłam pierwszy w historii Sejmu RP Parlamentarny Zespół ds. Rozwiązywania Problemów Uzależnień. Jest on miejscem debaty, w którym teoretycy i praktycy zajmują się rozwiązywaniem problemów uzależnień, ci którzy stosują prawo i ci, którzy je tworzą, mogą wymieniać swoje poglądy, prowadzić debatę. Parlamentarny Zespół jest też miejscem, w którym wszyscy na co dzień zajmujący się walką z uzależnieniami, jak Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, dyrektorzy Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnień, Krajowa Rada Związków i Stowarzyszeń Abstynenckich, różne fundacje i stowarzyszenia oraz wiele innych osób, mogą dyskutować o rozwiązaniach, które będą odpowiadały rzeczywistym potrzebom pacjentów i systemu lecznictwa, a nie tylko o tych, które wynikają z teoretycznych założeń.

Ważne jest dla mnie, żeby podejmowane przez nas działania były skorelowane z panującymi realiami. Żeby nie tworzyć prawa, którego później nie da się skontrolować czy egzekwować. Do niczego to nie prowadzi. Przykładem, który chciałabym przywołać w tym miejscu jest wydatkowanie przez gminy kwot zebranych z tzw. *korkowego*. Jak wszyscy dobrze wiemy, są to pieniądze, które powinny zostać przeznaczone na realizację przedsięwzięć profilaktycznych i rozwiązujących problemy uzależnień. Przez moją ponad dwuletnią pracę parlamentarzysty zbierałam z gmin informacje na ten temat i mogę z całą stanowczością stwierdzić, że w wielu przypadkach środki te nie są wydatkowane zgodnie z przeznaczeniem. Kupuje się z nich aparaty fotograficzne, finansuje wycieczki szkolne, wyjazdy rehabilitacyjne, czy obozy szkoleniowe Młodzieżowych Drużyn Pożarniczych. To tylko nieliczne przykłady szeregu dofinansowań, których udzieliły gminy z pieniędzy przeznaczonych na zabezpieczenie podstawowych potrzeb systemu profilaktyki, przeciwdziałania i leczenia osób uzależnionych.

Takie nadużycia są możliwe, ponieważ ustawa pozwala gminom na swobodną interpretację słuszności podejmowanych inicjatyw. I choć np. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych co roku wydaje Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,

to nie są to wytyczne, dla których istniałyby narzędzia prawne umożliwiające ich egzekwowanie, a jedynie zalecenia.

Co jest jednak istotne to fakt, że zalecenia te mogłyby okazać się wystarczające, a już na pewno miałyby większy sens i większą efektywność, gdyby władze samorządowe uznały uzależnienie za realny problem. Na podstawie niektórych z nadesłanych mi odpowiedzi podczas zbierania informacji dotyczących wydatkowania *korkowego* można odnieść wrażenie, że do tego jest niestety daleko. W przesłanych mi pismach mogłam przeczytać m.in.:

„Tak jak wielokrotnie pisałam, pieniądze pochodzące z zezwoleń na sprzedaż napojów alkoholowych wydajemy zgodnie z prawem. Zapraszam Panią do Gminy, aby zapoznać się z faktycznymi problemami mieszkańców”.

Wielokrotnie byłam również odsyłana do samodzielnych poszukiwań w Biuletynie Informacji Publicznej. To jasno pokazuje obojętność, niewiedzę i niekompetencję samorządowców w obszarze wyzwań jakie stanowi problem uzależnień. Czasami ignorancja ta prowadzi do sytuacji, w której na terenie wielu powiatów, w żadnej z gmin nie działa poradnia leczenia uzależnień, co w praktyce oznacza brak dostępu do podstawowej opieki dla osób uzależnionych.

Z przykrością stwierdzam, że takich miejsc, jak chociażby Łomża, której władze świadomie odmawiają organizacji przedsięwzięć sponsorowanych przez browary, tym samym ograniczając promocję alkoholu, jest w Polsce niewiele.

Według przekonań niektórych, należałoby bardziej zaostrzyć prawo, wymusić odpowiednie działania na lokalnych władzach. Nie jest to jednak odpowiednia droga. Ustawowe ograniczenia poprzez zabranie samorządom ich samorządności sprzyjałyby jedynie konfliktowi między władzą centralną a lokalną, nie zaś rozwiązaniu problemu.

