LXXV. ÉVFOLYAM 22. SZÁM 2511–2620. OLDAL 2025. december 10.

EGÉSZSÉGÜGYI KÖZLÖNY

A BELÜGYMINISZTÉRIUM HIVATALOS LAPJA

TARTALOM

I. RÉSZ
Személyi rész

II. RÉSZ
Törvények, országgyűlési határozatok, köztársasági elnöki határozatok, kormányrendeletek és -határozatok, az Alkotmánybíróság határozatai

380/2025. (XII. 3.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény végrehajtásáról szóló 337/2008. (XII. 30.) Korm. rendelet módosításáról 2512

III. RÉSZ
Miniszterelnöki, egészségügyért felelős miniszteri és egyéb miniszteri rendeletek és utasítások

47/2025. (XII. 3.) BM rendelet a termékenységet elősegítő, illetve helyreállító orvoslás keretében nyújtott egészségügyi szolgáltatásokkal összefüggő miniszteri rendeletek módosításáról..... 2514

IV. RÉSZ
Útmutatók

V. RÉSZ
Közlemények

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a Duchenne- és Becker-féle izomdisztrófia klinikumáról, kezeléséről és gondozásáról..... 2519

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a kompulzív szexuálisviselkedés-zavar és problémás pornográfiahasználat kezeléséről..... 2580

A Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ pályázati felhívása közforgalmú gyógyszertár létesítésére..... 2615

VI. RÉSZ
A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő közleményei

VII. RÉSZ
Vegyes közlemények

Pályázati hirdetmény betölthető állásokra 2617

A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a kompulzív szexuálisviselkedés-zavar és problémás pornográfiahasználat kezeléséről

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv
Azonosító: 002348
Érvényesség időtartama: megjelenést követő 3 évig

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **AddiktológiaTagozat**
   Dr. Szemelyácz János, pszichiáter, addiktológus, pszichoterapeuta, elnök, kapcsolattartó, társszerző
2. **PszichiátriaTagozat**
   Dr. Réthelyi János, pszichiátria, klinikai genetika szakorvosa, pszichoterápia, elnök
3. **Klinikai szakpszichológia és pszichoterapeuta klinikai szakpszichológus Tagozat**
   Dr. Kovács Péter, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, pszichoterapeuta, elnök
   Fejlesztő munkacsoport tagjai:
   Dr. Kapitány-Fövény Máté, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, társszerző
   Dr. Farkas Judit, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Köves Cecília, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, pszichoterapeuta, társszerző
   Holczer Benjamin, klinikai és mentálhigiéniai felnőtt szakpszichológus, társszerző
   Kormány Adrienn, pszichológus, társszerző
   Dr. Horváth Ábel, pszichiáter, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

1. **Ápolás, szakdolgozói és Szülésznő Tagozat**
   Ujváriné Dr. Siket Adrienn, diplomás ápoló, elnök, véleményező
2. **Háziorvostan Tagozat**
   Dr. Szabó János, háziorvos, foglalkozás-orvostan (üzemorvostan) szakorvosa, elnök, véleményező
3. **Neurológia Tagozat**
   Dr. Óváry Csaba, neurológus, vascularis neurológia szakorvosa, elnök, véleményező
4. **Bőr- és nemibetegségek Tagozat**
   Prof. Dr. Szegedi Andrea, bőrgyógyászat (bőr-, nemibetegségek és kozmetológia), klinikai immunológia és allergológia szakorvosa, elnök, véleményező
5. **Védőnő (területi, iskolai, kórházi, családvédelmi) Tagozat**
   Lőrinczi Orsolya Éva, védőnő, okleveles szakvédőnő – területi szakvédőnő specializáció (MSc), elnök, véleményező
6. **Igazságügyi orvostan, orvosszakértés biztosítási orvostan Tagozat**
   Dr. Szabados György, igazságügyi orvostan, egészségbiztosítás szakorvosa, elnök, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült."
„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt tagozatok dokumentáltan egyetértenek."

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői
Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:
Nem került bevonásra.
Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:
1. Addiktológiai Konzultánsok Országos Egyesülete
Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:
1. Magyar Addiktológiai Társaság
2. Magyar Pszichiátriai Társaság
3. Magyar Pszichológiai Társaság

Független szakértő(k):
Bőthe Beáta, ELTE PPK Addiktológiai Kutatócsoport külső tag, Department of Psychology, University of Montreal, Montreal, Canada

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör:	a kompulzív szexuális viselkedéssel kapcsolatos zavarok, a problémás pornográfiahasználattal kapcsolatos zavarok
Ellátási folyamat szakasza(i):	diagnosztika, állapotfelmérés, kezelés
Érintett ellátottak köre:	kompulzív szexuális viselkedés zavarral és/vagy problémás pornográfiahasználattal küzdő felnőttek
Érintett ellátók köre:	
Szakterület:	0900 neurológia 1800 pszichiátria 1801 addiktológia 1805 pszichoterápia 6301 háziorvosi ellátás 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7107 klinikai addiktológiai szakpszichológia 7302 pszichiátriai szakápolás és mentálhigiéné
Ellátási forma:	A1 alapellátás, alapellátás J1 járóbeteg-szakellátás, járóbeteg-szakellátás J7 járóbeteg-szakellátás, -gondozás J8 járóbeteg-szakellátás, nappali ellátás F1 fekvőbeteg-szakellátás, aktív fekvőbeteg-ellátás F2 fekvőbeteg-szakellátás, krónikus fekvőbeteg-ellátás F5 fekvőbeteg-szakellátás, nappali kórházi ellátás
Progresszivitási szint:	I–II–III. szint
Egyéb specifikáció:	az egészségügyi és szociális szolgáltatások olyan más területei, ahol a kompulzív szexuális viselkedéssel kapcsolatos zavarokban és/vagy a problémás pornográfiahasználattal kapcsolatos zavarokban érintett kliensek megfordulhatnak, ideértve például a családsegítő szolgálatokat, a mentálhigiénés tanácsadást, illetve a rehabilitációs intézményeket.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. **Fogalmak**

Áttétel fókuszú pszichoterápia (TFP): Otto F. Kernberg és munkacsoportja által kidolgozott módszer, mely célzottan a strukturális zavarok és kiemelten a borderline és nárcisztikus személyiségzavar kezelésére javasolt.

Benzodiazepin: GABA-A receptor agonista gyógyszerek, melyek anxiolitikus és antiepileptikus hatással bírnak.

Homonegativitás: negatív társadalmi vagy egyéni attitűd a homoszexualitással vagy az LMBTQ+ populáció tagjaival szemben.

Kisebbségi stressz: Jelen értelmezési keretben a szexuális és nemi kisebbségek elleni megbélyegzés és előítéletesség által okozott többletstressz.

Kisebbségi stressz okozta distressz és funkcionális károsodáshoz (KSDFK) kapcsolódó disztális és proximális stresszorok: A disztális stresszorok az előítélet konkrét környezeti megnyilvánulásai, mint a családi elutasítás vagy a megkülönböztetés. A proximális stresszorok az előítélet környezeti megnyilvánulásaira adott belső pszichés (negatív) válaszok, mint az internalizált homonegativitás vagy az elővételezett diszkrimináció.

Kognitív-viselkedés terápia (CBT): Időhatáros, tudományos bizonyítékokon alapuló pszichoterápiás módszer, mely a páciens diszfunkcionális hiedelmeinek, gondolkodásának és viselkedésének módosításával a hangulat és magatartás kedvező változását éri el.

LMBTQ+: Mozaikszó, amely különböző szexuális irányultságokat és nemi identitásokat foglal magában. A betűk jelentése a következő: L – Leszbikus: olyan nő, akit romantikusan és/vagy szexuálisan más nők vonzanak; M – Meleg: általában olyan férfira utal, akit más férfiak vonzanak, de néha általánosabban is használják az azonos neműek iránti vonzalomra; B – Biszexuális: olyan személy, akit több nemhez tartozó emberek is vonzanak; T – Transznemű: olyan személy, akinek a nemi identitása nem egyezik meg a születéskor kijelölt nemével; Q – Queer vagy Kérdő (Questioning): a queer egy gyűjtőfogalom, amelyet sokan használnak nem heteroszexuális és/vagy nem cisznemű identitásuk leírására; a „kérdő„ pedig azokra utal, akik még keresik vagy nem biztosak a saját identitásukban. A „+" jel arra utal, hogy a felsoroltakon kívül még sok más identitás is létezik, például: Aszexuális (nem érez szexuális vonzalmat), Pánszexuális (nemtől függetlenül érez vonzalmat), Interszexuális (biológiai jellemzői nem illenek bele a tipikus férfi/nő kategóriákba), és más nem-bináris vagy spektrumon elhelyezkedő identitások.

Pornográfia (pornó): A pornográfia (pornó) használata jelenthet (a) meztelen személyeket vagy szexelő embereket ábrázoló képek, videók vagy filmek szándékos nézését; vagy (b) meztelen személyeket vagy szexet leíró írott vagy hanganyag szándékos olvasását/hallgatását. Nem számít pornóhasználatnak a tényleges, meztelen személyek nézése élőben vagy a velük való élő interakció, illetve a részvétel más emberekkel bármilyen személyes vagy online szexuális élményben. Például, a részvétel egy élő szexcsetben vagy webcamera showban, vagy egy öltánc egy sztriptízbárban nem számít pornóhasználatnak.

Pszichoedukáció: A páciensnek és családtagjainak szakszerű, de közérthető felvilágosítása a betegség lényegéről (többek között a korai figyelmeztető tünetekről és azok folyamatos monitorozásának szükségességéről), a betegség kezelés nélküli lefolyásáról, a terápiás alternatívákról, a terápiák esetleges mellékhatásairól.

Szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás (EMDR): Traumatikus életesemények következtében kialakult pszichés problémák (például poszttraumás stressz zavar) kezelésére kidolgozott terápiás eljárás, mely során a kliens a traumatikus eseményre való visszaemlékezéssel egy időben figyelemelterelő ingereket (például vizuális, kétoldali szemmozgásokat kiváltó ingerek, auditív ingerek, taktilis, érintéses stimulációk) kap.

Szexuális úton terjedő fertőzések: Olyan, a szexuális érintkezés útján terjedő fertőzések összesített fogalma, mint a trichomoniasis, a chlamydia, a humán immundeficiencia-vírus (HIV) vagy a humán papillomavírus (HPV).

2. **Rövidítések**

ACT: Acceptance and commitment therapy/elfogadás és elköteleződés terápia

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

CBT: Cognitive behavioural therapy/kognitív-viselkedés terápia

EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing/szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás

GABA: Gamma Aminobutyric acid/gamma-aminovajsav

HPA: Hypothalamic–pituitary–adrenal/hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely

HPG: Hypothalamic–pituitary–gonadal/hipotalamusz–hipofízis–gonád tengely

ISSM: International Society for Sexual Medicine/ Nemzetközi Szexuális Medicina Társaság

KSDFK: Kisebbségi stressz okozta distressz és funkcionális károsodás

KSzVZ: Kompulzív szexuális viselkedés zavar
NNGYK: Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ
PPH: Problémás pornográfia-használat
SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network/ Skót Kollégiumközi Irányelvfejlesztési Hálózat
SLAA: Sex and Love Addicts Anonymous/ Anonim Szex- és Szerelemfüggők
SSRI: Selective serotonin reuptake inhibitor/szelektív szerotonin visszavétel gátló
STI: Sexually transmitted infections/szexuális úton terjedő fertőzések
TFP: Transference-focused psychotherapy/áttétel-fókuszú pszichoterápia
WFSBP: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry/ a Biológiai Pszichiátriai Társaságok Világszövetsége
WHO: World Health Organization/ Egészségügyi Világszervezet

3. Bizonyítékok szintje

A jelen egészségügyi szakmai irányelvben a bizonyítékok szintje a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) irányelvfejlesztésre vonatkozó szakmai anyaga alapján került meghatározásra. [1]

A bizonyítékok szintje részletezve [1]:

Bizonyítékok szintje	Magyarázat
1. szint	Az eredményeket több, egy irányba mutató eredményekkel rendelkező (vagyis replikált), dupla vak, randomizált, placebokontrollos vizsgálat (DB-RCT), vagy az ilyen vizsgálatok metaanalízise szolgáltatja.
2. szint	Az eredmény(ek) legalább egy DB-RCT-ből származik (származnak), amely(ek) placebo- vagy aktívszer-kontrollt alkalmazott (alkalmaztak).
3. szint	Az eredmények prospektív, nem kontrollált vizsgálatból származnak, amelybe legalább 10 személyt vontak be.
4. szint	Az eredmények esetismertetésből vagy szakértői véleményből („expert opinion„) származnak.

Azokon a szöveghelyeken, ahol evidenciaszintek külön nem kerültek megjelölésre, a fejlesztőcsoport szakértői véleményén és klinikai tapasztalatán alapul az adott állítás.

4. Ajánlások rangsorolása

A meghatározó ajánlásokat a fejlesztőcsoport erős vagy feltételes kategóriákba sorolta.
Az ajánlások szintje táblázatba szerkesztve [1]:

Ajánlás szintje	Ajánlás magyarázata
Erős ajánlás	a fejlesztőcsoport megítélése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök egyértelműen meghaladják a hátrányokat.
Feltételes ajánlás	a fejlesztőcsoport meggyőződése szerint az ajánlás betartásával az elérhető előnyök feltehetően meghaladják a hátrányokat.

Általában minél magasabb szintű a bizonyíték, annál valószínűbb az *„erős ajánlás"* megfogalmazásának lehetősége, de a döntést az ajánlás erősségének meghatározásáról egyéb faktorok (például az ajánlás hazai alkalmazhatósága) is befolyásolhatják.
Elsőként választandó: 1-es vagy 2-es szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.
Másodikként választandó: 3-as vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.
Harmadikként választandó: 4-es vagy magasabb szintű bizonyítékok és klinikai tapasztalat támasztják alá a kezelés hatásosságát és biztonságosságát.
Nem ajánlott: 1-es vagy 2-es szintű, a hatástalanság mellett szóló bizonyítékok állnak rendelkezésre.

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indokolása

Az emberi szexualitás nemcsak alapvető, evolúciós értelemben is meghatározott szükséglet, hanem emberi jog is, amely egészséges formájában jelentősen gazdagíthatja az interperszonális kapcsolatokat, kölcsönös kielégülést és örömöt nyújtva mindkét félnek. Hozzájárul a szubjektív életminőséghez és az általános fizikai és mentális egészséghez [2]. Mitchell és munkatársainak szakmai ajánlása alapján a szexuális jóllét komplex fogalom, mely magában foglalja a szexuális biztonságot és védelmet/védekezést, a kölcsönös szexuális tiszteletet, a szexuális önbecsülést, a szexuális élményekkel összefüggő rezilienciát, a múltbeli szexuális élményekkel összefüggő elfogadást (vagyis az önvád, az önstigmatizáció, a szégyen, az elkerülés, az agresszió, a megbánás és a bosszú mintáinak felszámolását), a szexuális önrendelkezést, illetve a szexuális komfort élményét [2].

Az egészséges szexualitástól való bárminemű eltérés ugyanakkor szexuális diszfunkciók, illetve szexuális devianciák (parafíliák) formájában klinikai súlyosságú állapotokhoz is vezethet. A szexuális zavarok közül jelen irányelv kiemelten a kompulzív szexuális viselkedés zavarral (a továbbiakban esetenként: KSzVZ) foglalkozik, valamint a pornográf tartalmak fogyasztásának kényszeres, problémás mintázataival, mely a KSzVZ specifikus tüneti kifejeződéseként is értelmezhető (hasonlóképpen a kényszeres önkielégítéshez vagy a cyberszex különféle megnyilvánulásaihoz), ugyanakkor a jelen egészségügyi szakmai irányelvben külön kerül tárgyalásra, figyelembe véve azon klinikai tapasztalatokat, miszerint számos érintett kliens esetén a problémás pornográfiahasználat (a továbbiakban esetenként PPH) mellett nem jelentkezik aktív szexuális magatartás, illetve a partnerkapcsolatban élő, problémás pornográfiahasználattal küzdő klienseknél akár a tényleges szexuális tevékenység visszaszorulása is megfigyelhető (lásd később). Azzal kapcsolatban, hogy a PPH-t a KSzVZ specifikus alkategóriájaként, vagy inkább különálló zavarként érdemes-e tárgyalni, jelenleg is szakmai viták zajlanak [3].

A KSzVZ és a PPH az elmúlt években egyre inkább klinikai figyelmet igénylő állapotokként kerültek felismerésre. Mindezt jól jelzi az a tény, hogy az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, a továbbiakban: WHO) 2018-ban megerősítette, hogy a KSzVZ újonnan megnevezett diagnózisként bekerül a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (a továbbiakban: BNO) 11. revíziójába [4].

A KSzVZ-t (mely esetén szakterminusbeli szinonimaként megjelenik olykor a szexfüggőség, a hiperszexualitás, vagy az excesszív, túlzott szexuális késztetés megnevezés is) a szexuális fantáziák, késztetések és viselkedések ismétlődő és intenzív elfoglaltsága jellemzi, amelyek zavaróak az egyén számára és/vagy pszichoszociális károsodást eredményeznek. A KSzVZ prevalenciájával összefüggésben hazai és nemzetközi empirikus adatok is rendelkezésre állnak. Ezek alapján a zavar becsült élettartam prevalenciája férfiak esetén 5–6%, nők esetén 3–4% körüli [5-7]. Magyarországon egy nemzetközi populációs vizsgálat (International Sex Survey) eredményei alapján a magas kockázati csoportba tartozók becsült aránya 3,23% (95%-os konfidencia intervallum: 2,90–3,56) [7].

A pornográf tartalmak fogyasztása a tizenéves- és felnőtt korosztály esetén rendkívül gyakori jelenség, egyes becslések szerint például globális szinten a felnőtt lakosság 70–94%-a nézett már pornográf tartalmat élete során [8]. Amennyiben e tevékenység egyre kényszeresebbé, gyakoriságában és negatív hatásaiban egyre súlyosbodóvá válik, következményként kialakulhat PPH. A PPH kontrollálhatatlan, repetitív és tartósan fennálló pornográfiahasználatot feltételez, mely klinikailag is jelentős distresszt, és funkcionális károsodást idézhet elő (például: interperszonális konfliktusok, munkahelyi problémák, akár munkahely elvesztése). A PPH becsült prevalenciája nemzetközi szinten (42 országra vonatkozóan – lásd fentebb – International Sex Survey) 3,2% [8], ezen belül Magyarországon 3,6% (95%-os konfidencia intervallum: 3,27–3,99). Ezen kutatás összesített adatai mentén jelentős nemi különbség körvonalazódik: míg a férfiak 6,26%-a, addig a nőknek mindössze 0,72%-a tekinthető problémás pornográfia használónak. Mindez – figyelembe véve, hogy a KSzVZ prevalenciájában viszont nincs olyan nagyfokú nemi eltérés – arra is utal, hogy a KSzVZ-ben érintett nőknél nem a PPH – mint alprobléma –, hanem sokkal inkább a gyakori szexuális partnerváltásokból eredő veszélyek válnak meghatározóvá.

