

2014

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

ZAKLJUČNA NALOGA
PSIHOSEKSUALNA TERAPIJA IN ZDRAVLJENJE
SEKSUALNIH DISFUNKCIJ

RUDEŽ

ANJA RUDEŽ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

Psihoseksualna terapija in zdravljenje seksualnih disfunkcij

(Psychosexual therapy and treatment of sexual dysfunctions)

Ime in priimek: Anja Rudež

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Koper, september 2014

Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Anja RUDEŽ

Naslov zaključne naloge: Psihoseksualna terapija in zdravljenje seksualnih disfunkcij

Kraj: Koper

Leto: 2014

Število listov: 43

Število tabel: 1

Število referenc: 65

Mentor: doc. dr. Gregor Žvelc

Ključne besede: spolni odziv, seksualne disfunkcije, (psiho)seksualna terapija

Izvleček:

Spolne motnje pomembno vplivajo na kvaliteto posameznikovega življenja in partnerskega odnosa. Seksualne disfunkcije so najbolj razširjena in najpomembnejša skupina seksualnih motenj, za katere so značilne motnje v seksualnem funkcioniranju. Za njihovo razumevanje je ključno poznavanje človeškega spolnega odziva. V zadnjih dvajsetih letih je prišlo do velikega napredka na področju zdravljenja seksualnih motenj, še posebej seksualnih disfunkcij. Zato se v nadaljevanju spoznamo s seksualno terapijo in psihoseksualno terapijo, ki je integrativna oblika psihoterapije specializirana prav za zdravljenje seksualno disfunkcionalnega vedenja s psihološkim vzrokom. Predstavitev psihoseksualne terapije nam prikaže, da obstaja integrativno psihoterapevtsko zdravljenje, ki v kombinaciji s spolnimi nalogami brez dodatkov zdravil pomaga reševati seksualne disfunkcije in je pri nekaterih od vrst disfunkcij celo zelo učinkovito. Največji doprinos naloge v prakso je večja osveščenost ljudi na tem področju, ki je za mnoge neznanka.

Key words documentation

Name and SURNAME: Anja RUDEŽ

Title of the final project paper: Psychosexual therapy and treatment of sexual dysfunctions

Place: Koper

Year: 2014

Number of pages: 43 Number of tables: 1

Number of references: 65

Mentor: Assist. Prof. Gregor Žvelc, PhD

Keywords: sexual response, sexual dysfunctions, (psycho)sexual therapy

Abstract:

Sexual disorders have a significant influence on the quality of an individual's life as well as on that of the partnership. Sexual dysfunctions are the most widespread and the most important group of sexual disorders characterised by disorders of sexual function. The main key to their understanding is the knowledge of the human sexual response. Over the past twenty years there has been a substantial progress in the treatment of sexual disorders, especially in the field of sexual dysfunctions. Therefore the project continues with the presentation of the sex therapy and of the psychosexual therapy which represents an integrative form of psychotherapy, specialised actually in the treatment of sexually dysfunctional behaviour due to psychological causes. The presentation of the psychosexual therapy then shows us that there exists an integrative psychotherapeutic treatment which in combination with sexual tasks without the addition of medicaments helps to resolve sexual dysfunctions and that some types of dysfunctions are actually very successfully treated by such treatment. The project's major contribution to the practice is a major public awareness in this area still unknown to many people.

ZAHVALA

Kot prvo se zahvaljujem mentorju doc. dr. Gregorju Žvelcu za pomoč pri usmerjanju in nastajanju tega dela.

Zahvala gre tudi asist. mag. Vesni Jug, ki mi je bila vedno pripravljena pomagati in svetovati.

Prav tako se zahvaljujem tudi Goranu Arbanasu dr. med. za vso pomoč in napotke.

Iskrena hvala mami, ki je vsa leta verjela vame in mi stala ob strani.

Hvala Vidu za vso pomoč, nasvete, potrpežljivost in podporo.

Hvala tudi Doris, ki mi je z veseljem in entuziazmom pomagala v zadnji fazi nastajanja te naloge.

Zahvala gre tudi bratu Tilnu.

Navsezadnje pa gre zahvala mojim prijateljem, posebno »štiriperesni detlci«, za vso potrpežljivost in podporo.

Hvala Vam ker ste.

KAZALO VSEBINE

1 UVOD	1
2 SPOLNI ODZIV	2
2.1 Cikel človeškega spolnega odziva.....	2
2.1.1 Faza vzburjenja.....	3
2.1.2 Faza platoja.....	3
2.1.3 Faza orgazma.....	3
2.1.4 Faza resolucije	4
2.2 Seksualna želja	5
3 SPOLNE MOTNJE	7
3.1 Vzroki spolnih motenj.....	7
4 SEKSUALNE DISFUNKCIJE	9
4.1 Klasifikacija seksualnih disfunkcij	10
4.1.1 DSM-V	11
4.1.2 Kategorije seksualnih disfunkcij	11
4.2 Opis in značilnosti seksualnih disfunkcij	12
4.2.1 Motnje seksualne želje	12
4.2.2 Motnje seksualnega vzburjenja	13
4.2.3 Motnje orgazma.....	14
4.2.4 Motnje seksualne bolečine	15
4.3 Pogostost seksualnih disfunkcij	16
5 TERAPEVTSKO ZDRAVLJENJE SEKSUALNIH DISFUNKCIJ	18
5.1 Seksualna terapija.....	19
5.2 Psihoseksualna terapija (»new sex therapy«).....	21
5.3 Zdravljenje posameznih seksualnih disfunkcij	23
5.3.1 Motnje seksualne želje	23
5.3.2 Eretilne disfunkcije.....	24
5.3.3 Motnje seksualnega vzburjenja pri ženskah.....	25
5.3.4 Prezgodnje ejakulacije.....	25
5.3.5 Motnje orgazma pri ženski (anorgazmija).....	26

5.3.6 Motnje orgazma pri moškem.....	27
5.3.7 Vaginizma	27
5.3.8 Disparevnije.....	27
5.4 Razlike v iskanju pomoči	28
5.5 Učinkovitost seksualne terapije.....	28
6 SKLEPI	30
7 LITERATURA IN VIRI	32

KAZALO TABEL

Tabela 4.01 <i>Primerjava klasifikacij posameznih disfunkcij</i>	10
--	----

1 UVOD

Spolni odnosi. Skoraj vsi jih imamo, a le redkokdo govori o njih. To je precejšen paradoks, če pomislimo, kako življenjsko pomemben je spolni odnos za človeško življenje. Ne samo, da je akt, ki žene našo vrsto naprej, temveč je tudi način, ki nas povezuje z romantičnim partnerjem, način, da se razbremenimo stresa vsakdanjega življenja in vsekakor ne smemo pozabiti na prijetno preživljanje časa. Seveda pa ni seks samo zabava in igra ves čas. Za nekatere ljudi je lahko stalen izvor anksioznosti in negotovosti, nelagodna in neprijetna tema za diskusijo, ne smemo pa pozabiti na njegovo morebitno pot v bolezen in smrt (Lehmiller, 2014).

Spolne motnje pomembno vplivajo na partnerski odnos in posameznikovo življenje (Ziherl, 2013). Seksualni neuspeh ni samo problem posameznika in se vedno odraža tudi v partnerskem odnosu kot tudi v celotni družini. Glede na vse to pa bi lahko rekli, da je veliko oseb vključenih v probleme obstoja teh motenj. Problemi take vrste so tudi velikokrat razlog za propad zveze, zato je lahko zdravljenje način, ki poveča stabilnost razmerja (Crowe, 2004).

Zaradi zanimanja na tem področju je naš prvotni namen pregled področja. Najprej dobro predstavimo človeški spolni odziv, ki je osnova za razumevanje spolnih motenj. V nadaljevanju se osredotočimo na spolne motnje ter njihove vzroke, temu pa sledi osredotočenost na seksualne disfunkcije, njihovo klasifikacijo in kategorizacijo. Nadaljujemo z opisom značilnosti vsake izmed seksualnih disfunkcij ter njihovo pogostostjo. V naslednjem delu naloge se osredotočimo na njihovo terapevtsko zdravljenje, predstavimo »staro« in »novo« seksualno terapijo, nadaljujemo s predstavitvijo različnih tehnik ter načinov zdravljenja različnih disfunkcij ter učinkovitostjo le-teh. Cilj je narediti celostni pregled področja zanimanja ter prikazati, da obstaja psihoterapevtsko zdravljenje, ki v kombinaciji s spolnimi nalogami lahko brez dodatkov medikalizacije pomaga reševati seksualne disfunkcije in je pri nekaterih od vrst disfunkcij celo zelo učinkovito.

2 SPOLNI ODZIV

»Za razumevanje spolnih motenj je nujno poznavanje spolnega odziva pri ženskah in pri moških, še posebno zato, ker se spolni odziv ženske značilno razlikuje od spolnega odziva moškega in že samo ta različnost lahko v spolnosti povzroči določene težave« (Ziherl, 2013, str. 270).

Spolni odziv je tako telesni kot duševni proces, zato lahko spolno motnjo povzroči telesna bolezen ali dogajanje v duševnosti. Motnje, ki jih ne povzroči telesna bolezen, opredelimo kot motnje, ki človeku preprečujejo uživanje v spolnosti, kot bi si sam želel. Kažejo se lahko kot pomanjkanje užitka v spolnosti, pomanjkanje zanimanja, nesposobnost obvladovanja doživljanja orgazma ali pa neuspešnost fiziološkega odziva, ki je potreben za učinkovit odnos (Ziherl, 2013). Torej bi lahko rekli, da je človeški cikel spolnega odziva osnova za preučevanje in kategoriziranje seksualnih disfunkcij tako pri ženskah kot pri moških.

Kaplanova (1974) je zapisala, da je človeški spolni odziv v veliki meri logičen in v zaporedje urejen niz fizioloških dogodkov. Da je spolni odnos lahko učinkovit, se morajo genitalni organi vsakega od partnerjev pripraviti na način, da se spremenijo v obliki in funkciji glede na osnovno stanje. Popolnoma nemogoča je izvedba koitusa (z drugo besedo spolnega odnosa), če partnerja nista seksualno vznburjena, torej ko je penis mlahav in vagina ozka in suha.

2.1 Cikel človeškega spolnega odziva

Masters in Johnsonova, pionirja raziskav človeškega seksualnega odziva, sta v njunih raziskavah razdelila moški in ženski spolni odziv v štiri faze. Ta shema je bila široko sprejeta in uporabljena v besednjaku ljudi, ki se ukvarjajo s tem področjem. Material, ki sta ga uporabljala za svoje študije, je izhajal iz opazovanja fizioloških odzivov približno 600 moških in žensk od 18. do 89. leta starosti preko 2500 ciklov spolnega odziva (Kaplan, 1974). Preučevala sta masturbacijo in orgazme tako heteroseksualnih kot homoseksualnih parov. Uporabljala sta plastični falus, ki je vseboval fotografsko opremo za snemanje notranjih sprememb v ženski, ki spremljajo vznburjenje in zadovoljstvo (Archer in Lloyd, 2002). Preiskave so bile narejene s tisočimi urami laboratorijskih raziskav na zdravih in fiziološko odzivnih prostovoljcih (Wincze in Carey, 1991).

Spolni odziv je po Mastersu in Johnsonovi (1966) sestavljen iz štirih faz: *faza vznburjenja*, *faza platoja*, *faza orgazma* in *faza umiritve/resolucije*.

Taka ureditev cikla spolnega odziva nam omogoča okvir za učinkovit opis fizioloških razlik in spolnih odzivov. Nekateri odzivi so pogosto prehodne narave in se pojavijo samo v eni od faz celotnega cikla (Masters in Johnson, 1966).

2.1.1 Faza vzburljenja

Za fazo vzburljenja je značilno, da se telo pripravlja na spolni odnos. Sproži jo lahko katerikoli somatogenetski in psihogenetski vir stimulacije. Stimulativni faktor ima velik pomen pri vzpostavitvi učinkovitega nastopa seksualne napetosti, ki razširi cikel. Če stimulacija ostaja ustrezna za zahteve, ki jih ima posameznik, se posledično intenzivnost odziva hitro povečuje. Če pa je način stimulacije fizično in psihološko neprimeren ali preprečen, je lahko faza vzburljenja znatno podaljšana ali celo zavrta/prekinjena (Masters in Johnson, 1966). Ta faza je torej odvisna od pogojev in virov stimulacije, ki jo sprožijo in ki vplivajo na njeno dolžino (Archer in Lloyd, 2002). Zanja je značilen nastop erotičnih občutij ter nastop erekcije pri moških in vaginalna lubrikacija pri ženskah (Kaplan, 1974). Poleg lubrikacije vagine oteče klitoris, maternica in maternični vrat pa se pomakneta navzgor (Archer in Lloyd, 2002). Povečajo se cirkulacija, srčni utrip ter napetost v mišicah, dihanje je pospešeno itd. (Kaplan, 1974).

Prva faza in zadnja - faza resolucije zavzemata večino časa celotnega cikla človeškega spolnega odziva (Masters in Johnson, 1966).

