

PRIKAZ KOGNITIVNO-BIHEVIORALNOG TRETMANA DJEVOJKE SA SMANJENOM SEKSUALNOM ŽELJOM – STUDIJA SLUČAJA

NATAŠA JELENIĆ HEREGA i IVANKA ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ¹

Udruga za zaštitu obitelji – Rijeka U.Z.O.R. i ¹Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet, Rijeka, Hrvatska

Najučestaliji seksualni poremećaj u žena je smanjena seksualna želja. Poremećaj se definira nedostatkom ili smanjenjem želje za seksualnom aktivnošću, nedostatkom ili smanjenjem pojavljivanja seksualnih misli i fantazija, izostankom iniciranja seksualne aktivnosti i odbijanjem partnerovih pokušaja da inicira seksualnu interakciju te nedostatkom ili smanjenjem uzbuđenja i užitka tijekom seksualnih aktivnosti. Budući da na seksualnu želju utječu brojni faktori, tretman je vrlo složen i zahtjevan. Dok kod nekih drugih seksualnih poremećaja postoje točno utvrđene i evaluirane terapijske intervencije, za sada nije poznato kako djelovati u smislu povećanja hipoaktivne seksualne želje. Ipak, kognitivno-bihevioralni tretmani pokazuju se učinkovitima. Prikazan je slučaj djevojke sa smanjenom seksualnom željom te kognitivno-bihevioralne intervencije korištene u tretmanu. Procjena efikasnosti tretmana sadrži subjektivne dojmove klijentice, rezultate na primijenjenim objektivnim upitnicima te opažanje promjena na planu ponašanja. Navedene mjere ukazuju da je tretman u klijentice doveo do promjena u doživljaju seksualnosti, većeg seksualnog zadovoljstva i prepuštanja seksualnim aktivnostima (peting). Najučinkovitijim intervencijama pokazale su se usredotočenost na vlastite tjelesne osjete i kognitivna restrukturacija, kojom su se mijenjala neprilagođena seksualna vjerovanja, a ujedno se klijenticu pripremalo na izvršavanje raznih zadataka izlaganja.

Ključne riječi: smanjena seksualna želja, kognitivno-bihevioralni tretman

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

UVOD

Najučestaliji seksualni poremećaj kod žena je smanjena seksualna želja (1-3). Prema najnovijoj klasifikaciji duševnih poremećaja DSM-V (4) smanjena seksualna želja spada u poremećaj seksualne želje i uzbuđenja, čija su glavna klinička obilježja nedostatak ili smanjenje interesa za seksualne aktivnosti, erotskih misli i fantazija, uzbuđenja i zadovoljstva prilikom seksualnih aktivnosti. Osobe s poremećajem seksualne želje i uzbuđenja imaju teškoća sa započinjanjem seksualne aktivnosti, odbijaju

partnerove pokušaje iniciranja seksualne aktivnosti, ne reagiraju interesom ili uzbuđenjem na seksualne podražaje te u njih nedostaje ili je smanjen doživljaj seksualnog užitka.

Tijekom života javljaju se razdoblja u kojima gubitak seksualne želje u žena nije neuobičajen ili predstavlja adaptivnu reakciju na određene životne okolnosti. Međutim, takav nedostatak seksualne želje nije poremećaj. Da bi nedostatak seksualne želje bio smatran poremećajem

mora trajati šest mjeseci ili duže, izazivati napetost i nezadovoljstvo i značajne teškoće u partnerskom odnosu (4).

Mnoga istraživanja ukazuju na visoku učestalost navedenog poremećaja. Podatci iz SAD ukazuju da je smanjena seksualna želja prisutna u 43 % žena i 31 % muškaraca (5). Prema Merceru i suradnicima prevalencija poremećaja smanjene seksualne želje iznosi između 26 % i 43 % (3). Michael, Gagnon, Laumann i Kolata nalaze da svaka treća žena i svaki šesti muškarac izjavljuju o smanjenoj seksualnoj želji (6), a slične nalaze imaju i Hart, Weber i Taylor u čijem Nacionalnom istraživanju seksualnosti kršćanskih žena također svaka treća udana žena izjavljuje o smanjenoj seksualnoj želji, a 45 % žena ima teškoće u nalaženju energije za seks (7). Brotto, Bitzer, Laan, Leiblum i Luria (8) slažu se kako je najučestaliji seksualni poremećaj u žena smanjena seksualna želja, ali ističu da učestalost seksualnih fantazija i seksualne aktivnosti koja je najčešće mjera smanjene seksualne želje nije zadovoljavajući pokazatelj poremećaja seksualne želje. Mnoge žene jesu seksualno zadovoljne bez obzira na manju učestalost seksualnih aktivnosti ili prisutnost drugih seksualnih simptoma, što se potvrđuje i u drugim istraživanjima (9,10), a određeni postotak žena bez seksualnih poremećaja je seksualno nezadovoljno (9). Segraves i Woodard (11) ukazuju da je bez obzira na učestalost subjektivnog dojma smanjene seksualne želje koja se navodi u različitim istraživanjima postotak žena koje zadovoljavaju kriterije za poremećaj smanjene seksualne želje najvjerojatnije mnogo niži.

