

NOTES

Com podem prevenir i superar les addiccions? La conducta sexual compulsiva

Gabriel Serrano¹
Carlos Chiclana Actis²

Comunament s'ha prestat més atenció a les addiccions amb substància, a causa de diferents factors, entre d'altres la gravetat de les conseqüències produïdes per aquestes. Durant els últims anys, s'ha posat el focus sobre l'addicció en un àmbit conductual o comportamental. Aquesta, comença per la introducció del joc patològic o ludopatia, passant a la revisió dels videojocs i les noves tecnologies (televisió, mòbil, internet, etc.), i arriba a l'addicció al sexe o conducta sexual compulsiva (CSC). Aquest article tracta sobre la prevenció de les addiccions amb substància i sense substància, i d'algunes pautes específiques per prevenir i tractar la conducta sexual compulsiva.

La RAE defineix l'addicció com una dependència cap a una substància o activitats nocives per a la salut i l'equilibri psíquic. En la segona accepció, és definida com “una afició extrema cap a alguna cosa”. A més d'aquesta definició, podríem guiar-nos per l'etimologia provinent del llatí: “*addictio & addictus*” ja que ens aporta una perspectiva diferent sobre l'addicció i l'addicte. En llatí “*Addictus*”, fa referència al subjecte obligat o compromès. Aquest terme també s'utilitzava per descriure les persones que pels seus actes havien estat jutjades i privades de la seva llibertat, convertint-se en esclaves o deutores de la societat.

Prevenció

Pel que fa a la prevenció, quan ens endinsem en matèria de salut física i mental, podem parlar sobre tres nivells de prevenció:

- *Prevenció primària:* s'impedeix el desenvolupament d'un problema o malaltia. En el cas de la pornografia, les mesures que es posarien en marxa

serien les de prohibició de contacte amb la pornografia, per mitjà de filtres o lleis que en prohibeixin l'accés.

- *Prevenió secundària*: es detecta la malaltia o problema i es busca un tractament per tal de mitigar els danys que pugui ocasionar en la persona. Quan parlem d'aquest nivell de prevenció, la malaltia usualment es detecta abans que apareguin els símptomes. En el cas de la pornografia, es traduiria a la psicoeducació de les persones sobre els efectes del consum i les estratègies que poden ajudar a prevenir un ús problemàtic de la pornografia.

- *Prevenió terciària*: es tracta la malaltia ja existent, generalment de caràcter crònic per evitar danys més greus. En el cas de la pornografia, es realitzarà un tractament per reduir-ne el consum i evitar que es generi una escalada de conducta.

A continuació indicarem algunes variables relacionades amb la prevenció primària i secundària del desenvolupament de les addiccions: la inclinació, la regulació emocional, l'entorn social i la formació (psicoeducació).

1. La inclinació i la seva reparació

La inclinació s'ha definit en moltes ocasions com el primer vincle que es genera amb les persones que identifiquem com els nostres cuidadors. En la majoria dels casos, els nostres cuidadors solen ser els nostres progenitors. Aquesta primera relació és un punt àlgid en la configuració de la forma en la qual es relacionen les persones. En diferents estudis, s'ha observat com aquesta primera relació és necessària per a la supervivència dels nadons, fins i tot per a aquells que tenien els recursos d'alimentació, cura d'higiene, etc. En un estudi, diversos autors van trobar en una població de nens d'orfenat, que aquells nens que van ser privats d'una cura afectiva van morir, tot i haver tingut les cures fisiològiques necessàries.

En la teoria de la inclinació, trobem com a referents a Bowlby i Ainsworth. Aquests autors, en les seves recerques, defineixen diferents tipus d'inclinació que es poden desenvolupar a partir d'aquesta relació de cura. Cal recalcar que aquest primer vincle relacional, no determina la manera de relacionar-nos amb les altres persones la resta de la nostra vida, però deixa una petjada en el nostre arquetip relacional. Aquests autors, divideixen els estils d'inclinació en dues categories: segura i insegura.

Inclinació segura: vincle que la persona desenvolupa amb les seves persones significatives en el qual interpreta en aquestes com una base segura que li permetrà tenir seguretat sobre si mateix i els altres.

Inclinació insegura: entén al seu cuidador com una base que no és segura, és a dir, no troben una protecció o cura. Aquest tipus d'inclinació es divideix en 3 tipus d'inclinacions:

- **Ansiosa:** se sent insegura amb si mateixa i necessita aferrar-se a una relació per poder afermar la seva identitat.
- **Evitativa:** té una gran dificultat per regular-se amb els altres i viu amb malestar la intimitat amb les altres persones. Percep els altres com a font d'inseguretat.
- **Desorganitzada:** es caracteritza per una por recurrent, tant en situacions noves com en la intimitat, i s'alterna amb situacions on sembla que se sent segura.