2.1.2 Faza platoja

Plato faza je po Mastersu in Johnsonovi naprednejše stanje vzburljenja, ki se pojavi takoj pred orgazmom (Kaplan, 1974). V tej fazi se seksualna napetost okrepi in posledično doseže ekstremno raven, s katere se lahko posameznik nazadnje pomakne do orgazma. Trajanje je v veliki meri odvisno od učinkovitosti dražljaja v kombinaciji z individualnimi faktorji. Če je dražljaj ali nagon neprimeren ali če so vsi dražljaji umaknjeni, oseba ne bo dosegla orgazmične sprostitve in bo počasi iz faze platoja prešla na predolgo fazo resolucije (Masters in Johnson, 1966).

2.1.3 Faza orgazma

Pri obeh spolih se tvori refleksno krčenje posameznih genitalnih mišic, ki ga spremlja občutek prijetnosti in zadovoljitve. Pri moških povečini pride do ejakulacije (Lehmiller, 2014). Masters in Johnsonova (1966) sta opisala dve komponenti moškega orgazma; prvi sestoji iz kontrakcij notranjih organov in občutkov neizbežnosti ejakulacije (Kaplan, 1974). Temu lahko rečemo emisija, ki s pomočjo krčenja gladkih mišic v stenah notranjih reproduktivnih organov (obmodek, semenovod, prostata,...) omogoča, da se notranja mišica sečnega mehurja zapre in tako se semenska tekočina lahko pomakne v zadnji del sečne cevi. Tega refleksa ne spremlja občutek ugodja, temveč občutek neizbežne ejakulacije (Erić, 2011b). Druga komponenta pa predstavlja ejakulacijo, ki je zaslužna za izločitev semenske tekočine in doživljanje prijetnega občutka (Kaplan, 1974).

»Orgazem pri ženskah je podoben drugi fazi orgazma pri moških ali ejakulaciji. Po ustrezni seksualni stimulaciji pride na določeni točki razvoja seksualnega vzburjenja do ritmičnih krčev ishiokavernoznih in bulbokavernoznih mišic, 0.8-krat na sekundo, ki so pri ženskah okoli vhoda v vagino« (Erić, 2011b, str. 87). Krčenje teh mišic spremljajo prijetni občutki zadovoljitve (Erić, 2011b). Po orgazmu je za moške značilno obdobje refraktarne (neodzivne) dobe za nekaj časa, za ženske pa povečini ne (Lehmiller, 2014).

2.1.4 Faza resolucije

To fazo bi lahko poimenovali tudi faza umiritve. Zanj je značilno nehoteno pojemanje spolnega vzburjenja, torej po fazi platoja in vzburjenja spet k umiritvi. Pri moškem vključuje faza resolucije neizogibno refraktarno dobo, ko ni mogoča vnovična učinkovita združitev. Ženske pa lahko doživijo nov orgazem na tej točki, če se predajo novi učinkoviti vzdražitvi. V tej fazi izginejo fiziološki ostanki spolne vzburjenosti, vendar pri obeh spolih le počasi, če ni bilo silovite orgazmične sprostitve (Masters in Johnson, 1979).

Masters in Johnsonova sta štirifazni ciklični seksualni odziv aplicirala tako na cikel spolnega odziva pri ženskah kot pri moških (Archer in Lloyd, 2002). Poročala sta tudi, da struktura orgazma ni odvisna od seksualne orientacije in je tako neodvisna od narave seksualne aktivnosti - heteroseksualna, homoseksualna ali avtoerotična. Neodvisna je tudi od vira stimulacije, ki je lahko taktilni ali psihološki (Masters in Johnson, 1979, po Archer in Lloyd, 2002). Prav tako naj bi bil mehanizem vzburjenja pri obeh spolih podoben kljub temu, da se dejavnosti spolnih organov razlikujejo glede na njihovo anatomijo. Obema spoloma so skupni mišična napetost, nabreklost žil ter posledično povečan pretok krvi v tkiva (Archer in Lloyd, 2002). Po besedah Leiblumove (2007) pa naj bi v zadnjih desetletjih prišlo do menjave paradigme - moška in ženska seksualnost sta si različni! Ta sprememba je ena pomembnejših konceptualnih in teoretičnih pristopov v spolni terapiji. Spolno poželenje moških in žensk je spodbujeno preko različnih dražljajev, vzdrževano preko različne motivacije in vrednoteno iz različnih razlogov (Hill in Preston, 1996; Leigh, 1989, po Leiblum 2007).

Čeprav sta Masters in Johnsonova predstavila štirifazni spolni odziv, dokumentirala genitalne in ekstragenitalne fiziološke spremembe, ki se zgodijo v vsaki izmed faz, je pri tem poučnem in elegantnem modelu nekaj manjkalo. Najbolj se je pomanjkanje kazalo pri tistih, ki so se ukvarjali z osebami in pari, ki so slabo funkcionirali (Wincze in Carey, 1991). Glavna pomanjkljivost štirifaznega modela je torej bila odsotnost kakršnekoli psihološke komponente (Levin, 2008). Nekaj oseb s seksualnimi težavami se je pritoževalo nad tem, da so nesposobni postati zaljubljeni, nad pomanjkanjem interesa za seks ali celo nad tem, da čutijo odpor do spolne aktivnosti. Postalo je jasno, da manjka faza, ki je predhodna prvi fazi vzburjenja, ki sta jo definirala in opisala Masters in Johnsonova. Ta predhodna faza označuje *spolno poželenje* (angl. desire), ki označuje

človekovo kognitivno in čustveno pripravljenost ter interes za spolno aktivnost. Brez spolnega poželenja bi se fiziološko in subjektivno vzburjenje in posledično orgazem redko pojavila (Wincze in Carey, 1991). Kaplanova (1974) je ugotovila obstoj in pomen seksualne želje kot ene izmed faz seksualnega odziva. To fazo je postavila pred fazo vzburjenja (Levin, 2008). Trdila je, da sta Masters in Johnsonova ovrednotila spolni odziv samo iz fiziološkega vidika ter da bi morali upoštevati tudi psihološke, čustvene in kognitivne faktorje. Predlagala je model trifaznega človeškega spolnega odziva, ki je sestavljen iz treh faz: poželenje, vzburjenje in orgazem (Kaplan, 1979).

Prav tako je Robinson (1976, po Levin 2008) prepričljivo argumentiral, da je bila faza platoja napačno poimenovana, saj vzburjenost sama narašča do orgazma in je zato v realnosti faza platoja le del faze vzburjenja. Zato so modifikacije prvotnega štirifaznega modela po Mastersu in Johnsonovi pripeljale do novega modela DEOR (Desire, Excitement, Orgasm and Resolution), katerega sestavljajo faze poželenja, vzburjenja, orgazma in resolucije (Levin, 2008). Kritike modela, ki sta ga uvedla Masters in Johnsonova, so letele tudi iz strani Tieferjeve (1991), ki je mnenja, da je model cikla seksualnega odziva, ki sta ga predlagala Masters in Johnsonova, pristranski. Pristranske naj bi bili metode, eksperimenti in selekcija. Kritika leti na izbrano skupino posameznikov, ki naj bi bila relativno majhna in pripravljena razkriti svojo seksualnost v laboratorijskih situacijah.

Z določitvijo seksualne želje kot prve faze seksualnega odziva se dokončno določijo vse faze, ki so bolj ali manj povezane ena z drugo, vsaka od njih pa ima tudi določeno samostojnost. Te faze so *seksualna želja*, *seksualno vzburjenje*, *orgazem in resolucija* (Erić, 2011b). Večina seksologov se strinja, da zdravo seksualno funkcioniranje obsega prve tri faze. Spolne disfunkcije pa nato obstajajo preko okvare ali motnje ene od teh faz (Wincze in Carey, 1991). Posledično je na osnovi teh faz tudi narejena klasifikacija bolezni (Erić, 2011b).

2.2 Seksualna želja

Seksualna želja (lahko bi rekli tudi seksualno poželenje) je nejasen konstrukt. Za ljudi, ki niso strokovnjaki, je sinonim za potrebnost, strast, pohoto, za strokovnjake na področju mentalnega zdravja pa predstavlja Freudov pojem libida. Freud je predstavil libido kot erotični instinkt ali gon, ki je endogen in potrebuje sprostitvev. Upoštevajoč Freuda sta nezmožnost doživetja te endogene sile ali previsoko poželenje pokazatelja psihopatologije. Freudovska misel vidi torej poželenje kot naravni biološki gon za seksualno vedenje, ki je ovirano zgolj z intrapsihičnim konfliktom. V nasprotju s tem pa novejšje teorije in dognanja poudarjajo, da je spolno poželenje večplastno. Je kompleksna interakcija bioloških, psiholoških, socialnih in kulturnih sil (Wincze in Carey, 1991).

Seksualno poželenje torej ni enojen fenomen, ki služi samo kot prekurzor za druge faze cikla seksualnega odziva (Hackett, 2008). Ameriški seksualni psihoterapevt Levine (2003) je zapisal, da je seksualno poželenje vsota vseh sil, ki nas vodijo proti seksualnemu vedenju ali proč od njega. Spekter seksualnega poželenja se giblje med odporom, brezbržnostjo, interesom, potrebo in strastjo. Čeprav imajo številni posamezniki značilen vzorec poželenja skozi celotno odraslo življenje, se ta spekter zelo razvija skozi življenjski cikel. Trdi, da obstajajo tri interakcijske sile, ki generirajo seksualno poželenje pri kateremkoli posamezniku in v kateremkoli času. Te tri komponente po Levineju (2003) so:

- Gon (angl. drive) - je biološka komponenta poželenja, ki ima anatomsko in neuroendokrino fiziologijo
- Motiv - je psihološka komponenta, na katero vpliva več dejavnikov. Kot prvo posameznikovo mentalno stanje (veselje, žalost), medosebna stanja (nestrinjanje, nespoštovanje) ter socialni kontekst (trajanje zveze in zvestoba)
- Želja (angl. wish) - pa je kulturna komponenta, ki prikazuje vrednote, pomen in pravila o seksualni ekspresiji, ki se jih posameznik nauči v otroštvu in ki se skozi življenje spreminjajo. Čeprav je želja v samem bistvu zunanja, se želje same kažejo skozi motivacijo.

Moški spolni nagon se primarno fokusira na spolni odnos in orgazem, medtem ko se ženski bolj primarno osredotoča na intimnost, skozi katero vidi seksualno aktivnost v širšem kontekstu in orgazem sam kot možnost. Komponenta motiva pa ima večjo težo pri ženskah (Hackett, 2008). Na to, ali se vedemo seksualno ali ne, pa vplivajo štiri različne spremenljivke, ki imajo velik vpliv. Te so starost, spol, socialni status in zdravje (Laumann in Michael, 2001, po Levine, 2003).

3 SPOLNE MOTNJE

Spolne motnje lahko delimo v tri glavne skupine: motnje spolnega funkcioniranja, motnje spolne identitete in motnje spolne preference (Ziherl, 2013).

Seksualne disfunkcije ali motnje seksualnega funkcioniranja se nanašajo na probleme z ustreznim odzivom za doseg seksualno zadovoljivega življenja, pogosto v kontekstu seksualnega odnosa (Rowland in Incrocci, 2008).

Motnje spolne identitete se nanašajo na močne medspolne identifikacije in splošno posameznikovo neudobnost s spolom, ki mu je biološko determiniran (Rowland in Incrocci, 2008). Pod to skupino uvrščamo transeksualizem, transvestizem kot motnjo dvojne vloge, motnjo spolne identitete v otroštvu, druge motnje spolne identitete ter neopredeljeno motnjo spolne identitete (MKB-10, 1995).

Pod *motnjami spolne preference* pa imamo v mislih parafilije in neobičajna seksualna vedenja, kot so močna spolna nagnjenja oz. nagon ter vedenja ali fantazije, ki vsebujejo seksualno aktivnost z neprimernimi objekti ali v neprimernih situacijah (Rowland in Incrocci, 2008). Pod to skupino pa spadajo fetišizem, fetišistični transvestizem, ekshibicionizem, voajerstvo, pedofilija, sadomazohizem, multiple motnje spolne preference, druge motnje spolne preference ter neopredeljena motnja spolne preference (MKB-10, 1995).

Osnovna predpostavka vsake motnje je, da njeno stanje povzroča precejšnje vznemirjenje in/ali vodi k oslabitvi v družbenem ali medosebnem delovanju (Rowland in Incrocci, 2008).

3.1 Vzroki spolnih motenj

»Človeške seksualnosti ni mogoče razumeti, v kolikor ne upoštevamo biologije in psihologije, zlasti kulture in njihovih interakcij, ki delujejo tako na posameznike kot na seksualne pare in skupine ljudi« (Bancroft, 1999, po Erić, 2011a, str. 17).

Vzroke spolnih motenj je moč razdeliti v tri skupine. Vzrok je lahko biološki ali zdravstveni, kot na primer diabetes ali hormonske spremembe (suhost vagine v menopavzi). Drugi vzrok je psihološki, pod katerega uvrščamo razne anksioznosti, strah, negativno samopodobo ipd. Tretji vzrok pa predstavlja posameznikovo socialno življenje (Wincze in Carey, 1991).

Če se omejimo na *psihološke vzroke* spolnih motenj, le-te lahko razdelimo v tri podskupine: dejavniki tveganja, sprožilni dejavniki in vzdrževalni dejavniki.

Pod dejavnike tveganja štejemo motene odnose v primarni družini, neustrezen odnos do spolnosti v primarni družini in zgodnje travmatične izkušnje v spolnosti.