A jelen egészségügyi szakmai irányelv bevezetése a fent bemutatott prevalenciaadatokon túl a tárgyalt zavarok jelentős negatív ártalmai miatt is indokolt, különösképpen azért, mert korábban nem került publikálásra a témában hazai irányelv. Az említett, KSzVZ-hez társuló ártalmak között említhetjük a szexuális úton terjedő betegségek magasabb kockázatát, a nem kívánt terhesség emelkedett kockázatát, a társadalmi elszigeteltséget, a csökkent önbecsülést,

a pénzügyi problémákat és esetenként jogsértéseket, valamint az olyan társuló komorbid, illetve premorbid mentális zavarokat, mint a hangulatzavarok, szorongásos zavarok, szerhasználati zavarok, vagy a személyiségzavarok [9]. A KSzVZ és szerhasználat potenciális együttjárásnak legmarkánsabban megnyilvánuló jelensége az elmúlt két évtizedben trendszerűen gyakoribbá váló „chem sex" (mely a jelen egészségügyi szakmai irányelv egy későbbi pontjában – lásd „2.4. *Speciális alpopulációk ellátása*" – részletesebben is tárgyalásra kerül). A chem sex (mely a chemical, vagyis kémiai és sex, vagyis szexuális tevékenységre utaló kifejezések együtteseként értelmezhető) során bizonyos pszichoaktív szerek (például mefedron, GHB) szexuális vágyfokozó és gátlásoldó hatásainak felhasználásával történik szexuális aktivitás, nem ritkán csoportos formában [10]. A PPH esetén azonosított negatív következmények között sorolható fel továbbá a nagyobb arányú egyéb online tevékenység (és ezzel együtt a fokozott képernyőidő), a tényleges szexuális aktivitás csökkenése, vagy a párkapcsolati konfliktusok [11], miközben a negatív hatásokat olyan tényezők mediálják mint a magány, a szorongás és az önértékelési problémák [12].

Általánosságban véve a szexuális élet zavarait, specifikusabban pedig a szexuális tevékenység kényszeres, addiktív mintázatait vizsgálva fontos kiemelnünk, hogy az említett zavarok prevencióját és eredményes terápiáját sok esetben nehezíti a szexualitással összefüggésben megfigyelhető társadalmi tabuképzés/képződés jelensége, mely a fokozott társadalmi stigmatizáción keresztül jelentősen csökkentheti a kezelésbefordulás esélyét, valamint a már kezelésben lévő kliensek számára ezen zavarok és a hátterükben gyakorta feltárható, gyermekkorban elszenvedett szexuális abúzus [13] kommunikálását, ekképpen pedig hatékony terápiás feldolgozását is. Előfordulhat olyan eset is, ahol a személyes értékrend kerül ütközésbe a szexuális magatartással, erkölcsi alapon minősítve problematikusnak az egyébként akár a normalitás körébe eső szexuális viselkedést/fantáziát/késztetést. A BNO éppen az ilyen esetek miatt tartalmaz egy kizárási kritériumot, hogy a klinikusok különbséget tudjanak tenni KSzVZ és/vagy PPH, valamint a „normális„ szexuális viselkedésről alkotott erkölcsi ítéletekből fakadó distressz (erkölcsi inkongruencia) között [14].

Célok

A jelen egészségügyi szakmai irányelv több célt szolgál. Elsődlegesen átfogó iránymutatást kíván biztosítani klinikai szakpszichológusok és szakpszichológus-jelöltek, szakorvosok és szakorvosjelöltek, valamint addiktológiai konzultánsok számára, akik pszichiátriai és addiktológiai betegellátással foglalkoznak Magyarországon. Az útmutató a bizonyítékokon alapuló orvoslás elveit és az utóbbi évek kutatásainak gyakorlatban is igazolt eredményeit igyekszik összekapcsolni. Ezen kívül fontos célja, hogy az ellátásszervezők és döntéshozók számára egyértelmű irányvonalat kínáljon, valamint átláthatóbbá tegye az ellátás szabályait a betegképviseleti szervezetek és civil csoportok számára.

Konkrét célok:

1. Csökkenjen a költséges kórházi felvételt igénylő esetek száma;
2. Csökkenjen a szexuális úton terjedő megbetegedések száma;
3. A páciensek életminősége javuljon;
4. Javuljon a párkapcsolatban élő vagy szexuális tevékenységet folytató páciensek és partnerük szexuális jólléte.

2. Felhasználói célcsoport

A KSzVZ-ra és PPH-ra, valamint ezek kezelésére vonatkozó egészségügyi szakmai irányelv a felnőtt betegpopulációra vonatkozik. Célcsoportját a KSzVZ és a PPH következményeiként kialakult problémák diagnosztizálásában és kezelésében résztvevő addiktológus és pszichiáter szakorvosok, klinikai szakpszichológusok, szociális munkások, addiktológiai konzultánsok és más segítő foglalkozásúak képezik. A KSzVZ-ral és PPH-tal küzdő kliensek gyógykezelése és gondozása addiktológiai, pszichiátriai vagy egyéb fekvőbeteg gyógyintézetben (rehabilitációs otthonokban), drogambulanciákon, pszichiátriai gondozókban, mentálhigiénés gondozókban, szociális alap- és szakszolgálatokban történik. A KSzVZ-ral és PPH-tal érintettek egy nem elhanyagolható része nem kerül az addiktológiai ambulanciákra, emiatt indokolt a szakmai útmutatás kiterjesztése az egészségügyi és szociális szolgáltatások más területeire is (lásd: a jelen egészségügyi szakmai irányelv III. Hatókör fejezetének 'Egyéb specifikáció' bekezdésben tárgyalt területeit).
Az egészségügyi szakmai irányelv *célcsoportjait* az alábbiakban specifikusabban is definiáljuk:

1. *elsősorban,* mint *ellátók*, vagyis az állapotfelmérésben, diagnózisalkotásban és a kezelésben, gondozásban közvetlenül részt vevők – az addiktológus és pszichiáter szakorvosok, szakorvosjelöltek, a pszichoterapeuta végzettséggel rendelkező orvosok, továbbá szakpszichológus-jelöltek és klinikai szakpszichológusok, valamint diplomás szociális munkások és addiktológiai konzultánsok;

2. *másodsorban,* mint *társszakmák képviselői*, az ellátásban (állapotfelmérés/ diagnózisalkotás/kezelés/gondozás) közvetlenül részt nem vevő, vagy csak korlátozottan, a szakellátás kérésére részt vevő szakemberek az alábbi területekről: háziorvoslás, pszichiátriai szakápolás, neurológia, védőnő, családvédelem
3. *harmadsorban* az adminisztratív, igazságszolgáltató, finanszírozó és betegirányítási szervek (Belügyminisztérium, NNGYK, bíróságok, önkormányzatok) dolgozói és a betegjogi szervezetek munkatársai.
4. *negyedsorban az érintettek*, vagyis a kompulzív szexuális viselkedés zavarral és problémás pornográfiahasználattal küzdő személyek és hozzátartozóik.

Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* az 1-es pontban felsorolt *„ellátók"* és a 2-es pontban említett *„társszakmák képviselői"* tekintetében az, hogy egységes útmutatóként szolgáljon a szakmai tevékenységükhöz; a 3-as pontban említett állami szervek számára az, hogy segítséget nyújtson a kompulzív szexuális viselkedés zavarral és problémás pornográfia-használattal kapcsolatos nehézségek állapotfelmérésével, kezelési útjaival, gondozásával illetve az érintett személyeket érintő egészségpolitikai, finanszírozási, továbbá jogi/jogorvoslati döntések meghozatalában, míg a 4-es pontban felsorolt *„érintettek"* vonatkozásában az, hogy tájékoztassa őket a kompulzív szexuális viselkedés zavarral és problémás pornográfiahasználattal kapcsolatos nehézségek kezelésének legújabb, bizonyítékokon alapuló lehetőségeiről. Az egészségügyi szakmai irányelv *célja* a civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek) vonatkozásában az, hogy szakszerű tájékoztatást nyújtson a nevesített zavarok különböző aspektusairól.
Jelen diagnosztikai és terápiás egészségügyi szakmai irányelv bevezetése az alapfeltétele a kompulzív szexuális viselkedés zavarral és problémás pornográfiahasználat ellátásának szakmán belüli és a szakmán kívüli kontrolljának, amelyet egyrészről az addiktológiai, pszichiátriai, klinikai szakpszichológiai és pszichoterápiás munkát végző szakma, másrészről pedig a finanszírozó és adminisztratív szervek, az igazságszolgáltatás (például szükség esetén az állapotfelmérés részeként igazságügyi elmeorvos-szakértők bevonása – lásd a jelen egészségügyi szakmai irányelv XI. Melléklet fejezetének 1.4. Algoritmusok alfejezetében található 1. ábra ' Állapotfelmérést segítő algoritmus KSzVZ gyanúja esetén' folyamatábráját), illetve civil kezdeményezések (betegjogi szervezetek, médiumok) képesek – természetesen saját kompetenciahatáruknak megfelelően – hatékonyan gyakorolni.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzményei:
Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg

Kapcsolat külföldi szakmai irányelvekkel:
Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Tudományos szervezet:	International Society for Sexual Medicine (ISSM)
Cím:	Assessment and treatment of compulsive sexual behavior disorder: a sexual medicine perspective
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2024
Elérhetőség:	https://academic.oup.com/smr/article/12/3/355/7634799 [15]
Tudományos szervezet:	The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)
Cím:	The World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines on the assessment and pharmacological treatment of compulsive sexual behaviour disorder
Megjelenés adatai:	Kiadás dátuma: 2022
Elérhetőség:	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/19585969.2022.2134739 [16]

Kapcsolat hazai egészségügyi szakmai irányelv(ek)kel
Jelen irányelv az alábbi, a közzététel időpontjában érvényes hazai egészségügyi szakmai irányelvekkel áll kapcsolatban:

Azonosítószám:	002237
Cím:	Egészségügyi szakmai irányelv – A pszichoterápiás ellátásról
Megjelenés adatai:	Egészségügyi Közlöny, LXXIV. évfolyam 6. szám (2024)
Elérhetőség:	https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2024/6.pdf [17]

Azonosítószám: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	002156 Egészségügyi szakmai irányelv A szexuális úton terjedő fertőzések diagnosztikájáról és terápiájáról Egészségügyi Közlöny, LXXIV. évfolyam 2. szám (2024) https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2024/2.pdf [18]
Azonosítószám: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	002182 Egészségügyi szakmai irányelv – A szakpszichológiai ellátásról Egészségügyi Közlöny, LXXI. évfolyam, 24. szám (2023) https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf [19]
Azonosítószám: **Cím:** **Megjelenés adatai:** **Elérhetőség:**	002143 Egészségügyi szakmai irányelv – A Parkinson-kór és a parkinsonizmus kezelése Egészségügyi Közlöny, LXXIV. évfolyam, 6. szám (2024) https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2024/6.pdf [33]

A jelen egészségügyi szakmai irányelv elkészítéséhez a már említett külföldi irányelveket és az összes egyéb idézett szakirodalmat használtuk fel, mert ezek kompetens szintézisével a hazai ellátási gyakorlatban jól használható, a témát teljességében lefedő egészségügyi szakmai irányelv készíthető.

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Figyelembe véve, hogy a KSzVZ és a PPH jellemzően azonos jelenségkörként kerül definiálásra, a jelen egészségügyi szakmai irányelv az alábbiakban a két fogalom elméleti hátterét, illetve az ezen zavarokra vonatkozó terápiás ajánlásokat összevont alfejezetekben tárgyalja, ugyanakkor esetenként külön-külön is bemutatja a KSzVZ-re, illetve a PPH-ra vonatkozó specifikus etiológiai modelleket és ajánlásokat.

1.1. Kompulzív szexuális viselkedés zavar és problémás pornográfiahasználat – Elméleti háttér

Az addikciós zavarok impulzív-kompulzív tengely mentén történő, immár több évtizede jegyzett szakmai értelmezési kerete [20] alapján elmondható, hogy a KSzVZ esetén egyrészt esetfüggő, másrészt a zavar progresszivitási foka szerint megjelenő impulzív (az euforizáló, kielégülést okozó ingerekre adott gyors, nem tervezett válaszreakciók a potenciális negatív következmények mérlegelése nélkül) és kompulzív (a viselkedésben megjelenő, a megszokás által erősített ismétlődési minták, növekvő merevség és kényszeresség mellett, a negatív következmények elkerülési szándékával) tendenciák egyaránt tetten érhetőek. Más típusú addikciókra is igaz, hogy míg az impulzivitás elsősorban a szenvedélybetegség korai kialakulási szakaszában játszik jelentősebb szerepet (elköteleződés kialakítása), addig a kompulzivitás a tolerancia kialakulása és ezzel együtt a kielégülés mértékének csökkenése mellett, vagyis a progresszivitás későbbi szakaszában válik meghatározó hajtóerővé. A KSzVZ esetében szintén leírt jelenség, hogy a függőségi folyamat bevezető szakaszában a szexuális tevékenységből eredő kielégülés és jutalmazás sokkal inkább impulzív, míg az addikció későbbi szakaszában a szexuális tevékenységekben való egyre kényszeresebb részvétel inkább kompulzív tendenciákkal köthető össze [21,22].

Bár számos kulturális és társadalmi tényező befolyásolhatja az emberi szexuális viselkedést, a biológiai rendszerek kulcsszerepet játszanak, és alapvető fontosságúak a szexuális viselkedés megértésében. Az emberi szexuális viselkedésben részt vevő biológiai rendszerek közé tartoznak a limbikus, a kérgi és a neuroendokrin rendszerek. Fiziológiai szempontból a szexuális válaszreakciót a monoaminok (például noradrenalin, dopamin és szerotonin), az acetilkolin, a neuropeptidek, a glutamát és a gamma-aminovajsav (GABA) neurotranszmitterek szabályozzák. Ezenkívül néhány endokrin megbetegedés, mint például a hipogonadizmus és a hiperprolaktinémia is hatással lehetnek a szexuális funkcióra. Az agyi területek közül elsősorban és különösen a frontális és temporális lebenyekben történő elváltozásokat, valamint a Kluver-Bucy-szindrómát hozták összefüggésbe a hiperszexuális viselkedéssel. Fontos azonban megjegyezni, hogy a neuroendokrin rendszerek és a szexuális viselkedés egymásra gyakorolt lehetséges hatásának vizsgálatában eddig nagyobb figyelmet kaptak a csökkent szexuális viselkedésre irányuló kutatások, a közelmúltban kezdődött el a KSzVZ lehetséges patofiziológiai mechanizmusainak feltérképezése. Ezek közül kiemelendő a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengely szabályozási zavara, mint a stresszválasz reakciók fontos irányítója és az addikciókban is kiemelt jelentőséggel bíró rendszerünk. Másik lehetséges tényező

a hipotalamusz–hipofízis–gonád (HPG) tengely, amely közvetlenül részt vesz a szexuális viselkedésben, mivel a tesztoszteron elengedhetetlen az egészséges szexuális élet fenntartásához. A tesztoszteron a motiváción, az érzelmi megismerésen és a vegetatív válaszok szabályozásán keresztül fejti ki hatásait. [23].

A központi vonásokat tekintve a KSzVZ objektív, megfigyelhető, valamint szubjektív komponensekből tevődik össze. Objektív jegyek közé tartoznak a gyakori szexuális tevékenységek és ennek következményei, szubjektív jellemzők közé pedig azok az érzések, hogy az egyén szexuális viselkedése és gondolatai ellenőrizhetetlenek, valamint az ebből fakadó szorongás. Fontos kiemelni, hogy a kompulzív szexuális viselkedés nem egyezik meg a parafíliával: az ebben szenvedő betegek olyan, jellemzően nem parafíliás tevékenységeket folytatnak, mint a maszturbáció, pornográf tartalom nézése, szexuális kapcsolat ismeretlen partnerekkel, de ezt olyan mértékben teszik, amely jelentősen akadályozza őket a hétköznapi életvezetésben, személyközi kapcsolatokban vagy a munkavégzésben. A BNO-11 a parafíliás zavarokat különálló pszichiátriai zavarnak tekinti (6D3).

A KSzVZ számos negatív következménnyel is összefüggésbe hozható, például a szexuális úton terjedő betegségekkel, nem kívánt terhességgel, társadalmi elszigeteltséggel, csökkent önbecsüléssel, pénzügyi problémákkal és jogsértésekkel. Ezenkívül a KSzVZ komorbiditást mutat számos pszichiátriai zavarral, kiemelten hangulatzavarokkal, szorongásos zavarokkal, szerhasználati zavarokkal, személyiségzavarokkal és kényszeres zavarokkal [24].

Egy, a PPH biopszichoszociális etiológiai faktorait összesítő szisztematikus áttekintő tanulmány [25] alapján a PPH hátterében több tanulmány által is kiemelt tényezők az alábbiak szerint értelmezhetőek:

1. <u>Intrapszichés faktorok</u>
   - *a)* Kognitív tényezők: a pornográf tartalmak kapcsán kialakuló figyelmi torzítás, impulzív inger-reaktivitás (a pornográf tartalmak, mint triggerek által kiváltott fokozott válaszkészség), a jutalomkésleltetés hiánya, kognitív hiedelmek és attitűdök a pornográfia iránt
   - *b)* Motivációs tényezők: a pornográf tartalmak fogyasztása, mint érzelemszabályozási kísérlet, valamint ingerkeresési, önstimulációs cél
   - *c)* Személyiségdimenziók: a PPH esetén leginkább meghatározó személyiségvonások között kiemelhető a neuroticizmus magasabb, illetve a barátságosság és a lelkiismeretesség alacsonyabb szintje
   - *d)* Anamesztikus/kórtörténeti tényezők: a pornográf tartalmaknak való korai kitettség, a pornográf tartalmakhoz köthető maszturbációs gyakoriság
   - *e)* Komorbid pszichés tünetek: szorongás, depresszió, impulzivitás, kompulzivitás, egyéb addikciók, figyelemhiányos hiperaktivitás zavar, mint részben premorbid, részben komorbid kockázati tényezők
2. <u>Pszichoszociális és demográfiai faktorok</u>
   - *a)* Férfi nem és fiatalabb életkor, mint kockázati tényező
   - *b)* Fokozott tekintélyelvűség és erkölcsi inkongruencia
   - *c)* Társas izoláltság és nagyfokú szégyen, bűntudat átélése
   - *d)* Szülőkkel való érzelmi kapcsolat akadályoztatottsága, kötődési nehézségek
3. <u>Biológiai faktorok</u>
   - *a)* Súlyosabb PPH esetén csökkent (elsősorban alfa) aktivitás az insula, az alsó homloki tekervény (gyrus frontalis inferior), valamint a bal putamen régióiban; csökkent szürkeállomány térfogat a jobb caudatus területén; fokozott theta aktivitás egyebek mellett a nucleus caudatus, az amygdala, a thalamus, a nucleus accumbens területén
   - *b)* Együttjárás a PPH, valamint a jobb caudatus és a bal dorsolaterális prefrontális kéreg közötti funkcionális konnektivitás mértéke között
   - *c)* Prenatális androgén expozíció, alacsony szérum ösztrogénszint további biológiai, hormonális prediszponáló tényezők

1.2. Kompulzív szexuális viselkedés zavar és problémás pornográfiahasználat – Diagnosztika és differenciáldiagnosztika

Hosszas szakmai vita előzte meg az addiktív, kompulzív, impulzív és hiperszexuális dimenziók mentén alakuló kényszeres szexuális viselkedés zavar (KSzVZ) mint diagnosztizálható mentális betegség megjelenését a BNO-11 klasszifikációs rendszerben. Jelen állás szerint az Impulzus kontroll zavarok (6C7) között tárgyalja a kötet a KSzVZ-t 6C72 kóddal. A kórisme felállításának kulcsa a szexuális késztetésekkel, vágyakkal szembeni megfelelő kontroll ismételt elmaradása hosszabb időszakon át (például hat hónap), mely az egyénnek jelentős szenvedést okoz. Az elmaradt kontroll következtében a folyamatosan visszatérő, szexuális jellegű vágyak és késztetések különféle repetitív szexuális

magatartásformákhoz vezetnek. A KSzVZ számos viselkedésben megmutatkozhat (például szexuális aktus partnerrel vagy partnerekkel, önkielégítés, pornográfiahasználata, cyberszex). A szexuális aktivitás az egyén érdeklődésének középpontjába kerül, melynek következtében elhanyagolja az egészségügyi szempontokat, személyes jóllétét, továbbá az élet egyéb fontos területeit (család, szociális élet, munka, tanulmányok stb.). A zavar meglétét alátámasztják a sikertelen kísérletek az ismétlődő szexuális viselkedés csökkentésére. A magatartás annak ellenére folytatódik, hogy egyértelmű negatív következményei vannak, illetve egyáltalán nem vagy a várthoz képest kevesebb kielégülést hoz. A zavar következtében az egyén életében megjelenő szenvedés és hátrány jelentős. A mintát tehát hosszabb időszak (minimum hat hónap) áttekintésével lehet felismerni [15]. Megelőzendő a pusztán az átlagtól eltérő szexualitás túlzott patologizálását, fontos kitétel, hogy önmagában az erkölcsi megítélés és a szexuális késztetések helytelenítése vagy az ezek nyomán megjelenő erős bűntudati komponens nem elégséges a diagnózis felállításához [26]. Ezen erkölcsi inkongruencia, illetve az abból fakadó distressz kapcsán érdemes továbbá megemlíteni, hogy a kényszeres szexuális magatartással összefüggő problémával terápiába jelentkező kliensek jellemzően 3 csoportba sorolhatóak: 1. KSzVZ/PPH csoportja; 2. KSzVZ/PPH mellett jelentkező erkölcsi inkongruencia csoportja; valamint 3. kizárólag erkölcsi inkongruencia által kiváltott distressz csoportja. Mint az már a korábbiakban említésre került, bár a BNO-ban az erkölcsi inkongruencia kizárási kritérium, ez nem jelenti azt, hogy ha a kliensnek morális fenntartásai vagy bűntudata van akár a szexuális tevékenységgel, akár a pornográfiahasználattal kapcsolatban, az feltétlenül kizárná a KSzVZ/PPH potenciális jelenlétét. Ez csupán azon kliensekre igaz, akiknél kizárólag az erkölcsi inkongruencia okoz belső feszültséget, szubjektív szenvedést [27].

