

Viorel Lupu

ABORDAREA
COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ
ÎN SEXOLOGIE

COLECȚIA PSIHOLOGUL EXPERT

III 317 624

BCU IASI



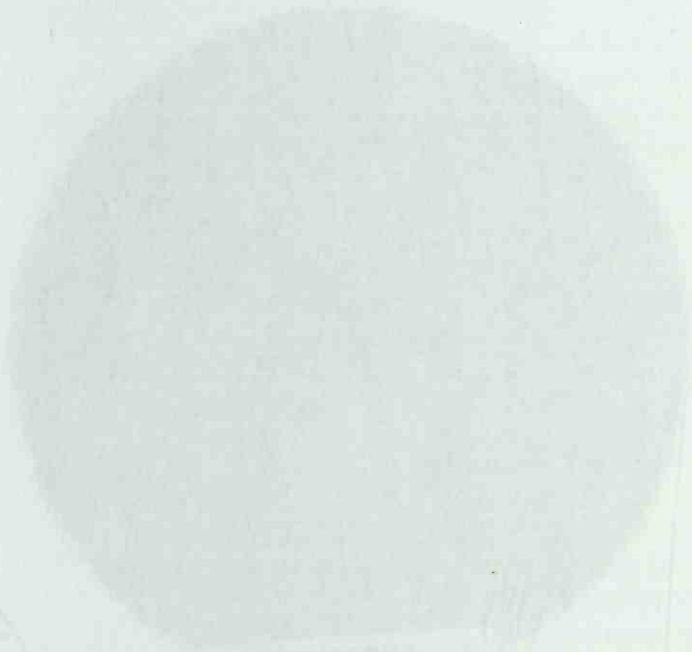
ASCR

III317 624
BCU 1AS1

COLECȚIA PSIHOLOGUL EXPERT



ABORDAREA
COGNITIV-COMPORTAMENTALA
IN SEXOLOGIE



Cluj-Napoca | 2010

S

Viorel Lupu

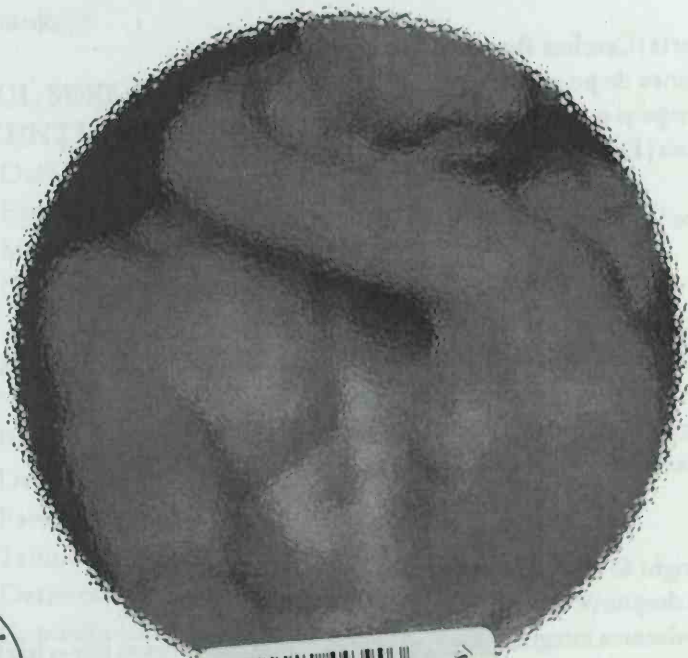
645 225

ABORDAREA

COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

ÎN SEXOLOGIE

Ediția a doua adăugită



BCU IASI

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

LUPU, VIOREL

Abordarea cognitiv-comportamentală în sexologie / Viorel Lupu. -

Ed. a 2-a, rev. - Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2010

Bibliogr.

ISBN 978-973-7973-94-8

159.9:613.88

Referenți științifici

Profesor dr. Mircea Miclea

Psiholog dr. Ștefania Miclea

Coperta | Carolina Banc

Imaginea de pe copertă | *Sărutul*, A. Rodin

Paginație și prepress | Kitty Bojan

Lectura | Diana Breaz

Editor | Diana Breaz

Pentru comenzi:

Tel.: 0264 581499

comenzi@ascr.ro

ed.ascr@gmail.com

www.ascr.ro

Copyright © 2010 Editura ASCR

Toate drepturile rezervate.

Reproducerea integrală sau parțială a textului și stocarea sa într-o bază de date, fără acordul prealabil în scris al editurii, sunt interzise și se pedepsesc conform legii.

CUPRINS

ABSTRACT	13
CUVÂNT ÎNAINTE LA EDIȚIA A DOUA	19
I. NOȚIUNI DE NEUROFIZIOLOGIE A COMPORTAMENTULUI SEXUAL	39
II. MASTURBAȚIA LA VÂRSTA ADOLESCENȚEI	39
II.1. Masturbația la adolescenți	40
II.2. Masturbația la adolescente	40
II.3. Masturbația la adolescenți, din punct de vedere psiho- patologic	41
III. ABUZUL SEXUAL ASUPRA COPILOR ȘI ADOLESCENȚILOR	43
III.1. Date generale	43
III.2. Epidemiologie	44
III.3. Manifestări clinice și date paraclinice	45
III.4. Conduita terapeutică	48
IV. HOMOSEXUALITATEA LA VÂRSTA ADOLESCENȚEI	51
IV.1. Date generale	51
IV.2. Frecvență	52
IV.3. Descoperirea homosexualității în adolescență	56
IV.4. Familiile homosexualilor	57
IV.5. Tehnici și preferințe homosexuale	58
IV.6. Determinismul homosexualității	60
IV.7. Conduita terapeutică	62
V. TULBURĂRILE DE IDENTITATE SEXUALĂ ȘI PARAFILIILE LA ADOLESCENȚI	63
V.1. Tulburarea de identitate sexuală a adolescenței	63
V.2. Parafiliile întâlnite la adolescenți	65

V.2.1. Exhibiționismul	66
V.2.2. Fetișismul	66
V.2.3. Froteurismul	67
V.2.4. Pedofilia	67
V.2.5. Sadismul și masochismul sexual	68
V.2.6. Fetișismul transvestic	68
V.2.7. Voyerismul (Scotofilia)	69
VI. NOȚIUNI DE BAZĂ ÎN SEXOLOGIE	71
VI.1. Problema comunicării într-un cuplu. Boala conjugală	71
VI.1.1. Boala conjugală	72
VI.2. Principiile generale ale sexoterapiei (Masters și Johnson)	73
VI.3. Abilitățile necesare sexterapeutului	74
VI.4. Modelele comportamentale și terapiile sexuale	77
VI.4.1. Analiza comportamentală	78
VI.4.2. Tehnici terapeutice	79
VI.4.3. Un model cognitiv-comportamental pentru diagnosticul și tratamentul disfuncției sexuale la bărbat	81
VI.4.4. Sexualitatea feminină	
Model cognitiv-comportamental de intervenție la femeie	88
VI.5. Problemele cuplului în sexologie	98
VII. TULBURĂRILE SEXUALE	103
VII.1. Tulburările dorinței sexuale	103
VII.1.1. Evaluare, diagnostic, analiză funcțională	104
VII.1.2. Tratament	105
VII.1.3. Rezultate	109
VII.2. Tulburările erectile	109
VII.2.1. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională	110
VII.2.2. Tratament	111
VII.2.3. Rezultate	114
VII.3. Tulburările de orgasm	114
VII.3.1. Tablou clinic	114
VII.3.2. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională	115
VII.3.3. Tratament	116
VII.3.3.1. Tratamentul anorgasmiei primare	117
VII.3.3.2. Tratamentul anorgasmiei secundare	118
VII.3.4. Rezultate	119
VII.4. Ejacularea precoce	119
VII.4.1. Tabloul clinic al ejaculării precoce	120
VII.4.2. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională	121

VII.4.3. Tratatamentul ejaculării precoce	123
VII.4.4. Rezultate	126
VII.5. Dispareunia	127
VII.5.1. Tablou clinic	127
VII.5.2. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională	127
VII.5.2.1. Dispareunia feminină	128
VII.5.2.2. Dispareunia masculină	129
VII.5.3. Tratatamentul dispareuniei feminine	129
VII.5.4. Tratatamentul dispareuniei masculine	132
VII.5.5. Rezultate	132
VII.6. Vaginismul	132
VII.6.1. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională	132
VII.6.2. Tratatamentul vaginismului	135
VII.6.3. Rezultate	137
VIII. ABORDAREA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ A CAZURILOR PRACTICE CU PROBLEME SEXUALE	139
VIII.1. Cazul „Florin”	139
VIII.2. Cazul „Silviu”	141
VIII.3. Cazul „Giorgio”	142
VIII.4. Cazul „Marcel”	143
VIII.5. Cazul „George”	144
VIII.6. Cazul „Ionel”	145
VIII.7. Cazul „Iuliana”	146
VIII.8. Cazul „Elena”	147
VIII.9. Cazul „Cristina”	148
VIII.10. Cazul „Doriana”	150
VIII.11. Cazul „Iulian”	151
VIII.12. Cazul „Daniela”	152
BIBLIOGRAFIE	161
IV.1. Etimologia și Definiția în Abordarea	161
IV.2. Etimologia și Definiția	161
IV.3. Etimologia și Definiția	161
IV.4. Determinarea Responsabilității	161
IV.5. Tratatamentul	161
V. SEXUAL IDENTITY DISORDERS AND PARAPHILIAS IN ADOLESCENCE	161
V.1. Sexual Identity Disorders in Adolescence	161
V.2. Paraphilias in Adolescence	161

CONTENT

ABSTRACT	13
FORWARD	19
I. BASIC NOTIONS OF NEUROPHYSIOLOGY OF SEXUAL BEHAVIOUR	39
II. MASTURBATION IN ADOLESCENCE	39
II.1. Masturbation in Adolescent Boys	40
II.2. Masturbation in Adolescent Girls	40
II.3. Masturbation in Adolescents from a Psychopathological Point of View	41
III. SEXUAL ABUSE AGAINST CHILDREN AND ADOLESCENTS	43
III.1. General Data	43
III.2. Epidemiology	44
III.3. Clinical Manifestations and Paraclinical Data	45
III.4. Therapeutic Approach	48
IV. HOMOSEXUALITY IN ADOLESCENTS	51
IV.1. General Data	51
IV.2. Frequency	52
IV.3. Homosexuality Discovered in Adolescence	56
IV.4. Homosexuals' Families	57
IV.5. Homosexual Techniques and Preferences	58
IV.6. Determining Homosexuality	60
IV.7. Therapeutic Approach	62
V. SEXUAL IDENTITY DISORDERS AND PARAPHILIAS IN ADOLESCENCE	63
V.1. Sexual Identity Disorder in Adolescence	63
V.2. Paraphilias in Adolescents	65

V.2.1. Exhibitionism	66
V.2.2. Fetishism	66
V.2.3. Frotteurism	67
V.2.4. Pedophilia	67
V.2.5. Sexual Sadism and Masochism	68
V.2.6. Travesty Fetishism	68
V.2.7. Voyeurism	60
VI. BASIC NOTIONS IN SEXOLOGY	71
VI.1. Communicational Problems in Couple. Conjugal Disorder.	71
VI.1.1. Conjugal Disorder	72
VI.2. General Principles in Sex-therapy (Masters și Johnson)	73
VI.3. Abilities needed for a Sex-therapist	74
VI.4. Behavioural Models and Sexual Therapies	77
VI.4.1. Behavioural Analysis	78
VI.4.2. Therapeutic techniques	79
VI.4.3. A Cognitive Behavioural Model for Diagnosis and Treatment in Sexual Dysfunction in Man	81
VI.4.4. Female Sexuality Cognitive. Behavioural Model of Intervention in Woman	88
VI.5. Couples' Problems in Sexology	98
VII. SEXUAL DISORDERS	103
VII.1. Sexual Desire Disorder	103
VII.1.1. Evaluation, Diagnostic, Functional Analysis	104
VII.1.2. Treatment	105
VII.1.3. Results	109
VII.2. Male Erectile Disorders	109
VII.2.1. Evaluation, Diagnostic, Functional Analysis	110
VII.2.2. Treatment	111
VII.2.3. Results	114
VII.3. Female Orgasmic Disorders	114
VII.3.1. Clinical Picture	114
VII.3.2. Evaluation, Diagnostic, Functional Analysis	115
VII.3.3. Treatment	116
VII.3.3.1. Treatment of Primary Absence of Orgasm	117
VII.3.3.2. Treatment of Secondary Absence of Orgasm	118
VII.3.4. Results	119

VII.4. Premature Ejaculation	119
VII.4.1. Clinical Picture of Premature Ejaculation	120
VII.4.2. Evaluation, Diagnostic, Functional Analysis	121
VII.4.3. Treatment of Premature Ejaculation	123
VII.4.4. Results	126
VII.5. Dyspareunia	127
VII.5.1. Clinical Picture	127
VII.5.2. Evaluation, Diagnostic, Functional Analysis	127
VII.5.2.1. Feminine Dyspareunia	128
VII.5.2.2. Masculine Dyspareunia	129
VII.5.3. Treatment of Feminine Dyspareunia	129
VII.5.4. Treatment of Masculine Dyspareunia	132
VII.5.5. Results	132
VII.6. Female Sexual Arousal Disorder	132
VII.6.1. Evaluation, Diagnostic, Functional Analysis	132
VII.6.2. Treatment of Female Sexual Arousal Disorder	135
VII.6.3. Results	137
VIII. COGNITIVE BEHAVIOURAL APPROACH OF PRACTICAL CASES WITH SEXUAL PROBLEMS	139
VIII.1. "Florin" Case	139
VIII.2. "Silviu" Case	141
VIII.3. "Georgio" Case	142
VIII.4. "Marcel" Case	143
VIII.5. "George" Case	144
VIII.6. "Ionel" Case	145
VIII.7. "Iuliana" Case	146
VIII.8. "Elena" Case	147
VIII.9. "Cristina" Case	148
VIII.10. "Doriana" Case	150
VIII.11. "Iulian" Case	151
VIII.12. "Daniela" Case	152
REFERENCES	161

ABSTRACT

CHAPTER I

Basic notions of neurophysiology of sexual behaviour

Chapter I includes basic notions of neurophysiology of sexual behaviour in human that are absolutely necessary for the therapist understanding normal aspects which generates sexual activity.

Normal sexual function is all morphological, physiological and behavioural adaptations which contribute to the sexual act and reproduction in mature period. Sexual maturity implies the accomplishment of sexuality at genetic, gonadic level and at the level of intern and extern genital organs, at the encephalic level of the morphological-conformational type and in the end at behavioural level. Human sexual behaviour is defined as a complex of responses directly associated with genital stimulation and with homo or hetero-sexual copulation not taking into account its role in specie's conservation.

Human sexual behaviour is more connected to the hedonic component of the sexual act and less connected to the reproductive one. It is mostly an emotional behaviour which begins with desire first and only than it is the consume phase. This desire continues to exist even when reproductive capacities stop to function. In the case of human sexual behaviour emotions associated with the act itself and its significance make it more complex.

From Masters and Johnson's researches there are three conclusions: physiological processes implicated in orgasm do not depend on the way excitation is produced (masturbation, sexual relations); the same physiological reactions appear in the response in the homosexual stimulation as well as in the heterosexual stimulation and the third conclusion says that physiological responses of men and women are very similar, but not identical.

Human sexuality may be considered as a multi-factorial individual dimension. Sexuality comprises the biological, psychological and socio-cultural subsystems of the individual. Cognitions about human

sexuality influence the social role, the way the individual perceives himself and the way the others perceive him.

CHAPTER II

Masturbation in adolescence

Chapter II comprises a presentation of the problem of masturbation in adolescents seen as a transitory modality in self-knowing before the beginning of the actual sexual life.

According to The Psychiatric Larousse Dictionary masturbation is “obtaining sexual pleasure through mechanical erotic movements in the area of the genital organs, at both sexes.”

Nowadays it is admitted that masturbation constitutes till including adolescence the most frequent form of sexual arousal. There is a percentage between 80 and 100% of adolescents between 14 and 16 years old which practices masturbation. From the point of view of the statistical normal mean masturbation tends to be normality rather than a weird practice because its frequency is very high.

In general adolescents use manual and/or imagery techniques which may be hetero or homosexual. So, masturbation is a socio-sexual oriented activity which does not lead to homosexuality more than to heterosexuality.

The most frequent techniques used by adolescents are presented in this chapter.

Masturbation exceeds physiological boundaries when it becomes exclusive and/or it is practised in public spaces taking the form of exhibitionism. In nowadays ICD-10 (1998) it is named *Excessive masturbation* code 354, F98.8 from the Chapter “Other behavioural and emotional specific disorders with onset in childhood or adolescence”. It may be also pathological if it creates problems in adolescent’s current activities and obligations or if adolescents become very anxious, are threatened or punished developing strong guiltiness feelings.

CHAPTER III

Sexual abuse against children and adolescents

Chapter III refers to a very delicate problem and with an important impact in the sexual life of the future adult: sexual abuse against children and adolescents.

In this chapter you will find the definition of the sexual abuse and the different types of sexual abuse.

It is said that in many cases abuse is not a singular phenomenon and that it is practiced by a member of the family or a known person, repeatedly and with pressure against the will of the abused.

In the incest cases the victims feel the abuse approximately for two years in their families before anybody notices this situation.

There are presented clinical and paraclinical signs which permit us to include a case in the notion of sexual abuse and, also, the principles for the therapeutic intervention. There are presented the adaptation disorders which appear in the case of 4 adolescents with different psychiatric disorders, but who had in commune a sexual abuse from childhood.

CHAPTER IV

Homosexuality in adolescence

CHAPTER V

Sexual identity disorders and paraphilias in adolescence

These chapters refer to discovering homosexuality in adolescence with complex implications that can lead to sexual identity disorders and paraphilias in adolescents.

Emotional or physical attachment towards persons of same sex associated with homosexual phantasms which have as onset adolescence. Homosexuality is usually discovered in the genital period between 14 and 16 years old. The earlier homosexuality is discovered the stronger the homosexual structure is. The age of the first homosexual experience is between 15 and 17 years old. There are some correlates between the age of the first homosexual act and the complications it implies.

Discovering homosexuality is in the most cases accompanied by sufferance. Usually they suffer because they are "are not the same as the others" and because there is a conflict with their religious orientation. Adolescence is a period of vulnerability because this is the moment when their sexual identity is in process of becoming stable and because they are still immature from the psychological point of view.

Adolescents are vulnerable towards homophobia, an irrational fear of homosexuality, reinforced by the social model that sustain heterosexuality and condemns homosexuality. There is presented The Evaluation Scale

of the factors that predict behaviours from domestic violence between lesbians: LE-PAS-R (Lesbian Partner Abuse Scale Revised) with 25 items which was translated and adapted from English to Romanian by Todiriță (2008).

Paraphilia in adolescents refers to exhibitionism, fetishism, frotteurism, pedophilia, sexual sadism and masochism, travesty fetishism and voyeurism.

CHAPTER VI

Basic notions in sexology

Chapter VI concentrates basic notions from sexology: the communicational problem in couples, conjugal disorders, general principles in sex-therapy, behavioural models and cognitive behavioural models for diagnosis and treatment in sexual dysfunctions for both sexes and couples' problems in sexology.

In a couple, the most frequent problems are that of difficulties in sexuality. The lack of communication is the most frequent cause and not the result. Through the lack of dialogue and not telling to the partner the things you like there is a lot of chance to get unsatisfied and sexuality transforming into violence and aggression more and more.

CHAPTER VII

Sexual disorders

Chapter VII presents sexual disorders (sexual desire disorder, male erectile disorders, female orgasmic disorders, premature ejaculation, dyspareunia, and female sexual arousal disorder) and in each category there is the definition, the evaluation, the diagnostic and the functional analyse, the cognitive behavioural approach of the cases and the therapies' results.

CHAPTER VIII

Cognitive behavioural approach of practical cases with sexual problems

In chapter VIII there are 12 case studies with different sexual disorders which were approached in a cognitive behavioural way.

"Florin" Case, 27 years old, premature ejaculation.

"Silviu" Case, 26 years old, absence of sexual desire.

"Giorgio" Case, 29 years old, prevalent ideas of the small size of his penis.

"Marcel" Case, 44 years old, premature ejaculation.

"George" Case, 22 years old, premature ejaculation, with the lack of orgasm in the case of the partner.

"Ionel" Case, 42 years old, problems with erection.

"Iuliana" Case, 27 years old, does not feel anymore the need of intimate relations.

"Elena" Case, 39 years old, SIDA-phobia and profound feelings of guiltiness.

"Cristina" Case, 24 years old, problems in the relations with the masculine sex, sad disposition and recent tentative of suicide through drug ingestion.

"Doriana" Case, 40 years old, critical manifestations of pain when the husband tried to have a sexual contact with her.

"Iulian" Case, 9 years old, excessive masturbation and conduct disorder.

"Daniela" Case, 15 years old, repetitive suicidal tentative, anxiety, sad disposition, low school performance with a crisis of identity and development of a borderline personality.

REFERENCES contains 160 books, articles and recent studies, including those from 2009.

CUVÂNT ÎNAINTE LA EDIȚIA A DOUA

Această carte reprezintă o încercare de prezentare atât teoretică, cât și practică a unor tehnici de psihoterapie cognitiv-comportamentală aplicabile la clienții cu tulburări sexuale.

Lucrarea se adresează în primul rând studenților și masteranzilor în psihologie clinică și psihoterapie, psihosexologie și medicină, interesați de abordările recente din domeniul psihoterapiei. De asemenea, cartea poate prezenta interes și pentru rezidenții și medicii specialiști și primari din domeniul psihiatriei, pentru medicii de orice specialitate, precum și pentru psihoterapeuți.

Cazurile practice descrise în ultima parte a cărții ilustrează concret modalitatea de aplicare a tehnicilor cognitiv-comportamentale în tulburările sexuale, fiind deosebit de utile practicienilor.

Terapiile cognitiv-comportamentale își propun să implementeze, în scop terapeutic, principiile învățării, care au fost demonstrate experimental în psihologia științifică (condiționarea clasică, operantă, învățarea socială etc.).

Este vorba despre modificarea comportamentelor neadecvate cu scopul de a ameliora clinic semnificativ starea pacientului (manifestările dezadaptative sunt combătute și eliminate, în timp ce manifestările adaptative sunt favorizate și întărite).

Această modalitate de intervenție psihoterapeutică se bazează totodată și pe modelele cognitive inerente care apar în cursul procesării informației (gândirea conștientă și inconștientă care filtrează, modulează și organizează percepția subiecților).

Nu numai comportamentul individului și procesele sale cognitive sunt importante din perspectiva obiectivelor terapiei, ci și rezolvarea problemelor emoționale ale acestuia.

Tehnicile utilizate în terapia cognitiv-comportamentală se adresează celor trei niveluri: comportamental, cognitiv și emoțional. Mediul înconjurător influențează răspunsurile individuale, dar relația individ-mediul poate

fi remodelată favorabil de către și pentru subiect, în condițiile unei terapii competente.

În cele ce urmează, voi expune pe scurt structura cărții.

Capitolul I include o trecere în revistă a noțiunilor de neurofiziologie a comportamentului sexual uman, absolut necesară pentru înțelegerea de către terapeut a aspectelor normale care generează activitatea sexuală.

Capitolul al II-lea cuprinde o prezentare a problemei masturbației la adolescenți, văzută ca o modalitate tranzitorie de autocunoaștere, înainte de debutul în viața sexuală propriu-zisă.

Capitolul al III-lea se referă la o problemă foarte delicată și cu un mare impact asupra vieții sexuale a adultului, și anume: abuzul sexual asupra copiilor și adolescenților.

Capitolele IV și V abordează descoperirea homosexualității la vârsta adolescenței de către unii indivizi, cu implicațiile foarte complexe care derivă de aici, respectiv problema tulburării de identitate sexuală și a parafililiilor la adolescenți.

Capitolul al VI-lea trece în revistă câteva noțiuni de bază din sexologie: problema comunicării în cuplu, boala conjugală, principiile generale ale sexoterapiei, abilitățile necesare sexoterapeutului, modele comportamentale și cognitiv-comportamentale de diagnostic și tratament al disfuncțiilor sexuale la ambele sexe, precum și problemele cuplului în sexologie.

Capitolul al VII-lea analizează tulburările sexuale (tulburările dorinței sexuale, tulburările erectile, tulburările de orgasm, ejacularea precoce, dispareunia feminină și masculină, vaginismul), prezentând pentru fiecare dintre acestea definiția, evaluarea, diagnosticul și analiza funcțională, abordarea cognitiv-comportamentală a cazurilor și rezultatele terapiei.

În capitolul al VIII-lea sunt expuse 12 studii de caz cu diferite tulburări sexuale care au fost abordate în manieră cognitiv-comportamentală.

La apariția acestei cărți au contribuit o serie de oameni cărora doresc să le mulțumesc. În primul rând, aș dori să-i mulțumesc domnului profesor doctor Stelian Rândașu, un excelent îndrumător pentru mine în tainele sexologiei.

De asemenea, îi mulțumesc domnului doctor Bruno Medrea, cu care am avut privilegiul să lucrez timp de 3 ani în secția de Medicină Internă a *Spitalului Clinic Municipal din Chj-Napoca*, care m-a inițiat în problemele practice ale sexologiei. Totodată, îmi exprim gratitudinea față de doamna profesor doctor Doina Cosman, care m-a îndrumat și mi-a acordat încredere în tratarea pacienților cu tulburări sexuale, în perioada în care am lucrat împreună.

Un gând de recunoștință pentru domnul profesor doctor Daniel David, pentru contribuția sa la formarea mea ca psihoterapeut.

Calde mulțumiri fostei mele studente MA psiholog Izabela Ramona Todiriță, care a tradus și adaptat în limba engleză rezumatul prezentei ediții. De asemenea, adresez mulțumiri cititorilor primei ediții, care s-a epuizat neașteptat de repede. Mesajele primite de la aceștia, legate de utilitatea studiilor de caz m-au determinat să mai adaug un studiu de caz la prezenta ediție.

Ediția a doua o dedic părinților mei, care mi-au fost mereu alături în cele mai importante momente.

Autorul

I

Noțiuni de neurofiziologie a comportamentului sexual

Funcția sexuală normală circumscrie totalitatea adaptărilor morfologice, fiziologice și comportamentale care permit realizarea actului sexual și reproducerea în perioada maturității. Maturizarea sexuală implică realizarea sexualității la nivel genetic, gonadic, la nivelul organelor genitale interne și externe, la nivel encefalic, al tipului morfologic-conformațional și, în final, la nivel comportamental. Comportamentul sexual uman este definit ca un complex de răspunsuri asociate direct cu stimularea genitală și cu copulația homo- sau hetero-sexuală, indiferent de rolul său în conservarea speciei (Olteanu, Lupu și Miu, 2001).

Dezvoltarea funcției sexuale este un proces îndelungat în cursul ontogenezei, condiționat de sexul genetic stabilit în momentul fecundației. Actul sexual copulator este procesul fiziologic central al comportamentului sexual. Omul este singura ființă la care, datorită activității neuropsihice, se produce o disociere între semnificația biologică a actului sexual, cea de reproducere, și semnificația sa hedonică și psihosocială, prin controlul voluntar și prin implicațiile sale etice și morale. La animale, comportamentul sexual este imperios și instinctiv, pe când la om, acesta este voluntar și mai puțin caracterizat de componenta prespecificată. Dacă la animale, comportamentul sexual gravitează în jurul acuplării, la om implicarea majoră talamo-neocorticală în diversele faze ale comportamentului sexual adaugă o valoare psihologică, etică și socială. La om, comportamentul sexual are o alcătuire complexă, cuprinzând pe lângă componenta neurohormonală comună tuturor mamiferelor, o componentă psiho-emoțională, specific umană (Olteanu, Lupu și Miu, 2001).

Înainte de a trece în revistă aspectele neurofiziologice ale comportamentului sexual uman, să vedem câteva dintre caracteristicile acestui comportament la om. Motivația sexuală stă la baza comportamentului sexual. Comportamentul sexual uman are două caracteristici fundamentale: una cantitativă, constituind componenta dinamogenă a motivației sexuale și alta calitativă, constituind componenta direcțională a motivației sexuale. Motivația sexuală este adecvată în cadrul impus de conținutul noțiunii de

comportament sexual uman, nu și în cel al instinctului sexual, care trimite la componenta prespecificată, și nici în cazul pulsioniilor sexuale, care implică doar latura dinamogenă a motivației sexuale.

Componenta dinamogenă este prespecificată și nedirecțională și joacă un rol în declanșarea și întreținerea comportamentului sexual. Această componentă este strâns legată de substratul neuroendocrin, având implicații în funcția de reproducere și conservarea speciei. Comportamentul sexual, nefiind implicat în conservarea individului, absența lui neavând, deci, repercusiuni vitale, este încadrat în categoria comportamentelor nehomeostatice, produse de modificări apărute în mediul extern al individului. Comportamentul sexual implică, deci, organismul în relația sa cu mediul înconjurător.

În funcție de natura stimulilor și de experiența individuală, apare componenta direcțională, calitativă a motivației sexuale, legată în special de personalitate, dar cu prespecificări genetice semnificative. Din acest motiv, diferențierea morfo-funcțională pe dimensiunea genetic-cromozomială și gonadică nu este suficientă pentru comportamentul heterosexual. Este necesară dezvoltarea sexului psihologic, care se stabilește chiar înaintea maturizării anatomice și hormonale. Această dezvoltare are puternice legături socio-culturale, fiind influențată de mediu, de familie, de observarea organelor genitale externe ș.a. Conștientizarea apartenenței la un anumit sex se dezvoltă relativ precoce, în primul rând prin adoptarea unui stil vestimentar. În această perioadă, schimbarea sexului psihologic determină tulburări psihice, așa cum sunt cele ce apar în cazul transsexualismului. Pe măsură ce sexul psihologic se structurează, apar anumite particularități considerate ideale, legate în special de mediul cultural în care se dezvoltă individul. Din acest motiv, cei mai mulți autori sunt de acord că motivația sexuală direcționată se formează în cursul vieții, fiind un proces învățat, fără însă să poată fi exclusă componenta genetică (Olteanu, Lupu și Miu, 2001).

Menținerea motivației sexuale pe toată perioada maturității se face prin procese de întărire pozitivă și negativă, în care pot fi remarcate trei componente: o componentă de durată medie, reprezentată de sațietatea ce urmează satisfacerii motivației sexuale, o alta cu efect de lungă durată, realizată prin maturizarea stării de motivație în cursul vieții, și o componentă cu efect de scurtă durată, realizată prin perfecționarea actului sexual copulator propriu-zis.

Comportamentul sexual uman este mai mult legat de componenta hedonică a actului sexual și mai puțin de cea reproductivă, de perpetuare a speciei. El este, în primul rând, un comportament emoțional la care, înaintea fazei consumatorii, are loc faza apetică, psiho-emoțională. Această

ultimă fază persistă la om și în perioadele în care capacitățile reproductive încetează să funcționeze. La om comportamentul sexual este mai complex, prin emoțiile și sentimentele cu care se poate asocia și prin simbolistica actului sexual.

Capacitatea manifestării sexuale și a dezvoltării comportamentului sexual la om, se realizează în stadii paralele cu dezvoltarea morfo-funcțională sexuală. S. Freud a arătat că potențialul răspunsului sexual este prezent încă de la naștere. Comportamentul sexual devine însă operant în perioada pubertății și prin asimilarea anumitor constrângeri sociale. Dacă excitația sexuală este prezentă încă de la naștere, potențialul reproductiv, ovulația la femei și spermatogeneza și ejacularea la bărbați, se dezvoltă abia la pubertate.

Studiile umane relativ puține la număr și apărute destul de tardiv au debutat prin anchetele sociale inițiate de Kinsey în anii 1948-1953 (Kinsey și colab., 1948=1998; Kinsey și colab., 1953=1998). Masters și Johnson (1966) au fost primii cercetători care au efectuat înregistrări poligrafice în tot cursul actului sexual la om, în condiții cât mai naturale, într-un cadru intim adecvat. Într-o perioadă de 12 ani, acești autori au înregistrat la *Institutul din Saint Louis* peste 10000 de cicluri ale răspunsului sexual prin studierea a 619 femei și 654 bărbați. În cercetări ulterioare (1971), acești autori au observat răspunsurile sexuale la 82 femei și 94 bărbați homosexuali. În ambele studii s-au făcut măsurători fiziologice poligrafice atât în cursul actului sexual, cât și în cursul masturbării. Din punct de vedere fiziologic, răspunsurile sunt identice. În ambele studii efectuate, Masters și Johnson au evidențiat două procese fiziologice de bază care sunt responsabile de modificările produse în cursul actului sexual: congestia vasculară și mio-tonia.

Congestia vasculară determină creșterea debitului sanguin în regiunea genitală. Cea mai evidentă consecință a acestui proces este erecția penisului și lubrefierea vaginului. Mio-tonia determină contracția musculaturii în regiunea genitală, dar și în restul organismului și este responsabilă de ejacularea spermei și de alungirea, distensia porțiunii interne a vaginului și de modificările motorii ale platformei orgasmice a vaginului și a uterului. Baza neurofiziologică a răspunsului sexual este caracterizată de o balanță între excitație și inhibiție: sistemul simpatic tinde să inhibe erecția, în timp ce sistemul parasimpatic constituie una dintre căile excitatorii. Semnalele din mediu determină eliberarea de neurotransmițători proerectili (NO, acetilcolină) în nervii excitatori ai organelor genitale. La bărbați, acești mesageri chimici semnalizează relaxarea mușchilor penieni care permite pătrunderea masivă a sângelui în camerele spongiforme. În timpul erecției, datorită densității mari a receptorilor de la nivelul organului genital, pleacă

semnale spre măduva spinării și creier. După încetarea stării de activare sexuală, sistemul nervos simpatic limitează fluxul sanguin local și determină detumescerea penisului. Factorii care stimulează activitatea sistemului simpatic (stres, expunere la frig, surmenaj) împiedică răspunsul erectil, iar eliminarea influenței inhibitoare a sistemului simpatic din timpul stării paradoxale, de pildă, când neuronii simpatici din locus coeruleus sunt subactivați, explică prezența răspunsurilor erectile din timpul somnului. Centrul erecției se găsește la nivel sacrat T12-S2, stimularea sa determinând descărcări în nervul rușinos spre centrul sacrat.

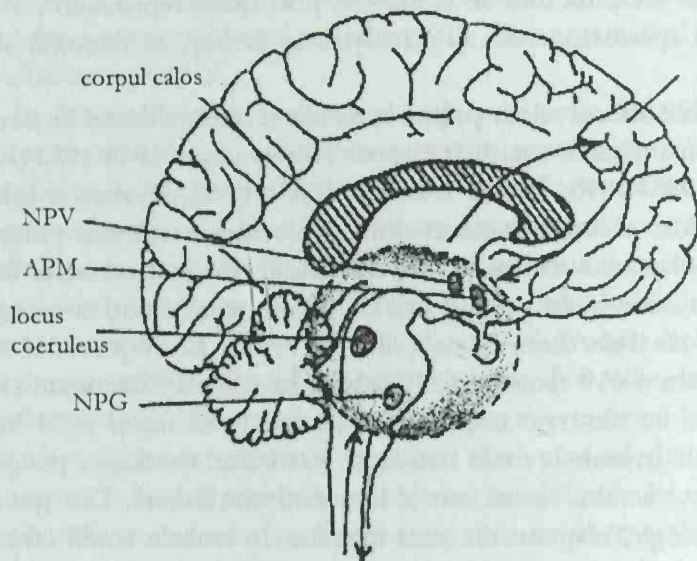


Fig. 1. Centrii nervoși superiori implicați în coordonarea răspunsului sexual
(NPG-nucleul paragigantocelular; APM-aria preoptică medială; NPV-nucleul paraventricular)

Particularitățile filogenetice ale comportamentului sexual uman presupun implicarea creierului în răspunsul sexual. S-a observat că, atunci când creierul este deconectat de centrul sacrat, răspunsurile erectile au un prag mai scăzut, iar perioadele recuperatorii sunt semnificativ mai scurte. Acest fapt se explică prin influențele supresoare exercitate de nucleul paragigantocelular din trunchiul cerebral care, atunci când este distrus, produce răspunsuri erectile mai frecvente și mai intense la șobolani masculini. Fibrele descendente ale nucleului paragigantocelular au mediație serotoninergică prin care contracarează efectul neurotransmițătorilor proerecțili. Medicamentele care stimulează recaptarea serotoninei (Prozac, Paxil) și, consecutiv, inhibiția centrală a răspunsurilor erectile, pot determina pe termen lung, disfuncții erectile. Ce solicitare evolutivă a determinat dez-

votarea centrului inhibiției centrale independent de centrul sacrat al erecției? Implicația fiziologică a acestei adaptări vizează prevenirea reducerii depozitelor de spermă și a fertilității, prin ejaculări repetate la un interval minim. Centralizarea inhibiției răspunsurilor sexuale a permis, pe de altă parte, dezvoltarea societății umane bazate pe anumite norme care modelează comportamentul sexual (Olteanu, Lupu și Miu, 2001).

Disfuncțiile erectile asociate cu leziuni la diferite niveluri au condus la ipoteza implicării sistemului nervos central ca un sistem de coordonare general, nu doar prin centrii relativ specializați pentru controlul comportamentului sexual. Cercetările au demonstrat importanța ariei preoptice mediale din hipotalamus în răspunsul erectil, stimularea ei putând produce erecția spontană. Această zonă se crede că dirijează comportamentul sexual prin integrarea imputurilor legate de activitatea sexuală și este implicată în recunoașterea partenerului sexual (fig.1). Nucleul paraventricular din hipotalamus eliberează oxitocină în cursul activității sexuale; se știe că oxitocina determină eliberarea colostrului matern din perioada de alăptare a copilului și contracțiile uterine din timpul nașterii și este un neurotransmițător proerectil la bărbați, care acționează asupra centrului sacrat al erecției. Studii PET au arătat corelația activării unor zone corticale cu activarea sexuală, mai ales regiuni identificate ulterior ca asociate cu experiențe emoționale și cu funcții de control al sistemului vegetativ (Goldstein, 2000) (fig.2).

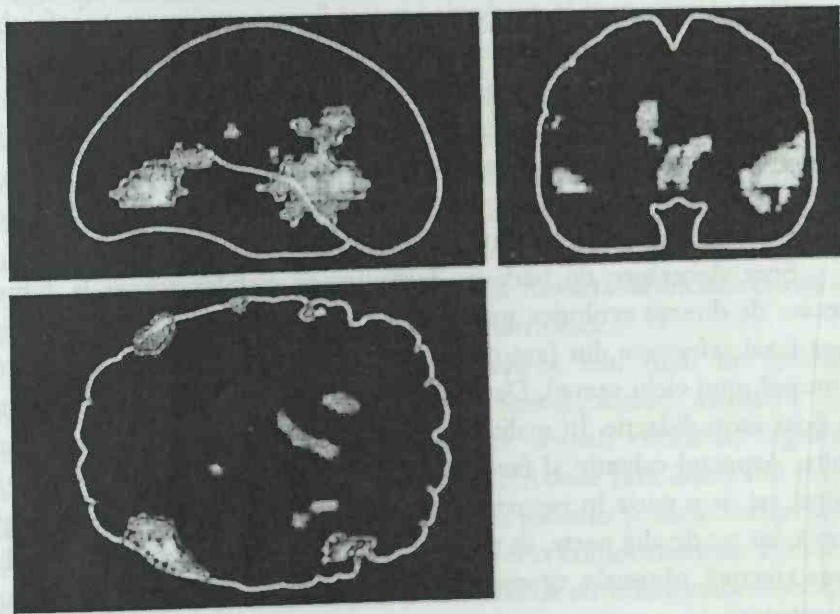


Fig. 2. PET indică zonele din creier activate în timpul vizionării unor filme cu conotații sexuale explicite

Din punct de vedere fiziologic, la ambele sexe, atât la heterosexuali, cât și la homosexuali, actul sexual decurge ca un fenomen ciclic în 4 faze: faza de excitație, faza de platou, faza orgasmică și faza de rezoluție, cu sau fără perioadă refractară. La bărbat, actul sexual se desfășoară după o schemă unică, fiind urmat de o perioadă refractară.

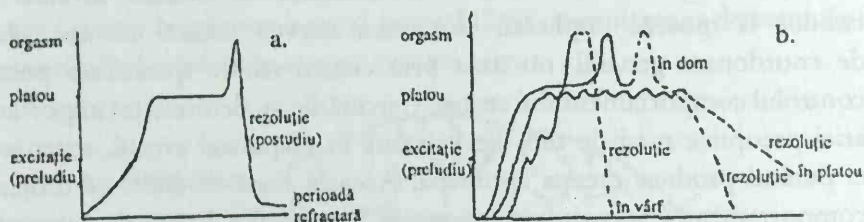


Fig. 3. Curbele răspunsului sexual la bărbați (a), comparativ cu ciclul răspunsului sexual la femei (b)

Pentru realizarea actului copulator, bărbatul dispune de răspunsuri specifice: de recunoaștere, de orientare, de erecție, de intromisiune și de ejaculare. Sub aspect motivațional, bărbatul este mai dependent de factorii exogeni reprezentați în primul rând de diferite semnale emise de mediul extern, în special de anturajul sexual.

Un rol important în motivația sexuală îl are sexualizarea encefalului, realizată prin impregnarea androgenică a structurilor nervoase centrale. La om intervin factorii psiho-sociali care primează în determinarea orientării sexuale. Acest moment desemnează faza apetitivă a comportamentului sexual, cu apariția stimulului apetitogen. Dacă mecanismul de activare atinge un anumit prag, se produce faza consumatorie reprezentată de etapele copulatorie și ejaculatorie, după care urmează faza refractară.

Spre deosebire de bărbați, desfășurarea ciclului sexual la femei, dispune de direcții evolutive multiple, femeile având capacitatea, datorită lipsei fazei refractare din faza de rezoluție, să realizeze orgasme multiple în timpul unui ciclu sexual. Determinarea exactă a fazelor ciclului sexual are doar scop didactic. În realitate, există o trecere imprecisă de la o fază la alta. Aspectul calitativ al fazelor ciclului sexual diferă de la un individ la altul, pe de o parte în raport cu temperamentul, cu instrucția, condiția socială, iar pe de altă parte, în raport cu factorii contextualii (de exemplu, starea afectivă, oboseala, timpul disponibil, mediul ambiant interesul față de partener).

Din cercetările lui Masters și Johnson, se impun trei concluzii importante: în primul rând, procesele fiziologice implicate în orgasm nu depind de modalitatea de producere a excitației (masturbare, relații sexuale propriu-zise); în al doilea rând, aceleași reacții fiziologice apar, atât în răspunsul în stimularea homosexuală, cât și la cea heterosexuală și, în fine, răspunsurile fiziologice ale bărbaților și femeilor sunt foarte similare, dar nu identice.

Sexualitatea umană poate fi considerată ca o dimensiune multifactorială individuală. În cel mai larg sens, sexualitatea încorporează subsistemele biologice, psihologice și socio-culturale ale individului. Cognițiile asupra sexualității umane influențează rolul social, modul în care se percepe individul, precum și modul în care îl percep ceilalți. Din punct de vedere antropologic, se consideră că omul s-a format datorită adoptării poziției bipede, datorită apariției vorbirii articulate și datorită dezvoltării comportamentului, în cadrul căruia o componentă centrală este stima de sine. Cantor (1980) nota că stima de sine este legată de modul în care o persoană își percepe corpul și plăcerea care derivă de la acest punct.

Când Masters și Johnson au descris cele 4 faze ale ciclului sexual, intenția lor era aceea de obținere a unui răspuns orgasmic deplin, insistându-se prea puțin pe obținerea unui răspuns relațional efectiv. Ei pornesc de la ideea că, atâta timp cât doi indivizi sunt parteneri sexuali, se presupune că există și o dorință sexuală. Kaplan (1974, 1979) pune în discuție existența a trei faze în comportamentul sexual uman: dorința, excitația și orgasmul. Toate cele trei faze sunt relaționate, însă fiecare posedă circuite neuronale proprii.

În ultimă instanță, putem evidenția un răspuns sexual bifazic. Astfel, cele 4 faze ale lui Masters și Johnson sunt formate din 2 faze neurofiziologice distincte și independente. După Kaplan (1974), faza de stimulare, cu vasocongestia care duce la erecția peniană și la lubrefierea vaginului, este rezultatul unei stimulări vegetative parasimpatice, iar faza orgasmică este o funcție vegetativ simpatcă. Această dihotomie derivă din evaluarea și tratarea disfuncțiilor sexuale individuale.

Francisc Macnab (1997), apropiindu-se mai mult de realitățile psihofiziologice ale comportamentului sexual uman, identifică șase faze: dorința sexuală, stărnirea impulsului sexual, excitarea, orgasmul, satisfacerea și postludiul (faza de rezoluție). Aceste șase faze au în vedere larga varietate a comportamentului sexual, precum și acele componente critice care sunt prezente întotdeauna în acest comportament: atitudinea față de partener și relațiile cu acesta. O astfel de abordare psihofiziologică prezintă importanță majoră în corectarea disfuncțiilor cuplului, deoarece

pune în balanță, pe lângă principalele componente ale activității sexuale umane, și motivația sexuală, în special cea direcțională.

Implicațiile neurofiziologice ale comportamentului sexual pot fi evidențiate la mai multe niveluri ale sistemului nervos central. În ultimele decenii s-au realizat progrese importante în cunoașterea fundamentului neurofiziologic și neuroendocrin al comportamentului sexual. Majoritatea cercetărilor s-au bazat pe modele animale. La om, datele se bazează pe studiile clinice și pe analogiile cu rezultatele obținute pe animale. Rezultatele cercetărilor pe animale nu pot fi raportate în totalitate pe om, dată fiind marea variabilitate structurală și funcțională legată de specie. Cercetările clinice, precum și cele electrofiziologice la om, au adus însă numeroase date care vin să confirme existența multor asemănări între experimentul pe animale și observațiile făcute la om în ceea ce privește comportamentul sexual.

Impulsurile pornite din diverse zone ale sistemului nervos central acționează asupra comportamentului sexual și a funcției reproductive prin intermediul hipotalamusului. Motivația sexuală este legată de circuitele hipotalamo-limbo-corticale. Rolul acestor structuri nervoase a fost evidențiat prin studii experimentale, în care s-au practicat stimulări sau lezări ale zonelor hipotalamice, ale sistemului limbic și ale structurilor talamo-corticale. Hipotalamusul este considerat de foarte mulți autori ca centrul motivației sexuale. Dar cercetările ulterioare au demonstrat și implicarea zonelor extra hipotalamice, în special a celor limbice în comportamentul sexual. În hipotalamusul anterior, în special în zoana preoptică, există un centru a cărui lezare abolește comportamentul sexual fără a modifica secreția hormonilor sexuali. La nivelul acestei zone au fost evidențiați, la nivelul neuronilor, receptori pentru hormonii sexuali. Excitarea acestei zone determină apariția unui răspuns sexual chiar în lipsa unor stimuli adecvați din mediu (Lisk, 1967). Lezarea zonei mediene a hipotalamusului (nucleii ventro-median și eminența mediană) abolește comportamentul sexual, dar afectează și secreția hormonilor sexuali. Lezarea zonei mediene este acompaniată de atrofia gonadală, iar tratarea cu hormoni sexuali înlătură aceste efecte (Stoica, 1975). Structurile limbice joacă un rol modulator, atât prin implicarea hipotalmică în comportamentul sexual, cât și prin implicarea neocorticală în cadrul căreia are rol în procesele de reîntărire. La șobolanul mascul, leziunile hipocampului dorsal determină intensificarea globală a comportamentului sexual. La maimuțe, ablația zonei amigdaliene determină hipersexualitate exteriorizată prin creșterea numărului de contacte sexuale, a frecvenței erecțiilor și, de asemenea, apariția unui comportament homosexual. La cobai și la maimuță, îndepărtarea cortexului piriform și a zonei amigdaliene subiacente determină hipersexualitate numai în prezen-

ța hormonilor gonadici. La pisica mascul s-a observat că leziunile stereotaxice limitate numai la cortexul piriform provoacă hipersexualitate, care dispare după castrare și reapare după readministrarea hormonilor. McLean și Sushil (1963), citați de Olteanu și colab. (2001), au reușit să delimiteze căile nervoase centrale responsabile de producerea erecției și ejaculării, folosind electrozi care stimulau zone foarte limitate din sistemul nervos central al maimuțelor. Ariile implicate în producerea erecției au fost localizate în trei părți ale sistemului limbic. Partea anterioară este situată în zona de conexiune a hipocampului cu septul și cu talamusul anterior, iar partea posterioară este situată la joncțiunea cu hipotalamusul. Regiunea septală mediană, preoptică și partea mediană a nucleului dorso-median al talamusului sunt zone implicate în erecție și ejaculare. Din aceste date experimentale s-a tras concluzia că hipocampul ar modifica excitabilitatea neuronilor efectori implicați în erecție. S-a observat, de exemplu, că stimularea electrică a regiunii septale sau a diencefalului anterior produce erecția, iar intensitatea erecției e amplifică după apariția descărcărilor electrice în hipocamp.