Sprožilni dejavniki so strah pred neuspehom v spolnem odnosu in posledična nesproščenost, nezvestoba, nerazumevanje v partnerskem odnosu, depresivnost, anksioznost in travmatska spolna izkušnja.

Pod vzdrževalne dejavnike pa uvrščamo strah pred intimno bližino, slabo samopodobo in samozavest, mite o spolnosti in nepoznavanje spolnega odziva, premalo posvečanja predigri, komorbidno duševno motnjo, izgubo privlačnosti med partnerjema, predvidevanje neuspeha, strah pred tem, kako se bo oseba izkazala, slabo komunikacijo med partnerjema,... (Ziherl, 2013).

V večini primerov pa je za seksualne težave zaslužnih več vzrokov in ne samo en sam (Wincze in Carey, 1991).

Crowe (2004) pa je *individualne psihološke faktorje*, povezane s problemi v spolnosti, razvrstil v štiri kategorije:

- Psihiatrične težave: generalna anksioznost, depresija, obsesivno-kompulzivna motnja, fobije in druge nevroze, generalizirana čustvena inhibicija, nizka samopodoba, zloraba substanc in odvisnost
- Problemi, ki izhajajo iz preteklosti: predhodna travma (posilstvo in spolna zloraba), ignoranca in negativen odnos s strani staršev, kulturni faktorji in prepričanja
- Sedanji življenjski stresorji: težave na delu (preobremenjenost, brezposelnost), staranje, upokojitev, fizična bolezen ali nezmožnost, pomanjkanje fizične aktivnosti, neprimerna nastanitev, skrb zaradi otrok ali starejših sorodnikov, rojstvo otrok
- Anksioznost nastopa: ta dejavnik najdemo pri skoraj vseh disfunkcijah, opisuje anksioznost, ki se pojavi ob predvidevanju ali poskusu spolnega akta.

4 SEKSUALNE DISFUNKCIJE

V diplomski nalogi se bomo osredotočili na eno izmed treh skupin spolnih motenj - seksualne disfunkcije.

»Seksualne disfunkcije so najbolj razširjena in najpomembnejša skupina seksualnih motenj, za katere so značilne motnje v seksualnem funkcioniranju in težave pri opravljanju spolnih odnosov« (Erić, 2011a, str. 163).

Po MKB-10 (1995) jih najdemo v poglavju F52 (Spolna disfunkcija, ki je ne povzročata organska motnja ali bolezen) in so definirane kot spolna disfunkcija, ki zajema različne okoliščine, v katerih človek ni sposoben sodelovati v spolnih odnosih, kot bi želel (ali želela).

DSM-IV (1994) pa definira seksualno disfunkcijo kot motnjo ene od faz spolnega odziva ali kot bolečino, ki je definirana s spolnim odnosom. Večina ljudi občasno doživlja pomanjkanje interesa za seksualno aktivnost, probleme pri vzburjenju ali pa probleme, povezane z orgazmom. Diagnoza seksualnih disfunkcij se uporabi v primerih, ko se težave s seksualnim funkcioniranjem pojavljajo nenehoma in povzročijo velik stres in problem za posameznika ali par (Bach, Wincze in Barlow, 2001).

Crowe (2004) pravi, da se večina motenj seksualnega funkcioniranja pojavi v kontekstu partnerskega odnosa. Seveda pa jih lahko najdemo tudi pri posameznikih, ki niso v zvezi, katerim njihovi problemi pogosto preprečujejo, da bi sploh bili v njej. Stabilnost para v zvezi je moč povečati in ločitev ali razpad zveze preprečiti, če se paru nudi pomoč pri doseganju zadovoljivega in učinkovitega seksualnega življenja.

Pri postavljanju diagnoze je pomembno, da upoštevamo tudi posameznikovo kulturo in starost ter tudi sam vzrok problema. Ko je diagnoza seksualne disfunkcije postavljena, moramo upoštevati tudi, kdaj se ta problem pojavlja. Problem se lahko pojavi v vseh situacijah (generaliziran problem) ali pa samo v določenih pogojih (situacijski problem). Strokovnjak mora tudi izvedeti, če je problem bil od vedno prisoten ali pa se je razvil po nekem času normalnega funkcioniranja (Bach idr., 2001).

Wincze in Carey (1991) navajata, da seksualne disfunkcije lahko klasificiramo kot življenjske, katerim lahko rečemo tudi *primarne*, saj so prisotne pri človeku skozi celotno njegovo odraslo življenje. Lahko pa so pridobljene oziroma *sekundarne*, in pojavijo se v nekem trenutku življenja po obdobju, ko je bilo seksualno funkcioniranje uspešno.

Lahko jih klasificiramo tudi kot *generalizirane*, ki se pojavijo z vsemi partnerji, v vseh situacijah in pri vsaki seksualni aktivnosti, ali kot *situacijske* (omejene na določene seksualne partnerje, situacije ter seksualne aktivnosti).

Model, ki se uporablja pri diagnosticiranju seksualnih disfunkcij, je *biopsihosocialni model*. Med diagnosticiranjem seksualne disfunkcije moramo biti pozorni na naslednje

vplive: biološkega (bolezen, zdravila, starost, hormonski sistem), psihološkega (seksualno znanje, odnos do seksualnosti, seksualne izkušnje, mentalno zdravje) in socialnega (dostopnost partnerja, partnerjevo zdravje, partnerjevo zanimanje za spolnost, kvaliteta in trajanje razmerja) (Wincze in Carey, 2001, po Bach idr., 2001). Z upoštevanjem teh vplivov lahko med diagnosticiranjem pojasnimo celovito razumevanje katerekoli seksualne disfunkcije (Bach idr., 2001).

4.1 Klasifikacija seksualnih disfunkcij

Tabela 4.01

Primerjava klasifikacij seksualnih disfunkcij

DSM-IV, 1994	MKB-10, 1995
Hipoaktivna motnja seksualne želje	Pomanjkanje ali izguba seksualne želje (podtipi: frigidnost in hipoaktivna spolna želja)
Averzivna seksualna motnja	Seksualna averzija in pomanjkanje seksualnega uživanja (podtip: seksualna anhedonija)
Motnja seksualnega vzburjenja pri ženskah Eretilna disfunkcija	Neuspešnost genitalnega odziva (podtipi: motnja seksualnega vzburjenja pri ženskah, eretilna motnja pri moškem, psihogena impotenca)
Motnja orgazma pri ženskah Motnja orgazma pri moških	Orgazmična disfunkcija (podtipi: zavrti orgazem (moški/ženski) in psihogena anorgazmija)
Prezgodnja ejakulacija	Prezgodnja ejakulacija
Vaginizem	Neorganski vaginizem
Disparevnija	Neorganska disparevnija
-	Prekomeren spolni nagon
Seksualne disfunkcije, pogojene s splošnimi medicinskimi razlogi	Spolna disfunkcija druge vrste, ki je ne povzročata organska motnja ali bolezen
Seksualna disfunkcija, ki jo povzroča substanca	Neopredeljena spolna disfunkcija, ki je ne povzročata organska motnja ali bolezen
Seksualne disfunkcije, ki niso specificirane na drugem mestu	

Seksualne disfunkcije so kot seksualne motnje klasificirane v Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) in v Diagnostično-statističnih napotkih psihiatrov Združenih držav

Amerike v četrti reviziji (DSM-IV). Od maja 2013 naprej pa tudi v DSM-V. Ker pa le-te niso homogena skupina motenj glede na klinično izraženost in etiologijo, so klasificirane v določenih podskupinah (Erić, 2011b).

4.1.1 DSM-V

Od maja 2013 je na voljo tudi DSM-V, v katerem je glede na DSM-IV prišlo do nekaterih sprememb. Diagnostični kriteriji kategoriziranja ženskega seksualnega interesa, kot so opisani v DSM-IV-1994, so osnovani na predpostavki modela človeškega seksualnega odziva, ki sta ga predlagala Masters in Johnsonova (1966) in ga je kasneje razvila Kaplanova (1974). Novejše raziskave pa so izkazale dvom v veljavnost tega modela (IsHak and Tobia, 2013). Ugotovljeno je bilo, da strogo razlikovanje med različnimi fazami vznburjenja in linearnim modelom spolnega odziva ni ustrezno pojasnilo spolnega vedenja, zlasti pri ženskah (Basson, 2001). To je privedlo do tega, da je bilo predlaganih več sprememb v diagnostičnih merilih spolnih motenj. Klasificiranje seksualnih disfunkcij v DSM-V je bilo poenostavljeno iz petih ženskih disfunkcij na tri in iz šestih moških disfunkcij na štiri glede na DSM-IV (1994). Ženska hipoaktivna motnja seksualne želje in motnja seksualnega vznburjenja pri ženskah sta bili združeni v en sindrom, ki so ga poimenovali motnja seksualnega interesa/vznburjenja. Podobno sta prej ločeni disparevnija in vaginizem združeni v genitalnomedenično bolečino/motnjo penetracije. Motnja orgazma pri ženskah ostaja enaka. Pri moških je prišlo samo do majhne spremembe imena pri hipoaktivni motnji seksualnega poželenja. Moška orgazmična motnja se je spremenila v odloženo ejakulacijo, pri erektilni motnji je izpuščen pridevnik "moški", prezgodnji izliv ostaja nespremenjen. Moška disparevnija ali moška spolna bolečina se ne pojavljata v poglavju spolne disfunkcije DSM-V. Prav tako sta seksualna averzivna motnja in seksualna disfunkcija zaradi splošnega zdravstvenega stanja odsotni iz nove različice. NOS (nespecifirana) kategorija je tudi izločena in zamenjana z drugimi specifičnimi seksualnimi disfunkcijami in nespecifičnimi seksualnimi disfunkcijami. Seksualna disfunkcija povzročena z zdravili/substancami pa ostaja nespremenjena (IsHak and Tobia, 2013).

4.1.2 Kategorije seksualnih disfunkcij

Seksualne disfunkcije so lahko povezane s *ciklom seksualnega odziva*, ki je tudi najvažnejša in klinično najznačilnejša podskupina, ki se v etiološkem smislu povezuje s ciklom seksualnega odziva (Erić, 2011b). Seksualne disfunkcije lahko torej povežemo s ciklom seksualnega odziva (seksualna želja, vznburjenje, orgazem in resolucija) in s tem formiramo osnovo za klasifikacijo seksualnih disfunkcij v četrti izdaji DSM-ja (Rosen, 2000). Glavne kategorije seksualnih disfunkcij so v DSM-IV (1994) opredeljene kot *motnje seksualnega poželenja*, v katere uvrščamo hipoaktivno motnjo seksualne želje in averzivno seksualno motnjo, *motnje seksualnega vznburjenja*, kamor uvrščamo motnjo seksualnega vznburjenja pri ženskah in erektilno disfunkcijo, in *motnje orgazma*, pod katero

uvrščamo motnjo orgazma pri ženskah, motnjo orgazma pri moških in prezgodnjo ejakulacijo (Rosen, 2000). Druga podskupina pa je disfunkcionalno vedenje, ki ga spremlja bolečina (Erić, 2011b). Pod to pa uvrščamo kategorijo *bolečih seksualnih disfunkcij*, kamor spadata disparevnija in vaginizem (Rosen, 2000).

Prav tako lahko seksualne disfunkcije razvrstimo v štiri kategorije po MKB-10.

4.2 Opis in značilnosti seksualnih disfunkcij

4.2.1 Motnje seksualne želje

Leta 1970 sta Masters in Johnsonova izdala knjigo z naslovom *Human Sexual Inadequacy*, v kateri sta opisala disfunkcije, kot so: prezgodnja ejakulacija, nezmožnost ejakulacije, impotenca, orgazmična disfunkcija, vaginizem in disparevnija; motnje seksualne želje pa v navedeni knjigi niso bile omenjene (Masters in Johnson, 1970 po Segraves in Woodard, 2006). Psihatri, ki so veliko pozornosti posvečali notranjim izkušnjam pacientov, pa so zabeležili, da je pomanjkanje interesa primarna težava, s katero se sooča veliko pacientov. Zato sta leta 1977 dva psihiatra uvedla pojem diagnoze nizke spolne želje. Oba, tako Harold Lief in Helen Singer Kaplan, sta bila zelo vplivna v Ameriškem psihiatričnem združenju (APA) in tako se je inhibirano seksualno poželenje dodalo v nomenklaturu DSM-III (1980) (Segraves in Woodard, 2006). Kasneje je bila spremenjena v hipoaktivno seksualno motnjo (Beck, 1995).

Kaplanova (1987, po Erić, 2011b) je predlagala ločitev hipoaktivne seksualne želje od seksualne averzivne motnje, in predlagala, da naj bosta to dva sindroma povsem neodvisna v okviru motenj seksualne želje. To je bilo sprejeto v DSM-III-R (1987). V tej izdaji je torej bila dodana tudi averzivna seksualna motnja. Za obe diagnozi je značilno, da motnja povzroča pomembno osebno ali medosebno stisko. Ta kriterij je dodan zato, da zagotovimo, da normalne variacije v seksualnem vedenju, ki niso moteče, ne bi bile diagnosticirane kot duševne bolezni (Segraves in Woodard, 2006).

