

KOGNITIVNO-BIHEVIORALNI PRISTUP SEKSUALNIM POREMEĆAJIMA KOD ŽENA

NATAŠA JELENIĆ HEREGA

Udruga za zaštitu obitelji – Rijeka U.Z.O.R., Rijeka, Hrvatska

Brojna istraživanja pokazuju da su seksualne smetnje i poremećaji vrlo prisutni u općoj populaciji. Prevalencija dobivena stranim istraživanjima pokazuje da se kod žena javlja u rasponu od 25 % do 63 %, a slični se rezultati potvrđuju i na hrvatskom uzorku. Seksualni poremećaji mogu biti uzrokovani i podržavani različitim psihičkim ili fizičkim čimbenicima. Čak i u slučajevima kada je uzrok organski, popratni psihički čimbenici dodatno kompliciraju situaciju, što ukazuje da u tretmanu različitih seksualnih smetnji veliko značenje imaju psihološki tretmani. Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) smatra se učinkovitom. Usmjerena je na promjenu nefunkcionalnih vjerovanja i ponašanja integrirajući bihevioralne tehnike sistematske desenzitizacije i izlaganja s kognitivnom restrukturacijom negativnih misli i vjerovanja te usredotočavanjem na seksualne misli i osjećaje. U ovome radu bit će prikazan doprinos kognitivno-bihevioralnog pristupa u razumijevanju i tretmanu seksualnih poremećaja. Opći principi KBT-a i primjena najvažnijih tehnika objašnjavaju se u kratkom prikazu dviju klijentica s različitim seksualnim poremećajima, od kojih se jedan odnosi na smanjenu seksualnu želju koja je inhibirana psihičkim čimbenicima, a drugi je poremećaj vezan uz bol uzrokovanu organskim faktorom.

Ključne riječi: seksualne smetnje, seksualni poremećaji, kognitivno-bihevioralni tretman

Adresa za dopisivanje: Nataša Jelenić Herega, univ. spec. psych.
Udruga za zaštitu obitelji – Rijeka U.Z.O.R.
Blaža Polića 2/1
51 000 Rijeka, Hrvatska
E-pošta: natasajelenic2000@yahoo.co.uk

UVOD

Istraživanja pokazuju da su seksualne smetnje i poremećaji razmjerno česti. Njihova prevalencija kod žena iznosi od 25 % do 63 % (1-5), a slični se rezultati potvrđuju i na hrvatskom uzorku u kojem je iskustvo jedne seksualne smetnje ili više njih u zadnjih mjesec dana imalo 29,3 % ispitanica (6). Seksualni poremećaji obilježeni su teškoćama unutar ciklusa spolnog odgovora ili pojavom boli prigodom spolnog odnosa. Između različitih seksualnih poremećaja kod žena najučestalijim se pokazuju nedostatak seksualne želje (23–43 %) i teškoće s postizanjem orgazma (25 %) (7,8). U Hrvatskoj 14,5–27,6 % žena izjavljuje smanjenje

seksualne želje, teškoće s postizanjem orgazma 19,2–23,1 %, slijede ponavljajući bolovi povezani sa seksualnom aktivnosti (10,1–23,6 %) i nedostatak seksualnoga uzbuđenja (9,9–18,5 %) (9).

Seksualni poremećaji mogu biti uzrokovani nizom psihičkih ili fizičkih čimbenika. Psihički čimbenici koji mogu utjecati na seksualnu reakciju i uzrokovati različite smetnje i poremećaje su brojni: negativni osjećaji prema seksu ili njegovim posljedicama među kojima su najčešći strahovi, krivnja i gađenje, zabrinutost uz izvedbu, depresija; pogrešna očekivanja i vjerovanja, nedostatna informiranost o seksu;

nisko samopoštovanje i negativni osjećaji prema sebi i svome tijelu; teškoće u odnosu i konflikti s partnerom; neprikladne okolnosti poput nedostatka privatnosti, umor ili preokupiranost nečim drugim; rigidan religiozni odgoj, konfliktne religijske ili obiteljske vrijednosti, razni mitovi o seksualnosti te prethodno traumatsko seksualno iskustvo. U fizičke uzroke spadaju tjelesne abnormalnosti genitalno-urinarnog trakta, hormonske promjene, razne bolesti, kirurški zahvati te lijekovi, alkohol ili droge. Čak i kada su seksualni poremećaji povezani s tjelesnim uzrocima, psihičke reakcije na taj poremećaj mogu problem povećati (10), tako da psihološki tretmani zauzimaju važno mjesto u tretmanu osoba sa seksualnim poremećajima. Razlike u oblicima tretmana koji postoje i uključenim intervencijama proizlaze iz različitog shvaćanja etiologije seksualnih teškoća (11). Kognitivno-bihevioralna terapija u mnogim se istraživanjima potvrđuje učinkovitim i terapijom izbora za različite seksualne poremećaje.

CILJ RADA

Cilj ovoga rada je dati pregled bihevioralnog i kognitivnog pristupa u razumijevanju i tretmanu seksualnih poremećaja te u kratkoj ilustraciji slučajeva prikazati kako se mogu koristiti opći principi i tehnike kognitivno-bihevioralne terapije.