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai kézikönyve, a DSM-5 [28], illetve annak 2022-es legújabb verziója (DSM-5-TR) [29] sem tartalmaz a KSzVZ-nak megfeleltethető mentális zavart. Jelentős ugyanakkor az átfedés a KSzVZ-ral a kézikönyvbe végül be nem került, egy munkacsoport által megalkotott Hiperszexuális zavar kritériumrendszerében [30]. A DSM-5 javasolt kritériumai [14, 31] és a BNO-11-ben leírt jellemzők sok tekintetben hasonlóak, bár a DSM-5 kritériumai specifikusabban ragadják meg a tüneteket. Ezen specifikációk között említhető azon feltétel, miszerint a szexuális fantáziák, vágyak, késztetések, illetve a tényleges szexuális viselkedés terén az alábbi „A-kritériumok" közül legalább négynek teljesülnie kell: 1. túlzó mértékű ráfordított idő; 2. a fantázia, késztetés, viselkedés diszfórikus hangulati állapotra adott reakcióként értelmezhető; vagy 3. stresszre adott reakcióként jelenik meg; 4. kontrollálásra tett sikertelen kísérletek; 5. a kapcsolódó kockázatok figyelmen kívül hagyása. A BNO-11 szerint a KSzVSz diagnosztizálásához elegendő a megfelelő kontroll elmaradása az ismételten megjelenő szexuális késztetésekkel, vágyakkal szemben, valamint a számos sikertelen kísérlet a viselkedés visszaszorítására, csökkentésére. A két definíció között tehát a legmarkánsabb különbség talán az, hogy a BNO-11 leírása nem tartalmazza a DSM-5 által javasolt kritériumok közül azokat, amelyek a kompulzív szexuális viselkedést a diszfórikus hangulati állapotra, valamint a stresszre adott válaszreakcióként értelmezik.

Differenciáldiagnosztikai szempontból kizárandók neurodegeneratív és neurokognitív zavarok (Parkinson-kór, demenciák, traumás agysérülés), illetve a fentiekben már említett, erkölcsi inkongruencia mentén megjelenő distressz. Dopamin agonista antiparkinson gyógyszerek mellékhatása is lehet dózisfüggő módon a hiperszexualitás [32]. A Parkinson-kór és a kezeléséhez kapcsolódó hiperszexualitás megelőzési és terápiás lehetőségeit illetően ajánljuk a *„A Parkinson-kór és Parkinson-szindrómák kezelése"* című egészségügyi szakmai irányelv megismerését [33].

Jól elkülöníthető ugyanakkor a szerhatás által okozott szexuális vágy fokozódása, mely a különféle intoxikációs szindrómák részjelensége (például kokain, alkohol, metamfetamin, kannabisz, hallucinogének). A mentális zavarok közül elsősorban a szkizofrénia spektrum és más pszichotikus zavarok (például a paranoid pszichotikus zavar erotomán típusa), illetve a B cluster személyiségfejlődési zavaraihoz (borderline, narcisztikus, hisztrionikus és antiszociális) asszociált formák különítendők el [34].

Ajánlás1

A KSzVZ-ban és/vagy PPH-ban szenvedő kliens esetén a pszichoadiagnosztikai célú explorációnak szükséges kitérnie az alábbi területek részletes feltárására: a kliens demográfiai jellemzői; a potenciális szexuális zavar kórtörténeti áttekintése, a kiemelt etiológiai tényezők azonosításával; a kliens pszichoszexuális fejlődésének áttekintése; lehetséges abúzusok (ideértve a szexuális abúzusokat) feltárása; jelenlegi és múltbeli gyógyszerszedési információk; a pszichológiai és érzelmi működés, funkcionalitás felmérése; az aktuális környezeti stresszorok azonosítása; amennyiben a kliens éppen párkapcsolatban él, a jelen kapcsolat jellemzőinek felmérése; heteroanamézis a partnerrel [35]**. Szintén szükséges a KSzVZ-ban érintett kliensek figyelmét felhívni a szexuális úton terjedő fertőzésekre vonatkozó rendszeres szűrés fontosságára** [36]. **(Erős ajánlás)**

A diagnózisalkotási folyamat részeként a KSzVZ szűrésére több validált skála alkalmazása lehetséges, melyek közül jelen egészségügyi szakmai irányelv kiemelten a magyar nyelven is elérhető Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale/Kompulzív Szexuális Viselkedés Zavar Skála [37] alkalmazását ajánlja. A skála a jelen egészségügyi szakmai irányelv XI. Melléklet fejezet, az *1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok'* bekezdése alatt érhető el. Szintén a Melléklet fejezet azonos alpontjában érhető el a Hiperszexuális Viselkedés Leltár/ Hypersexual Behavior Inventory [38] magyar változata [39], mely – akárcsak a Kompulzív Szexuális Viselkedés Zavar Skála – diagnosztikai kritériumok mentén vizsgálja a hiperszexualitás egyes potenciális tüneteit.
A PPH tünettanát illetően egyes szerzők/munkacsoportok [40] (Bőthe és mtsai., 2018) az addikciók általános jellemzőit összegző komponens-modell egyes dimenzióinak alkalmazását javasolják PPH esetén is. Ezen dimenziókat az 1. Táblázatban ismertetjük, feltüntetve az egyes jegyek PPH-ra érvényes értelmezési módját:

1. táblázat: Problémás pornográfiahasználat tüneti komponensei a Griffiths-féle komponens modell értelmezési keretében [40]

Problémás pornográfiahasználat tüneti komponensei
Szaliencia: a pornográfiahasználat egyre inkább meghatározó, központi szerepet tölt be az érintett életében, dominálva a gondolatokat és a cselekvés mintázatát
Tolerancia: az érintett személynek a kívánt izgalmi szint eléréséhez egyre gyakoribb és/vagy egyre extrémebb pornográf tartalmak fogyasztására van szüksége
Hangulatmódosítás: az érintett személy a pornográfiahasználat által olyan negatív érzelmek és hangulatok elnyomására vagy enyhítésére törekszik, mint a distressz, szorongás, lehangoltság, feszültség
Konfliktus: a pornográfiahasználat intrapszichés (vagyis belső) és interperszonális (vagyis más, fontos személyekkel kialakuló) konfliktusokat idéz elő
Megvonás: a pornográfiahasználat akadályoztatottsága vagy átmeneti felfüggesztése esetén megvonási tünetek (például ingerlékenység, szorongás, düh) lépnek fel
Visszaesés: az absztinenciára törekvés sikertelensége, a pornográfiahasználat feletti kontroll újbóli elvesztése

A diagnózisalkotási folyamat kapcsán a magyar nyelven is elérhető, validált szűrőtesztek/skálák közül a Problémás Pornográfiahasználat Skála/Problematic Pornography Consumption Scale [40] alkalmazása javasolt a PPH súlyosságának felmérésére, valamint célszerű a PPH hátterében fellelhető motivációk azonosítására a Pornográfiahasználat Motivációi Skálát/Pornography Use Motivations Scale-t [41] használni, melynek elérhető rövidített, 8 tételes változata is [42]. Ezen mérőeszközök a jelen egészségügyi szakmai irányelv XI. Melléklet fejezet, az *1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok'* bekezdése alatt érhetőek el.

1.3. Kompulzív szexuálisviselkedés-zavar és problémás pornográfiahasználat – Terápia

A KSzVZ terápiájának elsődleges célja a szexuális önkontroll növelése, a problémás szexuális viselkedés csökkentése, egyúttal a negatív következmények minimalizálása, különös tekintettel a saját vagy mások veszélyeztetésére, valamint az érintett (személyes, családi, szociális és foglalkozásbeli) életterületek rehabilitálása [43]. Ez a törekvés sokszor szükségszerűen együtt jár egy olyan komplex bio-pszicho-szociális szemlélettel, ahol a komorbid állapotok körültekintő felmérése mellett gyakran a biomedikális terápia sem elhanyagolható tényező. A különböző pszichoterápiás módszerek megválasztása szintén többtényezős folyamat, hiszen a KSzVZ kezelésében egyaránt felmerülhetnek egyéni, csoportos és párterápiás intervenciók.
Terápia megválasztásakor mérlegelendő tényezők [15]:

– Komorbid állapotok felmérése (járulékos mentális érintettség – például mánia, kémiai szerhasználat felmérése);
– Rizikóviselkedés felmérése (partner szexuális úton terjedő betegségeknek való kitettsége, esetleges auto- és heteroagresszió);
– Forenzikus érintettség felmérése;
– A KSzVZ és PPH érintettség felmérése (hajlamosító, kiváltó és fenntartó tényezők);
– Terápiát hátráltató tényezők felmérése (motiváció, külső kényszerítő tényezők, szégyen, stigma).

1.3.1. Gyógyszeres terápia

A farmakoterápia mindenképpen másodvonalbeli beavatkozásként jön szóba, egyelőre nincsenek kellő bizonyítékot felmutató, kiterjedt klinikai vizsgálatok a KSzVZ – illetve az ezt külön vizsgáló tanulmányok esetén a PPH – gyógyszeres kezeléséről. A területen alkalmazott farmakoterápia evidenciája alacsony, elsősorban esetleírásokból vagy más mentális zavarok (kényszeres zavar, szerencsejáték zavar, parafíliák, demenciához társult hiperszexualitás) kezelési tapasztalatából ered és az alkalmazott kezelés tulajdonképpen minden esetben off-labelnek minősül.
A gyógyszeres kezelés célja KSzVZ és a PPH esetén is a kényszeres szexuális fantáziák, késztetések és magatartás csökkentése mellett a társuló mentális zavar, függőség vagy hiperszexualitást okozó testi betegség tüneti kezelése, illetve parafília jelenléte esetén a szexuális bűncselekmények kockázatának minimalizálása [16].

Ajánlás2
A legtöbb klinikai tapasztalat a szelektív szerotonin visszavétel gátlókkal van (SSRI), melyek a szerotonin szinaptikus résben történő visszavételének gátlásával növelik annak szintjét, kifejtve ezzel többek között antidepresszív, anxiolítikus, antiobszesszív hatásukat [44]**. Ennek megfelelően, ha a KSzVZ klinikai képét kényszeres tünetek uralják vagy komorbid depresszió és/vagy szorongás diagnosztizálható, jó választás lehet az SSRI (B szintű evidencia),** [16]**. (Feltételes ajánlás)**
Az opioid antagonista naltrexont elsősorban alkoholhasználati és opioidhasználati zavarban használják, pár esettanulmány [45] és klinikai megfigyelés alapján azonban használata megfontolandó lehet olyan esetekben, ahol az addiktív jelenségek dominálják a KSzVZ klinikai képét (például sóvárgás, tolerancia, megvonásos tünetek) [46]. Még inkább szóba jöhet naltrexon bevezetése társuló egyéb viselkedéses függőség (például szerencsejáték-használati zavar) vagy komorbid szerhasználati zavar mellett [16].
Amennyiben a KSzVZ parafíliával társul – és különösen a szexuális erőszak magas kockázatával járó kórképeknél – szóba jön a tesztoszteron szint farmakológiai csökkentése antiandrogének (például ciproteron-acetát) vagy GnRH-agonisták (például triptorelin) által [47].
A specifikusan a PPH farmakoterápiáját vizsgáló szisztematikus áttekintő tanulmányok [48] szintén az antidepresszáns gyógyszerek, illetve az opioid antagonisták (kiemelten a naltrexon) alkalmazását javasolják, igaz, a bevont vizsgálatok alapján ezúttal is alacsonynak nevezhető a bizonyítékok szintje.
Randomizált kontrollált vizsgálatok azonban alátámasztják, hogy a kombinált gyógyszeres kezelés és pszichoterápia együttesen hatékonyabbnak bizonyul a kizárólag medikálisan alkalmazott terápiával szemben [49].

1.3.2. Pszichoterápiák

Goslar és munkatársai metaanalízisükben [50] a pszichológiai és farmakoterápiás beavatkozások, valamint ezek kombinációjának hatékonyságát vizsgálták a kompulzív szexuális viselkedés csökkentésében. A kutatás eredményei szerint a kognitív viselkedésterápia (CBT) hatékonynak bizonyult mind a kompulzív szexuális viselkedés súlyosságának, mind annak gyakoriságának csökkentésében. A CBT mellett az Elfogadás és Elköteleződés fókuszú terápia (Acceptance and Commitment Therapy, ACT), valamint a mindfulness alapú beavatkozások is pozitív eredményeket mutattak. A kutatás eredményei arra is utalnak, hogy a hosszabb és intenzívebb egyéni pszichoterápiás beavatkozások nagyobb mértékű tüneti csökkenést eredményeztek, mint a rövidebb vagy kevésbé intenzív kezelések, például a csoportterápia. Emellett a pszichológiai terápiák antidepresszáns terápiával való kombinálása tovább növelheti a terápiás hatékonyságot. A kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy a pszichológiai és farmakoterápiás beavatkozások hatékonysága között nincs szignifikáns különbség. Emellett fontos eredménye még a vizsgálatnak, hogy a kompulzív szexuális viselkedés kezelése számos szempontból hasonló megközelítéseket igényelhet, mint a szerhasználati és viselkedéses addikciók kezelése. Összességében a hosszabb távú, magas intenzitású CBT alapú beavatkozások hatékonyak a kompulzív szexuális viselkedés csökkentésében [50].
A BNO-11-ben leírt jellemzők vizsgálata mentén szintén publikálásra került egy metaanalízis, mely az elmúlt 25 év terápiás tanulmányait foglalja össze [51] és összesen 15 tanulmányt azonosít terápiás vonatkozásban. Az áttekintett kutatások jelentős többsége férfi populáción implementált beavatkozásokat vizsgál, így a női érintettek terápiájának sikerességéről még kevesebbet tudunk. Ezen eredmények alapján a szerzők, akárcsak Goslar és munkatársainak (2020) metaanalízise esetén [50], a kognitív viselkedésterápiás (CBT) megközelítés mellett az Elfogadás és Elköteleződés (ACT) terápiás irányt és pszichoedukációs megközelítéseket javasolnak. A szerzők szerint a KSzVZ terápiájának kutatása azért is elhanyagolt terület, mert eddig nem szerepelt a diagnosztikai rendszerekben, valamint korábban akadályokba ütközött szakszerű felmérése is a validált szűrőtesztek hiányában. Az első randomizált kontrollált

vizsgálat CBT-vel kapcsolatban született [52], mely egy 7 hetes csoportos CBT alapú beavatkozásnak hosszú távú (3 és 6 hónapos) hatását is igazolta.

Ajánlás3

A kognitív viselkedésterápia (CBT) megközelítése, más függőség kezeléséhez hasonlóan a KSzVZ esetében is elsődlegesen választandó módszerként javasolt, így ennek alkalmazására kell törekedni. A módszert vizsgáló kutatások igazolják a KSzVz esetében is az addiktív viselkedés gyakoriságának csökkenését, a maladaptív hiedelmek csökkenését, az észlelt szégyen és stressz enyhülését, valamint a pozitív énkép erősödését [52]**. Akárcsak a CBT más függőséget megcélzó kezelésében, a terápia itt is elsősorban a szexuális késztetéseket triggerelő magas rizikójú helyzetekre, érzésekre, gondolatokra és viselkedésekre fókuszál. Ezen felül a motivációs interjú elemei elősegíthetik a változás irányába történő elmozdulást a felépülés elején. (Erős ajánlás)**

Az addiktológia területén gyakran alkalmazott motivációs interjú [53] széles körben használt, kognitív megközelítésű módszer, amely támogatja a viselkedésbeli változások elérését, különösen függőségek és más egészségkárosító magatartások kezelésében. Az eljárás elősegíti a probléma tudatosítását, valamint támogatást nyújt a változást célzó lépések megtervezésében és megvalósításában. Hatékonyan alkalmazható, amikor a probléma felismerése ellenállásba ütközik, vagy ambivalens hozzáállás gátolja a változást, de alkalmas a későbbi viselkedésváltozási szakaszok során is. A módszer a konfrontatív, tekintélyelvű hozzáállás helyett pozitív légkört teremt, amely az együttműködést és a cselekvésre való ösztönzést támogatja, miközben tiszteletben tartja az egyén autonómiáját. Fő alapelvei közé tartozik: empatikus hozzáállás, vita elkerülése, diszkrepancia kialakítása, ellenállás feldolgozása, önbizalom növelése. A belső viselkedésváltozási motiváció megerősítésének és fenntartásának stratégiái: nyitott kérdések alkalmazása, visszatükröző figyelem, támogatás és megerősítés nyújtása, rendszeres összegzés és visszatekintés, önmotivációra ösztönző megállapítások elősegítése. A változás iránti elköteleződés stratégiáinak erősítése: célkitűzések megfogalmazása, lehetséges opciók feltérképezése, tervezés és kivitelezés, az elköteleződés támogatása. E motivációs interjús alapelvek és stratégiák mind a KSzVZ, mind a PPH terápiájának korai szakaszában hasznosíthatóak [54,55].