Niz čimbenika može izazivati i održavati poremećaj seksualne želje (8). Kaplan (12) u svom psihosomatskom modelu govori o fiziološkim (hormonalne promjene, nuspojave lijekova i depresija) i psihološkim potiskivačima (neprivlačni partner, negativne misli, anti-fantazije, negativne emocije, stres i srdžba) koji uzrokuju poremećaj smanjene seksualne želje. Veliki utjecaj na smanjenje seksualne želje imaju stres, depresija i anksioznost (12,13), kao i ostale suvremene kronične bolesti te lijekovi i tretmani koji omogućuju duži i zdraviji život, a istodobno imaju značajne seksualne nuspojave (12). Smanjenje seksualne želje može biti povezano s manifestacijom drugih seksualnih disfunkcija. Primjerice, poremećaji uzbuđenja i orgazmički poremećaji mogu biti rezultat poremećaja želje, tj. pojaviti se kada osobe nastoje imati spolni odnos bez osjećaja želje ili požude (14). S druge strane, bolan snošaj ili poremećaji orgazma mogu izazvati poremećaj želje jer seks čine neugodnim ili izazivaju napetost (12). Poremećaj se često veže i uz opće teškoće u odnosu (15), obostrano nerazumijevanje i svađe među partnerima (13). Brojna su istraživanja potvrdila utjecaj negativnih vjerovanja i stavova o seksualnosti na seksualno funkcioniranje. Značajan utjecaj na smanjenje želje imaju negativne misli o sebi, partneru ili partnerskoj vezi, koje potiču anksioznost, sram ili krivnju (16). Negativne misli inhibiraju senzualno iskustvo i seksualno zadovoljstvo (17). Dove i Wiederman (18) među kognitivnim distorzijama koje najviše djeluju

na smanjenje seksualne želje i uzbuđenja ističu promišljanje o seksualnoj kompetentnosti ili usmjerenost na vanjski izgled. Na smanjenu seksualnu želju kod žena najviše utječu konzervativna vjerovanja, viđenje seksualne želje i seksualnog zadovoljstva grijehom i nedostatak erotskih misli i erotskih mentalnih slika (19).

S obzirom na veliki broj rizičnih čimbenika koji utječu na pojavu i održavanje smanjene seksualne želje razvijeni su brojni terapijski postupci, no još do prije desetak godina nije bilo empirijskih podataka koji bi upućivali na to koji su od tih postupaka učinkoviti (20). Noviji rad Fruhaufa i suradnika ukazuje da se od različitih psiholoških intervencija ipak najučinkovitijim pokazuje kombinacija kognitivno-bihevioralne terapije i treninga seksualnih vještina (21). Kognitivne su intervencije dominantno usmjerene na osvješćivanje čimbenika koji utječu na seksualnu želju te na restrukturaciju vjerovanja koja potiskuju seksualnu želju, bihevioralne intervencije na promjenu seksualnog ponašanja prema principima desenzitizacije, a trening seksualnih vještina uključuje vježbe osjetilnog usredotočivanja (*sensate focus*) i poticanje seksualnih fantazija i erotičnosti.

CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati kognitivno-bihevioralni tretman djevojke sa smanjenom seksualnom željom uz prilagodbu specifičnostima i potrebama klijentice. Klijentica traži pomoć vezanu uz vlastitu ambivalentnost prema seksu, od gađenja i brojnih negativnih vjerovanja do želje da uspješno uspostavi seksualan odnos s partnerom i sebi dozvoli upuštanje u različite nekoitalne seksualne aktivnosti.