Neocortexul este implicat semnificativ în comportamentul sexual la om. Din acest motiv, mulți autori consideră că principalul organ sexual al omului este encefalul. Sub raport psihofiziologic, orgasmul este deosebit de important, fiind însoțit de trăiri subiective și de modificări obiective intense, având un puternic răsunet asupra comportamentului sexual la om. În cursul actului sexual la om, la ambele sexe s-au descris modificări EEG cu evoluție fazică. În tipul fazei de excitație și platou, crește progresiv incidența undelor lente și ample de tip teta, cu origine în lobii temporali, iar în cursul orgasmului apar unde de tip delta, cu frecvență de 3 Hz, uneori chiar complexe vârf-undă lente, caracteristice crizelor epileptice *petit mal*, și, în sfârșit, în perioada de rezoluție se revine treptat la traseul EEG inițial. Apariția paroxismelor electrice cu ritm lent în faza orgasmică explică și incidența crizelor epileptice din cursul actului sexual.

Modificările sistemice din cursul orgasmului (atât la bărbat, cât și la femeie) sub formă de mioclonii, modificări respiratorii și cardiovasculare, ca și toate modificările ce însoțesc această fază constituie, de fapt, un paroxism al celor inițiate în cursul excitației sexuale și în faza de platou a ciclului sexual. Orgasmul se produce prin stimuli simpatici plecați din măduva dorso-lombară (D10-L2). Masters și Johnson (1966) au introdus noțiunea de *inevitabilitate a ejaculării* la bărbat, în perioada de debut al orgasmului. Această fază este concomitentă cu faza de emisie a spermei și apoi resimțită foarte puternic în primele 2-3 contracții expulsive, corelate cu cantitatea de lichid seminal emis.

La femeie, experiențierea orgasmului este diferită. Orgasmul debutează printr-un moment de diminuare a conștienței, cu scăderea acuității senzoriale, urmată de senzația de căldură cu origine în sfera genitală și care progresează în tot corpul (Page și colab., 1976). În sfârșit, femeia resimte puternic contracțiile platformei orgasmice a vaginului. Contracțiile se succed la 0,8 s, fiind în număr de 5-8, corelate cu încărcătura psiho-sexuală a actului, acesta fiind singurul moment al orgasmului feminin în care este posibilă corelația între răspunsul orgasmic obiectiv și cel subiectiv. (Măicănescu-Georgescu, 1977).

Măduva spinării lombo-sacrată joacă în activitatea sexuală un rol de integrare sub forma unor reflexe simpatice, implicate în special în actul sexual propriu-zis (de exemplu, reflexul de erecție, de ejaculare, de lubrefiere a vaginului, de vasocongestie în zona genitală, reflexele motorii ale platformei orgasmice a vaginului, motilitatea reflexă a uterului). Există doi centri ai erecției sau ai lubrefierii vaginului. Unul parasimpatic, situat în măduva sacrată (S2-S4), care acționează prin nervii erectori și declanșează erecția sau lubrefierea vaginului, după stimularea tactilă a organelor genitale și a zonei perineale înconjurătoare. Al doilea centru este simpatic, situat în măduva dorso-lombară (D1-L1), este răspunzător de declanșarea erecției sau lubrefierea vaginului. Deci există două tipuri de erecție sau de lubrefiere a vaginului: una cerebrală, psihogenă, consecință a acțiunii stimulilor senzitivo-senzoriali exogeni asupra sistemului nervos central și alta reflexă, consecința stimulilor tactili erogeni asupra centrilor parasimpatici medulari sacrați.

Efectele psihofiziologice ale orgasmului sunt direct corelate cu comportamentul sexual prin satisfacerea motivației sexuale. În acest mecanism este implicată porțiunea septală a fasciculului median al creierului anterior, în care este localizată o parte a sistemului de recompensă la om (Ganong, 1995). În cursul actului sexual la om, s-a înregistrat o activitate bioelectrică rapidă desincronizată la nivelul septului care apare în momentul orgasmului, caracteristică reacției de trezire. Această regiune a sistemului nervos a fost denumită de unii centrul orgasmului (Măicănescu-Georgescu, 1977).

Aferențele senzitivo-senzoriale influențează puternic comportamentul sexual uman. Impulsurile pornite de la toți analizatorii au fost implicate în acest comportament. Orice stimul din mediul extern, care poate evoca o senzație distinctă, este potențial capabil să stimuleze motivația sexuală fie pe căile nervoase înnăscute, fie pe căi neoformate, câștigate în cursul vieții. În cursul vieții, prin procesele de învățare, orice stimul extern câștigă noi semnificații pentru comportamentul sexual și pentru motivația sexuală. Pentru realizarea acestor deziderate, au importanță atât aferențele

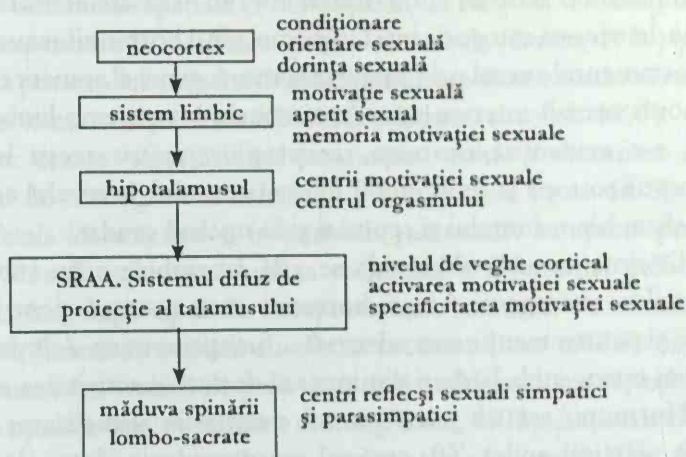


Fig. 4. Etajele nervoase centrale de integrare a comportamentului sexual uman

senzoriale specifice, cât și cele nespecifice. Cea de a doua categorie de aferențe acționează prin sistemul activator ascendent al formației reticulare și prin sistemul de proiecție difuză a talamusului. Motivația sexuală nu poate fi realizată fără un anumit nivel de activare corticală.

Este dificil să se facă o anumită ierarhizare a importanței unor anumite aferențe sau a altora în declanșarea motivației sexuale. La om toate simțurile sunt incriminate, fără a putea spune că unul sau altul este esențial în comportamentul sexual. Cu toate acestea, putem lua în considerare că, în activarea motivației sexuale, acționează mai întâi stimulii vizuali și cei auditivi. După stabilirea contactului fizic, încep să predomine stimulii somestezici specifici, în special cei tactili și cei proprioceptivi, precum și stimulii olfactivi. În desfășurarea comportamentului sexual uman, stimulii porniți de la zonele erogene, în special cei din zona genitală (dar și din zonele extragenitale), joacă un rol esențial.

Zonele erogene sunt acele zone care produc declanșarea și amplificarea motivației sexuale. Importanța cunoașterii acestor zone și a stimulării lor în faza de excitație și platou are un rol deosebit în întreținerea comportamentului sexual și în sensibilizarea relațiilor dintre cei doi parteneri antrenați în activitatea sexuală. Motivația sexuală persistă atâta timp cât există în mod real sau imaginativ suficiente informații asupra posibilităților de provocare a unor emoții agreabile, care însoțesc faza consumatorie a comportamentului sexual (Stoica, 1975).

În afara acestor condiționări externe, în comportamentul sexual uman sunt implicate o serie de condiționări interne necesare activării motivației sexuale. În această categorie intră în primul rând hormonii sexuali. Ei susțin comportamentul sexual prin asigurarea morfogenezei somatice și genitale. Hormonii sexuali intervin apoi în circuitele hipotalamo-limbo-corticale. Astfel, s-a evidențiat existența receptorilor pentru acești hormoni în ariile hipofizotropă și preoptică a hipotalamusului, la nivelul complexului amigdalian, hipocampului și septului și în nucleul caudat.

Dorința sexuală (libidoul) se află la ambele sexe sub controlul hormonilor androgeni. Acești hormoni sunt necesari pentru inițiativa sexuală și pentru menținerea adecvată a funcției erotice. Administrarea de hormoni estrogeni la bărbați diminuează dorința și activitatea sexuală.

Hormonii sexuali joacă un rol esențial în sexualizarea creierului. Până la sfârșitul anilor '50, creierul era considerat identic la cele două sexe (McEwen, 1996). Studiile ulterioare au evidențiat modificări de mărime a neuronilor hipotalamici sub acțiunea hormonilor sexuali în perioada neonatală (Dorner și colab., 1968; 1969; Pfaff, 1969). Raisman și Field (1971) au descris diferențe morfologice pe sexe induse de nivelul testosteronului în viața neonatală. Una dintre cele mai pregnante diferențe morfologice se observă la descrierea nucleului dimorfic sexual al ariei preoptice din hipotalamus (Gorski și colab., 1978). Cercetările efectuate de Witelson (1989), precum și cele ale lui Allen și Gorski (1991), relevă faptul că numărul fibrelor nervoase din corpul calos și din comisura anterioară este mai mare la femei comparativ cu bărbații. Prin aceste observații s-au explicat diferențele psihologice dintre cele două sexe (Botez, 1996). Între cele două emisfere cerebrale există deosebiri de comunicare în funcție de sex. Se pare că aceste diferențe apar în cursul dezvoltării prenatale și postnatale sub influența testosteronului sau a metabolitului său, estradiolul, care acționează asupra receptorilor intracelulari androgenici și estrogenici (McEwen, 1983). Acești receptori au fost evidențiați în ariile preoptice și hipofizotropă a hipotalamusului, la nivelul amigdalei, la nivelul hipocampului și la nivelul cortexului (McEwen, 1983). Nu este încă clar modul în care creșterea nivelului testosteronului de la mijlocul perioadei de gestație sau creșterea din perioada imediat după naștere (Huhtaniemi, 1985) ar juca un rol în producerea acestor diferențieri cerebrale în funcție de sex (McEwen, 1996).

Diferențele psihologice în funcție de sexualizarea encefalului se remarcă încă din perioadele precoce ale dezvoltării individului, începând cu diferențele în comportamentul ludic al copiilor, apoi în ceea ce privește nivelurile energetice și alegerea stilurilor de joacă sau chiar a jucăriilor (Ehrardt, 1978). Cercetările din domeniul psihologiei cognitive au arătat

că bărbații, ca grup, manifestă în general o mai mare competență în ceea ce privește orientarea spațială și matematică, în timp ce femeile, ca grup, par să fie superioare în domeniul probelor verbale (Botez, 1996). Aceste diferențe se pot explica prin mai buna comunicare între cele două emisfere cerebrale la femei comparativ cu bărbații (Olteanu și colab. 1997).

Toate aceste cercetări au demonstrat rolul hormonilor sexuali în procesul de sexualizare a creierului uman, proces ce se desfășoară în perioada fetală intrauterină și în perioada perinatală. În aceste perioade, hormonii sexuali acționează asupra creierului nediferențiat psihosexual și-l organizează după tipul de comportament masculin sau feminin. În viața adultă, hormonii sexuali au efecte excitatorii sau inhibitorii asupra comportamentului sexual. Se pare că numai androgenii au capacitatea de a organiza tipul de comportament sexual (Stoica, 1975). Acționând asupra organismului nediferențiat psihosexual din perioada prenatală, androgenii determină diferențierea comportamentului sexual masculin, care se manifestă numai la pubertate, când există un nivel hormonal adecvat

În lipsa androgenilor, se organizează un comportament sexual feminin, care depinde mai degrabă de lipsa androgenilor, decât de prezența hormonilor estrogeni sau progesteronici. Administrarea acestora din urmă peste anumite niveluri poate fi dăunătoare procesului de diferențiere, la ambele sexe (Phoenix, 1967).

Se consideră că, pe măsura înaintării pe scara animală, scade și dependența activării comportamentului sexual de către hormonii sexuali, aspect care culminează la om. Cercetările actuale au dovedit însă că hormonii sexuali sau hormonii steroizi similari influențează dezvoltarea bazei neuronale a orientării sexuale umane (Wiener și colab., 1995).

Mecanismele mnezice sunt corelate cu circuitele motivației sexuale, în primul rând la nivelul sistemului limbic (Stoica, 1975). La om, structurile limbice de pe fața mediană a lobului temporal sunt implicate în memoria recentă, iar cortexul prefrontal deservește memoria imediată (Stoica, 1975). Examinarea comparativă a comportamentului sexual la cele două sexe arată că la femei el este în foarte mare măsură învățat, față de cel masculin, în cazul căruia faza orgasmică este automată (Page și colab., 1976).

Intervenția prioritară a mecanismelor psihofiziologice se produce după un interval de timp de la debutul vieții sexuale. Gebhard (*apud* Rotaru, 1978) arată că orgasmul apare până la 20 de ani numai la 53% din femei, până la 25 de ani la 77%, până la 30 de ani la 86%, până la 45 ani la 95%, iar 5% dintre femei nu experimentează niciodată orgasmul.

La aceleași concluzii ajunge și M. Wistocka (1994) care face un studiu comparativ la 150 de bărbați și 500 de femei în perioade diferite ale vieții, privind curba tensiunii sexuale și curba secreției hormonilor

estrogeni. Autoarea constată două tipuri distincte de evoluție a tensiunii sexuale la cele două sexe, în trei segmente, în diferite perioade ale vieții (fig.5). Primul segment (*prima fază conflictuală*), cuprinzând perioada de 12-25 ani, se evidențiază printr-o creștere bruscă a tensiunii sexuale la bărbați și o curbă foarte lentă la femei. În al doilea segment, cuprins între 25-40 de ani, tensiunea sexuală se află aproximativ la același nivel la cele două sexe, perioadă denumită de *armonie*. În fine, în al treilea segment, după 45 de ani, tensiunea sexuală la bărbați coboară spre niveluri inferioare, pe când cea feminină se menține încă la niveluri suficient de ridicate, ducând la cea *de-a doua perioadă conflictuală*. Analiza celor două curbe permite înțelegerea numeroaselor schimbări apărute în relațiile intersexuale. Aceste curbe ne relevă faptul că, în vreme ce comportamentul masculin este în bună parte înăscut și automat, comportamentul sexual feminin este învățat.

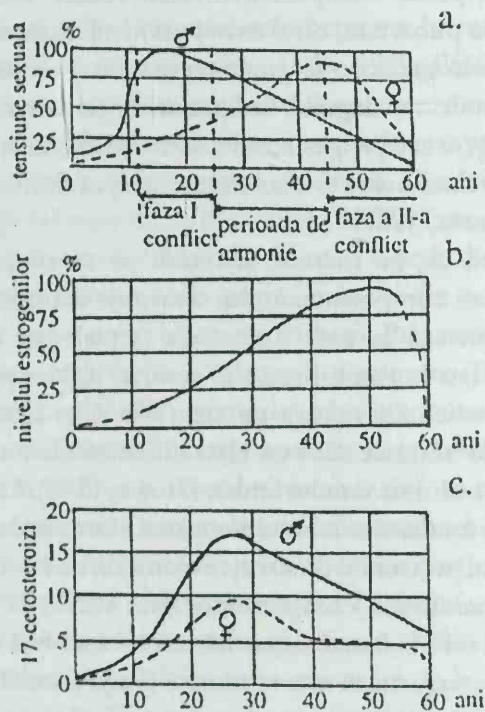


Fig. 5. Curbele tensiunii sexuale la bărbați și femei în timpul vieții (a) comparativ cu nivelul estrogenilor în timpul vieții, la femei (b), după Michalina, și nivelul 17-cetosteroidizilor la bărbat în cursul vieții, după Kinsey (c)

Curba secreției hormonilor estrogeni se suprapune pe curba tensiunii sexuale feminine. Cercetările lui Kinsey (*apud*. Wistocka, 1994) privind excreția urinară a 17-cetosteroidilor, care relevă nivelul secreției androgenilor cortico-suprarenalieni și secreția testosteronului, se suprapune pe curba tensiunii sexuale masculine. De aici reiese că schimbările tensiunii sexuale în cursul vieții femeii sunt legate de secreția ovariană și doar în mică măsură de secreția androgenilor suprarenalieni. Schimbările tensiunii sexuale din cursul vieții unui bărbat sunt legate de secreția androgenilor suprarenalieni și a testosteronului secretat de testiculi.

Kimura (1992) arată că diferențele psihice dintre sexe sunt date de nivelul androgenilor din cursul dezvoltării creierului.

Comportamentul sexual uman prezintă un înalt nivel de complexitate pentru că urmează evoluția și complexitatea întregului sistem al personalității umane. De aici reiese că întreg comportamentul sexual necesită înțelegerea în cotextul personalității și al relațiilor dintre indivizii de sexe diferite sau parteneri sexuali, în sensul indivizilor ca personalități diferite și nu strict în sensul indivizilor ca entități biologice diferite.

S-a pus problema dacă există și la oameni, ca și în cazul animalelor, un senzor pentru semnalele chimice neodorante, care ar influența în mod subtil comportamentul sexual uman. Cercetările făcute de David Berliner de la Universitatea Utah atestă existența unor astfel de comunicări prin mesaje chimice și la om. Aceste mesaje chimice sunt percepute de organul vomeronazal (OVN), care s-a constatat că este activ nu numai în perioada fetală și neonatală la om, dar și în cea adultă (Moran și colab., 1995). OVN nu se află situat la nivelul mucoasei olfactive, ci în partea anterioară a septului nazal. Au fost apoi evidențiate electronomicroscopic celulele receptoare din OVN (Stensaas și colab., 1990).

Monti-Block și colab. (1991, 1994) au înregistrat potențialele bioelectrice din celulele receptoare ale OVN, arătând că semnalele apar la feromonii extrași de Berliner din tegumentul uman, efecte care apar la administrarea substanțelor odorante. Neuronii din OVN nu se proiectează ca și fibrele nervilor olfactivi în bulbul olfactiv și în cortexul olfactiv, ci la nivelul unor structuri accesorii bulbului olfactiv, care se vor proiecta apoi la nivelul nucleilor amigdalieni, la nivelul ariei preoptice a hipotalamusului și în alte structuri ale sistemului limbic (Moran și colab., 1995).

Feromonii umani pot fi secretați de mucoasa vaginală, mai ales în perioada preovulatorie și de mucoasa balano-prepușală, precum și la nivelul tegumentului de către glandele apocrine (Totoianu, 1996). Feromonii secretați de mucoasa vaginală se mai numesc copuline și sunt substanțe extrem de volatile, conținând între 5 și 17 atomi de carbon (Grammer și colab., 1996). Acești feromoni au rol de activare a

motivației sexuale. Cea de a doua categorie de feromoni are un efect mai puțin evident asupra comportamentului sexual uman, inducând mai ales modificarea stării afectiv-emoționale asupra indivizilor de sex opus. Acești feromoni acționează tot asupra OVN, motiv pentru care Berliner le-a numit vomeroferine (Berliner, 1996).

II

Masturbația la vârsta adolescenței

Masturbația și adolescența au fost atât de des asociate, încât au devenit echivalente una cu cealaltă.

Conform *Dicționarului de psihiatrie Larousse* (Postel, 1998), masturbația este „obținerea de plăcere sexuală prin manevre mecanice de excitare a organelor genitale, la ambele sexe”.

Originea etimologică a cuvântului „masturbație” este controversată, unii autori considerând că termenul ar deriva de la „*manus*” (mână) și „*sturpare*” (profanare), iar alții de la „*mas*” (organ genital masculin) și „*turbatio*” (excitație). Ambele variante conțin inexactități, prima făcând referire doar la tehnicile manuale autoerotice, iar cea de-a doua limitând deprinderea exclusiv la sexul masculin.

Un alt termen des utilizat este cel de onanism, care derivă de la biblicul Onan, care, nedorindu-și descendenți, practica de fapt „coitul întrerupt” cu văduva fratelui său. Se mai pot cita și alți termeni, cum ar fi auto-erotism (Ellis), ipsațiune (Hirschfeld), autism (Bleuler).

Masturbația a fost multă vreme condamnată atât de către Biserică, care o considera un păcat de moarte, cât și de către educatori și medici, care o asimilau cu un grav pericol pentru sănătatea mentală și fizică a oamenilor și care recomandau cele mai energice metode pentru a o împiedica. Astfel, în Anglia sfârșitului de secol al XIX-lea și în America anilor '20 ai secolului al XX-lea, se recomanda ablația chirurgicală a clitorisului pentru combaterea masturbației la fete.

Concepția lui Freud a revoluționat percepția asupra sexualității în general, inclusiv asupra masturbației. În accepțiunea sa, masturbația adolescentului nu reprezintă decât o prelungire a masturbației infantile, un fel de ecou după o perioadă de acalmie consacrată mai ales jocurilor și activităților școlare. El considera că masturbația poate îmbrăca uneori un caracter nociv, nu prin caracterul său contra naturii, ci prin faptul că este un act care nu aduce suficientă plăcere.

Actualmente se admite că masturbația constituie până la adolescență, inclusiv, forma cea mai frecventă de excitație sexuală, cuprinzând un procentaj de adolescenți, între 14-16 ani, care o practică, între 80 și 100%. Din punctul de vedere al normelor medii statistice, masturbația tinde spre normalitate, la această vârstă, deoarece frecvența sa este majoritară.

În general, durata masturbației este în jur de 4 ani, cu o frecvență care variază de la 4-5 acte pe zi, până la o dată pe lună (Verdier, 1997).

II.1. Masturbația la adolescenți

Din cercetările lui Ramsey (citată de Verdier, 1997), rezultă că 98% dintre subiecții masculini se masturbează după vârsta de 14 ani. Alte studii arată că 15-75% dintre subiecții de sex masculin care practică masturbația au vârste cuprinse între 12-18 ani (Harvey citat de Verdier, 1997). La o concluzie asemănătoare a ajuns și Hirschfeld, care consemnează faptul că vârsta cea mai favorabilă pentru debutul practicilor autoerotice este cea cuprinsă între 12-15 ani. Durata practicării masturbației variază de la caz la caz: 16% o practică pentru o scurtă vreme; 21% timp de 1-2 ani; 30% între 3-4 ani; 35% între 5-10 ani, iar 65% o practică până la maximum 5 ani, cu frecvențe diferite, care diminuează progresiv de-a lungul anilor ce urmează adolescenței.

În general, adolescenții utilizează tehnicile manuale și/sau fantasmele sexuale care pot fi hetero- sau homosexuale. Deci masturbația este o activitate sociosexuală orientată, care nu conduce în mai mare măsură la homosexualitate, decât la heterosexualitate (Bon, 1974).

II.2. Masturbația la adolescente

Deși în unele anchete se arată că doar o femeie din cinci (19%) recunoaște că s-a masturbat în copilărie sau adolescență, se pare că adolescentele descoperă orgasmul prin masturbație mai adesea decât adolescenții.

Alte studii relevă că 60-70% dintre fetele care au început să se masturbeze între 11-12 ani declară că activitatea lor sexuală a fost spontană, spre deosebire de băieți, care află despre masturbație de multe ori înainte de a o practica (Verdier, 1997).

Tehnicile cel mai des utilizate de adolescente sunt: manipularea organelor genitale (în special a clitorisului, a labiilor și a sânilor), presiunea coapselor, jocul tensiunilor musculaturii, introducerea unor obiecte în vagin sau anus și diferite fantasme sexuale. Acestea din urmă sunt mai puțin caracteristice adolescentelor, în comparație cu adolescenții.

II.3. Masturbația la adolescenți, din punct de vedere psihopatologic

Masturbația depășește granițele fiziologice, atunci când devine exclusivistă și/sau este efectuată în public, îmbrăcând forma exhibiționismului. În sistemul actual de clasificare a bolilor mintale, al OMS, ICD-10 (1998), este codificată *Masturbarea excesivă* la codul 354, F98.8, din capitolul: „Alte tulburări de comportament și emoționale specifice cu debut obișnuit în copilărie și adolescență”.

Această deprindere auto-erotică poate crea probleme serioase nu prin manifestarea în sine, ci prin reacția secundară a adolescentului și a anturajului său față de ea. În accepțiunea lui Ghiran (1977, 1998), masturbația ar putea fi încadrată la capitolul *Deprinderi nevrotice*, gen autostimulare, aducătoare de plăcere și care compensează tensiunea conflictuală subiacentă. Masturbația îmbracă aspect patologic la adolescenți atunci când are un caracter impulsiv-obsesiv și/sau când apare pe fondul unei stări conflictuale tensionale. De asemenea, poate deveni patologică, dacă demobilizează adolescentul de la activitățile și obligațiile lui curente, îndepărtându-l de sexul opus, sau dacă adolescenții devin foarte anxioși, sunt amenințați sau pedepsiți, dezvoltând un puternic sentiment de culpabilitate.

Categoria cea mai importantă de amenințări se referă la o leziune genitală, denumită de către psihanalisti prin sintagma „amenințare cu castrarea”.

De altfel, practica a demonstrat că punițiile aplicate adolescenților care se masturbează au dus la accentuarea și la fixarea deprinderii, precum și la adâncirea procesului nevrotic. Unii adolescenți pot dezvolta în astfel de situații nevroze depresive, cu idei de inutilitate și de suicid, trecând uneori chiar la tentative de suicid.

La fel de ineficace s-au dovedit a fi și diferitele scheme terapeutice medicamentoase. În aceste cazuri, pe prim plan trebuie să se situeze consilierea adolescenților, intensificarea măsurilor de educație sexuală în școli, psihoterapia suportivă susținută, pentru înlăturarea conflictualității și a culpabilizărilor de orice fel. De asemenea, sunt foarte utile măsurile de ajustare a regimului zilnic de viață, de însușire a deprinderilor corecte de igienă generală și locală și practicarea unor sporturi.

Masturbarea excesivă se poate întâlni și la adolescenți cu: întârziere în dezvoltarea mintală, tulburări de personalitate, schizofrenie, episoade maniacale, „depresie mascată”, epilepsie. De asemenea, masturbația se poate asocia cu exhibiționismul și cu alte tulburări ale preferințelor sexuale, codificate și în ICD-10 la F 65-8 (*utilizarea frecventă a telefoanelor obscene și a „liniilor erotice”*), a căror accesibilitate a crescut exponențial în ultimii ani și

în țara noastră; practicarea autostrangulării parțiale cu anoxie secundară urmată de creșterea excitației sexuale etc.). Pentru ilustrare, vom consemna cazul unui adolescent în vârstă de 14 ani, cu obiceiul de a se autostrangula, prin comprimarea carotidelor cu degetele, de până la 40 de ori pe zi, având drept efect hipoxia, însoțită de o stare de amețeală și moleșeală plăcută și de creștere a excitației sexuale, urmată de masturbație.

Manevrele de hipoxie au provocat în câteva rânduri apariția unor crize comițiale de tip *grand-mal*, care au necesitat internarea în spital. Prin aplicarea tratamentului psihoterapeutic, precum și a terapiei cu Carbamazepină, în doză de 10 mg/kg.corp/zi, evoluția a fost favorabilă, comportamentul aberant dispărând complet după o lună de la luarea în evidență a cazului.

În privința corelației dintre masturbația adolescentină și homosexualitate, se poate spune că majoritatea homosexualilor au început să se masturbeze la pubertate (12-14 ani), 1/5 au amintiri masturbatorii precoce și 1/5 s-au masturbat regulat doar începând din adolescență (Bon, 1974).

43% dintre homosexuali se culpabilizează datorită masturbației din cursul adolescenței, care are o frecvență medie de 4.4 ori pe săptămână.

Homosexualii care s-au masturbat frecvent în adolescență sunt mai eliberați de tabu-urile supraeului lor, având o viață afectivă echilibrată la vârsta adultă, ce se încadrează în noțiunea de *egosintonie*, fiind atrași de parteneri mai tineri decât ei, spre deosebire de cei care s-au masturbat mai puțin, care sunt atrași de parteneri de același sex, mai în vârstă (Bon, 1974).

În copilărie, masturbația poate fi acceptabilă între anumite limite de vârstă, fiind rezervată adolescenței, însă nu trebuie să se repete des, nici să se prelungească prea mult timp, datorită riscului apariției unor dificultăți la trecerea la sexualitatea adultă.

III

Abuzul sexual asupra copiilor și adolescenților

III.1. Date generale

Deși problema abuzului sexual asupra copiilor și adolescenților este foarte veche, primele referiri științifice la acesta s-au făcut la începutul anilor '60, cu așa-numitul „Battered Child-Syndrome” (Bancroft, 1983). Abia după anii '70, aspectele acestei situații au intrat în atenția pedopsihiatrilor din lumea anglo-saxonă (Bulkley, 1982; Burgess, 1978; Finkelhor, 1974; Strickland, 1995).

Primele lucrări științifice comunicate la noi în țară pe această temă au apărut în anul 1993, cu ocazia celei de „A XVI-a Consfătuiri Naționale de Neuropsihiatrie pentru copii, adolescenți și profesioniști asociați, cu participare internațională” de la Timișoara, unde una dintre secțiuni a purtat numele: „Abuzul psihic și abuzul sexual al copiilor și adolescenților” (C. Lupu și colab., 1993; Sostman, 1993).

În cazul adolescenților, consecințele abuzului sexual pot apărea imediat după comiterea lui, la vârsta respectivă, sau la distanță în timp, dacă acesta s-a produs la o vârstă mai mică. În ultima situație, dezvoltarea simptomelor se face tot la vârsta adolescenței, când, datorită unei mai bune maturizări cognitive, cei în cauză suferă o criză suplimentară prin descoperirea traumatismului infantil, care generează așa-numitul „Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome” (V. Lupu și colab., 1997; Summit, 1983).

În esență, abuzul sexual se definește ca fiind angrenarea unor copii și adolescenți imaturi în dezvoltarea lor psihică și/sau somatică, într-un comportament sexual, cu scopul obținerii excitației sexuale de către adulți. Există mai multe variante de abuz sexual și anume:

1) fără contact corporal (de exemplu, exhibiționismul și pornografia);
2) cu contact corporal, fără sau cu penetrare orală, anală, genitală); 3) alte forme de perversiune și abuz ritualizat asupra copiilor.

Se apreciază că în cele mai multe cazuri, abuzul nu este un fenomen singular și că este efectuat de regulă de către un membru al familiei sau de

către un cunoscut, în mod repetat sau cu forța. În cazurile de incest, care sunt mai frecvente asupra unor puberi sau adolescenți, dar care pot debuta chiar la vârsta de sugar sau de copil mic, victimele trăiesc abuzul în medie timp de doi ani, în cadrul familiei lor, înainte ca cineva să perceapă această situație (Jungjohan citat de Onken, 1993).

În legislația din România, nu se regăsește încă termenul de abuz sexual, dar există alte concepte care acoperă această noțiune: *Violul* (fapta de a avea raport sexual cu o persoană de sex feminin prin constrângerea acesteia sau profitând de imposibilitatea ei de a se apăra sau de a-și exprima voința; *Raportul sexual cu o minoră* (fapta de a avea un raport sexual cu o persoană de sex feminin care nu a împlinit 14 ani); *Seduția* - fapta aceluia care, prin promisiuni de căsătorie, determină o persoană de sex feminin mai mică de 18 ani, să aibă cu el un raport sexual; *Corupția sexuală* - presupune actele cu caracter obscen săvârșite asupra unui minor sau în prezența acestuia; *Incestul* - este raportul sexual între rude în linie directă sau între frați; *Proxenetismul* - reprezintă îndemnul sau constrângerea la prostituție, înlesnirea practicării prostituției sau tragerea de foloase materiale sau financiare de pe urma practicării prostituției de către o persoană, precum și recrutarea unei persoane pentru prostituție sau traficul de persoane în acest scop; *Răspândirea de materiale obscene* - fapta de a răspândi sau confecționa ori deține în vederea răspândirii, obiecte obscene, scrieri sau alte materiale cu caracter obscen. Codul penal român nu face referiri la copil, dar pedepsește mai aspru asemenea fapte (*Comitetul național pentru protecția copilului*, 1996, citat de Popescu și colab., 1998).

III.2. Epidemiologie

Abuzul sexual asupra copiilor și adolescenților are o incidență greu de stabilit cu certitudine, variind între 3-16% (după Kinkelhor - 1979, Goodwin - 1982 și Russel - 1983, citați de Popescu și colab., 1998).

În S.U.A., *Asociația americană pentru protecția copilului* a consemnat o creștere a incidenței abuzului sexual asupra copiilor și adolescenților de la 1.4/10.000 la 17/10.000 de copii între 1976 și 1984. Un studiu efectuat într-un spital de pediatrie american a demonstrat o creștere de 4 ori a adresabilității legate de abuzuri sexuale în perioada 1981-1991. Dintr-un total de 838.232 de cazuri de abuzuri asupra copilului și adolescentului înregistrate de „*National Child Abuse and Neglect Data System*”, în 1991, 15% erau abuzuri sexuale; 80% din totalul abuzurilor sexuale au fost îndreptate asupra fetițelor și adolescentelor și 20% împotriva băieților și adolescenților. 1/3 din cazurile de abuz sexual au fost comise asupra copiilor și adolescenților cu vârste cuprinse între 12 și 18 ani. Marea majoritate a abuzatorilor (97%) erau bărbați și doar 3% femei. Proporția

femeilor abuzatoare ar putea fi mai mare în realitate, chiar și asupra adolescenților, care nu au întotdeauna capacitatea de a recunoaște când o relație sexuală cu o femeie matură reflectă de fapt un abuz sexual. Deși majoritatea abuzurilor sexuale nu se însoțesc de violență, cele efectuate asupra adolescenților se pot însoți de aceasta, atunci când făptuitorii au anumite tulburări psihice. Incidența incestului este necunoscută și este foarte probabil să fie mult mai mare decât cea ilustrată de cunoștințele actuale (*American Academy of Pediatric Committee for Child Abuse and Neglect*, 1991).

Datele referitoare la România, publicate de „Comitetul național pentru protecția copilului”, valabile pentru 1995, atestă un număr de 676 cazuri de abuzuri sexuale la copii și adolescenți, din care 601 fete și 75 băieți, 557 având vârste de peste 10 ani. Violul a afectat 49,7% dintre cazuri, victimele fiind în principal adolescente, din mediul urban, cu vârste cuprinse între 15-18 ani. Prostituția a fost semnalată în același an, 1995, la un număr de 129 fete, dintre care majoritatea (87,5%) aveau vârste cuprinse între 15-18 ani. Corupția sexuală la vârsta adolescenței (15-18 ani) este relativ mică (1,5%), în comparație cu cea întâlnită între 0-10 ani (21%). Proxenetismul a fost înregistrat la 73 de cazuri, subiectul de trafic fiind reprezentat în majoritate de fete, cu vârste între 15-18 ani, din mediul urban, fără ocupație. (*Comitetul național român pentru protecția copilului* - citat de Popescu și colab., 1998).

III.3. Manifestări clinice și date paraclinice

Există o serie de semne și simptome comportamentale și somatice, care pot orienta spre indicarea unui abuz sexual:

- comportament sexualizat, cu gesturi provocatoare;
- tulburări emoționale: frică, anxietate, depresie, obsesii și suicidalitate;
- diferite manifestări psihosomatice;
- fuga de acasă, promiscuitatea;
- tulburări de învățare până la pseudodebilitate;
- tulburări în dezvoltarea personalității, până la reacții psihotice;
- comportament ciudat în timpul examinării somatice;
- modificări ale tegumentelor din zona genitală și anală;
- leziuni genitale (o deschidere himenală mărită, un canal anal mărit);
- diferite boli venerice (Academia americană de pediatrie a publicat în revista „*Pediatrics*” – 1991, corelația dintre diagnosticul unei boli cu transmitere sexuală și antecedentele de abuz sexual, considerând că un diagnostic bacteriologic confirmat de gonoree

sau sifilis atestă prezența sigură a unui abuz sexual, infecția cu Chlamidia, Condylomata, Trichomonas, Herpes virus ridică suspiciunea probabilității unui asemenea act; infecția cu Herpes virus de tip I face posibilă o astfel de ipoteză; cea cu Gardnerella este nesigură, iar cea cu Candida este puțin probabilă pentru un abuz).

La copiii cu vârste sub 7 ani, este foarte utilă folosirea desenului și a jocului cu marionete pentru precizarea existenței unui abuz sexual. Un exemplu elocvent în acest sens este desenul făcut de o fetiță în vârstă de 5 ani, care a fost abuzată sexual în mod repetat de către tatăl ei (fig. 6)



Fig. 6. Desenul efectuat de o fetiță de 5 ani, victimă a unui abuz sexual

Ironia amară a sorții abuzului sexual și tragedia acestuia constă în faptul că victima se culpabilizează, simțindu-se vinovată și rea (Onken, 1993).

Pentru ilustrare, vom consemna pe scurt tulburările de adaptare apărute la 4 adolescenți, internați în perioada 1993-1996 în *Clinica de Neuropsihiatrie a Copilului și Adolescentului Cluj-Napoca*, cu diferite probleme psihiatrice, dar care aveau în comun existența unui abuz sexual comis asupra lor, în copilărie (V. Lupu și colab., 1997):

1. *Cazul adolescentei B.A., de 17 ani, internată pentru o simptomatologie depresivă, de intensitate medie spre gravă, conform scalei Beck pentru depresie. La o anamneză atentă, am constatat faptul că pacienta fusese abuzată sexual de către tatăl vitreg în repetate rânduri în perioada pubertară. Atât mama, cât și tatăl vitreg erau mari consumatori de alcool, fond pe care apăreau dese conflicte, care au afectat-o mult pe adolescentă. Tatăl ei natural, tot un mare consumator de etanol, decedase prin suicid (spânzurare), când pacienta împlinise 11 ani.
Pacienta a ascuns mult timp abuzul față de mama sa, iar în momentul în care s-a hotărât să i-l dezvăluie, nu a fost crezută de aceasta. Adolescenta se simțea în același timp foarte vinovată și totodată neînțeleasă, intrând într-o situație aparent fără ieșire. A recurs la trei tentative autolitice prin ingestie medicamentoasă;*
2. *A.M., în vârstă de 14 ani, internată pentru tulburări de conduită de tip socializat, în sensul unui comportament sexualizat, provocator, de adevărată promiscuitate sexuală, dezinteres școlar, care datau de aproximativ 1 an și 9 luni. Până la vârsta de 12 ani, când a fost violată cu brutalitate de 7 adulți, pacienta a avut un comportament corect, bine încadrat în familie și școală. La câteva luni după viol, s-a angajat în acest stil degradant de viață, schimbând foarte des partenerii sexuali, fără niciun discernământ, în ciuda unui coeficient de inteligență normal;*
3. *R.F., un adolescent de 17 ani, internat pentru o serie de tentative autolitice prin ingestie de substanțe toxice (acetonă) și consum exagerat de alcool, comportament mai bizar, preocupări morbide cvasipermanente din domeniul paranormalului și satanismului. După afirmațiile mamei, aceasta l-a surprins de câteva ori vorbind cu unele personaje imaginare și fiind în acele momente complet rupt de realitate. Adolescentul a fost abuzat sexual de către mama sa, pe parcursul întregii sale copilării, existând în permanență o apropiere fizică nepermisă între ei, pe fondul unor mari neînțelegeri între soți. Prin aplicarea criteriilor de diagnostic DSM-IV (1994), cazul a fost interpretat ca o tulburare de personalitate de tip borderline, pe fondul unor abuzuri sexuale repetate, petrecute în plină perioadă de dezvoltare;*
4. *D.V., un adolescent în vârstă de 16 ani, care prezenta o tulburare de identitate sexuală, în urma unor abuzuri sexuale succesive care au început încă de la vârsta de 5 ani și care au continuat până în momentul internării. În timp, el a evoluat, virând de la tulburarea de identitate sexuală înspre homosexualitate.*

După cum rezultă din cazurile prezentate, există posibilități diferite de evoluție a adolescenților care au suferit abuzuri sexuale în copilărie. Brandon și colab. (1998) au arătat că, la copii și adolescenți, anumite patternuri comportamentale și simptome pot atrage atenția clinicianului asupra unui posibil abuz sexual, dar nu este vorba decât de indicii privind

o suspiciune. Abuzul sexual nu poate fi diagnosticat doar pe baza unei liste de simptome, deoarece nu există încă dovezi irefutabile în sprijinul unor conexiuni cauzale clare între abuzurile sexuale la care a fost supuși copiii și adolescenții și eventuala psihopatologie a aceluiași individ la vârsta adultă.

III.4. Conduita terapeutică

Munca terapeutului de recuperare și psihoterapeutică cu adolescenți, abuzaj sexual mai recent sau la distanță în timp de momentul luării în evidență, depinde în mare măsură de nivelul de dezvoltare al structurii eului.

Terapeutul are o misiune delicată: să înregistreze destăinuirea adolescentului, să evalueze faptele concrete, cuvintele lui, să acorde atenție tăgăduinței adultului abuzator și, nu în cele din urmă, să respecte legătura familială a adolescentului. Amenințarea distrugerii personalității victimei de către abuzator se transformă în amenințarea distrugerii familiei prin destăinuirea abuzului de către adolescent.

Intervenția terapeutică se află într-o contradicție între nevoia de intimitate și cea de publicitate și se poate rezolva doar prin relația medicală și pedagogică cu adolescentul (Onken, 1993). Pentru reușita acțiunii care vizează în primul rând consolidarea sănătății și a șanselor de dezvoltare corectă a adolescentului este absolut necesară cooperarea tuturor instituțiilor implicate în rezolvarea situației: echipa medico-terapeutică, cea pedagogică, protecția instituționalizată de tineret, urmărirea juridică a conținutului penal și hotărârea instanței civile.

Ar fi foarte utilă înființarea unor centre specializate de intervenție în criză pentru adolescenți și tineri abuzaj sexual, în cât mai multe localități din țara noastră, așa cum s-au făcut primii pași în acest sens în Cluj-Napoca.

Datorită situației delicate a unor astfel de cazuri și datorită impactului public pe care îl au „terapiile de recuperare a memoriei”, mai ales în S.U.A., care au dus la unele îngrijorări în rândul profesioniștilor, „*Royal College of Psychiatry*” a desemnat un grup de specialiști care să analizeze toate aspectele legate de recuperarea, cel mai adesea în cursul unei psihoterapii, a unor amintiri de mult uitate privind presupuse abuzuri petrecute în copilărie (Brandon și colab., 1998).

Acest grup de experți a ajuns la mai multe concluzii practice, făcând o serie de recomandări, ținând cont de principiile etice și mai ales de dreptul la confidențialitate. Dintre acestea, am reținut câteva mai importante:

1. Bunăstarea pacientului constituie responsabilitatea principală a psihiatrului, acesta trebuind să țină cont și de interesele membrilor familiei și ale altora, cu condiția respectării confidențialității;

2. Specialiștii sunt sfătuiți să nu recurgă la tehnici de alterare a conștiinței (interviuri mediate medicamentoase, hipnoză) pentru aflarea de date privitoare la eventualele abuzuri petrecute în copilărie, deoarece rezultatele obținute sunt dubioase, amintirile putând fi false sau induse iatrogen;
3. Psihiatrul trebuie să atragă atenția pacientului asupra oricăror îndoieli asupra corectitudinii istorice a amintirilor recuperate, privind abuzuri sexuale ignorate în trecut, și mai ales atunci când pacientul dorește să inițieze acțiuni în afara relației terapeutice;
4. În situațiile în care presupusul abuzator este în contact cu copiii sau cu adolescenții, este necesară informarea serviciilor sociale, dacă există motive serioase care să confirme existența abuzului;
5. În cazul în care pacientul solicită o consultație juridică pentru a hotărî dacă va fi sau nu inițiată o acțiune penală împotriva presupusului abuzator, nu se recomandă ca hotărârea pacientului să constituie condiția continuării tratamentului;
6. Având în vedere numărul crescând de diagnostice de personalitate multiplă, citate în literatura de specialitate și care au legătură cu amintiri recuperate, privind presupuse abuzuri sexuale, mai ales în cadrul unor ritualuri satanice, și că există controverse cu privire la validitatea acestui tip de diagnostic, se impune realizarea unui consens asupra tulburării de tip personalitate multiplă.

Practic, conduita terapeutică în cazurile de abuz sexual asupra adolescenților este complexă, impunându-se totodată raportarea tuturor cazurilor de abuz la poliție și internarea adolescentului în spital pentru o atentă evaluare a efectelor incidentului (Popescu și colab., 1998).

Atunci când este vorba de un incest, trebuie evaluat cu mare atenție riscul reprezentat de revenirea copilului în familie.

Atât adolescenții care au fost victimele unui episod unic de abuz sexual, cât și cei care au fost abuzați în mod repetat, cu sau fără violență, au suferit un stres emoțional grav, care necesită asistență psihiatrică și psihoterapeutică de durată, pentru evitarea instalării sindromului de stres posttraumatic. De asemenea, unii adolescenți necesită separarea de familie și dirijarea lor spre un serviciu de asistență socială. Acest lucru se întâmplă fie dacă adolescentul pretinde separarea sau dacă părinții incriminează adolescentul-victimă, în cazul familiilor dezorganizate, fie când nu există certitudinea siguranței copilului în familie.

La adolescente, se impun măsuri de contracepție prin administrare de medicamente, dacă se află la jumătatea perioadei de ciclu menstrual și în primele 72 ore după un contact sexual vaginal.

De asemenea, se practică antibioterapia profilactică în cazul în care abuzatorul este cunoscut ca fiind infectat cu o boală venerică. Toate victimele unui abuz sexual vor fi reexaminat clinic general, ginecologic și psihologic, după două săptămâni. Se vor repeta și examenele paraclinice: bacteriologice și serologice (Popescu și colab., 1998).

Este important ca psihiatrui, pedopsihiatrui, psihologui, asistenții sociali și pedagogii, care lucrează în domeniul juvenil, să fie avizați asupra posibilității existenței unor abuzuri sexuale asupra adolescenților, pe care trebuie să le suspecteze chiar și în unele cazuri care par „banale”.

IV

Homosexualitatea la vârsta adolescenței

IV.1. Date generale

Cuvântul homosexualitate derivă din grecescul *homos* (aceiași) și latinescul *sexus* (sex), semnificând atracția sexuală față de persoane de același sex, fie că este vorba de bărbați sau de femei, ultimele fiind denumite lesbiene sau saphiste.

Multă vreme homosexualitatea a fost considerată o boală, un păcat, o posesiune satanică sau o tulburare dizarmonică de personalitate sociopatică, cuprinsă în sistemele de clasificare medicale privind tulburările psihopatologice (Ghiran, 1997).