Család- és párterápia szintén ajánlott lehet a KSzVZ-ben érintett párok és családok számára a bizalom újraépítésében, illetve a kommunikáció fejlesztésében [56]. Érintett párok terápiájában jellemző témák a szégyen és negatív énkép mellett a hűtlenség, a bizalmatlanság és a szexuális problémák a párkapcsolatban. Emellett egyes kutatások a partner társfüggőségére hívják fel a figyelmet [57], ahol a terápia fő fókusza a határok újraértelmezése is lehet.

Végül pedig, mivel egy 21 tanulmányt integráló metaanalízis [13] szoros összefüggést talált a KSzVZ és a gyermekkori szexuális abúzus között, ezért megfontolandó az érintett kliensekkel történő traumatudatos terápia [58] vagy konkrét feltárható trauma esetén az EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing, vagyis szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás) mint terápiás módszer választása is. A módszer eredményességére vonatkozóan ugyan átfogó szisztematikus áttekintő tanulmányok vagy meta-analízisek nem érhetőek el, ugyanakkor esettanulmányok kedvező terápiás kimenetekről számolnak be KSzVZ-ban szenvedő kliensek esetén [59].

A PPH terápiás megközelítéséről is rendkívül kevés terápiás hatékonyságot megcélzó kutatás született és általában erősen összefonódik a KSzVZ kezelésével is. A PPH ilyen értelemben (is) gyakran a KSzVZ egy tüneteként értelmeződik [60]. Elsősorban CBT alapú programok mentén zajlottak vizsgálatok, melyek arról számolnak be, hogy sikeresen tudják csökkenteni a PPH-hoz kapcsolódó addiktív viselkedést és a járulékos negatív automatikus gondolatokat [61]. Ennek mentén születtek online önsegítő programok is, amelyek leginkább a pszichoedukációt célozzák meg [62], illetve olyan CBT alapú csoportos intervenciók is, melyek kifejezetten a motivációs interjú elemeit építették be a kezelésbe [63].

Az Elfogadás és Elköteleződés (ACT) terápia egy randomizált kontrollált vizsgálat eredményei alapján ígéretes megközelítésnek tűnik a PPH tekintetében is [64]. Az ACT tudatos jelenlétre és értékalapú megközelítésre építő megközelítés, mely a függőségek kezelésében jellemző negatív gondolatokat, negatív énképet célozza meg. Az eddigi vizsgálatok igazolják, hogy a módszer sikeresen támogatja a pornófogyasztás addiktív viselkedésének csökkenését és hatékony a jövőbeli késztetések visszaszorításában is [64,65]. Kifejezetten mindfulness alapú (olykor meditációs technikákat is integráló) intervenciók vizsgálata is megemlítendő, melyek a pornóhasználat mellett olyan járulékos tünetek csökkenéséről is beszámolnak, mint a depresszió vagy a szorongás [66].

A PPH kezelésére alkalmazott pszichoterápiás módszereket vizsgáló további metaanalízis alapján is a CBT és az ACT hatékonysága emelhető ki [67]. A kutatás megállapította, hogy ezek a terápiák jelentősen csökkentheti a PPH közvetett tüneteit, mint például a sóvárgás, a pornóhasználat hossza és gyakorisága, valamint a kompulzív szexuális magatartás. A kutatás eredményei szerint a CBT és az ACT hatékonysága a PPH-val gyakran együtt járó

szorongás és depressziós tünetek csökkentésében is megmutatkozott. A terápiás hatások a követéses vizsgálatok során is fennmaradtak. A két terápiás módszer között nem volt statisztikailag szignifikáns különbség a hatékonyság tekintetében. Fontos megállapítás az is, hogy a terápia helyszíne – legyen az online, szemtől szembe, csoportos vagy egyéni – nem befolyásolta szignifikánsan az intervenciók hatékonyságát. Ez a rugalmasság lehetővé teszi, hogy a terápiás feltételek a kezelt személy preferenciáihoz és élethelyzetéhez igazodjanak.

A PPH kezelésének az erkölcsi inkongruenciából eredő distressz differenciáldiagnosztikai figyelembevételével javasolt algoritmusát a jelen egészségügyi szakmai irányelv 2. ábrája ('PPH terápiás algoritmusa, a morális inkongruenciára vonatkozó differenciáldiagnosztikai szempontok bevonásával') szemlélteti, mely a XI. Mellékletek fejezet 1.4 Algoritmusok, 2. ábra PPH terápiás algoritmusa, a morális inkongruenciára vonatkozó differenciáldiagnosztikai szempontok bevonásával található.

Ajánlás4

A PPH és az ahhoz kapcsolódó komorbid pszichés tünetek kezelésében a CBT és az ACT alapú intervenciók bizonyítottan eredményesek, ezért PPH esetén elsősorban ezen terápiás megközelítések választása szükséges. Emellett az intervenciós forma rugalmassága növeli a kezelési lehetőségek hatékonyságát és hozzáférhetőségét [67]**, ezért törekedni kell arra, hogy a módszert mindig az adott kliens aktuális élethelyzetének és állapotának figyelembevételével, személyre szabott módon alkalmazzuk. (Erős ajánlás)**

Az öngyógyítási hipotézis [68] alapvetően a szerhasználat pszichodinamikai funkcióin mentén foglalkozik a negatív érzések maladaptív csillapítási kísérletével, ugyanakkor a viselkedési függőségek – ahogy a KSzVZ és a PPH – mentén is adekvát értelmezési módot nyújt, hiszen ezen zavarok is gyakran a gyermekkorban átélt traumákból eredő fájdalmas érzések szabályozását szolgálják. A pszichodinamikus megközelítés szerint a gyermekkorban elszenvedett traumák miatt disszociatív folyamatok következhetnek be, hogy az egyén elkerülje az elviselhetetlen érzelmi állapotokat. Ezek a folyamatok megakadályozhatják a traumához kötődő mentális állapotok integrációját, és az egyén olyan viselkedési függőségekhez fordulhat, amelyek illuzórikus kontrollérzetet biztosítanak. A szelf-élmény folytonosságának megszakadása ettől azonban tovább súlyosbodhat. A pszichodinamikus terápiás beavatkozások célja nem csak a függőségi viselkedés csökkentése, hanem a kielégítetlen érzelmi szükségletek és a fájdalmas érzések feltárása, valamint a traumához kötődő disszociált mentális állapotok integrálása is [69].

Egy randomizált kontrollált vizsgálat [49] eredményei alapján a rövid pszichodinamikus csoportterápia, amelyet relapszusmegelőző csoportterápia követett, hatékonyabbnak bizonyult a kényszeres szexuális viselkedés csökkentésében, mint a gyógyszeres kezelés önmagában. Ennek lehetséges magyarázata, hogy a pszichodinamikus terápia elősegíti annak megértését, hogy a stresszt okozó korai élmények milyen hatással lehetnek a felnőttkori interperszonális és szexuális kapcsolatokra. Ennek eredményeképpen az érintett könnyebben tudatosítja negatív érzelmi állapotait, és meglátja az összefüggést ezek és a kényszeres szexuális viselkedés között. Az érzelemszabályozás fejlődése révén az impulzivitást is jobban tudja kontrollálni, amely a kényszeres szexuális viselkedés csökkenését is elősegíti.

A KSzVZ és a PPH kezelésében fontos szerepet játszhat továbbá az áttétel-fókuszú pszichoterápia (TFP), ha a páciensnél egyidejűleg borderline (érzelmileg labilis) vagy nárcisztikus személyiségzavar is fennáll. Ez a terápiás módszer elsősorban a személyiségzavar tüneteinek enyhítésére irányul, amely hosszú távon hozzájárulhat a visszaesések megelőzéséhez. A kezelés megkezdésének feltétele, hogy a páciens legalább három hónapig tartózkodjon a problémás viselkedéstől, és józan állapotban vegyen részt a terápiás üléseken [70]. Az absztinencia elérése – ez esetben a PPH esetén, minthogy a KSzVZ kapcsán sokkal inkább az egészséges szexualitás kialakítása a terápiás cél, semmint a teljes absztinencia tartása – érdekében kiegészítő terápiák is szükségesek lehetnek, például kórházi kezelés, rehabilitáció vagy 12 lépéses anonim önsegítő csoportok (elsősorban Anonim Szex- és Szerelemfüggők). Fontos megjegyezni, hogy az addikcióra fókuszáló kezelések önmagukban nem biztosítanak jelentős változást a patológiás személyiségszerveződésben [71]. A TFP hatékonyságát számos tudományos vizsgálat igazolta, köztük randomizált kontrollált vizsgálatok is [72].

1.3.3. Telemedicinális lehetőségek

Figyelembe véve az addiktológiai ellátórendszer kapacitáskorlátait, valamint mind a KSzVZ, mind a PPH kapcsán megfigyelhető nagyfokú társadalmi megbélyegzést és ennek következményeként megjelenő önstigmatizációt, az alacsony kezelésbe fordulási arány miatt kiemelt jelentőségűek lehetnek azok a telemedicinális intervenciók vagy prevenciós programok, melyek anonimizált módon, az énhatékonyság növelésével, akár teljességgel automatizált jelleggel nyújthatnak segítséget az érintettek számára.

A KSzVZ kezelésének pszichoedukációval kapcsolatos beavatkozásai nagy hangsúlyt kapnak a nemzetközi protokollokban [73], főleg a költséghatékonyság és széles körű elérhetőségük, hozzáférhetőségük miatt. Online felépülési programok, applikációk segítségével bizonyítottan sikeres a kliensek és hozzátartozók pszichoedukációja, valamint alap pszichoterápiás (CBT) beavatkozások gyakorlására is alkalmas felület lehet (naplózás, visszaesés megelőzés).

Nemzetközi szakértői együttműködésben, magyar kutatók vezetésével valósult meg a Hands off névre keresztelt web-alapú, PPH kezelését célzó intervenció [74], mely 6 modul mentén végez automatizált beavatkozást. Az elsősorban a motivációs interjú, a CBT, a mindfulness és a szociápszichológiai intervenciók elemeiből építkező modulok a viselkedésváltozás lehetőségeit, a pornográfiahasználat motivációs hátterét, az absztinencia/kontrollált használat kapcsán elérhető örömforrásokat, alternatívákat, a sóvárgásmenedzsment technikáit, a pornográfiahasználathoz kapcsolódó érzések, gondolatok és viselkedési minták azonosítását, a relapszusprevenció eszközeit, valamint a célkitűzések elősegítését helyezik előtérbe. Az intervenció használatához internetkapcsolat és ingyenes regisztráció szükséges, valamint angol nyelvtudás. A Hands off projekthez tartozó weboldalon további részletek érhetőek el [75].

Egy szintén web-alapú és túlnyomórészt CBT technikák mentén felépített, részben automatizált program [76] 10 modul segítségével célozza meg a hiperszexualitás kezelését. A modulok olyan témákkal foglalkoznak, mint a hiperszexualitás zavar és a parafíliák diagnosztikai háttere CBT perspektívából, a viselkedésváltozási motiváció (kitérve a motivációs interjú technikáira), a saját szexuális viselkedés megértése, a késztetések, sóvárgások kezelése (elsősorban mindfulness megközelítésben), az élet különböző területein feltárható értékek azonosítása, az intimitás fejlesztése, az értékeken alapuló célok meghatározása, a depresszív hangulat enyhítése viselkedésaktivációval, a negatív automatikus gondolatok és érzések kezelése kognitív átstrukturálással, a kommunikációs készségek fejlesztése, valamint a viselkedésváltozás hosszútávú fenntartása (relapszusprevenciós technikák).

A PPH kezelésének mobil-alapú (mhealth) megközelítése szintén egyre elterjedtebb beavatkozási forma: egy ennek feltárására irányuló, a különböző alkalmazás-áruházak (például Google Play, App Store) kínálatát tartalomelemzéssel áttekintő tanulmány [77] összesen 170 ilyen fókuszú applikációt azonosított, melyek olyan módszerekkel segíthetik a PPH megelőzését vagy önmenedzsmentjét, mint a pornográf tartalmak blokkolása, a legutóbbi visszaesés óta eltelt idő nyomon követése, a pszichoedukáció, vagy a beépített jutalmazási rendszer az absztinencia fenntartása érdekében. A tanulmány fontos megállapítása ugyanakkor, hogy az áttekintett alkalmazások egyikénél sem lehetett elvégzett hatékonyságvizsgálatot vagy szakirodalmi hivatkozásokat azonosítani. Ez felhívja a figyelmet a bizonyítékon alapuló, szakemberek által fejlesztett PPH mhealth intervenciók jelenlegi hiányára.

1.3.4. Szociális terápiák

A szociális terápiák fő fókusza a KSzVZ és PPH esetében a szociális készségek (kommunikáció, érzés kifejezés) fejlesztése, a közösségbe való integrálódás elősegítése, illetve a különböző stigmatizáló és szégyenteli érzések csökkentése lehet, ezáltal a rehabilitációs folyamat fontos eszköze.

Közösségi terápiák részeként fontos lehet a függőségek kezelésében az önsegítő közösségekbe való integráció is, ami különösen a felépülés elején adhat támaszt az érintetteknek. SLAA (Anonim Szex- és Szerelemfüggők) csoportok széles skálája elérhető már Magyarországon is, mely elsődleges ajánlás lehet a KSzVZ-ben és PPH-ban érintettek számára a 12 lépéses és 12 hagyományon alapuló közösségek közül. A józanság megőrzése, gyűlések látogatása, lépésmunka-gyakorlás, szolgálatvállalás mellett a spiritualitás fontos eleme az SLAA csoportoknak [78], valamint annak a belátása, hogy az érintett elvesztette az irányítást függő viselkedése felett. Az önsegítő csoportok tudományos háttere, hatékonyságának vizsgálata szintén csekély, ugyanakkor egy metaanalízis [79], mely a KSzVZ esetében alkalmazott 12 lépéses programok hatékonyságát kísérelte megvizsgálni, arra jutott, hogy a csoportok segítséget nyújthatnak a tehetetlenség, magány, szégyenérzet oldásában és növelhetik a felelősségvállalást, segítségkérési hajlandóságot. Egyes eredmények szerint a lépések követése erős összefüggést mutat a függőség súlyosságával – azaz minél előrébb jár valaki a lépés munkában, annál magasabb önkontrollról, és annál alacsonyabb tehetetlenségről számol be [80]. Összességében azonban úgy tűnik, hogy az önsegítő csoportok leginkább professzionális terápiával kombinálva tudnak támogatást nyújtani.

Művészetterápiás kezdeményezések hatékonysága is támogatott lehet. Egy felmérés szerint a CBT-vel összehasonlítva is hasonlóan hatékony a művészetterápia a függő viselkedés visszaszorításában és a szégyenérzet hosszú távú csökkentésében [81].

1.3.5. Terápiás módszerek összegzése

A fentiekben ismertetett ajánlások és empirikus kutatási eredmények figyelembevételével, valamint egy, a KSzVZ mellett megjelenő PPH-t is fókuszba állító szisztematikus áttekintő tanulmány [61] kiegészítő megállapításai alapján a 2. táblázatban foglaljuk össze az elérhető, bizonyíték-alapú pszicho-, farmako – és szocioterápiás intervenciókat:

2. táblázat: A KSzVZ és PPH kezelésében alkalmazható főbb terápiás lehetőségek [16, 50, 51, 67, 69, 70, 80]

Pszicho-, farmako- és szocioterápiás intervenciók KSzVZ-ban és PPH-ban
Pszichoterápia
Kognitív viselkedés terápia (CBT)
Motivációs Interjú
Elfogadás és Elköteleződés fókuszú terápia (ACT)
Család- és párterápia
Komorbid állapotok pszichoterápiája
Áttétel-fókuszú pszichoterápia
Mindfulness alapú pszichoterápiák
Szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás (EMDR)
Rövid dinamikus csoportterápia
Szociális terápia
12 lépéses programok (SLAA)
Művészetterápia
Farmakoterápia
Opioid antagonista (például naltrexon) kezelés
Szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI) (például: citalopram, fluoxetin, szertralin, paroxetin, fluvoxamin)

2.4. Speciális alpopulációk ellátása

2.4.1. LMBTQ+ populáció

A KSzVZ szempontjából kiemelt kockázati csoportnak tekinthetjük a Leszbikus, Meleg, Biszexuális, Transznemű, Queer, + (a továbbiakban LMBTQ+) közösség tagjait, mivel esetükben számos tényező fokozhatja a kockázatot és a zavar súlyosságát. Az LMBTQ+ személyek gyakran szembesülnek társadalmi stigmatizációval, diszkriminációval és elutasítással, amelyek növelhetik a stresszt és a mentális egészségügyi problémák kialakulásának esélyét. Ez a fokozott stressz és szorongás hozzájárulhat a maladaptív megküzdési mechanizmusok, például a KSzVZ kialakulásához.

Ezen túlmenően, az LMBTQ+ közösség tagjai esetében előfordulhat, hogy a szexuális identitásuk elfogadásával kapcsolatos nehézségek vagy a társadalmi normákhoz való alkalmazkodás nyomása miatt nagyobb mértékben keresnek szexuális kapcsolatokban megerősítést vagy önértékelést. Fontos, hogy a kezelés és támogatás során az ellátást biztosító szakember figyelembe vegye az LMBTQ+ közösség egyedi igényeit és tapasztalatait, hogy hatékonyabban tudja kezelni a KSzVZ-t, miközben biztosítja az ítélkezésmentes és elfogadó környezetet. Ez nemcsak a mentális egészség javítását segíti elő, hanem hozzájárul az egyének életminőségének és önértékelésének növeléséhez is.

Az LMBTQ+ affirmatív klinikai ajánlások célja, hogy az LMBTQ+ személyek szociokulturális kontextusát figyelembe véve elősegítse a KSzVZ pontos diagnosztizálását és hatékony kezelését. Az ajánlások [82] kiemelik, hogy a diagnózist különféle potenciális torzítások befolyásolhatják, amelyek származhatnak a kliens (például önmaga „szexfüggőként" való érzékelése belső homonegatív hatások miatt), a klinikus (például a szexuális viselkedés elrejtését KSzVZ indikátorként értékelve), vagy az alkalmazott pszichológiai mérőeszközök oldaláról (melyek nem különítik el a kisebbségi stressz élményeket a KSzVZ tünetektől). Ezért ajánlott ezen torzítások alapos áttekintése a diagnózis felállítása előtt.

Jennings és munkatársainak ajánlása [83] értelmében mindezen tényezők és sajátosságok figyelembevétele elengedhetetlen az LMBTQ+ populáció esetén végzett KSzVZ diagnosztika és differenciáldiagnosztika eredményessége

és kellő pontossága szempontjából. A diagnosztikai folyamat során a klinikusok jellemzően három fő tünettanbeli, illetve viselkedéses megnyilvánulási formával találkoznak:

1. Az LMBTQ+ kliens megfelel a KSzVZ kritériumainak, és nem mutat olyan kisebbségi stressz okozta distresszt és funkcionális károsodást (KSDFK), ami érvénytelenítené a diagnózist;
2. A KSDFK a kliens elsődleges distresszforrása, és így nem teljesíti a KSzVZ tüneti kritériumait;
3. A kliens megfelel a KSzVZ diagnosztikai kritériumainak, és emellett KSDFK is explorálható.