Wolpie (12) i Lazarus (13) prvi su primijenili bihevioralne postavke u tretmanu seksualnih poremećaja. Oni seksualne poremećaje dovode u vezu s anksioznošću, smatraju ih naučenim ponašanjem, a u tretmanima primjenjuju tehnike sistematske desenzitizacije i izlaganje. Njihov rad ipak ne dovodi do široke uporabe bihevioralnih principa u seksualnoj terapiji sve do Mastersa i Johnsonove (14) uz koje se veže početak seksualne terapije. Osnovna pretpostavka je da tjeskoba vezana uz izvedbu interferira s prirodnom seksualnom funkcijom i smatrali su je glavnim uzrokom svih oblika spolne neadekvatnosti. Na temelju te teorije naglašavali su važnost vježbi osjetilnog usredotočavanja (*sensate focus*) koje su izvrsne za smanjivanje pritiska u vezi s izvedbom, što oslobađa kapacitet za prirodnu seksualnu funkciju. Vježbe su zasnovane na principu sistematske desenzitizacije i odnose se na postepeno napredovanje u različitim fazama najprije negenitalnog, zatim genitalnog milovanja u koje se uključuju specifične tehnike za određene disfunkcije te vaginalnog obuzdavanja. Osim osjetilnog usredotočavanja, naglasak u terapiji Mastersa i Johnsonove bio je na uključivanju obaju partnera, na evaluaciji, tj. prikupljanju i davanju informacija partnerima o prirodi seksualnih problema, na edukaciji para o anatomiji genitalija, fiziologiji seksualne reakcije i o razlikama između muškaraca i žena i njihove seksualne reakcije te na međusobnoj komunikaciji, čime su značajno proširili originalne bihevioralne pojmove (15). Njihov pristup vremenom se razvio, postao je fleksibilniji i razgranatiji, obogatilo se kognitivnim aspektima i dan danas još uvijek je učinkovit psihološki tretman, na raspolaganju velikom broju parova sa seksualnim smetnjama i poremećajima (10).

Kognitivni pristupi u seksualnoj terapiji smatraju da su seksualne teškoće naučene i pod utjecajem su osobnih percepcija, vjerovanja, stavova i atribucija akumuliranih tijekom razvoja. Već su Master i Johnsonova (14) isticali da su konzervativna vjerovanja značajno povezana sa seksualnim teškoćama, kao i sam način kognitivnog procesiranja. U literaturu su uveli izraz *spectatoring*, misleći na kognitivne procese monitoringa vlastite seksualne aktivnosti odnosno usmjerenosti na sebe i seksualnu izvedbu što dovodi do inhibicije seksualnog uzbuđenja i orgazma.

S obzirom na usku povezanost misli, emocija i ponašanja danas se u kliničkoj praksi češće koristi integracija bihevioralnih i kognitivnih pristupa pa govorimo o kognitivno-bihevioralnoj terapiji (KBT), koja se usmjerava na promjenu u mišljenju i sustavu vjerovanja kako bi došlo do emocionalne i ponašajne promjene. Da bi se osoba promijenila nije dovoljno osvijestiti joj disfunkcionalnost njezinih stavova i načina interpretacije sebe i okoline, već je neophodno mijenjati i ponašanje. Tada promjena ponašanja pridonosi stabilnosti novih kognitivnih promjena. Neki aspekti tretmana imaju veći bihevioralni naglasak, a drugi veći kognitivni, a njihova kombinacija u prvom redu ovisi o rezultatima inicijalne procjene i potrebi samog klijenta, kao i vještini terapeuta.

Kognitivno-bihevioralni model seksualnih disfunkcija dao je Barlow 1986. godine (16). Prema Barlowu, negativne misli inhibiraju senzualno iskustvo i seksualno zadovoljstvo. Pojedinci sa seksualnim teškoćama i bez njih različito pristupaju seksualnim situacijama. U seksualnoj situaciji (kod seksualnog uzbuđenja ili prilikom inicijative partnera) osobe bez seksualnih teškoća seksualno uzbuđenje povezuju s erotskim kognicijama, doživljavaju pozitivne emocije, očekuju uspjeh odnosno pozitivan ishod situacije i imaju percepciju kontrole. Usmjeravanje na erotske okidače pojačava uzbuđenje i dovodi do funkcionalne izvedbe. Za razliku od njih, osobe sa seksualnim teškoćama u takvoj situaciji doživljavaju anksioznost, negativne emocije, napetost, imaju negativna očekivanja i percepciju nedostatka kontrole. Njihov fokus se s erotskih stimulusa usmjerava na lošu izvedbu, negativne posljedice ili neseksualne, neerotske procese te dolazi do smanjenja uzbuđenja i disfunkcionalne izvedbe. Seksualne teškoće dakle nastaju zbog inhibicije seksualnog uzbuđenja, koje je pak posljedica nemogućnosti osobe (*spectatora*) da adekvatno dekodira erotske znakove koji su potrebni za nastanak i održavanje uzbuđenja. Usmjerenost na izvedbu potiče izvedbenu anksioznost, koja refokusira pažnju s ugodne i nagrađujuće uzbuđenosti na percepciju negativnih posljedica seksualnog neuspjeha. Ovakva distrakcija smanjuje sposobnosti seksualnog funkcioniranja (16,17). Njihovi nalazi ističu kako je potrebno usmjeriti pozornost na ugodne osjete, erotske misli i podražaje, jer će to vjerojatno biti uspješnije od pukog poticanja opuštanja u seksualnim situacijama. Usmjerenost na erotičnost od tada postaje važan dio seksualne terapije.

