

Trening uwagowy w terapii osób z zaburzeniami kontroli impulsów

Attentional training in therapy of the patients with impulse control disorder

Justyna Sarzyńska¹, Agata Ruchel²

¹Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej

²Prywatna praktyka

Streszczenie

Deficyty uwagi, jednej z najważniejszych funkcji poznawczych, towarzyszą wielu chorobom i zaburzeniom, ale stosunkowo rzadko uwzględniane są w rehabilitacji czy terapii osób, które na nie cierpią. W niniejszej pracy zaprezentowane zostały wyniki badań nad funkcjonowaniem poznawczym osób z zaburzeniami kontroli impulsów oraz propozycje zastosowania tych wyników w terapii pacjentów uzależnionych od czynności ze szczególnym uwzględnieniem osób uzależnionych od seksu.

Słowa kluczowe: uwaga, zaburzenia kontroli impulsów, seksoholizm

Seksuologia Polska 2011; 9 (2) 76–79

Abstract

Deficits of attention, which is one of the most important cognitive functions, are observed in many different diseases and disorders, but are rarely subject to therapy or rehabilitation. In this article we present the results of research on the cognitive functioning in persons with impulse control disorders and propose the application of those results in therapy of patients addicted to activities, with special regard to the persons addicted to sex.

Key words: attention, impulse control disorder, sexaholism

Polish Sexology 2011; 9 (2) 76–79

Uwaga

Uwaga to jeden z podstawowych mechanizmów regulacji psychicznej, który decyduje o tym, ile stymulacji zewnętrznej przedostanie się do dalszej obróbki. Ponieważ z otoczenia napływa zazwyczaj zbyt wiele bodźców, a możliwości ludzkiego umysłu są ograniczone, uwaga decyduje, które z bodźców będą dopuszczone do dalszego przetwarzania, a które trzeba będzie zignorować. Istotą działania uwagi jest więc selekcja — wybór jednego z wielu źródeł stymulacji. Selekcja ta dotyczy zarówno spostrzegania, jak i bardziej złożonych procesów poznawczych, takich jak myślenie. Skutkiem działania mechanizmu uwagi na wejściu sensorycznym jest skupienie się na jednym bodźcu czy źródle stymulacji, natomiast uwa-

ga w przypadku myślenia sprawia, że człowiek jest zdolny do kontrolowania określonych procesów intelektualnych [1]. Tym samym uwaga stanowi podstawę dla innych procesów poznawczych, takich jak pamięć, inteligencja czy rozumienie języka oraz gwarantuje skuteczne działanie w codziennym życiu. Niestety deficyty uwagi występują bardzo często — są zazwyczaj obserwowane po urazach głowy, ale towarzyszą także chorobom neurodegeneracyjnym, neurorozwojowym, zaburzeniom nastroju, zespołowi płatów czołowych czy uzależnieniom.

Seksuholizm jako zaburzenie kontroli impulsów

Uzależnienie jest definiowane jako nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania określonej substancji pomimo szkodliwych konsekwencji dla funkcjonowania fizycznego, emocjonal-

Adres do korespondencji: mgr Agata Ruchel, ul. Pretflicza 21/3, 53–328 Wrocław, tel.: 698 857 686

Nadesłano: 01.12.2011

Przyjęto do druku: 28.02.2012

nego i społecznego. Uzależnienie od jakiejś substancji wiąże się zazwyczaj z zależnością fizyczną i chemiczną, natomiast konieczność wykonywania określonej czynności łączy się z zależnością psychologiczną i emocjonalną. Większość uzależnień od czynności (np. hazard, seksuoholizm, kleptomania, piromania) mieści się w grupie zaburzeń nazywanych *Impulse Control Disorder (ICD)* i polega na powtarzającym się lub kompulsywnym zaangażowaniu w określone zachowania mimo jego negatywnych konsekwencji i charakteryzuje się ograniczoną kontrolą nad problematycznym zachowaniem. Kluczową i wspólną cechą wszystkich zaburzeń kontroli impulsów jest to, że dana osoba doświadcza nieodpartego impulsu, któremu towarzyszy wzrastające napięcie. Impuls może być wstępnie uświadomiony, osoba może też starać się świadomie go powstrzymać. Poddając się impulsowi, osoba odczuwa ulgę, która może być tak intensywna, że można ją nazwać stanem przyjemnym lub wręcz euforycznym. Po tym pacjent przeżywa jednak cierpienie z powodu wystąpienia tego zachowania.

