

Dr Wiesław Ślósarz

Zakład Psychologii Klinicznej
Instytut Psychologii
Uniwersytet Wrocławski

**Małżeństwo miejscem uczenia się rozwiązywania problemów
adaptacyjnych**

Lądek Zdrój, 29 maj 2003r.

Do jednych z najczęściej diagnozowanych problemów adaptacyjnych, jakie występują w związkach małżeńskich należą zaburzenia seksualne. Często jest tak, że partnerzy uczą się je rozwiązywać już na początku trwania związku. Części z nich udaje się to, a część par boryka się z nimi czasem przez dziesięciolecia trwania związku. Tłem kłopotów seksualnych jest całościowy kontekst relacji między kobietą i mężczyzną. Z jednej strony pojawienie się problemów seksualnych sprawia, że zaczynają szwankować inne aspekty wzajemnego związku dwojga ludzi, a z drugiej trudności adaptacyjne związane z codziennym życiem odbijają się, jak w zwierciadle na aktywności seksualnej między partnerami (Ślósarz, 1992). Częstotliwość występowania zaburzeń seksualnych jest trudna do ustalenia. Wynika to między innymi z niewielkiej liczby badań przeprowadzonych na reprezentatywnych populacjach, różnych metod badania oraz rozbieżności terminologicznych. Autorami informacji na ten temat są zarówno psychologowie, czy socjologowie, jak i lekarze różnych specjalności, w tym szczególnie: urolodzy, endokrynolodzy, psychiatry, ginekolodzy, interniści, oraz lekarze pierwszego kontaktu. Najczęściej spotykanymi dysfunkcjami seksualnymi u kobiet są szeroko rozumiane zaburzenia orgazmu. Obejmują one dwie jednostki kliniczne: oziębłość seksualną i anorgazmię. Oziębłość rozumiana jest jako zaburzenie seksualne charakteryzujące się spadkiem poziomu potrzeb seksualnych, osłabieniem reakcji seksualnych oraz brakiem satysfakcji ze współżycia seksualnego. Anorgazmia, czyli brak orgazmu jest pojęciem węższym i może być jednym z objawów oziębłości seksualnej.

Zdaniem większości badaczy zaburzenia orgazmu dotyczą ponad 30% kobiet, a są takie badania na przykład Krogera, czy Wenera, z których wynika, że trudności z przeżywaniem orgazmu ma 75% kobiet (Lew-Starowicz, 1985). W przypadku mężczyzn najczęściej występującymi zaburzeniami seksualnymi są zaburzenia wzwodu członka oraz zaburzenia wytrysku nasienia. Dysfunkcja ejakulacyjna to głównie wytrysk przedwczesny, czyli ejakulacja przed wprowadzeniem członka do pochwy oraz zbyt wczesny wytrysk nasienia, to jest ejakulacja w trakcie trwania stosunku, ocenianego przez partnerów jako zbyt krótki. Z większości badań wynika, że zaburzenia erekcji dotyczą 20-40% mężczyzn, a z powodu zaburzeń ejakulacji cierpi 25-60% mężczyzn (Lew-Starowicz, 1985). Z szeregu badań przeprowadzonych na parach małżeńskich wynika, że w połowie tych związków występują jakieś problemy natury seksualnej. (Rosenhan, Selligman, 1994)

Zdecydowana większość dysfunkcji seksualnych wynika z przyczyn natury psychologicznej. Stąd też najbardziej efektywnymi sposobami radzenia sobie z zaburzeniami seksualnymi jest psychoterapia. Większość programów terapeutycznych zakładała indywidualne leczenie pacjentów. Oznacza to, że jeżeli kobieta cierpi na brak orgazmu, to leczy się właśnie ją, pozostawiając na uboczu partnera. Oczywiście podobnie jest w przypadku zaburzeń seksualnych u

mężczyzn: na przykład pacjent z dysfunkcją erekcyjną poddawany jest często bardzo kosztownemu i długotrwałemu leczeniu, natomiast jego partnerka traktowana jest jako osoba zdrowa. Taki sposób postępowania diagnostycznego i terapeutycznego jest charakterystyczny zarówno w podejściu psychoanalitycznym, behawioralnym, jak i poznawczym. Według psychoanalityków lęk, czy gniew leżący u podstawy zaburzeń sprawności i reaktywności seksualnej kobiety może wynikać z nierozwiązanego, nieświadomionego konfliktu konkretnej, indywidualnej pacjentki. Zaburzenie wzwodu u mężczyzn jest natomiast przejawem obrony przed obawą kastracji. Zwolennicy szkoły behawioralnej wyjaśniają zaburzenia seksualne odwołując się do teorii uczenia się. Stąd też przyczyn dysfunkcji w zakresie wzwodu upatrują we wcześniejszym doświadczeniu seksualnym, dużą wagę przypisując przy tym inicjacji. Wtedy, kiedy związana ona była z traumatycznymi przeżyciami, to później, na zasadzie reakcji warunkowej, pojawi się silny lęk przed kontaktami seksualnymi. Badacze i klinicyści zorientowani poznawczo akcentują rolę sposobu myślenia w generowaniu zaburzeń seksualnych. Według nich pacjenci mają tendencję do obserwowania swojego ciała i własnych reakcji seksualnych, co zgodnie z podstawową zasadą podejścia poznawczego, że „sposób myślenia może znacznie zaburzyć działanie” prowadzi do rozregulowania autonomicznych reakcji seksualnych.