PRIKAZ BOLESNICE

Kognitivno-bihevioralna procjena

Kratki opis problema

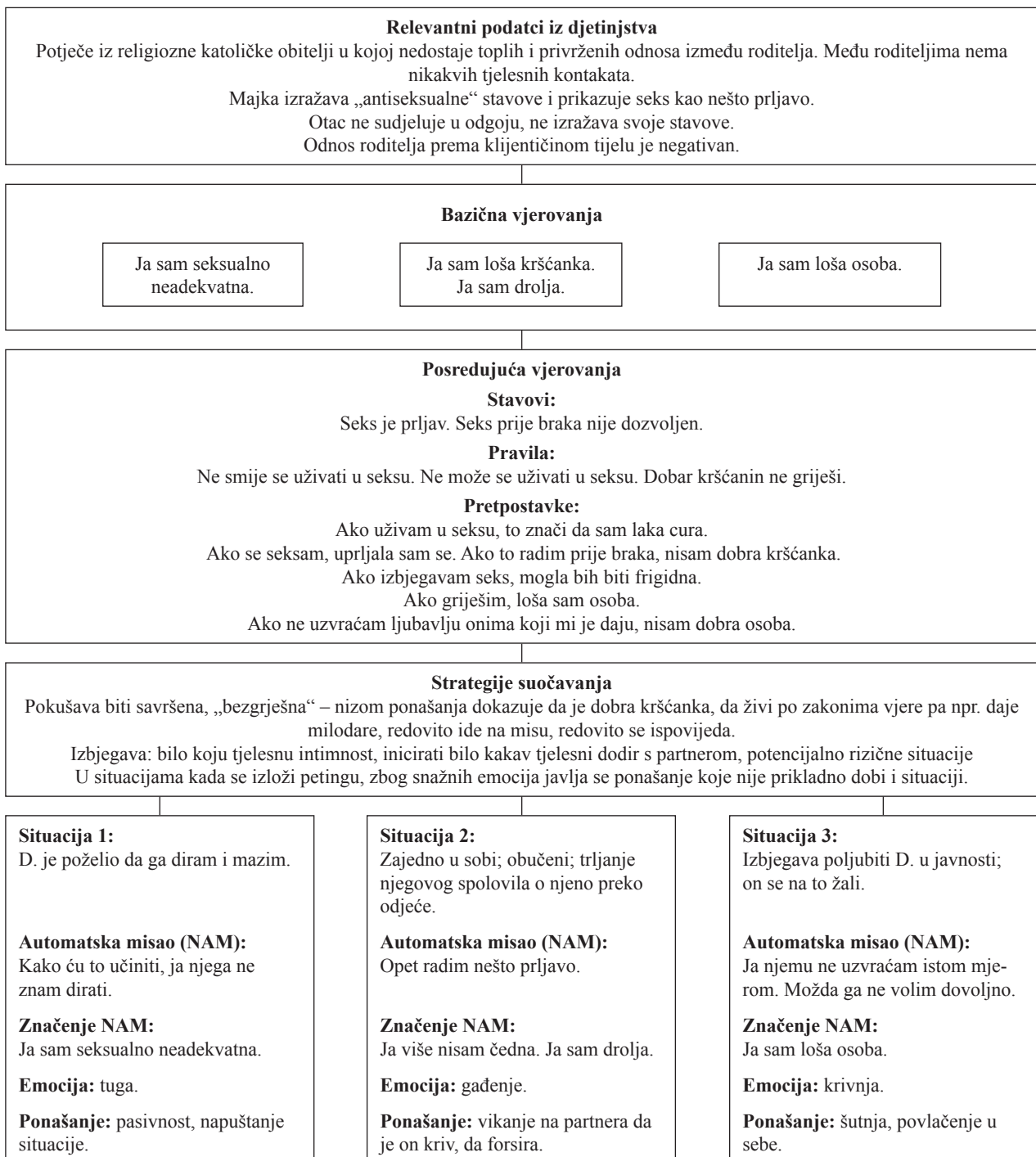
Ana je dvadesetjednogodišnja studentica. Dolazi na savjetovanje zbog teškoća u seksualnom funkcioniranju. Problem se manifestira brojnim negativnim automatskim mislima i vjerovanjima o seksu, o fizičkom uzbuđenju, o sebi kao drolji, seksualno neadekvatnoj osobi i lošoj kršćanki, kao i negativnim emocijama za vrijeme i nakon nekoitalnih seksualnih aktivnosti (*krivnja što su otišli tako daleko, što čini nešto što ne smije*, ljutnja na dečka, *jer započinje peting i na sebe, jer nije ostala dosljedna sebi, uprljala se, radi nešto krivo*, ali i strah *da neće biti sposobna za seksualni odnos, da će biti frigidna; da neće znati što i kako činiti s dečkom, da će se isti osjećaji prema seksu nastaviti i u braku*). Za vrijeme petinga javlja se seksualno uzbuđenje koje pobuđuje vjerovanje *da je drolja, jer samo drolje uživaju u seksu*. Uslijedi intenzivan nemir i osjećaj krivnje. Naglo prekida peting, uz ispadne