S'ha observat que la inclinació segura serveix com una mesura de contenció per tal de prevenir el desenvolupament de problemes de salut mental. Algú amb inclinació segura ha desenvolupat les estratègies necessàries per aconseguir una regulació emocional pels seus propis mitjans i de manera adaptativa per a ell i el seu entorn.

Encara que es tingui una inclinació de base en referència a la relació amb els nostres primers cuidadors, aquest pot variar al llarg de la nostra vida en funció de les experiències relacionals que identifiquem com a significatives. Es podran desenvolupar diferents tipus d'inclinació segons la relació que s'estableix amb aquestes persones. La reparació de la inclinació (d'una inclinació insegura a segura), sol anar acompanyada d'una comprensió del funcionament de la persona, així com l'acceptació davant les dificultats que ell mateix integra com a negatives o desagradables. Les persones amb un estil d'inclinació insegura, solen mancar d'una figura autocompassiva, la qual cosa fa que se senti insegura en situacions noves i en l'expressió de les seves emocions.

2. La regulació emocional

L'escola psicològica d'acceptació i compromís, proposa que la substància o comportament addictiu realitza el rol de regulador emocional. L'any 1997, Hayes, encunya el constructe "trastorn d'evitació experiencial". Segons Hayes, la persona addicta té dificultats per regular les seves emocions en situacions en què experimenta sensacions que identifica com a desagradables. A causa de la falta d'estratègies d'afrontament per suportar aquestes experiències, la persona cerca diferents formes de resoldre l'experiència desagradable i s'entén que la seva conducta (ús de substàncies, comportaments sexuals compulsius, etc.) correspon a una manera de regular

aquestes emocions que provoquen una percepció desagradable de la situació que estan experimentant.

Tenint en compte aquest paradigma, s'entén que una persona amb estratègies de regulació emocional, pròpies d'una inclinació segura, té una menor probabilitat de desenvolupar una addicció.

3. Vida o entorn social

L'entorn social és un àmbit de gran importància en el desenvolupament del jo i la percepció dels altres. Particularment en l'àmbit de les addiccions, l'ambient i/o entorn social jugarà un paper clau en el desenvolupament i manteniment de la conducta addictiva. S'ha vist en diferents recerques que un dels aspectes rellevants en les persones que han desenvolupat una addicció és la deterioració en diferents àmbits de la seva vida, sent-ne un l'àmbit social, tot manifestant-se, en diverses d'aquestes persones, un aïllament social.

Per aquest motiu, un ambient social on la persona se senti còmoda i se li faciliti l'expressió de les seves necessitats emocionals i cognitives, pot convertir-se en una eina fonamental de caràcter preventiu davant les addiccions. D'altra banda, respecte al context social en el marc teòric de les addiccions, caldrà valorar si el context on es desenvolupa la persona és un factor facilitador de la seva addicció o tot el contrari. En el cas que l'àmbit social sigui un factor predisposador o mantenidor de l'addicció, el seu tractament i millora tindran un major grau de dificultat.

4. Psicoeducació

Una de les estratègies amb una eficàcia més gran per a la prevenció de diferents addiccions és la informació que es té sobre el comportament o substància. El benefici de la informació pot observar-se des de diferents perspectives. D'una banda, conèixer els problemes que pot implicar el comportament o la substància de manera descontrolada, pot ajudar a posar un fre abans que es torni incontrolable. D'altra banda, en cas que ja es presenti un descontrol en aquesta conducta, la persona que té l'addicció o persones properes poden identificar amb major facilitat el problema i acudir als professionals adequats que l'ajudin a curar aquesta condició.

En la literatura ens trobem amb opinions diverses respecte a si la informació pot ser de caràcter preventiu o pot servir com un factor que potenciï la conducta (addicció). No es té una fórmula absoluta per obtenir una prevenció precisa, ja que ens trobem amb una variable important a l'hora de fer un treball de caràcter preventiu, i aquesta és la població a la qual va dirigida la informació. D'aquesta variable dependrà la informació



que caldrà donar, l'elaboració del llenguatge que utilitzarem, el nivell de detall amb el qual es tractarà, etc. A causa d'això, caldrà tenir en compte la població a la qual es pretén realitzar aquesta prevenció perquè aquesta sigui efectiva.