Brojna su istraživanja potvrdila utjecaj različitih kognitivnih faktora na seksualno funkcioniranje. Nobre i Pinto-

Gouveia (18) ukazuju da osobe sa seksualno disfunkcionalnim vjerovanjima prigodom seksualnih aktivnosti aktiviraju mnogo više negativnih automatskih misli od osoba bez seksualnih smetnji. Među značajnim negativnim automatskim mislima koje utječu na seksualno funkcioniranje kod žena su: konzervativne misli, poput: *Masturbacija je grijeh, Ugledne žene ne masturbiraju, Nevinost je najbolji dar koji žena može dati muškarcu, Seksualnu aktivnost mora inicirati muškarac, Oralni ili analni seks su najveće perversije*; viđenje seksualne želje i seksualnog zadovoljstva grijehom: *Seks je prljav i grješan, Osjećati seksualno zadovoljstvo za vrijeme seksa nije prihvatljivo, Do seksa može doći samo ukoliko to muškarac želi, Ugledna žena mora kontrolirati svoje seksualne porive*; vjerovanja o važnosti fizičkog izgleda, kao primjerice: *Žene koje nisu fizički atraktivne ne mogu biti seksualno zadovoljene, Ružna žena ne može seksualno zadovoljiti partnera* te vjerovanja povezana s dobi, koja su usmjerena na to kako dob, naročito nakon menopauze, utječe na smanjenje seksualne želje i zadovoljstva. Samo postojanje negativnih, katastrofičnih misli neće uzrokovati seksualne poremećaje, ali osobu čine ranjivom za razvoj seksualnih teškoća.

Različite negativne misli povezane su s različitim seksualnim poremećajima. Na smanjenu seksualnu želju kod žena najviše utječu konzervativna vjerovanja te nedostatak erotskih misli i erotskih mentalnih slika, a povezane emocije su ljutnja i razočaranje (19). Trudel i suradnici (20) ukazuju da žene sa smanjenom seksualnom željom najčešće vjeruju u sljedeće seksualne mitove: *Muškarci su uvijek željni seksa i uvijek su spremni na seks, Vođenje ljubavi se ne može planirati, ono mora biti spontano, Ne može biti seksa ako muškarac nema erekciju, Parovi trebaju održavati uobičajenu čestinu seksualnih odnosa, Dobar seks uvijek mora završiti orgazmom*. Seksualno uzbuđenje negativno je povezano s mislima o neuspjehu, nedostatkom erotskih misli te tugom i razočaranjem (21). Dove i Wiederman (22) naglašavaju dvije vrste kognitivnih distrakcija koje negativno utječu na seksualno uzbuđenje: promišljanje o seksualnoj kompetentnosti i usmjerenost na vanjski izgled. Te su dvije distrakcije kod žena povezane. Naime, žene fizičku atraktivnost i „seksi“ izgled doživljavaju dovoljnim za osjećaj seksualne kompetencije. One koje sebe ne doživljavaju atraktivnim, ne vide se seksualno uspješnim, općenito su manje seksualno zadovoljne, rjeđe doživljavaju orgazam, tj. češće ga odglume.

Automatske misli usmjerene na erotske podražaje povezane su s pozitivnim emocijama, dok su misli usmjerene na seksualnu izvedbu i očekivanje neuspjeha povezane s negativnim emocijama, a sukladno tome negativno utječu na seksualno funkcioniranje (18). Prilikom izlaganja erotikom sadržajima osobe sa seksualnim disfunkcijama doživljavaju značajno manje pozitivnih emocija (16), a najjače su izražene negativne emocije poput tuge, razočaranja, a kod žena i krivnje i ljutnje, te manje ugone i zadovoljstva u odnosu na osobe bez seksualnih teškoća (23). Eshghi i

suradnici (24) ističu kako se najznačajnijim prediktorima seksualnog funkcioniranja u žena pokazuju očekivanje neuspjeha, misli o seksualnom iskorištavanju (poput *On me iskorištava, On samo želi sebe zadovoljiti, Ovo je odvratno*) i nedostatak erotskih misli, dok se od emocionalnih faktora važnim prediktorima smatraju tuga, razočaranje, krivnja i ljutnja te nedostatak ugone i zadovoljstva.

Na temelju kognitivno-bihevioralne perspektive i faktora koji utječu na seksualno funkcioniranje razvijene su različite terapijske tehnike i intervencije, koje su empirijski validirane. Dekker i Everaerd (25) proveli su evaluacijsko istraživanje seksualne terapije parova s različitim seksualnim disfunkcijama. Tretman se sastojao od vježbi osjetilnog usredotočavanja sa seksualnom stimulacijom, sistematske desenzitizacije i izlaganja u imaginaciji i *in vivo* te komunikacijskog treninga. Nakon tretmana došlo je do promjena u zadovoljstvu seksualnim i neseksualnim interakcijama, a mnoge su promjene ostale stabilne i 6 mjeseci nakon terapije. Sarwer i Durlak (26) potvrdili su efikasnost bihevioralnih tehnika i vježbi osjetilnog usredotočavanja kod vaginizma, preuranjene ejakulacije, anorgazmije i erektilnih teškoća. McCabe (27) navodi pozitivne učinke kognitivno-bihevioralnog tretmana za preuranjenu ejakulaciju i erektilne teškoće kod muškaraca te za orgazmičke teškoće i hipoaktivnu seksualnu želju kod žena. Kaplan (28) također ističe važnost kognitivno-bihevioralnih postupaka. Ona, na temelju bogatog kliničkog iskustva, ističe da u tretmanu smanjene seksualne želje nije dovoljno samo indirektno poticati libido stjecanjem uvida u seksualne konflikte i razrješenjem emocionalnih blokada i interpersonalnih teškoća, već je potrebno primijeniti neposredne, bihevioralne intervencije koje će promijeniti „protuseksualna“ ponašanja klijenata.