reakcije (odguravanje, grube riječi, vikanje, fizičko uzmi-
canje od partnera). Nekoliko dana nakon toga distancirana
je od dečka te se redovito ispovijeda u crkvi. Okrivljuje
sadašnjeg partnera, jer je on taj koji inicira peting, dok ona
suzbija svoju želju za seksualnom interakcijom i nikada
je sama ne započinje.

Anina niska osjetilna usredotočenost i neiskustvo veza-
no uz vlastite tjelesne seksualne senzacije (ne zna kakvi su
dodiri ugodni, što voli, a što ne) važni su aspekti tjelesnog
funkcioniranja.

Dijagram kognitivne konceptualizacije prikazan je u
tablici 1.

Tablica 1.
Dijagram kognitivne konceptualizacije



Razvoj problema

Dvije je godine u vezi s dvadesetpetogodišnjim mladićem i njoj je to prva veza. Prvih je godinu dana ta veza bila *platoniska*, bez fizičkih bliskosti, osim držanja za ruku i pokojeg poljupca. Budući da su oboje religiozni, od početka veze bili su složni da neće imati seksualni odnos (koitus) prije braka. Nakon godinu dana veze počinju fizičke bliskosti i maženje (*petinzi*) i tada nastaje problem. Aktiviraju se negativne pretpostavke i pravila o seksu među kojima dominiraju: *seks je prljav, seks prije braka nije dozvoljen, ne može se i ne smije se uživati u seksu, ako uživam u seksu to znači da sam drolja*, ali istodobno i bojazan da sadašnji problemi u seksu znače *da je seksualno neadekvatna ili frigidna*.

Na stvaranje disfunkcionalnih pretpostavki i pravila o seksu utjecala su rana iskustva u obitelji, kao i religijska uvjerenja da je grijeh imati seksualne odnose prije braka. Ana potječe iz tradicionalne katoličke obitelji. Majka je domaćica, otac često odsutan zbog posla. Religijski su joj običaji jako važni i svakodnevno ih primjenjuje. Nedjeljom odlazi na misu, a ona i majka članice su ekumenske grupe. Odnos između roditelja Ana opisuje distanciranim, izjavljuje kako među njima nikada nije vidjela znakove prisnosti. Ne svađaju se, ali izgledaju kao *da se ne podnose*. Kad je Ana navršila 15 godina počeli su majčini komentari o seksu i seksualnom iskustvu (*seks je odvratn, to se čini samo zbog djece, nikad nije doživjela orgazam, dečki bi je nakon što su spavali s njom „otkantali“, da su muškarci svinje – svi je pokušavaju dirati, uključujući bivšeg šefa na poslu; da je njezin muž (klijentičin otac) impotentan, da je gadan, da smrdi...*) i upozorenja kćerki (*da mora paziti na sebe i nikome se ne dati, da mora ostati čista*). Oba su roditelja tijekom klijentičinog djetinjstva izražavali negativne stavove prema Aninoj debljini, navikama hranjenja i njezinom tijelu. Kako je bila debeljuškasta, njezine su noge uspoređivali sa *željezničkim kolonama* i govorili joj da je kao *trokrilni ormar*; često upozoravali da ne jede toliko, da će postati *debela i ružna*, što je utjecalo na stvaranje negativne slike o svome tijelu i osjećaj srama prilikom izlaganja svojega tijela.