Tractament

Com vam veure en l'apartat de la prevenció, ja hi ha certs aspectes dins del mateix que es poden integrar i atribuir com a part del tractament de les persones amb una addicció, com és el cas de la reparació de la inclinació, aprenentatge d'estratègies de regulació emocional, la psicoeducació i el treball amb l'entorn social que pot ser un factor que afavoreixi o no el consum de la substància o comportament.

Avaluació

Per establir un tractament adequat és necessari realitzar una avaluació completa que ajudi a tenir en compte les diferents variables que puguin explicar l'addicció de la persona: biològiques, patologies mèdiques, salut mental, aspectes familiars i socials, història de vida i desenvolupament de l'addicció.

Psicoeducació

La psicoeducació és un dels primers passos per establir un tractament en persones amb addiccions. És important conèixer les causes i conseqüències de la substància o el comportament que està generant l'addicció en la persona. A més de la informació específica, és fonamental explicar el cicle de l'addicció des d'una perspectiva biopsicosocial.

La psicoeducació té diferents beneficis per a la persona que demana ajuda ja que pot ajudar a enquadrar si la condició en la qual es troba és o no problemàtica, a més de generar una aliança més gran amb el terapeuta o cuidador, per la sensació d'acolliment i comprensió per part d'aquesta persona.

Un altre dels beneficis que es poden obtenir per mitjà d'aquesta psicoeducació és l'adherència de la persona al tractament, ja que podrà reduir algunes de les resistències que té respecte al canvi de la conducta, o almenys, produir ambivalència en les resistències que eviten el canvi en la persona. A més, si aquesta psicoeducació és dirigida a les persones properes (pares, amics, parella, etc.), pot ajudar al fet que l'entorn més pròxim del pacient, entengui les dificultats que té la persona per sortir d'aquesta addicció, aplicant les mesures necessàries per convertir-se en aliats de la recuperació.

Entrevista i teràpia motivacional

Una peça clau en el tractament de les addiccions és l'entrevista motivacional. L'entrevista motivacional segueix l'estructura del model transteòric de la conducta, el qual fa referència als estadis de canvi pels quals passa la persona en el decurs del seu problema. Segons aquest model, les persones poden passar per 5 estadis de canvi: precontemplació, contemplació, determinació, acció i manteniment. Aquest model d'entrevista/teràpia, es basa en el respecte al pacient, creences i escala de valors. S'intenta estimular la motivació cap al canvi, tot redirigint-lo i afavorint les seves conductes cap a hàbits sans, enfortint el seu propi punt de vista i la seva llibertat de triar.

Segons aquesta teràpia, es persegueixen dos objectius fonamentals:

1. Evitar confrontar el pacient.
2. Facilitar que la persona pugui manifestar la seva preocupació sobre la seva conducta.

Models terapèutics

El tractament per excel·lència per a les persones que tenen una addicció es realitza des de la teràpia *cognitivoconductual*. Aquesta se centra en el desenvolupament d'estratègies destinades a augmentar el control que la persona té sobre si mateixa. Animem el pacient a qüestionar les seves creences o idees amb el que diu la ciència sobre el consum.

Les característiques generals d'aquesta teràpia són:

- Centrar-se en l'abordatge dels problemes actuals,
- Establir objectius realistes amb el pacient,
- Cercar resultats ràpids per als problemes,
- Utilitzar tècniques empíricament contrastades per tal d'incrementar la capacitat del maneig del problema en els pacients.

S'han descrit una sèrie de tècniques dins d'aquesta escola per a l'abordatge de les addiccions amb substància (Taula 1).

Taula 1.

Entrenament en habilitats d'afrontament	Prevenió de recaigudes	Entrenament en el maneig de l'estrès
Entrenament en relaxació	Entrenament en habilitats socials	Entrenament en habilitats per a la vida
Exercici aeròbic	<i>Biofeedback</i>	Entrenament en assertivitat
Entrenament en el control de la ira		

Tractament específic per a la Conducta Sexual Compulsiva

Definició del problema i avaluació del model que s'ajusti al consum

Quan ens trobem amb persones que presenten un ús problemàtic de la pornografia, hem de parar esment en el model que millor s'ajusti al consum d'aquesta persona, per tal de poder realitzar un tractament adequat i personalitzat. S'han definit una sèrie de models que expliquen el consum de la pornografia que poden presentar les persones que demanen ajuda (Figura 1).