Bez zmiany mentalności samorządowców żadne nowe regulacje prawne nic nie wniosą. Przykładem może być ostatnia nowelizacja Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, dająca lokalnym władzom możliwość na mocy uchwał ograniczenia punktów oraz godzin sprzedaży napojów alkoholowych na terenach podległych danej radzie gminy. Dzięki nowym regulacjom władze gmin mają duże pole oddziaływania, przeciwdziałania, a jednak niewiele robią.

Oczywiście, konieczność zmiany prawa również jest bezsporna. Nie chodzi jednak o jego zaostrzenie w stosunku do samorządów. Obecnie obowiązujące ustawy powstały wiele lat temu i wiele z ich zapisów nie ma już odniesienia do rzeczywistości. Powoli zmienia się spojrzenie na uzależnienie, jako wyłącznie chorobę danego pacjenta, a zaczyna się mówić o współuzależnieniu, o chorobie całego systemu rodzinnego, z którym bardzo często zmagają się najbliżsi chorego. Zaczynamy również mówić o tym, że uzależnienie nie jest tylko dolegliwością ludzi z niższych warstw społecznych, ale może dotknąć każdego – lekarza, nauczyciela, księdza, czy kierowcę.

Niewielkie zmiany w obecnym ustawodawstwie cieszą i dają nadzieję, jak ta wynikająca z mojej interwencji, polegająca na zlikwidowaniu obowiązku posiadania przez osobę współuzależnioną skierowania na terapię. Nie ulega jednak wątpliwości, że to nie wystarczy, że potrzebna jest zmiana gruntowna.

Ustawy regulujące rozwiązywanie problemów uzależnień muszą uwzględniać nowe trendy i doświadczenia w psychoterapii uzależnień. Muszą także racjonalizować organizację



systemu leczenia, czy funkcjonowanie dwóch odrębnych agend Ministerstwa Zdrowia: Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. W mojej ocenie istnienie dwóch instytucji, które *de facto* zajmują się tym samym – uzależnieniami – jest bezzasadne. Tym bardziej, że, jak się okazuje, nie konsultują one własnych działań i nie posiadają systemowych mechanizmów współpracy, czy wymiany doświadczeń. Połączenie tych dwóch bytów wydaje się być uzasadnione również w kontekście częstego współwystępowania u osób uzależnionych różnych form uzależnienia.

Na poziomie ustaw musi zostać rozwiązana także kwestia funkcjonowania Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia, których potencjał jest niewykorzystywany.

Nowa ustawa na nowo powinna uregulować system uzyskiwania środków pochodzących z wydawania zezwoleń na hurtowy obrót alkoholem, które stanowią dochód samorządu województwa. W praktyce, hurtownia płaci za wydanie zezwolenia w jednym województwie, uzyskując tym samym możliwość prowadzenia sprzedaży w całym kraju. Istnieją zatem ogromne dysproporcje pomiędzy województwami, w wysokościach uzyskiwanych przez marszałków środków przeznaczanych na wymienione w ustawie działania związane z przeciwdziałaniem uzależnieniom, w tym także działalność Wojewódzkich Ośrodków Terapii Uzależnień i Współuzależnienia. Różnice wynoszą nawet kilkukrotność uzyskiwanych sum i nie wpływają dobrze na holistyczny system przeciwdziałania uzależnieniom.

Prawnie powinny zostać również uregulowane wszelkie kwestie nadzoru nad niezarejestrowanymi podmiotami leczniczymi, które, jako zwykłe podmioty gospodarcze, w ramach swojej działalności prowadzą terapię uzależnień oraz organizują stacjonarne i całodobowe pobyty pacjentów. Obecny brak kontroli nad takimi instytucjami jest szkodliwy nie tylko w kontekście zarejestrowanych placówek, ale co istotniejsze zmniejsza bezpieczeństwo osób uzależnionych, szukających w tych instytucjach pomocy.

