



TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ ÎN CAZUL CRIZELOR GENERATE DE TULBURĂRILE SEXUALE COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN CASE OF COMMON SEXUAL DISORDER CRISES

Cazacu Daniela, dr., lect. univ., Universitatea de Stat „Alec Russo” din Bălți
Facultatea de Științe ale Educației, Psihologie și Arte, Catedra de psihologie

CZU 159.922.1

CZU 615.851

Rezumat

Răspunsul sexual implică o interacțiune complexă a fiziologiei, a emoțiilor, a experiențelor, a credințelor, a stilului de viață și a relațiilor. Perturbarea oricărei componente poate afecta dorința sexuală, excitarea sau satisfacția, iar tratamentul implică adesea mai mult decât o simplă abordare. Deoarece activitatea sexuală este în primul rând o activitate fizică, orice disconfort fizic afectează această activitate. Cel mai frecvent tip de problemă sexuală la bărbați este disfuncția erectilă iar la femei care manifestă disfuncții sexuale pot avea dorință sexuală scăzută, probleme în a rămâne excitate sau dificultăți în atingerea orgasmului. Aceste tulburări ar putea fi cauzate de mai mulți factori fizici sau psihologici. Factorii psihologici și sociali precum depresia, anxietatea și alte dereglări psihice netratate pot declanșa apariția disfuncției sexuale la unul din parteneri. Terapia cognitiv-comportamentală poate avea efecte benefice în lucru cu cuplurile care manifestă disfuncții sexuale. Elementul esențial în această abordare constă în aceea că ambilor parteneri li se va cere să îndeplinească o serie de comportamente specifice, sub forma de teme pentru acasă. În cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, psihoterapeutul va avea ca obiectiv identificarea blocajelor de natura intra psihică și interpersonală care contribuie la menținerea disfuncției. Odată identificate, aceste blocaje pot fi depășite în urma unor demersuri terapeutice eficiente. Terapeutul va sprijini cuplul să identifice modelele dezadaptative de comportament și să gestioneze rezolvarea conflictelor.

Cuvinte cheie: terapie, psihoterapie cognitiv-comportamentală, sex, tulburări sexuale.

Abstract

A sexual response presupposes a complex interaction among physiology, emotions, experiences, beliefs, lifestyle, and relationship style. Disruption of any of these components can affect sexual desire, arousal, or satisfaction, and treatment often implies the application of more than one approach. With sexual activity being primarily a physical activity, any discomfort that is physical by nature affects it. The most common type of sexual disorder in men is erectile dysfunction, and in women, those may be exhibited through low sexual desire, problems in getting aroused, or difficulties in reaching orgasm. Sexual disorders could be caused by more factors of either physical or psychological origin. Psychological and social factors such as depression, anxiety, and other untreated mental disorders can trigger sexual dysfunction in one of the partners. Cognitive-behavioral therapy can lead to beneficial outcomes in couples with sexual dysfunction. The key to this approach is that both partners will be required to display certain behaviors in the form of homework. Within the framework of a cognitive-behavioral therapeutic approach, the psychotherapist will aim to identify the blockages of intrapsychic and interpersonal nature that contribute to the dysfunction. Once identified, these blockages can be overcome with practical therapeutic approaches. The therapist will support the couple to identify maladaptive behavioral patterns and manage the process of conflict resolution.

Keywords: therapy, cognitive-behavioral psychotherapy, sex, sexual disorders.

Sănătatea sexuală se referă la manifestarea firească a ciclului răspunsului sexual, adică parcurgerea completă a tuturor fazelor actului sexual. De cele mai multe ori, sănătatea sexuală va fi însoțită și de



sentimentul de împlinire relațională, tocmai datorită legăturii puternice dintre sfera emoțională și cea sexuală. De asemenea, sănătatea sexuală presupune și o claritate a identității sexuale [4].

Deși încă sunt tratate drept subiecte tabu, tulburările de ordin sexual sunt în mod vădit prezente în viața oamenilor.