Jedno z zaburzeń, do których odnosi się ten opis, seksuoholizm, nie doczekało się jeszcze swojego opisu w Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Problemów Zachowania (ICD-10, *International Classification of Diseases, Tenth Revision*), jednak zostało opisane już w 1983 roku przez Carnesa [2], który zaliczył je do uzależnień. Według niego kluczowym elementem tego zaburzenia jest nadmierna koncentracja wokół seksu, utrata kontroli nad zachowaniem, a w następstwie uczucie beznadziejności oraz wstydu. Seks jest tutaj potrzebą, której poświęca się rodzinę, pracę, przyjaciół i zdrowie. Uzależnienie prowadzi do nadmiernej masturbacji, związków pozamałżeńskich, bezosobowej formy seksu oraz niekontrolowanej swobody seksualnej. Carnes uważa hiperseksualizm za chorobę postępującą, osoba może bowiem tracić kontakt z rzeczywistością i przez to być uciążliwa dla siebie i otoczenia. Co więcej, impulsywność seksualna ma wiele wspólnych cech z zachowaniem agresywnym, dlatego obecnie wyszczególnia się parafilie oraz zachowania seksualne zagrażające zdrowiu lub życiu. Osoby uzależnione od seksu zdają się mieć niskie mniemanie o sobie, a seks staje się dla nich sposobem unikania presji i problemów codziennych. Sposób myślenia Carnesa o hiperseksualizmie i jego definicja wydają się wciąż aktualne, choć oczywiście nie brakuje innych opisów tego zaburzenia. W Polsce szczególną popularnością cieszy się definicja Zbigniewa Lwa-Starowicza [3], dla którego hiperseksualizm powinien być rozumiany jako „nadmierne zwiększenie popędu seksualnego, co przejawia się w potrzebie nadzwyczajnej częstotliwości i różnorod-

ność aktywności seksualnej w nadzwyczajnej fizycznej sprawności seksualnej lub przy kombinacji obu tych właściwości. Erotomania może być zespołem objawowym w przebiegu schorzeń psychicznych lub organicznych, na przykład zmiany mózgowe, zaburzenia hormonalne, zatrucia narkotykami”.

Funkcjonowanie poznawcze pacjentów z zaburzeniami kontroli impulsów

Mimo że zmiany w funkcjonowaniu poznawczym u seksuoholików nie zostały dotąd dokładnie zbadane, można założyć, że w testach badających sprawność tych funkcji będą uzyskiwali oni podobne wyniki, jak przedstawiciele innych grup mieszczących się w ICD. Wiadomo na pewno, że pacjenci uzależnieni od hazardu, tak jak osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi oraz uzależnione od kokainy, opiatów czy alkoholu, prezentują podobny wzorzec zachowań podczas gier hazardowych. Wzorzec ten, charakterystyczny również dla osób z uszkodzeniami płatów czołowych, polega na podejmowaniu decyzji na podstawie natychmiastowej możliwości zysku bez brania pod uwagę bardziej odległych i negatywnych skutków. Pacjenci z wszystkich tych grup wydają się mieć zbliżony poziom dysfunkcji brzuszno-przyśrodkowej kory przedczołowej, co skutkuje gorszym wykonaniem zadań wymagających podejmowania decyzji, hamowania reakcji, szacowania czasu, plastyczności poznawczej czy planowania. Nieumiejętność podejmowania decyzji jest tłumaczona u hazardzistów zwykle zaburzeniami uwagi, a dokładnie niemożnością hamowania zbędnych informacji. W badaniach Marazziti i wsp. [4] okazało się, że patologiczni hazardziści nie mają kłopotów z pamięcią roboczą czy fluencją słowną, ale już w zadaniach badających sprawność uwagi radzili sobie zdecydowanie gorzej niż nieposiadające żadnych nałogów osoby z grupy kontrolnej. W Teście Sortowania Kart Wisconsin (WCST, *Wisconsin Card Sorting Task*) mieli znaczące trudności ze znajdowaniem alternatywnego rozwiązania problemu a ich efektywność spadała wraz z czasem wykonywania zadania, co świadczy o tym, że osoby uprawiające hazard nie uczą się na własnych błędach. Znamienny jest też rodzaj popełnianych przez hazardzistów błędów — najczęściej pojawiały się perseweraacje, błędy symptomatyczne dla nieprawidłowości w funkcjonowaniu płatów czołowych. Test Sortowania Kart wymaga strategicznego planowania, przeszukiwania i korzystania z zewnętrznych wskazówek w celu zmodyfikowania swojego działania, ale hazardziści mają problemy również w innych zadaniach uwagowych, na przykład *Go/no Go tasks* czy zadaniu Stroopa mierzących zdolność hamowania narzucającej się zautomatyzowa-

nej reakcji [5]. W zadaniu Stroopa osoby uzależnione od hazardu nie radzą sobie z interferencją i uzyskują czasy dużo gorsze niż osoby nieuprawiające hazardu. Wyniki testów uwagowych u patologicznych hazardzistów zdają się potwierdzać doniesienia o gorszym funkcjonowaniu płatów czołowych i związanej z tym pewnej sztywności poznawczej, która predysponuje do rozwinięcia się impulsywnych lub/i kompulsywnych zachowań jak te typowe dla patologicznych hazardzistów.