Hipoaktivna motnja seksualne želje

Trajno ali ponavljajoče pomanjkanje (ali odsotnost) seksualnih fantazij in želje po seksualnih aktivnostih. Ocena pomanjkanja ali odsotnosti je postavljena s strani strokovnjaka, ob upoštevanju dejavnikov, ki vplivajo na seksualno funkcioniranje, kot so starost in življenjski kontekst osebe (DSM-IV, 1994).

Averzivna seksualna motnja

Trajni ali ponavljajoči se skrajni odpor ali izogibanje vsem (ali skoraj vsem) genitalnim seksualnim stikom s seksualnim partnerjem (DSM-IV, 1994).

Psihiater Montgomery (2008) pravi, da hipoaktivna motnja seksualne želje in averzivna seksualna motnja prizadeneta tako ženske kot moške. Seksualne motnje poželenja so po njegovem mnenju premalo prepoznavne, premalo zdravljene in zato vodijo v veliko obolevnosti v partnerskem zakonu.

Večina avtorjev se strinja, da je hipoaktivna motnja seksualnega poželenja ena tistih seksualnih disfunkcij, ki jih je najtežje zdraviti (Beck, 1995). Tudi seksualna averzivna motnja je zelo odporna na zdravljenje, a kljub temu kaže vedenjska terapija pozitivne rezultate (Montgomery, 2008).

Beck (1995) meni, da je opredelitev šibke želje dvoumna, ker si jo lahko nekateri razlagajo, kot da temelji samo na pogostosti spolnih odnosov. To pa je po njegovem mnenju problematično, saj so lahko ljudje vključeni v spolno aktivnost tudi, če nimajo želje do tega (npr. da zadovoljijo partnerja). Zato je bolj zanesljivo zanašanje na obseg in pogostost seksualnih misli, fantazij in na to, v kolikšnem obsegu prevzame oseba pobudo za seksualno aktivnost (Wincze in Carey, 2001). Seveda je nizka želja lahko primarni problem ali pa sekundarni (kot posledica druge seksualne disfunkcije) (Bach idr., 2001).

Kaplanova (1987) pravi, da 25% njenih pacientov s seksualno averzijo zadostuje tudi kriterijem za postavitev diagnoze panične motnje. Nekateri pacienti so v celoti fobični pred seksom in doživljajo paniko kot odziv na katerakoli erotična občutja, čustva ali misli. V drugih primerih pa so lahko fobični odzivi omejeni le na specifične vidike seksa. Te situacijske fobije so lahko strah pred penetracijo, pred golim partnerjem, pred genitalijami nasprotnega spola, pred oralnim spolnim odnosom, pred vaginalnimi izločki, pred spermo, pred orgazmom in mnoge druge.

4.2.2 Motnje seksualnega vzburljenja

Motnja seksualnega vzburljenja pri ženskah

Stalna ali ponavljajoča nezmožnost doseči ali do konca spolne dejavnosti ohraniti ustrezno lubrikacijo - nabreklost, ki je odziv spolnega vzburljenja (DSM-IV, 1994).

Po podatkih raziskave (Laumann, Paik in Rosen, 1999) ima 20% žensk med 18. in 59. letom težave z doživljanjem seksualnega vzburljenja. Po večini je motnja seksualnega vzburljenja pri ženskah povezana z menopavzo (Bach idr., 2001). Vendar pa ženske lažje »rešijo« problem vzburljenja kot moški, ker si lahko pomagajo, npr. z vaginalnim lubrikantom (Schover in Jensen, 1988, po Wincze in Carey, 1991).

Eretilna disfunkcija (impotenca)

Stalna ali ponavljajoča nezmožnost doseči ali ohraniti ustrezno erekcijo do konca spolne aktivnosti (DSM-IV, 1994).

O njej je znano več kot o marsikateri drugi seksualni disfunkciji (Wincze in Carey, 2001). Je ena najpogostejših spolnih motenj med moškimi, posebno ko se ti starajo (Lehmiller, 2014). Res pa je tudi, da je ena najbolj ponižujočih disfunkcij, saj je v skoraj vseh kulturah erekcija povezana z moškim samospoštovanjem (Erić, 2011b).

4.2.3 Motnje orgazma

Motnja orgazma pri ženskah

Stalna ali ponavljajoča se zakasnitev ali odsotnost orgazma po fazi normalnega spolnega vznburjenja. Ženske kažejo veliko variabilnost na vrsto ali intenzivnost stimulacije, ki sproži orgazem. Diagnoza te motnje mora biti postavljena na podlagi sodbe zdravnika, da je ženska orgazmična zmogljivost manjša, kot bi bilo smiselno za njeno starost, spolno izkušnjo in ustreznost spolno stimulacijo, ki jo dobi (DSM-IV, 1994).

Zmožnost doživljanja orgazma je pri ženskah iz leta v leto večja, zato je tudi ta disfunkcija pogosteje povezana z mlajšimi ženskami (Erić, 2011b). Potrebno pa je vedeti, da samo odsotnost orgazma med spolnim odnosom ni disfunkcija. Normalno je, da nekatere ženske ne doživijo orgazma samo s penetracijo, niti ga ne doživijo vedno (Wincze in Carey, 1991). LoPiccolo in Stock (1987, po Wincze in Carey, 1991) pravita, da samo okoli 50% žensk doživlja redne orgazme med spolnim odnosom.

Motnja orgazma pri moških

Stalna ali ponavljajoča se zamuda ali odsotnost orgazma po fazi normalnega seksualnega vznburjenja med spolno aktivnostjo, ki jo opredeli strokovnjak, pri čemer se upošteva starost moškega. Glede na to, pa ta vznburjenost oceni kot ustrezno glede na mesto, intenzivnost in trajanje (DSM-IV, 1994).

Večinoma je motnja orgazma pri moških situacijska, kar pomeni, da ima oseba težave z dosegom orgazma s partnerjem, ne pa med masturbacijo (Wincze in Carey, 2001, po Bach idr., 2001). Primarna motnja, ki se odraža od začetka seksualne aktivnosti, je redka (Simons in Carey, 2001).

Prezgodnja ejakulacija

Stalna ali ponavljajoča se ejakulacija po minimalni spolni stimulaciji pred, med ali kmalu po penetraciji in preden si moški to želi. Strokovnjak mora upoštevati dejavnike, ki vplivajo na trajanje faze vznburjenja, kot so starost, novost spolnega partnerja ali situacije in nedavna pogostnost spolne dejavnosti (DSM-IV, 1994).

Prve seksualne izkušnje so velikokrat vznemirjajoče, prav tako novi partner, kar lahko vodi v prezgodnjo ejakulacijo, a sčasoma se večina moških nauči nadzorovati ejakulacijo. Nekateri pa še vedno doživljajo prezgodnjo ejakulacijo kot seksualno disfunkcijo (Erić,

2011b). Odstotek teh naj bi bil kar velik. Po študijah Laumanna idr. (1999) naj bi bilo takih moških 21%.

4.2.4 Motnje seksualne bolečine

Disparevnija

Ponavljajoča se ali stalna bolečina v predelu genitalij, pri ženskah in moških pred, med ali po spolnem odnosu. Pri tem pa je pomembno, da motnje ni izzvalo pomanjkanje vlažnosti ali krč (DSM-IV, 1994). Kot ostale seksualne disfunkcije jih lahko uvrstimo kot »življenjske ali pridobljene« ter »generalizirane ali situacijske« ter tudi kot take, ki so posledica psiholoških ali kombiniranih faktorjev (Binik, 2005).

Narava, trajanje in intenzivnost doživljanja bolečine se razlikujejo glede na osebo, a največ ljudi jo doživlja med spolnim odnosom (Wincze in Carey, 2001). Čeprav je disparevnija prisotna pri obeh spolih, je veliko pogostejša pri ženskah, pri katerih je sprožena bolečina na več področjih, in sicer od nožničnih površin do globokih medeničnih struktur. Pacientke z disparevnijo tudi večkrat kot ostali pacienti poročajo o bolečini pri uporabi tamponov ali pri ginekoloških pregledih (Heim, 2001).

Glede pogostosti pri ženskah so Rosen, Taylor, Leiblum in Bachmann (1993) ugotovili, da med 329 ženskami, ki se zdravijo na ginekološki kliniki, je 7,7% takih, ki so že doživele boleč spolni odnos ali pa ga vedno doživlja. Za moške pa na žalost ni veliko podatkov o razširjenosti disparevnije. Vendar klinične izkušnje kažejo na to, da so skoraj povečini povezane z medicinskimi težavami (infekcija sečil in spolovil). Disparevnija pri ženskah pa je lahko rezultat medicinskih ali psiholoških težav ali pa obojega (Bach idr., 2001). Najpogostejši organski vzroki disparevnije so pri ženskah vnetje sečnice, brazgotina po prerezu presredka, suh vaginitis, vulvodinija, alergije na mila, kondom,... Psihični razlogi, ki privedejo do disparevnije, pa so podobni tistim, ki vodijo do vaginizma in motnje orgazma. To so doživljanje strahu, neustrezna seksualna stimulacija med predigro, stresne situacije, občutki krivde, lahko pa so tu tudi zapleteni psihološki vzroki, povezani s travmami (incest, posilstvo, PTSM). Vzroki pa so lahko tudi religiozna in družbeno kulturna vzgoja s togim vrednostnim sistemom seksualnosti (Erić, 2011b).

Binik (2005) meni, da bi disparevnija morala biti klasificirana kot urogenitalna bolečinska motnja namesto kot seksualna disfunkcija. To se je tudi uveljavilo v novi izdaji DSM-V.

Vaginizem

Ponavljajoč se ali vztrajen neprostovoljni krč mišičja zunanje tretjine vagine, ko pride v stik s spolnim odnosom (DSM-IV, 1994). Zaradi tega je penetracija zelo moteča, onemogočena ali celo preprečena (Erić, 2011b).

Pacienti s to motnjo so povečini fobični pred koitusom in vaginalno penetracijo. To vodi v frustrirajoč in boleč koitus. Anatomsko pa so genitalije žensk z vaginizmom normalne. Večina žensk je tudi seksualno normalno odzivnih. Lahko doživljajo orgazme s stimulacijo klitorisa, uživajo v seksualnih igrinah in iščejo seksualni kontakt, ampak le, dokler to ne vodi v spolni odnos. Stanje ima lahko uničujoč psihološki učinek ne samo na žensko, ampak tudi na moža. Ženska je velikokrat ujeta v dilemi med iskanjem pomoči in strahom pred zdravljenjem. Skozi čas se lahko ženska z razlogom, da se izogne soočanju s tem strahom, začne izogibati spolnim priložnostim (Kaplan, 1974). Vzroki za vaginizem so zapleteni in do danes niso popolnoma znani, se pa ve je, da prevladujejo psihološki dejavniki. Strah pred nosečnostjo, strah pred bolečino, negativen odnos do seksualnosti ter tudi travme v razvoju, napačna vzgoja, toga religiozna sporočila,... (Erić, 2011b).

Silversteinova (1989) je izvedla raziskavo, kjer je pri 22 ženskah z vaginizmom preučevala družinske vzorce. Skoraj vse ženske so imele dominantnega, moralističnega očeta, ki so se ga bale. Poleg tega pa so bili očetje tudi spolno zapeljivi. Med starši teh žensk je bilo veliko konfliktov, fizičnega ter psihičnega nasilja. Ženske z vaginizmom pa so v družinah bile pridne, pohvale željne punčke, ki niso sposobne izražati jeze. Nagnjene so bile k izbiri partnerjev, ki so bili nasprotje očetov; torej prijazni, nežni in pogosto pasivni. Torej so od vedno imele težave z izražanjem agresije, jeze, besa. Zaradi tega spolni odnos vidijo kot invazijo, simptomi vaginizma pa jim pomagajo tako, da jih pred tem zaščitijo.

4.3 Pogostost seksualnih disfunkcij

Erić (2011a) navaja, da so različne raziskave in psihoterapevtska praksa pokazale, da so seksualne disfunkcije najpogostejša oblika psihopatologije in zajemajo veliko število ljudi v populaciji. Približno 50% seksualno aktivne populacije med 17. in 70. letom naj bi vsaj enkrat v življenju očitno pokazala seksualno disfunkcionalno vedenje.

Najpogosteje se podatke o razširjenosti seksualnih disfunkcij navaja po raziskavi JAMA (Laumann idr., 1999). To poročilo raziskave je prva ocena, ki temelji na spolnih disfunkcijah pri prebivalcih Amerike, od zadnje predhodne študije, ki so jo izvedli Kinsey idr. (1948, po Laumann idr., 1999).

Vzorec je zajel 1749 žensk in 1410 moških od 18. do 59. leta starosti, ki so prebivali v ZDA. Izvedena je bila tako, da je vsakega anketiranca intervjuval izkušen izpraševalec, v čemer se ta študija razlikuje od drugih, ki so temeljile na samoocenjevalnih vprašalnikih. Res pa je, da so ta samoporočila, še posebej intervjuji na štiri oči, lahko podvrženi pristranskosti zaradi pomanjkanja zasebnosti. Rezultati so pokazali, da so seksualne disfunkcije pomemben javnozdravstveni problem. Pri ženskah naj bi bila prevalenca (razširjenost) večja (43%) kot pri moških (31%). Prevalenca sama pa je povezana z različnimi demografskimi značilnostmi, kot sta starost in izobrazba.