U svom preglednom radu Heiman i Meston (29) ukazuju da za neke seksualne disfunkcije postoje točno određeni postupci čija je primjena učinkovita i dovodi do pozitivne promjene, kao primjerice kombinacija direktne masturbacije i vježbi osjetilne usredotočenosti kod anorgazmije te postupno korištenje dilatatora različitih širina kod vaginizma, što su postupci razvijeni unutar bihevioralne perspektive, ali da nema adekvatnih empirijskih podataka koji bi upućivali što je učinkovito u tretmanu poremećaja seksualne želje ili seksualnog uzbuđenja (30). Hawton (10) ističe kako nema posebnih postupaka u tretmanu smanjene seksualne želje, već se glavni naglasak stavlja na stvaranje prikladnih okolnosti za seksualne aktivnosti, uspostavljanje zadovoljavajuće predigre, usmjeravanje pozornosti na erotske podražaje i kognicije, restrukturaciju inhibicija u seksualnom ponašanju te rješavanje općih problema u odnosu. Noviji pregledni rad istraživanja (meta analiza) provedenih od 1998. do 2009. ukazuje da se od različitih psiholoških intervencija (među kojima se navode: trening seksualnih vještina, seksualna terapija, kognitivno-bihevioralna terapija, bračna terapija, sistematska desenzitizacija, psihodukacija te ostale terapije poput psihodinamske

terapije, hipnoterapije ili racionalno emocionalne terapije) u tretmanu smanjene seksualne želje najučinkovitijima pokazuje kombinacija kognitivno-bihevioralne terapije i treninga seksualnih vještina, a ako se prati njihov učinak na seksualno zadovoljstvo, onda je kognitivno-bihevioralna terapija učinkovitija od kombinacije dviju navedenih (31).

U literaturi se navodi i učinkovitost treninga usredotočene svjesnosti (*mindfulness*) koji potiče osobe da se manje usredotočavaju na ne-erotske misli, a više usredotočene pažnje posvećuju seksualnim podražajima (32).

PRIKAZ KOGNITIVNO-BIHEVIORALNOG TRETMANA

Osnovne postavke bihevioralno-kognitivnog modela razumijevanja psihičkih poremećaja jesu da kognicije (misli, interpretacija situacije i značenje koje situaciji pridajemo) utječu na to kako se osjećamo i kako se ponašamo. Disfunkcionalno (nerealno, neproduktivno, iskrivljeno)

mišljenje u osnovi je mnogih psihičkih smetnji. Neadaptivno ponašanje izaziva negativne posljedice koje onda održavaju disfunkcionalne kognitivne obrasce, a samim time podržavaju psihičke smetnje i poremećaje. Kognitivna aktivnost i obrasci ponašanja mogu se samoopažati, mjeriti i mijenjati, pa je tako KBT usmjerena na promjenu u mišljenju i sustavu vjerovanja te promjenu ponašanja na način da se ukidaju ili smanjuju disfunkcionalni i razvijaju funkcionalni obrasci ponašanja. Promjena ponašanja pridonosi stabilnosti novih kognitivnih promjena. Isti se principi primjenjuju i u tretmanu seksualnih poremećaja te se u svrhu postizanja klijentovih ciljeva, a uvažavajući kompleksnost seksualnih poremećaja i individualne karakteristike klijenata, koristi kombinacija različitih kognitivnih i bihevioralnih tehnika.

U prikazima koji slijede prikazana je interakcija negativnih vjerovanja i disfunkcionalnog ponašanja koji utječu na pojavu i podržavaju seksualnu smetnju/poremećaj, naveden je opći cilj tretmana, a zatim je opisana uporaba osnovnih kognitivno-bihevioralnih tehnika.

Slučaj 1. Ana – djevojka sa smanjenom (inhibiranom) seksualnom željom (33)

Studentica Ana dvije godine je u vezi. Traži pomoć vezanu uz vlastitu ambivalentnost prema seksu, od gađenja i brojnih negativnih vjerovanja o seksu do želje da uspješno uspostavi seksualan odnos s partnerom i sebi dozvoli upuštanje u različite seksualne aktivnosti. Problem se manifestira u situacijama petinga brojnim negativnim vjerovanjima o seksu (*To je nešto gadno, to je prljavo.*), seksualnom uzbuđenju (*Sa mnom nešto nije u redu, nisam normalna (jer bih trebala/smjela biti uzbuđena)*) i sebi kao seksualnom biću (*Ja sam laka cura. Ja sam drolja, zbog čega manifestira nefunkcionalna ponašanja (naglo prekida peting, odguruje dečka, više na njega i vrijeđa ga te ga danima nakon toga izbjegava)*), čime narušava kvalitetu partnerske veze.

Klijentica je visoko religiozna, zbog čega ona i njezin dečko ne žele koitus prije braka, što je zahtijevalo prilagodbu u tretmanu uz poštivanje klijentičnih vrijednosti i granica u seksualnom ponašanju.