Loš odnos među roditeljima, pomanjkanje bliskosti i tjelesnih kontakata, negativni stavovi roditelja prema njezinu tijelu i debljini, iskrivljeni majčini stavovi o seksu, religijske zabrane, kao i slaba informiranost o seksualnosti predisponirajući su čimbenici koji doprinose razvoju Anine inhibiranosti i vjerovanju da je seks *prljav*.

Kontekst i varijable modulatori

Problem je izražen u situacijama petinga i danima nakon toga. Iako se na početku veze Ana i njezin dečko slažu da neće ulaziti u seksualne odnose prije braka, tijekom veze postepeno se javljaju različiti oblici fizičke bliskosti, situacije petinga postaju sve češće, a tjelesne reakcije uzbuđenja (izjavljuje da je tada *sva vlažna, da sva drhti*) zbu-

njuju Anu, stvaraju osjećaj nelagode i diskrepancu između očekivanja, stavova i aktualnog doživljaja. Ona zapravo ne prepoznaje znakove seksualne uzbuđenosti, izbjegava prihvatiti ugodne tjelesne senzacije, jer one pobuđuju vjerovanje *da s njom nešto nije u redu, da nije normalna, da se to događa samo droljama* te se ne prepušta užitku već nastoji pobjeći iz situacije.

Religijska zabrana seksualnog iskustva prije braka te prikazivanje *seksa prije braka kao smrtnog grijeha* utječu na pojavu osjećaja krivnje i vjerovanje da je *loša kršćanka*, a samim time doprinose potiskivanju seksualne želje i sprječavaju upuštanje u situaciju petinga.

Održavajući faktori

Izbjegavajuća i sigurnosna ponašanja često su jedan od glavnih održavajućih faktora. Ana izbjegava razmišljati o seksu, ne razgovara o seksu s dečkom, izbjegava tjelesnu intimnost i potencijalno rizične situacije. Primjerice, kada joj dečko dolazi u posjet u mjesto studiranja, spavaju u odvojenim sobama. Ana nije nikada s prijateljicama razgovarala o seksu. Kada se drugi u društvu često šale na račun seksa i pričaju viceve, njoj je neugodno. Tada se povlači i ne sudjeluje u raspravi. Nikada nije pročitala ništa o temi seksa. Zatvorenost, nedostatak seksualnog obrazovanja i loša komunikacija o seksu sprječavaju dobivanje informacija koje mogu utjecati na razvoj realnijeg pogleda na seks i seksualnost.

Kako bi zadržala doživljaj sebe kao dobre katolkinje, Ana se redovito ispovijeda. Svećenik kod kojeg se ispovijeda potvrđuje činjenje smrtnog grijeha, što podržava njezina negativna vjerovanja i trajanje problema.

Ana ima negativne emocije i vjerovanja vezana uz seks koja se pojavljuju u situaciji petinga. Slaba osjetilna usredotočenost u toj situaciji smanjuje doživljaj seksualnog uzbuđenja i seksualne želje, a anksioznost i nezadovoljstvo se intenziviraju te rezultiraju svađom i izbjegavanjem situacije. Izostanak adekvatnog suočavanja utječe na to da sve situacije petinga završavaju na isti način, a u nove situacije ulazi s očekivanjem nelagode i neuspjeha.

Osobne i okolinske snage za suočavanje i druge prednosti

Ana je vedra osoba, voli se družiti i ima puno prijatelja. Do sada je sve teškoće samostalno i uspješno rješavala. Uspješna je studentica, a studiranje u inozemstvu daje joj potvrdu samostalnosti, sposobnosti da se može sama brinuti o sebi. Odnos s dečkom je pun naklonosti, međusobnog povjerenja i ljubavi. Dobro zajednički komuniciraju o svemu, osim o seksualnim temama. Dečko je podržava u traženju pomoći.

Religioznost, osim spomenutog inhibirajućeg učinka na seksualno izražavanje, ima i pozitivan utjecaj na Anu. Shvaćanje da je *seksualni odnos u braku čin davanja i*

sjedinenja daje klijentici slobodu *vidjeti sebe kao seksualno biće u budućem, supružničkom odnosu*. Također, na zajedničkim izletima s članovima ekumenske grupe ima priliku vidjeti i starije (oženjene) i mlađe (neoženjene) parove kako izmjenjuju nježnosti, drže se za ruku što joj daje poruku kako *su znakovi ljubavi među religioznim osobama prihvatljivi*. Roditelji njezinog dečka pozitivan su model partnerskih odnosa (uočava njihovu prisnost, česte tjelesne kontakte i izjavljuje kako se na njima vidi da se još uvijek vole, a činjenica je da su i oni vjernici).