Za ženske je značilno, da se prevalenca spolne disfunkcije zmanjša s starostjo, razen pri tistih, ki imajo probleme z lubrikacijo. Pri moških pa ima višja starost pozitivno korelacijo z nastopom erektilne disfunkcije in zmanjšanjem spolne želje. Visoka izobrazba je v negativni povezavi z doživljanjem seksualnih težav, posebno pri ženskah. Ženske različnih rasnih skupin kažejo različne vzorce seksualnih disfunkcij, pri moških pa te razlike niso tako očitne. Seksualne disfunkcije so tudi pogostejše pri ljudeh, ki so slabega fizičnega in čustvenega zdravja. Kot zadnje pa so ugotovili, da so seksualne disfunkcije visoko povezane z negativnimi dogodki v življenju in splošnim zadovoljstvom. Ženske s seksualnimi disfunkcijami večkrat poročajo o negativnih občutjih, o fizičnem in čustvenem nezadovoljstvu in nizkem občutju sreče. Podobno kot ženske tudi moški z erektilno disfunkcijo in nizko seksualno željo poročajo o slabši kvaliteti življenja, kar pa ne velja za moške s težavami prezgodnje ejakulacije.

Zgoraj navedeno dejstvo, da se razširjenost erektilne disfunkcije povečuje s starostjo, je razvidno tudi iz MMAS študije (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane in McKinlay, 1994). Dokazali so, da se je razširjenost popolne erekcije med starostjo 40. do 70. let potrojila iz 5% na 15%. Eretilna disfunkcija je torej strogo povezana s starostjo, zdravjem in čustvenim funkcioniranjem.

Spector in Carey (1990) sta naredila pregled literature 23-ih raziskav na področju seksualnih disfunkcij. V njem sta zapisala, da so seksualne disfunkcije ene izmed najbolj razširjenih psihiatričnih motenj v splošni populaciji. S tem bi se glede na podane vrednosti raziskav lahko strinjali. Skupni vzorci nakazujejo prevalenco od 5-10% pri zavrtem ženskem orgazmu, 4-9% za motnjo erekcije, 4-10% za zavrt orgazem pri moškem in 36-38% za prezgodnjo ejakulacijo. Za ostale podatki niso navedeni.

Po njunem pregledu se je raziskovanje na področju pogostosti seksualnih disfunkcij dramatično povečalo. 11 let kasneje sta Simons in Carey (2001) naredila pregled podatkov o razširjenosti spolnih disfunkcij. V tem temeljitem pregledu literature sta zajela 52 študij, ki so bile objavljene v desetih letih od prejšnje revizije, ki sta jo opravila Spector in Carey (1990). Skupni vzorci kažejo naslednje razširjenosti seksualnih disfunkcij: 0-3% za motnjo orgazma pri moškem, 0-5% za erektilno disfunkcijo, 0-3% za moško hipoaktivno motnjo spolnega poželenja. Največje vrednosti so za motnjo orgazma pri ženskah (7-10%) in za prezgodnjo ejakulacijo (4-5%). Prevalence za ostale disfunkcije pa niso bile zabeležene.

Rezultati zgornjih raziskav kažejo na to, da so seksualne disfunkcije zelo pogoste med splošnim prebivalstvom.

5 TERAPEVTSKO ZDRAVLJENJE SEKSUALNIH DISFUNKCIJ

Seks je tako fiziološki kot psihološki proces, tako da če ponudimo samo fizično zdravljenje in ignoriramo psihološki vidik, tvegamo, da s tem ponudimo rešitev, ki reši le majhen del celotnega problema (Crowe, 2007).

Zato je zdravljenje seksualnih disfunkcij dejavnost, pri kateri sodelujejo strokovnjaki iz več medicinskih discipline, kot so psihiatri, psihoterapevti, endokrinologi, ginekologi, ... Psihiatri, psihoterapevti in seksologi zdravijo motnje, ki so nastale iz psiholoških ter mešanih razlogov. Pri motnjah, ki so pogojene z organskimi dejavniki, pa imajo le-ti le vlogo svetovalca. Prednost pri zdravljenju imajo specializirane terapevtske metode, ki so zasnovane izključno za zdravljenje seksualnih motenj. Metode, kot so kognitivno-vedenjska terapija, psihoanalitična terapija itd., se prilagajajo in se uporabljajo v okviru integrativnih terapevtskih modelov. Pri psihoseksualni terapiji je psihoanalitična psihoterapija njen osnovni okvir, kognitivno-vedenjska pa je osnovno izhodišče za seksualno terapijo (Erić, 2011b).

»Do srede 20. stoletja v zdravljenju seksualnih motenj ni bilo metod, ki bi bile izoblikovane izključno za te namene« (Erić, 2011b, str. 379). Do šestdesetih let prejšnjega stoletja je bila vodilna psihoanaliza in psihodinamska psihoterapija, terapevti pa so bili večinoma psihiatri (Rahne Otorepec, 2013).

V zadnjih dvajsetih letih pa je prišlo do velikega napredka na področju zdravljenja seksualnih motenj, še posebej seksualnih disfunkcij. Za to so zaslužni utemeljitelji specifičnih metod zdravljenja seksualnih disfunkcij, kot so W. Masters in V. Johnson (1970) ter H. S. Kaplan (1974) (Erić, 2011a). Masters in Johnsonova sta razvila edinstveno seksualno terapijo, ki je svoje tehnike pridobila iz vedenjsko-kognitivne terapije, Helen Kaplan pa jo je nato nadgradila s poznavanjem psihodinamike. Tako je nastala psihoseksualna terapija. Šele s prihodom zdravil so se nato usmerili tudi v farmakološko zdravljenje spolnih motenj (Rahne Otorepec, 2013).

Erić (2011a) je v knjigi Psihodinamična psihiatrija zapisal, da ko se je iznašlo zdravilo za motnje erekcije sildenafil acetat (poznano kot viagra ali modra tabletki), se je začelo porajati vprašanje, ali je to konec psihoterapije pri zdravljenju seksualnih disfunkcij. Seveda je bilo veliko moških in njihovih partneric bolj naklonjenih modri tabletki kot pa dolgotrajni psihološki analizi seksualnega življenja, preteklosti in sedanjosti. Vsem je kaj kmalu postalo jasno, da izključno samo biološka obravnava seksualnih disfunkcij ne ustreza realnosti. Velikokrat se je jasno pokazalo, da farmakološka terapija, ki se ne ukvarja z reševanjem psiholoških intrapsihičnih ali interpersonalnih problemov in konfliktov, ne more pomagati osebam s seksualnimi motnjami.

Irena Rahne Otorepec (2013), vodja Ambulante za spolno zdravje pravi, da dandanes skuša v terapijo vključiti vse, kar pomaga, od vedenjsko-kognitivne terapije, psihodinamske, družinske sistemske terapije do farmakoterapije. Danes torej poznamo različne psihološko zasnovane metode zdravljenja spolnih motenj, ki se med seboj razlikujejo po tem, ali ostanemo v terapiji na »površini« in se ukvarjamo le s simptomi ali pa sežemo globlje v podzavestne plasti osebnosti in partnerski odnos (Požarnik, 1984). Prav tako je tudi po besedah Leiblumove (2007) pri terapiji pomembno to, da se ne osredotočamo samo na genitalije pacientov, ampak tudi na lastnike genitalij – torej na ženske in moške, ki pridejo na zdravljenje z bogato in kompleksno zgodovino prepričanj, upov in doživetij.

V procesu interakcije med terapevtom in pacientom, ne glede na obliko psihoterapije, imajo pomemben vpliv starost, spol, rasa in etnično ali religiozno prepričanje tako terapevta kot pacienta. Vse to ima lahko velik vpliv na sam izid zdravljenja (Wincze in Carey, 2001).

5.1 Seksualna terapija

Zgodovina seksualne terapije je relativno kratka (Leiblum in Rosen, 1989, po Immanuel in Phill, 2013). Od začetka dvajsetega stoletja do konca šestdesetih let istega stoletja so bile seksualne disfunkcije tako kot večina ostalih psiholoških problemov zdravljene v okviru psihoanalize (Balon in Segraves, 2005). Tako zdravljenje pa je bilo zelo dolgotrajno (Immanuel in Phill, 2013).

»Seksualna terapija je prva terapevtska metoda, namenjena izključno zdravljenju seksualnih motenj« (Erić, 2011b, str. 379). Lahko bi ji tudi rekli vedenjska terapija/pristop. Izhaja iz predpostavke, da so seksualne disfunkcije lahko pogosto razložene z osnovnimi principi psihološke teorije učenja, torej preko podkrepite in kazni (Lehmiller, 2014). V prakso sta jo uvedla Masters in Johnsonova (1970), ki sta jo tudi oblikovala brez velikega opiranja na predhodne modele. Cilj njune terapije je sprememba človekovega pristopa do seksa in sprememba doživljanja v seksualnih situacijah, in sicer sprememba v doživljanju na način, da namesto stresa v seksualnih situacijah občutimo užitek. To lahko dosežemo s tem, da klienti nehajo razmišljati, kaj »bi morali« doseči vsakič, ko imajo spolni odnos, (npr. orgazem) temveč se sprostijo. Drugače povedano: odstraniti moramo strah pred neuspehom v spalnici, ki prepogosto postane samouresničujoča se prerokba (Lehmiller, 2014). V knjigi "Human Sexual Inadequacy" (1970) sta Masters in Johnsonova zapisala svojo prvotno zamisel o tem, kako seksualna terapija poteka. Priporočeno je, da je terapevtska enota par. Zapisala sta, da ločitev moža od žene v terapevtskem procesu ne samo zanika koncepta vpletenosti obeh partnerjev v seksualni problem, ampak tudi ignorira osnovno dejstvo, da spolni odziv predstavlja interakcijo med dvema človekoma. Zelo sta poudarjala tudi slabo komunikacijo, ki je glavni vzrok seksualne neuspešnosti. Zagovarjata tudi to, da sta v terapevtski proces vključena dva soterapevta (angl. coterapist) različnega spola, eden od njiju pa mora biti zdravnik. Program naj bi sprva trajal tri tedne,

a sta ga kasneje skrajšala za teden. V tem času so terapije potekale vsak dan, ta dva tedna pa pacienta živita proč od doma, torej proč od njunega vsakdanjega sveta in skrbi.

Seksualno terapijo loči od drugih oblik zdravljenja dajanje terapevtskih nalog, ki jih morata pacienta opraviti pred naslednjo seanso (Erić, 2011b). Te naloge pa temeljijo na predpostavki, da sta tako dotik kot komunikacija pomembna dela zdrave seksualnosti (Lehmiller, 2014).

Program, ki sta ga uporabljala, temelji torej na omejenem časovnem obdobju, v katerem paru zadajata naloge, ki jih mora opravljati pred začetkom naslednje seanse. Naloge se začnejo s prepovedjo spolnega odnosa in orgazma, torej osredotočenost na *čutilni fokus* (angl. *sensate focus*) (Kaplan, 1974). Par mora tako najprej začasno prenehati s spolnimi odnosi, nato pa delati na tem, da skozi serije tehnik čutilnega fokusa (angl. *sensate focus techniques*) pride spet do spolnega odnosa (Lehmiller, 2014). S tem oseba ali par zniža raven anksioznosti in uživa v samem dotikanju, ne pa cilju (orgazem, erekcija), ki pogosto ni dosegljiv in nas posledično lahko vodi v sram in občutja neuspeha (Wincze in Carey, 1991).

Pomembno je torej, da posameznik začne povezovati seksualno vzburjenje in aktivnost z užitek in relaksacijo namesto z anksioznostjo. Seveda pa je pri tem važno, da partnerja začneta počasi, brez zahtev, in da skupaj gradita seksualno intenziteto ter postopoma opuščata strah pred seksualnostjo (Lehmiller, 2014).

Seksualno terapevtski pristop je zelo strukturiran, a tudi zelo fleksibilen, tako da se lahko prilagodi kateremukoli pacientu (Wincze in Carey, 1991).

Čutilni fokus

Lahko ga opišemo skozi tri glavne faze. Prva faza vsebuje *negenitalno zadovoljevanje*, v kateri je osredotočenost usmerjena na dotikanje. Partnerja si vzameta čas in raziskujeta golo telo drugega (seveda če je to mogoče). Izogibata se prsim in genitalijam ter se tako koncentrirata na čustva in čutno doživljanje tako v aktivni kot v pasivni vlogi (Ramage, 1998).

V drugi fazi še vedno velja prepoved spolnega odnosa, označuje pa jo *dotikanje genitalij* (Ramage, 1998). Še vedno velja načelo izmenjave pri dotikanju, le da se sedaj lahko partnerja dotikata celega telesa (Erić, 2011b). Stimulacija genitalij je pomembna za vzburjenje, ne pa še orgazem. Če moški ne doživi erekcije, je to prav tako v redu (Kaplan, 1981). Čez čas se bolj osredotočata na genitalije, prav tako pa se lahko že istočasno medsebojno dotikata. Posledično lahko pride do masturbacije, ki vodi v orgazem (Ramage, 1998).

V zadnji fazi, ko partnerjema postane udobno, če se *dotikata genitalij*, sta pripravljena na spolni odnos (Wincze in Carey, 1991), vendar postopoma. Začneta samo s penetracijo penisa v vagino, brez gibanja, osredotočena le na ta občutek. Nato pa temu sledi gibanje, v začetku le za kratek čas, nato pa lahko za dalj časa, kar lahko vodi do orgazma (Ramarge, 1998).