Problemem, który trzeba rozwiązać, jest także czas oczekiwania na leczenie uzależnienia. Podobnie jak w innych jednostkach chorobowych, także i tutaj czas odgrywa podstawową rolę. Osoba, która chce podjąć leczenie powinna mieć taką możliwość od razu i anonimowo. Oczekiwanie na leczenie sprawia, że wiele osób rezygnuje z niego, co przynosi szkodliwe skutki społeczne. NFZ nie jest również otwarty na nawet sprawdzone terapie eksperymentalne. Brakuje miejsc dla osób w specyficznej sytuacji, np. starszych, niepełnosprawnych czy z małymi dziećmi. System jakby o nich zapomniał.

W moim odczuciu konieczne jest powołanie krajowego konsultanta ds. uzależnień, ponieważ leczenie uzależnień powinno być samodzielną dziedziną opieki zdrowotnej. Leczenie uzależnień reprezentowane przez konsultanta krajowego ds. psychiatrii, nie pozwala na wystarczające uwzględnianie specyfiki problemu uzależnień.

Przywołane przeze mnie problemy to tylko najważniejsze „bolączki” istniejącego systemu. Jestem przekonana, że jeszcze w tej kadencji Sejmu RP uda się dokonać koniecznych zmian, by nie tylko terapeutom, ale przede wszystkim pacjentom, walka z uzależnieniem przychodziła łatwiej.

**Magdalena Smaś-Myszczyszyn**

Bardzo dziękuję pani poseł. Chciałam powiedzieć, że ogromnie miło mi się tego słuchało, ponieważ od wielu lat sama walczę o zmianę w polskim leczeniu uzależnień i dlatego postanowiliśmy powołać studia podyplomowe, które są z innym programem, innym naciskiem, żeby od innej strony jednak próbować to leczenie uzależnień zmieniać. Tak więc mam nadzieję, że te wszystkie zmiany, o których pani poseł mówiła odbędą się i jestem chętna do współpracy. Bo zgadzam się ze wszystkimi inicjatywami, o których pani mówiła.

A teraz zapraszam do zabrania głosu pana doktora Piotra Jabłońskiego, który jest dyrektorem Krajowego Biura do spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

### **Piotr Jabłoński**

Bardzo dziękuję organizatorom Konwersatorium za możliwość spotkania się z Państwem w trakcie którego mam mówić o tym jak wygląda całokształt problematyki uzależnień w Polsce. Wiele istotnych kwestii zostało już zasygnalizowanych w poprzednich wystąpieniach, mówiła o nich m.in. Pani Poseł Małgorzata Zwiercan. Nawiązując do jej wypowiedzi, odnoszącej się do generalnej potrzeby uporządkowania problematyki leczenia uzależnień, chciałbym Państwa poinformować, że w tej sprawie jesteśmy obecnie blisko istotnego kroku naprzód, takiego aby "połączyć" (nie tylko poprzez zwyczajowe nazewnictwo, ale przede wszystkim poprzez formalny status prawny) dwa certyfikaty: certyfikat terapeuty uzależnień (narkotykowy) i certyfikat psychoterapeuty uzależnień (alkoholowy). Projekt taki jest elementem toczącego się już procesu nowelizacji Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii. Będzie to nasz wspólny sukces, zmierzający do tego, żeby zacząć zmieniać myślenie o uzależnieniach generalnie. Tak na marginesie, chciałbym wspomnieć, że słuchając poprzedniej prezentacji mojej koleżanki, która mówiła m.in. o kryteriach diagnostycznych, które czasami są tak nieprecyzyjne czy niedopracowane, że pozwalają na być może zbytnią dowolność interpretacyjną, przypomniałem sobie starszego stażem terapeutycznym kolegę, który wypracował własne kryteria uzależnienia i twierdził, że pacjent uzależniony to jest ten pacjent, który pije więcej niż jego terapeuta.

Nawiązując do tego tematu, dlatego, że wspomnieliśmy w trakcie dzisiejszej dyskusji kwestię międzynarodowych klasyfikacji chorób: ICD- 10 i DSM –V.