Opći cilj tretmana je smanjiti negativne osjećaje i misli vezane uz seks (*jer želi uživati u tjelesnoj bliskosti s dečkom i imati normalne seksualne odnose u budućnosti*) i pojačati seksualno zadovoljstvo, a u ostvarenju tog cilja potrebno je ostvariti manje podciljeve, koji su definirani u terminima ponašanja i neposrednih zadataka.

Ovaj je prikaz slučaja detaljnije opisan u Socijalnoj psihijatriji (33).

Slučaj 2. Žana – djevojka sa seksualnim poremećajem vezanim uz bol

Žana je 26-godišnja profesorica. Upućena je psihologu od ginekologa zbog boli koju osjeća prilikom seksualnih aktivnosti zbog čega izbjegava i vaginalni ginekološki pregled. Uvjeren je da je njezina bol isključivo psihogena. Za to niže brojne „dokaze“, od ranih predisponirajućih čimbenika vezanih uz religioznost svoje obitelji u kojoj je seks bio tabu temu te je usprkos visokom stupnju obrazovanja potpuno neinformirana o seksu; anksiozna je osoba koja je već bila u tretmanu psihologa; imala je niz površnih partnerskih veza koje su prekinute „zbog seksa“ (ili su je dečki ostavili jer nije htjela stupiti u spolne odnose ili je ona ostavljala njih zbog toga što su inzistirali na spolnom odnosu) pa razvija negativna vjerovanja o *seksu kao prijatnoj kvalitetnoj vezi te sebi kao nesposobnoj za seks*. Sada je u vezi s mladićem, strancem koji živi i radi u inozemstvu, povremeno se viđaju. Seksualnu interakciju u koju je uključeno diranje vagine prati oštra bol, pa se klijentica vrlo brzo fizički odmiče od partnera i prekida seksualni odnos uz jako plakanje. U novu seksualnu interakciju ulazi sa strahom od boli i očekivanjem ponovnog neuspjeha. Zbog boli koju doživljava te iskrivljenih vjerovanja kako *svaki zagrljaj vodi ka penetraciji*, u rijetkim susretima s dečkom izbjegava sve oblike nježnosti i intimne situacije. Boji se da nije sposobna za seks te da će izgubiti svog sadašnjeg partnera *ukoliko ga ne uspije seksualno zadovoljiti*.

Klijentica želi smanjiti strah od boli i ući u spolni odnos te postati seksualno samoosvještenija. S obzirom da poremećaji vezani uz bol imaju nešto više organskih uzročnika od drugih seksualnih poremećaja, jedan od specifičnih ciljeva tretmana bio je pripremiti klijenticu za ponovni, vaginalni, a moguće i rektalni ginekološki pregled.

U navedenim slučajevima korištene su osnovne tehnike KBT-a. Na početku tretmana dominiraju kognitivne tehnike. *Poučavanje o seksualnosti* nužno je za razvoj realnijeg pogleda na seks i seksualnost. Ana tako dobiva informacije pomoću kojih može lakše prihvatiti seksualnost kao sastavni dio ljudske prirode te razviti funkcionalnija očekivanja vezana uz peting. Kod Žane upoznavanje sa seksualnim mitovima s naglaskom na one mitove u koje ona vjeruje (*Seks bez penetracije nije seks, U seksu je važno zadovoljiti partnera, Žena mora zadovoljiti muškarca*) doveli su do ukidanja izbjegavanja fizičke bliskosti, a u seksualni odnos ulazi asertivnija, ističući kako još nije spremna na genitalni kontakt. Informiranost o postojanju različitih organskih uzroka boli dovodi do spremnosti na ponovni ginekološki pregled (shvaćajući da samo ultrazvuk nije dostatan za utvrđivanje/uklanjanje eventualnog organiciteta) koji se postavlja kao specifičan cilj tretmana. *Poučavanje o kognitivno-bihevioralnom modelu* odnosi se na upoznavanje međuzavisnosti kognicija, misli i ponašanja. U kontekstu seksualnih poremećaja to uključuje podizanje svjesnosti o vlastitim negativnim mislima, vjerovanjima i antiseksualnim ponašanjima u seksualnim situacijama koji dovode do „iskapčanja“ i podržavaju seksualni poremećaj. Svijest o bavljenju negativnim, kontraseksualnim mentalnim procesima preduvjet je za restrukturaciju tih procesa.

Kognitivna restrukturacija je zamjena disfunkcionalnih vjerovanja funkcionalnijim. Na svakom od tri nivoa kognitivnog funkcioniranja (automatske misli, posredujuća i bazična vjerovanja) mogu postojati iskrivljene kognicije koje su rezultat pogrešaka u mišljenju, netočnog zaključivanja na temelju nedostatnih ili pogrešnih podataka, nerazlikovanja mašte od stvarnosti, selektivnog prisjećanja. Sustavne pogreške u mišljenju nazivaju se kognitivne distorzije i upravo su one predmet rada kognitivno-bihevioralnog tretmana. Kognitivna restrukturacija počinje radom na automatskim mislima, a zatim slijedi rad na vjerovanjima jer jedino zahvaćanje dublje kognitivne razine dovodi do trajnije emocionalne i ponašajne promjene. Za identifikaciju, evaluaciju i modifikaciju negativnih vjerovanja koriste se različiti načini, poput Sokratovskog dijaloga odnosno primjene logičkog propitivanja, preispitujući i odvagujući dokaze za i protiv određenih vjerovanja, ispitujući prednosti i nedostatke takvog mišljenja, prepoznavanje kognitivnih pogrešaka koje se čine, probe ponašanja, nalaženje alternativnih kognicija, a sve s ciljem da se empirijski provjere postavljene hipoteze o svom ponašanju. Metodom silazne strelice se traži značenje automatske misli i logička povezanost automatskih misli s posredujućim i bazičnim vjerovanjima, u modifikaciji kojih su korisne tehnike poput kognitivnog kontinuuma, pite i bihevioralnog eksperimenta. Restrukturacijom Aninih vjerovanja pomoglo joj se, primjerice, uvidjeti kako su „*Fuj*“ i „*Odvratno*“ majčini komentari, a ne njezino iskustvo; kako iniciranje