Ajánlás5

A KSzVZ pontos diagnosztizálásához a klinikusoknak tehát érdemes megkülönböztetniük e három klinikai megjelenést. Ajánlott, hogy a kezelés során az LMBTQ+ kliensek sajátos szükségleteit vegyék figyelembe, mivel az KSDFK hozzájárulhat a KSzVZ tünetek kialakulásához. A KSDFK félreértelmezése és KSzVZ-ként történő azonosítása diagnosztikai pontatlansághoz vezethet, de ugyanakkor a kisebbségi stressz rombolhatja a védő mechanizmusokat és hozzájárulhat a KSzVZ kialakulásához. (Feltételes ajánlás)

A fentiek alapján javasolt differenciáldiagnosztikai algoritmus a jelen egészségügyi szakmai irányelv 3. számú ábrája (KSzVZ differenciáldiagnosztikai algoritmusa LMBTQ+ alpopuláció esetén), mely a XI. Melléklet fejezet 1.4 Algoritmusok pontjában található.

Az LMBTQ+ affirmatív beavatkozások, például az affirmatív kognitív viselkedésterápia (CBT), bizonyítottan hatékonyabbak lehetnek a KSzVZ kezelésében, mint az általános népesség számára kialakított nem adaptált intervenciók. Az affirmatív CBT randomizált kontrollált vizsgálatok alapján eredményesen csökkenti az LMBTQ+ személyek körében a szexuális kockázatvállalást, a depressziót, a szorongást, az alkohol- és drogfogyasztást, valamint a KSzVZ tüneteket [84]. A kisebbségi stressz folyamatai mentális egészségi problémákhoz vezethetnek, ezért a stressz élmények kezelése kulcsfontosságú elemként jelenik meg az intervenciókban.

Az affirmatív CBT transzdiagnosztikus és transzteoretikus alapelveken nyugszik [85], amelyek lehetővé teszik, hogy különböző mentális egészségügyi problémák kezelésére adaptálható legyen, figyelembe véve az LMBTQ+ személyek sajátos helyzetét. Ezek az elvek flexibilisen integrálhatók más evidencián alapuló terápiás megközelítésekbe, például az elfogadás és elköteleződés terápiába (ACT: Acceptance and commitment therapy). Az LMBTQ+ affirmatív klinikai gyakorlat hozzájárulhat a diagnosztikai pontossághoz, valamint a kezelések hatékonyságának növeléséhez, ezáltal támogatva az érintettek mentális jóllétét és életminőségét.

Az LMBTQ+ affirmatív beavatkozások az alábbi alapelvek mentén kerülnek kivitelezésre:

1. Felismerik, hogy a kisebbségi stressz hatására kialakuló mentális és viselkedési zavarok természetes válaszreakciók lehetnek, így segítenek normalizálni és elfogadni ezeket az élményeket;
2. Figyelembe veszik, hogy a kisebbségi stresszel kapcsolatos korai és folyamatos tapasztalatok negatív, önbecsülést romboló üzeneteket közvetíthetnek az érintettek felé, amelyek hatással lehetnek önértékelésükre;
3. Támogatják az érintetteket abban, hogy hatékonyan tudjanak megbirkózni a kisebbségi stressz igazságtalan következményeivel, és megerősítik őket saját képességeik és megküzdési stratégiáik kialakításában;
4. Segítenek támogató, autentikus kapcsolatok kialakításában, amelyek biztonságot és érzelmi támaszt nyújthatnak;
5. Kiemelik az LMBTQ+ személyek egyedi erősségeit, hozzájárulva önbizalmuk és identitástudatuk erősítéséhez;
6. Megértik az átfedő identitások (például etnikai vagy vallási hovatartozás) jelentőségét, amelyek egyaránt lehetnek a stressz és az ellenálló képesség forrásai [82].

2.4.2. A „chem sex" jelenségkör

Szintén speciális jelenségkört, és így különálló alpopulációt is képez a „chem sex„ jelenségben érintett kliensek ellátása, amennyiben ezekben az esetekben a potenciálisan fennálló KSzVZ mellett komorbid jelleggel szerhasználat is feltárható. A rendelkezésre álló szisztematikus áttekintő tanulmányok és meta-analízisek alapján a három, chem sex jelleggel leggyakrabban használt pszichoaktív szer a mefedron (4-metil-metkatinon), a GHB/GBL (gamma-hidroxibutirát/gamma-butirolakton: ez utóbbi a GHB prekurzora), illetve a metamfetamin kristályos formája [86]. A szexuálisvágy-fokozás és -gátlásoldás céljából használt kémiai szerek mentális egészségügyi problémákat idézhetnek elő, egyebek között szorongást, depressziót, a pszichózis fokozottabb kockázatát, szuicid ideációkat, társadalmi elszigetelődést, stigmatizációt, valamint az impulzuskontroll elvesztését és a megküzdési stratégiák hiányát. A chem sex-et gyakorlók fogyasztási és szexuális viselkedési mintái közé tartoznak az elhúzódó szexuális epizódok, az úgynevezett „chillek" amelyek során több partnerrel, egymás után, egyénileg vagy csoportosan lépnek

kapcsolatba. Ezek a gyakorlatok elsősorban az említett pszichoaktív szerek használatával járnak, bizonyos esetekben intravénás használat mellett, melyet „slamming„ vagy „slamsex„ néven is említenek. Egy, a pszichózis chem sex esetén megjelenő kockázatát elemző szisztematikus áttekintő tanulmány értelmében a slamsex, a többféle pszichoaktív szer egyidejű használata, valamint a metamfetamin inhalált vagy elszívás formájában történő fogyasztása közel háromszorosára növelheti a pszichózis valószínűségét. A további kockázati tényezők között szerepel az etnikai kisebbségi státusz, a nagyvárosban élés, az átélt stressz és szorongás, a trauma elszenvedése, a magány, a szexuális úton terjedő fertőzések (STI-k), a hepatitis és a korábbi pszichotikus előzmények [87]. Fontos hozzátenni, hogy a chem sex-ben érintettek jelentős többsége olyan férfiakból áll, akik férfiakkal élnek nemi életet (angolul: *men who have sex with men*), ugyanakkor, ha alacsony prevalencia mellett is, de a chem sex előfordul heteroszexuális férfiak és nők körében is [88].

A rendelkezésre álló terápiás ajánlások [89] értelmében a problémás chem sex használók értékelése átfogó és multidiszciplináris megközelítést igényel, amely figyelembe veszi a pszichiátriai, addiktológiai, szexuális és fertőző betegségekkel kapcsolatos szempontokat. Nem minden chem sex-et gyakorló személy esetében indokolt a pszichiáterhez vagy addiktológiai szakemberhez történő irányítás. Az alábbi klinikai értékelési szempontok segítenek a szexuális viselkedés és annak lehetséges következményeinek teljes körű feltárásában:

– Szexuális preferencia;
– Családi állapot;
– Család, barátok, társas támogatás megléte;
– Korábbi és jelenlegi pszichiátriai zavarok (például szorongás, depresszió, poszttraumás stressz zavar, öngyilkossági előzmények), valamint szerhasználati jellemzők;
– Szexuális bántalmazás és egyéb traumák feltárása;
– Családi vagy társadalmi konfliktusok szexuális orientáció bejelentése („coming out") kapcsán, diszkrimináció története;
– Szexuális úton terjedő fertőzések a kórtörténetben (HIV, hepatitis, szifilisz stb.);
– Szexuális addikció és/vagy parafília vagy parafilikus zavarok megléte;
– Korábbi vagy jelenlegi kezelések (pszichotróp szerek, antiretrovirális szerek, PrEP, posztexpozíciós profilaxis, merevedési zavarok kezelése);
– Fogyasztott szerek típusa és alkalmazási módja (például lenyelve, felszippantva, elszívva, anális dugóval vagy intravénásan), valamint többféle szer együttes használata;
– Szerhasználat időtartama;
– Szerhasználati zavar és/vagy KSzVZ értékelése;
– Chem sex alkalmak gyakorisága és időtartama;
– Illegális és legális szerek használata chem sex-en kívül;
– Eszméletvesztés chem sex során (például G-hole vagy K-hole GHB/GBL vagy ketamin használatával);
– Farmakopszichózis vagy paranoia szerhasználat alatt vagy után;
– Pszichés tünetek a szerhasználat utáni fázisban;
– Pénzügyi, társadalmi, személyes vagy jogi nehézségek chem sex kapcsán;
– Szexuális kognitív torzítások;
– Szexuális viselkedés története, típusai és gyakorisága;
– Szexuális gyakorlatok, „hard-sex" gyakorlása;
– Kockázatos szexuális viselkedés vagy fantáziák;
– Merevedési zavarok és/vagy ejakulációs problémák;
– Szexuális működés zavara, szexuális fájdalom;
– Szexuális viselkedés szerek nélkül;
– Szexuális erőszak vagy beleegyezés hiányának esetei chem sex során.

A chem sex használók körében fontos az általános tájékoztatás és edukáció a lehetséges kockázatokról, valamint a pszichiátriai, addiktológiai vagy szomatikus társbetegségek kezelésének szükségességéről. Kiemelt figyelmet kell fordítani az ellátóhelyek, háziorvosok és betegszövetségek szerepére. Gyors és sürgős beutalás szükséges traumatikus élmények, beleegyezési határok átlépése/sértése, pszichiátriai vagy addiktológiai társbetegségek, visszatérő STI-k, valamint társadalmi vagy szakmai életre gyakorolt következmények esetén. A chem sex feletti kontroll elvesztése, társadalmi elszigeteltség, szakmai vagy pénzügyi nehézségek kulcsfontosságú jelek a specializált követés megkezdéséhez. A specifikusan chem sex esetén javasolt terápiás módszerek hatékonyságát illetően a szakirodalom jelenleg még nem nyújt elégséges tudományos bizonyítékokat, erre vonatkozóan tehát szükséges a jövőbeli empirikus

kutatómunka elvégzése. Ugyanakkor a chem sex során esetlegesen kialakuló szerhasználati zavarok kezelése esetén érdemes az elérhető egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásaira támaszkodni.

Ajánlás6

Amennyiben a kliensnél az exploráció során felmerül a chem sex jelensége, a klinikusi kompetenciakörbe tartozik, hogy a szakember ismerje a chem sex során leggyakrabban használt pszichoaktív szerek pszichofarmakológiai sajátosságait, és ezzel összefüggésben azokat a potenciális funkciókat, melyeket betöltenek a chem sex élmény során – ilyen például szexuálisvágy-fokozó és -gátlásoldó hatás, vagy a mefedron esetén az entaktogén stimuláns hatások is. Ezen ismeretek elsajátítása tehát ajánlott lehet. (Feltételes ajánlás)

VII. JAVASLAT AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licenc, akkreditáció stb.), kapacitása

Az egészségügyi szakmai irányelv alkalmazása a legtöbb felsorolt ajánlás esetén addiktológus pszichiáter szakorvosi kompetenciakörbe tartozik, ily módon szakvizsgához kötött. A további ajánlások (például: pszichodiagnosztikai, pszichoterápiás feladatok) klinikai szakpszichológusi, illetve pszichoterápiás szakvizsgákhoz köthetőek. Az egészségügyi szakmai irányelv egyes ajánlásai továbbá alkalmazandóak mind az alapellátásban (a háziorvos kompetenciái között említve a KSzVZ/PPH felismerésére alkalmas szűrőtesztek, valamint az addiktológiai ellátórendszerbe történő továbbküldés lehetőségeinek ismeretét), mind az intézményi ellátás (ambuláns- és fekvőbeteg ellátás) keretein belül, megfelelő működési engedéllyel és megfelelően képzett szakszemélyzettel rendelkező ellátóhelyek esetében. Idesorolhatók kiemelten az addiktológiai ambulanciák és gondozók, valamint az addiktológiai osztályok.

Amennyiben a háziorvosnál megjelenő páciens esetében felmerül a KSzVZ/PPH gyanúja vagy ténye, a szakmai irányelv mellékletében található szűrőeszközök segítségével lehetőség nyílik a viselkedési addikció súlyosságának felmérésére. Az így kapott eredmények alapján – a Kompulzív Szexuális Viselkedés Zavar Skálán elért 50 vagy afeletti pontszám esetén és/vagy a Problémás Pornográfiahasználat Skálán elért 75 vagy afeletti összpontszám esetén – a háziorvos kezdeményezheti a beteg továbbküldését addiktológiai szakellátásba, elsőként ambuláns formában. Az ott elvégzett részletes állapotfelmérés után az addiktológus pszichiáter szakorvos dönt arról, hogy a páciens számára a járó- vagy fekvőbeteg ellátás biztosítja-e a hatékonyabb kezelést.

A háziorvos szerepe túlmutat a diagnosztikai lépéseken: edukációs feladatot is elláthat, amely során tájékoztatást nyújt a KSzVZ/PPH jellegéről, lehetséges következményeiről, valamint a rendelkezésre álló terápiás lehetőségekről. Kiemelten fontos, hogy a probléma érzékeny és ítélkezésmentes megközelítést kapjon, mivel az érintettek gyakran szégyenérzetet élnek meg, ami akadályozhatja a segítségkérésüket. A háziorvosi ellátásban tehát kiemelt jelentősége van a korai felismerésnek, a motiváció támogatásának, valamint annak, hogy a páciens megfelelő szakellátásba kerüljön.

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

A felsorolt, szűréssel, állapotfelméréssel és diagnosztikai teendőkkel kapcsolatos tevékenységekhez szükséges szűrőtesztek és félig strukturált interjúk elérhetőek (ezek egy részét jelen egészségügyi szakmai irányelv függeléke is tartalmazza). A betegek vizsgálatához és a terápiás munkához nyugodt, zavartalan környezet biztosítása szükséges (például iroda). A betegek hatékony továbbirányítása elsődlegesen az ellátóhelyek közötti aktív kommunikáció által biztosítható.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az egészségügyi szakmai irányelv felnőtt, KSzVZ-ban és PPH-ban érintett populáció ellátására vonatkozik. A terápia fontos része a pszichoedukáció, vagyis a beteg saját egészségügyi állapotával és addikciójával kapcsolatos információk mélyítése, az esetleges tévhitek feloszlatása.

1.4. Egyéb feltételek

Egyéb feltétel nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Az egyes addiktológiai ellátóhelyek saját tevékenységi körébe tartozik az esetleges betegtájékoztatók és további, pszichoedukációs oktatási anyagok betegek számára történő biztosítása.

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

A fentiekben említett szűrőtesztek és félig strukturált interjúk nem csak az állapotfelmérésben és a kezelési célok meghatározásában, de az ellátás során bekövetkező potenciális változások monitorozása céljából is alkalmazhatóak.

1. Kompulzív Szexuális Viselkedés Zavar Skála/Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19) [37]

2. Hiperszexuális Viselkedés Leltár/Hypersexual Behavior Inventory [39]

3. Problémás Pornográfia-használat Skála/Problematic Pornography Consumption Scale [40]

4. Pornográfia-használat Motivációi Skála/Pornography Use Motivations Scale [41]

2.3. Táblázatok

1. táblázat: Problémás pornográfiahasználat tüneti komponensei a Griffiths-féle komponens modell értelmezési keretében [40]

2. táblázat: A KSzVZ és PPH kezelésében alkalmazható főbb terápiás lehetőségek [16, 50, 51, 67, 69, 70, 80]

2.4. Algoritmusok

1. ábra: Állapotfelmérést segítő algoritmus KSzVZ gyanúja esetén [15]

2. ábra: PPH terápiás algoritmusa, a morális inkongruenciára vonatkozó differenciáldiagnosztikai szempontok bevonásával [27]

3. ábra: KSzVZ differenciáldiagnosztikai algoritmusa LMBTQ+ alpopuláció esetén [83]

2.5 Egyéb dokumentumok

Nem készült.

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

Külső indikátorok:

Ajánlás1

A KSzVZ-ban és/vagy PPH-ban szenvedő kliens esetén a pszichoadiagnosztikai célú explorációnak szükséges kitérnie az alábbi területek részletes feltárására: a kliens demográfiai jellemzői; a potenciális szexuális zavar kórtörténeti áttekintése, a kiemelt etiológiai tényezők azonosításával; a kliens pszichoszexuális fejlődésének áttekintése; lehetséges abúzusok (ideértve a szexuális abúzusokat) feltárása; jelenlegi és múltbeli gyógyszerszedési információk; a pszichológiai és érzelmi működés, funkcionalitás felmérése; az aktuális környezeti stresszorok azonosítása; amennyiben a kliens éppen párkapcsolatban él, a jelen kapcsolat jellemzőinek felmérése; heteroanamézis a partnerrel. Szintén szükséges a KSzVZ-ban érintett kliensek figyelmét felhívni a szexuális úton terjedő fertőzésekre vonatkozó rendszeres szűrés fontosságára.

A vizsgált KSzVZ/PPH eseteknél az állapotfelmérés és diagnosztikai folyamat során milyen arányban jelennek meg a dekurzusban rögzített explorációs adatok között az ajánlásban felsorolt tényezők, ideértve a kórtörténeti és korábbi kezelési információkat, a potenciális múltbeli traumákat, és az aktuális párkapcsolati és egyéb környezeti hatásokat?

Az ellátott KSzVZ/PPH esetek kapcsán milyen arányban történik meg infektológiai kivizsgálás?

Ajánlás2

Ha a KSzVZ klinikai képét kényszeres tünetek uralják vagy komorbid depresszió és/vagy szorongás diagnosztizálható, jó választás lehet az SSRI.

Az ellátott KSzVZ/PPH eseteknél milyen arányban kerül felírásra SSRI, amennyiben komorbid jelleggel affektív/szorongásos zavar kerül meghatározásra?

Ajánlás3

A kognitív viselkedésterápia (CBT) megközelítése, más függőség kezeléséhez hasonlóan a KSzVZ esetében is elsődlegesen választandó módszerként javasolt, így ennek alkalmazására kell törekedni.

Az ellátott KSzVZ esetek hány százalékában választották elsődlegesen a kognitív viselkedésterápia (CBT) módszerét a terápiás beavatkozások során?

Ajánlás4

A PPH és az ahhoz kapcsolódó komorbid pszichés tünetek kezelésében a CBT és az ACT alapú intervenciók bizonyítottan eredményesek, ezért PPH esetén elsősorban ezen terápiás megközelítések választása szükséges.

Az ellátott PPH esetek hány százalékában választották elsődlegesen a kognitív viselkedésterápia (CBT) vagy az ACT módszerét a terápiás beavatkozások során?

Ajánlás5

A KSzVZ pontos diagnosztizálásához a klinikusoknak tehát érdemes megkülönböztetniük e három klinikai megjelenést.

A diagnosztikai folyamat során differenciáldiagnosztikai szempontból a KSzVZ tüneteinek felmérése mellett milyen arányban kerül feltárásra a potenciális kisebbségi stressz okozta distressz és funkcionális károsodás?

Ajánlás6

Amennyiben a kliensnél az exploráció során felmerül a chem sex jelensége, a klinikusi kompetenciakörbe tartozik, hogy a szakember ismerje a chem sex során leggyakrabban használt pszichoaktív szerek pszichofarmakológiai sajátosságait, és ezzel összefüggésben azokat a potenciális funkciókat, melyeket betöltenek a chem sex élmény során – ilyen például szexuális vágyfokozó és gátlásoldó hatás, vagy a mefedron esetén az entaktogén stimuláns hatások is. Ezen ismeretek elsajátítása tehát ajánlott lehet.

A KSzVZ/PPH ellátásában részt vevő szakemberek milyen arányban ismerik a chem sex során leggyakrabban alkalmazott pszichoaktív szerek fő pszichofarmakológiai tulajdonságait?

Belső indikátorok:

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az egyes kliensekre fordítható szabad explorációs idő biztosítása a részletes epikrízis megismerésére.

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg az addiktológiai ellátás keretein belül kezelt, KSzVZ-ral diagnosztizált kliensek infektológiai kivizsgálása.