Începând cu DSM-III din 1980, s-a făcut distincția între forma ego-sintonică a homosexualității, acceptată de subiect și fără consecințe asupra sănătății - formă nepatologică - și forma ego-distonică în care „activitatea homosexuală, deși evidentă, este explicit nedorită și reprezintă o sursă de stres”.

În DSM-IV (1994) și în DSM-IV-TR (2003), termenul de homosexualitate este omis; între tulburările sexuale se includ dereglările identității de gen, caracterizate prin identificarea intensă și persistentă cu sexul opus, însoțită de disconfort și stres durabil față de sexul atribuit sieși. Progresul apare totuși ambiguu. Pe de o parte, se apelează la identitatea de gen, un concept care transcende cadrul biomedical; pe de altă parte, se renunță la dihotomia dintre homosexualitatea sintonică și distonică (Derevenco, 1997). ICD-10 aduce precizări similare, homosexualitatea neapărând ca entitate nosologică, fiind amintită doar la dereglări psihice și comportamentale în relație cu dezvoltarea și orientarea sexuală. Altfel se pune problema în cazul comportamentelor homosexuale apărute în contextul unor suferințe psihice de tip oligofren, demential, maniacal, al personalităților deviate etc., în care suferința psihică constituie un factor de vulnerabilitate pentru apariția comportamentului homosexual.

În mai multe țări europene (Olanda, Belgia, Elveția, Franța, Italia, Polonia, Bulgaria, Cehia, Rusia, Albania) și în câteva state din S.U.A.

(California, Florida, New York), homosexualitatea a fost dezincriminată prin lege. Există unele țări: Danemarca, Norvegia, Marea Britanie, Germania, Olanda, Belgia, Spania și în curând Suedia, care admit căsătoria homosexuală sub denumirea de „parteneri înregistrați”. În România a fost abrogat, în urmă cu peste 5 ani, articolul 200 C.P., care incrimina relațiile homosexuale, dacă erau săvârșite în public sau dacă provoacau perturbarea ordinii publice și le pedepseau cu închisoarea de la 1 la 5 ani. Pedepsa se putea majora de la 2 la 7 ani, dacă acest tip de relații se exercita asupra minorilor și asupra unor persoane incapabile să-și expună voința sau prin constrângere. Dacă în urma relațiilor homosexuale se producea vătămarea integrității corporale, pedeapsa creștea de la 3 la 10 ani, sau dacă se producea moartea ori sinuciderea, majorarea se făcea de la 7 la 15 ani. De asemenea, se sancționa cu închisoare de la 1 la 5 ani și îndemnul la relații homosexuale (Scripcaru și colab., 1998).

Deci, actualmente, homosexualitatea sintonică este considerată o variantă naturală a orientării sexuale, distinctă de forma distonică stresantă, care necesită adesea o abordare terapeutică (Derevenco, 1997).

IV.2. Frecvență

Deși majoritatea femeilor și bărbaților se simt atrași de sexul opus, există și o minoritate (între 1-5%) atrași de membrii propriului sex și alții care sunt atrași atât de femei, cât și de bărbați (Bon și colab., 1974; LeVay, 1994).

Homosexualitatea masculină exclusivă cuprinde 4% dintre americani, iar cea combinată cu activitatea heterosexuală, 46% dintre aceștia, conform studiilor lui Kinsey citat de Zbranca (1998). În Franța, cifrele ar fi de 3-5% de homosexuali practicanți din populația masculină. În România, homosexualitatea masculină este cu siguranță mai puțin răspândită, neexistând date precise. Totuși se vehiculează unele cifre, ajungând până la 4% (Zbranca, 1998).

Homosexualitatea feminină diferă din multe puncte de vedere de cea masculină, fiind, după statistică, mai puțin răspândită decât cea masculină. Ancheta lui Kinsey pe un eșantion vast de americance a relevat că 25% dintre femeile de 30 de ani au practicat relațiile homosexuale, în timp ce doar 10% dintre cele de 40 de ani au avut astfel de experiențe. Relațiile feminine se pot limita la nivel psihologic, singura manifestare fizică rezumându-se la îmbrățișări care sunt socialmente acceptate. Homosexualitatea feminină este mai frecventă în grupurile în care domnește segregarea sexuală (Zbranca, 1998).

Folosind diverse rezultate ale cercetărilor și bazele teoretice cu referire la violența în cuplurile de lesbiene, au fost identificate 29 de

variabile potențiale care determină dezechilibrul de putere în cuplurile de lesbiene (Todiriță, 2008):

- Posesivitatea (cea care agrează este posesivă);
- Comunicarea (cea care agrează are probleme cu comunicarea emoțională);
- Abilitățile sociale (cea care agrează are slabe abilități sociale);
- Învinierea altora (cea care agrează învinuiește alte persoane pentru propriile comportamente);
- Defensivitatea (cea care agrează este defensivă);
- Pasiv-agresivitatea (cea care agrează este pasiv-agresivă);
- Vulnerabilitatea (cea care agrează se simte vulnerabilă);
- Lipsa de putere (cea care agrează se simte fără control);
- Gândire dihotomică (cea care agrează se simte în extreme);
- Deprimarea (cea care agrează este depresivă);
- Impulsivitatea (cea care agrează este impulsivă);
- Ofensa de a fi femeie (cea care agrează nu vrea să fie femeie și îi displace acest aspect);
- Tulburările somatice/sănătate (cea care agrează se plânge adesea de dureri, chiar dacă nu a fost diagnosticată cu vreo boală);
- Abuzul de substanțe (cea care agrează face abuz de substanțe);
- Credința că violența este permisă (cea care agrează provine dintr-o familie violentă);
- Homofobia internalizată (victima suferă de homofobie);
- Atractivitatea (cea care agrează crede că partenera este mai atrăgătoare);
- Controlul resurselor financiare (cea care agrează controlează);
- Delegarea responsabilităților (cea care agrează delegă responsabilitățile);
- Sarcinile gospodărești (cea care agrează nu participă la sarcinile gospodărești);
- Activitatea sexuală (cea care agrează începe actul sexual);
- Dependența economică (cea care agrează este dependentă);
- Clasa socială de proveniență (cea care agrează și victima provin din medii sociale diferite);
- Credințe religioase (cea care agrează și victima au credințe religioase diferite);
- Inteligența (cea care agrează crede că este mai puțin inteligentă);
- Forța fizică (cea care agrează este mai puternică fizic);
- Statutul profesional (cea care agrează are un statut profesional mai scăzut);

- Educația (cea care agrează are mai puțină educație);
- Vârsta (cea care agrează este mai tânără).

Scala de evaluare a factorilor ce prezic comportamentele din cadrul violenței domestice dintre lesbiene are două variante: *LE-PAS* (*Lesbian Partner Abuse Scale*), varianta integrală cu 135 de itemi, și cea de-a doua – *LE-PAS-R* (*Lesbian Partner Abuse Scale Revised*), cu 25 de întrebări, la care s-a efectuat traducerea și adaptarea din limba engleză în limba română, de către Todiriță (2008). Au fost decelați 6 factori care ar putea prezice comportamentul violent:

1. Calitățile comunicative și sociale;
2. Abuzul de substanțe;
3. Experiența abuzului în familia de proveniență;
4. Boala simulată;
5. Homofobia internalizată;
6. Diferențele de status.

SCALA REVIZUITĂ PENTRU ABUZUL ÎN CUPLURILE DE LESBIENE

Acest chestionar vă adresează întrebări cu referire la diferite aspecte ale relației dumneavoastră cu partenera. Întrebările se referă la opinia dumneavoastră în legătură cu sentimentele și comportamentele partenerei. Vă rugăm să completați cât se poate de precis prin alegerea unui număr de la 1 la 7 pe linia dinaintea fiecărui enunț. Alegeți numărul care se potrivește cât mai bine cu situațiile dumneavoastră de viață conform scalei de mai jos:

- 1 = Niciodată
- 2 = Foarte rar
- 3 = Destul de rar
- 4 = Uneori
- 5 = Destul de des
- 6 = Foarte des
- 7 = Întotdeauna

Partenera mea. . .

1. _____ are/a avut așteptări prea mari de la mine.
2. _____ mă controlează/mă controla.
3. _____ bea alcool în cantități prea mari.
4. _____ a fost abuzată sexual de un membru al familiei ei.

5. _____ se plânge/se plângea de dureri fizice.
6. _____ amenință/amenința că va spune persoanelor care nu știu/nu știau că sunt lesbiană.
7. _____ se simte/se simțea rușinată că eu provin dintr-o familie cu o situație materială inferioară familiei ei.
8. _____ se contrazice/se contrazicea cu mine în legătură cu probleme ne semnificative.
9. _____ consumă/consuma mai mult de 2 băuturi alcoolice pe zi.
10. _____ a fost abuzată fizic de un membru al familiei ei.
11. _____ se așteaptă/se aștepta să îmi organizez timpul în funcție de al ei (ex.: să o aștept).
12. _____ se îmbată/se îmbăta.
13. _____ acuză/acuza multe dureri fizice cărora medicii nu le găsesc/nu le gaseau nicio explicație.
14. _____ amenință/amenința că „mă va da afară” împotriva voinței mele.
15. _____ strigă/striga la mine.
16. _____ devine/devenea agresivă/abuzivă când este/era beată sau drogată.
17. _____ se simte/se simțea stânjenită că știe/știa mai multe decât știu/știam eu.
18. _____ simte/simțea nevoia să îmi controleze comportamentele în situații sociale.
19. _____ îmi spune/spunea lucruri urâte când e/era beată sau drogată.
20. _____ a fost abuzată emoțional de cineva din familia ei.
21. _____ mi se plânge/plângea că este bolnavă, dar refuză/refuza să consulte un medic.
22. _____ se enervează/se enerva dacă îmi petrec/petreceam timpul cu prietenii/prietenele.
23. _____ este/era o bețivă furioasă/violentă.
24. _____ provine dintr-o familie care a folosit violența fizică în certuri.
25. _____ nu vrea/nu vroia să discut despre relația noastră cu prietenii/prietenele mele.

Conform studiului desfășurat de autorii scalei (McClennen și colab., 2002), scala *LE-PAS-R* are capacitatea de a discrimina între lesbienele abuzate și cele non-abuzate în cuplu.

IV.3. Descoperirea homosexualității în adolescență

Atașamentul emoțional și fizic față de persoane de același sex, asociat repertoriului de fantasme homosexuale, debutează în adolescență. Descoperirea homosexualității se face, pentru 87% dintre homosexuali, cel târziu la vârsta de 17 ani, în plină perioadă „genitală”, când se depistează „obiectul sexual”. O descoperire precoce a homofiliilor pare a fi corelată cu o depistare rapidă a sexualității între 14-16 ani (jocuri sexuale, masturbație și atracție pentru bărbați virili). Cu cât tendința homosexuală este conștientizată mai devreme, cu atât structurarea homosexuală a subiectului este mai puternică (Bon, 1975).

Descoperirea tardivă a tendințelor homofile relevă în general o mai slabă pulsivitate sexuală. Vârsta primei experiențe homosexuale este în medie cuprinsă între 15-17 ani și corespunde în linii mari cu vârsta primului raport heterosexual. Cu cât primul raport homosexual este mai precoce, cu atât:

- debutul vieții sexuale a fost mai precoce;
- sexualitatea este acceptată fără culpabilizare;
- există mai mult preferința pentru rolul pasiv în coitul anal;
- structurarea personalității lor pare a fi homosexuală.

Vârsta medie a primului partener homosexual este de 18-20 de ani și este în general cu un an mai mare decât a primului partener masculin dintr-o relație heterosexuală. Partenerul care inițiază subiectul în homosexualitate are în medie cu 4 ani mai mult decât el. Descoperirea homosexualității nu se face fără suferință. Astfel, 43% dintre homosexuali au suferit descoperindu-și orientarea sexuală și 50% dintre adolescenții credincioși au avut conflicte la prima experiență homosexuală în legătură cu credințele lor (Bon și colab., 1974). Cei mai vulnerabili față de stigmatizare, izolare de anturaj și de familie sunt adolescenții, încă imaturi psihologic, care trăiesc sentimentul eclozării identității homosexuale, continuând să nutrească nevoia de apartenență la un grup de prieteni și dependență față de familie. Adolescenții sunt în mod deosebit vulnerabili față de homofilie, teama irațională față de homosexualitate, care este resimțită de toate elementele din societate și care este facilitată de mediatizarea modelului specific care validează heterosexualitatea și descurajează homosexualitatea (Mogoș, 1998).

Adolescenții care s-au culpabilizat cel mai mult au fost supuși unei autorități parentale inadecvate, excesive, care le-a creat un supraeu puternic generator de angoase puternice (Bon, 1975).

Culpabilizarea antrenează un retard al activității sexuale, adolescentul în cauză neavând jocuri sexuale, prima experiență homosexuală survenind în jurul vârstei de 21 de ani, urmată de deprinderi homosexuale regulate la 25 de ani. Adolescentul culpabilizat discută de regulă despre descoperirea orientării lui sexuale cu părinții sau cu un preot, care îi condamnă atitudinea. S-a constatat că adolescenții care-și ascund homosexualitatea se culpabilizează mai puțin.

Dintr-un studiu efectuat de M. Bon (1975) rezultă că: 62% dintre adolescenți nu au destăinuit nimănui tendințele lor homosexuale, 18% au relatat acest lucru unor prieteni adulți, 14% unui preot și 3% părinților. Aceasta demonstrează dificultatea confierii, majoritatea adolescenților homofili considerându-se singurii din această categorie, situația părându-li-se monstruoasă. Dialogul cu părinții se dovedește a fi mai dificil decât cel cu prietenii sau cu un preot. Homosexualii cei mai echilibrați psihic se recrutează dintre cei care s-au destăinuit la vârsta adolescenței unor alte persoane decât preoților și/sau părinților.

Aceasta confirmă rolul esențial al educației sexuale în școli, în fața incapacității relative a consilierii spirituale tradiționale în acest caz.

Adolescenții culpabilizați devin homosexuali adulți incapabili să trăiască în cuplu.

22% dintre homosexuali întrețin relații sexuale înainte de 18 ani. Se consideră că aceștia au avut o copilărie fericită și nu au suferit în momentul descoperirii orientării homosexuale. Totodată, acești adolescenți s-au masturbat cel puțin o dată pe zi și n-au făcut nicio pauză între prima lor experiență homosexuală și activitatea lor regulată. Ei preferă parteneri fie mai în vârstă decât ei (simbol al imaginii protectoare a tatălui și a inițiatorului lor), fie adolescenți (imagine a lor înșiși, la debutul activității homosexuale). Ei se gândesc că în cuplul homofilic, rolurile trebuie să semene cu cele din cuplul heterosexual, feminin și masculin, frecvent ei optând pentru cel feminin.

Deci homofili cu activitate regulată sub 18 ani sunt puternic homofili și foarte deculpabilizați. Pentru o treime dintre homosexuali nu există nicio întrerupere între prima experiență homosexuală și viața homosexuală regulată. În general, întreruperea medie este de 3 ani (Bon și colab., 1974).

IV.4. Familiile homosexualilor

Problemele pe care le întâmpină homosexualii în cadrul familiei se aseamănă de multe ori celor întâlnite în cuplurile heterosexuale. Mulți dintre aceștia cresc copii, numărul lor crescând în ultimii 20 de ani. Se estimează că în Statele Unite există între 3 - 8 milioane de homosexuali și lesbiene, care cresc între 6 și 14 milioane de copii. Desigur, acordarea

custodiei unei persoane homosexuale a fost îndelung discutată. În urma studiilor care au comparat copiii crescuți de părinți homosexuali sau lesbiene cu cei crescuți de părinți heterosexuali, nu au fost găsite diferențe în ceea ce privește conceptul de sine, locusul de control, raționamentul moral, inteligența, comportamentul legat de rolul sexual, natura relațiilor sau a orientării sexuale. S-a concluzionat că acei copii care sunt crescuți de părinți homosexuali nu au o mai mare probabilitate de a adopta o orientare homosexuală decât cei crescuți de părinți heterosexuali.

De asemenea, este foarte probabil ca părinții homosexuali sau lesbiene să aibă o atitudine suportivă, și nu una de condamnare față de o orientare non-heterosexuală a copilului lor.

Pe de altă parte, au fost studii care au evidențiat faptul că părinții-lesbiene și copiii crescuți de aceștia se confruntă cu o serie de riscuri speciale ca urmare a statutului legal incert.

Flaks și colab., citați de Strickland (1995), au comparat copiii cu vârste cuprinse între 3 și 10 ani, proveniți din 15 familii de lesbiene prin procedura de inseminare artificială, cu 15 copii proveniți din familii heterosexuale. Familiile erau constituite din albi, aveau o bună educație, iar selecția lor s-a făcut prin voluntariat. De asemenea, copiii corespundeau din punct de vedere comparativ în ceea ce privește nivelul de inteligență și cel de adaptare. Rezultatele au arătat că, în comparație cu tații, dar nu și cu mamele din familiile heterosexuale, cuplurile de lesbiene au demonstrat mai multe abilități parentale, au identificat mai multe probleme și au găsit mai multe soluții în ceea ce privește îngrijirea copiilor.

Pentru a putea spune, însă, în ce măsură o structură familială atipică este la fel de eficientă în creșterea și educarea copiilor, sunt necesare evaluări nu numai în timpul copilăriei, ci și în adolescență și mai târziu. Există și studii care indică existența mai multor simptome de stres la copiii crescuți în familii non-heterosexuale, datorate atât stigmatizării sociale la care acești copii sunt expuși, cât și unor carențe educative în ceea ce privește asumarea rolului sexual sau o permisivitate excesivă pentru activități care nu corespund genului copilului. Pe de altă parte, diferențele nu trebuie neapărat identificate ca deficite. Este posibil ca acești copii să dezvolte o atitudine mult mai tolerantă, mai empatică, caracterizată de o mai mare acceptare a celor din jur.

IV.5. Tehnici și preferințe homosexuale

Printre practicile homosexuale cel mai des utilizate, figurează: felația (17%), masturbarea reciprocă (10%, reprezintă o formă imatură de sexualitate specifică adolescenților), coitul anal (34% preferă ambele variante: activ și pasiv; 21% exclusiv coitul anal activ și 15% cel pasiv).

Alte activități presupun stimularea mamelonară și mângâierea reciprocă, erotizarea zonei anale (anilingus), inserția anală de corpi străini, clisme erotice și fisting (introducerea pumnului în canalul anal), utilizarea de instrumente pentru stimulare vaginală, cunilingusul (raportul buco-genital între lesbiene), tribadimsul (stimularea clitorisului prin frecare unul de altul), diferite practici sado-masochiste (Mogoș, 1998).

Singurele diferențe erotice dintre heterosexuali și homosexuali sunt că adolescenții heterosexuali nu pot avea coit anal pasiv, în timp ce homosexualii nu pot avea coit vaginal, iar adolescentele lesbiene nu pot avea nici coit vaginal, nici coit anal cu un penis (Bon și colab., 1974).

Există trei profiluri psihologice ale homosexualilor care preferă coitul anal:

1. Homofiliile care preferă coitul anal pasiv au avut jocuri specifice fetelor în copilărie și s-au simțit ca niște fete „ratate”. Prima experiență homosexuală a fost coitul anal pasiv, care corespunde cu preferințele actuale. Debutul relațiilor de acest tip s-a făcut sub 18 ani, iar partenerul lor a fost de aceeași vârstă sau mai tânăr;
2. Homofiliile care preferă coitul anal activ au avut o copilărie cu jocuri de băieți și nu s-au simțit niciodată niște fete „ratate”. Prima lor experiență homosexuală a survenit peste 17 ani, prin masturbație reciprocă, cu un partener de aceeași vârstă sau mai mic. Au în prezent în jur de 30 de ani și preferă adolescenții și pe cei mai tineri decât ei, cu alură efeminată. Nu acceptă infidelitatea;
3. Homofiliile care preferă atât coitul anal activ, cât și pe cel pasiv, acceptă mai ușor infidelitatea și acordă cea mai mare importanță relațiilor sexuale (Bon, 1975).

Din punctul de vedere al partenerilor preferați, majoritatea preferă parteneri mai tineri decât ei, 1/2 preferă adolescenți, 4% sunt pederastați, 1/3 preferă parteneri de aceeași vârstă și 1/5 parteneri mai în vârstă decât ei. 83% au preferințe pentru parteneri cu alură virilă, 12% pe cei cu alură efeminată, iar 5% ambele categorii. 82% dintre homosexualii cărora le plac partenerii efeminați preferă în același timp adolescenții sau pe cei mai tineri decât ei (Bon, 1975).

Din punctul de vedere al frecvenței raporturilor homosexuale, s-a constatat că acei care au un cuplu stabil, au în medie 11 raporturi pe lună: 57% au mai multe raporturi pe săptămână, 28% au 1 raport pe săptămână și 13% au raporturi lunare sau mai rare.

Studii ample au demonstrat că relațiile dintre homosexuali și dintre lesbiene poartă o puternică încărcătură afectivă, un atașament profund și frecvent, de lungă durată, cu satisfacție deplină pe plan sexual (4/5 dintre ei). Homosexualii care au raporturi sexuale rare și trăiesc în cupluri culpabilizate, nu au satisfacții sexuale, viața sexuală având pentru 14% dintre ei un rol secundar sau chiar nul. Acești din urmă subiecți au prezentat culpabilizare încă de la descoperirea orientării lor sexuale în adolescență și practică cel mai frecvent masturbația reciprocă și/sau coitul bucal (Bon și colab., 1974).

Procesele fiziologice implicând orgasmul la homosexuali nu diferă față de cele care survin în cadrul relațiilor heterosexuale sau prin masturbație (Olteanu și colab., 1997).

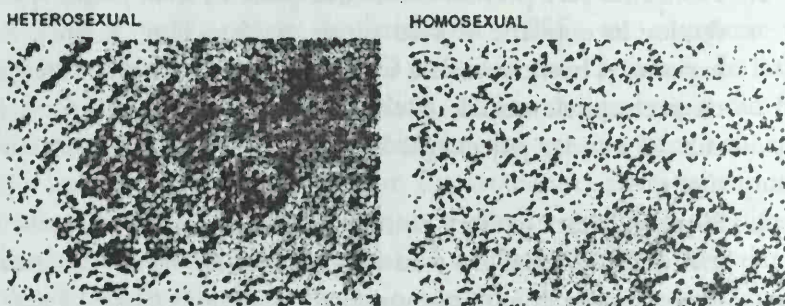


Fig. 7. Diferențe în densitatea celulară în INAH3 la un homosexual, față de un heterosexual (Le Vay, 1991)

IV.6. Determinismul homosexualității

Problematica homosexualității este complexă și controversată și, pentru înțelegerea mai profundă a factorilor multipli implicați în orientarea și identitatea homosexuală, este necesar un demers pluri/interdisciplinar: psihosocial, sociologic, antropologic, psihoneuroendocrin, genetic, bazat pe o concepție interacționistă (Derevenco, 1997).

S-au adus unele argumente neuroanatomice privind determinismul biologic al homosexualității de către (LeVay, 1991, 1994), care au arătat că nucleul 3 din hipotalamusul anterior (INAH 3) are dimensiuni de 2-3 ori mai mici la bărbații homosexuali decât la cei heterosexuali (fig.7). Alte cercetări s-au referit la influențele hormonale apărute în cursul dezvoltării prenatale și postnatale timpurii asupra orientării sexuale (Derevenco, 1997).

Se consideră că una dintre cauzele biologice ale homosexualității masculine constă în deficitul prenatal de androgeni și în insuficiența masculinizării și a defeminizării. Un exces prenatal de androgeni mediază homosexualitatea sau bisexualitatea feminină. Alte studii au urmărit relațiile dintre homosexualitate și stres, stabilindu-se că stresul matern poate constitui o determinantă a orientării homosexuale a adolescenților, prin scăderea secreției de testosteron și hiperprolactinemie (Ruper, 1996). Se presupune că și stresul ambiental chimic mărește incidența homosexualității.

Cercetările privind homosexualitatea au indicat faptul că frații gemeni univitelini aveau în proporție de 57% comportament homosexual, spre deosebire de 24%, cât s-a consemnat la gemenii bivitelini, și doar 13% la frați (Le Vay, 1994).

Hammer și colab. (1993) au arătat că din 40 de frați homosexuali, 83% dintre perechi prezentau fragmente comune în zona Xq28 a brațului lung al cromozomului X. Un argument în favoarea rolului cromozomului X la definirea orientării sexuale este observația că, printre rudele masculine din partea mamei, incidența homosexualității masculine este mai mare decât printre rudele paterne. Se pare că și homosexualitatea feminină are caracter familial (Bailey și colab., 1993).

Existența unui determinism biologic nu exclude influența factorilor psihologici care marchează dezvoltarea postnatală. În acest context, relațiile copilului și adolescentului cu mediul familial joacă un rol definitor. Orientarea homosexuală pare să fie evident facilitată de lipsa modelului patern de identificare („tatăl absent” în mod real sau prin personalitatea dominatoare și hiperprotectivă a mamei, care-i împiedică identificarea cu modelul patern și apare preferința pentru subiecți de același sex).

Conform psihanalizatorilor, ar lipsi rezolvarea la momentul oportun a „complexului Oedip”, tradus prin atașament față de mamă și amplificarea „friei de castrare”, în prezența unui tată rigid și incapabil de comunicare reală. Astfel, se produce deturnarea definitivă a interesului față de sexul feminin, pentru evitarea competiției cu tatăl „castrator”.

În alte situații, familia dezorganizată sau intens conflictuală determină copilul și adolescentul să refuze să trăiască după modelul nefericit al uniunii heterosexuale.

Este posibil ca mediul familial să contribuie la dezvoltarea unei predispoziții genetice, neurohormonale, fragilizând și mai mult personalitatea adolescentului, în sensul conversiunii spre homosexualitate, care, ulterior, se poate fixa prin intrarea în mediul homosexual (Mogoș, 1998).

IV.7. Conduita terapeutică

Deoarece homosexualitatea nu mai este considerată o boală, tratamentul acesteia este controversat. În prezent, majoritatea eforturilor terapeutice se situează în sfera asistenței psihologice a homosexualilor, cu scopul de a le compatibiliza orientarea sexuală cu contextul normelor sociale. Psihoterapia este foarte importantă, alături de consiliere, având drept obiectiv obținerea confortului subiecților, în special al celor cu forme egodistonice, care se consideră „stigmatizați”.

O atenție deosebită trebuie acordată adolescenților homosexuali, vulnerabili la dificultățile de exprimare, la puternicul sentiment de culpă și izolare față de grup și marginalizare. În aceste situații, trebuie consiliată și familia adolescentului, în sensul acceptării sale.

Tratamentele prin psihanaliză și hipnoză nu au reușit să modifice orientarea homosexuală, ci doar să reducă angoasa homosexualilor.

În unele delikte (pedofilie, viol de tip homosexual), se pot aplica tratamente cu antiandrogeni (acetat de medroxiprogesteron sau analogi de LH-RH) care diminuează selectiv dorința unor acte care transgresează legea.

Se pot aplica și unele tratamente aversive, care constau în expunerea subiectului la substanțe emetizante sau la șocuri electrice, în paralel cu expunerea la imagini sugestive, care stimulează excitația erotică homosexuală (Mogoș, 1998).

De asemenea, trebuie făcută profilaxia sau tratamentul bolilor cu transmitere sexuală (în special a infecției cu HIV).

V

Tulburările de identitate sexuală și parafiliile la adolescenți

V.1. Tulburarea de identitate sexuală a adolescenței

Tulburarea de identitate sexuală a adolescenței se caracterizează prin disconfortul și sentimentul de inadecvare în legătură cu propriul sex, ceea ce favorizează travestirea frecventă pe plan imaginar sau real în rolul celuilalt sex, cu debut postpubertar.

Spre deosebire de fetișismul transvestic, purtarea hainelor sexului opus nu se face cu scopul de a obține excitație sexuală. De asemenea, tulburarea de identitate sexuală a adolescenței se deosebește și de transsexualism, care presupune o preocupare îndelungată (de cel puțin doi ani) pentru modificarea caracteristicilor sexuale primare și secundare și pentru transformarea în sexul opus (DSM-IV-TR, 2003).

Nu există date cu privire la prevalența acestei tulburări, care este mai frecventă la adolescenți decât la adolescente. Există trei subtipuri ale tulburării, în funcție de istoricul orientării sexuale:

- 1) *forma asexuală*, în care adolescentul afirmă că nu a avut niciodată dorințe sexuale puternice;
- 2) *forma homosexuală*, în care predomină excitația de tip homosexual, care poate precede debutul tulburării;
- 3) *forma heterosexuală*, în care este prevalentă orientarea sexuală spre sexul opus.

Deși debutul tulburării poate fi localizat în unele cazuri în perioada copilăriei, diagnosticul este pus doar în perioada adolescenței. Travestirea adolescenților este progresivă, fiind inițial parțială și devenind apoi totală și tot mai habituală (Bancroft, 1983; Zbranca, 1998).

Datorită travestirii, adolescenții au conflicte cu anturajul și cu familia, putând prezenta frecvent anxietate și depresie. Cea mai frecventă

complicație este transsexualismul. De asemenea, unele cazuri evoluează spre homosexualitate.

Ilustrativ în acest sens, este cazul unui adolescent (D.V. în vârstă de 16 ani), internat de mai multe ori în Clinica de Neuropsihiatrie a copilului și adolescentului din Cluj-Napoca, pentru tulburări de identitate sexuală, începând cu vârsta de 13 ani (V. Lupu și colab., 1997).

Din anamneză, a rezultat faptul că fusese abuzat sexual la vârsta de 5 ani de către un verișor de 20 de ani și apoi de către alte persoane din anturajul său. Treptat, el a început să joace rolul de fată, jucându-se cu păpușile, plăcându-i să coase, să tricoteze, să se îmbrace în haine femeiești și, în general, să aibă propensiune pentru toate activitățile feminine.

În jurul vârstei de 13 ani, timp de câteva luni, el a cochetat cu ideea schimbării chirurgicale a caracterelor sexuale, dar această tendință a fost trecătoare, nepermițând încadrarea cazului în transsexualism. Foarte semnificativ din punct de vedere psihodiagnostic a fost „desenul familiei”, efectuat de pacient, cu ocazia primei sale internări, de la 13 ani.

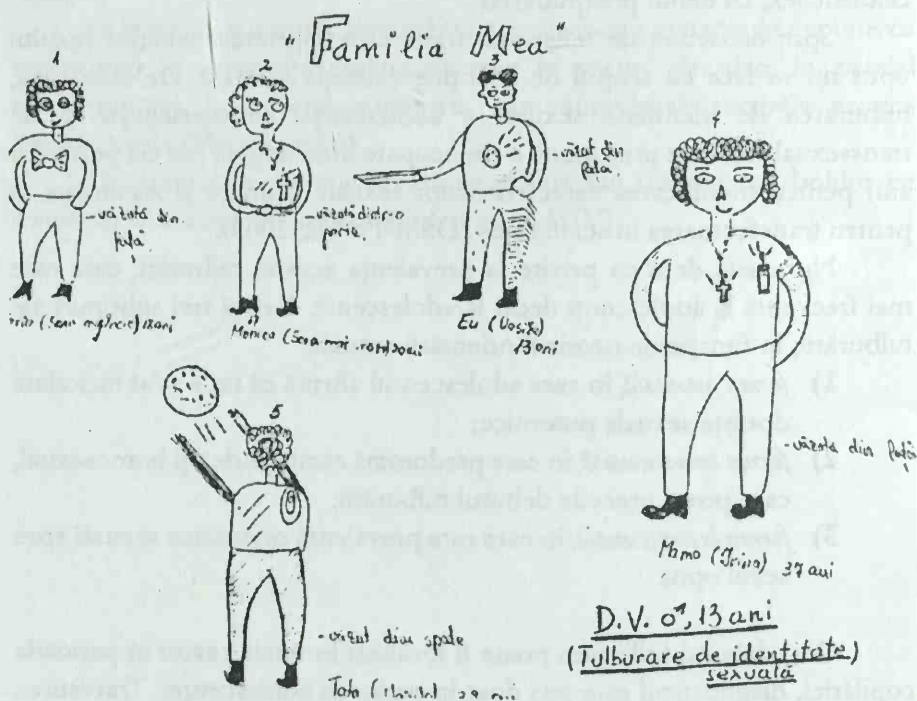


Fig. 8. Desen efectuat de un adolescent cu tulburare de identitate sexuală

În desen se remarcă lipsa de diferențiere a îmbrăcăminții întregii familii, toți purtând pantaloni. Figurile centrale erau cele feminine: mama și cele două surori mai mari, în timp ce figura paternă era marginalizată (tatăl era alcoolic și agresiv), fiind reprezentată văzută din spate, aruncând o minge, care se regăsește pe tricoul pacientului (probabil un mecanism proiectiv prin care și exprima dorința rezultată din frustrarea de a nu fi mai apropiat de tatăl său, cu care a refuzat să se identifice). A fost interesantă și reprezentarea lui cu un simbol feminin pe tricou, mai aproape de „inimă” decât simbolul falic din mâna sa dreaptă, care parcă nu făcea parte integrantă din el și care se putea interpreta și ca instrument care i-ar putea asigura schimbarea sexului.

Evoluția sa în timp a consemnat virarea de la tulburarea de identitate sexuală a adolescenței înspre homosexualitate.

Diagnosticul poate fi pus corect conform criteriilor de diagnostic din DSM-IV-TR, și anume:

- A. Disconfort persistent și recurent și sentimentul de inadecvare în legătură cu propriul sex atribuit;
- B. Travestirea persistentă sau recurentă în rolul celuilalt sex, fie pe plan imaginar, fie în realitate, dar nu în scopul excitației sexuale (ca în fetișismul transvestic);
- C. Nicio preocupare persistentă (pentru cel puțin doi ani), în legătură cu debarasarea de propriile caractere sexuale primare și secundare și căpătarea caracterelor sexuale ale celuilalt sex (ca în transsexualism);
- D. Persoana a ajuns la pubertate.

De specificat istoricul orientării sexuale: asexuală, homosexuală, heterosexuală sau nespecificată.

V.2. Parafiliile întâlnite la adolescenți

Parafiliile sunt caracterizate prin excitație ca răspuns la obiectele sau situațiile sexuale, care nu sunt parte a unor patternuri normative de activitate de excitare și care, în diverse grade, pot interfera cu capacitatea pentru o activitate sexuală afectuoasă (DSM-IV-TR, 2003). Deși în alte clasificări aceste tulburări sunt denumite deviații sexuale, se pare că termenul de parafilie este cel mai indicat, deoarece el subliniază că deviația (*para*) constă în ceva spre care este atrasă (*filia*) persoana.

În sistemele actuale de clasificări DSM-IV-TR și ICD-10 sunt codificate următoarele forme de parafilii, care pot să debuteze încă de la vârsta adolescenței:

- 1) Exhibiționismul;
- 2) Fetișismul;
- 3) Froteurismul;

- 4) Pedofilia;
- 5) Masochismul sexual;
- 6) Sadismul sexual;
- 7) Fetișismul transvestic;
- 8) Voyerismul.

În afară de cele 8 forme, există și o categorie reziduală: parafilia fără altă specificație, în care se pot încadra formele mai rare, care se referă la anumite obiecte sau situații sexuale particulare, cum ar fi: a) scatologia telefonică (indecența); b) necrofilia (cadavre); c) parțialism (concentrarea exclusivă asupra unei părți a corpului); d) zoofilia (animale); e) coprofilia (fecale); f) clismofilia (clismă); g) urofilia (urină).

Din punctul de vedere al severității manifestărilor, parafiliiile pot fi clasificate în: ușoare (persoana suferă din cauza impulsurilor specifice, dar nu a acționat niciodată conform lor); moderate (persoana a acționat ocazional conform impulsului specific) și severe (persoana a acționat în mod repetat conform impulsului parafilic).

V.2.1. Exhițiționismul

Tulburarea se manifestă prin impulsuri sexuale intense, repetitive și fantezii excitante sexual, cu o durată de cel puțin șase luni, implicând expunerea organelor genitale proprii, unor străini, urmată de masturbație, fără a exista vreo tentativă de agresare a victimei (DSM-IV-TR, 2003; Bancroft, 1983).

Debutul este în adolescență și se întâlnește aproape exclusiv la sexul masculin, victimele fiind de regulă copilele sau femeile adulte. Exhițiționismul trebuie diferențiat de pedofilie (în care expunerea organelor genitale reprezintă preludiul activității sexuale cu copilul) și de urinatul în public, motiv cu care se scuză uneori adolescentul exhițiționist (Gelder și colab., 1991).

V.2.2. Fetișismul

Tulburarea se manifestă prin impulsuri sexuale intense, repetitive și fantezii erotice, cu o durată de cel puțin șase luni, implicând utilizarea de fetișuri (obiecte neînsuflețite, cum ar fi: sutiene, chiloți de damă, ciorapi, pantofi, cizme sau alte articole de îmbrăcăminte) (DSM-IV-TR, 2003).

Fetișismul se însoțește frecvent de masturbație care apare în timp ce adolescentul ține în mână, mângâie sau miroase fetișul. În absența fetișului, poate exista o imposibilitate de erecție la adolescenți (Kaplan și colab., 1985).

Debutul tulburării se consemnează în adolescență și trebuie diferențiată în principal de fetișismul transvestic în care excitația este concentrată la articolele de îmbrăcăminte utilizate în travestire.

V.2.3. Froteurismul

Tulburarea se manifestă prin impulsuri sexuale intense, repetitive și fantezii erotice, cu o durată de cel puțin șase luni, implicând atingerea și frecarea de o persoană care nu consimte acest lucru. De obicei, froteurul comite actul în locuri aglomerate (piețe, trotuare suprapopulate, mijloace de transport în comun) asupra unor persoane atrăgătoare pentru ei și îmbrăcate corespunzător gusturilor lor. În timp ce adolescentul froteur își freacă organele genitale de coapsele sau fundul victimei sau îi atinge organele genitale sau sânii cu mâinile, acesta își imaginează o relație afectuoasă, exclusivă cu victima sa (DSM-IV, 1994; Gelder și colab., 1991).

Cele mai frecvente acte de froteurism sunt comise între 15-25 ani și mulți adolescenți cu froteurism au început să practice aceste acte după ce au observat pe alții comițând acte asemănătoare. Froteurismul trebuie diferențiat de activitatea sexuală normală, care implică și atingerea sau mângâierea partenerului, dar liber consimțită, și de comportamentul de discontrol al impulsurilor care survine la unii schizofreni (Wiener și colab., 1995).

V.2.4. Pedofilia

Tulburarea constă în apariția unor impulsuri sexuale intense, repetitive și fantezii erotice, cu o durată de cel puțin șase luni, implicând relații sexuale cu un copil prepuber (cu vârsta de 13 ani sau mai puțin). Vârsta pedofilului este de 16 ani sau mai mult și o depășește pe cea a victimei cu cel puțin 5 ani (DSM-IV-TR, 2003; Kaplan și colab., 1985).

Mulți adolescenți care prezintă această tulburare au fost la rândul lor abuzați în copilărie. O parte semnificativă dintre pedofili sunt atrași de fetițe și de băieți, deși atracția mai ales pentru fetițele de 8-10 ani este de două ori mai frecventă decât cea pentru băieți de peste 10 ani (Gelder și colab., 1991).

Gradul de abuzare sexuală a copiilor este variabil, începând cu dezbrăcarea copilului și privirea lui, până la actele sexuale complete pe căile naturale sau prin practicarea unor perversiuni.

Pedofilia trebuie diferențiată de actele sexuale izolate cu copiii, de exhibiționism și de actele sexuale survenite în cadrul unor afecțiuni care diminuează discernământul, cum ar fi: schizofrenia, retardul mintal, intoxicația alcoolică (Kaplan și colab., 1985).

V.2.5. Sadismul și masochismul sexual

Aceste tulburări opuse se manifestă prin impulsuri sexuale intense, repetitive și fantezii erotice, cu o durată de cel puțin șase luni, implicând acte care produc suferința psihică sau fizică (inclusiv umilire) a victimei, respectiv actul de a fi umilit, bătut, lezat sau făcut să sufere, cu scopul de a produce excitație sexuală (DSM IV-TR, 2003). Ambele tulburări se pot întâlni și la adolescent. Se pot reuni cupluri sado-masochiste care consimt la astfel de relații. Există însă și sadism sexual îndreptat asupra unor parteneri care nu consimt, pericolul cel mai mare fiind constituit de vătămarea gravă sau chiaruciderea victimei. Sadismul sexual trebuie diferențiat de viol. Studiile efectuate pe violatori indică faptul că mai puțin de 10% au sadism sexual (Kaplan și colab., 1985).

Adolescenții cu masochism sexual pot să prezinte concomitent și fetișism, fetișism transvestic sau sadism sexual.

Cea mai periculoasă formă de masochism sexual este „hipoxifilia” care implică excitarea sexuală prin privarea de oxigen cu ajutorul unui laț, ligaturi, punji de plastic, măști, substanțe volatile, prin compresiune toracică, în cursul căreia poate surveni moartea accidentală, care trebuie deosebită de suicid sau homicid (Gelder și colab., 1991).

Ambele tulburări au o evoluție cronică și o intensitate variabilă.

V.2.6. Fetișismul transvestic

Tulburarea constă în apariția unor impulsuri sexuale intense, repetitive și fantezii erotice, cu o durată de cel puțin șase luni, implicând travestirea cu îmbrăcăminte feminină.

Debutul acestui tip de parafilie este în copilărie sau în adolescența timpurie și a fost descris numai la adolescenții heterosexuali și trebuie diferențiat de tulburarea de identitate sexuală la vârsta adolescenței, de transsexualism și de masochismul sexual (DSM-IV-TR, 2003; Gelder și colab., 1991).

Se consemnează frecvent în istoricul adolescenților cu această tulburare, „pedeapsa fustiței” (pedeapsa umilirii unui băiat prin îmbrăcarea lui cu haine femeiești).

Adolescentul travestit de regulă se masturbează în timpul în care poartă unul sau mai multe articole de îmbrăcăminte femeiești, imaginându-și că alți bărbați sunt atrași de el ca femeie. Deși preferința fundamentală este heterosexuale, pot să apară și unele acte homosexuale ocazionale (Gelder și colab., 1991).

V.2.7. Voyerismul (Scoptofilia)

Tulburarea se manifestă prin apariția unor impulsuri sexuale intense, repetitive și fantezii erotice, cu o durată de cel puțin șase luni, legate de actul de a observa de regulă persoane străine, care nu suspectează nimic, care sunt fie nude sau în cursul dezbrăcării, fie angajate într-un act sexual (DSM-IV-TR, 2003). „Peepingul” (privitul pe gaura cheii) este efectuat pentru obținerea excitației sexuale, urmate imediat sau la distanță în timp de masturbație. În formele cele mai severe, voyerismul constituie forma exclusivă de activitate sexuală.

Debutul voyerismului are loc de regulă înaintea vârstei de 15 ani și evoluția sa poate fi cronică (Wiener și colab., 1995).

Voyerismul trebuie diferențiat de activitatea sexuală normală, care include adesea excitația sexuală prin observarea nudității și a dezbrăcatului, dar ca un preludiv al activității sexuale cu persoana observată. De asemenea, se impune diagnosticul diferențial cu pornografia observării („*watching pornography*”) filmată sau pe viu, în care persoanele observate știu că sunt văzute (DSM IV-TR, 2003).



Fig. 3. Faza de excitație în voyerismul cronic (după Kaplan, 1981)

- (1) Faza de excitație
- (2) Faza de relaxare
- (3) Faza de ejaculare (orgasm)
- (4) Faza de apăsare și de somnolență

VI Noțiuni de bază în sexologie

VI.1. Problema comunicării într-un cuplu. Boala conjugală

Într-un cuplu, legal constituit sau nu, problemele care se pun cel mai frecvent sunt legate de o sexualitate în dificultate. Lipsa de comunicare este cel mai frecvent cauza, și nu rezultatul.

Prin absența dialogului, prin imposibilitatea deseori pudică de a-și exprima propriile nevoi, uneori cuplul cade în incomprehensiune. Pe măsură ce comunicarea scade, sexualitatea se degradează și violența și agresivitatea se dezvoltă tot mai mult.

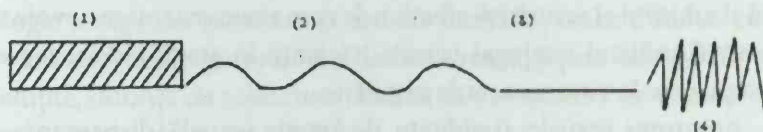


Fig. 9. Fazele comunicării în relația de cuplu
(Adaptare după Vellay, 1975)

- (1) Faza euforică
- (2) Faza ciclotimă
- (3) Faza de liniște (rutină)
- (4) Faza de agresivitate și de revoltă

În faza euforică (1), cuvintele au o mică importanță, afectivitatea dominând totul și deformând chiar realitatea;

În faza ciclotimă (2), există alternanța dintre perioadele faste, în care dialogul este posibil, cuvintele având același sens pentru amândoi, cu

perioadele negative în care dialogul devine imposibil, cuvintele nemaiaivând același sens și valoare pentru cei doi;

În faza de liniște (rutină) (3), cei doi sunt neutri sau fiecare se închide în el însuși și nu mai simte nevoia să se exprime și nici să fie înțeles;

În faza de agresivitate și de revoltă (4) se exprimă violența verbală necontrolată, interpretările dominând obiectivitatea, apriorismul înlocuind logica. Se ajunge în situația în care cei doi nu mai au nimic să-și spună.

VI.1.1. Boala conjugală

Boala conjugală se manifestă prin simptome variate în funcție de structura de personalitate a soților și de natura relației conjugale. Există 3 categorii de simptome care pot apărea:

1) *Simptome mascate*: oboseala, depresia, etilismul, care sunt puse inițial pe seama condițiilor externe. Pentru a disimula problemele, se dă vina pe societate, serviciu, copii, soacră. Mecanismul de proiecție este o tentație facilă care permite deculpabilizarea. Alcoolismul unuia dintre soți cauzează insatisfacție conjugală.

2) *Simptome psihosomatice*:

- simptome digestive, explicabile prin faptul că prin sfera digestivă stabilim înainte de instalarea limbajului, primul dialog interpersonal. Alimentul nu e numai un factor energetic care întreține viața, ci este un vehicul al iubirii și al securității afective de care avem mai mare nevoie decât de hrană. Conflictul conjugal trimite pacienții în stadiile de insecuritate afectivă pe care le-au cunoscut în copilărie.

- simptome sexuale: frigiditate, disfuncție sexuală, dispareunie.

Femeia recurge la aceasta pentru a-i arăta soțului că ea contestă climatul familial și discrepanța dintre așteptare și realitate. Bărbatul, prin disfuncția sexuală, își manifestă frica față de o femeie dominatoare, care-l agresează și îi accentuează neîncrederea în sine.

3) *Tulburări de comunicare*

Dialogul se aseamănă cu 2 aparate TV, deschise la programe diferite și puse față în față, sau liniște între „combatanți” (omisiune și disimulare) (Tordjman, 1975).

Evoluția bolii conjugale depinde de factorul timp.

Ea poate fi favorabilă dacă, spontan sau prin intervenție, cuplul reușește să-și stabilească comunicarea pe dublul plan al senzațiilor și al afectivității. Evoluția nefavorabilă poate fi precoce sau tardivă. Cea precoce apare din primele zile de coabitare, când imaginea reală a partenerului este foarte îndepărtată de proiecția ideologică. Se găsește în fața unor impostori. Decepția tardivă are un mecanism diferit. Este vorba mai degrabă de propria transformare decât de vina partenerului.