petinga od strane dečka ne znači *iskorištavanje* i *nepoštivanje* već ljubav i želju da budu intimniji u granicama koje sami odrede; da upuštanje u peting ne znači da je *drolja* već osoba koja se s punim povjerenjem predala samo jednoj osobi koja će biti njezin muž. Kod Žane su negativna i nekorisna vjerovanja (poput *Zagrljaji, dodiri, poljupci vode ka penetraciji; Ginekološki je pregled bolan. Ja to ne mogu; Seks više slični na nasilje nego na ljubavni čin, Seks me može povrijediti; Ja sam slaba, jer se bojim.*) zamijenjeni mnogo funkcionalnijim vjerovanjima, primjerice: *Ne mora svako maženje završiti seksom (penetracijom). Ne moram bježati od nježnosti; Meni je ginekološki pregled bolan, ali je važan. Saznat ću više o svojoj boli. Može mi pomoći u otkrivanju uzroka te boli. Katkada treba proći kroz bol da bi se ona otklonila; Seks nije nasilan, već neke osobe mogu biti nasilne prisiljavajući me na nešto što ne želim. Ja sam ta koja biram biti u odnosu s nekim ili ne. Sada imam strpljivog, nježnog i brižnog dečka; U redu je osjećati strah. Bojati se nije slabost. Slabost je ne poduzeti ništa. Ja poduzimam.*

Izlaganje je gotovo nezaobilazna tehnika u kliničkom radu kognitivno-bihevioralnog terapeuta s obzirom da su izbjegavajuća ponašanja često jedan od glavnih čimbenika koji utječu na održavanje poremećaja. Izlaganje se definira kao suočavanje s onime što se izbjegava jer izaziva anksioznost (34). Osnovni smisao izlaganja je da se klijent suočava sa situacijama koje izbjegava, koje percipira zastrašujućima i koje izazivaju visoku anksioznost, kako bi vremenom došlo do gašenja (smanjenja anksioznosti) te se sama situacija više neće percipirati toliko prijetećom. Optimalna učinkovitost izlaganja postiže se stupnjevanim, ponovljenim i produženim izlaganjem, a zadatci moraju biti jasno određeni. Klijent treba identificirati sve ono što izbjegava, što mu stvara nelagodu i ono što identificira poredati po težini u „stupnjevanu hijerarhiju“, koja sadržava cijeli raspon situacija, počevši od onih koji izazivaju samo blagu anksioznost, pa do onih koje izazivaju maksimalno jaku anksioznost. Svaka se situacija procjenjuje na ljestvici od 0 do 10 s obzirom na količinu anksioznosti koju izaziva. Hijerarhija se koristi kao vodič za izlaganje tim situacijama. Osnovno pravilo izlaganja je da ono bude postupno (počinje s izlaganjima manje prijetećim situacijama, ali koje izazivaju barem nešto anksioznosti kako bi tehnika bila korisna), da traje dovoljno dugo (kako bi anksioznost za vrijeme izlaganja opala), da se ponavlja toliko dugo dok ne prestane izazivati anksioznosti ili izaziva nisku anksioznost. Promjene u vjerovanjima i normalizacija reakcija doveli su kod klijentica do spremnosti na izlaganje, najprije onim situacijama na nižem stupnju hijerarhije. Tako se Ana, prihvativši svoju seksualnost, počela upuštati u različite seksualne aktivnosti. Produljivala je vrijeme petinga, ostajala u intimnom i ugodnom tjelesnom kontaktu s dečkom nakon petinga, odjevena se trljala o partnerovo

spolovilo, aktivno je sudjelovala u petingu - dodirivala i ljubila neseksualne dijelove tijela svoga dečka te sama započinjala peting. Hijerarhija se tijekom tretmana više puta revidirala. Početni subjektivni osjećaji nelagode nisu u potpunosti odgovarali stvarnoj anksioznosti pa je Ana neke stvari koje su početno ocijenjene „težima“ mogla lakše napraviti od nekih „lakših“. Neke aktivnosti s mnogo više genitalnog kontakta (primjerice dozvoliti dečku zavlacenje ruku u gaćice) lakše je napravila nego npr. dirati svoga partnera (33). Aktivnost trljanja o partnerove genitalije odjevna bilo je potrebno raščlaniti u nekoliko podaktivnosti: najlakše joj je bilo dozvoliti njemu da se trlja o njezino spolovilo dok su oboje odjeveni i ona leži na leđima, dok je njezino trljanje o njega dok sjedi na njemu bilo zahtjevnije. Izlaganje se u tretmanu kombiniralo i s osjetilnim usredotočavanjem. Anin zadatak bio je da se prilikom izlaganja usmjeri na tjelesnu ugodu i da koristi erotske fantazije ili pozitivan unutarnji govor te da komunicira s dečkom o aktualnom seksualnom iskustvu.