Zgola odmienne podejście do zaburzeń seksualnych reprezentują przedstawiciele *direct sexual therapy* (DST), czyli bezpośredniej terapii seksualnej (Masters, Johnson, 1975). Pacjentów nie leczy się indywidualnie, ale od początku traktuje się ich jako parę. Stąd też to właśnie tutaj małżonkowie mają najwięcej możliwości wspólnego, konstruktywnego rozwiązywania problemów związanych z adaptacją seksualną. Podejście to jest obecnie najbardziej popularne i najefektywniejsze w terapii dysfunkcji seksualnych. DST stosuje się nie tylko w przypadku diadycznych zaburzeń seksualnych, czyli takich, które są wynikiem interpersonalnych oddziaływań między partnerami, na przykład dyspareunii, awersji seksualnej, czy dysharmonii seksualnej. Bezpośrednia terapia seksualna ma również zastosowanie w typowych zaburzeniach seksualnych u kobiet i dysfunkcjach u mężczyzn, to jest tych, które wcześniej leczone były jako indywidualne przypadki. Dzieje się tak dlatego, że zgodnie z DST źródło zaburzeń orgazmu u kobiet oraz zaburzeń wzwodu członka i wytrysku nasienia u mężczyzn tkwi, podobnie jak w przypadku diadycznych zaburzeń seksualnych, nie w jednostce, ale we wzajemnej interakcji pary osób. Brak pobudzenia u kobiet i dysfunkcje w zakresie wzwodu u mężczyzn leczy się stosując **koncentrację zmysłową**. W pierwszej fazie terapii nazywanej „sprawianie przyjemności” partnerzy są zachęceni przez seksuologa do wzajemnych niewymuszonych pieszczot całego ciała, włączając w to stopniowo pieszczoty okolic pochwy i członka. Początkowo zabronione jest doprowadzanie partnera do orgazmu oraz kontakt genitalia - genitalia. Sugestie te sprawiają, że kontakt seksualny pozbawiony jest

lęku, a małżonkowie uczą się wzajemnego zaufania. Partnerzy nie odczuwają konieczności wykazania się w parze sprawnością seksualną: kobieta nie musi przeżywać orgazmu podczas stosunku, a mężczyzna nie musi mieć wzwodu po to, żeby dokonać emisji. Wszystko to sprawia, że z jednej strony partnerzy poznają własne reakcje seksualne oraz własne zachowania seksualne podczas interakcji w parze, a z drugiej strony mają możliwość nauczyć się, jak najbardziej efektywnie stymulować współpartnera oraz poznają jego reakcje i zachowania seksualne. Kolejnymi fazami terapii są: „drażnienie narządów płciowych” oraz „niewymuszony stosunek”. Wszystkie te zachowania seksualne odbywają się pod systematycznym kierunkiem seksuologa. Partnerzy, w zależności od potrzeb, mają indywidualne lub w parze spotkania z terapeutą, gdzie jest możliwość podzielenia się swoimi spostrzeżeniami, oczekiwaniami, czy potrzebami.

Bardzo istotne na tym etapie leczenia jest rozwianie przez terapeutę różnego rodzaju mitów i stereotypów głęboko osadzonych w naszej obyczajowości seksualnej, a mających destruktywny wpływ na zachowania seksualne, sprawność i reaktywność seksualną. Jednym z najpowszechniejszych, błędnych przekonań wynikających z patriarchalnej struktury naszego społeczeństwa jest pogląd, że to mężczyzna jest odpowiedzialny za seks. Pod pojęciem tym rozumie się zarówno odpowiedzialność za zaspokojenie seksualne kobiety, jak i odpowiedzialność za własną sprawność seksualną. Kobieta i mężczyzna w bezpośredniej terapii seksualnej uczą się, że oboje w równym stopniu ponoszą odpowiedzialność zarówno za własną, jak i partnera, satysfakcję oraz sprawność seksualną. Uczestniczenie w DST powoduje też zweryfikowanie kolejnych mitów, że każdy kontakt fizyczny powinien kończyć się seksem, a każdy seks orgazmem. Partnerzy uczą się tego poprzez niewymuszone pieszczoty oraz niewymuszone stosunki seksualne.

Bezpośrednia terapia seksualna w stopniu nieporównywalnie większym niż programy terapeutyczne powstałe na gruncie psychoanalizy, behawioryzmu, czy psychologii poznawczej dają małżonkom możliwość uczenia się rozwiązywania adaptacyjnych problemów związanych ze sprawnością i reaktywnością seksualną. Fakt, że DST jest najczęściej stosowaną metodą diagnozy i leczenia daje możliwość jej ciągłego doskonalenia przez seksuologów klinicznych.

Bibliografia

- Lew-Starowicz, Z. (1985). Leczenie czynnościowych zaburzeń seksualnych. Warszawa: PZWL
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1975). Niedobór seksualny człowieka. Warszawa: PZWL
- Rosenhan, D. L., Seligman, M. E. P. (1994) Psychopatologia. Warszawa: PTP
- Ślósarz, W. (1992). Psychological aspects of erectile and ejaculatory dysfunction. *Journal of Marital Therapy*, 7(3), 267-273