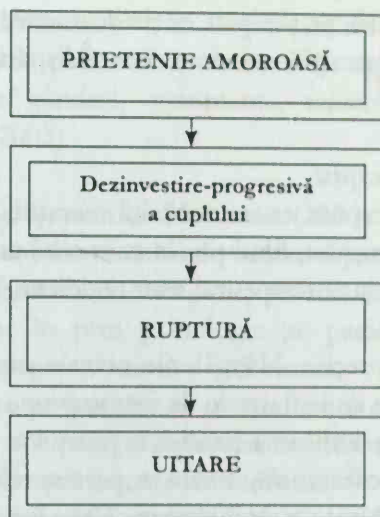


Fig. 10. Evoluția nefavorabilă a unei relații de cuplu

VI.2. Principiile generale ale sexoterapiei (Masters și Johnson)

Primul principiu

Masters și Johnson (1971) afirmă că tulburările sexuale reprezintă o patologie a cuplului și refuză să trateze individul izolat. Numai cuplurile care vin la consultație împreună și demonstrează, și prin sacrificii financiare consimțite, dorința de schimbare, merită să fie tratate. Prin această selecție se explică multe dintre reușitele lor.

Al doilea principiu

Tratamentul în sexologie trebuie făcut în cuplu de terapeuți de sexe opuse, fapt care are 2 avantaje: favorizează identificările reciproce ale celor 2 soți în timpul terapiei și limitează transferurile.

Al treilea principiu

Masters și Johnson își bazează terapia pe exercițiul erotic dirijat pentru educarea senzorială progresivă. Toate organele de simț trebuie să-și regăsească locul: învățarea senzațiilor tactile neutre precede atingerea genitală în căutarea zonelor erogene ale partenerului. Auzul este solicitat prin muzică și prin vorbele personalizate. Nu e indiferent dacă se vorbește sau se tace în timpul actului sexual. Limbajul îndrăgostiților sau expresiile triviale colorate cu lucruri interzise cresc dorința. Loșionile lubrifiante, parfumurile variate, de asemenea. Mirosul floral, mirosul de lavandă,

stabilesc legătura între olfacție și pipăit, ce țin de rinencefal. Aceste exerciții au 2 obiective: descoperirea plăcerii simțurilor și dispariția temerilor legate de actul sexual.

Al patrulea principiu

Terapia este concepută ca un veritabil maraton de 15 zile. Cuplul este scos din decorul obișnuit, fiind pus în contextul unei vacanțe erotice. Întâlnirile cu terapeutul și coterapeutul sunt cotidiene, inclusiv sâmbătă și duminică.

Directivele sunt precise. Mângâierile sexuale sunt permise doar în a 5-a și a 6-a zi, în timp ce tentativele de intromisiune nu sunt autorizate decât din ziua a 8-a cu indicarea precisă a pozițiilor erotice. Alibiurile obișnuite (oboseala profesională, boală a partenerului, călătorii), care reprezintă eschivări deghizate, sunt înlăturate, fără a le permite partenerilor să se evite. Deci Masters și Johnson au asociat psihoterapia cu reeducarea senzorială și erotică.

VI.3. Abilitățile necesare sexterapeutului

Spence (1991) citat de Vișan, 2003, a desemnat următoarele calități pe care ar trebui să le îndeplinească un sexterapeut de succes:

- 1) Posibilitatea de a discuta despre subiecte sexuale fără anxietate;
- 2) Folosirea terminologiei sexuale, fără sentimente de jenă;
- 3) Utilizarea unor cunoștințe adecvate referitoare la comportamentul sexual și determinantii lui;
- 4) Abilitatea de a asculta și de a răspunde empatic;
- 5) Generarea expectanței pozitive față de tratament;
- 6) Prezența competentă, profesională;
- 7) Concentrarea atenției cuplului pe planul de discuție;
- 8) Adaptarea planului de discuție în funcție de nevoile afișate;
- 9) Capacitatea de a face cuplul să se simtă în largul lui, relaxat, implicarea umorului într-o manieră profesională (nu se fac glume pe seama pacientului, ci se poate glumi doar pe seama unui comportament de-al lui).

Rosenau (2002) arată că sexterapeutul, în formarea lui pentru dialog trebuie să realizeze următoarele etape:

- a. Acceptarea și înțelegerea propriei sexualități - nu poți consilia și dialoga pe teme sexuale, până nu te-ai confruntat cu propriile subiecte din acest domeniu;

- b. Desensibilizarea în ceea ce privește discutarea temelor sexuale, astfel încât pacientul să se simtă în siguranță când își exprimă propriile gânduri, sentimente, temeri din domeniul sexual (Vișan, 2003).

Lankton (1990), citat de Holdevici (2000a și b), enumeră calitățile unui terapeut eficient din punctul de vedere al pacientului:

- a. Să fie fermecător, simpatic, să aibă încredere în sine și să-i stimuleze în plan psihologic pe pacienți; să nu fie pisălog, plicticos, agresiv sau să-i dădăcească;
- b. Să-l ajute pe pacient să se confrunte cu realitatea, prezentă și viitoare, să fie interesat de aceasta și să nu fie excesiv de preocupat de experiențele trecute ale acestuia;
- c. Să nu eticheteze pacientul și să-i stabilească acestuia criterii exterioare și artificiale de sănătate și eficiență;
- d. Să fie omenos și să aibă simțul umorului.

Abordarea tulburărilor sexuale se poate face sub forma consilierii de scurtă durată sau a terapiei sexuale (Vișan, 2003).

Consilierea include furnizarea unor informații cu caracter educațional în următoarele situații:

- disfuncția sexuală este de dată recentă și nu prezintă complicații; cuplul are nevoie de educație sexuală;
- partenerii au încercat să-și rezolve singuri problema;
- nu e clar dacă se impune terapia sexuală, dar, oricum, consilierea poate reprezenta o abordare preliminară.

Terapia sexuală este indicată când:

1. problema sexuală are o durată mai lungă (cel puțin de câteva luni);
2. eforturile cuplului de a-și rezolva problemele fără ajutor au eșuat;
3. problema este generată sau menținută de factori psihologici: aversiunea față de sex, anxietatea de performanță, imagine de sine scăzută;
4. problema amenință să distrugă relația.

Aspecte care trebuie luate în considerare înainte de acceptarea unui pacient sau cuplu în terapia sexuală:

- *existența unei implicații organice în disfuncția sexuală*, caz în care abordarea psihologică poate fi cel mult o completare a intervenției medicale;

- *calitatea relației dintre parteneri* - o problemă sexuală are repercusiuni asupra relației maritale și insatisfacția sexuală este mai mare dacă relația este deteriorată. Este necesară evaluarea atentă pentru a stabili relația cauză-efect între problema sexuală și maritală. Deci cuplul are dificultăți sexuale ca simptom al relației familiale deteriorate și se indică terapia maritală. În celelalte cazuri, se începe cu o terapie sexuală cu integrarea unor tehnici de ameliorare a relației dintre parteneri.
- *existența unor psihopatologii majore* contraindică terapia sexuală.
- *motivația pe care o au cei 2 parteneri* pentru terapie și pentru rezolvarea problemei amintite. Uneori, unul dintre membrii cuplului vine doar la insistențele partenerului, fără a avea dorința de a se implica în terapie sau sunt cazuri în care a luat deja decizia de a se despărți de partener și are nevoie de terapeut pentru a-i furniza suport celui părăsit.

Dacă motivația este insuficientă, nu se inițiază terapia sexuală. Această situație apare când unul dintre parteneri se implică într-o relație extraconjugală sau dacă unul dintre pacienți este alcoolic, având o compliantă redusă și prezentând dificultăți relaționale cu partenerul (Vișan, 2003).

Holdevici (2000b) descrie următoarele etape ale terapiei sexuale:

- evaluare;
- formularea problemei;
- tema pentru acasă;
- consiliere;
- educare;
- terminarea terapiei;
- ședința de verificare.

Rezultatele metodei

Masters și Johnson au tratat în clinica din Saint Louis cazuri de aversiune sexuală, ejaculare precoce, absența ejaculării, disfuncție sexuală primară și secundară, vaginism și absența orgasmului feminin, având în 80% dintre cazuri rezultate pozitive și doar în 20% dintre cazuri au înregistrat eșecuri, spre deosebire de intervențiile prin psihanaliză, în care s-au consemnat rezultate pozitive la 57% dintre bărbați și 25% dintre femei.

VI.4. Modelele comportamentale și terapiile sexuale

Dezvoltarea terapiilor sexuale s-a făcut în ultimii ani în paralel cu aplicațiile clinice ale modelelor cognitiv-comportamentale. Astfel, desensibilizarea sistematică, utilizând principiul inhibiției reciproce, a devenit tratamentul bine codificat al componentei anxioase din disfuncțiile sexuale (Heim, 1987).

Masters și Johnson (1966) au dezvoltat un program de analiză și de tratament al disfuncțiilor sexuale, care nu sunt explicit comportamentale, dar care au caracteristici apropiate de acest model:

- analiză detaliată a comportamentului sexual;
- obiective terapeutice precise;
- tehnici structurale.

Kaplan (1974) a asociat terapiile comportamentale celor psihodinamice într-o abordare a problemelor sexuale, care survin fie în faza de excitație, fie în faza orgasmică. Atunci când cauzele aparțin prezentului, se aplică tehnici comportamentale, iar dacă sunt mai vechi, se utilizează metodele psihodinamice. O analiză a eșecurilor prin abandon a terapiilor sexuale l-a făcut pe Kaplan să introducă și noțiunea de disfuncție sexuală a fazei de „dorință”.

LoPiccolo (1978) a dezvoltat un model strict comportamental de analiză și de terapie a disfuncțiilor sexuale. Analiza comportamentală a problemei permite efectuarea unei evaluări, cu stabilirea unui obiectiv terapeutic și căutarea unei metode terapeutice adaptate la context. Desensibilizarea sistematică este asociată cu teme de casă progresive, o reducere a răspunsurilor anxioase și o ameliorare a comunicării.

Lucrările comportamentaliste din ultimii ani au integrat demersurile comportamentale cu cele cognitive.

Jehu (1979) a propus asocierea tehnicilor sexologice cu tehnicile cognitive, vizând o schimbare a atitudinilor.

Ylief și Fontaine (1980, 1981) au dezvoltat un model de analiză funcțională care asociază variabilele actuale și istoricul pacientului și al partenerului, în vederea unei strategii multimodale adaptate obiectivelor terapeutice diversificate.

Variabilitatea modelelor comportamentale

Cercetarea eficacității terapiilor este o caracteristică a abordării comportamentaliste. O terapie comportamentală se construiește pe o ipoteză formulată asupra informațiilor obținute prin analiză comportamentală, o tehnică terapeutică validată pentru problemă și pe o metodă de evaluare a problemei.

Terapiile sexuale sunt comportamentale, în măsura în care ele se ocupă de factori ambientali și interpersonalii care operează pentru menținerea problemei sexuale (Brady, 1976).

Marks (1981) a făcut o metaanaliză a unor lucrări de cercetare din domeniul diferitelor disfuncții sexuale, ajungând la următoarele concluzii:

- în disfuncțiile sexuale, desensibilizarea sistematică, exercițiile dirijate, antrenamentul comunicării sunt cele mai eficiente;
- în disfuncția sexuală, antrenarea comunicării sexuale este cea mai eficientă;
- în frigiditate, desensibilizarea este mai eficientă în grup, decât individual; filmele video ameliorează desensibilizarea;
- în indiferența sexuală, ședințele lunare sunt la fel de eficiente ca și ședințele săptămânale;
- în anorgasmie, desensibilizarea sistematică, exercițiile dirijate, antrenamentul comunicării sexuale sunt cele mai eficiente.

Aceste studii controlate au permis evaluarea eficacității diferitelor variabile ale terapiilor sexuale:

- un cuplu de terapeuți nu este mai eficient decât unul singur;
- tratamentul unui subiect dă aceleași rezultate ca și tratamentul cuplului (Lobitz și Baker, 1979);
- ședințele terapeutice mai spațiate sunt mai eficiente decât ședințele frecvente;
- cuplurile tratate în grup se ameliorează la fel de repede ca și cuplurile tratate singure;
- motivațiile egale sunt necesare pentru eficacitatea terapiei de cuplu.

VI.4.1. Analiza comportamentală

Analiza comportamentală a unei disfuncții sexuale are ca obiectiv precizarea și cuantificarea diferitelor variabile care generează comportamentul problemă. Este vorba despre un interviu activ, condus de terapeut în colaborare cu pacientul, care vor căuta pe toate canalele interferențiale posibile să stabilească un program terapeutic individualizat. Formularea problemei sexuale într-un vocabular adaptat cuplului și terapeutului poate fi favorizată prin lectura unei cărți de sexologie. Disfuncția sexuală trebuie descrisă în termeni preciși, cu caracteristicile fiziologice (frecvență, intensitate), reacții emoționale și cogniții adiacente. Evaluarea făcută în cadrul unor interviuri structurate, poate fi completată printr-o evaluare psihofiziologică generală (ritm cardiac, respirator) sau genitală (pletismografie). Pentru a îmbunătăți capacitatea de observație a

partenerilor, se pot folosi grile de observație, cum ar fi: „Daily record form” (Lobitz și colab., 1978).

Analiza modalităților de declanșare se va focaliza pe antecedentele imediate ale comportamentului (mediu, loc, stimulare sexuală, reactivitate, fantasmă, cogniții) și asupra antecedentelor istorice ale partenerilor (dezvoltarea sexualității, disfuncții anterioare, educație). Consecințele problemelor sexuale trebuie evaluate atât la nivel individual (anxietate, depresie, fobie sexuală), cât și la nivelul funcționării cuplului. În acest scop, se poate folosi un chestionar de tipul *Scalei fericirii conjugale* (Azrin, 1973). Informațiile obținute din interiorul cuplului pot fi completate prin utilizarea unor chestionare sexuale standardizate, cum ar fi:

- *Chestionarul excitației sexuale* (Hoon și Wincze, 1976);
- *Inventarul comportamentului sexual* (Annon, 1975);
- *Chestionarul autoevaluărilor problemelor sexuale feminine și masculine* (Cottraux, 1985).

În urma analizei funcționale, terapeutul trebuie să fie capabil să formuleze o ipoteză argumentată asupra mecanismelor învățării și a menținerii comportamentului-problemă și să poată propune o terapie adaptată, sexologică, de antrenament al comunicării (de manieră cognitivistă), pe care cuplul să o accepte și să o pună în practică.

VI.4.2. Tehnici terapeutice

Din analiza lucrărilor comportamentaliste ale ultimilor ani asupra tratamentului disfuncțiilor sexuale, rezultă următoarele linii „directoare”, care pot fi utile practicianului psihoterapeut:

Componenta „anxietate” a disfuncțiilor sexuale poate fi tratată prin tehnici de relaxare și de desensibilizare sistematică (Wolpe, 1975), care permit subiectului să evoce sub relaxare o ierarhie a situațiilor sexuale, crescătoare, cu grad anxiogen.

Expunerea progresivă la situații sexuale ierarhizate în funcție de parteneri, permite dezvoltarea unor noi comportamente sexuale, de exemplu: sensibilizarea corporală (Kaplan, 1974), care propune cuplurilor exerciții de comunicare sexuală, adaptate în funcție de situația lor, de fantasmele lor și de reactivitatea lor, pe care le vor transpune în practică, de manieră sistematizată. Ei vor fi atât actori, cât și observatori ai propriilor comportamente. Observațiile vor permite terapeuților să-și orienteze exercițiile.

Dificultățile de comunicare în cuplu, asociate problemelor sexuale, sunt tratate eficient prin terapiile de cuplu (Wright, 1985). O analiză funcțională a comunicării în cuplu permite stabilirea unor înțelegeri

care vor ameliora abilitățile de rezolvare a problemelor și schimbarea. Schimbarea comunicării generale duce și la formarea unei mai bune adaptări la schimbările sexuale.

Afirmarea eului și tehnicile de antrenament al comunicării vor permite ameliorarea formulării problemelor și definirea soluțiilor adoptate (Beaudry și Boisvert, 1988).

Procedurile tratamentului comportamental al disfuncțiilor sexuale, care asociază diferitele modele comportamentale, prezintă o axă de reducere a anxietății sexuale și o axă a dezvoltării comportamentului sexual adoptat.

Aceste terapii produc o ameliorare generală a comunicării sexuale. Cuplul, care are o bună motivație, va pune în practică un program de antrenament de modificare a sexualității. Coitul fiind interzis, se vor practica diferite exerciții ierarhizate (expunere progresivă) și se vor dezvolta comportamente sexuale satisfăcătoare. Este necesară o frecvență bună a exercițiilor, de asemenea și o bună verbalizare cu ocazia schimbărilor (modificărilor cognitive). Ședințele cu terapeutul permit o evaluare și o orientare a terapiei.

Asociat cu acest demers general, fiecare disfuncție sexuală va fi abordată printr-o tehnică specifică:

a. La bărbați:

- disfuncția sexuală este tratată prin desensibilizare sistematică și expunere progresivă;
- ejacularea precoce este tratată prin relaxare, desensibilizare sistematică, tehnici de tip stop-start;
- absența ejaculării este tratată printr-un antrenament al masturbației cu expunere progresivă și program de afirmare a sinelui.

b. La femeie:

- vaginismul se tratează prin relaxare și expunere progresivă la partener;
- anorgasmia este tratată prin antrenamentul masturbației cu expunerea progresivă și program de afirmare a sinelui. Fiecare terapie este o combinație a tehnicilor generale și specifice, adaptate problemei de cuplu. În aceste terapii este foarte importantă ideologia sexuală, care trebuie adaptată mesajelor sociale în permanentă schimbare.

VI.4.3. Un model cognitiv-comportamental pentru diagnosticul și tratamentul disfuncției sexuale la bărbat

1. Cauze ale problemelor sexuale

- Dintre cauzele fizice ale problemelor sexuale la bărbați, enumerăm următoarele:
- boala cardio-vasculară (de exemplu: ateroscleroza, hipertensiune);
- condiții endocrinologice (de exemplu: tulburările glandei tiroide);
- condiții genito-urinare;
- tulburări neurologice (de exemplu: scleroza multiplă).

Acești factori afectează funcția erectilă și/sau ejaculatorie, dar și interesul sexual.

Modelul lui Hawton (1985, citat de Baker, 1993), formulează etiologia psihologică a disfuncției sexuale în termeni de: factori predispozanți, precipitatori și de menținere.

- Printre factorii predispozanți*, se numără experiențele timpurii (relații de familie dizarmonice, informație sexuală neadecvată, experiențe traumatice).
- Factorii de precipitare* sunt relativi la expectanțe nerealiste, dificultăți maritale și/sau disfuncții la partener, înaintarea în vârstă, reacții la factori organici, depresie, anxietate. Un studiu realizat la *Max Planck Institute of Psychiatry* din Munchen arată că hormonii sexuali sunt secretați diferit de bărbați sever depresivi decât de cei non-depresivi. Concentrația scăzută de testosteron reflectă tulburări ale funcției gonadale. Reducerea secreției de testosteron este principalul mecanism prin care depresia reduce funcția sexuală.

Anxietatea este mecanismul prin care apare eșecul erectil (Hale și Strassberg, 1990). Autorii au realizat un studiu în care au fost implicați 54 de bărbați (21-46 de ani), care, vizionând filme erotice, au primit diferite informații (pe baza „măsurătorilor” fiziologice).

- a) Grupul I a primit feed-back neutru;
- b) Cei din grupul II au fost anunțați că vor primi un șoc electric dureros;
- c) Celor din grupul al III-lea li s-a spus că nivelul lor de arousal era sub normal (feed-back negativ).

Rezultatele au arătat că în cazurile b) și c) au fost utilizate strategii care au interferat cu arousal-ul sexual, având ca efect faptul că grijile pe care subiecții și le făceau privitor la sănătatea lor fizică sau psihică sexuală le-au afectat nivelul de arousal.

Durerile, rumațiile, grijile distrag atenția. Emoțiile negative intense tind să reducă activitatea sexuală și performanța, dar asocierea nu este foarte strânsă. Se pare că, deși depresia reduce funcția sexuală, ea crește ocazional chiar și în aceste condiții (Watson și Davies, 1997).

- C. *Factorii de menținere*, atât fizici, cât și psihici. Împreună cu stresorii vieții cotidiene (de exemplu: probleme financiare, profesionale), pot contribui la perpetuarea în timp a problemelor particulare. Astfel de probleme sunt: anticiparea eșecului sexual, comunicarea redusă sau resentimente în relații, anxietatea de performanță. În cazul anxietății, deficitul poate fi la nivel atențional (Watson și Davies, 1997); subiecții se focalizează pe performanță, se așteaptă la eșec și nu se concentrează pe senzualitate pentru a face dragoste.

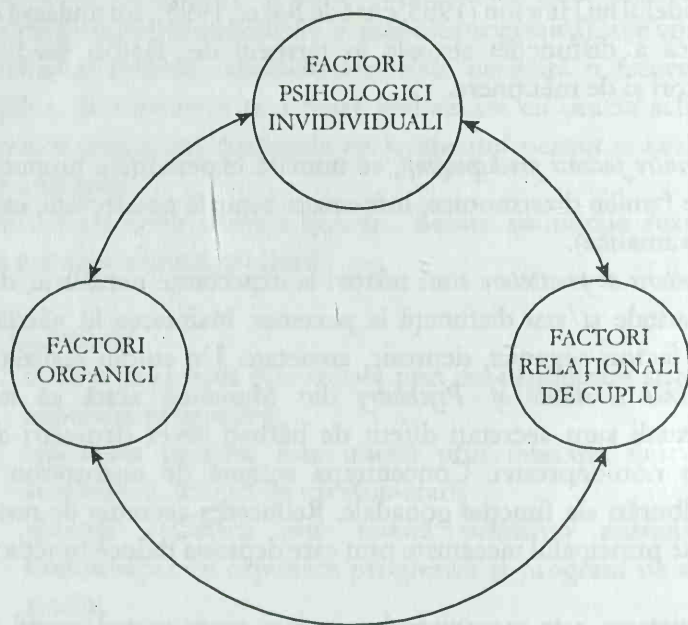


Fig. 11. Intricarea diferiților factori etiologici în tulburările sexuale masculine (adaptare după Tignol și colab., 1987)

2. Terapia cognitiv-comportamentală

A. *Ideea centrală* de la care pleacă este restructurarea asumpțiilor disfuncționale și a gândurilor automate negative asociate, care se presupune că mențin simptomatologia. Modelul din fig. 12 este adaptat după cele utilizate în formularea și tratamentul depresiei.

Explorarea relației specifice dintre gândurile automate negative și disfuncționale în menținerea problemelor sexuale nu a fost studiată, exprimată în mod sistematic. Atitudinea pacientului față de „problema”

sa este instrumentul menținerii disfuncției sexuale. Rezultă de aici că în terapie, centrul de greutate vor fi cognițiile: ajustarea asumpțiilor false sau nerealiste despre ceea ce constituie împlinirea sexuală. Studii realizate de Baker și colab. (1988) arată că bărbații care au disfuncții sexuale (mai ales ejaculare prematură și probleme erectile) au o serie de mituri sexuale, cum ar fi: „sexul complet necesită erecție”. Aceste mituri vizează comportamente sexuale așteptate, care se pot încadra într-un model fantezist asupra sexului. Rezultatele i-au condus pe autori la concluzia că, odată eliminați ceilalți factori etiologici (sau în paralel cu eliminarea lor), factorii cognitivi fac ținta unei terapii eficiente a disfuncțiilor sexuale.

B. *Experiența timpurie* este fundamentul pentru unele asumpții de bază legate de rolurile sexuale, prin comportament învățat, întărit, observat. Spre exemplu, întărirea sau pedepsirea unor comportamente ca nefiind „masculine” sau „feminine” (de exemplu: băieții nu plâng), contribuie la achiziționarea repertoriului de răspunsuri și, mai mult decât atât, predispun la menținerea dificultăților sexuale de mai târziu, din viață.

Educația sexuală din școli este insuficientă și incompletă. Spre exemplu, nu se tinde spre formarea unei imagini a relației sexuale, văzute global, care ar trebui să includă noțiuni ca: dragoste, devotament, respect mutual în cuplu. Baker, în 1993, arăta că majoritatea subiecților intervievați au obținut informații despre sexualitate, nu din școală, ci de la prieteni sau din mass-media. Accesul liber la filme cu conținut erotic promovează un model utopic, al bărbatului și al performanțelor sexuale.

Toate informațiile acumulate în timp, formează expectanțele ulterioare asupra modului cum ar trebui să se comporte sexual și asupra așteptărilor pe care să le aibă de la partenerul potențial.

C. *Asumpțiile disfuncționale* sunt un set de credințe despre comportamentul dezirabil. Ele sunt considerate disfuncționale dacă sunt viziuni rigide și stereotipe despre „masculinitate” (de exemplu: „În sex, ca peste tot, performanța contează”, „Sexul este totuna cu penetrarea propriu-zisă”, „Sexul trebuie să fie spontan și natural”). Aceste asumpții, dacă sunt pertinente în menținerea stresului individual în relația sexuală, creează expectanțe nerealiste privind experiența sexuală „ideală”. Incidentele critice le pot activa.

D. *Gândurile automate negative* sunt relaționate cu performanța sexuală și cu consecințele negative care apar în urma disfuncției (de exemplu: „Nevasta mă va părăsi dacă voi continua să-mi pierd erecția” sau „Nu voi mai putea niciodată să mă mai bucur de sex ca înainte”). Acestea pot fi, în anumite cazuri, reprezentative, pentru un pattern general de gândire și de comportament.

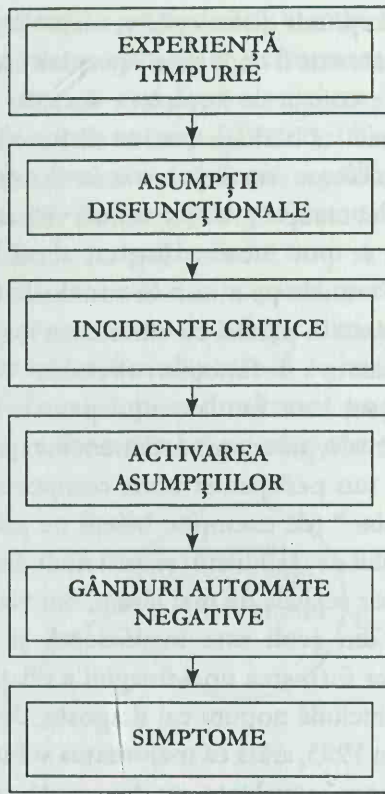


Fig. 12. Modelul apariției simptomelor de disfuncție sexuală

E. *Incidentele critice* sunt acele situații în care bărbatul își percepe „eșecul” sexual (de exemplu: „Am terminat prea repede.”). Modul în care subiectul va „rezolva” incidentul critic depinde de asumțiile sale despre rolul în relație, ca și de criteriile satisfacției sexuale: unii bărbați îl acceptă ca o performanță imperfectă sau ca pe ceva care pur și simplu se mai întâmplă. Abilitatea de a accepta o arie mai largă de activități sexuale (în termeni de „rezultate”), îl protejează pe bărbat de catastrofări sau de evaluări în „alb și negru”. Bărbații disfuncționali au o mai mare discrepanță între „eul ideal” și „eul real”, privind atributele sexuale.

În urma incidentului critic, sunt posibile două căi (fig.13):

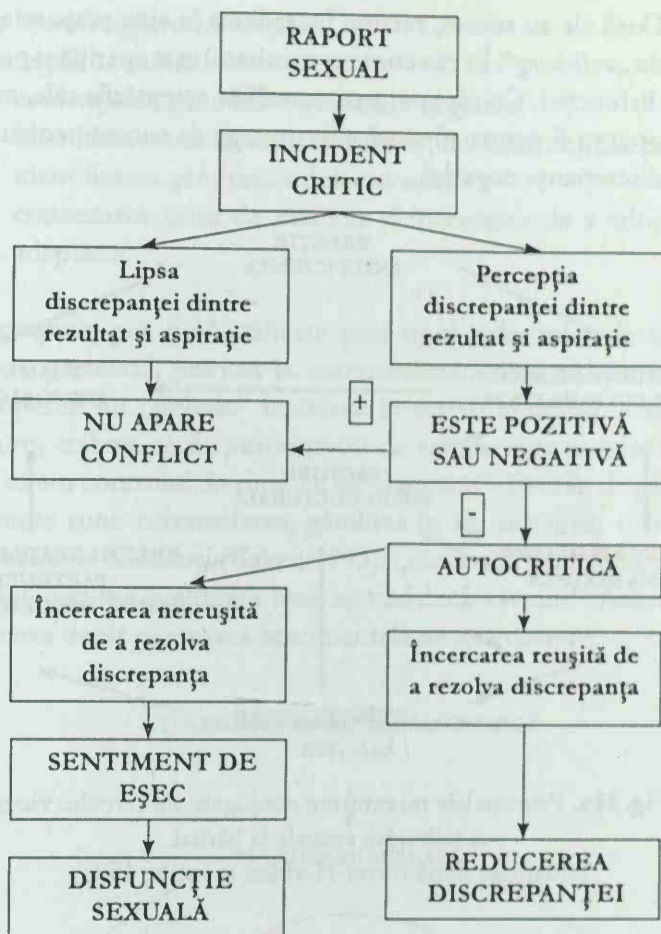


Fig. 13. Menținerea disfuncției sexuale

1. Bărbatul nu percepe nicio discrepanță între așteptări și rezultat, în sensul că nu apreciază performanța sa sexuală în termeni de eșec sau de succes. Consecutiv, nu apare nici discrepanța dintre „eul ideal” și „eul real”.

2. În cazul în care percepe discrepanța, există două posibilități:

2.1. *pozitivă*: a obținut mai mult decât se aștepta (de exemplu: Un bărbat care se aștepta la eșec poate să nu-l aibă, deci nu apare discrepanța). În acest caz, incidentul critic rupe acea „*negativ self-fulfilling prophecy*”.

2.2. *negativă*: ceea ce a reușit este sub nivelul ideal (de exemplu: își pierde erecția pe parcurs, deși se aștepta să aibă o performanță de succes). În consecință, el poate încerca să reducă discrepanța, prin diferite tehnici (de exemplu: încurajări din partea partenerului).

Dacă ele au succes, mențin încrederea în sine și apare sentimentul de „well-being”. În caz contrar, rezultatul este apariția și perpetuarea disfuncției. Cu cât sunt mai nerealistele așteptările sale, cu atât mai greu va fi pentru el să adopte strategii de succes pentru a rezolva discrepanța negativă.

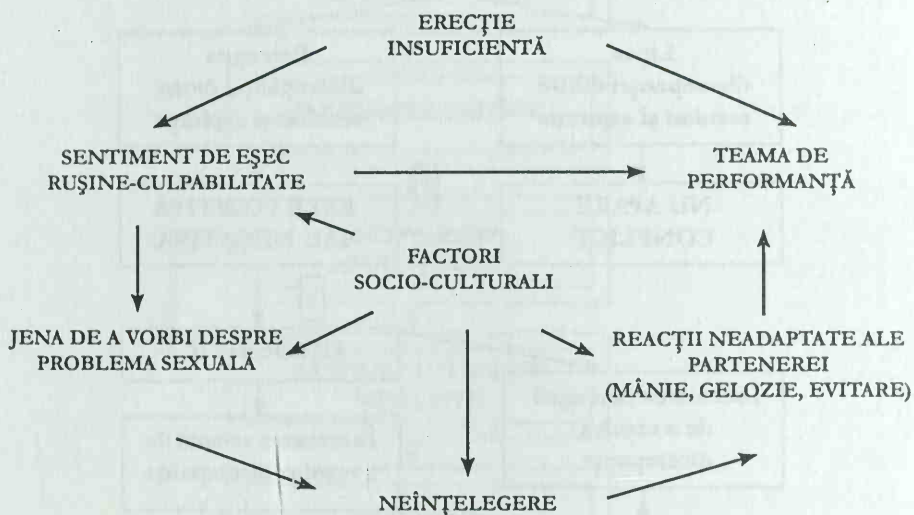


Fig. 14a. Principalele mecanisme conjugate ale cercului vicios al tulburării sexuale la bărbat
(Adaptare după Buvat-Herbaut și colab., 1987)



Fig. 14b. Principalele mecanisme ale cercului vicios al apariției tulburării sexuale la bărbat
(Adaptare după Buvat-Herbaut și colab., 1987)

F. Aspectele cognitive ale terapiei

Strategiile se referă la:

- evidențierea gândurilor automate negative;
- identificarea miturilor sau a disfuncțiilor în asumțiile pacientului;
- identificarea gândurilor defectuoase;
- contestarea celor de mai sus și încercarea de a adopta un rol adaptativ.

Asumțiile pot fi identificate prin tipul judecăților de valoare pe care le face pacientul, privitor la comportamentul sexual propriu sau al altora. Imperiul lui „trebuie” tronează în astfel de asumții rigide. „Ca bărbat, sunt, trebuie să fiu responsabil de satisfacerea partenerii mele”; „Trebuie să am controlul, în timp ce fac dragoste”. Erorile de gândire cele mai frecvente sunt: catastrofarea, gândirea în alb și negru, abstractizarea selectivă, saltul la concluzii (Baker, 1993): „nimic din performanța mea nu e bun”, „uitându-mă la ultimele luni, nu văd decât eșecuri”. Aceste gânduri nu fac altceva decât să crească sentimentele de neajutorare.

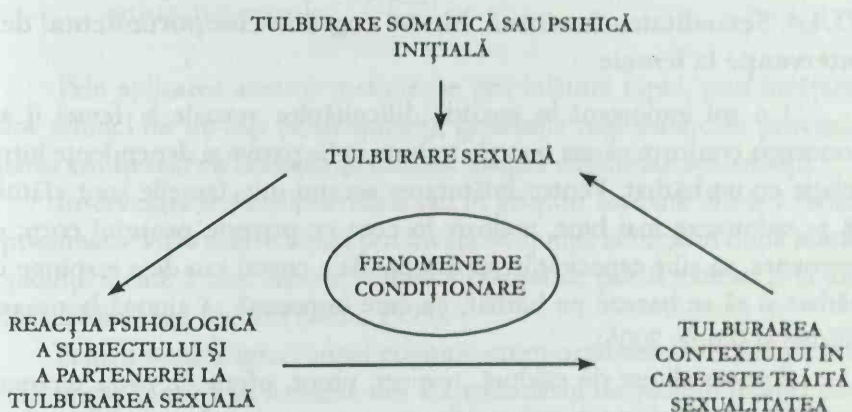


Fig. 15. Cercul vicios al tulburării sexuale
(Adaptare după Buvat-Herbaut și colab., 1987)

G. Aspecte comportamentale. O tehnică foarte utilă este discutarea expectanțelor sexuale în cadrul relației dintre pacient și partener (dacă este posibil). Acestea pot fi uneori foarte diferite. O asumție comună o reprezintă faptul că, dacă performanța a fost slabă, partenera va fi nemulțumită și el se va compara cu alți parteneri mai buni. Discuția deschisă relevă gândurile greșite (citirea gândurilor) și pune sub semnul întrebării asumția că rolul principal al bărbatului în relație este să ofere plăcere.

S-a constatat că este foarte dificil pentru unii bărbați să renunțe la „produse” sau „scopuri” finale în actul sexual (erecție, orgasm). Ei sunt antrenați să se concentreze pe și să obțină plăcere dintr-un număr diferit de părți ale corpului în sine, și nu ca preludiu pentru penetrare și orgasm. Aceste exerciții sunt modalități de a se relaxa și de a învăța câte ceva despre propriul corp și al partenerii. În plus, favorizează o mai bună înțelegere despre ceea ce înseamnă „a face dragoste”.

O abordare comună este de a-i instrui (prin teme de casă) să nu dea atenție condițiilor care ar interfera cu actul sexual (de exemplu: anxietate, nesiguranța relației, exces de alcool, mediu nerelaxant). Temele includ descoperirea condițiilor pentru relaxare și a acelor care sunt favorabile pentru actul sexual. Înregistrarea gândurilor automate negative, ca și lectura unor materiale educaționale relevante, sunt componente importante în contestarea credințelor și a asumpțiilor.

Exercițiile tradiționale (de exemplu: stop-start) sunt introduse doar dacă sunt utile terapiei de bază, cognitive și doar dacă clientul le consideră relevante și acceptabile (Cottraux, 1979; Gregoire, 1999).

VI.4.4. Sexualitatea feminină. Model cognitiv-comportamental de intervenție la femeie

Un rol important în apariția dificultăților sexuale la femei îl are concepția conform căreia femeile trebuie să fie pasive și dependente într-o relație cu un bărbat. Pentru înlăturarea acestui mit, femeile sunt sfătuite să se valorizeze mai bine, inclusiv în ceea ce privește propriul corp; de asemenea, să aibă capacitățile (abilitățile) de a cuceri sau de a respinge un bărbat și să se bazeze pe bărbat, cu care împreună să ajungă la orgasm (Walen și Wolfe, 2005).

Într-un climat de căldură, respect, umor, oferit de către terapeut, femeia poate să-și conștientizeze funcția sa ca persoană și să-și dezvolte o relație pozitivă cu ea însăși și cu propriul corp și să preia în responsabilitatea proprie obținerea plăcerii sexuale și a orgasmului.

Acest model se deosebește de celelalte modele de intervenție prin faptul că se focalizează nu numai pe modificări comportamentale sau pe achiziția de noi abilități prin sexterapie, ci și pe obținerea unui set mai extins de abilități în vederea restructurării unor atitudini și cogniții, care cauzează disfuncțiile sexuale și provoacă distress emoțional.

Scopurile (obiectivele) intervenției terapeutice sunt:

- 1) Sprijinirea femeii, așa încât să devină mai degajată atunci când discută despre sexualitatea sa cu alții;

- 2) Dezvăluirea și înlăturarea miturilor sexuale eronate, care interferează cu autonomia și autodeterminarea în viața sexuală și în celelalte domenii ale vieții;
- 3) Achiziția de noi cunoștințe privind anatomia și fiziologia sexualității feminine și a igienei sexuale;
- 4) O mai bună autocunoaștere din partea femeii și sentimente confortabile în legătură cu propriul corp, dobândite prin auto-explorare și masturbație directă;
- 5) Recomandarea de a-și crește plăcerea sexuală și activismul sexual; informațiile primite contribuind la diversificarea repertoriului sexual;
- 6) Îndepărtarea blocajelor emoționale care stau în calea libertății sexuale (sentimente de vinovăție, anxietate, autodeprecie și furie), prin înlăturarea cognițiilor iraționale;
- 7) Ameliorarea abilității asertive a femeii față de ea însăși și a capacităților acesteia de a-i comunica partenerului preferințele sale sexuale;
- 8) Dezvoltarea unor planuri pentru amplificarea continuă a satisfacției sexuale.

Prin aplicarea acestor metode, se pot înlătura rapid, prin învățarea unor tehnici de *self-help* (auto-ajutare), gândurile iraționale care provoacă distress emoțional cu consecințe inclusiv asupra exprimării sexualității.

Intervenția se face individual sau în grupuri formate din 6-9 femei. Aproximativ 90% dintre femei pot învăța să ajungă la orgasm după numai 6 ședințe a câte 2 ore. Aceste rezultate favorabile pot fi extinse și la alte domenii din viața femeii (Wolfe, 1993).

Pentru reușita intervenției cognitiv-comportamentale la femei, este foarte important să se limiteze din start numărul de ședințe terapeutice, prin motivarea femeilor de a-și face temele de casă cât mai riguros și corect.

Este foarte utilă biblioterapia și desemnarea unor teme de casă de tip comportamental.

Primele ședințe terapeutice sunt mai bine structurate decât următoarele. În ședințele 1 și 2, terapeutul propune itemi din agendă cu scopul de:

- a) a defini problemele clienței și de a focusa terapia și problemele cognitive;
- b) a furniza informații și experiențe care să încurajeze femeia să-și evalueze atitudinile specifice;
- c) a învăța clienta probleme legate de sexualitate, furnizându-i informații acurate.

În timpul fiecărei ședințe și mai ales începând cu ședința a 3-a, femeile sunt încurajate să-și prezinte și să lucreze cu propriile probleme sexuale.

În timpul expunerii informațiilor legate de sexualitate, terapeutul va utiliza o gamă largă de mijloace: lecturi scurte, înregistrări audio-vizuale, „hand-outs“, teme de casă, cu scopul de a menține interesul și de a maximiza eficiența învățării noțiunilor (Borcherdt, 1996; Reynolds, 1990).

Rolul terapeutului este relativ dificil și provocator, el trebuind să creeze un climat de încredere și suport cu scopul de a înlătura rezistențele care pot să apară din partea clientelor.

Terapeutul avizat trebuie să fie capabil să depisteze, în afara problemelor sexuale, și alte probleme clinice, cum ar fi: depresia, stima de sine scăzută, distresul relațional și deficitul de comunicare în cuplu. Pentru a fi cât mai eficient, terapeutul trebuie să fie informat la zi despre sexualitatea feminină, controlul nașterilor și alte probleme legate de igiena sexuală.

Una dintre măsurile primordiale ale terapeutului este de a implementa și de a repeta clienței ideea centrală conform căreia: sexul este o funcție naturală care poate fi inhibată la femeie prin factori psiho-sociali, iar obiectivul principal al terapiei este de a ajuta femeia să-și modifice aceste cogniții, atitudini și sentimente inadecvate și să preia controlul asupra propriei sale sexualități. Clientele trebuie să fie ajutate să-și definească cât mai corect problemele care pot fi sub aceeași etichetă. De exemplu, „comunicare deficitară” poate însemna mai multe lucruri, cum ar fi: frica femeii de a fi asertivă, lipsa ei de vocabular necesar asertivității sau faptul că nu știe ce vrea în viață sau în ceea ce privește sexualitatea sa.

Terapeutul va ajuta femeia să-și clarifice și să-și corecteze autodiagnosticul, printr-o conceptualizare corectă a problemelor.

Pe parcursul terapiei, terapeutul va utiliza următoarele strategii de intervenție cognitiv-comportamentală:

1. Modelul „flooding”

Acesta se aplică încă de la prima ședință, prin maniera activă și deschisă pe care o impune terapeutul în discutarea cu clienta a problemelor privind sexualitatea. Prin „flooding” se produce desensibilizarea, iar mesajul cognitiv este acela că sexul nu este nici tabu, nici groaznic.

2. Folosirea limbajului informal

Secretul unei bune relații sexuale este o bună comunicare între parteneri, cu posibilitatea fiecăruia de a-și exprima clar, deschis și direct și confortabil preferințele sexuale.

Acest limbaj nu este suficient dezvoltat la majoritatea femeilor cu tulburări sexuale. De aceea, este necesară o dezvoltare și o practică a noului limbaj sexual.

Pentru că femeile în general au un vocabular sexual pasiv, ele vor fi învățate de către terapeut, prin modelare, un limbaj sexual activ (Hite, 1976; Hite, 1994).

3. Focus pe mesajul socializării rolului sexual

În societatea actuală, se încurajează utilizarea de către femei a sexualității indirect, pentru a obține ce vor, dar fără a presupune și inițierea relațiilor sexuale. Pe de altă parte, numeroase abuzuri sexuale asupra femeilor se datorează și concepției că femeia este doar un obiect sexual, pentru obținerea plăcerii de către bărbat. În acest context, este foarte importantă socializarea mesajului privind rolul sexualității.

4. Focus pe auto-acceptare

Chiar dacă clienta vrea să-și schimbe atitudinea și să-și însușească noi abilități, este foarte important să se accepte „acum”. Aceasta înseamnă acceptare necondiționată a propriei persoane, a partenerului și a realității.

Multe femei se autoblamează sau își blamează partenerii pentru că nu fac ceea ce ele consideră că ei ar trebui să facă. De aici rezultă emoții negative disfuncționale: furie, anxietate și depresie, care sunt toate incompatibile cu o funcționare sexuală bună.

Femeile sunt încurajate să se focuseze inițial pe „*feeling better*” în ceea ce privește sexualitatea, mai degrabă decât pe „*doing better*”.

Acceptând această filozofie flexibilă, femeile pot progresa și deveni mai eficiente în exprimarea propriei sexualități.

5. Focus pe schimbarea cognițiilor

Clienta este ajutată să-și identifice și să-și dispute gândurile iraționale care generează blocaje emoționale și să-și îmbunătățească calitatea funcției sexuale și starea de bine.

Se insistă pe examinarea percepțiilor și pe evaluările asupra funcției sexuale proprii, asupra comportamentului partenerului și asupra evenimentelor din mediu.

Focusarea pe latura cognitivă se face prin biblioterapie, prin utilizarea unor lecturi pe tema terapiei rațional-emoțive și comportamentale (REBT)

și pe parcurgerea unor cărți de autoajutorare de tip REBT (Ellis și colab., 1997a și b; Cash, 1995).

6. *Focus pe modificarea comportamentului*

„A te simți mai bine prin schimbarea atitudinii este începutul lui a fi diferită față de înainte”. Acesta este mesajul repetat la fiecare ședință de către terapeut. Clienta este încurajată să practice noi comportamente sexuale sau/și non-sexuale și să le probeze cu toate riscurile, în contextul rezolvării unor teme de casă.

7. *Focus pe hedonism*

Multe dintre recomandările cognitiv-comportamentale utilizate în cadrul terapiei sexuale a femeilor încurajează o filozofie hedonică. Majoritatea indicațiilor, chiar dacă nu sunt numai sexuale, au ca scop creșterea plăcerii.

Chiar dacă femeile acceptă în general dreptul lor la plăcere, uneori apar dificultăți în a accepta plăcerea în sexualitatea lor.

Acest fapt se întâlnește la unele cliente care au primit în familie o educație religioasă strictă sau care își intră foarte puternic în rolul de soție și mamă. Acestor femei care se neglijează li se pot da ca teme de casă, de exemplu, să facă o baie cu spumă sau să-și cumpere singure flori, ceea ce le va ajuta să-și înfrângă sentimentele de vină pentru faptul că sunt „egoiste”. Totodată, sunt încurajate să-și accepte anumite plăceri.

8. *Utilizarea umorului*

Umorul reprezintă o altă modalitate de a implementa filozofia hedonică. Se recomandă menținerea unei atmosfere degajate, spirituale. Clienta este învățată de către terapeut că este sănătos să fie veselă, dar și să facă glume pe seama diferitelor lucruri; umorul practic ajută la procesul de desensibilizare în anxietate. Nu se fac glume pe seama persoanei în cauză, ci doar pe seama gândurilor ei iraționale.

Pe această cale, pot fi demolate anumite mituri legate de sexualitate și se pot ataca anumite tabu-uri, iar clienta poate conștientiza absurditatea acestora.

9. *Focus pe sănătatea femeii*

Pentru că s-a constatat în general un grad mare de ignoranță al femeilor în ceea ce privește propriul lor corp, este absolut necesar ca femeile să fie informate în cursul psihoterapiei asupra igienei sexuale și asupra diferitelor riscuri ale diferitelor metode anticoncepționale. De asemenea, femeile vor fi informate și asupra felului în care se poate depista

și trata o problemă de sănătate specifică femeii, cum ar fi infecțiile vaginale (Boston Women's Health Collective, 1992).

Formatul ședințelor de terapie

Ședința 1

În primă ședință, terapeutul începe prin a felicita clienta pentru hotărârea ei de a veni la terapie și pentru provocarea stereotipului conform căruia sexul este natural, perfect. Clienta este asigurată de respectarea unei stricte confidențialități. De asemenea, i se explică importanța exprimării cât mai deschise a acesteia în fața terapeutului.

Se face o evaluare a problemelor pentru care a venit la terapie, punându-o să răspundă la următoarele întrebări:

– „Ce vă îngrijorează în legătură cu viața dumneavoastră sexuală ?”

– „Aveți orgasm ?”

– „Aveți în momentul de față o relație și ce simțiți în legătură cu aceasta ?”

– „Ce părere are partenerul dumneavoastră despre faptul că ați venit la terapie ?”