Kolejne rewizje tych klasyfikacji wносиły zawsze coś nowego do rozumienia zjawiska uzależnień, ale rewizja, która teraz się materializuje (ICD 11) lub wręcz dokonuje (DSM-V), wydaje się, że zmieni całościowo nasze myślenie o uzależnieniach. Jakie mamy do tej pory zasadnicze kryteria diagnostyczne? Generalnie mówimy albo o uzależnieniu, albo o używaniu szkodliwym. W tych dwóch przypadkach zawsze dotyczy to tego samego, czyli będziemy mówili o takiej sytuacji, w której substancje chemiczne, lub pewne czynności, doprowadzają do niepożądanych zmian w funkcjonowaniu człowieka; w jego zdrowiu psychicznym, somatycznym i w funkcjonowaniu społecznym. Obecnie proponowane rozważania odnoszą się do kategorii „zaburzonego używania substancji” lub „zaburzenia używania substancji”. Jest to fundamentalnie inne rozumienie zjawiska. Tak zdefiniowane podejście trochę już znamy, nie tylko intuicyjnie, ale dostrzegamy je w historii i terażniejszości uzależnień, ponieważ tak naprawdę jako społeczeństwo mamy je wypracowane i utrwalone w obszarze konsumpcji alkoholu. W kontekście alkoholu, zanim „diagnozujemy” u kogoś szkodliwe używanie czy uzależnienie, w praktyce poprzedzamy je rozpoznaniem zaburzonego używania alkoholu, mając w tle ogólnym najpowszechniejsze

zjawisko niezaburzonego używania alkoholu. Wiemy, że dopiero od pewnego momentu, który możemy oceniać i klasyfikować posługując się kryteriami ilości i/albo częstotliwość konsumpcji, zaczynają się problemy. Natomiast do pewnego punktu, mamy do czynienia ze zjawiskiem używania substancji/alkoholu będącym pod kontrolą człowieka. I w tym właśnie kierunku idziemy obecnie również jeśli chodzi o inne substancje psychoaktywne, które ze względu na status prawny (m.in. nielegalność posiadania) nazywamy narkotykami.

Profesor Wciórka, który jest jednym z polskich ekspertów w dziedzinie psychiatrii uczestniczącym w pracach nad rewizją międzynarodowej klasyfikacji chorób, zapytany przeze mnie czy w takim razie od momentu pełnego wdrożenia w życie ICD -11 będziemy mogli w sposób uprawniony mówić, że używanie narkotyków (substancji nielegalnych) do pewnego stopnia nasilenia tego zjawiska jest normalne (w rozumieniu m.in. powszechne), odpowiedział, że jest to jedna z prawdopodobnych interpretacji.

W takim kierunku zmierzamy jeśli bierzemy pod uwagę diagnozę. Natomiast jak to zjawisko wygląda na poziomie prawnym?