DSM-IV-R menționează următoarele tipuri de tulburări psihosexuale:

- Disfuncțiile sexuale
- Tulburările de identitate sexuală
- Parafiliile
- Tulburări sexuale fără altă specificație

Disfuncțiile sexuale acoperă o varietate de probleme ce sunt întâlnite în mod obișnuit de majoritatea oamenilor. Acestea nu se limitează la cele mai cunoscute, cum ar fi disfuncția erectilă sau lipsa interesului față de sex – adesea cunoscută și sub denumirea de *libido scăzut*. Disfuncțiile sexuale pot implica durere în timpul actului sexual, incapacitatea de a menține o erecție, dificultatea de a atinge orgasm etc.

Funcția sexuală este afectată de factori biologici, psihologici și sociologici. Exprimarea sexualității poate fi afectată de diverși factori precum organele genitale, hormonii și neurohormonii, relațiile interpersonale, statutul socio-economic și obiceiurile culturale. Perturbarea unuia sau mai multora dintre acești factori poate conduce la disfuncții sexuale [3].

Disfuncțiile sexuale presupun perturbarea procesului actului sexual sau apariția durerii în timpul actului sexual. Pentru a se pune acest diagnostic, disfuncția trebuie să fie persistentă, recurentă și să fie însoțită de dificultăți interpersonale majore.

Disfuncțiile sexuale se pot datora unor factori psihologici sau unora combinați (adică factori psihologici și organici ca urmare a unei maladii sau a medicației pentru o anumită boală) [4, p.128].

Nu a fost elaborată până acum o clasificare satisfăcătoare a disfuncțiilor funcțiilor sexuale. În general se acceptă drept criterii: interesul sexual, activarea sexuală, orgasmul și gradul de satisfacere generală. Alți factori care trebuie luați în considerare sunt perioada de debut și gradul de extensiune al tulburării.

Lipsa satisfacției sexuale reprezintă o problemă importantă pentru care indivizii sau cuplurile solicit psihoterapia (fără să existe de fapt disfuncții sexuale). Mulți dintre acești subiecți nu se referă la vreo disfuncție anume, ci la absența satisfacției sexuale. La această situație își pot aduce contribuția factori variați, cum ar fi:

- dificultăți relaționale;
- partenerii nu se mai consideră atrăgători unul pe celălalt;
- plictiseala și monotonia [1, p. 537-538].

Irina Holdevici menționează câteva cauzele ale apariției tulburărilor sexuale:



- Cauze fiziologice: boala, operații, diverse tratamente;
- Factori predispozanți (lipsa de încredere în sine; pubertate întârziată).
- Factori precipitatori (eșec sexual sub influența alcoolului).
- Factori care mențin tulburarea (anxietatea anticipatorie la fiecare tentativa de act sexual) [ibidem p. 538].

Principalele cauze de natură psihogenă în apariția tulburărilor de comportament sexual sunt grupate astfel:

- Factori imediați și superficiali;
- Ignoranța în ceea ce privește sexualitatea, ca urmare a unei informări sexuale insuficiente sau eronate;
- Teama de eșec;
- Refuzul de a-și satisface o plăcere;
- Anxietatea determinată de exigențele partenerului;
- Anxietatea față de activitatea sexuală;
- Comunicarea saracă între parteneri;
- Obligația obținerii orgasmului [2, p. 75].

Dintre cele mai răspândite disfuncții sexuale feminine menționăm:

• **Vaginismul** - ontracția reflexă și involuntară a mușchilor vaginului și ai coapselor, astfel încât copulația nu mai este posibilă sau devine extrem de dureroasă pentru femeie. Mastter și Johnson consideră că principala cauză a vaginismului o reprezintă teama femeii în fața unui posibil agresor. În mod inconștient, femeia percepe partenerul ca pe un agresor și actul sexual ca pe o agresiune.

• **Frigiditatea** - reprezintă incapacitatea femeii de a simți plăcere sexuală. Alți autori, în special de orientare psihanalitică, consideră că frigiditatea ar reprezenta incapacitatea femeii de a ajunge la orgasm vaginal. Studii recente au demonstrat însă că toate femeile ajung mult mai ușor la orgasmul clitoridian, acesta fiind cele mai des obținut de către femei, mai ales la debutul vieții sexuale. Există femei care nu pot face diferența între cele două tipuri de orgasme, deși se simt împlinite și satisfăcute sexual.

• **Teama de actul sexual**- sentimentul de obligație de a avea raport sexual; prezența unor conflicte maritale, profunde, intervenții chirurgicale.