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg a KSzVZ-ban érintett kliensek folyamatos monitorozása a terápiás ellátás során, rendszeres kontrollvizsgálatok és utánkövetéses konzultációs alkalmak biztosításával.

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg a laboratóriumi vizsgálatok, valamint az EKG alkalmazása a gyógyszerre adott reakciók pontosabb feltárásában.

Annak felülvizsgálata, hogy 1. az adott kezelőhelyeken, illetve 2. összességében magyar nyelven elérhetőek-e az egészségügyi szakmai irányelvben felsorolt, javasolt szűrőtesztek

Annak felülvizsgálata, hogy milyen arányban történik meg a farmakoterápiát biztosító szakemberek saját farmakoterápiás kezelési tervükkel kapcsolatos, szükség szerinti átértékelése és felülvizsgálata.

Kimeneti indikátorok

A fennálló, KSzVZ-hoz köthető problémák és tünetek megszűnése vagy jelentős enyhülése, ideértve a társadalmi, (re) szocializációs eredményesség mutatóit is. Az eredményesség részterületei között említhetjük a családi kapcsolatokat, a különböző közösségekbe (például munkahelyi, felsőoktatási) való beilleszkedést, potenciálisan az először vagy újra munkába állást és a munkahely megtartását, a mindennapi önállóság szintjének javulását, a személyes közérzet és életminőség pozitív változásait, a társas környezetre való hatás pozitív irányú változásait, ideértve a párkapcsolatban megjelenő szexuális élet minőségi változásait.

Az eredményesség mérése/becslése személyre szabott módon, az érintett egyéni képességeinek, kompetenciáinak, a fennálló KSzVZ súlyosságának és a társuló problémák mértékének mindenkori figyelembevételével történik.

Minőségi indikátorok

a) Számszerűsíthető, statisztikailag elemezhető mutatók:
Az ellátórendszer által dokumentált, KSzVZ-ral diagnosztizált betegek között:
Az egyéni igényeknek megfelelő terápiás, valamint pszichoszociális ellátásban ténylegesen részesülők aránya;
Megfelelő oktatási, valamint szociális elhelyezések aránya;
Az ellátás hatékonyságának mutatói: tünetsúlyosság, szubjektív életminőség, társuló pszichiátriai tünetek alakulása;
A relapszust mutató, kezelésbe visszakerülő betegek aránya;
Az akut ellátásra szorulók (például sürgősségi ellátás, akut pszichiátriai kezelés stb.) aránya.

b) Ellátás különböző színterein vizsgált indikátorok
– A KSzVZ-ral összefüggő tevékenységekkel eltöltött idő változása;
– Pszichoaktív gyógyszerek szükségessége, potenciális elhagyása;
– Életminőség változásának nyomon követése szülők, családtagok és az érintett kikérdezésével;
– Az addikciós tünetek súlyosságának alakulása standardizált mérőeszközök segítségével.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az egészségügyi szakmai irányelv tervezett felülvizsgálata háromévenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. Jelen egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálata és kiegészítése az adaptált nemzetközi irányelvek aktualizálása, frissítése esetén, valamint a hazai KSzVZ/PPH felmérését célzó, reprezentatív mintás epidemiológiai vizsgálatok újabb eredményei ismeretében válhat szükségessé. Szintén ilyen tényezőként nevesíthető a hazai ellátórendszerben potenciálisan bekövetkező jelentősebb változás, valamint a jogszabályi háttért illető releváns változás. Az egészségügyi szakmai irányelv felülvizsgálatának kezdeményezését az Addiktológia Tagozat elnöke végzi, aki kijelöli a tartalomfejlesztésért felelős munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által megjelölt szakértőket (delegáltak). A fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt az aktualizálás mértékéről és jellegéről.

IX. IRODALOM

[1]. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011). *SIGN 50 - A guideline developer's handbook (Revised version)*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Elliott House, 8-10 Hillside Crescen. Online elérés: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf (Elérés dátuma: 2025. 06. 17.)

[2]. Mitchell, K. R., Lewis, R., O'Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health?. The Lancet. Public Health, 6(8), e608–e613. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2

[3]. Brand, M., Rumpf, H. J., Demetrovics, Z., Müller, A., Stark, R., King, D. L., Goudriaan, A. E., Mann, K., Trotzke, P., Fineberg, N. A., Chamberlain, S. R., Kraus, S. W., Wegmann, E., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020). Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of „other specified disorders due to addictive behaviors"?. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 150–159. Advance online publication. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00035

[4]. World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. https://icd.who.int/

[5]. Kowalewska, E., Gola, M., Kraus, S. W., & Lew-Starowicz, M. (2020). Spotlight on Compulsive Sexual Behavior Disorder: A Systematic Review of Research on Women. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 2025–2043. https://doi.org/10.2147/NDT.S221540

[6]. Briken, P., Wiessner, C., Štulhofer, A., Klein, V., Fuß, J., Reed, G. M., & Dekker, A. (2022). Who feels affected by „out of control" sexual behavior? Prevalence and correlates of indicators for ICD-11 Compulsive Sexual Behavior Disorder in the German Health and Sexuality Survey (GeSiD). *Journal of Behavioral Addictions*, 11(3), 900–911. https://doi.org/10.1556/2006.2022.00060

[7]. Bőthe, B., Koós, M., Nagy, L., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., Michaud, A., Ballester-Arnal, R., Batthyány, D., Bergeron, S., Billieux, J., Briken, P., Burkauskas, J., Cárdenas-López, G., Carvalho, J., Castro-Calvo, J., Chen, L., Ciocca, G., Corazza, O., Csako, R., … Vaillancourt-Morel, M. P. (2023). Compulsive sexual behavior disorder in

42 countries: Insights from the International Sex Survey and introduction of standardized assessment tools. *Journal of Behavioral Addictions*, 12(2), 393–407. https://doi.org/10.1556/2006.2023.00028

[8]. Bőthe, B., Nagy, L., Koós, M., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., International Sex Survey Consortium, & Kraus, S. W. (2024). Problematic pornography use across countries, genders, and sexual orientations: Insights from the International Sex Survey and comparison of different assessment tools. *Addiction (Abingdon, England)*, 119(5), 928–950. https://doi.org/10.1111/add.16431

[9]. Marchetti, I. (2023). The Structure of Compulsive Sexual Behavior: A Network Analysis Study. *Archives of Sexual Behavior*, 52(3), 1271–1284. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02549-y

[10]. Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *The International Journal on Drug Policy*, 63, 74–89. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014

[11]. Mehmood Qadri, H., Waheed, A., Munawar, A., Saeed, H., Abdullah, S., Munawar, T., Luqman, S., Saffi, J., Ahmad, A., & Babar, M. S. (2023). Physiological, Psychosocial and Substance Abuse Effects of Pornography Addiction: A Narrative Review. *Cureus*, 15(1), e33703. https://doi.org/10.7759/cureus.33703

[12]. Vieira, C., & Griffiths, M. D. (2024). Problematic Pornography Use and Mental Health: A Systematic Review. *Sexual Health & Compulsivity*, 31(3), 207–247. https://doi.org/10.1080/26929953.2024.2348624

[13]. Slavin, M. N., Scoglio, A. A. J., Blycker, G. R., Potenza, M. N., & Kraus, S. W. (2020). Child Sexual Abuse and Compulsive Sexual Behavior: A Systematic Literature Review. *Current Addiction Reports*, 7(1), 76–88. https://doi.org/10.1007/s40429-020-00298-9

[14]. Gola, M., Lewczuk, K., Potenza, M. N., Kingston, D. A., Grubbs, J. B., Stark, R., & Reid, R. C. (2020). What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder?. *Journal of Behavioral Addictions*, *11*(2), 160–165. Advance online publication. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00090

[15]. Briken, P., Bőthe, B., Carvalho, J., Coleman, E., Giraldi, A., Kraus, S. W., Lew-Starowicz, M., & Pfaus, J. G. (2024). Assessment and treatment of compulsive sexual behavior disorder: A sexual medicine perspective. *Sexual Medicine Reviews*, 12(3), 355–370. https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeae014

[16]. Turner, D., Briken, P., Grubbs, J., Malandain, L., Mestre-Bach, G., Potenza, M. N., & Thibaut, F. (2022). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines on the assessment and pharmacological treatment of compulsive sexual behaviour disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *24*(1), 10–69. https://doi.org/10.1080/19585969.2022.2134739

[17]. Kovács, P., Németh, A., Gonda, X., Csigó, K., Purebl, Gy., Kiss, D.B., Ozvald, G. (2024). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a pszichoterápiás ellátásról. *Egészségügyi Közlöny,* 74 (6), 909-1043. Online elérés: https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2024/6.pdf (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[18]. Sárdy, M., Balla, E., Bánvölgyi, A., Brunner, A., Gaál, M., Lukács, A., Mihalik, N., Ostorházi, E., Tamási, B., Tisza, T., Tóth, B., Tóth, V., Várkonyi, V. (2024). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a szexuális úton terjedő fertőzések diagnosztikájáról és terápiájáról. *Egészségügyi Közlöny*, 74 (2), 427–476. Online elérés: https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2024/2.pdf (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[19]. Kovács, P., Csigó, K., Kiss, D.B., Gonda, X., S. Nagy, Z., Takács, M., Mészáros, A., Demeter, Gy., Kárpáti, J., Verseghi, A., Csabai, M., Martos, T., Kapitány-Fövény, M., Farkas, J., Kiss, A., Tremkó, M., Köves, C.J., Guti, A., Holczer, B., Batal, B.A., Palásti, F., Maráz, A., Purebl, Gy. (2023). A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a szakpszichológiai ellátásról. *Egészségügyi Közlöny*, 71 (24), Online elérés: https://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/6/PDF/2023/6.pdf (Elérés dátuma: 2025. 06. 10.)

[20]. Hollander, E., & Wong, C. M. (1995). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 56(Suppl 4), 3–6.

[21]. Bőthe, B., Koós, M., & Demetrovics, Z. (2022). Contradicting classification, nomenclature, and diagnostic criteria of Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD) and future directions. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 204–209. https://doi.org/10.1556/2006.2022.00030

[22]. Gaudet, É., Teumeni, F.N., Popova, N., Coulombe, S., Demetrovics, Zs., Bőthe, B. (2025). Compulsive Sexual Behavior and Problematic Pornography Use on the Impulsivity-Compulsivity Axis: A Systematic Review. *Current Addiction Reports,* 12, 41. https://doi.org/10.1007/s40429-025-00637-8

[23]. Chatzittofis, A., Boström, A.D.E., Savard, J., Öberg, K.G., Arver, S., & Jokinen, J. (2022). Neurochemical and Hormonal Contributors to Compulsive Sexual Behavior Disorder. *Current Addiction Reports*, 9, 23–31. https://doi.org/10.1007/s40429-021-00403-6

[24]. Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B., & Gil-Llario, M. D. (2020). Psychiatric comorbidity in compulsive sexual behavior disorder (CSBD). *Addictive Behaviors*, *107*, 106384. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106384

[25]. Seyedzadeh Dalooyi, S. I., Aghamohammadian Sharbaaf, H., Abdekhodaei, M. S., & Ghanaei Chamanabad, A. (2023). Biopsychosocial Determinants of Problematic Pornography Use: A Systematic Review. *Addiction & Health*, *15*(3), 202–218. https://doi.org/10.34172/ahj.2023.1395

[26]. Kraus, S. W., Krueger, R. B., Briken, P., First, M. B., Stein, D. J., Kaplan, M. S., Voon, V., Abdo, C. H. N., Grant, J. E., Atalla, E., & Reed, G. M. (2018). Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry*, *17*(1), 109–110. https://doi.org/10.1002/wps.20499

[27]. Kraus, S. W., & Sweeney, P. J. (2019). Hitting the Target: Considerations for Differential Diagnosis When Treating Individuals for Problematic Use of Pornography. *Archives of Sexual Behavior*, *48*(2), 431–435. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1301-9

[28]. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

[29]. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

[30]. Reid, R.C., Kafka, M.P. (2014). Controversies About Hypersexual Disorder and the DSM-5. *Current Sexual Health Reports*, 6, 259–264. https://doi.org/10.1007/s11930-014-0031-9

[31]. 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

[32]. Hypersexuality due to dopaminergic drugs. (2005). *Prescrire international*, *14*(80), 224.

[33]. Aschermann, Zs., Dibó, Gy., Klivényi, P., Kovács, N., Takács, A., Varannai, L. (2018). *A Parkinson-kór és Parkinson-szindrómák kezelése – egészségügyi szakmai irányelv*. Online elérés: https://parkinson-tarsasag.hu/upload/parkinson/document/szakmai_iranyelv_parkinson-kor_es_parkinson-szindromak_kezelese_20182.pdf?web_id= (Elérés dátuma: 2025. szeptember 28.)

[34]. Finlayson, A. R., Sealy, J., & Martin, P. R. (2001). The differential diagnosis of problematic hypersexuality. *Sexual Addiction &Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention*, 8(3-4), 241-251. https://doi.org/10.1080/107201601753459946

[35]. Wincze, J. P., & Carey, M. P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment (2nd ed.)*. The Guilford Press.

[36]. Sahithya, B. R., & Kashyap, R. S. (2022). Sexual addiction disorder— a review with recent updates. *Journal of Psychosexual Health*, 4(2), 95-101. https://doi.org/10.1177/26318318221081080

[37]. Bőthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J., & Demetrovics, Z. (2020). The development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 based screening measure across three languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 247–258. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034

[38]. Reid, R. C., Garos, S., & Carpenter, B. N. (2011). Reliability, validity, and psychometric development of the Hypersexual Behavior Inventory in an outpatient sample of men. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 18, 30–51. https://doi.org/10.1080/10720162.2011.555709

[39]. Bőthe, B., Kovács, M., Tóth-Király, I., Reid, R. C., Griffiths, M. D., Orosz, G., & Demetrovics, Z. (2019). The Psychometric Properties of the Hypersexual Behavior Inventory Using a Large-Scale Nonclinical Sample. *Journal of Sex Research*, 56(2), 180–190. https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1494262

[40]. Bőthe, B., Tóth-Király, I., Zsila, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2018). The Development of the Problematic Pornography Consumption Scale (PPCS). *Journal of Sex Research*, 55(3), 395–406. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1291798

[41]. Bőthe, B., Tóth-Király, I., Bella, N., Potenza, M. N., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2021). Why do people watch pornography? The motivational basis of pornography use. *Psychology of Addictive Behaviors: journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *35*(2), 172–186. https://doi.org/10.1037/adb0000603

[42]. Koós, M., Nagy, L., Kraus, S. W., Demetrovics, Z., Potenza, M. N., Gaudet, É., Ballester-Arnal, R., Batthyány, D., Bergeron, S., Billieux, J., Briken, P., Burkauskas, J., Cárdenas-López, G., Carvalho, J., Castro-Calvo, J., Chang, Y. H., Chen, L., Ciocca, G., Corazza, O., Csako, R. I., … Bőthe, B. (2024). Why Do People Watch Pornography? Cross-Cultural Validation of the Pornography Use Motivations Scale (PUMS) and Its Short Form (PUMS-8). *Journal of Sex Research*, 1–17. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/00224499.2024.2359641

[43]. Briken, P. (2020). An integrated model to assess and treat compulsive sexual behaviour disorder. *Nature reviews. Urology*, *17*(7), 391–406. https://doi.org/10.1038/s41585-020-0343-7

[44]. Chu, A., & Wadhwa, R. (2023). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.

[45]. Savard, J., Öberg, K. G., Chatzittofis, A., Dhejne, C., Arver, S., & Jokinen, J. (2020). Naltrexone in Compulsive Sexual Behavior Disorder: A Feasibility Study of Twenty Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(8), 1544–1552. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.04.318

[46]. Lew-Starowicz, M., Draps, M., Kowalewska, E., Obarska, K., Kraus, S. W., & Gola, M. (2022). Tolerability and efficacy of paroxetine and naltrexone for treatment of compulsive sexual behaviour disorder. *World Psychiatry*, *21*(3), 468–469. https://doi.org/10.1002/wps.21026

[47]. Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J. P., Briken, P., Goethals, K., & Bradford, J. M. W. (2020). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 21(6), 412–490. https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1744723

[48]. Roza, T. H., Noronha, L. T., Shintani, A. O., Massuda, R., Lobato, M. I. R., Kessler, F. H. P., & Passos, I. C. (2024). Treatment Approaches for Problematic Pornography Use: A Systematic Review. *Archives of Sexual Behavior*, *53*(2), 645–672. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02699-z

[49]. Scanavino, M. D. T., Guirado, A. G., Marques, J. M., Amaral, M. L. S. D., Messina, B., Reis, S. C. D., Barros, V. B., Abdo, C. H. N., Tavares, H., & Parsons, J. T. (2023). Treatment effects and adherence of sexually compulsive men in a randomized controlled trial of psychotherapy and medication. *Journal of Behavioral Addictions*, *12*(1), 261–277. https://doi.org/10.1556/2006.2023.00004

[50]. Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G., & Laireiter, A.-R. (2020). Treatments for internet addiction, sex addiction and compulsive buying: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(1), 14–43. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00005

[51]. Grubbs, J. B., Hoagland, K. C., Lee, B. N., Grant, J. T., Davison, P., Reid, R. C., & Kraus, S. W. (2020). Sexual addiction 25 years on: A systematic and methodological review of empirical literature and an agenda for future research. *Clinical Psychology Review*, *82*, 101925. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101925

[52]. Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., Jokinen, J., & Öberg, K. G. (2019). A Randomized Controlled Study of Group-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder in Men. *The Journal of Sexual Medicine*, *16*(5), 733–745. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.03.005

[53]. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). The Guilford Press.