Pri uvođenju i primjeni različitih intervencija terapeut se uvijek mora voditi individualnim karakteristikama i specifičnostima klijenta. Anina religioznost zahtijevala je prilagodbu tretmanskim intervencija i granice njezine spremnosti na izlaganje genitalnim aktivnostima u potpunosti su se poštovale. Nije ju se pokušavalo motivirati da bude gola za vrijeme maženja, niti da vježbe izvršava na krevetu. Nisu joj se nudili nikakvi erotski materijali koji služe povećanju libida, u potpunosti je odbačena mogućnost korištenja bilo kakvih oblika genitalne samostimulacije (33). Za razliku od nje, iako isto religiozna, Žana samostalno ukazuje da je spremna istraživati svoje tijelo, svoje reakcije na dodir, masturbirati i tako ujedno istražuje lokalitet, kvalitetu i intenzitet boli i mogućnost svojeg izdržavanja boli, a u odnosu s partnerom upušta se u oblike seksualne aktivnosti koji su za nju „sigurni“. Time ujedno povećava i povjerenje u partnera, koji u potpunosti prihvaća seksualnu aktivnost bez penetracije i genitalnog diranja vagine te izražava svoje zadovoljstvo aktualnim seksom, što umiruje njezin strah od mogućeg prekida veze.

Kod obje se klijentice provodilo i izlaganje u imaginalnoj. Ana se u imaginaciji pripremala na prvu bračnu noć, zamišljanje čega je, s jedne strane, značilo slobodu u *potpunom predavanju* svome partneru, ali istodobno je budilo značajnu tjeskobu vezanu uz izvedbu, strah da *ona to neće moći, neće znati kako*. Sa Žanom se u imaginaciji provodilo izlaganje ginekološkom pregledu, za što je bilo potrebno izraditi posebnu hijerarhiju (od čekanja u čekionici, preplavljenosti katastrofičnim mislima povezanim s pregledom, ulaska u ordinaciju, razgovora s ginekologinjom do skidanja odjeće, sjedanja na ginekološki stolac i početak vaginalnog pregleda), u kombinaciji s tehnikama relaksacije, karticama za suočavanje i umirujućim samo-instrukcijama.

Zadaci izlaganja, kao i opažanje i bilježenje negativnih automatskih misli uvođeni su u obliku domaćih zadaća, koje su neophodan dio tretmana. Odrađujući zadaće klijent ima aktivnu ulogu u mijenjanju svog neučinkovitog mišljenja i oslobađanja od simptoma, što ga priprema da bude sam svoj terapeut i da naučene strategije suočavanja generalizira i na druga područja funkcioniranja.

Tretmani su uz opisane tehnike bili obogaćeni i drugim intervencijama, karakterističnima za seksualnu terapiju. Negenitalno osjetilno usredotočavanje uključuje vježbe samostalnog općeg istraživanja ugodnih tjelesnih senzacija u svakodnevnim situacijama, promatranje vlastitog golog tijela te masažu ruku sa savjetovateljicom što, osim usmjeravanja na dodir, pruža mogućnost za učenje i modeliranje davanja i primanja povratnih informacija. Genitalno osjetilno usredotočavanje, usmjeravanje pažnje na erotske misli i podražaje te trening seksualnih fantazija pomažu fokusiranju na senzorne aspekte seksualnog iskustva te povećavaju seksualnu želju i uzbuđenje. Stvaranje prikladnih okolnosti za seksualne aktivnosti, zamjena negativnih seksualnih ponašanja funkcionalnijim, usvajanje novih vještina i poticanje komunikacije o seksu s partnerom također su važni aspekti seksualne terapije.

Oba tretmana mogu se smatrati uspješnima jer su doveli do željenih promjena i ostvarenja individualnih ciljeva. Kod Ane je došlo do promjena u doživljaju seksualnosti, prepuštanju petinzima (bez uključenog koitusa) te većeg seksualnog zadovoljstva s posebnim pomakom na dimenziji usmjerenosti na osobne doživljaje, što se smatra temeljem seksualnog užitka. Žana je pred kraj tretmana kognitivno pripremljena i na operativni zahvat kirurškog zarezivanja himena, nakon kojeg je uzrok boli uklonjen i klijentica je ušla u spolni odnos.

ZAKLJUČAK

Cilj ovog rada bio je prikazati doprinos kognitivno-bihevioralnog pristupa u razumijevanju i tretmanu seksualnih poremećaja. Ukratko su opisane glavne tehnike bihevioralne i kognitivne terapije čija je primjena ilustrirana u kratkom prikazu dviju klijentica s različitim seksualnim smetnjama (poremećajima).

S obzirom da su seksualni poremećaji povezani s nižim seksualnim zadovoljstvom (35), a seksualno zadovoljstvo s kvalitetom i stabilnosti partnerskog i bračnog odnosa (36) te emocionalnom dobrobiti (2), prevencija i tretman seksualnih poremećaja nameću se kao važan doprinos mentalnom zdravlju općenito. Kognitivno-bihevioralne intervencije pružaju dobar okvir za tretman seksualnih poremećaja jer su usmjerene na smanjenje tjeskobe povezane sa seksualnim funkcioniranjem, restrukturacijom iskrivljenih seksualnih vjerovanja i poticanjem prihvatljivih oblika seksualne aktivnosti te se lako kombiniraju sa specifičnim postupcima seksualne terapije.