• **Anorgasmia** - incapacitatea de a ajunge la orgasm. În prima perioadă a vieții sexuale anorgasmia este considerată normală. De regulă, se datorează temerilor ce duc la lipsa de lubrifiere a vaginului [4, p. 128-129].

Irina Holdevici mai menționează câteva disfuncții sexuale precum:



1. **Scăderea interesului sexual - libido scăzut.** Variaza considerabil de la o femeie la alta și se reflectă în frecvența actelor sexuale cu partenerul, gânduri cu conținut sexual, masturbare; se asociază frecvent cu dificultăți relaționale.

2. **Activare sexuală scăzută:** reducerea răspunsurilor fiziologice normale (exemplu: lubrifierea vaginului) la stimulare sexuală și lipsa senzațiilor asociate cu excitația sexuală: este firească la menopauză și după naștere.

3. **Deficiența de orgasm:** absența sau orgasm foarte rar. Terapeutul trebuie să diferențeze acele femei care nu obțin orgasm cu partenerul, dar îl obțin prin masturbare, de cele care nu s-au masturbat niciodată. Deficiența orgasmică secundară se asociază de obicei cu dificultăți relaționale.

4. **Vaginism:** act sexual imposibil sau extrem de dureros din cauza unui spasm vaginal care împiedică penetrarea. Poate apărea după un traumatism al vaginului sau în urma unei infecții.

5. **Dispareunia** - act sexual dureros. Durerea poate fi superficială, medie (din cauza lipsei excitației, infecțiilor vaginale, unor chisturi) sau profundă (infecție pelviană, endometrită sau lipsa activării sexuale. În aceste cazuri se indică un control ginecologic [1, p. 538-539].

Dintre cele mai răspândite disfuncții sexuale masculine menționăm:

- *Tulburările legate de potență* - au impotența se referă la dificultatea bărbatului de a-și controla (a avea și a-și menține) erecția. Ea poate fi: parțială sau totală. Impotența funcțională se datorează consumului de droguri, sedative, fumat, tranchilizante. Impotența psihologică apare în condiții de anxietate, stres, neîncredere în sine, conflicte interioare etc.
- *Tulburările de ejaculare*- e diferențiază în:
 - ejacularea precoce: normală în primii ani de viață sexuală; ea apare la bărbații anxioși care manifestă teama de a fi judecat, devalorizat, de a nu li se recunoaște virilitatea, cu stimă de sine scăzută și difi- cultăți de manifestare a identității sexuale masculine; ejacularea întârziată – cauze organice: alcoolism, diabet;
 - ejacularea involuntară – poate să fie sau nu însoțită de erecție, datorată unor disfuncții ale sistemului nervos, sau alte boli;
 - ejacularea anestezică – bărbatul nu simte nimic; cauzele: afecțiuni ale prostatei, desensibilizarea nervilor din zona genitală [4, p.129].

Disfuncțiile sexuale comune celor două sexe sunt dorința sexuală diminuată sau inexistentă, dispareunia și aversiunea sexuală.

1. **Dorința sexuală diminuată** presupune diminuarea sau inexistența fanteziilor sexuale și a dorinței de implicare în activități sexuale. Ea se poate datora unor conflicte interioare referitoare la moralitate, vinovăție, conflictului de rol.



2. **Aversiunea sexuală** presupune sentimente de respingere și evitarea implicării în acte sexuale genitale cu un partener. Persoana manifestă anxietate, frică sau dezgust când se află în situația de a avea contact sexual.
3. **Dispareunia**. Cauzele psihologice ale dispareuniei sunt: teama de actul sexual, sentimentul de obligație de a avea raport sexual; de aici, respingerea partenerului, însoțită uneori de culpabilizarea acestuia, neplăcere, insuficientă atracție erotică, teama de o sarcină nedorită [*ibidem* p. 129-130].

Sexul este unul din elementele principale într-o relație. Lipsa acestuia sau anumite dificultăți în realizarea raportului sexual poate destabiliza relația de cuplu. Intimitatea sexuală contribuie la întemeierea și menținerea unei relații sexuale sănătoase. În cazul diagnosticării unor tulburări sexuale la unul dintre parteneri pe lângă tratamentul medicamentos (la prescripția medicului) este recomandat frecventarea ședințelor de psihoterapie.