Terapia seksoholików

Co ciekawe, doniesienia te nie są zwykle uwzględniane w terapii osób uzależnionych od różnych czynności, a zwyczajowe postępowanie w ich programie terapeutycznym jest typowe także dla uzależnień od substancji. Bardzo często stosuje się metodę dwunastu kroków przejętą z programu leczenia alkoholizmu. Terapia grupowa jako podstawowa metoda ma przede wszystkim dać poczucie, że dysfunkcja nie jest czymś nieuleczalnym i uczyć mówienia o problemach oraz zmniejszyć uczucie lęku i napięcia.

Według Carnesa [2] główna różnica metody 12 kroków w terapii osób uzależnionych od seksu lub innych czynności polega na tym, że punktem końcowym pracy nie jest całkowita abstinencja. Choć celibat jest rekomendowany szczególnie na początku terapii, nie stanowi celu samego w sobie.

Mimo tych modyfikacji wielu badaczy krytykuje użyteczność tej metody. Przede wszystkim podkreśla się jej ograniczenia teoretyczne i wątpliwą skuteczność [6]. Krytkowana jest także idea odrzucenia osobistej kontroli nad samym sobą, którą ten program wykorzystuje. Ta wizja diametralnie sprzeciwia się empirycznemu podejściu terapii kognitywnej, szczególnie specjalistycznym modelom powrotu do zdrowia psychicznego.

Metoda dwunastu kroków pojawia się także w ramach wykorzystywanego w wielu krajach modelu Minnesota. W Polsce założenia tego modelu leżą u podstaw programów terapeutycznych większości placówek leczących osoby uzależnione. Założeniem modelu jest uznanie uzależnienia za chorobę chroniczną rządzącą się własnymi prawami, do której powstania przyczyniło się wiele czynników. Jednym z charakterystycznych objawów choroby jest jej zaprzeczanie przez pacjentów, którzy w większości zostają w jakiś sposób zmuszeni do udziału w terapii. W rezultacie, nawet jeśli wystąpi wstępna motywacja do leczenia, to nie warunkuje ona końcowych sukcesów terapeutycznych. Celem programu jest długofalowa zmiana destrukcyjnych postaw życiowych przejawia-

nych przez pacjentów przy podejmowaniu decyzji w sprawach związanych z uzależnieniem oraz uzyskanie i utrzymanie przez nich dożywotniej abstynencji [7]. Terapia nie może zakończyć się wyleczeniem pacjenta, a jedynie zatrzymaniem rozwoju choroby, która jest uznawana za nieuleczalną. Program oscyluje wokół pomocy choremu w radzeniu sobie z chorobą poprzez umożliwienie zmiany sposobu przeżywania i reagowania, akceptację dla całkowitej rezygnacji z bodźców wywołujących uzależnienie czy wreszcie zmianę stylu życia. Postuluje się więc, by program ten traktowany był raczej jako forma opieki lub doradztwa, a nie jako tradycyjnie rozumiane leczenie.

Pacjenci z zaburzeniami kontroli impulsów są poddawani terapii również w ramach *Good Life Model* (GLM) [8], który bazuje na podejściu psychologii pozytywnej, na przykład empatii, a rzadziej skupia się na deficytach [9]. Model efektywnej terapii powinien tutaj w sposób istotny motywować pacjenta do włączania pozytywnych cech charakterów u pacjentów nieempatycznych i skoncentrować się na wyeliminowaniu objawów i czynników ryzyka tego pacjenta [10]. Tym samym jest to model sprzeczny z elementami programu dwunastu kroków, skupiającym się głównie na czynnikach ryzyka, które są połączone z problematycznym wzorcem zachowania i manifestują się w odrzucaniu samokontroli, ale terapia dla osób uzależnionych od czynności jest proponowana również przez przedstawicieli wielu innych podejść terapeutycznych. Celem wszystkich tych programów terapeutycznych jest oczywiście nauczenie pacjentów kontroli nad impulsami leżącymi u podłoża niepożądanych zachowań, jednak większość z nich nie proponuje żadnych technik, które mogłyby tą zdolność wykształcić.