În următoarea etapă, sunt dezbătute cu clienta câteva dintre cele mai frecvente mituri sexuale.

Pentru aceasta, Walen și Wolfe (2005) propun un exercițiu, în care femeia trebuie să spună cuvintele sau frazele care-i trec prin minte pentru fiecare dintre următoarele situații:

- a) femeie activă din punct de vedere sexual;
- b) femeie care preferă să nu fie sexual activă;
- c) bărbat activ din punct de vedere sexual;
- d) bărbat care preferă să nu fie sexual activ;
- e) femeie asertivă;
- e) bărbat asertiv.

Răspunsurile se pot scrie pe o hârtie sau pe o tablă neagră sau pe etichete și vor fi comentate împreună cu clienta. Se pot da răspunsuri de genul: „este un macho sau un armăsar” bărbatul activ sexual; „este o promiscuă, o prostituată, o imorală femeie activă sexual”; „frigidă” pentru femeie inactivă sexual; „puiul mamei”, „zână” pentru bărbatul inactiv sexual, „femeie castratoare” pentru femeie asertivă, greșit interpretată ca îndrăzneță și agresivă; în timp ce, pentru bărbatul asertiv, sunt relativ puține remarci.

Acest exercițiu este util pentru conștientizarea de către clientă a problemelor sexuale, fiind urmată de o discuție cu privire la absența unor modele adecvate privind sexualitatea sănătoasă a femeilor, trecând în revistă unele statistici pe această temă. Mesajul transmis clientei este acela că ea nu este o deficientă, ci doar a crescut într-un mediu cultural în care au existat standarde diferite pentru femei, respectiv pentru bărbați.

Unele cliente pot descrie diferite forme de asuprire și de abuz la care au fost supuse de către parteneri: molestări fizice, umilințe psihice, cu considerarea lor ca simplu obiect sexual. I se atrage atenția clientei asupra faptului că și ea a putut contribui la perpetuarea unor astfel de atitudini negative din partea partenerului, prin neajutorare, dependență și lipsă de respect față de propria persoană. Tot în cadrul acestei ședințe, se face și o informare privind anatomia și fiziologia aparatului genital.

Multe femei cu probleme sexuale văd contactul sexual ca pe un fel de masturbație a bărbatului, prin frecarea organului său sexual de pereții vaginului.

Lipsa orgasmului din timpul relațiilor sexuale trebuie interpretată, conform lui Hite (1994), nu ca o deficiență a femeii, ci doar ca un răspuns normal la o insuficientă stimulare, având în vedere că doar 1/3 dintre femei afirmă că au orgasm regulat în timpul raporturilor sexuale.

Se va insista și asupra ciclului răspunsului sexual, subliniind în mod particular faptul că lubrifierea vaginului este un semn de excitație sexuală, care poate fi verificat și de partener în timpul preludiului, pentru a constata dacă femeia este pregătită pentru raportul sexual. Este foarte important să se explice atitudinea și sentimentele clientei legate de propriul corp. Se poate utiliza un exercițiu imaginar, în care femeia să-și închipuie că se privește într-o oglindă, nudă.

Se vor consemna atât sentimentele pozitive, cât și cele negative și se va analiza în ce măsură aceste sentimente îi pot afecta modul de percepție ca persoană sexuată din partea ei și a celorlalți. Va fi încurajată să facă eforturi personale în a se accepta pe sine așa cum este și de a se accepta și ca persoană sexuată, indiferent de cât de perfect are corpul. I se spune clientei că va putea pune orice întrebare legată de sex, oricât de aberantă ar părea la prima vedere.

Tema de casă pentru ședința I cuprinde următoarele obiective:

- 1) să găsească o altă femeie cu care să discute problema privind atitudinea sexuală, pornind de la întrebări mai facile de tipul: „Ce atitudine au părinții tăi față de sex?”, până la unele mai delicate: „Îți amintești să fi avut vreo traumă sexuală, prin viol, la vârsta de copil sau de adult, sau alte experiențe sexuale înfricoșătoare?”;

- 2) să se concentreze pe anatomia sexuală pe care să și-o descopere zilnic, până când se va simți confortabil cu ea însăși;
- 3) să studieze problema masturbației și s-o aplice cu scopul de a-și descoperi propria sexualitate.

Ședințele 2-3

Se începe ședința întrebând clienta despre reacțiile acesteia în cursul primei ședințe, cu un accent deosebit pe apariția unor distresuri. Terapeutul va ajuta clienta să-și identifice și să-și dispute gândurile automate disfuncționale. Apoi, se trece în revistă îndeplinirea temelor de casă și a eventualelor dificultăți care au apărut, ajutând clienta să-și identifice blocajele emoționale și alte rezistențe.

Destul de des, clientele pot invoca o serie de motive pentru care nu și-au efectuat temele, cum ar fi: „am fost prea ocupată”, „am fost prea obosită” sau „copiii au avut nevoie de ajutor”.

Toleranța scăzută la frustrări și stima de sine diminuată contribuie la apariția rezistențelor la tratament, care pot fi depășite prin aplicarea unor tehnici cognitiv-comportamentale în cadrul temelor de casă.

În cadrul ședinței, terapeutul solicită clientei să relateze cea mai incitantă experiență erotică pe care a avut-o (de exemplu: masturbarea pe o plajă pustie sau cu un castravete) și care i se părea stânjenitoare. În urma discuțiilor, terapeutul o liniștește, arătându-i că aceste experiențe nu sunt atât de „ciudate” cum i se păreau clientei și astfel apare o creștere a stimei de sine. În cadrul ședințelor, clientele sunt încurajate să-și dezvolte viața fantasmatică și să facă distincția dintre viața fantasmatică și realitate, inclusiv prin biblioterapie.

În continuarea ședinței, se aplică tehnici de REBT pentru a ameliora emoțiile negative disfuncționale, legate de sexualitatea clientei. Pentru aceasta, clienta este inițiată în privința modelului A-B-C, pentru a putea lucra cu cognițiile iraționale, care îi determină emoțiile negative disfuncționale.

Se recomandă depistarea a cel puțin 2 cogniții iraționale, pe care apoi le va disputa și înlocui cu cogniții raționale (Ellis și colab., 1997).

Ședința a 4-a

Ședința începe cu evaluarea problemelor întâmpinate de clientă în îndeplinirea temelor de casă, aceasta fiind ajutată să aplice corect tehnicile REBT.

Prin ameliorarea treptată a stimei de sine, clienta poate deveni prea incisivă în relația cu partenerul. În această situație, teapeutul îndeamnă

clienta la moderație, spunându-i că bărbatul, dacă într-adevăr o iubește, va face ceea ce își dorește ea și dacă nu adoptă un ton de comandă.

Se va combate ideea învechită, conform căreia e de datoria bărbatului să satisfacă femeia și ideea conform căreia, dacă femeia îi comunică bărbatului nevoile ei intime, acesta va fi obligatoriu rănit în orgoliul său masculin.

Se insistă pe o mai bună comunicare în cuplu în ceea ce privește inițierea activității sexuale, precum și dorințele partenerului legate de aceasta.

Multe femei se plâng de rezistența partenerului în a le satisface nevoia de tandrețe din timpul relației sexuale.

I se indică clientei să-și inducă următoarele gânduri pozitive:

- „Am posibilitatea să aleg ce simt în relația cu partenerul”;
- „Sunt capabilă să aleg cum relaționez cu partenerul”;
- „Sunt o persoană puternică și am dreptul să fiu tratată cu respect și să se țină seama de dorințele mele”.

În cadrul ședinței, terapeutul trece în revistă miturile legate de sex:

- sexul apare spontan;
- în cuplurile „normale”, activitatea sexuală este obligatoriu să se desfășoare de mai multe ori pe săptămână (Wolfe, 1993).

Ședința a 5-a

Începe, ca și precedentă, cu verificarea temei de casă, clienta fiind încurajată în demersul ei de a o îndeplini corect.

Există 2 obiective ale ședinței:

- 1) managementul furiei îndreptate împotriva partenerului, care se comportă inadecvat;
- 2) rezolvarea dificultăților legate de centrarea pe obținerea orgasmului și a performanței sexuale în dauna tandreței.

Se recomandă o mai bună comunicare în cuplu, cu satisfacerea nevoilor mai complexe ale fiecăruia dintre membrii cuplului.

În cazul în care unul dintre membrii cuplului refuză să aibă relații sexuale care nu se finalizează prin orgasm, se inițiază o terapie de cuplu. Partenerii sunt încurajați să aducă în discuție situațiile generatoare de furie îndreptate împotriva partenerului și se face o disputare a cognițiilor iraționale, care duc la apariția furiei (Phelps și colab., 1997).

La finalul ședinței, terapeutul discută cu clienta tema de casă, care constă în răspunsul la următoarele întrebări:

- 1) Cum vei fi sigură că nu vei renunța din cauza dificultăților?
- 2) Care sunt planurile tale de viitor?
- 3) Care sunt planurile tale de viață în ariile non-sexuale și senzuale?

Ședința a 6-a și ultima se programează după 3-4 săptămâni.

Ședința a 6-a

Această ședință are loc într-o atmosferă destinsă, având ca prim obiectiv evaluarea progreselor făcute de către clientă și posibila apariție a unor noi probleme.

În viața clientelor pot apărea evenimente, cum ar fi: pierderea partenerului, schimbarea locului de muncă, care pot avea impact asupra comportamentului sexual. Dacă acestea se întrepătrund și cu probleme legate de finanțe, de relația cu partenerul, de sănătate, se indică rezolvarea primordială a acestora și doar apoi rezolvarea problemelor de natură sexuală.

Un alt obiectiv al ședinței este diversificarea și îmbogățirea sexualității, dar acestea pot duce la apariția unor noi variabile, care trebuie luate în considerare.

În concluzie, clientele cu probleme sexuale pot fi ajutate să-și regăsească propria identitate și să-și exprime propria sexualitate prin astfel de metode cognitiv-comportamentale.

Femeia cu încredere în sine este o femeie care:

- 1) își acceptă propriul corp;
- 2) are experiențe sexuale din rațiuni proprii;
- 3) poate experimenta și experiența;
- 4) are propriile standarde și se consideră pe sine măsura propriilor experiențe.

Abordarea cognitiv-comportamentală a problemelor sexuale ale femeilor promovează corectarea experiențelor emoționale negative și da rezultate pozitive într-un timp relativ scurt.

Pentru reușita terapiei sunt necesare mai multe elemente cum ar fi:

- reeducarea sexuală;
- un climat de deschidere și suportiv;
- aptitudini corespunzătoare din partea terapeutului;
- trainingul asertivității.

Este importantă, de asemenea, restructurarea cognitivă a clientelor în ceea ce privește ansamblul cognițiilor iraționale generatoare de anxietate,

furie, depresie, care contribuie la apariția și menținerea problemelor sexuale.

VI.5. Problemele cuplului în sexologie

În sexologie, există două categorii de pacienți: 1) Cei care vin singuri la consult; 2) Cei care vin în cuplu. Primii par a fi nemulțumiți de propriul răspuns sau comportament sexual, iar cei din a doua categorie au probleme privind satisfacția interacțională (Moustier, 1987).

De exemplu: un tânăr de 22 de ani vine la consult pentru a-și trata o ejaculare precocisimă (când vrea să aibă raporturi sexuale cu o parteneră, erecția e satisfăcătoare, cedează în cursul primelor mișcări copulatorii, ducând la o ejaculare incontrolabilă, nesatisfăcătoare, umilitoare pentru el). Această situație este foarte frecventă, petrecându-se în multe situații, ceea ce îl face să renunțe la a mai seduce sau la a mai încerca să satisfacă vre o femeie și duce la evitarea femeilor, astfel el rămânând singur. Proiectul terapeutic va avea ca obiectiv modificarea răspunsului sexual ejaculator:

- fie printr-o învățare a autocontrolului (metoda Squeeze);
- fie printr-o desensibilizare sistematică, dacă a perceput și un stimul anxiogen;
- fie printr-un antrenament al abilităților sociale, dacă izolarea sexuală este cauzată sau cauzează dificultăți relaționale în general;
- fie printr-o analiză și o modificare a distorsiunilor cognitive (REBT);
- fie printr-o informare pe linie sexuală, deoarece absența informației creează o anxietate de ignoranță și de incompetență;
- fie, în fine, printr-un demers mai permisiv: pacientul vine să caute un soi de permisiune deculpabilizantă, ca să aibă raporturi sexuale.

Acest tip de consultație se poate întâlni și la sexul feminin - scăderea dorinței sexuale sau anorgasmia, care le conduc la decepție, apoi la refuzul relațiilor sexuale.

În celălalt tip de abordare, în cuplu format și stabilizat, căsătorit sau nu, nemulțumirea este adesea pe teme sexuale în termeni de insatisfacție sexuală bilaterală, fie că această insatisfacție a existat dintotdeauna, fie s-a instalat lent sau brusc, în urma unui eveniment intervenit în acest cuplu.

Terapia de cuplu caută să amelioreze decepția conjugală, a cărei consecință este reprezentată de stări depresive, alcoolism, fobii, fără a mai vorbi de efectele directe asupra echilibrului și a sănătății mintale a copiilor. Așteptarea pe care viitorii soți o au de la situația de cuplu este foarte ridicată:

- să nu mai fie singuri;
- să aibă raporturi sexuale intense și satisfăcătoare;
- să aibă copii.

Dacă obiectivele nu sunt atinse, se ajunge la neînțelegeri conjugale care au mai multe aspecte:

- crize și certuri, absența comunicării sau o comunicare de proastă calitate;
- lipsa amorșelor pozitive și utilizarea pedepselor, ca mijloc de presiune asupra celuilalt: critici, insulte, mutism, adulter, mânie, plângeri;
- viață sexuală nesatisfăcătoare sau deteriorată, pentru că sexualitatea este utilizată ca un câmp de reglare a conturilor;
- distorsiune cognitivă: negarea responsabilității proprii la exigențele abuzive, deformarea percepțiilor, căutarea unor soluții inadecvate.

Înainte de a putea evalua gradul de insatisfacție a unui cuplu în suferință, terapeutul comportamentalist are la dispoziție mai multe baterii de chestionare, cum este cel al lui Azrin. Are avantajul că este clar și simplu și poate servi ca reper înainte și după terapie. Sunt prezentate 4 aspecte ale situației conjugale:

- viața cotidiană;
- dimensiunea socială;
- comunicarea;
- sexualitatea.

Plângerile soților sunt numeroase: 60% afirmă că nu se înțeleg în general, iar 40% nu se înțeleg în probleme specifice, 10% - în educația copiilor, iar din alte cauze - 5%.

Chiar și în cazul plângerilor specifice, nu e prudent și nici dezirabil să abordăm problema fundamentală imediat.

Tabelul I

Evaluarea satisfacției conjugale (*Azrin*)

NUME ȘI PRENUME:

SEX:

DATA:

TERAPEUT:

Vă rog să acordați o notă de la 0 la 10, indicând satisfacția pe care o trăiți ca urmare a comportamentului partenerului(ei) de viață.

(Înconjurați cifra corespunzătoare)

Repartiția sarcinilor menajere	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Activități sociale și distracții	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Educarea copiilor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Viața profesională	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Bani și buget	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Abilitatea de a comunica cu dumneavoastră	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Independență	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sexualitate	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Notă globală privind satisfacția conjugală	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vă rog să completați chestionarul fără să discutați cu partenerul(a).

Vă mulțumim.

În anul 1987 Moustier și colab. au aplicat acest chestionar pe parcursul terapiei de cuplu a 20 de cupluri, dintre care 18 aveau probleme sexuale, în mai multe momente: înainte și după terminarea intervenției terapeutice, rezultatele fiind sintetizate în tabelul II:

Tabelul II

Evoluția scorurilor la scala Azrin înainte și după terapia de cuplu (Moustier, 1987)

Note acordate de către:	Soț înainte de terapie	Soț după terapie	Soție înainte de terapie	Soție după terapie
Repartiția sarcinilor menajere	8,07	8,28	5,38	7,50
Activități sociale și distracții	7,28	7,28	5,00	6,21
Educarea copiilor	6,66	7,08	6,22	7,80
Viața profesională	5,42	6,42	7,30	8,14
Bani și buget	6,78	6,94	6,30	7,21
Abilitatea de a comunica cu dumneavoastră	4,30	6,61	3,30	6,57
Independență	6,57	6,92	3,92	6,64
Sexualitate	5,92	7,61	4,15	7,50
Notă globală privind satisfacția conjugală	6,07	7,38	5,23	7,57

Sexualitatea s-a ameliorat și prin simpla ameliorare a comunicării și a înțelegerii conjugale.

Obiectivele terapiei de cuplu sunt următoarele:

- 1) Creșterea elementelor pozitive și a motivelor de satisfacție;
- 2) Învățarea rezolvării de probleme și depășirea lor;
- 3) Comunicarea verbală și sexuală.

Pentru a atinge aceste obiective se utilizează următoarea metodologie (vezi tabelul III).

Tabelul III

**Metodologia terapiei de cuplu
(Adaptare după Moustier, 1987)**

I. CONTRACT PRIN RECIPROCIȚATE
II. UTILIZAREA ÎNTĂRIRILOR POZITIVE
III. ANTRENAMENTUL COMUNICĂRII
a) Exprimarea sentimentelor: - pozitive; - negative;
b) Învățarea limbajului adecvat: - reducerea exagerărilor; - reducerea generalizărilor;
c) Învățarea exprimării problemei, centrată pe: - eveniment; - persoană; - relație.
IV. ÎNVĂȚAREA REZOLVĂRII PROBLEMEI
V. RESTRUCTURARE COGNITIVĂ ASUPRA: - statutului marital; - exigenței față de partener(ă); - exigenței față de sine-însuși; - exigenței față de sexualitate.
V. TERAPIA SEXUALĂ PROPRIU-ZISĂ

VII Tulburările sexuale

VII.1. Tulburările dorinței sexuale

Problema legată de absența dorinței sexuale a crescut în interes în ultima perioadă, după ce ani de zile a fost neglijată, accentul fiind pus pe alte faze ale activității sexuale (faza de excitație sau cea de orgasm). Prin anii '70, autorii au studiat specific faza deviației sexuale și au dezvoltat metode de evaluare și de intervenție specifice acestei faze (Leiblum și Rosen, 1988).

Interesul pentru studiul problemelor legate de dorința sexuală a fost accentuat din trei motive. Primul, problema lipsei dorinței sexuale constituie tipul de problemă sexuală pentru care cuplul consultă terapeutul cel mai frecvent. În al doilea rând, problema poate afecta funcția sexuală atât masculină, cât și feminină. În al treilea rând, această problemă se poate asocia cu alte probleme sexuale și de cuplu. Când este cazul, tratamentul acestor diverse probleme este adesea complicat de prezența absenței dorinței sexuale, care încetinește considerabil terapia celorlalte disfuncții sexuale, în principiu prin lipsa de complianță la metodele de tratament.

Tablou clinic

Nu este deloc ușor să definești faza dorinței sexuale. Se poate considera că este vorba de ansamblul comportamentelor motorii, verbale, cognitive și al fantasmelor, precum și al reacțiilor afective care preced comportamentul sexual propriu-zis. Persoanele care suferă de o problemă a dorinței sexuale prezintă dificultăți în unul sau mai multe dintre următoarele aspecte (verbal, cognitiv sau motor) ale fazei de dorință sexuală. Această problemă este și mai dificil de descris decât o problemă care implică o reacție specifică a aparatului genital, cum ar fi disfuncția erectilă la bărbat sau o problemă privind anorgasmia la femeie.

Conform sistemului multiaxial de evaluare a disfuncțiilor sexuale (Schover și colab., 1982), pacienții cu acest fel de problemă pot fi descriși astfel:

- 1) Ei (ele) au o frecvență joasă a activității sexuale;
- 2) Ei (ele) preferă să aibă activități sexuale mai puțin frecvent;
- 3) Ei (ele) au (sau au avut) mai puțin frecvent activități de masturbare;
- 4) Ei (ele) resimt mai puțin frecvent dorința de-a avea activități sexuale;
- 5) Ei (ele) sunt nesatisfăcuți (nesatisfăcute) de sexualitatea lor;
- 6) Ei (ele) percep mai puțin satisfacție sexuală decât partenerul (partenera);
- 7) Ei (ele) reacționează mai puțin pozitiv la avansurile sexuale ale partenerului (partenerii);
- 8) Ei (ele) reacționează mai puțin la prezentarea materialelor erotice sau pornografice.

Aceste persoane prezintă adesea și alte probleme sexuale (asociate fazelor de excitație sau de orgasm), un nivel scăzut de satisfacție asociat unor activități sexuale și unui grad de detresă familială mai ridicat decât cuplurile fără astfel de probleme. Repertoriul activităților sexuale al subiecților cu probleme de dorință sexuală este foarte restrâns (Trudel, 1993).

Dorința sexuală hipoactivă poate să apară în contextul unei proaste funcționări sexuale, secundare unei disfuncții sexuale sau unei stări de insatisfacție sexuală, sau poate traduce o proastă funcționare a cuplului. În unele cazuri, continuarea acestor factori multipli poate genera o problemă de dorință sexuală hipoactivă.

La nivel teoretic, Trudel (1988) a explicat stabilirea și menținerea dorinței sexuale hipoactive printr-un proces de evitare sau de scăpare. Din diferite motive (prezența unei disfuncții sexuale, prezența unui nivel ridicat de insatisfacție sexuală, prezența unei stări de detresă familială), activitățile sexuale sau ideea de-a avea relații sexuale provoacă disconfort, pe care subiectul încearcă să-l diminueze. Această problemă se perpetuează printr-un mecanism de evitare.

VII.1.1. Evaluare, diagnostic, analiză funcțională

DSM IV-TR dă o definiție relativ puțin precisă și, într-o anumită măsură, circulară a dorinței sexuale hipoactive, care lasă loc unui nivel ridicat de subiectivitate din partea clinicianului, în special în ceea ce privește deficiența „fantasmelor sexuale” și a „dorinței de a avea activități sexuale”.

Această problemă este definită astfel: absența sau deficiența persistentă și repetată a fantasmelor sexuale și a dorinței de a avea relații sexuale. Raționamentul pe care trebuie să-l facă clinicianul asupra deficienței sau absenței trebuie să țină seama de factori cum ar fi: vârsta, sexul și contextul vieții persoanei. Trebuie diferențiate problemele dorinței sexuale primare sau secundare, care au apărut recent sau care există de multă vreme.

Este, de asemenea, important să distingem problemele globale sau situaționale care îl fac pe subiect să aibă o problemă care-i afectează întreaga funcționalitate sexuală sau este vorba doar de o problemă de funcționare sexuală. În majoritatea cazurilor, terapeutul are de-a face cu niște cazuri care au probleme secundare sau situaționale cu un(o) partener(ă) particular(ă) (Trudel, 1993).

Este esențial să evaluăm nu doar dorința sexuală ca atare, ci și diverșii factori care-i sunt asociați, să știm funcționarea sexuală în diversele faze ale activității sexuale și funcționarea cuplului. Printre cele mai importante elemente care trebuie evaluate în cursul interviului inițial, trebuie menționate:

- a) frecvența zilnică a fantasmelor sexuale;
- b) frecvența săptămânală a activităților sexuale;
- c) număr de situații în care subiectul inițiază activități sexuale;
- d) frecvența săptămânală a activităților sexuale pentru a răspunde dorinței partenerului (partenerei), mai mult decât pentru propria plăcere;
- e) evaluarea ideilor negative care pot afecta funcționarea sexuală a subiecților;
- f) evaluarea diverselor probleme sexuale (anorgasmie, disfuncții erectile);
- g) evaluarea satisfacției sexuale și a diferiților factori care pot s-o reducă (stereotipii sexuale, slabă dezvoltare a activităților preliminare excitației);
- h) evaluarea situației cuplului sau a gradului de impas conjugal.

VII.1.2. Tratament

Tratamentul este menit să amelioreze calitatea vieții pe plan sexual și pe planul funcționării cuplului. Este vorba despre un tratament multimodal (Mc Carthy, 1984, LoPiccolo și Fridman, 1988, Trudel, 1993). Accentul va fi pus pe unul sau mai multe aspecte în funcție de evaluarea preliminară.

1) *Informații asupra diverselor faze ale activității sexuale, inclusiv a fazei dorinței sexuale*

În această fază, terapeutul va furniza informații asupra funcționării sexuale normale. Accentul va fi pus asupra dorinței sexuale obișnuite în opoziție cu o poziție hipoactivă, menționându-se caracterul relativ al tuturor datelor statistice asupra acestor aspecte (frecvența activităților sexuale) și asupra importanței de a ajunge la un nivel de adaptare care să fie satisfăcător în interiorul cuplului.

2) *Restructurarea unor idei negative care pot influența dorința sexuală bazală în sens negativ*

Unele idei provenind dintr-o educație sexuală severă sau din experiențe sexuale anterioare negative pot influența scăderea nivelului dorinței sexuale. De exemplu, o persoană poate să aibă idei eronate, negative, de autodevalorizare legate de propriul corp, cu centrare pe zona organelor genitale. De asemenea, pot să-i apară idei sau reacții negative, în timp ce se gândește la propriul corp nud în timpul activității sexuale. Pacientul poate să prezinte idei negative legate de desfășurarea activităților sexuale („partenera nu este suficient de excitată”, „partenerul meu nu are o erecție suficientă”, „ea mișcă prea ea mult” sau „prea puțin”, „el nu mă atrage niciodată cum trebuie”). Ideile culturale răspândite pot produce o percepție deformată asupra activității sexuale, crescând tensiunea din cursul acesteia și antrenând procesul de evitare. De exemplu, un bărbat poate să creadă că întreaga inițiativă privind activitatea sexuală îi revine exclusiv lui.

Invers, o femeie se poate considera total dependentă de partener în ceea ce privește reactivitatea sa sexuală și, drept urmare, să aibă experiențe sexuale puțin stimulante și care se vor termina prin dezinteres față de viața sexuală. Ideile negative pot surveni în urma activității sexuale nereușite. Se poate concepe că rezultatele activității sexuale se pot înscrie într-o curbă normală și că rezultatele satisfăcătoare în întregime sunt probabil excepționale; se poate astfel înțelege de ce unele persoane pot dezvolta idei devalorizante privind viața lor sexuală și își vor pierde interesul.

Aceste cogniții se acompaniază adesea de culpabilitate, deoarece persoana are impresia că totul depinde de performanțele sale considerate deficitare și de resentimentul îndreptat împotriva partenerului (partenerii), pe care îl (o) consideră responsabil (responsabilă) de calitatea slabă a relațiilor sexuale. Aceste idei trebuie contracarate prin strategii de restructurare cognitivă sau prin metode de terapie rațională.

3) *Facilitarea apariției ideilor pozitive și a fantasmelor*

Acest aspect poate îmbrăca diferite forme, începând cu recomandarea lecturii literaturii erotice și continuând cu aplicarea unor strategii de creștere a prezenței fantasmelor sexuale. Pentru mai mulți autori, creșterea frecvenței fantasmelor sexuale este un element esențial în terapia acestei tulburări. Cu cât un subiect va avea fantasme sexuale mai frecvente și stimulative, cu atât dorința sa sexuală va fi mai ridicată.

În continuare, vă prezint un posibil scenariu cu etapele care trebuie urmate pentru creșterea fantasmelor unui subiect.

Prima etapă. Sublinierea importanței fantasmelor în etapa dorinței sexuale.

A doua etapă constă în a întreba pacientul (pacienta) dacă are deja sau nu fantasme și dacă da, să le facem inventarul. Dacă subiectul are fantasme, dar și le manifestă rar, trebuie să se precizeze factorii care interferează cu procesul fantasmatic. Adesea, trebuie să ne întoarcem la etapa anterioară și să diminuăm ideile negative care interferează cu sexualitatea. Dacă fantasmele sunt inexistente sau foarte rare, etapa următoare va consta în găsirea mijloacelor de a crește frecvența acestora. Subiectul va fi îndrumat să examineze diferite categorii de fantasme și să precizeze care dintre ele ar fi susceptibilă să acționeze asupra dorinței sexuale și a activității sexuale. Principalele categorii de fantasme sexuale sunt în număr de 6:

- a) ideile erotice (activități sexuale în grup);
- b) locații erotice (a avea relații sexuale în locuri neobișnuite, cum ar fi pe plajă);
- c) momente erotice (de exemplu, în timpul vizionării programelor TV);
- d) persoane erotice (se gândește la o persoană foarte excitantă: actor sau actriță sexy);
- e) situații erotice (a fi dezbrăcat de cineva);
- f) senzații erotice (zgomotul respirației unui partener, un suflu pe corp, un miros de parfum).

A treia etapă constă în consultarea unui material pe care subiectul îl consideră erotic.

În fine, *a patra etapă* constă în a-și imagina clar și în detaliu fantasmele pe care subiectul le consideră cele mai stimulante. Subiectul va putea repeta acest exercițiu zilnic până când își va putea imagina cu ușurință și în detaliu fantasmele pe care le consideră mai excitante. Subiectul va putea

repetă acest exercițiu zilnic și va fi sfătuit să-și integreze în viața sa sexuală elementele din viața sa fantasmatică.

4) *Creșterea calității și a caracterului stimulant al activităților sexuale în interiorul cuplului*

O primă metodă se poate baza pe aplicarea tehnicilor de sensibilizare corporală non-genitală și genitală propuse de Masters și Johnson. Aceste metode diminuează anxietatea și reacțiile negative ale subiectului care apar în timpul activității sexuale, favorizând emergența răspunsurilor sexuale și percepția acestora.

A doua strategie de intervenție pune accentul pe ameliorarea calității vieții sexuale prin extinderea activității sexuale în afara locațiilor obișnuite, prin descoperirea preferințelor sexuale ale partenerului (partenerii), prin exerciții de atingere care facilitează plăcerea sexuală. Se poate și provoca voluntar o stare de disconfort pe plan sexual, cu scopul de a identifica procedurile care favorizează aceste situații. Se solicită fiecărui membru al cuplului să nu-și mai imagineze atracția în cadrul cuplului ca pe ceva magic care rezultă dintr-o „chimie indefinibilă”, ci mai degrabă se vor face sugestii realiste și constructive pentru ameliorarea vieții sexuale.

Al treilea exercițiu vizează discutarea impactului problemei dorinței sexuale asupra gradului de încadrare în relația de cuplu. Adesea, mulți cred că pierderea dorinței sexuale semnifică pierderea interesului pentru partener, o scădere a iubirii sau o relație extraconjugală. Poate să apară un climat de neîncredere, ceea ce duce la agravarea situației. Este foarte important să se clarifice aceste aspecte.

Al patrulea exercițiu constă în a solicita fiecărui membru al cuplului să sugereze scenarii realiste privind noi activități sexuale, pe care ar dori să le experimenteze.

În fine, ultima strategie constă în stabilirea unor expectanțe mult mai realiste în privința unor relații sexuale de mai mică intensitate, care pot duce la satisfacții optime la cei doi parteneri.

5) *Verificarea prezenței altor disfuncții sexuale*

Trebuie subliniat faptul că prezența unui slab interes pentru activitățile sexuale poate fi datorat existenței unor disfuncții sexuale și frustrărilor generate de acestea. Metodele de terapie discutate în cele ce urmează vor putea ajuta la creșterea dorinței sexuale.

6) *Ameliorarea calității vieții de cuplu*

Ca urmare a identificării surselor de neînțelegere și răcire a relațiilor maritale, pot fi aplicate o serie de metode de rezolvare a problemelor de antrenament al comunicării în interiorul cuplului (Beaudry și Boivert, 1988).

Frecvent, cuplurile cu dificultăți ale dorinței sexuale nu au dificultăți în comunicarea generală. Cu toate acestea, la nivel afectiv și sexual, comunicarea este mai dificilă. Unul dintre obiectivele trainingului comunicării constă, deci, în a lucra asupra materialelor cu caracter sexual, cu scopul creșterii comunicării cuplului pe teme sexuale.

VII.1.3. Rezultate

McCarthy (1984) și Schover (1982) menționează rezultate favorabile la majoritatea cuplurilor tratate prin această metodă.

VII.2. Tulburările erectile

Tulburările erectile corespund unei perturbări care se situează la nivelul fazei specifice a răspunsurilor sexuale masculine și anume a fazei de excitație. Masters și Johnson (1971) au împărțit reacțiile sexuale în 5 faze principale:

- 1) de excitație, a cărei tulburare generează disfuncția sexuală;
- 2) de platou, a cărei tulburare generează ejaculare precoce;
- 3) de orgasm, a cărei tulburare generează ejaculare retrogradă;
- 4) rezoluție;
- 5) perioada refractară.

Kaplan (1975) a propus un model simplificat cu doar 3 faze: de dorință, de excitație și de orgasm.

Disfuncțiile erectile se pot datora unor cauze fizice sau psihologice sau ambelor și se pot însoți de pierderea libidoului și/sau de dificultăți de ejaculare: ejaculare precoce cu penis flasc sau anejaculare. Ele corespund fiziologic unor perturbări ale reflexului erectil, care împiedică trecerea unei cantități suficiente de sânge în corpul cavernos (Cottraux, 1993).

Tablou clinic

Tipic, disfuncția sexuală se instalează după un prim eșec care generează o anxietate de performanță. Anxietatea indusă prin excitația simpatică pe care o antrenează va conduce la fenomene neurovasculare nefaste asupra erecției. Subiectul se va confrunta tot mai des cu eșecul

și va dezvolta dialoguri interioare defetiste. Cu toate tentativele de înțelegere din partea partenerii (partenerelor), se va centra tot mai mult pe dispariția intempestivă a erecției. Sub efectul eșecurilor cumulate, el va deveni spectator al propriei sexualități deficitare, ceea ce va agrava și mai mult neparticiparea lui la relațiile sexuale. Complicațiile nu vor întârzia să apară: evitarea tot mai mult a relațiilor cu femei, atitudine seducătoare de camuflaj cu rejecția partenerii înaintea momentului critic, „mahism” afișat, sau masturbare cronică, refugiu în activități artistice sau sociale. Această descriere corespunde disfuncției sexuale primare.

Disfuncția sexuală secundară continuă în general tentativele lui infructuoase, schimbând partenerii pentru a verifica stabilitatea comportamentului de eșec. Pierderea dorinței, ejacularea precoce la un penis flasc, conflictele conjugale și dificultățile cu partenerii îl vor determina să vină la terapeut.

Situația sexuală declanșează anticipări anxioase, în special ideea că partenera își dorește cu orice preț raporturi sexuale de calitate sau că va fi rejectat sau criticat pentru performanțele masculine modeste. În momentul raportului sexual, anxietatea devine manifestă și evoluează cu blocarea respirației, tahicardie, spasme musculare. Subiectul prezintă atunci autoverbalizări negative depresive de tipul: „încă o dată am eșuat” și nu se poate lăsa în voia senzualității și a sentimentelor. Cel mai frecvent, se preocupă de parteneră în sensul judecăților pe care aceasta le-ar putea emite, în loc să se axeze pe plăcerea dată și primită. El va intra într-un rol pasiv și de auto-observație critică, „rolul spectatorului” (apud Master și Johnson, 1971). Atitudinea partenerii va influența menținerea anxietății.

Având în vedere frecvența disfuncțiilor erectile, este evident că majoritatea acestora sunt „vindecate” de către partener. Și în sexoterapie există cazuri persistente și rebele, complicate de multe ori cu neînțelegeri în cuplu sau cu bucle de feed-back care duc la menținerea anxietății. Conflictele legate de bani, de diferitele interese, de putere, de dominare și de supunere pot explica o relație nefastă de cuplu, marcată de furie și care duce în final la disfuncția erectilă ca simptom al cuplului.

Analiza funcțională a cazului va preciza antecedentele îndepărtate ale subiectului: experiențele anterioare, atitudinile parentale, modelele sociale pot explica de ce un individ atribuie unui eșec momentan, o valoare definitivă și intră în cercul vicios: eșec-anxietate-eșec.

VII.2.1. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională

Conform DSM III-R, DSM IV și DSM IV-TR, este vorba de un eșec complet, repetat și persistent al bărbatului de a atinge și a menține o erecție până la terminarea actului sexual sau de absență repetată sau

persistentă a sentimentului subiectiv de excitație sexuală sau de plăcere la bărbat în timpul activității sexuale.

Trebuie diferențiată disfuncția sexuală primară, în care subiectul nu a putut avea niciodată relații sexuale, de disfuncția sexuală secundară, care survine la un subiect care înainte nu a prezentat astfel de probleme. Disfuncția poate fi generalizată sau doar situațională, limitându-se la anumite situații sau la anumite parteneri. În fine, pot fi exclusiv psihogene sau psihogene și organice. Disfuncția sexuală primară a subiectului tânăr este manifestarea unor probleme psihice importante: fobii, depresii, psihoze sau tulburări de personalitate. Disfuncția sexuală secundară apare cel mai frecvent între 40 și 50 de ani și poate fi corelată cu evenimentele actuale ale existenței. Problemele cuplului, scăderea libidoului, stresul profesional, adaptarea la schimbările produse de vârstă, doliul, separarea se regăsesc frecvent în antecedentele imediate. Pletismografia peniană nocturnă poate diferenția disfuncția sexuală organică de disfuncția sexuală psihogenă. Primele întâlniri terapeutice vor fi consacrate analizei funcționale, ele constând în discuții cu subiectul și cu partenera (în măsura în care este posibil) asupra momentului în care au apărut tulburările, unde și cum au apărut, în urma căror evenimente, precum și asupra funcțiilor care le mențin.

Cercetarea tulburărilor somatice trebuie să facă parte din analiza funcțională și din diagnosticul tuturor tulburărilor sexuale (Cottraux, 1993).

Cel mai bun criteriu pentru disfuncția erectilă „psihogenă” este persistența ercțiilor matinale, nocturne sau care survin în afara situațiilor sexuale. Examenul medical va permite eliminarea sau confirmarea participării organice. De asemenea, trebuie dozate glicemia și glicozuria pentru a elimina din discuție diabetul. Odată acești factori eliminați, se vor preciza și medicamentele pe care le ia subiectul. Unele medicamente ca: hipotensoare, neuroleptice, antidepresive pot genera disfuncții sexuale erectile.

Factorii organici pot fi regăsiți în 30% dintre cazuri și se intrică adesea cu dificultățile psihologice. Existența perturbărilor organice nu exclude intervenția sexoterapeutică.

VII.2.2. Tratament

Tehnicile vor fi alese în funcție de rezultatele individuale ale analizei funcționale și de rezultatele diferitelor chestionare și inventare utilizate. Voi prezenta mai multe situații concrete:

- 1) *Cazul simplu*, în care consilierea sexuală comportamentală este suficientă pentru a rezolva problema.

Este vorba în general despre o disfuncție secundară sau primară fără repetarea eșecului pe parcursul mai multor ani. Ceea ce așteaptă pacienții de la terapeut în aceste cazuri este un soi de permisie, cu informații sexuale, de notificare a unor lucruri, sugestii specifice (de exemplu, utilizarea poziției laterale sau a poziției superioare, pentru a permite intromisiunea cu un penis semiflasc). Două, trei ședințe de consiliere vor fi suficiente. Chiar și medicii generaliști, cu experiență, suficient informați, pot să rezolve astfel de probleme.

2) *Disfuncția sexuală primară în terapie individuală*

Este vorba de o disfuncție sexuală primară care apare la un subiect tânăr care are întotdeauna teamă de femei. Trăiește singur, fără parteneră. Trebuie indicat să se facă o desensibilizare sistematică (Wolpe, 1975), în 10-15 ședințe de câte 1 oră.

După analizarea și clasificarea după gradul de anxietate al situațiilor în relație cu viața sexuală care îi provoacă anxietate, subiectul învață să se relaxeze. Îl vom face să-și imagineze de manieră progresivă scenele generatoare de anxietate. Se reduce anxietatea prin inducerea simultană a relaxării. Când o imagine e prea anxiogenă, subiectul o semnalează prin ridicarea degetului și este readus la o imagine mai puțin anxiogenă. Procesul terapeutic este relativ lung. Este pregătit treptat să înfrunte situațiile reale. Paralel cu acțiunea de desensibilizare sistematică asupra emoțiilor, trebuie „lucrat” și asupra distorsiunilor cognitive ale pacientului, la cunoașterea stereotipurilor culturale sau personale, a obligațiilor, a postulatelor mahiste, a sentimentelor de devalorizare și devirilizare sau a nostalgiei unei erecții mitice și marmoreene (*mitul lui Don Juan sau complexul lui Casanova*). După desensibilizarea sistematică și restructurarea cognitivă, pacientul este consiliat să-și reînceapă viața sexuală pe etape, în așa fel încât să abordeze fără anxietate sexualitatea într-o ambianță epurată de exigență și imperative ale „performanței”. Puțin câte puțin, subiectul va ieși din cercul vicios anxietate-eșec. Un element important este reprezentat de ceea ce sexologii numesc *«teasing technique»*: se solicită subiectului s-o roage pe parteneră să-i stimuleze penisul până la obținerea erecției, într-un cadru lipsit de exigență, în care fiecare dintre parteneri se concentrează pe mângâierile și plăcerea reciprocă. Dacă erecția este completă, stimularea încetează și subiectul învață să recâștige și să piardă erecția fără anxietate.

3) *Tratamentul în cuplu*

Cel mai frecvent este vorba de o disfuncție sexuală secundară. În astfel de cazuri, problema dorinței și a lipsei de dorință sau a conflictului de cuplu sunt pe prim plan. În acest caz, este mai important ca în 12

ședințe să se amelioreze comunicarea cuplului, prin tehnicile contractului și ale jocului de roluri. În al doilea timp, se abordează mai direct disfuncția sexuală. Programul clasic utilizat este cel al lui Masters și Johnson (1971). Este un program de informație și expunere graduală *in vivo*.

A) În cursul primelor ședințe, care se pot prelungi prin ședințe video sau lecturi, *se furnizează informații asupra relațiilor sexuale*. Frecvent, terapeutul va trebui să demistifice stereotipurile sexuale sau credințele eronate achiziționate în decursul experiențelor anterioare care sunt date de o experiență strictă. Deculpabilizarea interdicțiilor familiale, culturale sau personale este foarte necesară. Practicarea relaxării va fi instituită după metoda Schultz sau Jacobson, având în vedere faptul că anxietatea legată de actul sexual sau de preludiul său este foarte frecventă. Apoi, terapia se va concentra pe ameliorarea comunicării în cuplu. Accentul se pune pe faptul că sexualitatea constă în același timp în a da și în a primi. Se va evidenția că eșecul sexual duce adesea în a-l pune pe subiect în „rolul de spectator” pasiv, din care își observă și își judecă propriile performanțe sexuale în loc să-și „dea drumul” senzațiilor și plăcerilor resimțite. Recentrarea subiectului pe propriile senzații și pe cele ale partenerii va permite modificarea observației obsesive și autocritica, ce, alături de anxietate, reprezintă principalul factor de pierdere a erecției.

B) Interdicția raporturilor sexuale pentru a reduce anxietatea de performanță

Cei mai mulți subiecți ce suferă de disfuncție sexuală își fixează obiective de frecvență și de intensitate a raporturilor sexuale care sunt întotdeauna decepționante. Cu cât încearcă mai mult, cu atât eșecul este mai mare și se simt tot mai vinovați. Punerea în repaus prin propunerea abstenenței de la raporturile sexuale, ve reduce anxietatea anticipativă legată de performanță și a sentimentului de culpabilitate care este adesea legat de faptul că subiectul consideră că bărbatul trebuie întotdeauna și în toate împrejurările să fie activ sexual (vezi REBT).

C) Focalizarea pe simțuri

Se consiliază subiectul și partenera să practice, la domiciliu, într-o ambianță fără constrângeri, o serie de mângâieri, limitându-se la nivelul tegumentelor, cu excluderea mângâierilor sexuale (genitale). Această întoarcere la o sexualitate mai elementară este menită să recentreze cuplul mai mult pe senzațiile de dragoste, decât pe performanța legată de erecție și de penetrare. Vor urma treptat mângâierile sexuale fără masturbație cu ejaculare, apoi, într-un timp următor: masturbație cu ejaculare. Și în acest punct, subiectul și partenera trebuie să se lase „în voia simțurilor”, fără a-și impune bariere de performanță.

D) *Subiectul va învăța să piardă și să dobândească erecția fără anxietate, în cursul stimulării manuale a penisului de către parteneră. Chiar dacă erecția dispăre, va fi întotdeauna „o altă dată”. În final, subiectul este desensibilizat de anxietatea de a vedea dispariția erecției peniene. Odată realizate aceste etape, se recomandă raporturi sexuale în poziția laterală sau poziția superioară a femeii, care nu necesită o erecție totală și, astfel, diminuează anxietatea de pierdere a erecției.*

VII.2.3. Rezultate

Cercetarea lui Masters și Johnson (1971), pe 245 subiecți tratați timp de 15 zile, a indicat în 60% dintre cazuri rezultate pozitive, menținute și după 5 ani postcură în disfuncția sexuală primară și 70-80% în cea secundară. Pacienții au fost urmăriți de un cuplu de terapeuți. Crowe și colab. (1981) au arătat că un singur terapeut este suficient pentru a obține rezultate analoage. Obler (1975) a obținut prin desensibilizare sistematică 80% rezultate pozitive, față de 10% rezultate pozitive obținute de către psihanalisti în grup.

VII.3. Tulburările de orgasm

Tulburările orgasmice constituie dificultățile sexuale cele mai frecvent întâlnite la femei. Relația cu frigiditatea nu este întotdeauna clară. Cei mai mulți autori consideră cele două aspecte ca fiind diferite. Clasic, se disting la această tulburare 2 forme:

- 1) una primară, în cazul în care femeia nu a simțit niciodată orgasmul;
- 2) una secundară, în cazul în care problema apare după o perioadă în care femeia a avut orgasm (Fontaine, 1993).

VII.3.1. Tablou clinic

Anorgasmia regrepează un ansamblu de tulburări cu topografie foarte diferită, care au drept caracteristică comună faptul că pacienta nu ajunge la orgasm. Anorgasmia se poate întâlni la femeia care nu are experiență sexuală, care rejectează sexualitatea cu agresivitate. La polul opus, se întâlnesc și femei foarte îndrăgostite, dovedind o stare bună de excitație în timpul raporturilor sexuale pe care și le doresc, dar care nu pot să accedă la orgasm. Pentru altele, orgasmul uneori poate fi atins, alteori nu; sau orgasmul se declanșează cu un anumit partener, nu și cu altul.

Cauzele anorgasmiei sunt multiple: refuzul sexualității datorită fricii, rigidității religioase, absenței dorinței, anxietății în raport cu părerea

partenerului, teama de a-și pierde partenerul, lipsa de experiență sau disfuncția sexuală a partenerului, problemele de cuplu, oboseala excesivă, boală somatică, consum de medicamente, griji de ordin profesional, prezența copiilor în casă. Solicitarea de consult depinde de următoarele circumstanțe: reacția negativă a partenerului, imaginea de sine devalorizată, dorința de a cunoaște orgasmul (Fontaine, 1993).

Multe femei anorgastice nu consultă niciodată terapeutul, pentru că acest fapt nu le deranjează, fiind satisfăcute de intimitatea dinaintea orgasmului sau datorită faptului că dorința de a ajunge la orgasm li se pare un viciu, fie datorită faptului că l-au simulat și în această situație nu pot apela la terapie.

VII.3.2. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională

D.S.M.IV-TR definește inhibiția orgasmului la femeie astfel:

A) Absența sau întârzierea repetată sau persistentă a orgasmului la femeie, după o fază de excitație sexuală normală, survenită în urma unei activități sexuale pe care clinicianul o judecă drept adecvată ca intensitate, durată și orientare.