Pri vseh fazah je pomembno, da si partnerja opišeta in povesta, kakšna so njuna občutja v danem trenutku (Ziherl, 2013).

Od razvoja seksualne terapije je prišlo do veliko dopolnitev in sprememb, v sami osnovi pa je še vedno enaka (Hawton, 1995). Čeprav sta Masters in Johnsonova predlagala ženskega in moškega soterapevta, pa to ni niti obvezno niti praktično (Bach idr., 2001).

5.2 Psihoseksualna terapija (»new sex therapy«)

Psihoseksualna terapija je relativno nova integrativna oblika psihoterapije, specializirana za zdravljenje seksualno disfunkcionalnega vedenja s psihološkim vzrokom. Je izvirno delo Helen Singer Kaplan (1974).

V knjigi "The new sex therapy" (1974) je zapisala, da so seksualne naloge nujen del seksualne terapije, vendar imajo omejeno vrednost, dokler niso postavljene v psihoterapevtski kontekst. Po drugi strani pa je psihoterapija sama relativno neučinkovita oziroma zelo počasna metoda za zdravljenje seksualnih disfunkcij. Torej je spoznala, da niti ena od tedaj aktualnih metod zdravljenja, *psihoanalitična psihoterapija, zakonska in družinska, vedenjska in pa tudi seksualna terapija*, ne da rezultatov, ki jih pričakujemo, če se uporablja posamično (Erić, 2011b). Na podlagi tega je izoblikovala metodo, ki združuje seksualne naloge in psihoterapijo, poimenovala pa jo je *nova seksualna terapija ali psihoseksualna terapija* (Kaplan, 1974). »Psihoanalitična psihoterapija je v psihoseksualni terapiji osnovni okvir, kognitivno-vedenjska terapija pa osnovno izhodišče za seksualno terapijo« (Erić, 2011b, str. 377).

Zasnovana je za zdravljenje seksualnih motenj, ki so pogojene s psihološkimi razlogi, zato se je ne uporablja pri organsko pogojenih motnjah, pri ljudeh, pri katerih je potrebno zdravljenje primarne bolezni, pri osebah, ki ne razumejo, da so njihove težave povezane s psihološkimi vzroki ali pri osebah, ki kažejo psihotične motnje ali težko depresijo (Fidanovski, 2014).

Glede na vzrok in obliko motnje se terapija opira enkrat na psihoanalitično psihoterapijo, drugič na partnersko (zakonsko),... Zaradi te prilagodljivosti je učinkovita pri skoraj vseh oblikah seksualnih motenj, saj ji to omogoča širok obseg uporabe (Erić, 2011b).

Psihoanalitična psihoterapija poskuša spremeniti spolno disfunkcionalno vedenje skozi razreševanje intrapsihičnih konfliktov in pridobivanjem vpogleda, da se ljudje začnejo zavedati nezavednih procesov seksualnega funkcioniranja.

Partnersko-zakonska psihoterapija izhaja iz tega, da je seksualna disfunkcionalnost posledica slabe in nekvalitetne komunikacije med partnerjema, zato se večinoma dela na medosebnem odnosu.

Seksualna terapija temelji na hitrem in uspešnem zdravljenju simptomov spolnih motenj. Oba partnerja sta pacienta, ki morata spremeniti svoj odnos in preko seksualnih vaj razviti seksualno funkcionalno vedenje.

Kognitivno-vedenjska terapija pa vidi seksualno disfunkcionalno vedenje kot posledico napačno naučenega ali spolno disfunkcionalnega vedenja. Posledica je neustrezno spolno vedenje, zato se ukvarja s spreminjanjem kognitivnih distorzij (izkrivljenih prepričanj) ter z različnimi telesnimi vajami (sistematična desenzitizacija) (Fidanovski, 2014).

Teoretično izhodišče koncepta čutilnega fokusa izhaja iz *sistematične desenzitizacije*, ki je bila oblikovana za odstranitev anksioznosti. Sistematično desenzitizacijo je razvil afriški psiholog Joseph Wolpe (Dubord, 2011). Čutilni fokus pomaga premagati situacije, ki so nekoč bile za nas tesnobne in čez čas anksioznost ni več prisotna (Weeks in Gambescia, 2009). Namen terapevtskih nalog v okviru vedenjskega dela kognitivno-vedenjske terapije je torej odpraviti strah pred neuspehom obeh partnerjev in omogočiti, da sproščeno uživata v spolnosti (Ziherl, 2013). Vendar pretirano opiranje na seksualne naloge ni upravičeno. Potrebno je poudariti dinamično analizo med opravljanjem nalog in psihoterapevtsko dejavnost. To kombiniranje je glavna dodana vrednost in zato hitreje in učinkoviteje vodi v zdravo seksualno funkcioniranje in opravljanje zakonskih težav (Erić, 2011b).

Psihoseksualni terapevt Fidanovski (2014) je zapisal, da psihoseksualna terapija za razliko od drugih terapevtskih modalitet ne traja predolgo (10-15 seans). To pa je odvisno od trajanja problema, starosti, motivacije za zdravljenje, želje za aktivno sodelovanje obeh partnerjev ter oblike seksualne disfunkcije. Kot primer lahko navedemo erektilno disfunkcijo. Če je ta primarnega tipa, kjer nikoli ni bil vzpostavljen odnos, bo terapija trajala veliko dlje, prognoza bo nejasna, kot pa če imamo opravka z erektilno disfunkcijo sekundarnega tipa (trenutno ne funkcionira, a v preteklosti je) ali situacijskega tipa, pri katerih je trajanje krajše in prognoza pozitivnejša.

Psihoseksualna terapija kot integrativna oblika psihoterapije je spremenila zdravljenje seksualnih disfunkcij in bila sprejeta po celem svetu (Erić, 2011b).

5.3 Zdravljenje posameznih seksualnih disfunkcij

Vodilni britanski seksolog Kevan Wylie, ki je predsednik Svetovnega združenja za spolno zdravje, poudarja, da moramo najprej pomagati z edukacijo. To je prva in glavna naloga psihoseksualnega terapevta (Rahne Otorepec, 2013). *Edukacija* je ena najpomembnejših komponent seksualne terapije. Zmotna prepričanja, nerealna pričakovanja in pomanjkanje informacij glede fiziologije, anatomije in seksualnega funkcioniranja lahko igrajo pomembno vlogo pri etiologiji in ohranitvi seksualnih disfunkcij. Posledično lahko že sama psioedukacija velikokrat vodi do hitrega izboljšanja že v nekaj terapijah (Bach idr., 2001). Če je oseba v partnerskem odnosu, je pomembno tudi to, da se zdravita oba. Če partner ne želi sodelovati, to pomeni, da bo terapija imela drugačne cilje, bolj usmerjene zgolj na simptom. Uspešnost je seveda verjetnejša, če sodelujeta oba. Če sta pripravljena razčistiti, spremeniti stališča in se potruditi za pozitivno komunikacijo, se bosta naučila izražati svoje občutke, spolne želje in pričakovanja (Rahne Otorepec, 2013).

Za zdravljenje seksualnih disfunkcij je pomembno, da terapevt vzpostavi z bolnikom varen odnos, kjer bo lahko pacient sproščeno govoril o svojih težavah. Naprej je seveda potreben usmerjen pogovor s človekom, ki je prišel zaradi svojih problemov, nato, če je mogoče, sledi pogovor s partnerjem. Šele nato se pogovori z obema o njunih težavah v spolnosti (spolna motnja se ne tiče samo enega, ampak obeh) in jima razloži program zdravljenja. Potek terapevtskih nalog je v osnovi enak (čutilni fokus), vendar se tudi razlikuje glede na specifičnost določene seksualne disfunkcije (Ziherl, 2013).

5.3.1 Motnje seksualne želje

Motnje poželenja za razliko od motenj seksualnega funkcioniranja (vzburjenja, erekcije, orgazma) so dandanes najpogostejši seksualni problemi v klinični praksi. Učinkoviti programi za zdravljenje so bili razviti tako za motnje vzburjenja kot tudi za motnje orgazma. Zdravljenje motenj poželenja pa je še vedno zelo kompleksno in manj učinkovito (Leiblum, 2010). Zaradi težjega zdravljenja je tudi uspeh najnižji med vsemi seksualnimi disfunkcijami (Lehmiller, 2014).

Ko je šibka seksualna želja povezana s trenutnim partnerjem ali okoliščinami, se spremembe lažje doseže (Wincze in Carey, 1991). Ko pa je oseba od vedno bila na nek način »aseksualna«, je potrebno individualno zdravljenje, ki je lahko zelo dolgotrajno (Arbanas, 2009d).

Psihoterapija je pogost pristop pri zdravljenju motenj poželenja. Iz psihodinamične perspektive je vzrok seksualnih disfunkcij nerešen nezavedni konflikt v odrasčanju. Zato se zdravljenje lahko osredotoča na ozaveščanje nerešenih konfliktov in na njihov vpliv na življenje pacienta. Večinoma pa so potrebne še dodatne tehnike (Montgomery, 2008).

Kljub temu obstaja več možnosti zdravljenja in je lahko potrebna več kot ena možnost, da pridemo do rešitve. Ena od možnosti je vedenjska ali kognitivno-vedenjska terapija, saj pomanjkanje poželenja lahko izvira iz problemov v partnerskem odnosu (Graham, 2010, po Lehmiller, 2014). Torej lahko povečamo intimnost in komunikacijo preko različnih tehnik (npr. čutilni fokus) (Lehmiller, 2014). Terapijo lahko začnemo s pogovorom o negativnem odnosu do seksa ter raziskovanjem in iskanjem novih poti mišljenja o seksu. Nato pa se preusmerimo na vedenje; terapevt lahko klientom naroči, naj si zapisujejo dnevnik svojih seksualnih misli, gledajo erotične filme, se predajajo fantazijam (APA, 2014).

Kot vedno pa je možna tudi farmakoterapija (dodatki testosterona) (Lehmiller, 2014).

Levine (2003) meni, da mora psihoterapevt oceniti vse tri elemente poželenja (gon, motivacija, želja) in poskušati razumeti, zakaj le-ti ne delujejo kot ena celota. Seveda pa je izid odvisen od motivacije, če le-ta obstaja, je upanje za razrešitev težave večje kot v primeru, ko čakamo, da se bo samo razrešilo (Erić, 2011a).

5.3.2 Erektile disfunkcije

Za zdravljenje se lahko uporablja psihoterapijo, zdravila ali pa kirurške metode. Zdravljenje je odvisno od tega, kje tiči razlog. Seveda je najprej potrebno vedeti, kakšen je vzrok. Eden od načinov testiranja le-tega je sposobnost doživeti erekcijo med spanjem, kar je seveda normalno za vsakega moškega. Če se erekcije ponoči še vedno pojavljajo, lahko sklepamo na psihološki vzrok, torej je psihoterapija primeren pristop (Lehmiller, 2014). Del psihoterapije temelji na izboljšanju komunikacije (o seksualnih potrebah, npr. kaj nas vznemirja), seveda v primeru, če je mogoča terapija z obema partnerjema. Drugi del terapije pa temelji na terapevtskih nalogah (Arbanas, 2009b).

Kot smo že opisali, te terapevtske naloge prvotno temeljijo na osredotočenosti na občutke brez dotika spolovil (čutilni fokus), nato na osredotočenje na občutke dotikanja spolovil, kjer lahko že pride do obojestranskega orgazma, sledi draženje spolovil. V tej fazi, če je moški že dovolj sproščen, lahko poskuša za kratek čas prodreti v partnerico, če ud uplahne, to pomeni, da še ni pripravljen. Ko je moški dovolj gotov vase in po večkratnem vtikanju v nožnico ud ne uplahne, lahko nadaljujeta vse do ejakulacije. Namen teh nalog je odprava strahu pred neuspehom pri moškem, ker mu »ni treba« imeti nujno erekcije, se lahko sprosti in postaja vedno bolj gotov vase in v svojo erekcijo. Pomembno je tudi to, da si partnerja vzameta dovolj časa in se sproščeno posvečata drug drugemu (Ziherl, 2013).

Pri zdravljenju je najpogostejša Viagra (ali pa podobni zdravili Cialis in Levitra). Za razliko od prepričanj ljudi se erekcija ne pojavi avtomatično, potrebna je stimulacija ter nekaj časa. Bolj invazivna metoda je vsadek (Lehmiller, 2014).

Vedeti pa moramo, da je rezultat boljši pri sekundarni erektilni disfunkciji, saj je kratkotrajnejša, v ozadju pa so povečini destruktivni partnerski odnosi, ne pa zapletena psihopatologija. Primarna erektilna disfunkcija pa je dolgotrajnejša in povečini povezana z obstojem razvojnih intrapsihičnih konfliktov in drugo psihopatologijo (Erić, 2011a).

5.3.3 Motnje seksualnega vzbujenja pri ženskah

Motnjo lahko zdravimo po načelih kognitivno vedenjske terapije, če so vzrok razni psihološki ali partnerski faktorji (Lehmiller, 2014). Psihološko zdravljenje po navadi vsebuje naloge čutilnega fokusa in trening masturbacije s ciljem postati bolj osredotočen nase ter odločnejši (Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum in Luria, 2010).

V primeru fizičnega vzroka je možnost hormonske terapije (estrogen poveča vaginalno lubrikacijo) (Lehmiller, 2014).