Ana svoje prijateljice vidi kao mnogo slobodnije i otvorenije po pitanju seksualnosti od nje. One se s dečkima ljube i grle u javnosti i zna da mnoge imaju seksualne odnose. Viđenje svojih prijateljica seksualnim osobama, a istodobno i osobama koje su vrijedne, dobre, koja ona voli i poštuje, smanjuje tenzije po pitanju seksualnosti.

Fiziološke reakcije na seksualne podražaje su očuvane/normalne (postoji uzbuđenje i adekvatna lubrikacija vagine).

Problem relativno kratko traje (godinu dana) i uključuje početak seksualnih iskustava obaju partnera. Ana je dosta brzo zatražila pomoć. Otac garantira materijalnu sigurnost i osigurava stambeno rješenje nakon udaje, koja je dogovorena za godinu dana.

Vjerovanja o problemu

Ana nastanak problema povezuje s majčinih negativnim primjedbama o seksu. Sjeća se da je u djetinjstvu s prijateljicama imala zajedničke prve seksualne igre, koje su joj bile ugodne i da je početkom puberteta često maštala o seksualnom odnosu i priželjkivala *imati dečka*. Mamini komentari o seksu to su zaustavili. Ljuta je na mamu zbog toga. Religijska učenja smatra svojim izborom. Očekuje da uz stručnu pomoć može uspješno riješiti svoj problem. Jako je motivirana za promjenu.

Anu problem jako uznemiruje i njegovu težinu na ljestvici od 1 do 10 ocjenjuje sa 10.

Mentalno stanje / raspoloženje

Uredne je vanjštine, afektivno je toplu, sudjeluje u razgovoru, urednog tijeka i sadržaja misli. Neprimjerena ponašanja prisutna su samo u području seksualnog ponašanja, dok u svim drugim aspektima ne navodi teškoće.

U svrhu procjene raspoloženja primijenjeni su Beckov upitnik depresivnosti II (BDI-II), Beckov upitnik anksioznosti (BAI) te Indeks anksiozne osjetljivosti (ASI). Inicijalni rezultati ukazuju da klijentica nije depresivna, blago je anksiozna, ali je njezina osjetljivost na anksioznost značajno povišena i iznad prosjeka.

Za potrebe tretmana korištena je i Nova ljestvica seksualnog zadovoljstva (22). Ana je bila općenito malo seksualno zadovoljna, nije bila nimalo zadovoljna kvalitetom vlastitih seksualnih doživljaja, dok je partnerovim reakcijama i seksualnim aktivnostima bila malo do srednje zadovoljna.

Ciljevi tretmana

Glavni je cilj savjetovanja bio povećati pozitivne osjećaje i misli vezane uz seksualne aktivnosti i pojačati seksualno zadovoljstvo. U ostvarenju općeg cilja bilo je potrebno ostvariti manje podciljeve kao što su: povećati informiranost o seksualnosti, razviti funkcionalnija očekivanja i ponašanja vezana uz peting, ojačati osjetilnu usredotočenost i osjetljivost na razne oblike tjelesne ugone, razviti pozitivniju sliku o sebi kao istodobno seksualne osobe i dobre kršćanke, razgovarati o seksu s dečkom te povećati aktivnost u situacijama petinga.

Prikaz tretmana

Tretman je trajao 10 mjeseci i tijekom tog razdoblja održano je 27 susreta u trajanju od 60 minuta. Prva četiri mjeseca susreti su se održavali svaki tjedan, zatim su se prorijedili na jednom u dva tjedna. Primijenjene kognitivne i bihevioralne tehnike tijekom tretmana uvodile su se paralelno i stalno se kombinirale. Na početku je dominiralo poučavanje i kognitivne tehnike, a promjene u vjerovanjima i postupno prihvaćanje vlastite seksualnosti razvili su kod klijentice spremnost na izlaganje i upuštanje u željene nekoitalne seksualne aktivnosti.