Unele femei sunt capabile să atingă orgasmul prin stimulare clitoridiană în afara coitului, dar sunt incapabile să-l atingă în timpul coitului, în absența stimulării clitoridiene manuale. La majoritatea femeilor, aceasta constituie o variantă normală a răspunsului sexual feminin și nu justifică diagnosticul de inhibiție orgasmică. Cu toate acestea, la unele femei, aceasta totuși traduce o inhibiție psihologică, iar diagnosticul se impune. Această judecată dificilă se bazează pe o analiză profundă a vieții sexuale, care, uneori, poate necesita o terapie.

B) Tulburarea nu survine exclusiv în cursul unei alte tulburări de pe axa I (cu excepția unei disfuncții sexuale), cum ar fi depresia majoră.

Se poate observa că definiția e evazivă, puțin circumstanțială, având în vedere diversitatea reacțiilor orgastice ale femeii.

Într-o perioadă dată, orgasmul poate fi posibil sau imposibil sau femeia poate ajunge la orgasm doar în anumite circumstanțe (de exemplu: stimularea clitorisului) și în altele, nu (coit).

Femeia anorgastică poate fi sexual foarte excitată, îndrăgostită și să nu ajungă la orgasm. Problema se complică și mai mult pentru autorii de orientare psihanalitică, pentru care există 2 tipuri de orgasm:

- clitoridian, marker al unei sexualități infantile;
- vaginal, semnificând sexualitatea adultă.

Actualmente, această distincție este respinsă de majoritatea specialiștilor care consideră că nu există decât o singură specie de orgasm feminin, cuprinzând implicarea clitoridiană și vaginală. Conform lui Kaplan (1979), orgasmul femeii poate fi plasat într-un continuum: la o extremă, femeia care ajunge la orgasm prin fantasme erotice, când este singură, unele ajung la orgasm prin mângâieri negenitale, altele necesită mângâieri genitale, altele necesită stimulare clitoridiană intensă, asociată sau nu cu fantasme erotice; la cealaltă extremă, sunt 10% dintre femeile care nu ajung niciodată la orgasm.

Se remarcă faptul că orgasmul prin coit nu reprezintă forma normativă de orgasm. Într-adevăr, multe femei ajung doar cu dificultate la orgasm, fără stimulare clitoridiană manuală.

Strict funcțional, se poate spune că orgasmul este un reflex care se declanșează dacă se atinge un anumit prag de excitație. Există numeroase variabile, care pot facilita sau inhiba accesul la acest prag (relaționale, de personalitate, fizice). Analiza precisă a relațiilor sexuale va permite să se pună în evidență toate aceste variabile care împiedică apariția orgasmului.

Când femeia consultă terapeutul, aceasta are o istorie destul de lungă a anorgasmiei. Unele acceptă situația fără dificultate, nedându-i importanță sau se simt împlinite de alte aspecte ale sexualității. Altele, din contră, dezvoltă un sentiment de inferioritate sau de anxietate în fața eșecului. Altele pot chiar dezvolta agresivitate îndreptată împotriva partenerului. Ansamblul acestor reacții poate dezvolta o rejecție progresivă a sexualității în totalitatea sa și să ducă la o ruptură a cuplului.

Poudat și Jarrousse (1986) evidențiază 5 mari categorii de cauze ale anorgasmiei:

- 1) factori traumatizanți, experiențe traumatiche diverse (viol, incest), culpabilitate, lipsă de informație;
- 2) patologii conjugale: simptom în cadrul patologiei de cuplu;
- 3) rolul soțului: bărbat fără experiență, disfuncție sexuală (ejaculare precoce);
- 4) factori legați de psihologia femeii: teama de a ajunge la plăcere, fantasme culpabilizante;
- 5) cauze organice: endocrine, afecțiuni ale sferei genitale.

Înainte de orice intervenție, toți acești factori trebuie inventariați.

VII.3.3. Tratament

Tratamentul anorgasmiei este multimodal și multifocal, adaptat rezultatelor analizei funcționale (Fontaine, 1993).

VII.3.3.1. Tratamentul anorgasmiei primare

Ipoteza pe care se bazează terapeutul este că toate femeile pot fi capabile să ajungă la orgasm și numai o inhibiție de origine variabilă le poate împiedica să-l realizeze.

Obiectivul va fi ca femeia să obțină primul orgasm. Prima fază a terapiei constă în explicarea dedramatizantă și deculpabilizantă a sexualității, adesea însoțită de un expozeu asupra anatomiei și a fiziologiei sexualității masculine și feminine. Pacienta va fi solicitată să observe ce se întâmplă în detaliu. În cursul raporturilor sexuale: descriera pacientei pune adesea în evidență conduite de evitare, care îi împiedică accesul la orgasm. De exemplu, o pacientă poate să spună că nu se poate concentra pe ceea ce face, fiind invadată de alte gânduri. Terapeutul va sfătui pacienta să se recentreze pe percepțiile fizice: de exemplu, să-și înlocuiască gândurile percepute cu gânduri erotice.

De multe ori, depistarea, analiza și tentativele de eliminare a conduitelor de evitare nu vor fi suficiente. În acest caz, se poate emite ipoteza că prezența partenerului joacă un rol inhibitor asupra orgasmului. Se solicită pacientei să-și producă primul orgasm singură, tehnica cea mai utilizată fiind automasturbația, asociată cu contracții clonice ale mușchilor pubo-coccigieni și ale mușchilor vaginali. Introducerea acestei tehnici cere o pregătire riguroasă. Masturbația poate deveni culpabilizantă, putând fi considerată degradantă. De asemenea, plăcerea obținută păstrează o „aromă” interzisă. Terapeutul va trebui s-o convingă pe pacientă de netemeinicia acestor prejudecăți. Va fi pregătită apariția primului orgasm, procedând la asemănarea acestuia cu un reflex banal, care, după cum spunea Kaplan „nu va aduce o schimbare spectaculoasă” în viață. Acest demers paradoxal este un excelent anxiolitic. Perioada în care pacienta va accede la primul orgasm va fi urmărită cu cea mai mare atenție de terapeut. Tehnicile utilizate pot face să apară probleme psihologice care mențin anorgasmia primară: culpabilitatea religioasă, frica de sarcină, frica de a fi abandonată de partener.

Fiecare dintre aceste probleme va fi tratată din perspectiva cognitiv-comportamentală adecvată: informare/restructurare cognitivă în abordarea cuplului. După obținerea primului orgasm solo, va trebui să se ajungă și la orgasmul heterosexual. Partenerul și pacienta vor trebui să realizeze că problema nu e complet rezolvată și că orgasmul poate să nu survină rapid sau la fiecare raport sexual.

Partenerul este invitat să se comporte firesc până la ejaculare; apoi, o va ajuta pe pacientă să atingă orgasmul fără să se grăbească.

VII.3.3.2. Tratamentul anorgasmiei secundare

Cauzele posibile ale anorgasmiei secundare pot fi numeroase: oboseala cronică, anxietatea, grijile, stresul, stările post-partum și pot avea repercusiuni pasagere asupra sexualității. În alte situații, pacientele sau partenerii se pot fixa pe aceste probleme tranzitorii și să le exagereze, ceea ce ar duce la cronicizarea lor. Pacienta, îngrijorată de anorgasmia ei, își pune întrebări despre schimbarea reactivității sale, pe care o atribuie unor cauze variate: „eu nu sunt capabilă să...”, „eu devin frigidă”, „eu nu-mi iubesc suficient partenerul...”. Acesta poate, la rândul lui, să analizeze anorgasmia recentă în felul următor: „ea nu mă mai iubește”, „n-o mai interesează”, „are un amant”. Urmează o serie de reacții care agravează situația, pacienta își va vedea teama de eșec, va adopta un rol de spectator în raport de sexualitatea sa; partenerul poate să devină iritabil, culpabilizant, mai anxios, uneori exigent în timpul raporturilor sexuale. Aceste reacții, cu timpul, îi vor înstrăina partenera, creând dificultăți de cuplu, care pot duce la ruptură.

Terapia poate fi variată în funcție de momentul în care a survenit în cadrul acestui proces de degradare progresivă.

Dacă intervenția este precoce, factorii relevanți de analiza funcțională vor fi explicitați partenerilor. De multe ori, explicarea fenomenului poate fi suficientă pentru reinstalarea stării de normalitate în ceea ce privește relația de cuplu și pentru instaurarea progresivă a unei sexualități normale (Fontaine, 1993).

Din contră, dacă problema are o durată mai mare de evoluție, terapeutul va trebui să structureze un tratament asemănător anorgasmiei primare, pentru a suprima inhibițiile care s-au creat și persistă uneori de mai mulți ani. Un tip de problemă frecvent întâlnită este aceea a unei anorgasmii coitale. Multe femei sunt capabile de orgasm prin stimulare clitoridiană, în schimb nu simt decât o slabă excitație în timpul intromisiunii peniene și în nici un caz nu ajung astfel la orgasm. În unele cazuri, se poate evoca un prag orgasmic ridicat legat de inhibițiile generale sau specifice legate de relația sexuală (frică de sarcină, frică de penis, culpabilitate). În cea mai mare parte a timpului, prin intromisiunea penisului, femeia are un grad de plăcere, dar în niciun caz de neplăcere, deci s-ar putea să nu fie nimic patologic. Intromisiunea penisului stimulează puțin clitorisul, mai ales în poziția tradițională „a misionarului”.

Primul timp al terapiei va viza o informare asupra cauzelor disfuncției. Se propune cuplului să se „regăsească” prin practicarea unui preludiu afectiv și erotic (cu focusare asupra senzațiilor). Dacă acest preludiu va crea femeii un nivel de excitație bun, partenerul va fi invitat să crească cât mai mult posibil excitația partenerii prin stimularea clitoridiană înainte

de penetrare. În acel moment, partenerul o va penetra cu mișcări lente, care vor fi întrerupte pentru a stimula clitorisul, fie menținând penisul în vagin, fie retrăgându-l. Această succesiune de secvențe are o mare putere de excitare, care poate duce la apariția orgasmului.

La multe paciente, excitația obținută prin stimularea clitorisului va recădea în timpul coitului; i se va cere să încerce să întrețină excitația prin mișcări accelerate ale bazinului. Dacă nici așa nu va fi suficient, se propune pacientei să-și autostimuleze clitorisul în timpul coitului.

Aceste tehnici asociate, prin practicarea lor perseverentă, vor duce în majoritatea cazurilor la rezultate pozitive, care se stabilizează după câteva săptămâni. Multe femei vor putea progresiv să se lipsească de stimularea clitoridiană în timpul coitului. Acest ultim aspect trebuie să reprezinte pentru cuplu, în ultimă instanță, un pas spre sexualitatea normală (Fontaine, 1993).

Anorgasmia secundară poate reprezenta epifenomenul unei problematice de cuplu, mai generală, care o precede. În acest caz, nu aspectele terapiei sexologice vor prima, ci cele de comunicare în cuplu. În funcție de rezultate, sexualitatea se poate restabili spontan sau câteodată trebuie urmată procedura discutată mai sus.

VII.3.4. Rezultate

Abordarea anorgasmiei nu trebuie privită ca un ansamblu de tehnici mecanice, care se pun în practică la modul stereotip. Trebuie abordată neapărat și problema cuplului, pacienții fiind sfătuiți să se observe într-o manieră de coterapie, de ajutor și de încredere deplină. Comunicarea se va face mult mai intens, fiind mai bogată, ca și relația de cuplu, și în afara sexualității.

Exceptând tulburările psihiatrice grave sau dificultățile de cuplu insurmontabile, toate femeile pot accede la orgasm.

VII.4. Ejacularea precoce

Ejacularea precoce poate fi simplu definită ca tendința regulată de a ejacula înainte de a se dori acest lucru (Selano, 2000). Este vorba de cea mai frecvent întâlnită problemă în practica sexoterapiei (Zilberg, 1992). Această tulburare sexuală afectează aproape 1/3 dintre bărbații occidentali și este la originea unor multiple dificultăți conjugale.

Etiologia precisă a ejaculării precoce este puțin clarificată (Cohen, 1999), făcând subiectul unor dispute de idei date de diferitele paradigme ale psihopatologiei. Cu toate acestea, se pare că etiologia medicală (boli sau malformații anatomice) este rară și că bărbații suferind de ejaculare precoce

nu prezintă tulburări psihopatologice mai numeroase decât populația generală (Kaplan, 1979). Se poate spune că ejacularea precoce este și un fenomen cultural. Bărbatul posedă o tendință naturală și înnăscută de a ejacula rapid, înainte ca femeia să poată atinge orgasmul. Acest aspect este frecvent întâlnit la majoritatea adolescenților neexperimentați (Wainberg, 1980).

În societățile umane în care se cultivă plăcerea sexuală a femeii, se solicită bărbatului să-și dobândească un control al duratei actului sexual. Capacitatea de a prelungi durata actului sexual permite obținerea unei mai mari satisfacții din partea ambilor parteneri. Cu toate că ejacularea în sine este un proces involuntar (Allgeier și colab., 1989), este posibil ca bărbatul să deprindă să-și moduleze excitația și să-și stăpânească apariția ejaculării. Această învățare se realizează cu succes în cadrul terapiilor sexologice de tip cognitiv-comportamental. Reușita în acest tip de terapie este foarte ridicată (De Carufel, 1996).

După Masters și Johnson, este considerat ejaculator precoce acel bărbat care încheie contactul sexual în 50% dintre cazuri fără a-și satisface partenera. Kaplan (1974) consideră ejacularea precoce o pierdere a controlului reflexului ejaculator, în general legat de anxietate, care scade erecția, accelerează ejacularea prin excitarea sistemului nervos vegetativ și poate duce la instalarea unei adevărate fobii sexuale. Poudat și Jarrousse (1986) indică 3 criterii pentru definirea ejaculării precoce:

- 1) ejacularea se produce la 30 sec.-1 min. după intromisiune;
- 2) numărul de mișcări de du-te vino intravaginale este < 10;
- 3) în 50% dintre cazuri, bărbatul atinge orgasmul înaintea partenerii.

În raportul lui Simon despre comportamentul sexual la francezi, se dă ca timp mediu al coitului de 12 minute. Pentru unii autori, ejacularea controlată în funcție de dorința partenerii este o achiziție culturală filogenetică recentă, în timp ce ejacularea precoce este un fenomen natural, favorizând reproducerea și supraviețuirea speciei. Se pot aduce contraargumente din lumea animală, în care există specii cu raporturi sexuale mult mai lente decât la om.

VII.4.1. Tabloul clinic al ejaculării precoce

Conform D.S.M. IV-TR, este vorba de ejaculare precoce în situațiile în care ejacularea în mod repetat și persistent apare la stimulări sexuale minime înainte (*fiasco ante portas*), în timpul sau imediat după penetrare. În orice caz, survine înainte ca subiectul să fi dorit să ejaculeze. Trebuie să

fie luată în calcul și vârsta, care prelungeste timpul ejaculării și frecvența raporturilor sexuale.

Destul de des, vin la consultație tineri care au o frecvență rară a raporturilor sexuale (1 la 15 zile), datorită stilului de viață, și care solicită tratament. În cazul lor, simpla recomandare de creștere a numărului raporturilor sexuale le-ar remedia problema. Pe de altă parte, noutatea unei partenerere, anxietatea și excitația consecutivă precipită ejacularea, care apoi se va normaliza. Ca și celelalte disfuncții sexuale, ejacularea precoce poate fi pur psihogenă sau să reprezinte o intricare dintre factorii psihici și psihologici. Este considerată primară, dacă subiectul n-a cunoscut decât acest tip de orgasm și secundară, dacă a fost declanșată de un stres profesional, de dezvoltarea unor tulburări anxioase, de o neînțelegere conjugală mai extinsă decât simpla problemă sexuală. Masters și Johnsson au împărțit reacțiile sexuale în 5 faze: excitație, platou, orgasm, rezoluție și perioada refractară. Ejacularea precoce survine în cursul fazei de platou, ceea ce explică de ce aceasta antrenează o diminuare a plăcerii atât la subiect, cât și la partenera sa: vârful orgasmului se scurtează prin emisia de spermă.

VII.4.2. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională

Pacientul vine singur la terapeut în cazul în care disfuncția este trăită în rușine sau a antrenat despărțirea de parteneră. Cel mai adesea, cuplul poate veni după ce a încercat să rezolve problema prin diferite metode farmacologice sau mecanice (alifii, condoame).

La originea ejaculării precoce se găsește o învățare dificilă a sexualității. Uneori, primele raporturi sexuale au avut loc în mașină sau în situații în care cuplul risca să fie surprins. Lipsa de experiență a celor 2 parteneri sau frica de a fi judecat de o parteneră mai experimentată poate reprezenta un factor declanșant. Este suficient să existe un prim raport ratat pentru a se instala anxietatea anticipatorie importantă, care rezultă dintr-o veritabilă condiționare clasică, asociind situația sexuală și răspunsurile anxioase. Chiar și în circumstanțele cele mai favorabile și cu partenererele dorite, iubitoare și necritice, anxietatea duce la o scădere a erecției și la precipitarea ejaculării (ejaculare cu un penis flasc). La mulți dintre cei cu ejaculare precoce, se regăsește o tulburare anxioasă de tip anxietate generalizată, focalizată printre altele și pe sexualitate, fiind însoțită de cogniții negative și ruminății obsesive de tipul: „Eu sunt un incapabil.”, „Încă o dată va ceda.”, „Încă o dată voi fi judecat și părăsit.”. Aceste ruminății trebuie atent studiate și poate fi utilizată fișa în 3 coloane a lui Beck (1979) pentru evaluarea acestora (Cottraux, 1993).

Tabelul IV

Fișa în 3 coloane a lui Beck

Nume:

Prenume:

Vârsta:

Data:

Ora:

Situație	Emoții	Gânduri automate
Descriere:		
1. Evenimentul care a produs emoția neplăcută sau	1. Specificare: Tristețe, agresivitate, anxietate etc.	1. Scrierea gândurilor automate care preced, urmează sau însoțesc emoțiile
2. Succesiunea ideilor, gândurilor, reveriei care a indus emoția neplăcută	2. Evaluarea intensității emoției 0-8	2. Evaluarea nivelului de credință în gândurile automate 0-8

Tulburarea se menține pentru că subiectul se va încărca de anxietatea de performanță, evitând relațiile sexuale. Rezultatul la celibatari va fi solitudinea, punctată de cuceriri cărora n-o să le solicite raporturi sexuale. Această strategie de „aprinde” va fi mascată de povestirea unor aventuri imaginare. Într-un cuplu stabil, poate apare evitarea, care va fi întărită dacă partenera este fie decepționată și critică, fie tăcută și resemnată. Va sfârși prin a refuza raporturile sexuale care nu o mai satisfac și-și va căuta uneori o viață sexuală extraconjugală. Disfuncția sexuală secundară și anorgasmia feminină vin să complice adesea ejacularea precoce. Unele cupluri își vor continua viața, centrându-se pe alte valori decât sexualitatea. Dar alții vor resimți o mare suferință și vor solicita ajutor calificat.

VII.4.3. Tratamentul ejaculării precoce

Se desfășoară în general în 10-15 ședințe. Vom aborda inițial terapia bărbatului cu o parteneră stabilă. Prima etapă cuprinde transmiterea de informație și discuția în cuplu, permițând cimentarea încadrării în terapie. Se va dedramatiza situația, insistând asupra caracterului curabil al tulburării și discutând postulatele iraționale legate de sexualitate. Dacă cuplul are și alte dificultăți, acestea vor trebui abordate în cadrul ședințelor, pentru că ele pot premerge sau pot fi cauzate de disfuncția sexuală (Cottraux, 1993).

Cura se efectuează după fazele de focalizare asupra simțurilor: I (mângâieri nongenitale) și II (mângâieri genitale). În cursul acestei faze de trezire a simțurilor, accentul este pus pe faptul că trebuie să ofere plăcere pentru a o și primi. Abstenența sexuală este regula începutului terapiei, pentru a pune în repaus anxietatea rezultată din repetarea încercărilor eșuate.

Etapile următoare sunt recomandate pentru a educa sau a reeduca reflexul ejaculator. Se va proceda la învățarea unei poziții de control ejaculator, recomandând poziția superioară a femeii sau o poziție laterală. Va urma o etapă de masturbație de către parteneră, în timpul căreia subiectul o previne că există o fază de excitație în care ejacularea poate fi încă evitată (tehnica *Squeeze*). Acesta va comprima penisul la baza glandului, cu ajutorul degetului mare și al indexului, comprimând canalul uretral până când va dispărea nevoia de ejaculare. Același procedeu va fi pus în fapt în cursul raportului sexual: bărbatul este învățat să se retragă și femeia să blocheze ejacularea, strângând penisul între degetele sale.

O altă tehnică des folosită și mai ușor de realizat și de acceptat este tehnica *Stop-Start*, în care bărbatul învață să perceapă premisele ejaculării și să-și oprească mișcările (la fel și femeia). Acest lucru are ca efect câștigarea timpului și, progresiv, se recuperează controlul asupra reflexului

ejaculator. Scopul este ca penisul să rămână în vagin fără să ejaculeze și își decondiționează ejacularea reflexă.

Se recomandă efectuarea raporturilor sexuale în poziția laterală, pentru că nevoia de ejaculare nu apare atât de repede. Apoi, se va utiliza metoda „poziției femeii deasupra”, apoi poziția clasică.

Tordjman (1987) recomandă pentru sensibilizarea controlului mesajului periferic (care duce la ejaculare) ca femeia să stimuleze progresiv penisul partenerului, pentru ca acesta să se poată concentra asupra semnelor premonitorii ejaculării, în 6 etape:

- 1) stimulare prin mângâieri masturbatorii pe sec;
- 2) stimulare prin mângâieri masturbatorii cu produse lubrifiante;
- 3) stimulare prin mângâieri buco-genitale;
- 4) stimulare în poziția femeii călare;
- 5) coit în poziție laterală;
- 6) coit clasic.

La subiectul fără parteneră, ejacularea precoce sau ejacularea „*ante portas*” poate fi tratată prin desensibilizare sistematică. Se începe prin învățarea unei metode de relaxare (Schultz, Jacobson). Apoi, sunt prezentate diferitele faze ale unui raport sexual progresiv sub relaxare, după ce în prealabil subiectul le clasificase în ordinea intensității anxietății declanșate de acestea, pe o scală de la 1 la 100. Terapeutul îl face să-și imagineze, prin sugestii verbale, semnele de anxietate, pornind de la nivelul cel mai scăzut. Anxietatea este redusă prin inducția simultană a relaxării. Când o imagine este prea anxiogenă, pacientul o semnalează prin ridicarea degetului și va fi comutat pe o imagine mai puțin anxiogenă. Desensibilizarea se va derula în 5-10 ședințe și este oprită când anxietatea raportată la repertoriile anxiogene devine tolerabilă (Cottraux, 1993).

În general, anxietatea debutează chiar înaintea raporturilor sexuale propriu-zise. Și simpla propunere a unei întâlniri sau a unei mese poate iniția anxietatea. În acest caz, afirmarea sinelui și jocul de rol pot fi utile în demersul terapeutic. Unii pacienți simt nevoia să menționeze partenerii dificultățile sexuale, înainte de a avea raport sexual, ca unică modalitate de a-și diminua anxietatea, cu condiția ca partenera să-i dea un răspuns dedramatizant. Alți pacienți au probleme de afirmare a sinelui și în alte domenii decât sexualitatea.

Tehnicile trebuie adaptate. Trebuie modificate și cognițiile negative ale subiectului, indicând caracterul lor anxiogen și subiectul trebuie învățat să genereze gânduri pozitive alternative, care vor permite stăpânirea situației. Trebuie modificat și postulatul „mahist”, ce antrenează o doză mare de anxietate față de judecata feminină. Terapeutul va pune în evidență

faptul că în disfuncțiile erectile apare postura de „rol de spectator” al propriei sexualități și va ajuta pacientul să o modifice, indicându-i să se concentreze mai mult pe senzații decât pe gânduri. Această concentrare pe corp și pe senzațiile elementare va fi realizată sub relaxare. Odată ce subiectul va stabili o întâlnire cu o femeie, se va insista asupra faptului că nu e obligatoriu ca întâlnirea să se termine cu un raport sexual finalizat prin coit și că există întotdeauna „o altă dată”, ceea ce îl poate deculpabiliza și-i poate diminua anxietatea. Terapeutul va recomanda ca primele raporturi sexuale să se facă în pozițiile care facilitează controlul ejaculării, fie femeia călare, fie cu femeia în poziție laterală.

Trebuie subliniate câteva aspecte esențiale ale terapiei ejaculării precoce.

- Tehnicile de control ejaculator necesită o excelentă cooperare între cei 2 parteneri, deci trebuie sincronizate tehnicile de control cu mișcările din timpul coitului.
- Unele cazuri sunt simple și pot beneficia de sfaturi specifice (*squeeze, stop-start*), care sunt puse apoi în practică într-o atmosferă erotică;
- Invers, tratamentul poate fi foarte dificil datorită unui sabotaj al terapiei din cauza unor neînțelegeri cronice sau acute în cuplu. Partenera poate găsi programul terapeutic plictisitor și neplăcut și va avea tendința să-și accelereze mișcările în cursul coitului, ceea ce va menține tulburarea. Comentariile critice sau abuzive vor accentua și mai mult simptomele. Deci trebuie câștigată în primul rand adeziunea cuplului la program. Nu are rost să se facă o terapie de cuplu acolo unde nu sunt sorți de izbândă; e de preferat în acest caz o terapie a subiectului separat. Complanța la tratament este în funcție de înțelegerea actuală a cuplului și de vechimea tulburării. Cronicitatea antrenează un „*status-quo*”, dictat de necesitățile casnice sau de copii, însoțindu-se frecvent și de relații extraconjugale din partea femeii. Aceasta uneori poate verbaliza acest lucru terapeutului în cursul unei întrevederi singulare, pentru a justifica lipsa viitoare din cadrul ședințelor terapeutice.

Cu toate acestea, majoritatea psihologilor nu au experiență în sexologie și un mare număr de bărbați cu ejaculare precoce nu sunt dispuși să solicite ajutor de specialitate. În acest context, biblioterapia pare a fi o obșinvență interesantă și un instrument complementar foarte util pentru clinician în intervenția sa terapeutică. Aceasta poate fi utilizată și ca un nivel primar de informare și de intervenție în populația generală.

Biblioterapia a fost utilizată deja cu succes în tratamentul dificultăților sexuale de către Trudel și Laurin (1988).

În 2002, De Sutter și colab. au publicat un studiu în care au evaluat rezultatele terapiei ejaculării precoce, printr-o abordare biblioterapeutică cognitiv-comportamentală sexologică.

Studiul a fost efectuat de către o echipă multidisciplinară, formată din psihologi, sexologi și un psihiatru, pe un eșantion de 117 bărbați în vârstă medie de 39 de ani, care prezentau ejaculare precoce. Cartea conținea informații cognitive și tehnici comportamentale, care s-au dovedit eficiente într-o cercetare anterioară (De Carufel, 1996).

După lectura romanului, 79% dintre bărbați au descris o evoluție pozitivă a problemei ejaculării precoce și 65% nu mai îndeplineau criteriile de diagnostic pentru ejacularea precoce.

A fost utilizat și un grup de control pentru a vedea dacă rezultatele nu pot fi atribuite unei remisii spontane sau efectului placebo. Ameliorarea simptomatologiei a fost evaluată după: durata penetrării - o penetrare de sub 2 minute este patognomonică pentru ejacularea precoce (Strassberg și colab., 1990); numărul de mișcări pelviene (sub 15, semnificând ejaculare precoce. Indicatorii de succes terapeutic ai acestui studiu sunt inferiori celor raportați de către De Carufel (1996) sau Masters și Johnson (1971), care au obținut 90% succes la clienții lor, dar rezultatele au fost superioare celor obținute prin terapie medicamentoasă. Murat și colab. (1999) au estimat că Fluoxetina produce o ameliorare a simptomatologiei în 50-70% dintre cazuri.

Biblioterapia nu este soluția universală la problema ejaculării precoce. Cu toate acestea, poate constitui un instrument util la mai multe niveluri:

- ca primă intervenție pentru bărbații care nu pot sau nu doresc să fie consultați;
- ca material instructiv pentru terapeutul mai puțin familiarizat cu problemele de sexologie și sexoterapie;
- un adjuvant pentru sexoterapeut, medic sau psiholog care oferă în paralel un tratament al ejaculării precoce.

VII.4.4. Rezultate

2/3 dintre cazuri răspund la terapie. Se știe că ejacularea precoce este un fenomen fluctuant care depinde de ambii parteneri. Nu există studii care să arate dacă există diferențe între eficacitatea sexoterapiei individuale și cea de cuplu. Cheia succesului este reprezentată de o analiză funcțională bine condusă și de o evaluare a beneficiilor cuplului sau ale individului, în urma aplicării unor tehnici simple sau a unor simple sfaturi.

VII.5. Dispareunia

După mai mulți autori recenți, 20% dintre femeile care consultă un ginecolog, se plâng de raporturi sexuale dureroase, cel mai frecvent la intromisiune și mai rar în timpul coitului, al orgasmului sau după raportul sexual. La 20% dintre aceste femei, examenul ginecologic nu găsește nicio cauză organică. La bărbat, raporturile sexuale dureroase sunt cel mai frecvent de origine organică. Ejacularea dureroasă reprezintă 60% dintre dispareunii și 3% dintre consultații pentru disfuncții sexuale masculine. Originea infecțioasă a ejaculării dureroase reprezintă între 36-64% dintre cazuri (Hirsh și Fontaine, 1993; Arvis, 1991).

VII.5.1. Tablou clinic

După D.S.M.-IV-TR, dispareunia reprezintă o tulburare sexuală dureroasă, care se diferențiază după următoarele criterii:

- A. Durere genitală repetată sau persistentă, fie la bărbat, fie la femeie, în timpul raporturilor sexuale sau după acestea;
- B. Afectarea nu se datorează exclusiv lipsei lubrefierii sau unui vaginism.

Se va specifica:

- exclusiv psihogen sau psihogen și biogen;
- dintotdeauna sau dobândită;
- generalizată sau situațională.

La femeie este vorba de o durere care apare în timpul raporturilor sexuale, uneori superficială, alteori mai profundă; chiar dacă femeia își dorește contactul sexual, este receptivă și capabilă de orgasm. Aceste paciente acceptă voluntar examenele ginecologice, în speranța că vor găsi o explicație rațională pentru problema lor. În cazul vaginismului, o tulburare asemănătoare, e vorba de contracții involuntare, frecvent dureroase ale mușchilor perivaginali în timpul oricărei tentative de penetrare. Aceste paciente se deosebesc de primele, se tem de examenul ginecologic și manifestă în cursul acestuia reacții de retragere spectaculoase.

VII.5.2. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională

În cazul dispareuniei feminine, cauza inițială este cel mai frecvent organică, apoi se perpetuează prin condiționare sau este reactivată secundar prin problemele conjugale sau personale (dispareunie dobândită). În alte

cazuri, dispareunia a existat de la început, după o deflorare dureroasă. Vaginismul, din contră, își are originea mai degrabă în problemele psihologice.

La bărbat, durerea preejaculatorie evocă mai degrabă originea mecanică sau inflamatorie, iar durerea din timpul ejaculării și/sau post-ejaculatorie are origine psihogenă.

VII.5.2.1. Dispareunia feminină

Durerea are întotdeauna și o componentă emoțională; de aceea este dificil uneori să-i apreciezi realitatea organică. Se poate spune fără să ne înșelăm că dispareunia este psihogenă, deci este situațională: dacă apare numai cu un anumit partener sau în anumite împrejurări (din timpul conflictelor conjugale) sau dacă durerea variază sau apare doar în contact cu penisul nu și cu *speculum* (atenție la factorii organici ascunși). Durerea este de origine fizică; deci este provocată întotdeauna, indiferent de situație (Tordjman, 1987).

Cauze organice

- cicatrice dureroasă la intrarea în vagin, atrofia de menopauză;
- infecție, o insuficientă lubrefiere (prin carență estrogenică sau o cauză psihologică - tulburarea excitației sexuale, dar și prin orice durere care duce la scăderea lubrefierii);
- leziuni în profunzimea pelvisului (endometrioză);
- cancer de col;
- devierea ligamentului larg (sindrom Masters și Allen).

Cauze psihologice

Pot fi reprezentate de: frică, culpabilitate, dezgustul referitor la viața sexuală, o pasivitate îndreptată împotriva partenerului.

Frica, teama de durere o anticipează și o precipită. Această frică este cel mai frecvent condiționată de o cauză organică deja rezolvată, dar care este purtată adânc în amintire (de exemplu: o deflorare dureroasă). Femeia se închide într-un cerc vicios, durerea duce la frică, iar frica duce la durere, iar acest simptom afectează și sexualitatea partenerului. Dispareunia poate fi o reacție la fricile iraționale, cum ar fi: frica de sarcină, de naștere sau de a avea un copil anormal sau pur și simplu frica de un act sexual propriu-zis, penetrarea fiind trăită ca o agresiune. Sentimentul de culpabilitate își are originea în problemele copilăriei: o educație rigidă, punitivă sau religioasă nu este favorabilă unei dezvoltări a sexualității.

O altă posibilă cauză o reprezintă antecedentele traumatizante, culpabilizante, cum ar fi surprinderea pacientului în timpul primelor mastur-

bații, care îl vor marca profund pe adolescent (adolescentă). Amprenta unei educații rigide sau unele evenimente particulare traumatizante din copilărie pot evolua cu dezgust pentru sexualitate. De exemplu: vederea unui exhibiționist, antecedentele de viol sau incestul paternal. Dezgustul față de sexualitate poate proveni și din tendințele homosexuale egodistone și refulate și, mai recent, eșecurile sexuale din noaptea nunții. Trebuie clarificat și un alt sentiment care apare frecvent, și anume agresivitatea față de partener și, uneori, față de bărbați în general.

Simpptomul sexual este o modalitate de reacție față de un conflict sau al unei ostilități mai mult sau mai puțin îndreptate împotriva bărbaților și a sexualității (Hirsh și Fontaine, 1993a).

VII.5.2.2. Dispareunia masculină

Mai rară, dispareunia masculină este aproape întotdeauna datorată problemelor organice. În unele cazuri, este vorba de o hiperexcitabilitate a glandului la contactul cu vaginul, legată de o fricțiune a prepușului, a fimozei sau de o inflamație a uretrei terminale. În alte cazuri, durerile testiculare pot fi datorate unei excitații foarte intense sau unei ejaculări dureroase cauzată de o boală infecțioasă.

Trebuie consultat un urolog, care va face un examen local și va prescrie examinări paraclinice (spermocultură, pentru a descoperi o Mycoplasma sau Chlamydia). În ceea ce privește dispareunia funcțională, se poate regăsi, după caz: anxietate, conflict conjugal, o problemă sexuală a partenerii (inclusiv dispareunia), dezgust mai mult sau mai puțin exprimat față de sexualitate, cu prezența unor sentimente de regret, de culpabilitate și anxietate (frică de intimitate), tendințe homosexuale, refuz al paternității (Zwang și colab., 1989; Hermabessiere, 1991).

VII.5.3. Tratamentul dispareuniei feminine

După diagnosticul și tratamentul medico-chirurgical al cauzelor organice eventuale, tratamentul sexologic va lua în lucru cuplul, fie într-o echipă bisexuală, fie de către un singur terapeut/ o singură terapeută. Întotdeauna trebuie examinată tulburarea sexuală în funcție de cuplul respectiv. Destul de des, se pot întâlni tulburări complementare, de exemplu dispareunie+disfuncție sexuală, dispareunie+ejaculare precoce. În aceste cazuri, dispareunia poate fi o reacție la disfuncția sexuală a bărbatului și ar trebui să se țină cont de luarea în lucru a ambelor tulburări sexuale.

Aceasta se realizează printr-o terapie de scurtă durată, care implică consultarea individuală și în cuplu, în 8-15 zile, în funcție de disponibilitatea acestora, timp de 6 luni. În timpul consultațiilor, vor fi prescrise exerciții

senzoriale și sexuale, în etape succesive adaptate fiecărui cuplu (Zwang și colab., 1989).

Prima etapă

Se face o ședință de cuplu în care se fixează problema și se dau informații despre cadrul terapeutic. Apoi, urmează 2-3 întâlniri cu fiecare dintre cei 2 parteneri, în care se vor stabili problemele fiecăruia dintre ei pe plan organic, socio-profesional, familial, conjugal și personal. În caz de echipă bisexuală, fiecare partener al cuplului va fi privit separat de coterapeut. Această primă etapă va permite evaluarea graduală de coeziune a cuplului și voința sa de a rezolva problema, condiție necesară pentru reușita terapiei.

A doua etapă

Este etapa educației și a informațiilor anatomo-fiziologice. Trebuie ca cuplul să se convingă că nu există niciun element organic pentru dispareunie. Facem această informare, ajutându-ne de ilustrare și de un buletin de examen ginecologic și, eventual, al soțului. Acest fapt îi va face pe parteneri să conștientizeze realitatea unui spasm vaginal eventual, în timpul examinării, și adaptarea penisului la conformația vaginului (care permite și trecerea copilului).

A treia etapă

Prescrierea masajelor reciproce cu ajutorul uleiului de masaj. Este etapa focalizării senzoriale (*Sensate Focus* - Masters și Johnson). Este vorba despre un masaj-mângâiere pe care fiecare partener îl va efectua alternativ, fără raport sexual și fără abordarea organelor sexuale. Aceste ședințe vor fi efectuate în cele mai bune condiții: de temperatură a camerei, cu telefonul scos din priză, cât timp copiii sunt absenți sau culcați. Se poate utiliza și o muzică adecvată, o lumină discretă. Aceste schimbări pot restabili o mai bună comunicare în cuplu și permit o apropiere fără teamă de un raport sexual (care este momentan interzis) și deci fără anxietate. Se solicită femeii să-și observe organele genitale în oglindă, să-și exploreze cu degetele cavitatea vaginală și să practice exercițiile lui Kegel (contractiile sfincterului anal, uretral și vaginal). Aceasta îi va permite femeii să conștientizeze faptul că-și poate controla sfincterele.

A patra etapă

Dacă această etapă este pozitivă, adică dacă cuplul simte plăcere în timpul mângâierilor dezinteresate, prin redescoperirea geografiei erotice a celuilalt, a plăcerii de a dăru și a primi (a fi activ și pasiv) și dacă femeia

a progresat în autoexplorare, se poate permite cupului să extindă masajul și la zonele genitale, fără a neglija mângâierile din stadiul precedent. Se cere soțului să abordeze organele sexuale ale soției, la început superficial, apoi într-o manieră mai apăsată, lăsându-se condus de către ea. Îi va introduce inițial 1 deget, apoi 2-3 degete în cavitatea vaginală. Se pot prescrie antispastice și sedative contra durerii. Femeia va continua să se autoexploreze și va aplica un tampon vaginal. Acest demers va avea loc pe mai multe săptămâni în funcție de progresele cuplului în comunicarea senzorială și sexuală. Este necesar ca, în timpul consultațiilor, să ajutăm cuplul să-și clarifice în amănunt dificultățile care apar pe parcurs. Aceste etape de sensibilizare senzorială nu sunt obligatorii decât în caz de vaginism.

A cincea etapă

Raportul sexual va fi autorizat, dacă femeia poate suporta un tampon vaginal 24 de ore fără durere. Se recomandă adoptarea poziției femeii deasupra sau în foarfecă, care-i permite acesteia să controleze intromisiunea putând fi astfel controlate anxietatea și disconfortul tranzitoriu. Bineînțeles, penetrarea va urma mângâierilor din etapele precedente.

Femeia va mobiliza coloana lombo-sacrată din momentul în care se va simți bine. Ea se va opri în momentul în care apare durerea, apoi va relua mișcările cât timp nu suferă. Partenerul va rămâne nemișcat. Durata raporturilor sexuale poate crește progresiv, până la provocarea ejaculării partenerului. Deci femeia adaptează ritmul coitului senzațiilor sale și toleranței sale. Puțin câte puțin, în acest conflict dintre plăcere și durere, plăcerea va învinge, cu atât mai mult cu cât femeia va asocia fantasmele pozitive penetrării.

A șasea etapă

Se va reda libertatea deplină cuplului în a-și alege poziția până la obținerea orgasmului de către bărbat prin mobilizarea ambilor parteneri, fără durere pentru femeie. Cuplul își va găsi un ritm comun. După terapie, se recomandă cuplului, din momentul în care femeia va prezenta din nou teamă de durere, să reia poziția femeii deasupra și principiile pe care le-au instituit pentru a stăpâni situația. În cursul acestei terapii vor fi abordate problemele care pot interfera cu sexualitatea, în particular conflictele din cuplu.

În plus, față de tehnică, terapiile sexuale fac apel la „*feeling*”, la imaginație și la creativitatea terapeuților (în echipă bisexuală) sau a terapeutului. Aceștia trebuie să fie informați, deculpabilizanți, pozitivi și atenți în a-și adapta directivele în funcție de caz, adică să însoțească cuplurile, fără a le preceda, fără să le lezeze valorile, încurajându-i să se

depășească. Rezovarea lucrurilor se va efectua cu disoluția anxietății, a atitudinii de spectator în timpul actului sexual și cu restabilirea comunicării în cuplu (verbală, senzorială și sexuală). Dacă anxietatea dispareunică este foarte importantă, se pot asocia tratamentul comportamental sistematic și ședințe de relaxare și examene ginecologice. În cursul acestora, se stabilesc zonele dureroase din timpul intromisiunii, care vor fi masate până devin nedureroase, ceea ce va contribui la securizarea femeii (Hirsh și Fontaine, 1993).

VII.5.4. Tratamentul dispareuniei masculine

În cazul în care nu se găsește nicio cauză organică, trebuie analizat metodic, cu pacientul, modul de instalare, punctul de plecare, factorii conjugali, familiali, socio-profesionali și personali care pot interfera cu sexualitatea. Strategia terapeutică va depinde de aceste diferite elemente. Se va imagina o reeducare erotică prin etape succesive, inspirându-se din schema precedentă. Frecvent, simplul fapt de a discuta despre sexualitate cu cuplul și de a corecta unele erori sau obișnuințe este suficient.

VII.5.5. Rezultate

Prognosticul tulburării la femeie este în general foarte bun. Eșecurile terapiei apar în următoarele situații: un dezgust foarte important față de sexualitate, un cuplu precar, pe cale de destrămare. Simptomul sexual este un simbol al rejecției partenerului.

VII.6. Vaginismul

Constă în contracția treimii inferioare a vaginului, ceea ce duce la imposibilitatea penetrării sau la dificultăți majore în penetrare. Deși prevalența afecțiunii este puțin cunoscută, problema reprezintă un motiv foarte frecvent de consult ginecologic și sexologic (Hirsh și Fontaine, 1993b).

VII.6.1. Evaluare, diagnostic și analiză funcțională

După D.S.M.IV-TR, vaginismul corespunde unui spasm involuntar repetat sau persistent al musculaturii 1/3 externe a vaginului care perturbă coitul, care nu este datorat exclusiv unei tulburări fizice. Trebuie diferențiat vaginismul primar, în care pacienta n-a putut avea relații sexuale, de vaginismul secundar, survenind la paciente care până atunci n-au avut probleme. Vaginismul poate fi generalizat sau situațional. În acest ultim

caz, se va limita la unele situații sau anumiți parteneri. Vaginismul poate fi exclusiv psihogen sau poate fi atât psihogen, cât și organic.

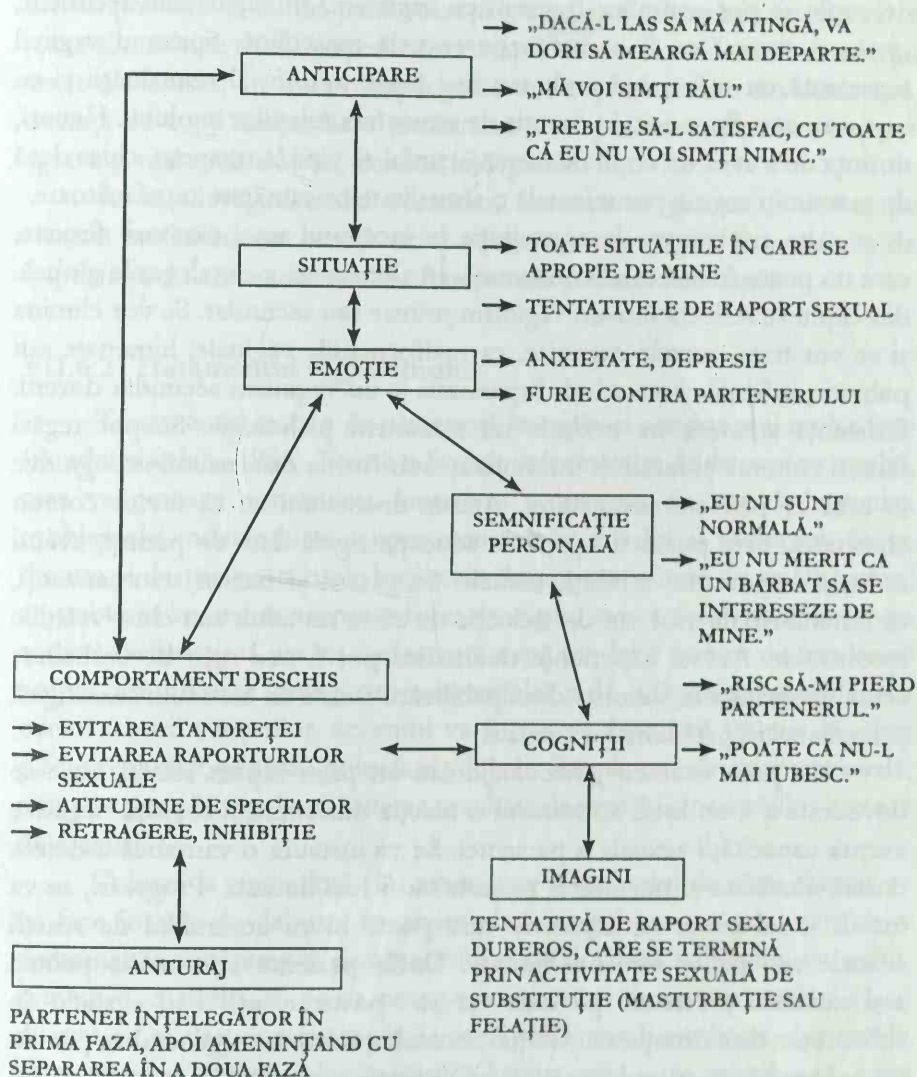


Fig. 16. Analiza funcțională a unui caz de vaginism (adaptare după Palazzolo, 2004)

Această tulburare corespunde unei perturbări a fazei de excitație, fiind corespondentul feminin al disfuncției erectile sau al disfuncției erectile masculine.

În absența altei disfuncții sexuale asociate, dorința, lubrefierea și orgasmul clitoridian sunt normale. Frecvent, vaginismul primar se

asociază cu o patologie masculină secundară: în particular, cu anerecția sau cu ejacularea prematură, care reprezintă consecințele. Invers, tulburările sexuale masculine pot antrena un vaginism secundar. În fine, neînțelegerile de cuplu se pot complica frecvent cu vaginism. În vaginismul secundar, „*primum movens*” va fi o disfuncție sexuală masculină. Spasmul vaginal reprezintă un refuz mai mult sau mai puțin agresiv al sexualității și va urma un curs fluctuant, în funcție de atmosfera relațiilor cuplului. Uneori, dorința de a avea un copil determină cuplul să vină la terapeut, chiar dacă de mai mulți ani s-a putut instala o sexualitate pe jumătate satisfăcătoare.