Trzy słowa dygresji na temat historii. W przypadku uzależnień mamy, jako społeczeństwo i jako poszczególni obywatele, tendencję do posługiwania się nie wiedzą naukową, ani nawet nie wiedzą racjonalną, tylko raczej zestawem różnego rodzaju schematów, stereotypów, mitów, za którymi najczęściej stoją lęk i brak wiedzy. Tak samo wyobrażamy sobie często, że polityka narkotykowa jest czymś stałym, solidnym i niezmiennym. A to nie jest prawda. Polityka narkotykowa, tak jak każda inna sfera życia społecznego, jest procesem i jest efektem wyboru. Ona nie jest obiektywnie narzucona. To nie jest jedenaste przykazanie zniesione z Góry Synaj, to jest po prostu coś, co ludzie wybierają, za czym obywatele się opowiadają. Społeczeństwa zmieniają opinie. I w związku z tym coraz częściej dzisiaj zastanawiamy się nad tym, czy jedynym właściwym jest „stary” model który „pytał”: „co narkotyki robią złego człowiekowi i społeczeństwu”, „jak narkotyki źle, dysfunkcyjnie, patologicznie oddziałują na mnie jako konsumenta”, „jak niszczą moją psychikę, moje funkcjonowanie społeczne, niszczą moje zdrowie fizyczne, somatyczne”, „jak patologicznie oddziałują na społeczeństwo”. I taki sam był paradygmat myślenia o polityce narkotykowej. Natomiast dzisiaj coraz częściej w wielu krajach i również w Polsce zaczynamy się dodatkowo zastanawiać nad tym jakie szkodliwe efekty przynosi przyjęcie takich, a nie innych rozwiązań prawnych, które często wcale nie są oparte o wyniki badań naukowych i o ewaluację, które bardziej oparte są o pewnego rodzaju stereotypy. Takim stereotypem jest rozdzielczość dwóch światów: świata alkoholu i świata narkotyków. Dziś to już nie jest prawda. Kiedy zaczynałem swoją karierę terapeuty (w Garwolinie w latach 80.), to dla wszystkich, dla ordynatorów, dla psychiatrów, pielęgniarek, my wszyscy byliśmy narkomanami, nie było znaczenia czy byliśmy pacjentami czy terapeutami. Znacznie wyższy statut mieli alkoholicy. Zresztą jak spojrzymy w niektóre opracowania opisujące historię system leczenia w Polsce, to widzimy, że próby stworzenia np. wspólnych oddziałów detoksykacyjnych, kończyły się katastrofą. Jeden narkoman w dwa dni potrafił „rozwalić” funkcjonowanie całego oddziału. Generalnie te dwa światy były rozdzielne pod każdym względem. Narkomani uważali, że oni są z innej rzeczywistości, że oni kontestują świat, oni walczą „o coś”. A alkoholicy? To samo dno. Natomiast alkoholicy uważali, że chyba niżej od pedofila jest już tylko narkoman, że jest to człowiek kompletnie zdegenerowany. A dzisiaj?

Coraz lepiej widzimy i doświadczamy, że jest to bardzo sztuczne, że nie da się obronić tego podziału. Większość ludzi, których dzisiaj przyjmujemy do leczenia stawiane jest rozpoznanie F- 19, czyli, najogólniej mówiąc, używanie wielu substancji wśród których nie ma narkotyku wiodącego, albo nie jesteśmy w stanie substancji wiodącej ustalić.

Ja reprezentuję Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii. W ramach tzw. Polski resortowej funkcjonuje inna instytucja, która się zajmuje alkoholem, inna lekami, inna tytoniem. My działamy w obszarze narkotyków, włączając w to nowe substancje psychoaktywne, powszechnie nazywane dopalaczami, ale od kilku lat poszliśmy w tym kierunku, żeby koordynować i łączyć pewne zagadnienia. I dlatego wystąpiliśmy do Ministra Zdrowia o to, żeby powierzył nam zarządzanie i funkcjonowanie tzw. Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych. To jest „falszywa” nazwa, wprowadzająca w błąd. Bez powodzenia zresztą zgłaszaliśmy propozycję żeby, nowelizując ustawę hazardową, zmienić nazwę Funduszu na bardziej adekwatną, ponieważ nie zawęży on swojej działalności wyłącznie do hazardu, a chodzi w nim o znacznie szersze zjawisko uzależnień behawioralnych.

A dlaczego wystąpiliśmy jako Krajowe Biuro z taką propozycją do Ministra Zdrowia? Dlatego że, zgodnie z naszą wiedzą, nie ma tak naprawdę istotnych różnic pomiędzy osobami, które uzależniają się czynnościowo a tymi które zachowują się ryzykownie w kontekście „chemii” wprowadzanej do organizmu takiej jak, alkohol, narkotyki czy leki. Na marginesie chciałbym zaznaczyć że, do niedawna problematyka nadużywania i uzależnienia od leków przyjmowanych bez potrzeb terapeutycznych była w Polsce lekceważona i niedostrzegana proporcjonalnie do powagi sytuacji.

Proszę mi wierzyć że, większość badań epidemiologicznych pokazywała że w kontekście używania substancji psychoaktywnych zmieniających świadomość, od niedawna dopiero na samym czele statystyki jest marihuana czy szerzej ujmując kannabinoidy. Przez lata byliśmy narodem lekomanów, którzy sięgają masowo po leki bez potrzeb terapeutycznych, bez zleceń lekarskich i właściwych do stanu zdrowia recept.