5.3.4 Prezgodnje ejakulacije

Prvi korak pri zdravljenju je nedvomno edukacija o časovnem trajanju do nastopa ejakulacije. Pacienta je potrebno informirati o tem, da ponavadi moški ejakulirajo po 2-8 minutah penetracije (Bach idr., 2001).

Hrvaški psihiater in seksualni terapevt Arbanas (2009c) pravi, da se pri zdravljenju prezgodnje ejakulacije lahko uporablja tri možnosti: vedenjske tehnike, zdravila ali lokalna sredstva, kot so kreme in spreji. Vedenjske tehnike so psihoterapevtske tehnike, ki moškega naučijo, kako odložiti ejakulacijo. Ti dve metodi, ki sta namenjeni doseganju nadzora nad ejakulacijo, sta tehnika »stop- start« (angl. stop-start technique) in »stiskanje penisa« (angl. squeeze technique) (Ziherl, 2013).

»Stop-start« tehniko je opisal in predlagal urolog Semans (1956), namenjena pa je prav zdravljenju prezgodnje ejakulacije, ki je po njegovem zelo neprijetna za moškega in lahko vodi v seksualno impotenco. Nato sta Masters in Johnsonova (1970) opisala svojo različico Semansove metode, ki sta jo poimenovala »tehnika stiskanja« (Požarnik, 1984). Za »stop-start« tehniko je značilno, da sta partnerja neprekinjeno seksualno aktivna do točke, ko bi kmalu nastopil orgazem. Na tej točki se par ustavi in počaka, dokler ne gre ta občutek mimo. Nato stimulacijo nadaljujemo. Tak proces ponovimo vsaj trikrat, preden dovolimo, da pride do ejakulacije (Lehmiller, 2014; Wincze in Carey, 1991; Ziherl, 2013). Pri drugi metodi, »squeeze«, pa namesto tega, da se ustavita, ženska stisne partnerjev penis. S palcem in kazalcem ga stisne v predelu vratu, s čimer prepreči vzbujenje. Pritisk naj bi trajal vsaj deset sekund. Nato se spet začneta dražiti in to ponovita večkrat, preden moški ejakulira (Kaplan, 1981; Lehmiller, 2014; Požarnik 1984; Wincze in Carey, 1991; Ziherl 2013). Na ta način se moški nauči kontrolirati ejakulacijo (Wincze in Carey, 1991). Obe

tehniki sta učinkoviti, tako med ročno stimulacijo penisa kot tudi med spolnim odnosom (Bancroft, 1989).

Uporabimo lahko tudi tehnike čutilnega fokusa in jim dodamo ti dve tehniki (Ziherl, 2013).

Castleman (2009) pravi, da je program za zdravljenje prezgodnje ejakulacije, ki sta ga razvila Masters in Johnsonova, še vedno v rabi, a z nekoliko spremembami. Zgoraj omenjeni tehniki naj bi v 90-95% pomagali moškemu, da se nauči ejakulirati takrat, ko to želi. Na žalost pa zdravniki niso dovolj osveščeni, da seksualna terapija deluje tako dobro. Velikokrat zato predpišejo nizke doze antidepressivov, katerih stranski učinek je odložen orgazem. Na žalost se veliko zdravnikov odloči za zdravila že kot prvo možnost. Castleman še dodaja, da bi zdravila morala biti ena od zadnjih možnosti.

5.3.5 Motnje orgazma pri ženski (anorgazmija)

Za razliko od moškega se morajo ženske naučiti doživljati orgazem. Malo jih doživi orgazem pri svoji prvi seksualni aktivnosti. Zato je najprej potrebna ocena o tem, ali je stimulacija sploh dovoljšna (Arbanas, 2009a). Zdravljenje anorgazmije je hvaležno, cilj je sprememba pacientkine prezaposlenosti z občutji pred orgazmom, zato je potrebna spodbuditev erotičnih doživljanj, ki vodijo do orgazma (Erić, 2011b).

Večina raziskav orgazmičnih disfunkcij je fokusiranih prav na zdravljenje ženske motnje orgazma. Usmerjena masturbacija, ki je v prvi vrsti sestavljena iz edukacije in samoziskovanja ženskega telesa, se je pokazala za najučinkovitejšo pri primarno anorgazmičnih ženskah. Pozitivno tudi vpliva na ženski odnos do seksa, svojega telesa in seksualnega zadovoljstva. Usmerjena masturbacija pa je učinkovita tudi pri sekundarni anorgazmiji, posebej pri mladih in čustveno zdravih ženskah (Regev, Zeiss in Zeiss, 2006).

Usmerjena masturbacija je sestavljena iz faz usmerjene masturbacije, ki žensko vodi k stimulaciji genitalnih območij in ji prinese užitek. Začne se z vizualnim pregledom svojega telesa ter s pripomočki, kot so ogledalo in razni priročniki ženske anatomije. Tako ženska dobro spozna svoje telo. Potem mora raziskovati, katera genitalna področja so zanjo čutna in ji izzovejo užitek. Nato sledi uporaba ročne stimulacije, v pomoč so lahko tudi mazila, vibratorji, ki jih lahko vključi v vaje. Cilj je, da ženska sama doživi orgazem. Ko je to doseženo, vključimo še partnerja (Khoury, Hughan in Meston, 2011).

Če je povezana z globokimi intrapsihičnimi konflikti, se poslužimo psihoanalitične psihoterapije (Erić, 2011b). Poleg usmerjene masturbacije so možne tudi druge tehnike: vaje čutilnega fokusa, Keglove vaje ter razne tehnike relaksacije (Khoury, Hughan in Meston, 2011). Keglove vaje naj bi povečale genitalno občutljivost in posledično verjetnost orgazma (Lehmiller, 2014).

5.3.6 Motnje orgazma pri moškem

S terapijo se lahko osredotočimo na partnerski odnos, anksioznost, da vidimo, iz kje problem izvira. Tako kot pri ženskah je tudi pri moških pomembno, da oseba bolje spozna svoje telo in komunicira s partnerjem ter mu pove, v čem uživa (Lehmiller, 2014). Motnja orgazma pri moških je zelo redka, večina kliničnih primerov pa je sekundarnega tipa. V takih primerih moški povečini sam doseže orgazem, težje pa s partnerjem.

Tako kot motnjo orgazma pri ženskah lahko tudi motnjo orgazma pri moških lahko zdravimo z uporabo usmerjene masturbacije, saj je pomen teh nalog povečati pacientovo udobje, ki ga čuti sam s seboj, in da se nauči, kaj ga vzburja (Regev, Zeiss in Zeiss, 2006).

5.3.7 Vaginizma

Fidanovski (2013) je v svojem blogu na temo vaginizma zapisal, da gre v primeru vaginizma za začaran krog (strah-vaginizem-bolečina). Za prekinitev je potrebna strokovna pomoč.

Če je motivacija prisotna s strani klienta in partnerja, so možnosti, da se stanje popravi, 95%. Preostalih 5% ni uspešnih zaradi različnih razlogov (zavračanja terapije, bojzani pred dotikanjem samega sebe itd.) (Erić, 2011b; Fidanovski, 2013).

Hawton in Catalan (1990) poročata, da je od 30 parov imelo 80% pozitiven rezultat. Na splošno je boljši rezultat seksualne terapije pri vaginizmu kot pri drugi ženskih seksualnih disfunkcijah. Verjetno je posledica zelo specifične narave disfunkcije. Večina parov, ki vstopi v terapijo, ima tudi več motivacije in manj druge psihopatologije.

Vaginizem se tipično zdravi s pomočjo vedenjsko orientirane seksualne terapije, preko sistematične desenzitizacije s pomočjo vaginalnih dilatorjev (angl. dilators) (Kleinplatz, 1998). To je predmet valjaste oblike različnih velikosti, največji je v velikosti erektilnega penisa. Ženska postopoma vstavlja dilatorje vse večje širine. Ko je mogoče vstaviti dilator največjega obsega, sledi vse globlja penetracija penisa ali dilatorja. Ob uporabi kombiniranega pristopa (tehnike relaksacije, postopne penetracije in dela skupaj s partnerjem) je uspeh zelo velik (Arbanas, 2009e)

Drugi novejši pristop je uporaba Botoxa (Botulinum toxin A), ki paralizira vaginalne mišice in kontrakcije pri vaginizmu izginejo (Pacik, 2011, po Lehmiller 2014).

5.3.8 Disparevnije

Ker je disparevnija velikokrat pogojena s seksualnimi travmami in negativnimi seksualnimi sporočili, se je, tako kot pri vaginizmu, najprej potrebno znebiti negativnega odnosa do seksa. Šele nato se lahko začne z izvedbo desenzitizacije v živo, ki vsebuje

uporabo dilatorjev ali prstov in ki vodi k sproščanju mišic spolnih organov. Začeti je potrebno z najmanjšo širino in šele ko je le-ta 5 minut vstavljen brez občutka neugodja, se lahko preide na večjo velikost. Ko postane ženska bolj gotova z vstavljanjem, se lahko vključi v proces tudi partner. Še vedno pa je pomembno, da je ženska glavna in ima vso kontrolo nad izvajajočim se procesom (Wincze in Carey, 1991).

5.4 Razlike v iskanju pomoči

Direktorica Centra za seksualno in partnersko zdravje (Center for Sexual and Relationship Health) Leiblum (2007) pravi, da so moški bolj nagnjeni k temu, da iščejo zdravljenje zaradi problemov seksualnega nastopa, kot so nezmožnost doživeti ali obdržati erekcijo, ali zapoznela ejakulacija. Za razliko od njih pa ženske pogosto vstopijo v proces zdravljenja zaradi zaskrbljenosti glede svojih seksualnih občutij, kot je odsotnost seksualnega poželenja ali seksualnega ugodja.

Primerljivo s tem je tako tudi v Ambulanti za zdravljenje spolnih motenj Psihiatrične klinike Ljubljana, kjer se največkrat zglasijo moški, ki imajo probleme s tako imenovano spolno izvedbo: erektilno nezmožnostjo in zgodnejšim izlivom. Moški, pri katerih spolne težave trajajo dalj časa, imajo negativno samospoštovanje in samozavest ter so negotovi v zvezi s svojo seksualnostjo (Simentiger in Rahne Otorepec, 2014).

Ženske pa večinoma prihajajo zaradi fobičnega odnosa do spolnosti, posledično zaradi strahu pred bolečino. Večinoma so take ženske v otroštvu doživele spolno zlorabo ali pa imajo negativno izkušnjo iz prvega spolnega odnosa, ko niso bile popolnoma sproščene. Prav tako imajo ženske pogosto težave s celostnim sprejemanjem svoje kompleksne spolnosti in pogosto pri tem doživljajo gnus in sram, ker so naučene, da je moralno nesprejemljivo občutiti in izražati spolno željo, največkrat ta negativna sporočila izhajajo iz primarne družine (Simentiger in Rahne Otorepec, 2014).

5.5 Učinkovitost seksualne terapije

Kaplanova (1981) je zapisala, da je rezultat seksualne terapije odvisen od treh faktorjev: narave disfunkcije, strukture in globine intrapsihičnih konfliktov in kvalitete partnerskega odnosa.

V splošnem je učinkovitost odvisna tudi od narave disfunkcije. Splošne (generalizirane) in celoživljenske motnje je težje zdraviti kot pa sekundarne ali situacijske (Wincze in Carey, 2001, po Montgomery, 2008). V prvi vrsti je uspeh odvisen od oblike seksualne disfunkcije. Najtežje se doseže uspeh pri zdravljenju primarne motnje erekcije, prav tako pri motnji seksualne želje, motnji orgazma pri moških in motnji seksualnega vznburjenja pri ženskah. V določenih primerih tudi predčasna ejakulacija nima dobre napovedi. Zelo učinkovito pa je zdravljenje sekundarne psihogene motnje erekcije, sekundarne motnje

vzburjenja pri ženskah, motnje orgazma pri ženskah ter psihogenega vaginizma (Erić, 2011b).

Raziskava, ki je zajela 140 parov, ki so začeli seksualno terapijo 1-6 let predtem, je pokazala, da je na dolgi rok izid bil odličen za vaginizem, dober za erektilno disfunkcijo, pogosto pa slab za prezgodnjo ejakulacijo in motnjo seksualne želje pri ženski (Hawton, Catalan, Pauline in Fagg, 1986).

Seveda so rezultati psihoseksualne terapije odvisni od narave problema, ne smemo pa zanemariti kakovosti partnerskega odnosa. Že Masters in Johnsonova (1970) sta predstavila slab partnerski odnos kot enega vodilnih faktorjev za negativen rezultat terapije. Rezultati so odvisni od njunega zaupanja, seksualne odprtosti ter truda za boljši odnos. Ovira so lahko tudi razna religiozna in kulturna načela (Wincze in Carey, 1991).

Najboljša prognoza je v seksualni terapiji, ko je med partnerjema resnična ljubezenska vez. Če sta resnično zaljubljena in povezana, je vse mogoče. Vendar seksualna terapija sama ne ustvarja ljubezni (Kaplan, 1981).

6 SKLEPI

Spolnost je sama po sebi naravna človekova biološka potreba, o kateri je po našem mnenju premalo govora, posebej še zato, ker pomembno vpliva na kvaliteto življenja posameznika in partnerskega odnosa.