[54]. Del Giudice, M. J., & Kutinsky, J. (2007). Applying motivational interviewing to the treatment of sexual compulsivity and addiction. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention, 14*(4), 303–319. https://doi.org/10.1080/10720160701710634

[55]. Bassett, S. S., Delaney, D. J., Moore, A. M., Clair-Michaud, M., Clarke, J. G., & Stein, L. A. R. (2022). Motivational interviewing to reduce risky sexual behaviors among at-risk male youth: A randomized controlled pilot study. *Psychological Services*, *19*(1), 167–175. https://doi.org/10.1037/ser0000498

[56]. Kaplan, M. S., & Krueger, R. B. (2010). Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, *47*(2), 181–198. https://doi.org/10.1080/00224491003592863

[57]. Milrad, R. (1999). Coaddictive recovery: Early recovery issues for spouses of sex addicts. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *6*(2), 125–136. https://doi.org/10.1080/10720169908400185

[58]. Larsen S. E. (2019). Hypersexual Behavior as a Symptom of PTSD: Using Cognitive Processing Therapy in a Veteran with Military Sexual Trauma-Related PTSD. *Archives of Sexual Behavior*, *48*(3), 987–993. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1378-1

[59]. Cox, R. P., & Howard, M. D. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention, 14*(1), 1–20. https://doi.org/10.1080/10720160601011299

[60]. Reid, R. C., Carpenter, B. N., Hook, J. N., Garos, S., Manning, J. C., Gilliland, R., Cooper, E. B., McKittrick, H., Davtian, M., & Fong, T. (2012). Report of findings in a DSM-5 field trial for hypersexual disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, *9*(11), 2868–2877. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02936.x

[61]. Antons, S., Engel, J., Briken, P., Krüger, T. H. C., Brand, M., & Stark, R. (2022). Treatments and interventions for compulsive sexual behavior disorder with a focus on problematic pornography use: A preregistered systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, *11*(3), 643–666. https://doi.org/10.1556/2006.2022.00061

[62]. Hardy, S. A., Ruchty, J., Hull, T. D., & Hyde, R. (2010). A preliminary study of an online psychoeducational program for hypersexuality. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(4), 247–269. https://doi.org/10.1080/10720162.2010.533999

[63]. Orzack, M. H., Voluse, A. C., Wolf, D., & Hennen, J. (2006). An ongoing study of group treatment for men involved in problematic internet-enabled sexual behavior. *Cyberpsychology and Behavior*, 9(3), 348–360. https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.348

[64]. Crosby, J. M., & Twohig, M. P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. *Behavior Therapy*, *47*(3), 355–366. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.001

[65]. Levin, M. E., Heninger, S. T., Pierce, B. G., & Twohig, M. P. (2017). Examining the feasibility of acceptance and commitment therapy self-help for problematic pornography viewing: Results from a pilot open trial. *The Family Journal, 25*(4), 306–312. https://doi.org/10.1177/1066480717731242

[66]. Sniewski, L., Krägeloh, C., Farvid, P., & Carter, P. (2022). Meditation as an intervention for men with self-perceived problematic pornography use: A series of single case studies. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, 41*(8), 5151–5162. https://doi.org/10.1007/s12144-020-01035-1

[67]. López-Pinar, C., Esparza-Reig, J., & Bőthe, B. (2025). Psychotherapy for problematic pornography use: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*. Advance online publication. https://doi.org/10.1556/2006.2025.00018

[68]. Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, *4*(5), 231–244. https://doi.org/10.3109/10673229709030550

[69]. Santoro, G., Musetti, A., Costanzo, A., Schimmenti, A. (2025). Self-discontinuity in behavioral addictions: A psychodynamic framework. *Addictive Behaviors Reports*, 21, 100601. https://doi.org/10.1016/j.abrep.2025.100601

[70]. Clarkin J. F., Yeomans F. E., Kernberg O. F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur psychodynamischen Therapie. 2*. Aufl . Stuttgart, Schattauer

[71]. Walter, M., Dammann, G. (2012). Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Übersicht aus neurobiologischer und psychodynamischer Perspektive. *Psychotherapeut*, 57, 425–433.

[72]. Yeomans, F. E., Diamond, D. (2012). Áttétel-fókuszú pszichoterápia és a borderline személyiségzavar. In Clarkin J. F., Fonagy P., Gabbard G. O. (szerk.): *A személyiségzavarok pszichodinamikus pszichoterápiája*. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, pp. 225-257.

[73]. Hall, P., Dix, J., & Cartin, C. (2020). The effectiveness of psycho-educational group work in treating Compulsive Sexual Behavior Disorder (CSBD): Clinical outcomes using CORE OM and supplement at three-month and six-month follow up. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention, 27*(1-2), 12–22. https://doi.org/10.1080/10720162.2020.1751364

[74]. Bőthe, B., Baumgartner, C., Schaub, M. P., Demetrovics, Z., & Orosz, G. (2020). Hands-off: Study protocol of a two-armed randomized controlled trial of a web-based self-help tool to reduce problematic pornography use. *Journal of Behavioral Addictions*, *9*(2), 433–445. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00037

[75]. https://www.hands-off.net/?q=intro

[76]. Hallberg, J., Kaldo, V., Arver, S., Dhejne, C., Piwowar, M., Jokinen, J., & Öberg, K. G. (2020). Internet-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder, With or Without Paraphilia(s) or Paraphilic Disorder(s) in Men: A Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(10), 2039–2054. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.07.018

[77]. Henry, N., Donkin, L., Williams, M., & Pedersen, M. (2022). mHealth Technologies for Managing Problematic Pornography Use: Content Analysis. *JMIR Formative Research*, *6*(10), e39869. https://doi.org/10.2196/39869

[78]. www.slaa.hu

[79]. Andersson, C., Carlström, C., Amroussia, N., & Lindroth, M. (2024). Using Twelve-Step Treatment for Sex Addiction and Compulsive Sexual Behaviour (Disorder): A Systematic Review of the Literature. *Sexual Health & Compulsivity*, 31(2), 170–188. https://doi.org/10.1080/26929953.2024.2339208

[80]. Efrati, Y., & Gola, M. (2018). Compulsive sexual behavior: A twelve-step therapeutic approach. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 445–453. https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.26

[81]. Wilson, M., & Fischer, B. (2018). Drawing out the shame: A comparative study on the effectiveness of art therapy with hypersexual adults. *The Arts in Psychotherapy*, 60, 19–25. https://doi.org/10.1016/j.aip.2018.03.002

[82]. Jennings, T. L., Gleason, N., Pachankis, J. E., Bőthe, B., & Kraus, S. W. (2024). LGBQ-affirming clinical recommendations for compulsive sexual behavior disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 13(2), 413–428. https://doi.org/10.1556/2006.2024.00012

[83]. Jennings, T. L., Gleason, N., & Kraus, S. W. (2022). Assessment of compulsive sexual behavior disorder among lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer clients. *Journal of Behavioral Addictions*, 11(2), 216–221. https://doi.org/10.1556/2006.2022.00028

[84]. Pachankis, J. E., Harkness, A., Jackson, S. D., & Safren, S. A. (2022). *Transdiagnostic LGBTQ affirmative cognitive-behavioral therapy: Therapist guide*. Oxford University Press.
[85]. Pachankis, J. E., Soulliard, Z. A., Morris, F., & Seager van Dyk, I. (2022). A model for adapting evidence-based interventions to be LGBQ-affirmative: Putting minority stress principles and case conceptualization into clinical research and practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(1), 1–17. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.005
[86]. Coronado-Muñoz, M., García-Cabrera, E., Quintero-Flórez, A., Román, E., & Vilches-Arenas, Á. (2024). Sexualized Drug Use and Chemsex among Men Who Have Sex with Men in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(6), 1812. https://doi.org/10.3390/jcm13061812
[87]. Moreno-Gámez, L., Hernández-Huerta, D., & Lahera, G. (2022). Chemsex and Psychosis: A Systematic Review. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 12(12), 516. https://doi.org/10.3390/bs12120516
[88]. Miltz, A. R., Rodger, A. J., Sewell, J., Gilson, R., Allan, S., Scott, C., Sadiq, T., Farazmand, P., McDonnell, J., Speakman, A., Sherr, L., Phillips, A. N., Johnson, A. M., Collins, S., Lampe, F. C., & AURAH and ASTRA Study Groups (2021). Recreational drug use and use of drugs associated with chemsex among HIV-negative and HIV-positive heterosexual men and women attending sexual health and HIV clinics in England. *The International Journal on Drug Policy*, 91, 103101. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103101
[89]. Malandain, L., & Thibaut, F. (2023). Chemsex: Review of the current literature and treatment guidelines. *Current Addiction Reports*, 10(4), 563–571. https://doi.org/10.1007/s40429-023-00488-1

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

Az egészségügyi szakmai irányelv fejlesztésének megkezdésekor az Addiktológia Tagozat elnöke és egyben irányelvfejlesztő kapcsolattartója határozta meg a fejlesztőcsoport tagjait és a tagok feladatait. A fejlesztőcsoport vezetője azokról a szakterületekről kért fel társszerzőt a fejlesztőcsoportba, melyek a jelen egészségügyi szakmai irányelv tartalmában szakértők, illetve az ellátási folyamatában aktív szerepet töltenek be. Az irányelv felülvizsgálata a tagok egyéni munkáján és többszöri konzultáción keresztül valósult meg.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irányelvfejlesztés során a szakirodalom-keresés és szelekció elsődleges célja a hazai és nemzetközi kutatási és klinikai gyakorlat kapcsán elérhető, a KSzVZ-ral és PPH-tal kapcsolatos ajánlások és irányelvek azonosítása és integrálása volt, kiegészítve azokat a lehető legkurrensebb empirikus adatok áttekintésével. Ahol erre lehetőség adódott, a jelen egészségügyi szakmai irányelv fejlesztőcsapata a szisztematikus áttekintő tanulmányokat és meta-analíziseket részesített előnyben.

Az irodalomkeresés során elsősorban a Magyar Orvosi Bibliográfia, a PubMed és a Cochrane-adatbázis jelentette a fő szakirodalmi forrásadatbázisokat. A keresés során az alábbi keresőszavak mentén azonosítottuk a felhasznált irodalmakat: „kompulzív szexuális viselkedés zavar”„hiperszexualitás”„szexfüggőség”„szexuális addikció”„problémás pornográfiahasználat” „pornófüggőség” „chem sex” „irányelv” „ajánlás” „meta-analízis” „szisztematikus áttekintő tanulmány” „randomizált kontrollált vizsgálat” „pszichoterápia” „farmakoterápia” „szociális terápia” „szocioterápia” „etiológia„. Angol nyelven: „compulsive sexual behaviour disorder”„hypersexuality”„sex addiction”„sexual addiction” „problematic pornography use”„pornography addiction”„porn addiction”„chem sex”„guideline”„recommendation” „meta-analysis”„systematic review”„randomized controlled trial”„psychotherapy”„pharmacotherapy”„social therapy” „sociotherapy”„etiology„. A szakirodalmi keresés lezárásának időpontja: 2025. április 1.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

Az egészségügyi szakmai irányelv konszenzuson alapuló ajánlásokat tartalmaz, az adaptálásra felhasznált dokumentumok a szakterületen általánosan elfogadottak, melyet az V. Bevezetés melléklet 3. pontja, valamint a IX. Irodalom fejezet tartalmaz. A fejlesztőcsoport a szakirodalmat kritikusan értékelte; elfogadta az irányelveket kiadó nemzetközi szervezetek feldolgozásának eredményét, a szakértők véleményét. Ezeket a bizonyítékokat a fejlesztőcsoport tagjai adaptálták és sorolták be a Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2011) SIGN 50 figyelembevételével, miután ellenőrizte a bizonyítékok hazai viszonyok közötti adaptálhatóságát. Amennyiben a bizonyíték nem magyarországi viszonyoknak megfelelő adatokra támaszkodott, akkor a fejlesztőcsoport konszenzusa volt a mérvadó.

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az ajánlások besorolása az azokat alátámasztó bizonyítékokon alapul. Jelen egészségügyi szakmai irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok a hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre. Az egészségügyi szakmai irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt. Az ajánlások kialakítása informális konszenzussal valósult meg.

5. Véleményezés módszere

Véleményező Tagozatoknak az Addikológia Tagozat elnöke azokat a Tagozatokat kérte fel, akik valamennyi ellátón belül is kiemelt jelentőségű ellátási feladattal rendelkeznek. A véleményezést végző Tagozatoktól beérkező módosítási javaslatokat a fejlesztőcsoport megvizsgálta és a szakmailag indokolt esetekben az irányelvtervezet módosítása mellett döntött. A módosított verzió elfogadását a Tagozatok egyetértési nyilatkozatban igazolták.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Független szakértőként Bőthe Beáta, az ELTE PPK Addiktológiai Kutatócsoport külső tagja került bevonásra. A független szakértőtől beérkező módosítási, kiegészítő javaslatokat a fejlesztőcsoport minden esetben mérlegelte, és azokat az irányelvtervezet módosítása során beépítette az újabb változatba.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Nem készült.

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

1. Kompulzív Szexuális Viselkedés Zavar Skála/Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19) [37]

Az alábbi állítások különböző gondolatokat, érzéseket és viselkedéseket írnak le a szexszel kapcsolatban. Gondolj vissza az előző hat hónapra és jelöld egy négyfokú skálán, hogy mennyire jellemzőek rád az alábbi állítások! Nincsenek jó vagy rossz válaszok!

A kérdőív szexnek tekint minden olyan cselekvést vagy viselkedést, amely stimulál vagy felizgat valakit és célja a szexuális gyönyör vagy orgazmus elérése (például: önkielégítés, pornográfia nézése, partnerrel való szexuális együttlét bármely formája, közösülés, orális szex, anális szex stb.). Ne feledd tehát, hogy szexuális viselkedés egyaránt létrejöhet egyedül és partnerrel!

1 – egyáltalán nem értek egyet	*2 – inkább nem értek egyet*	*3 – inkább egyetértek*	*4 – teljes mértékben egyetértek*

	1	2	3	4
1. Bár szexuális viselkedésem felelőtlen és meggondolatlan volt, nehezemre esett ellenállni.	O	O	O	O
2. A szex volt a legfontosabb dolog az életemben.	O	O	O	O
3. Csak rövid ideig tudtam ellenállni a szexuális késztetéseimnek, mielőtt feladtam.	O	O	O	O
4. Még akkor is szexeltem, amikor már egyáltalán nem élveztem azt.	O	O	O	O
5. A szexuális késztetéseim és ösztönéim rossz irányba változtattak meg engem.	O	O	O	O
6. Nem tudtam szabályozni a szexuális sóvárgásomat és vágyaimat.	O	O	O	O
7. Inkább szexeltem, minthogy bármi mást csináltam volna.	O	O	O	O
8. Alig működött az, ha megpróbáltam csökkenteni, hogy mennyit szexelek.	O	O	O	O
9. Habár annyira már nem volt kielégítő a szex, mint korábban, mégis csináltam.	O	O	O	O
10. A szexuális viselkedésem miatt nem teljesítettem fontos feladatokat.	O	O	O	O
11. A szexuális vágyaim irányítottak engem.	O	O	O	O
12. Amikor szexelhettem, minden más jelentéktelenné vált.	O	O	O	O

	1	2	3	4
13. Nem tudtam sikeresen csökkenteni, hogy mennyit szexelek.	O	O	O	O
14. Annak ellenére is szexeltem, hogy a szexuális életem nem volt már olyan kielégítő, mint korábban.	O	O	O	O
15. A szexuális viselkedésem akadályozott a munkában és/vagy a tanulmányaimban.	O	O	O	O
16. A szexuális viselkedésem negatívan hatott az emberekkel való kapcsolatomra.	O	O	O	O
17. Nagyon szomorú voltam a szexuális viselkedésem miatt.	O	O	O	O
18. Előfordult már, hogy a szexuális viselkedésem korlátozott az egészséges szexuális élmény átélésében.	O	O	O	O
19. Gyakran kellemetlen helyzetben találtam magam a szexuális viselkedésem miatt.	O	O	O	O

Kiértékelés: a tételek pontszámát össze kell adni. 50 pont vagy annál magasabb pontszám a kompulzív szexuális viselkedés magas kockázatát jelzi.

A kérdőív faktorai:
Kontroll: 1., 6., 11.
Szaliencia: 2., 7., 12.
Visszaesés: 3., 8., 13.
Elégedetlenség: 4., 9., 14.
Negatív következmények: 5., 10., 15., 16., 17., 18., 19.

2. Hiperszexuális Viselkedés Leltár/Hypersexual Behavior Inventory [39]
Az alábbiakban olyan állításokat olvashatsz, amelyek különböző gondolatokat, érzéseket és viselkedéseket írnak le. Kérjük, minden állításnál jelöld, hogy az milyen gyakran jellemző rád!

A kérdőív szexnek tekint minden olyan cselekvést vagy viselkedést, amely stimulál vagy felizgat valakit és célja szexuális gyönyör vagy orgazmus elérése (például önkielégítés, pornográfia nézése, partnerrel való közösülés bármely formája stb.). Ne feledd tehát, hogy szexuális viselkedés egyaránt létre jöhet egyedül és partnerrel!

	soha	ritkán	néha	gyakran	nagyon gyakran
1. A szexet a napi gondok feledtetésére használom.	1	2	3	4	5
2. Bár megfogadtam, hogy felhagyok egy bizonyos szexuális viselkedéssel, mégis újra és újra visszatérek hozzá.	1	2	3	4	5
3. A szex segít, hogy kevésbé érezzem magam magányosnak.	1	2	3	4	5
4. Részt veszek olyan szexuális tevékenységekben, amikről tudom, hogy később meg fogom bánni.	1	2	3	4	5
5. A szexualitás érdekében feláldozok olyan dolgokat, amik tényleg fontosak az életemben.	1	2	3	4	5
6. Szexuális tevékenységekhez folyamodom olyankor, amikor kellemetlen érzéseket élek át, például ideges, szomorú, vagy dühös vagyok.	1	2	3	4	5
7. A szexuális szokásaim megváltoztatására tett kísérleteim kudarcba fulladnak.	1	2	3	4	5
8. Amikor nyugtalan vagyok, szexszel nyugtatom meg magam.	1	2	3	4	5
9. Szexuális gondolataim és fantáziáim akadályoznak fontos feladataim elvégzésében.	1	2	3	4	5
10. A szexben olyan dolgokat is megteszek, amelyek egyébként az értékeim és meggyőződésem ellen valóak.	1	2	3	4	5
11. Bár szexuális viselkedésem felelőtlen és meggondolatlan, nehezemre esik ellenállni.	1	2	3	4	5

	soha	ritkán	néha	gyakran	nagyon gyakran
12. Úgy érzem, hogy a szexuális viselkedésem olyan irányba visz engem, amerre nem szeretnék menni.	1	2	3	4	5
13. A szexualitás segít a stressz kezelésében.	1	2	3	4	5
14. A szexuális viselkedésem uralja az életem.	1	2	3	4	5
15. Nem tudok uralkodni a szexuális sóvárgásomon, vágyaimon.	1	2	3	4	5
16. A szex segít megküzdeni a lelki fájdalommal, amit átélek.	1	2	3	4	5
17. Úgy viselkedem a szexualitással kapcsolatban, amit magam is helytelennek tartok.	1	2	3	4	5
18. A szex számomra egy módja a problémákkal való megküzdésnek.	1	2	3	4	5
19. A szexuális viselkedésem zavart okoz az életem egyéb területein, mint a munkámban vagy a tanulmányaimban.	1	2	3	4	5

A kérdőív faktorai:
Kontroll: 2., 4., 7., 10., 11., 12., 15., 17. tétel;
Megküzdés: 1., 3., 6., 8., 13., 16., 18. tétel;
Következmények: 5., 9., 14., 19. tétel

3. Problémás Pornográfiahasználat Skála/Problematic Pornography Consumption Scale [40]

A kérdések értelmezéséhez érdemes definiálnunk, mit értünk pornográfia (pornó) alatt. A pornográfiahasználat jelentheti (a) meztelen személyeket vagy szexelő embereket ábrázoló képek, videók vagy filmek szándékos nézését; vagy (b) meztelen személyeket vagy szexet leíró írott vagy hanganyag szándékos olvasását/hallgatását. Nem számít pornóhasználatnak a tényleges, meztelen személyek nézése élőben vagy a velük való élő interakció, illetve a részvétel más emberekkel bármilyen személyes vagy online szexuális élményben. Például, a részvétel egy élő szexcsetben vagy webcamera showban, vagy egy öltánc egy sztriptízbárban nem számít pornóhasználatnak.

Gondolj vissza az elmúlt hat hónapra és az alábbi hétfokozatú skálán jelöld, hogy milyen gyakorisággal vagy milyen mértékben érvényesek rád az alábbi állítások! Válaszolj az alábbi skála segítségével!