LITERATURA

1. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationship. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 193-208.
2. Heiman JR. Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors, and treatments. *J Sex Res* 2002; 39: 73-8.
3. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
4. Rosen RC, Taylor JF, Leiblum SR, Bachma GA. Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of survey of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *J Sex Marital Ther* 1993; 19: 171-88.
5. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Arch Sex Behav* 1990; 19: 389-408.
6. Štulhofer A, Gregurović M, Galić I, Pikić A. Raširenost seksualnih smetnji u uzorku zagrebačkih žena. *Medicina* 2005; 42: 300-9.
7. DeRogatis LR, Burnett AL. The Epidemiology of Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2008; 5: 289-300.
8. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's Sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med* 2010; 7: 586-614.
9. Štulhofer A, Kuljanić K, Štulhofer Buzina D. Sexual health difficulties in a population-based sample of Croatian women aged 18-35 and the effects of the dual (career and motherhood) role. *J Sex Med* 2011; 8: 1314-21.
10. Hawton K. Seksualne disfunkcije. U: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, ur. *Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
11. Wiederman MW. The state of theory in sex therapy. *J Sex Res* 1998; 35(1): 88-100.
12. Wolpe J. The systematic desensitization treatment of neurosis. *J Nerv Ment Dis* 1961; 132: 189-203.
13. Lazarus AA. The treatment of chronic frigidity by systematic desensitization. *J Nerv Ment Dis* 1963; 136: 272-6.
14. Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970.
15. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. *Ljudska seksualnost*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.
16. Beck JG, Barlow DH. The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding-II: Cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behav Res Ther* 1986; 24: 19-26.
17. Sbrocco T, Barlow DH. Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research and treatment. U: Salkovskis PM, ur. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press, 1996.
18. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J Sex Res* 2006; 43: 68-75.
19. Nobre PJ. Determinations of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *J Sex Marital Ther* 2009; 35: 360-77.
20. Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relat Ther* 2001; 16: 145-64.
21. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional males and females. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 37-49.
22. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 67-78.
23. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav* 2006; 35: 491-9.
24. Eshghi R, Bahrami, Zade MF, Etemadi O, Ghasemi V. The prediction of sexual function based on cognitive-emotional factors in Iranian women. *IJCRB* 2012; 4: 53-62.
25. Dekker J, Everaerd W. A long-term follow-up study of couples treated for sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 1983; 9: 99-112.
26. Sarwer JE, Durlak JA. A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *J Sex Marital Ther* 1997; 23: 87-97.
27. McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther* 2001; 27: 257-71.
28. Kaplan HS. *Psihoterapija poremećaja seksualne želje*. Problemi spolnog funkcioniranja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
29. Heiman JR, Meston CM. Empirically validated treatments for sexual dysfunction. U: Dobson KS, Craig KD, ur. *Empirically Supported Therapies: Best Practice in Professional Psychology*. New York: Sage Publications, 1998, 259-303. Pronađeno 21.03.2013. prema <http://homepage.psy.utexas.edu/Homepage/Group/MestonLAB/Publications/treatment.pdf>
30. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav* 2002; 31: 445-50.
31. Fruhauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav* 2013; 42: 915-33.
32. Geonet M., De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies* 2013; 22: 9-15.
33. Jelenić Herega N, Živčić Bećirević I. Prikaz kognitivno-bihevioralnog tretmana djevojke sa smanjenom seksualnom željom. *Soc psihijat* 2014; 42: 254-65.
34. Butler G. Fobični poremećaji. U: Hawton K, Salkovskis P, Kirk J, Clark DM, ur. *Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
35. Štulhofer A, Buško V. Evaluacija novog instrumenta za procjenu seksualnog zadovoljstva. *Suvremena psihologija* 2008; 11: 287-312.
36. Young M, Denny G, Young T, Luquis R. Sexual satisfaction among married women. *Am J Health Stud* 2000; 16: 73-84.

SUMMARY

THE COGNITIVE-BEHAVIORAL APPROACH TO SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN

N. JELENIĆ HEREGA

Family Assistance Association Rijeka (U.Z.O.R.), Rijeka, Croatia

Numerous studies show that sexual dysfunctions are quite common in the general population. Their prevalence is between 25-63% in women and similar results have been confirmed in a Croatian sample. Sexual dysfunctions can be caused and maintained by a variety of mental or physical factors. Even in cases where the cause is organic, accompanying mental factors complicate the situation further, suggesting that the psychological components of the treatment are highly significant. Cognitive-behavioral therapy (CBT) as a method of psychotherapy is considered effective. It integrates behavioral techniques of systematic desensitization and exposure with cognitive restructuring of negative thoughts and beliefs, so clients learn new patterns of thinking and behaving and can focus more on sexual thoughts and feelings. The topic of this article is about the contribution of the cognitive-behavioral approach to the understanding and treatment of sexual disorders. General principles of CBT and application of the most important techniques are explained through a brief overview of two clients with different sexual dysfunctions, one of which had low sexual desire inhibited by psychological factors, and was associated with pain caused by organic factors in the other.

Key words: sexual dysfunction, cognitive-behavioral treatment