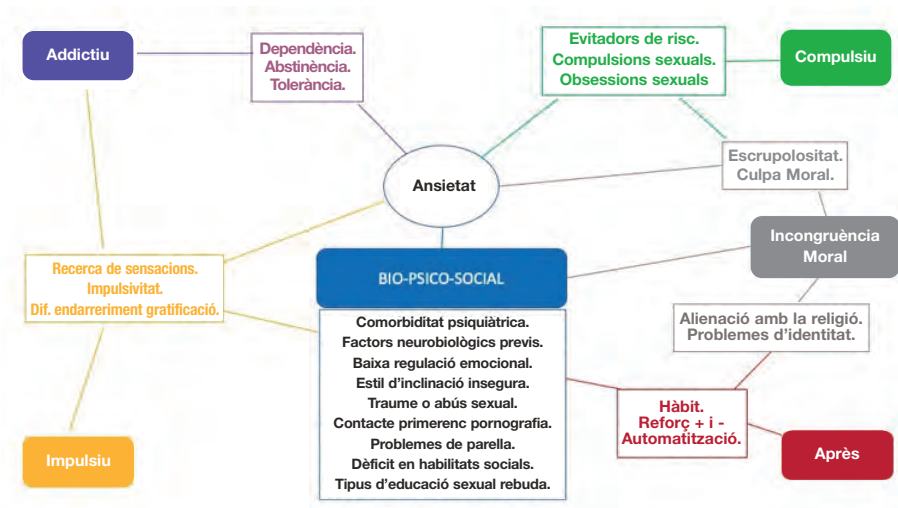


Figura 1. Models explicatius de la CSC (Chiclana C. i Villena A., 2022)

• **Impulsiu:** hipotetitzo que la CSC és un trastorn del control d'impulsos, en el qual no es tenen en compte les conseqüències dels actes. En aquest cas, aquests impulsos s'activaran en resposta a un nivell d'estrès elevat, amb la impossibilitat o gran dificultat per retardar la gratificació. Aquest model, pot explicar-se en certa manera per factors prèviament existents com un dèficit d'atenció i hiperactivitat. A més, s'ha relacionat amb la cerca de sensacions i una elevada dificultat per aconseguir una regulació emocional, que pot tenir relació amb el desenvolupament d'una inclinació insegura.

• **Addictiu:** es pot considerar aquest model quan la persona té un comportament similar al que tenen les persones amb una addicció a una substància per un període d'almenys 12 mesos amb una elevada freqüència i intensitat. En aquestes persones, s'observaran canvis similars als que desenvolupen les persones amb addiccions a substàncies: canvis en el processament de la recompensa, mecanismes inhibitoris i dificultat en el control d'impulsos.

• **Compulsiu:** s'ha vist en diferents recerques que les obsessions en l'àmbit sexual tenen relació amb el trastorn obsessiu compulsiu (TOC), per la forma en què es presenten els impulsos, amb l'objectiu clar de reduir l'ansietat. Caldrà prestar molta atenció a l'origen de les obsessions i compulsions, per tal de realitzar un bon diagnòstic i descartar el TOC.

• **Incongruència moral:** diferents autors relacionen la CSC amb la culpa i l'estrès que són produïts per la violació dels codis morals que provenen de la religió o la cultura. Hi ha estudis que parlen de la religió i factors morals com a protectors davant conductes sexuals de risc. També trobem altres

estudis que parlen d'una elevada culpa i rigidesa com les causes principals del consum de pornografia per regular aquestes emocions.

• **Après:** en algunes persones que presenten una CSC, no es troba una associació entre la conducta i problemes biopsicosocials en la persona. No obstant això, des de la perspectiva de l'aprenentatge, els pensaments i les conductes associades a un reforç plaent, es desencadenaran amb més facilitat de manera recurrent. S'ha vist que tot hàbit repetit amb freqüència pot produir un automatisme que repercuteix en un augment del desig i la necessitat de consum.

• **Biopsicosocial:** en aquest model cal destacar diferents factors que podrien explicar la CSC: neurobiològic (vulnerabilitat neurobiològica existent), psicològics (estil d'inclinació, problemes en la intimitat i identitat de la sexualitat) i socioculturals (missatges i valors familiars, socials i ambientals respecte a la sexualitat).

• **Desregulació emocional:** alguns autors defensen que la conducta sexual compulsiva no és una patologia com a tal, sinó un problema de regulació emocional. Aquest model defensa que els pacients tenen dificultats eròtiques que no han pogut resoldre fet que afavoreix el desenvolupament d'aquestes conductes. Això fa que no se situï la persona dins d'un problema de salut mental i, per tant, es redueixen certes barreres que pugui tenir per l'estigma de l'etiqueta diagnosticada.