Alte cupluri vin la consultație la începutul unei căsătorii fericite, care nu poate fi însă total consumată. În alte cazuri, neînțelegerile globale din cuplu se reflectă într-un vaginism primar sau secundar. Se vor elimina și se vor trata cauzele organice, ca malformațiile vaginale, himenale sau pubiene, infecțiile antrenând dispareunia și un vaginism secundar durerii. Existența acestora nu exclude un tratament psihologic. Se pot regăsi factori culturali și familiali interiorizați sub forma distorsiunilor cognitive în ceea ce privește sexualitatea. Aceste distorsiuni au ca factor comun anxietatea, care poate fi legată de educația rigidă dată de părinți, având ei înșiși importante inhibiții sexuale. Se găsesc și factori traumatizanți, ca tentativele de viol sau de seducție de către un adult sau chiar relațiile incestuoase. Aceste experiențe traumatice pot fi mai ușor de verbalizat acum decât înainte, datorită deculpabilizării făcute de literatura sexologică și mediatizării problemelor sexuale.

Un prim examen ginecologic sau un prim raport sexual, care se dovedește a fi un eșec, antrenează o reacție dureroasă și cogniții negative asupra capacității sexuale a pacientei. Se va instaura o varitabilă asociere durere-anxietate și penetrare. Aceasta va fi mai limitată. Progresiv, se va instala o anxietate anticipatorie care poate bloca ansamblul de reacții sexuale sau poate rămâne limitată. Unele paciente vor utiliza pentru a-și satisface partenerii pe care vor să-i păstreze, activități sexuale de substituție: masturbația sau felația. Secundar, fobia se va generaliza pentru tot ce reprezintă apropiere sexuală. O mângâiere pe abdomen va declanșa o închidere a coapselor; masturbația clitoridiană, chiar dacă e dorită, va fi refuzată pentru că va anunța iminența penetrării și va anunța o reacție anxioasă puternică. Evitarea va antrena o creștere a anxietății și va crea un ansamblu de cogniții negative față de partener. Cu cât partenerul va fi mai direct și mai activ, căutând rapid penetrarea vaginală, cu atât reacția fobică va fi mai intensă și se va instala o atitudine tot mai negativă față de sexualitate (Hirsh și Fontaine, 1993b).

Rolul de spectator, descris de Masters și Johnson (1971), este sortit eșecului sexual. În urma unei educații foarte rigide, a traumatismelor

psihologice sau sexuale, a absenței unor modele adecvate, pacienta devine spectatoarea propriei sexualități: se va privi în acțiune, judecându-și performanțele, fără să se abandoneze senzațiilor. Anxietatea, în acest stadiu, este importantă și inhibă performanțele, ceea ce va determina pacienta să joace și mai bine rolul de spectator. Așteptarea anxioasă a coitului va întări acest mecanism. În fine, neînțelegerile din cuplu, criticile devalorizante, dorința de copil nesatisfăcut și căutarea altor parteneri de către soț pot agrava și mai mult situația, ducând la depresie.

În cazul vaginismului secundar, frecvent se găsește o disfuncție sexuală masculină sau o mai veche neînțelegere în cuplu. Este extrem de importantă în acest sens analiza funcțională și terapia de cuplu.

VII.6.2. Tratamentul vaginismului

Tratamentul se face de preferință în cuplu și conține mai multe faze (Poudat și colab., 1986). Există o fază de informare și de discuții cu cuplul, care va permite construirea încrederii în terapie. Se vor dedramatiza problemele, insistându-se asupra caracterului curabil al tulburării. Se va discuta și despre postulatele iraționale despre sexualitate. În unele cazuri, va trebui să se insiste asupra relației de cuplu, care a fost vizualizată prin această disfuncție. Cura va fi efectuată după modelul fazelor de focalizare asupra simțurilor I (mângâieri nongenitale) și II (mângâieri genitale). În cursul trezirii simțurilor, accentul va fi pus pe faptul că trebuie să oferi plăcere celuilalt, pentru a primi la rândul tău. Regula este abținerea sexuală, pentru a pune în repaus anxietatea rezultată de repetiția încercărilor urmate de eșecuri.

O luare la cunoștință și o examinare a vaginului de către femeie se va face înainte de debutul tratamentului. Scopul programului este de a dedramatiza problema și de a permite o revalorizare a imaginii corpului. Într-un prim timp, se poate cere pacientei să-și deseneze sexul și să se discute cu ea despre reprezentarea sa. Apoi, îi vor fi explicate elementele anatomice pe planșe color, pentru a-i arăta care sunt mușchii ce, prin contracție, generează vaginismul. Se va insista pe faptul că vaginul este un mușchi care se poate dilata. Se va demistifica totodată și frica de penis, care este considerat ca fiind prea voluminos. Apoi, se va sugera pacientei să-și observe direct, cu ajutorul unei oglinzi, propriile organe sexuale, ca temă de casă, la domiciliu. Îi pot fi prezentate și dispozitive sau poze cu organele sexuale feminine și cu imagini cu penetrări progresive ale vaginului. Se vor face exerciții de contracție și decontractie musculară la nivelul vaginului, pentru a lua la cunoștință despre contractilitatea vaginului (Kegel). Se pot asocia și mișcări de respirație abdominală. În fine, relaxarea și fanteziile

sexuale trezite vor avea ca efect benefic relansarea dorinței și a imaginației sexuale.

Se va face și o desensibilizare sistematică în imaginație, pentru a reduce anxietatea de performanță. Se va începe prin analiza și clasificarea în funcție de gradul de anxietate a situațiilor sexuale (pe o scală de la 0 la 100). Apoi, pacienta învață o metodă de relaxare: Schultz sau Jacobson. Trebuie menționat explicit și vaginul în cursul relaxării, sugerând senzații de greutate și de relaxare a acestor mușchi.

Acest tip de relaxare are meritul de a reintegra vaginul în imaginea corporală. Terapeutul o va face pe pacientă să-și imagineze prin sugestii verbale, semnele provocatoare de anxietate, care îi sunt prezentate progresiv, pornind de la cel mai de jos nivel de anxietate. Anxietatea este redusă prin inducția simultană a relaxării. Când o imagine este prea anxiogenă, pacienta va semnala acest lucru ridicând degetul și ea va fi condusă la o imagine mai puțin anxiogenă. Desensibilizarea, care se derulează în 5-10 ședințe, este oprită când anxietatea față de reprezentările anxiogene devine tolerabilă pentru subiect (Hirsh și Fontaine, 1993b).

Practica expunerii *in vivo* urmează după această fază de expunere în imaginar. Se dau teme de casă cuplului, pe care acesta trebuie să le efectueze la domiciliu și care vor fi rediscutate în timpul fiecărei ședințe. Ele constau în introducerea de către pacientă a unui deget, apoi a 2-3 degete în vagin. Dacă este necesar, aceasta se poate ajuta de niște dilatatoare ginecologice din ce în ce mai groase, care pot fi lăsate pe loc. Se poate preceda dilatarea de o cunilincție. Scopul este de a îndepărta spasmul pentru a permite penetrarea. Apoi, se vor efectua aceleași manevre de către partener, progresiv. În unele cazuri, pacienta preferă ca partenerul să-i efectueze dilatarea, sărind peste faza de autodilatare. Se va da apoi ca sfat practic să se înceapă primele raporturi sexuale cu femeia aflată în poziție superioară, ceea ce permite un mai bun control al penisului și ceea ce duce la reducerea anxietății și a fricii de durere. După depășirea acestei etape, cuplul va întreține raporturi sexuale *ad libitum*.

În continuare, vor fi enumerate câteva probleme care pot fi întâlnite frecvent în aceste cazuri. Dificultățile provin esențial din relația de cuplu. Dacă vaginismul este legat în mare parte de eșecul vieții de cuplu, putem asista la o pseudocerere de tratament.

Poate exista rezistență la tratament atunci când femeia vrea să divorțeze de soț. În majoritatea cazurilor, este absolut necesară abordarea primordială a cuplului înainte de abordarea directă a disfuncției sexuale.

VII.6.3. Rezultate

După Masters și Johnson, vaginismul reprezintă disfuncția sexuală feminină cea mai ușor de vindecat. 90% dintre cazuri se vindecă, vaginismul fiind problema cea mai simplă din sexoterapie. Trebuie ca terapeuții să știe să aplice corect psihoterapia în interesul pacientei.

VIII.

Abordarea cognitiv-comportamentală a cazurilor practice cu probleme sexuale

VIII.1. Cazul „Floara”

„Floara” în vârstă de 27 de ani, de profesie medic stomatolog, căsătorită de 7 ani, se adresează medicului psiholog pentru probleme sexuale. Ea suferă de vaginism de funcțională, debutat după 5 ani de căsătorie. Problema sexuală este de natură psihică și este însoțită de o serie de simptome psihice care sunt în general asociate cu vaginismul. Simptomele psihice sunt: tulburări de somn, anxietate, iritabilitate, scăderea apetitului, scăderea performanței la locul de muncă, scăderea interesului pentru activități recreative, scăderea încrederii în sine, scăderea încrederii în partener, scăderea încrederii în copilul născut. În cazul acestui caz se poate spune că există o relație simbiotică între vaginism și simptomele psihice. Vaginismul este de natură psihică și este însoțit de simptome psihice. Dacă simptomele psihice sunt tratate corect, vaginismul va dispărea. Este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică. Este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică. Este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică.

La momentul prezentării cazului se poate spune că există o relație simbiotică între vaginism și simptomele psihice. În cazul acestui caz se poate spune că există o relație simbiotică între vaginism și simptomele psihice.

În cazul prezentei simptomelor psihice și a vaginismului, este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică. Este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică.

Este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică. Este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică.

Este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică. Este important să se realizeze că vaginismul este o problemă psihică și nu o boală fizică.

VIII

Abordarea cognitiv-comportamentală a cazurilor practice cu probleme sexuale

VIII.1. Cazul „Florin”

„Florin”, în vârstă de 27 de ani, de profesie inginer mecanic, căsătorit de 9 luni, se adresează terapeutului pentru ejaculare precoce. A venit singur la cabinetul de specialitate, având mari probleme de autoculpabilizare. Anamneza atentă a permis elucidarea condițiilor de viață în care apăreau problemele de dinamică sexuală. „Florin” locuia împreună cu soția sa, față de care avea o profundă afecțiune, în casa socrilor, practic de la începutul căsniciei. În aceste condiții, el se simțea foarte frustrat și tensionat, reclamând faptul că nu are niciun fel de intimitate cu soția lui. „Florin” a relatat un episod în care a fost surprins de către soacra lui în timpul actului sexual cu soția. După acest incident, trăia sub o permanentă presiune, care se accentua în momentele intime cu soția, mai ales că au apărut problemele de ejaculare precoce. Clientul reclama faptul că în ultimele 3 luni, ejacularea apărea după 3-4 mișcări de du-te-vino după intromisiune și că au existat situații în care ejacularea s-a produs „ante-portas”, chiar înaintea introducerii penisului în vagin.

El se simțea foarte vinovat față de soția sa, care nu experienția orgasmul în aceste condiții, cu toate că soția nu i-a reproșat niciodată acest lucru. Din contră, aceasta l-a încurajat de fiecare dată.

În afara problemei lipsei de intimitate și a riscului cvasipermanent de a fi surprinși de socrî în timpul actului sexual, „Florin” mai avea o problemă care se răsfrângea negativ asupra funcției sale sexuale.

El lucra la o fabrică situată la 50 km de domiciliu, făcând naveta zilnic, fiind nevoit să se trezească și de și la ora 5 și revenea acasă în jurul orei 20. Aproape de fiecare dată când își propunea să întrețină relații sexuale cu soția sa, era foarte obosit, aproape epuizat.

Din analiza patternului său de gândire în situațiile de eșec ale actului sexual a rezultat faptul că avea multe cogniții iraționale de genul: „Eu, ca bărbat, TREBUIE să-mi satisfac soția din punct de vedere sexual de fiecare dată și, dacă nu se întâmplă așa, înseamnă că nu sunt vrednic de iubirea ei și mi se pare îngrozitor acest lucru.”

„Florin” era stresat și de ideea posibilității apariției unui nou eșec la repetarea actului sexual. De asemenea, era încordat, de fiecare dată așteptându-se ca în orice moment să fie surprins de către soacra sa.

Programul de intervenție în cazul său a cuprins într-o primă fază probleme de educație sexuală elementară, cu dezbaterea unor probleme privind fiziologia sexualității umane, insistându-se mult pe impactul stresorilor externi asupra mecanismelor nervos vegetative care reglează ejacularea.

I s-a explicat clientului că, pentru desfășurarea unui act sexual normal, sunt necesare câteva condiții elementare: o stare fizică bună, fără oboseală sau stres major. De asemenea, s-a insistat și pe asigurarea unor condiții elementare de intimitate, cu înlăturarea factorilor perturbatori externi.

S-a făcut recomandarea de a nu desfășura activitate sexuală în condiții de oboseală și de stres, fiind de preferat week-end-urile sau zilele libere. De asemenea, i s-a propus lui „Florin” să găsească momentele cele mai potrivite, atunci când riscul de a fi surprins de către socri era redus la minimum. S-a făcut și demitizarea concepției conform căreia bărbatul de fiecare dată trebuie să funcționeze impecabil din punct de vedere sexual.

„Florin” a fost inițiat și în modelul A-B-C, descris de către Albert Ellis, făcându-se mai multe ședințe de terapie rațional-emoțională și comportamentală, în care a deprins să și recunoască cognițiile iraționale, generatoare de emoții negative disfuncționale, pe care să le înlocuiască cu cogniții raționale, generatoare de emoții funcționale (Ellis, 1994).

De asemenea, „Florin” a primit ca recomandare să practice metoda stop-start în timpul actului sexual.

Clientul a respectat indicațiile terapeutului, simptomatologia ameliorându-se treptat și dispărând după aproximativ 2 luni de la prima ședință. Ulterior, i s-a făcut și recomandarea de a se muta în chirie într-o garsonieră, numai cu soția sa, fapt ce a consolidat și mai mult rezultatele pozitive.

VIII.2. Cazul „Silviu”

„Silviu” de 26 de ani, de profesie informatician, necăsătorit, se adresează terapeutului pentru absența dorinței sexuale.

Clientul a avut o relație stabilă timp de 2 ani cu o colegă, după care s-au despărțit, fiecare stabilind o altă relație stabilă timp de 1 an. După acest interval de timp, „Silviu” a reluat relația inițială cu colega sa, pe care o regretase foarte mult în timpul despărțirii, dar acuza, în ciuda comunicării foarte bune dintre ei, o lipsă totală a dorinței sexuale.

Înainte de a se adresa terapeutului, clientul a contactat un preot cu care a discutat mai multe probleme personale, între care a fost abordată și problema activității sexuale premaritale.

În urma acestei discuții, „Silviu” a simțit un puternic sentiment de culpabilitate datorat încălcării normelor moral-religioase. Această întrevedere cu preotul a avut loc înainte de reluarea relației de prietenie cu colega sa.

În etapa de evaluare și de conceptualizare a cazului, au fost inventariați împreună cu clientul factorii care pot influența dorința sexuală. S-a insistat pe ideea rolului inhibitor asupra dorinței sexuale al educației stricte, care nu permite relațiile sexuale premaritale. „Silviu” primise în copilărie o educație religioasă din partea bunicii, care fusese „reactivată” de vizita la preot.

Intervenția terapeutică propriu-zisă a început cu deculpabilizarea clientului, care se simțea foarte vinovat. Apoi, s-a trecut la restructurarea cognitivă prin utilizarea modelului A-B-C. S-au dat mai multe teme de casă, vizând construirea unor fantasmă sexuale, asemănător modelului explicat mai sus.

De asemenea, s-a inițiat și o hipnoterapie cognitiv-comportamentală, în care s-au dat sugestii pozitive, legate de dorința sexuală. În timpul ședințelor de hetero-hipnoză, clientul a fost învățat o metodă de autohipnoză: „metoda tablei”, pe care trebuia să o aplice în fiecare seară înainte de culcare, cu scopul rezolvării problemei sale.

S-a aplicat următoarea variantă a „metodei tablei”: „Imaginează-ți o tablă neagră pe care scrii cu o cretă albă litera A de mână, fără să te grăbești, ..., o contempli și te liniștești ..., apoi iei un burete îmbibat cu apă și ștergi ușor, ușor tabla și te relaxezi ... și mai mult ... și mai mult ... Apoi, scrii litera B de mână ... etc.” (Se procedează la fel și cu litera C, D). I s-a spus apoi să continue cu celelalte litere, începând cu E și, cu fiecare literă scrisă și mai ales ștearsă, se va relaxa și mai mult ... și mai mult ... După aproximativ 5 minute, i se spune să șteargă tabla cu buretele, să ia creta și să scrie următoarele cuvinte, unul sub altul:

VINOVĂȚIA
INHIBIȚIE
LIPSA DORINȚEI
SEXUALE

să le contemple, iar apoi să le șteargă ușor ..., ușor ... cu buretele și să se liniștească tot mai mult. Apoi, se sugerează să ia din nou creta și să scrie, tot unul sub altul, următoarele cuvinte, care vor rămâne pentru totdeauna pe tablă:

SĂNĂTATE
CURAJ
ÎNCREDERE
BUCURIE
DORINȚĂ SEXUALĂ
VOI REUȘI, VOI REUȘI ...VOI REUȘI

„Vei face în fiecare zi acest exercițiu, care te va ajuta să-ți rezolvi problemele.”
În cursul terapiei, s-a făcut și consilierea partenerii lui „Silviu”, care a colaborat foarte bine cu terapeutul în abolirea barierelor create de client.

Terapia a cuprins 12 ședințe desfășurate în ritmul de 1 ședință pe săptămână, evoluția fiind favorabilă, dorința sexuală reapărând. La ultimele 4 ședințe, a fost utilizată și o casetă cu muzică terapeutică, care a facilitat intervenția.

Rezultatele s-au menținut în timp, și la 3, 6 și 12 luni după ultima ședință terapeutică.

VIII.3. Cazul „Giorgio”

„Giorgio” de 29 de ani, om de afaceri italian, necăsătorit, s-a adresat terapeutului pentru idei prevalente legate de dimensiunile prea mici ale penisului său. El a urmat la Roma o cură psihanalitică cu durată de 5 ani, dar fără rezultate satisfăcătoare.

Deși funcționalitatea penisului era normală, neavând niciun fel de problemă legată de dorința sexuală, de erecție sau ejaculare, obținând de fiecare dată orgasm, el era total nemulțumit de dimensiunile penisului erect: 13 cm. lungime și 10 cm. grosime (perimetru).

Întreaga lui viață psihică era perturbată de această idee prevalentă. El relatează că și atunci când frecventa ștrandurile, în loc să urmărească cu privirea persoanele de sex feminin, de care se simțea puternic atras, (el fiind heterosexual), își îndrepta atenția exclusiv asupra persoanelor de sex masculin, cu scopul de a face comparație privind dimensiunile peniene, care întotdeauna i se păreau în defavoarea lui.

În acest context, s-a inițiat o psihoterapie cognitiv-comportamentală, cu scopul principal al corecției convingerilor sale eronate privind dimensiunile penisului său și a deconcentrării atenției de pe această problemă, care interfera și cu eficiența în munca pe care o desfășura. I s-a explicat că dimensiunile penisului în stare flască variază în funcție de vârstă: 2-2,5 cm la nou-născut, 2,5-5 cm până la pubertate, 10 cm lungime și 8-9 cm

grosime la adult. Dimensiunile normale ale penisului în stare de erecție ale unui adult sunt cuprinse între 12-17 cm, cu o grosime de 10-12 cm.

De asemenea, clientul a fost informat asupra dimensiunii vaginului, care este un organ foarte elastic și care poate varia între 8-9 cm, atunci când se află în repaus și până la 42 cm (pe peretele posterior) în timpul contactului sexual sau al nașterilor.

Deci, această mare flexibilitate a vaginului permite contactul sexual satisfăcător pentru o mare varietate de dimensiuni ale penisului, mai importantă fiind în această situație funcționalitatea peniană decât dimensiunea propriu-zisă a penisului. Practic, i s-a explicat lui „Giorgio” că penisul său se încadrează ca dimensiune și funcționalitate în limitele normalului. I s-a dat ca temă de casă să-și monitorizeze gândurile într-un jurnal zilnic, iar atunci când apăreau ideile prevalente legate de dimensiunile penisului, era sfătuit să le înlocuiască cu alternativa rațională și științifică. S-au efectuat și 2 ședințe de hipnoză, în care s-a insistat pe aceeași idee a normalității.

Evoluția cazului a fost favorabilă; după 6 ședințe de psihoterapie, „Giorgio” era capabil să-și desfășoare activitatea profesională în condiții optime. De asemenea, putea merge la piscină fără teama de nu-și putea dezlipi privirea de pe persoanele de sex masculin, cu care își comparase înainte dimensiunile peniene.

VIII.4. Cazul „Marcel”

„Marcel”, de 44 ani, de profesie inginer, manager de întreprindere, căsătorit, s-a adresat terapeutului pentru ejaculare precoce, cu debut în urmă cu 2 luni de la prima consultație. Clientul era la a doua căsătorie. Avea 2 copii: unul în vârstă de 20 de ani, student (provenit din prima căsătorie), și al doilea în vârstă de 10 ani, care provenea din căsătoria actuală și care suferea de o afecțiune organică severă.

Relațiile cu soția erau relativ încordate, pe fondul bolii copilului și al neînțelegerilor care decurgeau din modul de cheltuire a banilor: clientul contribuind cu o sumă semnificativă și la întreținerea copilului din prima căsătorie. Până în momentul instalării simptomatologiei, nu mai avusese deloc probleme cu erecția sau ejacularea. În momentul evaluării, acuza prezența unei erecții insuficiente și a unei ejaculări precoce (la aproximativ 1 minut de la intromisiune, față de 15-20 de minute de la apariția problemelor). Consecutiv acestei ejaculări precoce, a apărut anorgasmia din partea soției, care era destul de nemulțumită.

Având în vedere acest lucru, am solicitat la ședința de consilieri și prezența soției. I-am aplicat acesteia scala satisfacției conjugale (Azrin), înregistrând următoarele scoruri: repartiția sarcinilor menajere -6, activități sociale și distracții -5, educarea copiilor -8, viața profesională -8 bani și buget -4, abilitate de comunicare cu soțul -6, independență -7, sexualitate -5 și nota globală privind satisfacția conjugală -6. Acest chestionar a ghidat discuțiile cu soția clientului și, de asemenea, cu acesta. Li s-a explicat importanța rezolvării tuturor problemelor legate de viața conjugală, fiecare dintre acestea separat sau conjugat, putând afecta și viața sexuală. I s-a sugerat soției

să elimine pe cât posibil tonul critic la adresa soțului, nu numai legat de problemele sexuale, dar și de cele legate de buget, explicându-i că de fapt grija acestuia față de copilul mai mare poate fi interpretată și pozitiv, semnificând de fapt că este un bun tată.

Clientului i-a fost implementat modelul A-B-C, constatându-se că principala emoție negativă disfuncțională era anxietatea, în special cea de performanță: „Mi se pare groaznic să se repete ejacularea precoce.”

A fost învățat să-și dezbată această cogniție irațională și să o înlocuiască cu o modalitate rațională de a gândi. De asemenea, s-au făcut mai multe ședințe de hipnoză în care a fost învățat și o metodă de autohipnoză - metoda TV combinată cu cea a curcubeului (Lupu, 2009).

Exercițiul de autohipnoză era precedat de fiecare dată de 3 respirații în 3 timpi, a câte 4 secunde fiecare: primul timp, o respirație maximală, urmată de manevra Valsalva și de o expirație forțată. Practic, prin repetiție se stabilea un reflex condiționat, în care elementul condiționat era respirația, iar cel necondiționat - exercițiul de autohipnoză propriu-zis. Prin „training”-ul regulat, i-am spus că va fi suficient să respire în 3 timpi în momentele premergătoare actului sexual și va regăsi starea de relaxare, care va contracara astfel anxietatea de performanță.

De asemenea, i s-a recomandat să facă o pauză de la relațiile sexuale și să se concentreze pe îmbunătățirea comunicării cu soția sa. Clientul a fost plecat timp de 1 lună în delegație, în străinătate, fără soție, ceea ce a impus o pauză a relațiilor sexuale cu aceasta. Acest fapt a fost foarte benefic pentru client, deoarece i-a anulat anxietatea de performanță. Pe parcursul șederii în străinătate, el a practicat zilnic exercițiile de autohipnoză. La revenirea în țară, problemele s-au ameliorat semnificativ, prelungindu-se treptat intervalul de timp de la intromisiune la ejaculare, care survenea după 5 minute, apoi prelungindu-se la 10 minute acest interval. Concomitent, s-a constatat și o reapariție a orgasmului din partea soției și o ameliorare netă a comunicării între soți.

I s-a recomandat tehnica stop-start la reluarea activității sexuale.

Rezultatele favorabile s-au menținut în timp, la 1, 3 și 6 luni de urmărire post-intervenție.

VIII.5. Cazul „George”

„George”, în vârstă de 22 de ani, student, necăsătorit, se adresează terapeutului pentru probleme legate de ejacularea precoce, coroborată cu lipsa orgasmului la parteneră.

El avea o relație stabilă, de aproximativ 3 ani, cu o colegă de facultate, cu care comunica foarte bine în celelalte domenii. Primele experiențe sexuale le-a avut cu această parteneră, utilizând varianta sexului oral. În acest context, el nu a avut nicio problemă legată de ejaculare.

După trecerea la coitul vaginal, a apărut ejacularea precoce, care se producea la mai puțin de 1 minut după intromisiune, fapt ce determina lipsa de orgasm a partenerei.

Aceasta, fiind nemulțumită, a stabilit în paralel o altă relație sexuală, cu un bărbat mai experimentat, cu care experiența orgasme multiple. Din păcate, pentru „George”, partenera îi relatează, la fiecare eșec al relațiilor intime, performanțele sexuale ale celui alt partener, reproșându-i tot timpul acest lucru.

„George” era foarte stresat de relațiile intime cu prietena sa, având o mare anxietate anticipatorie de performanță. La testele HADS (Hospital Anxiety și Depression Scale), aplicat înainte de inițierea terapiei, a obținut scorul de 16 pentru anxietate și 10 pentru depresie - valorile peste 11 fiind semnificative din punct de vedere psihopatologic.

După primele ședințe de evaluare a cazului, „George” a fost sfătuit să vină cu partenera la terapeut, pentru a se stabili exact intențiile acesteia privind viitorul relației dintre cei doi. Acest lucru era esențial pentru modul de abordare terapeutică. Dacă partenera ar fi fost de acord cu continuarea relației cu „George”, atunci obligatoriu ar fi fost implicată în terapia ejaculării precoce, prin indicarea cooperării ei la metoda „squeeze” și la adoptarea unor poziții care să amâne ejacularea („femeia deasupra” sau „poziția laterală”).

Partenera și-a manifestat însă intenția clară de a se despărți de „George”, preferând continuarea relației cu celălalt partener. În aceste condiții, terapia lui „George” a fost orientată spre recondiționarea stimei de sine și pe desensibilizarea în imaginar. Totodată, în cursul unor ședințe de hipnoză, a fost învățat tehnici de autohipnoză (tehnica „tablei” și tehnica „TV” combinată cu cea a „curcubeului”), cu scopul reducerii anxietății. Răspunsul la terapie a fost bun, anxietatea scăzând la 6 pe scala HADS, după 3 ședințe de hipnoză intercalate de exerciții de autohipnoză, indicate clientului ca „teme de casă”.

Spre sfârșitul terapiei, i s-a recomandat să-și orienteze atenția spre o nouă relație cu o parteneră pe care o agreea. „George” a fost sfătuit pentru început să practice cu noua parteneră metoda „stop-start” și, pe cât posibil, să aibă o frecvență a raporturilor sexuale de minimum 3-4 pe săptămână.

Rezultatele terapiei au fost bune, timpul de apariție a ejaculării după intromisiune prelungindu-se la aproximativ 5 minute. De asemenea, și noua parteneră ajungea aproape de fiecare dată la orgasm. Aceste rezultate favorabile s-au menținut în timp, la controalele efectuate timp de 6 luni de la ultima ședință.

VIII.6. Cazul „Ionel”

„Ionel”, de 42 de ani, de profesie muncitor în construcții, căsătorit de 15 ani, a apelat la terapeut datorită problemelor privind erecția. Soția sa avea probleme cu aparatul locomotor, prezentând un handicap la membrele inferioare. „Ionel” manifesta

o mare afecțiune față de soție, cu care avea 2 copii, în vârstă de 14 și 10 ani, și pe care o proteja excesiv. El era extrem de anxios, prezentând atacuri de panică, la gândul că soția sa ar putea păți ceva.

La primele ședințe de evaluare s-a constatat că „Ionel” avea câteva cogniții iraționale, legate de activitatea sexuală cu soția, gândindu-se că această activitate i-ar putea dăuna, apărându-i teama de a nu o răni. Pe acest fond de anxietate marcată, au apărut tulburările de erecție și de evitare a relațiilor sexuale cu soția. Pe de altă parte, el avea și sentimente de vinovăție față de aceasta, gândindu-se că nu-și face datoria față de aceasta din punct de vedere sexual.

A fost învățat modelul A-B-C, cu scopul de a fi capabil să-și controleze cognițiile iraționale care-i generau anxietate și vinovăție și metoda respirației în 3 timpi, pentru controlul atacurilor de panică. De asemenea, s-a intervenit prin narcoanaliză, prin administrarea foarte lentă i.v. a unei soluții de thiopental, fără a depăși ritmul de 2 cm/min. Doza necesară obținerii stării dorite, fiind individualizată, am injectat medicamentul până când vocea clientului a devenit ezitantă, privirea vagă, fața ușor congestionată și s-a constatat și prezența unui nistagmus declanșat prin presarea globilor oculari.

În această stare particulară de subnarcoză, în care pacientul se simțea foarte relaxat, au fost abordate problemele legate de relația de cuplu, efectuându-se și desensibilizarea acestuia la actul sexual cu soția, punându-l să-și imagineze fiecare etapă, în absența anxietății și a vinovăției.

S-au efectuat în total 3 ședințe de narcoanaliză, interpusă de ședințe de terapie rațional-emotivă și comportamentală, clientul primind ca temă de casă ținerea unui jurnal zilnic pe modelul extins A-B-C-D-E. „Ionel” a fost învățat să-și dispute cognițiile iraționale și să le înlocuiască cu cogniții raționale. Anxietatea s-a ameliorat foarte mult, au dispărut atacurile de panică, pe care deja știa să le stăpânească prin metoda respirației în 3 timpi.

Evoluția cazului a fost favorabilă, erecția revenind la un aspect normal, fiind astfel posibilă o viață sexuală normală cu soția.

VIII.7. Cazul „Iuliana”

„Iuliana”, de 27 de ani, de profesie economișă, logodită de 2 ani, rupe logodna și refuză relațiile sexuale cu cel cu care a locuit în ultimii ani, pentru că, afirmativ, nu mai simte deloc nevoia de relații intime. Această situație data de aproximativ 2 luni înainte de prima întâlnire terapeutică. Deși rupseseră logodna, continua să trăiască în același apartament și să doarmă în același pat cu fostul logodnic, dar fără să aibă nicio relație sexuală.

În faza de evaluare, s-a constatat prezența unei patologii anxioase generalizate cu stări cvasipermanente de agitație, insomnii, apărute pe fondul unui mare stres survenit

la serviciu. Au fost efectuate în total 7 ședințe de hipnoză cognitiv-comportamentală, intercalate de ședințe de autohipnoză (date ca temă de casă). Toate aceste ședințe au fost făcute pe un fond muzical relaxant, cu sunete din natură, care-i asigurau clienței un mediu securizant, lipsit de orice factor stresant.

După intrarea în transă, se dădeau sugestii directe și uneori indirecte sub forma unor metafore terapeutice în vederea ameliorării stării emoționale negative, manifestate prin anxietate. De asemenea, prin utilizarea unor tehnici hipnoanalitice (metoda albumului de fotografii), clienta a fost regresată la o etapă din viața ei, în care activitatea sexuală era în limite normale și se încheia prin orgasm. I s-a sugerat să re trăiască acele momente plăcute.

Treptat, simptomele s-au ameliorat semnificativ, anxietatea a diminuat considerabil și, în paralel, dorința sexuală s-a reinstalat treptat. De asemenea, i s-a recomandat clienței să-și schimbe locul de muncă, lucru pe care l-a și făcut, gășind o alternativă mult mai bună din punctul de vedere al stresului care era redus considerabil, precum și al câștigului, care era dublu față de cel al fostului loc de muncă.

În acest context, după cele 7 ședințe de hipnoză, intercalate de autohipnoză pe fond muzical, simptomele au cedat complet, dorința sexuală revenind la cote chiar mai puternice decât înainte de apariția problemelor, fapt ce a îmbunătățit foarte mult și relația cu partenerul.

VIII.8. Cazul „Elena”

„Elena”, de 39 de ani, de profesie funcționară, căsătorită de 18 ani, cu doi copii, de 17 și 15 ani, se prezintă la cabinet pentru SIDA-fobie și sentimente profunde de vinovăție.

Clienta avea o relație relativ rece cu soțul ei, de profesie informatician, care era preocupat mai mult de calculatoare și care o neglija, venind în fiecare zi obosit și foarte târziu de la servici. Ea s-a simțit de mai mult timp frustrată de acest context și a avut o relație extraconjugală de scurtă durată cu un coleg de serviciu. A fost vorba de practicarea sexului oral neprotejat cu acesta de 2 ori. După aceste incidente, „Elena” s-a culpabilizat foarte mult, fiind vorba de prima deviere de la fidelitatea conjugală, neputându-și ierta acel moment de „rătăcire”. De asemenea, a dezvoltat o teamă excesivă de a nu fi contactat virusul HIV în cursul celor 2 acte sexuale orale. Nivelul de anxietate a atins cota de 18 la testul HADS, la prima ședință de evaluare. În afara anxietății, clienta prezenta insomnii de adormire, frământându-se în permanență în momentul culcării, cu gânduri legate de infidelitatea ei și de temerea de a nu face SIDA și astfel de a-și îmbolnăvi și soțul și copiii. De altfel, „Elena” refuza sub diverse pretexte contactele sexuale cu soțul, care și până atunci erau relativ rare (în jur de 2-3 contacte sexuale pe lună). În acest context, i s-a recomandat clienței să-și facă testul pentru depistarea virusului HIV, având în vedere că cele 2 raporturi

sexuale orale fuseseră neprotejate. Din fericire, rezultatul a fost negativ. S-a procedat apoi la implementarea modelului extins A-B-C-D-E de restructurare cognitivă a clienței, insistându-se pe modificarea cognițiilor iraționale generatoare de emoții negative disfuncționale: anxietate, SIDA-fobie și sentimentele de vinovăție. Intervenția rațional-emoțională și cognitiv-comportamentală din starea de veghe a fost completată cu tehnici de hipno-terapie rațional-emoțională și cognitiv-comportamentală.

Vom prezenta pe scurt această modalitate de intervenție.

În stare de transă hipnotică indusă prin metoda tablei, descrisă anterior, s-a utilizat tot aceeași tehnică pentru implementarea gândurilor raționale după prealabila „ștergere” a gândurilor iraționale: „Acum, te rog să-ți imaginezi două table negre alăturate: pe cea din stânga, te rog să scrii toate gândurile «rele» care îți trec prin minte atunci când nu poți să adormi, iar pe cea din dreapta - gândurile bune care te vor face să te simți bine, tot mai bine...”

BOALĂ
FRICĂ
SIDA
VINOVĂȚIE
ANXIETATE

SĂNĂTATE
ÎNCREDERE
ÎNGRIJORARE
REMUȘCARE
VOI REUȘI, VOI REUȘI,
VOI REUȘI

După ce vizualizezi ce ai scris pe ambele table, te rog să ștergi ușor, ușor tot ce ai scris pe tabla din stânga și să lași pentru totdeauna ce ai scris pe tabla din dreapta, care se termină cu: voi reuși, voi reuși, voi reuși ...” Această tehnică a celor două table a fost exersată de către clientă în cadrul temelor de casă, pe care le primea la fiecare ședință terapeutică. Evoluția a fost favorabilă, simptomele dispărând după 12 ședințe de psihoterapie.

VIII.9. Cazul „Cristina”

„Cristina”, de 24 ani, de profesie economistă și concomitent studentă la fără frecvență la o facultate particulară, se prezintă la cabinet pentru probleme de relaționare cu sexul masculin, dispoziție tristă și o tentativă recentă autolitică prin ingestie medicamentoasă. Clienta a remarcat încă din adolescență mari dificultăți în angajarea unor relații mai apropiate cu sexul opus, pe care nu și le putea explica, deoarece era o ființă socialabilă și atrăgătoare.

Cu aproximativ o lună înainte de tentativa autolitică, „Cristina” și-a dat seama că fusese victima unui abuz sexual prelungit atunci când avea între 5 și 7 ani.

Acest abuz fusese comis de un unchi, major, în grija căruia fusese încredințată de către părinți pentru 5 ore pe zi. Ea nu a realizat la acea vârstă gravitatea situației, nutrivând sentimente de afecțiune față de unchiul ei.

La vârsta de 24 de ani însă, a conștientizat problema, trăind profunde sentimente de vinovăție și de rușine, față de unchi devenind ambivalentă.

Relația cu părinții era foarte tensionată, ea neprimind niciun fel de suport social, deoarece erau amândoi alcoolici. Nu putuse spune nimănui drama prin care a trecut, terapeutul fiind primul care a aflat acest lucru. Ea credea că dacă le va spune părinților problema ei, aceștia nu o vor crede. De aceea, a considerat că cea mai onorabilă soluție pentru ea, era sinuciderea. La prima ședință de evaluare, s-a aplicat testul HADS și Beck pentru depresie, înregistrând următoarele scoruri: 17 pentru Anxietate și 20 pentru Depresie la HADS și 36 la scala Beck. S-a inițiat o psihoterapie rațional-emoțională și cognitiv-comportamentală, după ce în prealabil a fost stabilită de comun acord o listă de probleme care trebuiau rezolvate. Prima problemă de pe listă era cea a sentimentului de vinovăție, urmată de depresie și anxietate (dintre problemele emoționale), iar dintre cele practice, era relația cu bărbații, care nu era corespunzătoare de la un anumit nivel de intimitate.

I s-a explicat că sentimentul de vinovăție apare la aproape toate victimele abuzurilor sexuale din copilărie, constituind unul dintre paradoxurile tabloului clinic. A fost inițiată în modelul extins A-B-C-D-E, fiind învățată să-și depisteze gândurile iraționale, pe care apoi să le dispute și să le înlocuiască cu cogniții raționale. Ca temă de casă, i s-a recomandat să practice acest model și i s-a indicat să citească cartea lui Windy Dryden (1999), intitulată: „Cum poate fi depășit sentimentul de vinovăție”. Această carte a cunoscutului psiholog și psihoterapeut englez, cu o vastă experiență în munca de consiliere, este scrisă într-o formă accesibilă, de întrebări și răspunsuri, care ajută clienții să-și schimbe atitudinile generatoare de vinovăție și să încerce să se autodepășească, începând totodată să se bucure de viață.

Apoi, au fost abordate și celelalte probleme de pe listă, și anume depresia și anxietatea, utilizând același model A-B-C-D-E, și învățând-o pe clientă o metodă de gestionare a anxietății (metoda respirației în 3 timpi). De asemenea, aceasta a fost inițiată, în cadrul a 3 ședințe de hipnoză, în tehnici de autohipnoză (tehnica „tablei” și tehnica „covorului fermecat”), care au fost date apoi ca teme de casă, între ședințele de psihoterapie. Vom descrie pe scurt tehnica „covorului fermecat”, care a fost utilizată cu mult succes în acest caz: „Imaginează-ți o grădină frumoasă cu multe flori, din toate culorile. Printre ele, se află și florile tale preferate. Le vezi clar, chiar le poți simți mirosul ... În grădină este un copac fermecat, sub care vezi un covor minunat de flori albastre și galbene. Te apropii de el și constăți că nu este din flori, că este un covor persan gros, moale, pușos, care te îndeamnă să te așunzi în el, tot mai mult, tot mai mult ... Te întinzi pe spate și te simți foarte confortabil ... La un moment dat, covorul începe să se ridice foarte ușor de la sol și, pe măsură ce se ridică, te simți din ce în ce mai ușoară, atât la corp, cât și la suflet ... Te simți din ce în ce mai bine, tot mai calmă

și mai relaxată ... pe măsură ce covorul fermecat urcă, urcă, încet, încet ... Incepi să vezi de sus copacii din grădină, crengile lor, vezi și parcelele multicolore de flori de toate culorile care îți încântă privirea ... Apoi, vezi și de mai sus orașul cu casele oamenilor, care devin din ce în ce mai mici, șoselele și mașinile, care par de jucărie. De asemenea, vezi oamenii care sunt ca niște pitici, apoi devin și mai mici, ca niște furnici ... Te vezi chiar și pe tine, mică, tot mai mică. Problemele tale se micșorează pe măsură ce zbori cu covorul fermecat ...” Starea de anxietate se reduce pe măsura ridicării covorului și a numărătorii inverse: 10 e mică, 9... și mai mică, 8, 7, 6... mică de tot, 5, 4, 3... foarte mică, 2, 1, 0... minusculă, practic nu se mai poate observa ... Te simți extraordinar de calmă și relaxată ... Covorul urcă și mai sus și plutești deasupra pământului printre norii albi, pufoși ca niște saltele de vată ... Plutești acum printre nori și te simți bine, din ce în ce mai bine, ești tot mai calmă și mai relaxată ... Apoi, simți cum covorul fermecat începe să coboare ușor și zărești orașul tău de sus, vezi din nou casele, mașinile care și-au aprins deja farurile, pentru că s-a înserat deja, îi vezi pe oameni întorcându-se la casele lor ... Te revezi chiar și pe tine, mergând spre casa ta, într-o stare bună, mult mai ușurată și mai încrezătoare în tine și în posibilitățile tale ... Apoi, covorul coboară și mai mult și vezi crengile copacilor din grădină ... și apoi, treptat, covorul fermecat aterizează lângă copacul fermecat și cobori de pe covor, te ridici ușor și te simți bine... .” Problemele relaționale cu sexul masculin au fost abordate prin tehnica jocului de rol. Terapia s-a desfășurat pe parcursul a 12 ședințe, primele 4 fiind în primele 2 săptămâni, următoarele 6, săptămânal și ultimele 2, la interval de 2 săptămâni.

Evoluția a fost favorabilă, scorurile la HADS au scăzut la 5 pentru anxietate și 6 pentru depresie și la 10 pentru depresie pe scara Beck, după 8 ședințe de psihoterapie.

De asemenea, s-a înregistrat și o ameliorare netă a relaționării clienței cu sexul opus, aceasta reușind să-și facă un prieten apropiat, cu care ulterior s-a și căsătorit. Cel mai greu a cedat sentimentul de vinovăție, doar după ședința a 10-a. Rezultatele favorabile s-au menținut în timp și la 6 și la 12 luni de la ultima ședință terapeutică.

VIII. 10. Cazul „Doriana”

„Doriana”, de 40 de ani, căsătorită, de profesie croitoreasă, a solicitat psihoterapie, fiind trimisă de către medicul de familie pentru manifestări critice sub formă de leșin, în momentul în care soțul intenționa să aibă contact sexual cu ea.

Problemele datau de aproximativ 2 ani, când clienta a fost victima unui viol, survenit la marginea unei păduri. Violul s-a desfășurat pe capota unei mașini, care aparținea șoferului pe care l-a oprit cu autostopul, pentru a o duce dintr-o localitate învecinată în localitatea de reședință. Practic, clienta nu mai era capabilă de niciun fel de activitate sexuală. Orice încercare de apropiere fizică din partea soțului sau chiar și unele aluzii cu conotație sexuală îi provocau aceste crize de leșin, care au fost încadrate ca tulburare de conversie.

S-a inițiat o hipnoterapie cognitiv-comportamentală cu scopul de a realiza o desensibilizare și o recadrare a evenimentelor. S-a recurs la o tehnică de hipnoză fracționată, în care i s-a sugerat clienței că se află în fața unui televizor conectat la videoplayer. Caseta care se derulează era cu filmul evenimentelor survenite în urmă cu 2 ani. Atunci când detaliul din „film” era prea dureros, i se spunea clienței că poate opri oricând cu telecomanda filmul și a fost învățată să comute imaginea pe un alt film, cu imagini foarte relaxante, dintr-o excursie pe care o făcuse în Delta Dunării. Prin asocierea repetată a imaginilor relaxante cu cele neplăcute, s-a realizat după câteva ședințe o diminuare a semnificației evenimentului psihotraumatizant. S-a făcut apoi recomandarea de apropiere treptată de soțul ei, inițial prin îmbunătățirea relației dintre ei, apoi prin aplicarea unor mângâieri non-genitale și apoi, în final, prin contactul sexual propriu-zis.

Evoluția cazului a fost favorabilă, clienta reușind după 10 ședințe să-și reia activitatea sexuală.

VIII.11. Cazul „Julian”

„Julian”, elev în vârstă de 9 ani, este adus de mama lui pentru masturbație excesivă și tulburări de conduită.

Mama a observat o virare comportamentală a copilului în ultimul an, surprinzându-l în mai multe rânduri în timp ce se masturba. Atunci când era întrerupt din această activitate, devenea morocănos și irascibil. De asemenea, mama reclama faptul că, în ultimele 2 luni, „Julian” adoptase un comportament sexualizat total nepotrivit vârstei, care se desfășura în modul următor: seara, înainte de culcare, venea în patul mamei (tatăl fiind plecat la muncă în străinătate) și o mângâia pe sâni, după care mima mișcările copulatorii.

Mama a aflat că „Julian” urmărea de mai multe ori filme erotice în cursul nopții, încercând apoi să le transpună în realitate.

Cazul a fost abordat prin terapie bifocală, administrându-se medicația: Carbamazepină tablete de 200 mg 1/4-1/4-1/2 tb./zi (8 mg/kg/zi) și aplicându-se tehnici comportamentale prin intermediul mamei. Aceasta a fost instruită să monitorizeze comportamentul copilului și să facă un contract cu acesta, în care să fie prevăzut un punctaj pentru comportamentul lui zilnic. La adunarea punctajului pe 14 zile, acesta urma să fie recompensat sau, din contră, nerecompensat, în funcție de conduita sa. De asemenea, i s-a recomandat mamei să restricționeze accesul copilului la programele TV erotice, prin parolarea televizorului. Evoluția cazului a fost favorabilă, după 6 ședințe comportamentul autoerotic dispărând treptat.

Adolescența este o perioadă în care identitatea este mobilă și are loc definirea personalității în toate privințele. Erikson spunea că nicio etapă din viață nu este mai agitată ca cea a „crizei de maturizare” din adolescență.

Această perioadă critică poate ridica o serie de probleme de diagnostic psihiatric, putând fi confundată cu unele tulburări, printre care și cea de dezvoltare dizarmonică de personalitate de tip borderline, la care deficitul esențial constă dintr-o instabilitate afectivă marcată, cauzată de un sentiment de vulnerabilitate și de strategii neadecvate de autocontrol. Acești pacienți sunt foarte sensibili la stimuli afectivi, manifestându-se prin răspunsuri emoționale intense și excesive, oscilând între pasivitate și atitudini agresive, asociate cu un sentiment de incompetență și dorință de autopedeapsire. De asemenea, prezintă o mare instabilitate în relațiile interpersonale, în imaginea de sine și afecte cu mare impulsivitate și risc de suicid (Linehan, 1993).

Personalitatea borderline este inclusă conform ICD-10 (1998), în capitolul 6: Tulburări ale personalității, sub denumirea de Tulburare a personalității de tip instabil-emoțional, *cod*. F60.31., „având o serie de caracteristici ale instabilității emoționale ale imaginii de sine, ale țelurilor și preferințelor interne (inclusiv sexuale), care sunt neclare. În plus apare un sentiment cronic de gol interior și o tendință de a se implica în relații intense și instabile, care poate cauza crize emoționale repetate și poate fi asociată cu eforturi excesive de a preveni abandonul și o serie de acte suicidale sau de autovătămare (cu toate că acestea pot apărea fără declanșatori evidenți)”.