Zaključno nalogo na to temo smo začeli pisati, ker je po našem mnenju v Sloveniji področje spolnih motenj še vedno tema, o kateri ljudje neradi govorijo in ker si seksualno terapijo predstavljajo popolnoma napačno v primerjavi s tem, kakršna je v resnici, ali pa sploh ne vedo, da obstaja zdravljenje, ki ni medikamentozno.

V prvem delu naloge smo najprej opisali človeški seksualni odziv ter faze, ki ga sestavljajo. V nadaljevanju smo se osredotočili na spolne motnje, posebej na seksualne disfunkcije. V tem poglavju lahko vidimo, da so le-te prisotne tako med moškimi kot med ženskami ter so po besedah mnogih strokovnjakov zelo razširjene, če ne predstavljajo celo prevladujoče skupine psihiatričnih motenj. Na tej točki zaključna naloga pripomore k osveščanju o pogostosti psihopatologije seksualnih disfunkcij ter o tem, kako se posamezne disfunkcije kažejo, torej o njihovi naravi.

V zadnjem delu pa smo predstavili terapevtske pristope, ki so bili oblikovani prav za seksualno disfunkcionalne probleme. Predstavitev psihoseksualne terapije nam prikaže, da obstaja integrativno psihoterapevtsko zdravljenje, ki v kombinaciji s spolnimi nalogami brez dodatkov zdravil pomaga reševati seksualne disfunkcije in je pri nekaterih od vrst disfunkcij celo zelo učinkovito. Seveda pa je vse odvisno od izvora disfunkcije ter njene narave in motivacije posameznika. Nazadnje smo še predstavili tehnike, ki se uporabljajo za določeno disfunkcijo, in upamo, da smo s tem komu približali proces samega zdravljenja.

Doprinos naloge v prakso je večja osveščenost ljudi na tem področju. Prav tako pa nam tudi prikazuje pregled celotnega področja ter načinov zdravljenja.

Slovenski psihoterapevt in bivši vodja Centra za zdravljenje zakonskih in spolnih motenj v Ljubljani Požarnik je v svoji knjigi napisal; »ker zdravniki in psihologi med študijem le malo ali nič ne slišijo o spolnosti, zvečine le malo vedo o naravi, vzrokih in možnih oblikah zdravljenja spolnih motenj« (Požarnik, 1984, str. 67). Biopsihologi sami tekom dodiplomskega študija bolj malo slišimo o obstoju spolnih motenj v primerjavi z drugimi duševnimi boleznimi, pa čeprav so te veliko pogostejše in prav tako vplivajo na kvaliteto življenja. Psihoseksualna terapija je integrativni pristop, ki zajame vse aspekte človeka, saj se obravnava prilagodi glede na posameznika. Kot orodje za zdravljenje seksualnih disfunkcij se nam zdi zelo koristna ter upamo, da se bo v Sloveniji še bolj razvila.

Diplomska naloga bi lahko doprinesla k spremembam dodiplomskega študija biopsihologije, ki bi po našem mnenju moral vsebovati več vsebin, povezanih s to temo. Biopsihologi sami so kot nalašč za delo na tem bio-psihološkem področju človeka in bi to lahko bila karierna pot mnogih študentov biopsihologije.

Prav tako pa bi v naši družbi morala seksualnost postati manj tabuizirana, posledično bi ljudje o svojih seksualnih problemih spregovorili ter se v večji meri odločali za psihoterapijo. Menimo, da je sramežljivost najpogosteje tista, ki ljudem preprečuje o tem govoriti. Zaradi tega ljudje ne iščejo pomoči, pa čeprav so napovedi s terapijo zelo obetavne.

Ljudje se moramo odpreti in spregovoriti o svojem seksualnem zdravju tako kot o drugih motnjah. Res pa je tudi, da ljudje povečini ne vedo, kam se obrniti po pomoč. Menimo, da bi se v Sloveniji moralo delati več na tem področju. Če bi bilo seksualnih terapevtov več in bi bila seksualna terapija bolj poznana, bi ljudje s seksualnimi disfunkcijami (teh je čedalje več) vedeli, na koga naj se obrnejo, in s pomočjo terapevtov bi izboljšali kvaliteto svojega spolnega življenja in življenja nasploh.

7 LITERATURA IN VIRI

APA. (2014). *Treatment for sexual problems*. Pridobljeno avgust 2014 na <http://www.apa.org/topics/sex/treatment.aspx>.

Arbanas, G. (2009a). *Anorgazmija*. Pridobljeno julij 2014 na <http://www.ordinacija.hr/budi-sretan/kolumna/anorgazmija/>.

Arbanas, G. (2009b). *Eretilne smetnje*. Pridobljeno julij 2014 na <http://www.ordinacija.hr/budi-sretan/kolumna/eretilne-smetnje/>.

Arbanas, G. (2009c). *Prijevremena ejakulacija (ejaculatio praecox)*. Pridobljeno julij 2014 na <http://www.ordinacija.hr/budi-sretan/kolumna/prijevremena-ejakulacija-ejaculatio-praecox/>.

Arbanas, G. (2009d). *Smanjena ili odsutna seksualna želja*. Pridobljeno julij 2014 na <http://www.ordinacija.hr/budi-sretan/kolumna/smanjena-ili-odsutna-seksualna-zelja/>.

Arbanas, G. (2009e). *Vaginizam*. Pridobljeno julij 2014 na <http://www.ordinacija.hr/budi-sretan/kolumna/vaginizam/>.

Archer, J. in Lloyd, B. (2002). *Sex and Gender*. New York: Cambridge University Press.

Bach, K. A., Wincze, P. J. in Berlow, H. D. (2001). Sexual dysfunction. V D. H. Barlow (ur.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (str. 615-662). New York: Guilford Press.

Balon, R. in Seagraves, T. (2005). *Handbook of Sexual Dysfunction*. Florida: Taylor and Francis.

Bancroft, J. (1989). *Human Sexuality and Its Problems*. Edinburg: Churchill Livingstone.

Basson, R. (2001). Human sex-response cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 33-43.

Beck, J. G. (1995). Hypoactive sexual desire disorder: an overview. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 63, 919-927.

Binik, Y. M. (2005). Should dyspareunia be retained as a sexual dysfunction in DSM-V? A painful classification decision. *Archives of Sexual Behavior*, 34(1), 11-21.

Brotto, L., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S. in Luria M. (2010). Women's sexual desire and arousal disorders. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 586-614.

Castleman, M. (2009). *Premature Ejaculation: Try Sex Therapy BEFORE Drugs*. Pridobljeno julij 2014 na <http://www.psychologytoday.com/blog/all-about-sex/200904/premature-ejaculation-try-sex-therapy-drugs>.

Crowe, M. (2007). Managing couple relationship and individual psychological problems in psychosexual therapy. *Psychiatry*, 6(3), 95–98.

Crowe, M. (2004). Couple relationship problems, individual psychological problems and sexual disorders. *Psychiatry*, 3(2), 8–10.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders , fourth edition (DSM-IV). (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.

Dubord, G. (2011). Part 12. Systematic desensitization. *Canadian Family Physician*, 57, 1299.

Erić, L. (2011a). *Psihodinamična psihiatrija III: Humana seksualnost, seksualne motnje, motnje spolne identitete, kontroverze homoseksualnosti*. Ljubljana: Hermes IPAL.

Erić, L. (2011b). *Seksualne disfunkcije*. Ljubljana: Hermes IPAL.

Hackett, G. I. (2008). Disorders of Male Sexual Desire. V D. L. Rowland in L. Incrocci (ur.), *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders* (str. 5-32). New Jersey: John Wiley & Sons.

Hawton, K., Catalan, J., Martin, P. in Fagg, J. (1986). Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 24(6), 665-675.

Hawton, K. in Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sexual and Marital Therapy*, 5(1), 39-48.

Hawton, K. (1995). Treatment of sexual dysfunctions by sex therapy and other approaches. *The British Journal of Psychiatry*, 167, 307-314.

Heim, L. J. (2001). Evaluation and differential diagnosis of dyspareunia. *American Family Physician*, 63(8), 1535-1544.

Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R.J. in McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of Urology*, 151(1), 54-61.

Fidanovski, J., (2014). *Psihoseksualna terapija*. Pridobljeno avgust 2014 na <http://www.eoscentar.com/index.php/o-nama/psihoseksualna-terapija.html>.

Fidanovski, J. (2013). *Vaginizam*. Pridobljeno avgust 2014 na <http://www.seksin.net/blog/march-21st-2014>.

Immanuel, F. in Phill, M. (2013). *Sex Therapy: A Cognitive Behavioural Approach*. Pridobljeno avgust 2014 na http://nursingplanet.com/pn/sex_therapy.html.

IsHak, W. W. in Tobia, G. (2013). DSM-5 Changes in Diagnostic Criteria of Sexual Dysfunctions. *Reproductive System & Sexual Disorders*, 2, 122.

Kaplan, H. S. in Klein, D. F. (1987). *Sexual Aversion, Sexual Phobias, and Panic Disorders*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1974). *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1979). *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H. S. (1981). *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. London: Granada.

Kleinplatz, P. J. (1998). Sex Therapy for Vaginismus: A Review, Critique, and Humanistic Alternative. *Journal of Humanistic Psychology Spring*, 38, 51-81.

Khoury, Y. P., Hughan, C. P. in Meston, C. M. (2011). Disorders of Female Orgasm V J. P. Mulhall, L. Incrocci, I. Goldstein in R. Rosen (ur.), *Cancer and Sexual Health* (str. 147-161). New York: Humana Press.

Masters, W. in Johnson, V. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little Brown.

Masters, W. in Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little Brown.

Masters, W. M. in Johnson, V. E. (1979). *Spolna reakcija*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (MKB-10). (1995). Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Montgomery, K. A. (2008). Sexual Desire Disorders. *Psychiatry*, 5(6), 50–55.

Laumann, E. O., Paik, A. in Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 281(13), 537-544.

Lehmiller, J. J. (2014). *Psychology of human sexuality*. UK: John Wiley & Sons.

Leiblum, S. R. (2007). *Principles and practice of sex therapy, Fourth Edition*. London: The Guilford Press.

Leiblum, S. R. (2010). *Treating Sexual Desire Disorders: A Clinical Casebook*. New York: Guilford Press.

Levine, S. B. (2003). The nature of sexual desire: a clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (3), 279–285.

Levin, R. J. (2008). Critically revisiting aspects of the human sexual response cycle of Masters and Johnson: correcting errors and suggesting modifications. *Sexual and Relationship Therapy*, 23(4), 393–399.

Rahne Otorepec, I. (2013). *V spolni ambulanti: Irena Rahne Otorepec že več kot 15 let rešuje najrazličnejše težave*. Pridobljeno julij 2014 na <http://www.delo.si/zgodbe/nedeljskobranje/v-spolni-ambulanti-irena-rahne-otorepec-ze-vec-kot-15-let-resuje-najrazlicnejse-tezave.html>.

Rowland, D. L. in Incrocci, L. (2008). Preface. V D. L. Rowland in L. Incrocci (ur.), *Handbook of Sexual and Gender Identity Disorders* (str. xvii- xviii). New Jersey: John Wiley & Sons.

Požarnik, H. (1984). *Zdrava in motena spolnost: Običajno spolno vedenje, spolne motnje in odkloni, zdravljenje*. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Ramage, M. (1998). ABC of sexual health. Management of sexual problems. *British Medical Journal*, 317, 1509–1512.

Regev, L. G., Zeiss A. in Zeiss, R. (2006). Orgasmic Disorders. V J. E. Fisher in W. T. O'Donohue (ur.). *Practitioner's Guide to Evidence-based Psychotherapy*, 469-477. New York: Springer.

Rosen, R. C. (2000). Prevalence and Risk Factors of Sexual Dysfunction in Men and Women. *Current Psychiatry Report*, 2(3), 189-195.

Rosen, R. C., Taylor, J. F., Leiblum, S. R. in Bachmann, G. A. (1993). Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19(3), 177-188.

Segraves, R. in Woodard, T. (2006). Female Hypoactive Sexual Desire Disorder: History and Current Status. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 408-418.

Semans, J. H. (1956). Premature ejaculation: a new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-385.

Simentiger, G. in Rahne Otorepec, I. (2014). Od orgazmov do »točke G«. *Medicina in ljudje*, 2, 10-13.

Silverstein, J. L. (1989). Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 52(4), 204.

Simons, J. in Carey, M. P. (2001). Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *Archives of Sexual Behavior*, 30(2), 177-219.

Spector, I. P. in Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19(4), 389-408.

Tiefer, L. (1991). Historical, scientific, clinical and feminist criticisms of 'the human sexual response cycle' model. *Annual Review of Sex Research*, 2, 1-23.

Weeks, G. R. in Gambescia, N. (2009). A Systemic Approach to Sensate Focus. V K.M. Hertlein, G.R. Weeks in N. Gambescia (ur.), *Systemic Sex Therapy* (str. 341-363). New York: Routledge.

Wincze, J. P. in Carey, M. P. (1991). *Sexual dysfunctions: A guide for assessment and treatment*. New York: Guilford Press.

Ziherl, S. (2013). Spolne motnje. V P. Pregelj, B. Kores Plesničar, M. Tomori, B. Zalarin in S. Ziherl (ur.), *Psihiatrija* (str. 270-277). Ljubljana: Psihiatrična klinika.