Wyjątkiem jest tutaj ciesząca się ostatnio coraz większym powodzeniem terapia oparta na uważności (*mindfulness*). Uważność rozumiana jest jako receptywny stan świadomości będący wynikiem nieustannego i celowego kierowania uwagi na to, co dzieje się w chwili obecnej, bez oceniania treści doświadczenia [11]. Jest ona całym sposobem bycia związanym z rozwijaniem systematycznej samoobserwacji, w której intencjonalnie redukuje się skłonność do osądzania czy oceniania własnych przeżyć. Źródłem zainteresowania uważności są głównie praktyki kontemplacyjne i medytacyjne z Dalekiego Wschodu, ale po pojawieniu się licznych publikacji dotyczących skuteczności tej metody jest ona coraz częściej stosowana również w świecie zachodnim, gdzie pojawia się jako element terapii nazywanych „trzecią falą terapii poznawczo-behawioralnych” wykorzysty-

wanych głównie w redukcji stresu oraz pracy z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia emocjonalne i zaburzenia zachowania [12]. Terapia poznawcza oparta na uważności (MBCT, *mindfulness-based cognitive therapy*), w której nacisk kładzie się nie tylko na modyfikację treści myślenia (jak w klasycznej terapii poznawczo-behawioralnej), ale również zmianę sposobu, w jaki pacjent podchodzi do swoich powodujących cierpienie przeżyć, była z powodzeniem stosowana również u patologicznych hazardzistów i osób z zaburzeniami odżywiania, co pozwala sądzić, że będzie ona skuteczna także w odniesieniu do seksuologów.

W terapii tej zakłada się, że w kształtowaniu i utrzymywaniu stanu uważności podstawową rolę odgrywają procesy uwagowe, dlatego też zdolność bycia uważnym zależy w dużej mierze od treningu uwagi. Prawdopodobnie taki trening, niekoniecznie oparty na technikach wykorzystywanych w ćwiczeniu uważności, byłby przydatny również, w pozostałych metodach terapeutycznych.

Nowe techniki terapeutyczne

Być może, aby zwiększyć skuteczność leczenia, należałoby wprowadzić trening uwagowy, który zwiększałby zdolność pacjentów do powstrzymywania się od reakcji w odpowiedzi na określone bodźce. Treningi tego rodzaju stosował między innymi Posner [13], który wykorzystywał w nich zadania podobne do tych, którymi bada się efektywność uwagi — opierające się na Teście Kolorowych Wyrzów Stroopa, Teście Flankerów czy poprzedzaniu negatywnym. Skuteczność tych treningów została potwierdzona przez Posnera i jego zespół między innymi w badaniach nad możliwością kompensacji funkcji poznawczych u osób z uszkodzeniami mózgu, u których zdiagnozowano problemy z koncentracją uwagi, jej podzielnością czy dużą podatnością na dystraktory,

ale zadania te były również z powodzeniem stosowane u dzieci cierpiących na zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, *attention deficit hyperactivity disorder*), którego jednym z głównych objawów jest właśnie impulsywność. Należy przypuszczać, że wykorzystanie treningu uwagowego u osób z zaburzeniami kontroli impulsów również przyniosłoby pozytywne skutki w postaci poprawy funkcjonowania mechanizmu uwagi, co z kolei przyczyniłoby się do podniesienia skuteczności terapii, którym są oni poddawani.

Piśmiennictwo:

1. Nęcka E., Sarzyńska J. Uwaga w sporcie. W: Siekańska M., Blecharz J. (red.). *Praktyczna psychologia sportu*. Kraków, Wydawnictwo AWF 2009: 11–24).
2. Carnes P. *Contrary to love: Helping the sexual addict*. Minneapolis, MN: CompCare 1989.
3. Lew-Starowicz Z., Zdrojewicz Z., Dulko S. *Leksykon seksuologiczny*. Wrocław, Continuo 2002.
4. Marazziti D., Dell’Osso M., Conversano C. i wsp. Executive function abnormalities in pathological gamblers. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2008; 4 (10).
5. Kertzman S., Lowengrub K., Aizer A., Nahum Z., Kotler M., & Dannon P. N. Stroop performance in pathological gamblers. *Psychiatry Research* 2006; 142 (1): 1–10.
6. Kafka M.P. Paraphilia-related disorders: The evaluation and treatment of nonparaphilic hypersexuality. W: Leiblum S.R. (red.). *Principles and practices of sex therapy*. New York, The Guilford Press 2007; 442–476.
7. Strelau J. *Psychologia: Podręcznik akademicki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000.
8. Ward T., Stewart C.A. The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice* 2003; 34: 353–360.
9. Ward T., Polaschek D., Beech T. *Theories of sexual offending*. London: John Wiley & Sons 2006.
10. Ward T., Yates P.M., Long C.A. *The self-regulation model of the offence and relapse process: A manual*. Pacific Psychological Assessment Corporation 2006.
11. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Sciences and Practice* 2003; 10: 144–156.
12. Kabat-Zinn J., Wheeler E., Light T. i wsp. Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine* 1998; 50: 125–132.
13. Posner M.I., Rothbart M. K. Influencing brain networks: implications for education. *Trends in Cognitive Science* 2005; 9: 99–103.