Wracając do uzależnień behawioralnych: dążyliśmy do tego, żeby zacząć się nimi zajmować, ponieważ badania i praktyka terapeutyczna pokazują jednoznacznie na ścisłe związki pomiędzy uzależnieniami od substancji a uzależnieniami czynnościowymi. Przykładowo, osoby które grają w pokera przyjmują powszechnie alkohol i stymulanty. Kobiety uzależnione od zakupów, kiedy sytuacja staje się kryzysowa, kiedy karty kredytowe są puste, kiedy nie ma czym zapłacić za przedszkole, albo z czym pójść do sklepu, sięgają po leki antydepresyjne, przeciw lękowe czy wspomagają się alkoholem. Również ci którzy grają w długotrwałych okresach czasu w gry, czy w Internecie, czy poza Internetem, żeby grać dłużej, żeby nie odczuwać potrzeby snu, czy łaknienia i wzmocnić swoją wydolność sięgają po różnorodne stymulanty. Z pierwszego badania populacji generalnej dotyczącego problemów uzależnień behawioralnych w Polsce, które przeprowadziliśmy (a zaczęliśmy od problemu hazardu jako podstawowego, bo wydawało nam się, że to jest problemem wiodący w naszym kraju) wynikły zaskakujące wnioski. Jaki jest podstawowy problem uzależnień behawioralnych Polaków? Prawie 10 % respondentów badanych na reprezentatywnej próbie, wskazało na dominujący problem pracoholizmu. Wiele osób uczestniczących w pomiarze wskazało, że ze względu na przeciążenia pracą sięga po psychostymulanty. To nie są tylko ci, których znamy z seriali, prawnicy, uczestniczący w „wyścigu szczurów”, pracownicy

wielkich korporacji, bankowcy czy lekarze. Do grupy tej zaliczają się również na przykład kierowcy tirów, którzy sięgają po stymulanty, żeby dłużej móc pracować w czasie długich tras. Tak ujęty obraz uzależnień pokazuje, że wzmiankowana „resortowość uzależnień” jest już dzisiaj całkowitym nieporozumieniem i myślę, że obecnie w Polsce świadomość tego zaczęła się zmieniać.

W 2015 roku została uchwalona ustawa o zdrowiu publicznym, która doprowadziła do brzemiennej w skutki zmiany w dziedzinie mi.in. uzależnień. Otóż w myśl tej ustawy odchodzimy w koncepcji polityki zdrowotnej od myślenia o poszczególnych fragmentach zdrowia, a zaczynamy dostrzegać zdrowie publiczne jako całość, a w tymże zdrowiu publicznym również jako całość zaczynamy dostrzegać uzależnienia. A więc zamiast dotychczasowego modelu odseparowanych programów związanego z uzależnieniami „sektorowymi” mamy wprowadzony do Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) cel operacyjny drugi: przeciwdziałanie problemom związanym z uzależnieniami. I w tym modelu mamy je wszystkie: tytoń, leki, alkohol, nowe substancje/dopalacze, narkotyki, mamy również uzależnienia behawioralne. To fundamentalnie jest inne podejście. Substancje psychoaktywne były obecne zawsze, w każdej kulturze i w każdym społeczeństwie. Zawsze też żyli ludzie, którzy nie potrafili sobie z nimi radzić i przez nie cierpieli. Dlatego tak ważne były normy prawne i normy społeczne, które to zjawisko regulowały. Dzisiejsza zmiana polega na tym, że w działaniach anty-uzależnieniowych mniej się koncentrujemy na samych substancjach, a bardziej na człowieku i jego potrzebach. Chcemy dążyć i dążymy do tego, żeby ograniczać czynniki ryzyka, a więc czynniki, które powodują wzrost prawdopodobieństwa, że ludzie będą sięgać po substancje, że będą popadać w uzależnienia. Staramy się te czynniki redukować. Równocześnie bardziej staramy się skupiać się na czynnikach chroniących, a więc tych, które będą zmniejszały prawdopodobieństwo tego, że ludzie będą sięgali po pewne substancje czy też rozwijali zachowania ryzykowne. Logicznym następstwem Ustawy o zdrowiu publicznym jest jej akt wykonawczy NPZ. A więc mamy zupełnie zmienioną perspektywę. Dla mnie najważniejsza w tym wszystkim jest kwestia nastawienia, ustalenia głównego priorytetu. Odchodzimy od dominującej strategii jaką jest obrona człowieka przed „rzeczą” jak np. alkohol czy heroina, a bardziej koncentrujemy się na naturze człowieka i próbujemy tego człowieka bronić poprzez wzmacnianie jego zdrowia i bezpieczeństwa, czego wymiarem może być np. dostęp do profilaktyki o dowiedzionej naukowo skuteczności.