1 –	*2 –*	*3 –*	*4 –*	*5 –*	*6 –*	*7 –*
Soha	***Ritkán***	***Inkább ritkán***	***Előfordul***	***Inkább gyakran***	***Gyakran***	***Nagyon gyakran***

	1	2	3	4	5	6	7
1. Úgy éreztem, a pornó az életem fontos része.	O	O	O	O	O	O	O
2. Arra használtam a pornót, hogy helyrebillentsem a lelki állapotom.	O	O	O	O	O	O	O
3. A pornó gondot okozott a szexuális életemben.	O	O	O	O	O	O	O
4. Úgy éreztem, egyre több pornót kell néznem, hogy kielégítsen.	O	O	O	O	O	O	O
5. Sikertelenül próbáltam meg csökkenteni, hogy mennyi pornót nézek.	O	O	O	O	O	O	O
6. Feszültté váltam, amikor valami gátolt a pornónézésben.	O	O	O	O	O	O	O
7. Gondoltam arra, hogy milyen jó lesz majd pornót nézni.	O	O	O	O	O	O	O
8. A pornónézés megszabadított a negatív érzésektől.	O	O	O	O	O	O	O
9. A pornónézés meggátolt abban, hogy a legjobbat hozzam ki magamból.	O	O	O	O	O	O	O
10. Azt éreztem, hogy egyre több pornóra volt szükségem a kielégüléshez.	O	O	O	O	O	O	O
11. Amikor megfogadtam, hogy nem nézek több pornót, akkor csak rövid ideig tudtam ezt betartani.	O	O	O	O	O	O	O
12. Ideges lettem, amikor megakadályoztak a pornónézésben.	O	O	O	O	O	O	O

	1	2	3	4	5	6	7
13. Tervezgettem, hogy mikor nézzek pornót.	O	O	O	O	O	O	O
14. Pornónézéssel vezettem le a feszültségem.	O	O	O	O	O	O	O
15. A pornó miatt elhanyagoltam más szabadidős tevékenységeket.	O	O	O	O	O	O	O
16. Az „extrémebb" pornó irányába tolódott el az érdeklődésem, mert az, amit régebben néztem, már kevésbé kielégítő.	O	O	O	O	O	O	O
17. Rövid ideig tudtam csak megállni, hogy ne nézzek pornót, de utána visszaestem.	O	O	O	O	O	O	O
18. Ha már egy ideje nem néztem pornót, akkor nagyon hiányzott.	O	O	O	O	O	O	O

Megjegyzés: A dőlttel jelölt tételek alkotják a rövid Problémás Pornográfiahasználat Skála (PPCS-6) tételeit. 75 feletti összpontszám esetén valószínűsíthető a problémás pornográfiahasználat fennállása.

A kérdőív faktorai:
Szaliencia: 1., 7., 13. tétel;
Hangulatmódosítás: 2., 8., 14. tétel;
Konfliktus: 3., 9., 15. tétel;
Tolerancia: 4., 10., 16. tétel;
Visszaesés: 5., 11., 17. tétel;
Megvonás: 6., 12., 18. tétel

4. Pornográfiahasználat Motivációi Skála/Pornography Use Motivations Scale [41]
Az emberek különböző okok miatt nézhetnek pornót. Ezek közül lent összegyűjtöttük a leggyakoribbakat. Az alábbi skála segítségével jelöld, hogy milyen gyakran nézel pornót ezek miatt! Válaszolj a lehető legőszintébben!

1 – Soha	*2 – Ritkán*	*3 – Inkább ritkán*	*4 – Előfordul*	*5 – Inkább gyakran*	*6 – Gyakran*	*7 – Mindig*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Azért nézek pornót, hogy szexuálisan felizgassam magam.	O	O	O	O	O	O	O
2. Azért nézek pornót, hogy új dolgokat tanuljak.	O	O	O	O	O	O	O
3. Azért nézek pornót, mert itt olyan dolgoknak válhatok a részesévé, amiknek a való életben nem.	O	O	O	O	O	O	O
4. Azért nézek pornót, mert unatkozom.	O	O	O	O	O	O	O
5. Azért nézek pornót, mert nem kielégítő a szexuális életem.	O	O	O	O	O	O	O
6. Azért nézek pornót, hogy elnyomjam a rosszkedvem.	O	O	O	O	O	O	O
7. Azért nézek pornót, mert ez az egyik legjobb stresszoldó.	O	O	O	O	O	O	O
8. Azért nézek pornót, mert így feltérképezhetem, hogy mi az, ami felizgat.	O	O	O	O	O	O	O
9. Azért nézek pornót, mert így jobban megy az önkielégítés.	O	O	O	O	O	O	O
10. Azért nézek pornót, hogy jobbá váljak az ágyban.	O	O	O	O	O	O	O
11. Azért nézek pornót, mert olyan élményt nyújt, ami a való életben nem kivitelezhető.	O	O	O	O	O	O	O
12. Azért nézek pornót, mert nincs jobb dolgom.	O	O	O	O	O	O	O
13. Azért nézek pornót, mert nem vagyok elégedett a szexuális életemmel.	O	O	O	O	O	O	O
14. Azért nézek pornót, hogy eltereljem a negatív gondolataimat.	O	O	O	O	O	O	O
15. Azért nézek pornót, mert megnyugtat.	O	O	O	O	O	O	O
16. Azért nézek pornót, hogy jobban megismerjem a saját szexuális vágyaimat.	O	O	O	O	O	O	O
17. Azért nézek pornót, hogy a szexuális vágyamat csillapítsam.	O	O	O	O	O	O	O
18. Azért nézek pornót, hogy új ötleteket gyűjtsek a szexhez.	O	O	O	O	O	O	O
19. Azért nézek pornót, mert olyan, mintha egy vágyott világban lennék.	O	O	O	O	O	O	O

	1	2	3	4	5	6	7
20. Azért nézek pornót, mert valamivel el akarom ütni az időt, ha unatkozom.	O	O	O	O	O	O	O
21. Azért nézek pornót, mert hiányzik a szex.	O	O	O	O	O	O	O
22. Azért nézek pornót, mert elfeledteti a problémáimat.	O	O	O	O	O	O	O
23. Azért nézek pornót, mert segít ellazulni.	O	O	O	O	O	O	O
24. Azért nézek pornót, mert így megtudhatom, hogy mit szeretek a szexben és mit nem.	O	O	O	O	O	O	O

A kérdőív faktorai:
Szexuális élvezet: 1., 9., 17. tétel;
Szexuális kíváncsiság: 2., 10., 18. tétel;
Fantázia: 3., 11., 19. tétel;
Unalom elkerülés: 4., 12., 20. tétel;
Szexuális elégedettség hiánya: 5., 13., 21. tétel;
Érzelmi elkerülés: 6., 14., 22. tétel;
Stresszcsökkentés: 7., 15., 23. tétel;
Én-felfedezés: 8., 16., 24. tétel

1.3. Táblázatok

1. táblázat: Problémás pornográfiahasználat tüneti komponensei a Griffiths-féle komponens modell értelmezési keretében [40]

Problémás pornográfiahasználat tüneti komponensei
Szaliencia: a pornográfiahasználat egyre inkább meghatározó, központi szerepet tölt be az érintett életében, dominálva a gondolatokat és a cselekvés mintázatát
Tolerancia: az érintett személynek a kívánt izgalmi szint eléréséhez egyre gyakoribb és/vagy egyre extrémebb pornográf tartalmak fogyasztására van szüksége
Hangulatmódosítás: az érintett személy a pornográfiahasználat által olyan negatív érzelmek és hangulatok elnyomására vagy enyhítésére törekszik, mint a distressz, szorongás, lehangoltság, feszültség
Konfliktus: a pornográfiahasználat intrapszichés (vagyis belső) és interperszonális (vagyis más, fontos személyekkel kialakuló) konfliktusokat idéz elő
Megvonás: a pornográfiahasználat akadályoztatottsága vagy átmeneti felfüggesztése esetén megvonási tünetek (például ingerlékenység, szorongás, düh) lépnek fel
Visszaesés: az absztinenciára törekvés sikertelensége, a pornográfiahasználat feletti kontroll újbóli elvesztése

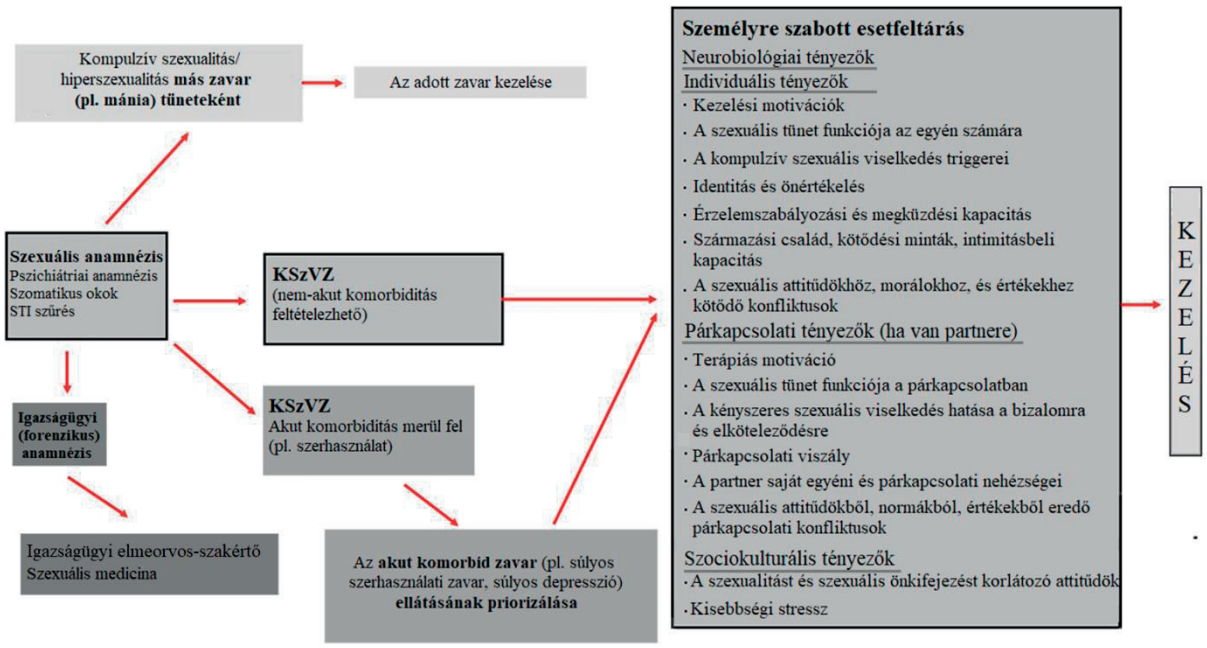
2. táblázat: A KSzVZ és PPH kezelésében alkalmazható főbb terápiás lehetőségek [16, 50, 51, 67, 69, 70, 80]

Pszicho-, farmako- és szocioterápiás intervenciók KSzVZ-ban és PPH-ban
Pszichoterápia
Kognitív viselkedés terápia (CBT)
Motivációs Interjú
Elfogadás és Elköteleződés fókuszú terápia (ACT)
Család- és párterápia
Komorbid állapotok pszichoterápiája
Áttétel-fókuszú pszichoterápia
Mindfulness alapú pszichoterápiák
Szemmozgásokkal történő deszenzitizálás és újrafeldolgozás (EMDR)
Rövid dinamikus csoportterápia

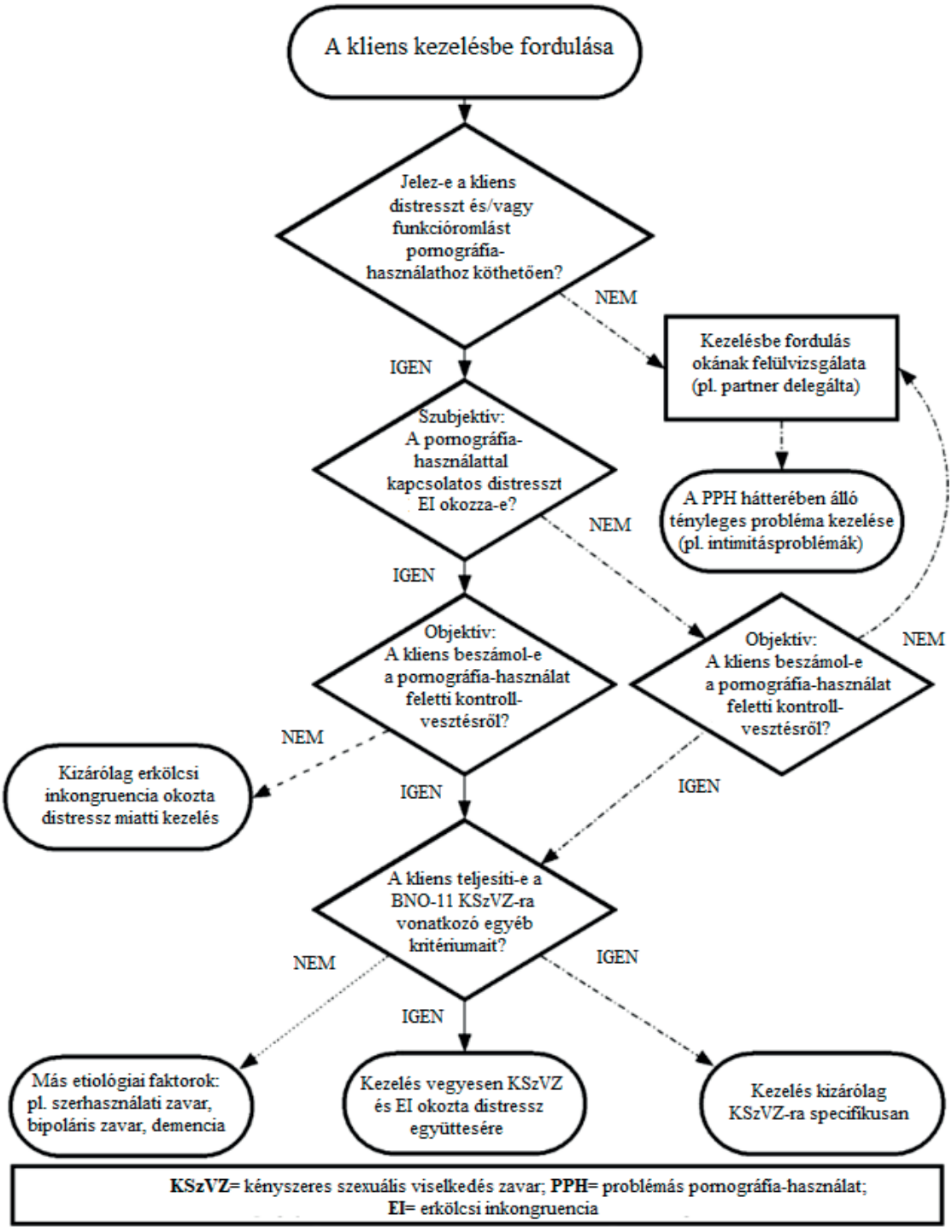
Pszicho-, farmako- és szocioterápiás intervenciók KSzVZ-ban és PPH-ban
Szociális terápia
12 lépéses programok (SLAA)
Művészetterápia
Farmakoterápia
Opioid antagonista (például naltrexon) kezelés
Szelektív szerotonin visszavétel gátlók (SSRI) (például: citalopram, fluoxetin, szertralin, paroxetin, fluvoxamin)

1.4. Algoritmusok

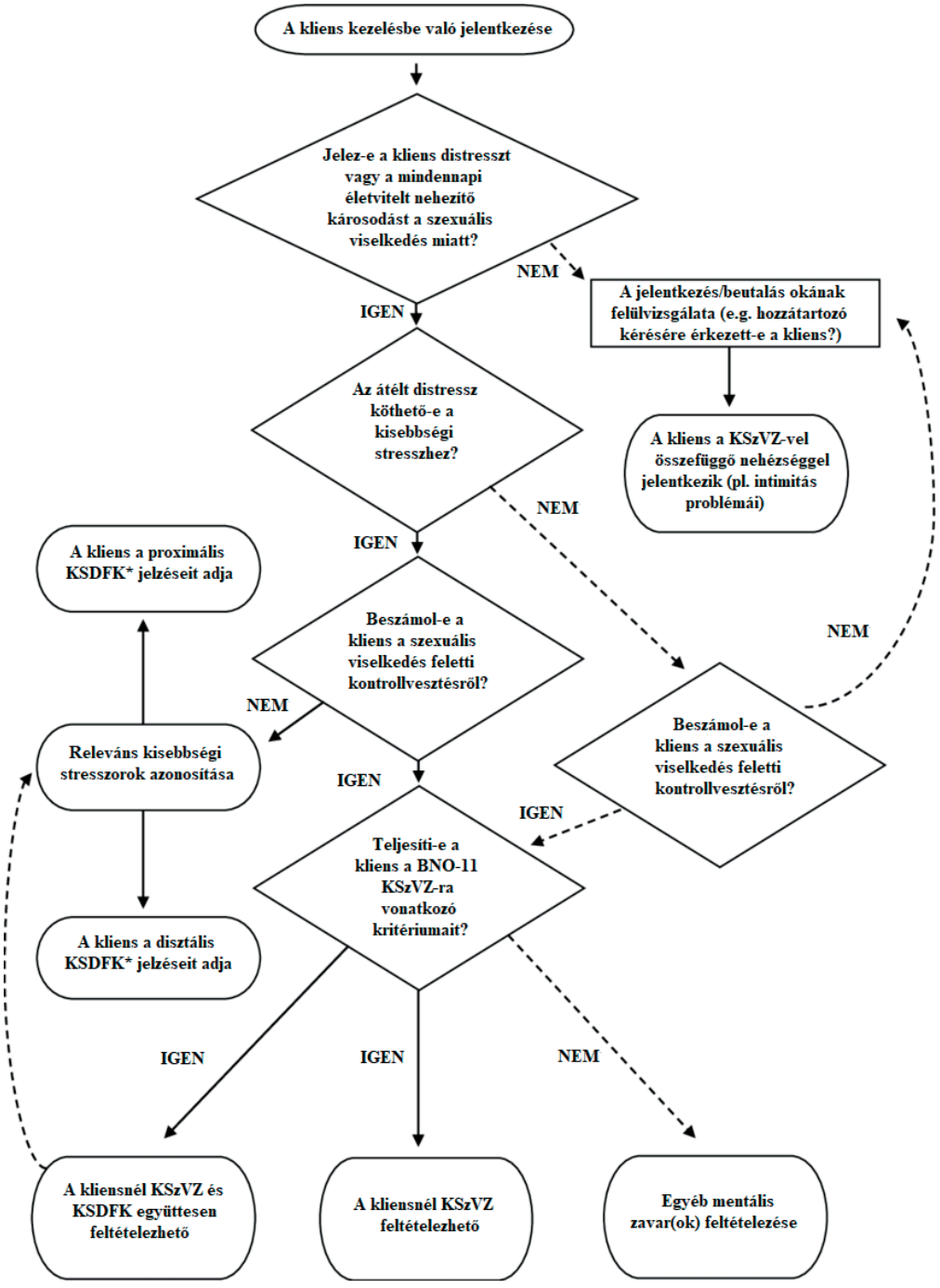
1. ábra: Állapotfelmérést segítő algoritmus KSzVZ gyanúja esetén [15]



2. ábra: PPH terápiás algoritmusa, a morális inkongruenciára vonatkozó differenciáldiagnosztikai szempontok bevonásával [27]



3. ábra: KSzVZ differenciáldiagnosztikai algoritmusa LMBTQ+ alpopuláció esetén [83]



* KSDFK= kisebbségi stressz okozta distressz és funkcionális károsodás

Megjegyzés: A *distális stresszorok* az előítélet konkrét környezeti megnyilvánulásai, mint a családi elutasítás vagy a megkülönböztetés. A *proximális stresszorok* az előítélet környezeti megnyilvánulásaira adott belső pszichés (negatív) válaszok, mint az internalizált homonegativitás vagy az elővételezett diszkrimináció.

1.5. Egyéb dokumentumok

Nem készült.