Intervenció amb un model integrador de CSC

La teràpia cognitivoconductual, conjuntament amb la farmacologia, poden resultar molt eficaces en el tractament de la CSC. Aquests són els aspectes que es poden tenir en compte per elaborar un tractament integrador.

1. Aspectes biològics: autocura bàsica, higiene del son, alimentació i esport.
2. Utilitzar medicació que pugui incidir en la psicopatologia (obsessió, impulsivitat, baix estat d'ànim).
3. Afavorir un entorn adequat: xarxa de suport familiar i social.
4. Conductes problemàtiques: reduir-les amb estratègies conductuals i implementar hàbits saludables.
5. Idees cognitives errònies: reestructuració cognitiva per als biaixos cognitius i la indefensió.
6. Desenvolupar estratègies de regulació emocional saludables que substitueixin la conducta sexual problemàtica.
7. Abordar la relació de parella quan sigui necessari: implementar la comunicació, el desig sexual o altres factors origen o perpetuants.
8. Fortaleses, habilitats interpersonals i identitat pròpia.
9. Manejar la culpa, la vergonya i les recaigudes.

A més, existeixen teràpies que han mostrat eficàcia parcial com: teràpia de grup de 12 passos, *mindfulness*, teràpia d'acceptació i compromís, psicoteràpia cognitiu-analítica, programes d'autoajuda *online* i teràpia psicodinàmica grupal.

Medicació

Fins avui no hi ha certesa d'un tractament farmacològic eficaç per al tractament de l'ús problemàtic de pornografia ni Conducta Sexual Compulsiva. No obstant això, s'ha vist que certs psicofàrmacs de la família dels Inhibidors Selectius de la Recaptació de Serotonina (ISRS), han resultat eficaços en el tractament d'alguns símptomes que presenten aquests pacients com la impulsivitat, la desregulació emocional, etc.

Bibliografia:

- Barraca Mairal, J. (2012). ¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37(155–156). <https://doi.org/10.33776/amc.v37i155-156.1317>
- Cheung, J. C.-S., Chan, K. H.-W., Lui, Y.-W., Tsui, M.-S., & Chan, C. (2018). Psychological Well-Being and Adolescents' Internet Addiction: A School-Based Cross-Sectional Study in Hong Kong. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 35(5), 477–487. <https://doi.org/10.1007/s10560-018-0543-7>
- Chiclana Actis, C., & Villena Moya, A. (2022). *Conducta Sexual Compulsiva: Una mirada integral. Guía para profesionales* (1st ed.). DOCTA.
- CIE. (2020). CIE-11—*Estadísticas de morbilidad y mortalidad*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048>
- Corominas Roso, M., Roncero Alonso, C., Bruguera Cortada, E., & Casas Brugué, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44(01), 23. <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2006222>
- de Alarcón, R., de la Iglesia, J., Casado, N., & Montejo, A. (2019). Online Porn Addiction: What We Know and What We Don't—A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(1), 91. <https://doi.org/10.3390/jcm8010091>
- García-Montes, J. M., Cangas, A. J., & Olivencia, J. J. (2004). *La terapia de aceptación y compromiso (ACT) como tratamiento radical del trastorno de evitación experiencial (TEE)*. 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis.
- Holmes, J. (2009). *Teoría Del Apego y Psicoterapia: En busca de la base segura* (Desclée de Brouwer).
- Iglesias, B., Becoña, M., Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, P., Secades, R., & Tomás, V. (2007). *Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones* (1st ed.). Socidrogalcohol.

Kafka, M. P. (2010). Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39(2), 377–400. <https://doi.org/10.1007/s10508-009-9574-7>

Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S., & Luciano-Soriano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 6(1), 20.

Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K., & Marvin, B. (2019). *La intervención del círculo de seguridad: Como mejorar el apego en las relaciones entre padres e hijos mediante la intervención temprana*. Editorial Eleftheria.

Serrano, G., Villena, A., & Chiclana, C. (2020). Uso de pornografía en adolescentes y educación sexual. *Desexología*, 9(2), 52–59.

Villena, A., Mestre-Bach, G., & Chiclana, C. (2020). Uso y uso problemático de pornografía en adolescentes: Un debate no resuelto. *Adolescere*, 8(2), 32–41.

¹ Psicòleg www.doctorcarloschiclana.com

² Psiquiatra: www.doctorcarloschiclana.com