Psihoterapeuții interesați de problemele sexuale au ajuns la concluzia că una din terapiile care are un efect benefic asupra pacienților, este terapia cognitiv-comportamentală. Elementul esențial al acestei abordări constă în aceea că ambilor parteneri li se cere să ducă la îndeplinire o serie de comportamente specifice, sub forma unor teme pentru acasă. Sarcinile în plan comportamental presupun programe cu caracter gradat care în unele cazuri sunt suficiente pentru a crea cuplului interacțiuni erotice agreabile, conducând la desensibilizare și reducerea anxietății legate de performanța sexuală, drept rezultat al permisiunii pe care o dă terapeutul partenerilor să exploreze comportamente alternative. Aceste programe conduc, de asemenea, la identificarea blocajelor de natură intrapsihică și interpersonală, blocaje ce împiedică realizarea unor contacte sexuale normale. Odată dezvăluite, aceste blocaje pot fi depășite în urma unor demersuri terapeutice eficiente [1, p. 534].

Demersul terapeutic include următoarele strategii:

1. Ameliorarea comunicării și înțelegerii mutuale între membrii cuplului. Negocierea unor programe comportamentale în cadrul cărora fiecare partener caută metode pentru a produce satisfacție celuilalt.
2. Inventarea unor noi metode de management al conflictelor. Terapeutul va sprijini cuplul să identifice modelele dezadaptative de comportament și să gestioneze rezolvarea conflictelor care se manifestă în cursul relației. Membrii cuplului vor însuși modele alternative și adaptative de management al conflictelor.
3. Restructurarea cognitivă a semnificațiilor comportamentului sexual. Un aspect important al terapiei sexuale, mai ales atunci când programele comportamentale ajung în sfera atingerilor genitale, îl reprezintă evaluările și reevaluările semnificației fiecărui gest sau răspuns sexual.

Reducerea anxietății legate de activitatea sexuală se poate realiza prin intermediul următoarelor tehnici:



a) Tehnica imaginației dirijate, menită să amplifice fanteziile cu caracter erotic. Fanteziile erotice conduc la accentuarea excitației și satisfacției pacienților, fapt ce contribuie în mod indirect la reducerea anxietății.

b) Trasarea unor sarcini comportamentale simple care se referă la viața sexuală. Subiectului i se cere să facă acele lucruri pe care înainte avea tendința să le evite, începând cu ceea ce i se pare mai ușor de realizat. Terapeutul indică pacientului să se concentreze asupra a ceea ce face, nu asupra a ceea ce simte.

c) Tehnica desensibilizării sistematice. Terapeutul indică subiectului să elaboreze o listă ierarhică cuprinzând acele lucruri sau situații care îi provoacă anxietate, începând cu cele mai puțin anxiogene.

Pacientul trebuie să-și imagineze situația respectivă și să se relaxeze până când anxietatea dispare complet și apoi să treacă la stimulul următor [*ibidem* p. 547-549]. Prin modificarea acestor semnificații, impactul emoțional al comportamentelor respective se modifică și ele încetează să mai exercite o influență negativă asupra interacțiunilor realizate la vârsta adultă [*ibidem* p. 534-551].

Concluzionând, putem menționa că principalele tehnici ale terapiei cognitiv-comportamentale în lucru cu tulburările sexuale pun accentul în special pe desensibilizarea la stimulii anxiogeni și restructurarea cognitivă. Intervențiile psihoterapeutice cognitiv-comportamentale au ca scop transformarea scenariului sexual al pacientului, a așteptărilor irealiste și a gândurilor iraționale ale acestuia.

BIBLIOGRAFIE

1. HOLDEVICI, I. *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*. București: Editura Trei, 2009. 713 p. ISBN 978-973-707-260-3
2. NEAMȚU, C. *Elemente de psihosexologie*. Iași: Editura Universității „A. I. Cuza”, 2004. 93 p.
3. TULBURĂRILE SEXUALE ȘI DE SEXUALITATE. Disponibil: [<http://color-mind.ro/psihiatric/ce-tulburari-tratam/tulburarile-sexuale-si-de-sexualitate/>] accesat: 20.01.20.
4. VASILE, D. L. *Introducere în psihologia familiei și psihosexologie*, ed. a 3-a. București: Editura Fundației România de Măine, 2007. 160 p. ISBN 978-973-725-873-1