Ostatni okres przyniósł nam jeszcze inny przejaw tego nowego podejścia, postawienia bardziej na człowieka niż na ograniczenie dostępu do substancji. Przypominam sobie jak było z metadonem w Polsce. Przez wiele lat jedną z głównych obaw przed upowszechnieniem terapii substytucyjnej w Polsce był strach, żeby lek ten nie „wyciekł” na rynek narkotykowy, żeby go ktoś nie sprzedał czy nie odstąpił. No i sprzedawali, odstępowali, ale były to zdarzenia marginesowe. Większość ludzi, pacjentów, uczciwie uczestniczy w terapii i przyjmuje lek substytucyjny zgodnie z prawem i praktyką leczniczą. Dlaczego przywołuję przykład metadonu? Wszyscy byliśmy świadkami dyskusji na temat tzw. marihuany medycznej. Przez lata byłem przyzwyczajony, że mówimy „nie” zastosowaniu marihuany w medycynie, gdyż nie ma dowodów naukowych i obiektywnych na jej skuteczność. Więc postępowaniem najprostszym i logicznym jest podtrzymywanie takiego stanowiska, szczególnie jeśli połączymy taką argumentację z problematyką tzw. rekreacyjnego używania

kannabis i z działalnością różnych grup lobbujących, które dążą do legalizacji marihuany. Można jednak podejść do problemu już dziś inaczej, tak jak udało się to zrobić w Polsce. Można powiedzieć: nie ma dowodów, albo dowody są wątpliwe chociaż Światowa Organizacja Zdrowia /WHO/ twierdzi, że w niektórych jednostkach chorobowych wyniki kliniczne są obiecujące. Można wręcz powiedzieć, że nie wierzymy w dowody prezentowane, ale ponieważ wielu ludzi wiąże z dostępem do preparatu na bazie marihuany nadzieję na poprawę losu swojego i swoich bliskich, to wychodząc naprzeciw tej nadziei, wbrew dowodom płynącym ze świata medycyny, dopuszczamy do dostępu do tego typu preparatów, bo one mogą być nadzieją dla osób chorych i potrzebujących. I to jest moim zdaniem najbardziej fundamentalna zmiana. Odejście od dogmatycznego postępowania, które ma chronić nas przed patologią, na rzecz stawiania na potrzeby człowieka cierpiącego i chorego. A to, że zawsze będą ludzie nieuczciwi czy nierzetelni, obchodzący czy naginający prawo, nie powinno być przeszkodą. Człowiek i jego dobro są najważniejsze i to one powinny być celem polityki związanej z uzależnieniami.

### **Magdalena Smaś-Myszczyszyn**

Bardzo dziękuję wszystkim prelegentom. Tak w celu takiego krótkiego podsumowania chciałam powiedzieć, że szukając podłoża uzależnień robiliśmy badania uzależnionych od alkoholu i od hazardu i okazało się, że aktywowalność obszaru nagrody jest identyczna, nie ma żadnych różnic zarówno w reakcji na nagrody zarówno finansowe jak i inne. To jest jeden obszar, i z tym się wszyscy zgadzamy.

Odnosnie do tego co pani Katarzyna mówiła pracując z osobami hiperseksualnymi zjawisko eskalacji, o którym pani mówiła ono się w naszych badaniach nie potwierdza. Były badania prowadzone przez pana doktora Szymona Grzelaka i według nich 21% procent gimnazjalistów korzysta z pornografii celowo, więcej niż 30 razy w ciągu miesiąca. Również 7% gimnazjalistek korzysta celowo z pornografii. Wiek pierwszych kontaktów z pornografią w Polsce to jest 11 lat. Więc proszę zobaczyć ile jest jeszcze pracy przed nami.