Pentru ilustrare, este prezentat cazul unei adolescente în vârstă de 15 ani, „Daniela”, internată pentru tentative autolitice repetate, anxietate, dispoziție tristă, randament școlar în scădere, la care a fost luată în discuție diferențierea unei crize de identitate, de dezvoltarea de tip borderline. Adolescența a fost abuzată sexual în mod repetat în copilărie de către fratele mai mare.

Diagnosticul a fost tranșat prin utilizarea chestionarului CPNI (*The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children*), relevându-se un scor foarte ridicat pentru tulburarea borderline (26 din minimum 9, maximum 29) și un scor mic la tulburările de identitate (9, valorile semnificative din punct de vedere patologic fiind peste 10) (Lupu și colab., 2006). Un mic fragment din jurnalul ei este extrem de relevant: „În momentul de față mă simt tristă și destul de absentă, adică sunt goală în interior și înghețată, absența aceasta este un vânt ce stinge lumânarea și aprinde incendii”.

Istoric

Pacientă în vârstă de 15 ani, cu dificultăți majore în familie (părinții separați), afirmativ a fost abuzată sexual de fratele ei la vârsta de 6-7 ani. Din afirmațiile tatălui, părinții erau de 6 ani în conflict, s-au separat acum 4 ani,

iar mama a avut multiple tentative autolitice sub forma ingestiei de medicamente în fața copiilor. Pacienta a prezentat, de 2-3 ani, tristețe, anxietate, senzație de inutilitate, randament școlar scăzut, iar în ultimele luni a avut 4 tentative autolitice.

La școală era în clasa a VIII-a, cu adaptare dificilă, rezultate școlare medii, având conflicte cu colegii și comunicând cu o singură prietenă care o înțelegea, dar cu care se certa destul de des.

S-a descris pe ea ca fiind sensibilă, uneori revendicativă.

Motivele internării

- tentative autolitice repetate;
- anxietate;
- dispoziție tristă;
- randament școlar scăzut.

Examenul psihic și observația pe secție au relevat:

facies expresiv, plâns facil, mimică mobilă, inițial atitudine retrasă, apoi intruzivă, colaborare ușor de stabilit, senzație de sufocare, dureri abdominale difuze, senzație de gol interior, hipoprosexie spontană, hipomnezie de fixare, gândire organizată, ritm ideativ normal/ușor accelerat, idei și preocupări legate de suicid, stimă de sine oscilantă scăzută/foarte ridicată, egocentrism, viziune duală, rigidă de tip bine/rău, idei micromanice de devalorizare, de inutilitate, concomitent cu idei de grandoare, dispoziție tristă/euforică, anxietate, labilitate emoțională și afectivă, crize scurtcircuitate de afect, relații afective intense cu ceilalți persoane, demonstrativitate, instinct de apărare scăzut, tulburarea impulsurilor — simte compulsiv nevoia de a se tăia, după care scade anxietatea, izolare socială, scăderea randamentului în activitate, fumează 1-2 țigări/zi de doi ani, alcool 1 bere/săptămână de 6 luni, insomnie mixtă, vise coșmar, personalitate în curs de structurare pe linie borderline.

Diagnostic:

Tulburare anxios depresivă; Personalitate în curs de structurare pe linie borderline. Tentative autolitice repetate. Mediu familial conflictual. Utilizare nocivă de alcool. Utilizare nocivă de tutun.

Discuții pe marginea cazului

Diagnosticul de personalitate de tip borderline (T.B.) este dificil de susținut, mai ales la o persoană de 15 ani, a cărei structură de personalitate este încă în curs de formare, dar, din pattern-urile de comportament emoționale și de comunicare interpersonală, putem stabili o direcție de structurare a personalității.

În cazul personalității T.B., există o serie de caracteristici care determină un comportament specific. Aceste caracteristici vor fi ilustrate cu pasaje din jurnalul pacientei și cu desene efectuate de ea pe parcursul internării (fig. 17a și b).

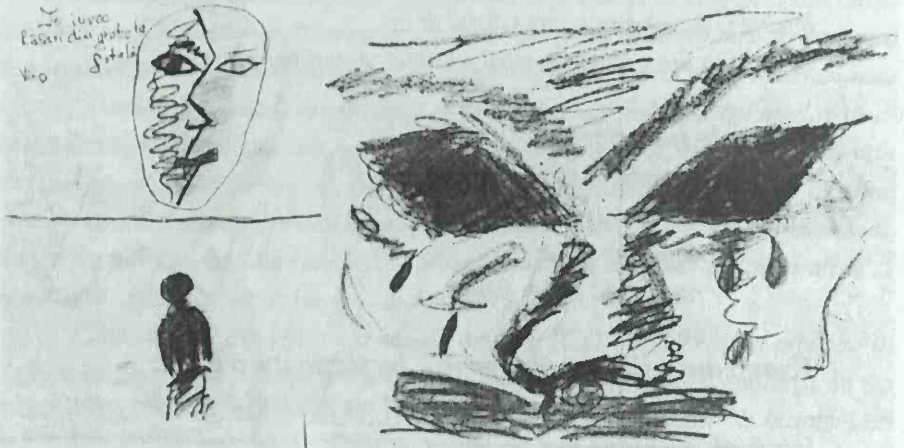


Fig. 17a. Desenele pacientei

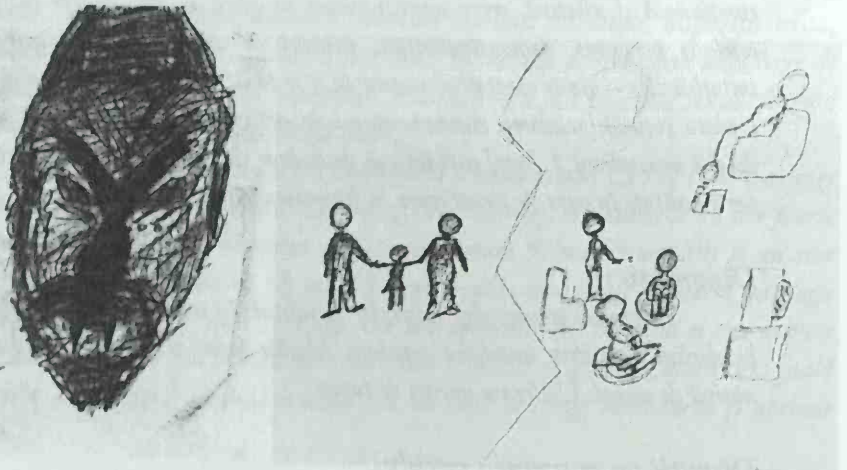


Fig. 17b. Desenele pacientei

- 1) **Vulnerabilitate emoțională** – un pattern de dificultăți globale în reglarea emoțiilor negative, inclusiv o sensibilitate emoțională intensă la stimuli negativi, care se reîntorc lent la linia de bază, la fel ca și conștientizarea și experimentarea vulnerabilității emoționale. Poate include și tendința de a da vina pe mediul social pentru așteptările nerealiste.

„E duminică seara și mama și fratele meu tocmai au plecat, m-au făcut să mă simt ca un gunoi, ca un jeg! Vreau să renunț la viață. NU MAI POT! Viața nu merită trăită. Vreau o lamă, ceva! Alina nu mă lasă nicicum să-mi fac rău! NU MAI VREAU SĂ TRĂIESC.”

- 2) **Autoinvalidare** – tendința de a eșua în încercarea de a-și recunoaște propriile răspunsuri emoționale, gânduri, credințe și comportamente; standarde și așteptări nerealiste de la sine. Aici se poate include și rușinea intensă, ura de sine, furie contra sinelui.

„Acum e timpul în care eu admir și mă umilesc, timpul în care iau universul prea în serios. Casa mea e altarul meu, ca orice mormânt în care doarme un viteaz căzut pentru patrie. Eu mă cred o fire ambițioasă, dar e doar un izvor al tristeții această ambiție, starea de spirit cea mai opusă retragerii în sine, e o pasiune seacă.”

- 3) **Crize de furie** – patternuri de evenimente din exterior frecvente, stresante, negative, care produc disrupție, unele cauzate de rețeaua de suport disfuncțional, legate de stilul de viață neadecvat și multe datorate destinului sau sorții.

„Deocamdată mă simt bine, dar trebuie să apară tata și ziua de azi va fi stricată, fără niciun sens, mai bine nu începea! A venit și tata și am avut dreptate Nu acceptă să mă simt bine aici. A crezut că el are să reușească să mă facă să cred că un loc mai bun ca la el nu există. Când și-a dat seama că mă simt și eu aici bine, chiar mai bine ca la el, a intrat în panică. A zis că nu vrea să-mi plătească internatul. Treaba lui! Sunt așa de furioasă, doar când îl văd! Mi-a făcut atâtea...”

- 4) **Inhibarea tristeții/plânsului** – există tendința de a inhiba sau supracontrola răspunsurile negative emoționale, în special pe cele legate de plâns și pierdere, doliu, inclusiv tristețe, furie, vină, rușine, anxietate, panică.

„Acum stau și scriu, dar îmi aduc aminte de toate suferințele mele, mi-am dat seama că amintirile mele sunt ca o speranță răsturnată: te uiți în fundul puțului cum te-ai uita în vârful celui mai înalt turn. Până în ziua de azi consider că viața mea a fost o mare pierdere de vreme și bani pentru părinții mei.”

„... În toți anii mei de viață am reușit să mă atașez foarte mult de familia mea, iar de 4-5 ani de zile am realizat că viața mea a fost o mare glumă.”

5) **Activitate/pasivitate** – tendința spre un stil pasiv de rezolvare a problemelor interpersonale, implicând eșec în rezolvarea propriilor probleme de viață, deseori împreună cu încercări active de solicitare de a rezolva problemele celorlalți; neajutorare, lipsă de speranță învățată.

6) **Competență aparentă** – tendința unui individ de a apărea mai competent decât este, într-un mod care are să-l decepționeze; de obicei, datorită eșecului competenței, apare generalizarea unei dispoziții și eșec în a arăta indicii nonverbale adecvate la stres emoțional.

Fata avea tendința de a se inhiba comportamental sau de a râde când era nefericită.

„Anarhia reprezintă o viață fără guvernământ și fără legi, unde nicio autoritate nu te poate controla, e răspunderea fiecăruia numai în fața lui însuși. E o condiție în care oamenii sunt atât de liberi încât nu pot face ce vor. Cea mai rea dintre stări, în care nu există guvern și autoritate. Unde toată lumea vrea să facă ce dorește, nimeni nu face ce vrea; unde nu există stăpân, toată lumea e stăpână.”

7) **Disocierea borderline** – borderline și indivizii suicidari oscilează frecvent între puncte rigide, dar contradictorii ale vieții. Ei folosesc categorii paralizante de genul „sau-sau”, nu „toate” într-un cadru de referință fix.

De exemplu, este obișnuit pentru acești indivizi să considere că o mică greșeală face imposibil ca o persoană să fie bună în interior. Lucrurile odată definite nu se schimbă, ceea ce face sarcina terapeutică să fie dificilă.

Gândirea dibotomică trebuie văzută ca o tendință de a rămâne întepenit sau în teză sau în antiteză, fără posibilitatea de sinteză. Cum am arătat mai sus, pacienta noastră nu concepea că afirmațiile „Vreau să trăiesc.” și „Vreau să mor.” pot fi adevărate în același timp.

8) **Dificultăți de identitate și de sine** – pacienta noastră era confuză asupra identității sale ca persoană și aștepta de la terapeut, familie, factori externi să o definească, să-i spună ce să simtă și ce să gândească. Această confuzie duce la eșecul de relaționare cu persoanele importante, la fel ca și

continuitatea relațiilor în timp. Persoanele cu T.B. sunt întotdeauna pe marginea abisului. Fără aceste relaționări, identitatea devine definită în termenii de ce are să se întâmple acum, iar interacțiunile văzute izolat devin variabile și imprevizibile. În plus, nu există momente din timp care să moduleze impactul de acum.

De asemenea, identitatea personală se structurează într-un mediu familial. Existența în cazul pacientei a unui mediu invalidant, în care comunicarea experiențelor personale private a fost primită cu răspunsuri extreme – de indiferență din partea mamei, prin pedepse din partea tatălui, cu valorizarea concomitentă de către părinți a fratelui ei.

Eșecul social și școlar al adolescenței este definit de familia ei ca fiind o lipsă de motivație, lipsă de disciplină, faptul că nu se străduiește îndeajuns. Exprimarea pozitivă emoțională este atribuită naivității, supraidealizării sau imaturității.

Un alt factor care a influențat formarea identității pacientei l-a reprezentat abuzul sexual în copilăria timpurie. În literatura de specialitate, prevalența abuzului sexual este în proporție de 75-86% la cei cu borderline, față de loturile de control (depresie majoră etc.). Abuzul sexual poate fi nu doar un factor patogenetic pentru indivizii vulnerabili, el poate crea vulnerabilitate emoțională (trauma emoțională poate afecta sistemul limbic – Shearer și colab., 1990; Lupu, 2009).

Friesen (1991) a propus un model interesant pentru explicarea apariției tuburării de tip borderline și a personalității multiple (P.M.), în contextul existenței unor abuzuri în copilărie (fig.18).

ABILITĂȚI DISOCIATIVE, SEVERITATEA ABUZULUI și SIMPTOMATOLOGIE
(după FRIESEN, 1991)

Separare = Personalitate disociată
 Linie continuă = Blocaje informaționale, amnezie parțială
 Linie întreruptă = Informație divizată, nonamnezie
 Linie ondulată = Informații și amintiri distorsionate, inacurate

PM = Personalitate Multiplă
 DNA = Disociație NonAmnezică
 DT = Disociație Traumatică

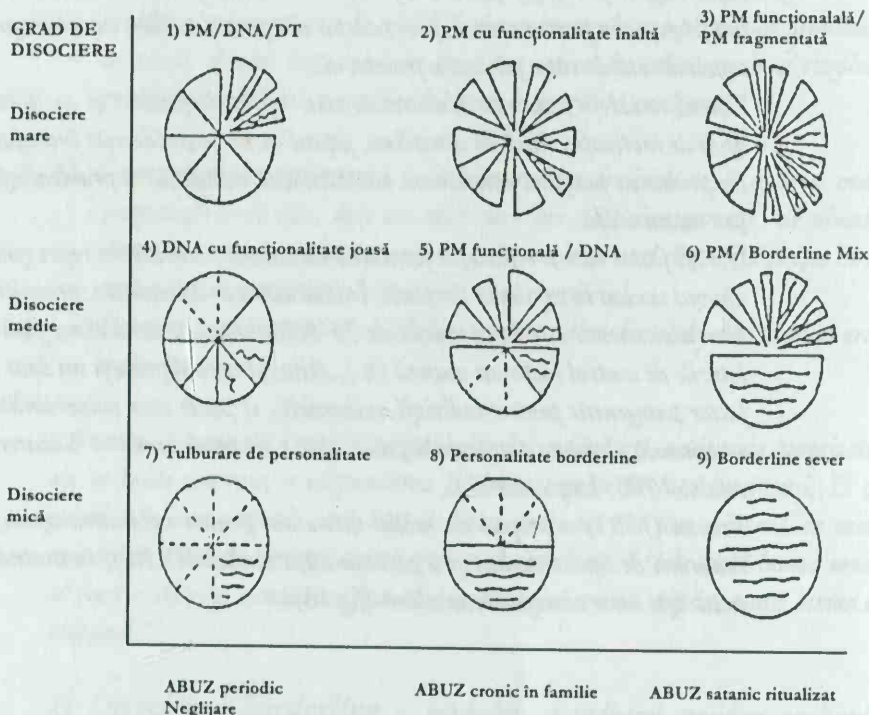


Fig. 18. Modelul lui Friesen pentru apariția tulburării borderline

- 9) *Alienare și izolare interpersonală* — nedezvoltarea identității de sine, a lucrurilor care le plac, a dorințelor, atitudinilor, aptitudinilor independente și a faptului că indivizii sunt o parte din mediu și în același timp sunt diferiți, lucru care nu poate fi acceptat și înțeles de indivizii cu T.B. duce la alienarea și izolarea lor interpersonală. În mod normal, toate sistemele interacționează între ele, iar la cea mai mică schimbare de mediu au loc autoreglări. Dacă există diferențe ca la T.B. în sistemul cognitiv, psihologic, afectiv, reglajul fin nu mai are loc, iar răspunsurile neadekvate sunt mai frecvente și apare o toleranță mai scăzută.

„Am luat o decizie...mă duc la mama...să văd cum o să fie treaba...nu mai vreau să sufăr...o să-i dau o șansă. M-a convins mama, M. și A. Toți merită o șansă. Dacă nu reușim să ne înțelegem, o să trăiesc atâta timp până o să reușesc să mă răzbun pe toți. Pe fratele meu pentru tot ce mi-a făcut și pentru că m-a abuzat sexual și mi-a deschis acea parte a vieții mele, pe mama pentru că nu a încercat să-mi facă viața cât mai frumoasă și din rău a făcut-o și mai rău! E ceva ce trebuie să fac și să am pace sufletească. După aceea, pot să mor! Asta vreau eu!

22 februarie 2004

E luni și încă nu s-a întâmplat nimic!..”

După evaluarea atentă a cazului, s-a efectuat psihoterapie rațional-emoțională și comportamentală (REBT) pe parcursul a 8 sesiuni, care s-au desfășurat inițial în condiții de internare, apoi în ambulatoriu. Evoluția cazului a fost favorabilă, adolescenta fiind foarte receptivă la implementarea modelului A-B-C, după Ellis (1994). Aceasta nu a mai repetat tentativele de suicid în următoarele 12 luni, cât timp s-a făcut urmărirea cazului.

Concluzii

Am prezentat cazul unei adolescente în vârstă de 15 ani, la care a fost luată în discuție diferențierea unei crize de identitate de dezvoltarea de tip borderline, în contextul unui abuz sexual repetat, care a survenit în copilărie, sub forma incestului frate-soră. Diagnosticul a fost tranșat prin utilizarea chestionarului CPNI (The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children), relevându-se un scor foarte ridicat pentru tulburarea borderline și un scor mic la tulburarea de identitate. Intervenția prin REBT s-a dovedit a fi foarte eficientă.

BIBLIOGRAFIE

- *** (1993). *Clasificarea internațională a bolilor și problemelor de sănătate. Ed. a X-a (ICD-10)*. București, 95-99.
- *** (1998). *Classification of Mental and Behavioral Disorders (ICD-10). Clinical descriptions and diagnostic guidelines-WHO*. All Educational, București.
- *** (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Revised (DSM-III-R)*. American Psychiatric Association, Washington DC.
- *** (1994). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed.*, Washington DC.
- *** (2003). *DSM-IV-TR-2000. Manual de Diagnostic și statistică a tulburărilor mentale Ediția a patra revizuită*. Editura Asociației Psihiatrilor Liberi din România, București.
- American Academy of Pediatric Committee for Child Abuse and Neglect (1991). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children, *Pediatrics*, 87, 2, 254-260.
- Allen, I., Gorski, R. (1991). *Sexual dimorphism of the anterior commissure and massa intermedia of the human brain*. *J.Comp.Neurol*, 97.
- Allgeier, A.R., Allgeier, E.R. (1989). *Sexualite Humaine-Dimensions et interactions*. CEC. Montreal, Canada.
- Annon, J.S. (1975). *The sexual pleasure inventory-male form. The sexual pleasure inventory-female form*. Enabling Systems, Honolulu.
- Arvis, G. (1991). Les dyspareunies masculines-Les accidents extra-genitaux du coi. In G. Arvis (Ed.) *Andrologie*, tome 3, chap.146, Maloine, Paris.
- Azrin, N.H., Naster, B.J, Jones, R. (1973). Reciprocity counseling: a rapid learning based procedure for marital counseling. *Behav.Res. and Therapy*, 11, 365-382.
- Bailey, J.M., Benishay, D.S. (1993). Female aggregation of female sexual orientation. *Amer. J. Psychiat.*, 150: 272-273.
- Baker, C.D, De Silva, P. (1988). The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: An empirical investigation. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 229-238.
- Baker, C.D. (1993). *A cognitive behavioral model for the formulation and treatment of sexual dysfunction*. Routledge, London.
- Bancroft, J. (1983). *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Beaudry, M., Boisvert, J.M. (1988). *Psychologie du couple*. Edition du Meridien, Montreal.

- Beck, A.T, Rush, A.J, Shaw, B.F, Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford, New York.
- Berliner, D.L, Monti-Block, L., Jennings – White, C., Diaz-Sanchez, V. (1996). Functionality of the human vomeronasal organ. *J.Steroid.Biochem.Molec. Biol.*, 58.
- Bon, M., d'Arc, A. (1974). *Raport sur l'homosexualité de l'homme*. Ed. Universitaires. Coll. Encyclopédies Universitaires, Paris.
- Bon, M. (1975). La sexualité des homosexuels. *Cahiers de sexologie clinique*, Paris, 39-45.
- Borcherdt, B. (1996). *Head over heart in love*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Boston Women's Health Collective (1992). *The new our bodies, ourselves*. Simon și Schuster, New York.
- Botez, M.I. (1996). *Neuropsihologie clinică și neurologia comportamentului*. Editura Medicală, București.
- Brady, J.P. (1976). Behavior Therapy and Sex Therapy. *Amer.J.Psychiat.*, 133, 896-899.
- Brandon, S., Boakes, J., Glaser, D., Green, R. (1998). Recovered memories of childhood sexual abuse. Implications for clinical practice. *R. British Journal of Psychiatry*, 172, 296-307.
- Bulkley, J. (Ed.) (1982). *Innovations in the Prosecution of Child Sexual Abuse Cases, National Legal Center for Child Advocacy and Protection*. American Bar Association, Washington DC (2nd Edition).
- Burgess, A., Groth, A.N., Holmstrom, L., Aqroi, S. (1978). *Sexual Assault of Children and Adolescents*. Lexington Books, Lexington, M.A.
- Buvat-Herbaut, M., Buvat, J. (1987). Les résultats de la prise en charge d'inspiration sexologique dans les impuissance à participation organique. *Psychologie Medicale*, 19, 6, 823-826.
- Cantor, P. (1980). Self esteem, sexuality and cancer-related stress. *Front.Ther.Rad. Onc.*, 14.
- Cash, T. (1995). *What do you see you see in the mirror? Helping yourself to a positive body image*. New York: Bantam Books.
- Cohen, P.G. (1999). Sexual dysfunction in the United States. *Journal of American Medical Association*, 282: 13.
- Cottraux, J. (1979). L'approche cognitivo-comportementale en thérapie sexuelle. Reflexion sur 43 cas. *Psychologie Medicale*, 11, 4, 637-645.
- Cottraux, J., (1985). *Questionnaire d'auto-évaluation des problèmes sexuels version masculine et féminine. Méthodes et Échelles d'évaluation des Comportements*. E.A.P., Paris.
- Cottraux, J. (1993). Trouble érectile et Éjaculation prématurée. In R.L. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux (Eds.). *Thérapie comportementale et cognitive*, Masson, Paris, 140-145; 153-157.
- Crowe, M.J., Gillan, P., Golombok, S. (1981). Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction. A controlled study. *Behav.Res.Ther.* 19, 47-54.

- De Carufel, J.F. (1996). *Comparaison d'un traitement behavioral et d'un traitement sexo-corporel de l'éjaculation précoce. Thèse de doctorat en psychologie.* Université Quebec A, Montreal.
- Derevenco, P. (1997). "Coordonate neuroendocrine și genetice ale orientării homosexuale". *Cogniție, Creier, Comportament*, I, 4, 401-408.
- De Sutter, P., Reynaert, C., Van Broeck, N., De Carufel, F. (2002). Traitement de l'éjaculation précoce par une approche bibliothérapeutique cognitivo-comportamentale sexologique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12, 4, 131-136.
- Dorner, G., Staudt, J. (1968). "Structural changes in the preoptic anterior hypothalamic area of the male rat, following neonatal castration and androgen substitution. *Neuroendocrinology*, 3.
- Dorner, G., Staudt, J. (1969). Structural changes in the hypothalamic ventromedial nucleus of the male rat, following neonatal castration and androgen treatment, *Neuroendocrinology*, 4.
- Dryden, W. (1999). *Cum poate fi depășit sentimentul de vinovăție.* Ed. Polimark, București.
- Ehrardt, A.A. (1978). Behavioral sequelae of perinatal hormonal exposure in animal and man. In M.A. Lipton, A. DeMascio, K.F. Killam (Eds.). *Psychopharmacology: A general of progress.* Raven, New York.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Carol.
- Ellis, A., Harper, R. (1997). *A guide to rational living.* North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis, A., Tafrate, R.C. (1997). *How to control your anger before it controls you.* Secasus. NJ: Carol Publishing Group.
- Finkelhor, D. (1974). *Sexually victimized Children.* Free Press, New York.
- Fontaine, O. (1993). Trouble orgasmique. In R.L. Ladouceur, Fontaine O., J. Cottraux (Eds.). *Thérapie comportementale et cognitive*, Masson, Paris, 146-152.
- Friesen, J.G. (1991). *Uncovering the Mystery of MPD.* Here's Life Publishers, Inc., San Bernardino, CA, 114-132.
- Ganong, W.F. (1995). *Review of medical Physiology.* Lange Medical Book.
- Gelder, M., Gath, D., Mayou, R. (1991). *Oxford Textbook of Psychiatry.* Oxford University Press, 562-595.
- Ghiran, V. (1977). *Curs de Psihiatrie infantilă.* Litografia IMF Cluj-Napoca, 180-181.
- Ghiran, V. (1997). Însemnări pe marginea unui simpozion controversat – Expressing sexuality. *Cogniție, Creier, Comportament*, I, 4, 365-367.
- Ghiran, V. (1998). Conceptul de psihogenie și formele sale clinice de exprimare la copiii până la 6 ani. *Rapoartele și Rezumatetele celei de-a 21-a Conf. Naț. de Neurologie și Psihiatrie infanto-juvenilă.* Tg.Mureș, 183-190.
- Goldstein, I. (2000). Male sexual circuitry. *Scientific American*, 8.
- Gorski, R.A., Gordon, J.H., Shryne, J.E., Southam, A.M. (1978). Evidence for a morphological sex difference within the medial preoptic area of the rat brain. *Brain.Res.*, 148.

- Grammer, K., Jutte, A., Fischerman, B. (1996). *Der Kampf der Geschlechter un der Krieg der Signal in Sexualität*. Im Spiegel der Wissenschaft. Universitas, Stuttgart.
- Gregoire, A. (1999). Assessing and menaging male sexual problems. *British Medical Journal*, jan.30. *BMJ*. 1999 January 30; 318(7179): 315–317.
- Hale, V.E., Strassberg, D.S., (1990). The role of anxiety on sexual arousal. *Arch. Sex.Behan.*, 19(6), 569-581.
- Hamer, D., Hu, S., Magnusen, L.V. et al. (1993). A linkage between DNA marker on the X chromosome and male sexual orientation. *Science*, 261: 321-327.
- Heim, F. (1987). Modèles comportementaux et thérapies sexuelles. *Psychologie Medicale*, 19, 6, 853-855.
- Hermabessiere, J. (1991). L'éjaculation douloureuse. In G.Arvis(Ed.). *Andrologie*, tome 3, chap.144, Maloine, Paris.
- Hirsh, E., Fontaine, O. (1993a). Dyspareunie. In R.L. Ladouceur, Fontaine O., J. Cottraux (Eds.). *Thérapie comportementale et cognitive*, Masson, Paris, 158-164.
- Hirsh, E., Fontaine, O. (1993b). Vaginisme. In R.L. Ladouceur, Fontaine O., J.Cottraux (Eds.).*Thérapie comportementale et cognitive*, Masson, Paris, 165-169.
- Hite, S. (1976). *The Hite report*. New York: Macmillan.
- Hite, S. (1994). *The Hite report on the family: Growing up under patriarchy*. London: Bloomsbury.
- Holdevici, I. (2000a). *Psihoterapii scurte - să ne rezolvăm problemele de viață rapid și eficient*. Ed. Ceres, București.
- Holdevici, I. (2000b). *Gândirea pozitivă. Ghid practic de psihoterapie rațional-emoțională și cognitiv-comportamentală*. FedPrint, București.
- Hoon, E., Hoon, P., Wincze, J. (1976). The SAI: an inventory for the measurement of female sexual arousal. *Archives of sexual Behavior*, 10, 234-240.
- Huhtaniemi, I.T. (1985). *Functional and regulatory influences between the fetal and adult population of rat Leyding cells*. In R.B. Jaffe, Dell'Acqu (Eds.). *The endocrine physiology of pregnancy and the peripartal period*. New York.
- Jehu, D. (1979). *"Sexual Dysfunction - A behavioural approach to causation, assessment and treatment"*, John Wiley, Chichester.
- Kaplan, H.I. and Sadock, B.J. (eds). (1985). Normal human sexuality and psychosexual disorders. In *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., vol.I, Chapter 24. Williams and Wilkins, Baltimore.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. Brunner și Mazel, New-York.
- Kaplan, H.S. (1975). *The illustrated manual of sextherapy*. Quadrangle, New York.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy"*. Simon Shuster, New York.
- Kaplan, H.S. (1979). *La nouvelle therapie sexuelle*. Buchet/Chastel Paris.
- Kimura, D. (1992). *Sex differences in the brain*. Scientific American, 8,nnn
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. și Martin, C. E. (1948-1998). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. și Gebhard, P. H. (1953-1998). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Leiblum, S.R., Rosen, R.C. (1988). *Sexual Desire Disorders*. Guilford, New-York.

- Le Vay, S. (1991). A difference in hipotalamic structure between heterosexual and homosexual men. *Science*, 253: 1034-1037.
- Le Vay, S., Hamer, D. (1994). Pour une composante biologique de l'homosexualité. *Pour la Science*, 201: 30-35.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press. New York, London.
- Lisk, D.R. (1967). Sexual behavior: Hormonal control. In L.Martini, R.Ganong (Eds.). *Neuroendocrinology*. Academic Press. New York.
- Lobitz, W.C., Lobitz, G.K. (1978). Clinical assessment in the treatment of sexual dysfunctions. In J. LoPiccolo, L. LoPiccolo (Eds.). *Handbook of sex therapy*, Plenum, New York, 85-102.
- Lobitz, W.C., Baker, E. L. (1978). *Group treatment of single males with erectile dysfunction*. Archives of Sexual Behavior.
- LoPiccolo, J., LoPiccolo, L. (1978). *Handbook of sextherapy*. Plenum, New York.
- LoPiccolo, J., Friedman, J.M. (1988). Broad spectrum treatment of low sexual desire: integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In S.R.Leiblum, R.C.Rosen (Eds.). *Sexual Desire Disorders*. Guilford, New York, 107-144.
- Lupu, C., Nussbaum, L., Gheorghiu, L., Ștefaniga, S. (1993). Consecințele existențiale după abuzurile sexuale. Lucrare comunicată la *A XVI-a Conf. Naț. de Neuropsihiatrie pentru copii și adolescenți și profesiuni asociate*, cu participare internațională, Timișoara.
- Lupu, V., Tache, S. (1997). Probleme de adaptare apărute la 4 adolescenți abuzați sexual în copilărie. *Primul Simpozion Național de Psihologie aplicată*, Timișoara, 13-15 martie, *Volum de rezumate*, 50-51.
- Lupu, V., Buțiu, O., Lupu, D. (2006). Criză de identitate vs. Borderline în adolescență. *Academia Română. Studii și cercetări din domeniul științelor socio-umane*, 15, 110-117.
- Lupu, V. (2009). *Introducere în Hipnoterapia și în Psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului și a adolescentului*. Editura ASCR, Cluj-Napoca.
- Macnab, F. (1997). *Dorința sexuală*. IRI, București.
- Măicănescu-Georgescu, M. (1977). *Fiziologia și fiziopatologia reproducerii umane*. Ed. Medicală, București.
- Marks, I. (1981). *Traitement et prise en charge des malades neurotiques*, G.Morin (Ed.), Chicontimi.
- Masters, W.H., Johnson, E.V. (1966). *Human sexual response*. Little Brown, Boston.
- Masters, W.H., Johnson, E.V. (1971). *Les mesententes sexuelles et leur traitement*. Laffont, Paris.
- McCarthy, B. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *J.Sex.Marital Ther.*, 10, 97-104.
- McClennen, J.C., Summers, A.B., Daley, J.G. (2002). The Lesbian Partner Abuse Scale. In J.C. McClennen și J. Gunther (Eds.), *A professional guide to*

- understanding gay and lesbian domestic violence: Understanding practice interventions* (277-292), Lewiston, NY: The Edwin Mellen Press.
- McEwen, B.S. (1996). Hormones modulate environmental control of a changing brain. In R. Greger, U. Windhorst (Eds.). *Comprehensive Human Physiology*. Springer-Verlag, Berlin.
- McEwen, B.S. (1983). Gonadal steroid influences on brain development and sexual differentiation. *Reprod.Physiol.*, 27.
- Mogoș, V. (1998). Homosexualitatea din punctul de vedere al medicului, *Viața medicală*, 428: 2-3.
- Monti-Block, L., Grosser, B.I. (1991). Effect of putative pheromones on the electrical activity on human vomeronasal organ and olfactory epithelium. *J.Steroid Biochem.Molec.Biol.*, 48.
- Monti-Block, L., Gennings-White, C., Dolberg, D.S., Berliner, D.L. (1994). The human vomeronasal system. *J.Psychoneuroendocrinology*, 19.
- Moran, D.L., Monti-Block L., Stensaas, L.J., Berliner, D.L. (1995). Structure and function of vomeronasal organ. In R.L. Doly (Ed.). *Handbok of olfaction and taste*. Marcell Dekker, New York.
- Moustier, C.de (1987). Problème de couples en sexologie. *Psychologie medicale*, 19, 6, 859-861.
- Murat, B.A., Aton, A., Yildiz, M., Baykam, M., Aydogonei, L. (1999). Comparison of sertraline to fluoxetine with regard to their efficacy and side effects in the treatment of premature ejaculation. *Archivas espanoles deurologia*, 52, 9, 9, 1008-11.
- Obler, M. (1973). Systematic desensitization in sexual disorders. *J.Behav.Ther. Expe-rimental Psychiatry*, 4, 93-101.
- Olteanu, A., Lupu V., Olteanu, M. (1997). Aspecte neurofiziologice ale comportamentului sexual uman. *Cogniție, Creier, Comportament*, I, 4, 387-400.
- Olteanu, A., Lupu, V., Miu, A. (2001). *Neurofiziologia comportamentului uman*. Ed.Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 248-262.
- Onken, M. (1993). *Abuzul sexual la copiii și adolescenți din punctul de vedere al muncii practice*. Lucrare comunicată la *A XVI-a Conf. Naț. de Neuropsihiatrie pentru copii și adolescenți*, Timișoara.
- Page, W.E., Vilee, A.C., Vilee, B.D. (1976). *Human reproduction*. Sauders and Co, Philadelphia.
- Palazzolo, J. (2004). *Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives*. Masson, Paris, 131-139.
- Pfaff, D.W. (1969). Morphological changes in the brains of adult male rats after neonatal castration. *J.Comp.Neurol.*, 151.
- Phelps, S., Austin, N. (1997). *The assertive woman*. San Louis Obispo, CA: Impact.
- Phoenix, R.W., Young, W.C. (1967). *Neuroendocrinology*. Academic Press, New York.
- Poudat, F.X., Jarrousse, N. (1986). *Traitement comportemental des difficultés sexuelles*. II-eme edition. Masson, Paris.

- Popescu, V., Răduț, M. (1998). Copilul maltratat (copilul supus unor abuzuri fizice, sexuale și psihice (p a II-a). *Viața medicală*, 3, 2.
- Postel, J. (Ed.) (1998). *Dicționar de Psihiatrie și de Psihopatologie clinică*. Ed. Univers Enciclopedic, București, 328-329.
- Raisman, G., Field, P. (1971). Sexual dimorphism in the preoptic area of the rat. *Science*, 173.
- Reynolds, M.(Ed.) (1990). *Erotica: Women, writing from Sappho to Margaret Atwood*. New York: Fawcett Books.
- Rosenau, D., Sytsma, M., Taylor, D.L. (2002). *Sexuality and Sex Therapy*. the Dec-R Model.
- Rotaru, M. (1977). *Fiziologia și fiziopatologia sistemului nervos*. Ed. Medicală, București.
- Ruper, W.G. (1996). *The etiology of male homosexuality*. Medical Hypotheses, 46: 85-88.
- Schover, L.R., LoPiccolo, J. (1982). Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire. *J. Sexual and Marital Therapy*, 8, 179-197.
- Scripcaru, C., Atărăstoai, V. (1998). Homosexualitatea – aspecte medico-legale. *Viața medicală*, 428: 3.
- Selano, C., (2000). *Comment augmenter le plaisir? Comment le faire durer? La sexualité masculine*. Marabout, France.
- Shearer, S.L., Peters, C.P., Quaytman, M.S., Ogden, R.L. (1990). Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 214-216.
- Sostmann, M. (1993). Diagnosticul ambulatoriu în abuzul sexual. Lucrare comunicată la *A XVI-a Conf. Naț. de NPCA*, Timișoara.
- Spence, S.H. (1991). *Psychosexual Therapy-acognitive- behavioral approach*. Chapman și Hall, London.
- Stensaas, L.J., Lavker, R., Monti-Block, L., Grosser, B., Berliner, D. (1990). Ultrastructure of the human vomeronasal organ. *J.Steroid Biochem. Molec. Biol.*, 48.
- Stoica, T. (1975). *Sexologie*. Ed. Medicală, București.
- Strassberg, D.S., Mahoney, J.M., Schaugaard, M., Hale, V.E. (1990). The Role of Anxiety in Premature Ejaculation: A Psycho-Physiological Model. *Archives of Sexual Behavior*. 19, 251-7.
- Strickland, B.R. (1995). Research on Sexual Orientation and Human Development. A Commentary. *Developmental Psychology*, 31, 1, 137-140.
- Summit, R.C. (1983). The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse și Neglect*, 7, 177-193, Pergamon, Press Ltd.,
- Tignol, J., Grafeille, N., Jack, A., Machelart, G., Labarthe, S., Dinat, R. (1987). Conception generale des troubles sexuels de l'homme. *Psychologie Médicale*, 19, 6, 793-798.
- Todiriță, I.R. (2008). *Adaptarea scalei de măsurare a abuzului în cuplurile de lesbiene. Impactul abuzului asupra stimei de sine*. Lucrare de dizertație. Universitatea „Babeș-Bolyai” Cluj-Napoca. Facultatea de Psihologie și Științele Educației.
- Tordjman, G. (1975). La maladie conjugale. *Cahiers de sexologie clinique*, 1, 1, 79-82.

- Tordjman, G. (1987). *La femme et son plaisir*. Londreys.
- Totoianu, I.G. (1996). *Sexualitatea umană*. Casa de Editură Mureș, Tg. Mureș.
- Trudel, G. (1993). Trouble du désir sexuel. In R.L. Ladouceur, O. Fontaine, J. Cottraux (Eds.). *Thérapie comportementale et cognitive*, Masson, Paris, 133-139.
- Trudel, G., Laurin, F. (1988). The effect of bibliotherapy on orgasmic dysfunction and couple interactions: an experimental study. *J.Sexual and marital Therapy*, 3, 2, 223-8.
- Trudel, G., Proulx, S. (1987). Treatment of premature ejaculation by bibliography: an experimental study. *J.Sexual and marital Therapy*, 2, 2, 163-7.
- Vellay, P. (1975). La vie de la societe francaise. *Cahiers de sexologie clinique*, 1, 1, 47-52.
- Verdier, J.R. (1997). *Dreptul la plăcere. Onania*. Ed. Aurelia, Planning familial, București.
- Vișan, C. (2003). Abordarea psihoterapeutică a disfuncțiilor sexuale. In I.V. Surcel (Ed.). *Elemente de Sexologie medicală și Planificare familială*. Ed. Medicală „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, 57-71.
- Wainberg, J. (1980). Essai d'interprétation ontogénique de l'éjaculation prematuree. In *L'éjaculation et ses perturbations*. Simep. France, 112-6.
- Walen, S., Wolfe, J.L. (2005). *Women's sexuality*. In J.R.White și A.Freeman (Eds.). *Cognitive-Behavioral group therapy for specific problems and populations*. APA, Washington DC, 305-329.
- Watson, J.P., Davies, T. (1997). Abc of mental health: Psychosexual problems. *British medical journal*, 315, 7102, 239-242.
- Wiener, J.M., Breslin, N.A. (Eds.) (1995). *The behavioral science in psychiatry*. Williams și Wilkins, Philadelphia, 160-161.
- Wistocka, M. (1994). *Arta iubirii și educația sexuală*. Ed.Paco, București.
- Witelson, S. (1989). Hand and sex differences in the isthmus and genu of the human corpus callosum. *Brain*, 112.
- Wolpe, J. (1975). *La pratique de la thérapie comportementale*. (Trad.J.Rognant), Masson, Paris.
- Wolfe, J. (1993). *What to do when he has a headache: Renewing desire and intimacy in your relationship*. New York, Penguin Books.
- Wright, J., Sabourin, S. (1985). *L'intervention auprès du couple: diagnostic et traitement*. Les editions Consultation, Quebec.
- Wright, J. (1984). *La consultation conjugale; diagnostic et cibles d'intervention*. La corporation Professionnelle des Psychologues du Quebec, Montreal.
- Yliff, M., Fontaine, O. (1979/1980). Behavior therapies et dysfonctionnements sexuels. *Mosaïque*, 40, 41, 42, 75-82.
- Yliff, M., Fontaine, O. (1981). Thérapies Comportementales et dysfonctionnements sexuels. *Acta Psychiatrica Belgica*, 82, 288-299.
- Zbranca, E. (1998). Frecvența homosexualității. *Viața medicală*, 428: 2.
- Zilberg, B. (1992). *The New Male Sexuality*. Bantam Press, New-York.
- Zwang, G., Romieu, A. (1989). *Precis de thérapeutique sexuelle*. Maloine, Paris.

Editura ASCR

vă recomandă, din același domeniu,

CĂRȚI

- Viorel Lupu, **Introducere în hipnoterapia și în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului și a adolescentului**
- Robert L. Leahy Stephen J. Holland, **Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate**
- Rudolph Schaffer, **Introducere în psihologia copilului**
- Laura Visu-Petra, **The multidimensional development of executive functioning. A neuropsychological approach**
- Andrei C. Miu, **Emoție și cogniție. Lateralizare cerebrală, diferențe individuale și de gen**
- Ronald M. Rapee, Ann Wignall, Jennifer L. Hudson, Carolyn A. Schniering, **Tratamentul anxietății la copii și adolescenți. O abordare fundamentată științific**
- Ronald M. Rapee, Susan H. Spence, Vanessa Cobham, Ann Wignall, **Cum să vă ajutați copilul cu probleme de anxietate**
- Russell A. Barkley, **Copilul dificil. Manualul terapeutului pentru evaluare și pentru trainingul părinților**

PRODUSE COGNITROM

- PED^a – Platforma de evaluare a dezvoltării (3 – 6/7 ani)
- PED^b – Platforma de evaluare a dezvoltării (6/7 – 18 ani)
- EMAS – Scalele Enderl de evaluare multidimensională a anxietății
- PAXonline – Platforma profesională de psihoterapie și prevenție a anxietății
- CAS⁺⁺ – Cognitrom Assessment System⁺⁺ - Platforma de evaluare psihologică computerizată

CĂRŢILE EDITURII ASCR

- Adriana Băban, **Consiliere educațională. Ghid metodologic pentru orele de dirigenție și consiliere**
- Sofia Chirică, Daniela Andrei, Cătălina Ciuce, **Aplicații practice ale psihologiei organizaționale**
- Gabriela Lemeni, Mircea Miclea, **Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră**
- Gabriela Lemeni, Anca Axente, **Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele IX-XII/SAM**
- Gabriela Lemeni, Mihaela Porumb, **Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele V-VIII**
- Gabriela Lemeni, Loredana Mihalca, Codruța Mih, **Consiliere și Orientare. Ghid de educație pentru carieră. Activități pentru clasele I-IV**
- Catrinel A. Ștefan, Kállay Éva, **Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru educatori**
- Catrinel A. Ștefan, Kállay Éva, **Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru părinți**
- Laura Visu-Petra, **The multidimensional development of executive functioning. A neuropsychological approach**
- Andrei C. Miu, **Emoție și cogniție. Lateralizare cerebrală, diferențe individuale și de gen**
- Thea Ionescu, **Copiii fac ordine! Categorizarea la vârsta preșcolară**
- Ronald M. Rapee, Susan H. Spence, Vanessa Cobham, Ann Wignall, **Cum să vă ajutați copilul cu probleme de anxietate**
- Rudolph Schaffer, **Introducere în psihologia copilului**
- Cristian Opariu-Dan, **Statistică aplicată în științele socio-umane. Noțiuni de bază – statistici univariate**
- Adina Botiș Matanie, Anca Axente, **Disciplinarea pozitivă – sau cum să disciplinezi fără să rănești**
- Ronald M. Rapee, Ann Wignall, Jennifer L. Hudson, Carolyn A. Schniering, **Tratamentul anxietății la copii și adolescenți. O abordare fundamentată științific**
- Russell A. Barkley, **Copilul dificil. Manualul terapeutului pentru evaluare și pentru trainingul părinților**
- Viorel Lupu, **Introducere în hipnoterapia și în psihoterapia cognitiv-comportamentală a copilului și a adolescentului**
- Oana Benga (coordonator), **Jocuri terapeutice**

Theodor Hellbrügge, J. Hermann von Wimpffen, **Primele 365 de zile din viața unui copil**
Wass Albert, **Povești. Cartea pădurilor. Cartea lacurilor**
Corneliu-Marius Țioara, **Biasarea atenției în anxietate**
Viorel Mih, **Psihologie educațională (vol.I și II)**
Robert L. Leahy Stephen J. Holland, **Planuri de tratament și intervenții pentru depresie și anxietate**

*

SOFT EDUCAȚIONAL, *Nafragiați pe insula calculelor*
(pentru elevii din clasele I și a II-a)
SOFT EDUCAȚIONAL, *Cifrele*
(pentru copiii de 5-9 ani)
SOFT EDUCAȚIONAL, *Literele*
(pentru elevii din clasele I și a II-a)

20/193

10



Conf. Dr. Viorel Lupu

Medic primar psihiatru, doctor în medicină, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca; Psihoterapeut – formator în psihoterapiei cognitiv-comportamentale, acreditat de CPR și FRP, „Albert Ellis” Institute New York și NACBT (SUA); Vicepreședintele Asociației de Psihoterapie Cognitivă și Comportamentale din România; Membru al European Association for the Study of Gambling.

Această carte prezintă atât teoretic, cât și practic tehnici de psihoterapie cognitiv-comportamentală, aplicabile la persoanele cu tulburări sexuale.

Lucrarea se adresează în primul rând studenților și masteranzilor în psihologie clinică și psihoterapie, în psihosexologie și medicină, interesați de abordările recente din domeniul psihoterapiei. De asemenea, cartea prezintă interes și pentru rezidenți și medicii specialiști și primari din domeniul psihiatriei, pentru medicii de orice specialitate, precum și pentru psihoterapeuți.

Cazurile practice descrise în ultima parte a cărții ilustrează concret modalitatea de aplicare a tehnicilor cognitiv-comportamentale în tulburările sexuale, fiind deosebit de utile practicienilor.

Autorul

ISBN 973-7973-94-8



9 789737 973948

Editura ASCR

contact | comenzi:
tel. | fax: 0264 581 499
comenzi@ascred.ro
ed.ascr@gmail.com
www.ascred.ro