Poučavanje klijenta je jedna od značajki kognitivno-bihevioralnog tretmana. Ana je neformalno, tijekom različitih susreta upoznata s kognitivnim modelom. Poučavanje o seksualnosti bilo je formalnije i obuhvaćalo je sljedeće elemente: seksualnost kao dio tjelesnog i psihološkog razvoja, žensku spolnu anatomiju, faze seksualne reakcije, mitove o seksualnosti koji su prilagođeni potrebama klijentice, korisnost fantazija, vrste kontracepcije.

Kognitivna restrukturacija započela je radom na prepoznavanju negativnih automatskih misli. Zatim se klijentici pomoglo identificirati pogreške u mišljenju, osvijestiti kako nefunkcionalne misli utječu na osjećaje i ponašanja te se uvježbavalo propitivanje automatskih misli (Sokratovim ispitivanjem, predviđanjem posljedica, testiranjem očekivanja, zapisom disfunkcionalnih misli) i nalaženje adaptivnog odgovora. Primjerice, svoju misao za vrijeme petinga: „*Fuj! Opet radim nešto odvratno!*“ Ana je modificirala u: „*Fuj je mamin, a ne moj. Meni ovo nije odvratno. Lijepo mi je.*“ Slično, početno vjerovanje *da dečko samo želi seks kada inicira peting i time zapravo pokazuje da je ne poštuje* zamijenila je funkcionalnijim shvaćanjem *da ju partner voli, da mu je nedostajala i da je sada želi, da on uživa u njoj*.

Prepoznavanje nefunkcionalnih pretpostavki teže je od prepoznavanja automatskih misli, jer su one generalizirana pravila koja ne moraju biti jasno formulirana riječima. Za identifikaciju posredujućih i bazičnih vjerovanja najčešće se koristilo metodu *silazne strjelice*, pomoću koje se traži značenje automatske misli i njihova logička povezanost s vjerovanjima dublje razine. Anina vjerovanja o seksualnosti pod značajnim su utjecajem religijskih tumačenja.

U tretmanu se dosta razgovaralo o crkvenim učenjima, nastojalo se uvijek potaknuti alternativno gledište ili pozitivne stavove crkve o datim sadržajima. Primjerice, pri restrukturaciji vjerovanja: *Ako griješim, bit ću kažnjena ja ili moja buduća djeca!*, potaknuta je diskusija o Bogu i kakav je, poticalo se uočavanje nelogičnosti i kontradikcija u tome kako govori da je Bog dobar, a istodobno smatra da je taj isti Bog onaj koji kažnjava; tražilo se da ispriča što u zajednici uči vezano uz grijeh te da za zadaću izdvoji nekoliko misli o odnosu crkve prema grijehu, među kojima je naglasila: *„Nema grijeha, koji Bog ne može oprostiti. Važno je grijeh priznati i okajati, pa ga Bog oprašta.“*

Uz tehnike korištene za modifikaciju negativnih automatskih misli, u modifikaciji posredujućih i bazičnih vjerovanja koristile su se i neke nove, kao što su kognitivni kontinuum, pita, lista pozitivnosti i bihevioralni eksperiment.

Kognitivni kontinuum korišten je za restrukturaciju dihotomnog mišljenja. Ana je vjerovala da je njezino seksualno ponašanje *grijev* i da je zbog toga *loša kršćanka*. Sebe je početno procijenila 95 % lošom kršćankom, a nakon pojačavanja klijentičinog prepoznavanja sredine vjerovanja da je loša kršćanka palo je na 30 %.

Ana je o sebi kao kršćanki razmišljala samo u negativnim kategorijama. Kako bi osvijestila svoje pozitivne osobine, tražilo se da napravi *Listu pozitivnosti*, odnosno producira sve osobine dobrog kršćanina za koje smatra da ih posjeduje.

Tehnika *pite* je korištena kako bi Ana uvidjela omjer između svojih *dobrih kršćanskih osobina* i *svojega grijeha*. Trebala je odabrati i staviti u afirmativni oblik ono što smatra grijehom i svoje osobine dobre kršćanke. Krug *pite* je podijelila u onoliko dijelova koliko ima „dobrih i loših“ osobina, započinjući onim dobrim, a tek je na kraju odredila dio kruga za „lošu“ osobinu, odnosno grijeh koji čini. Zatim je pitu (prikazanu u sl.1) osjenčala dvjema bojama, pri čemu tamna prikazuje osobine „dobre“, a svjetla osobine „loše kršćanke“.

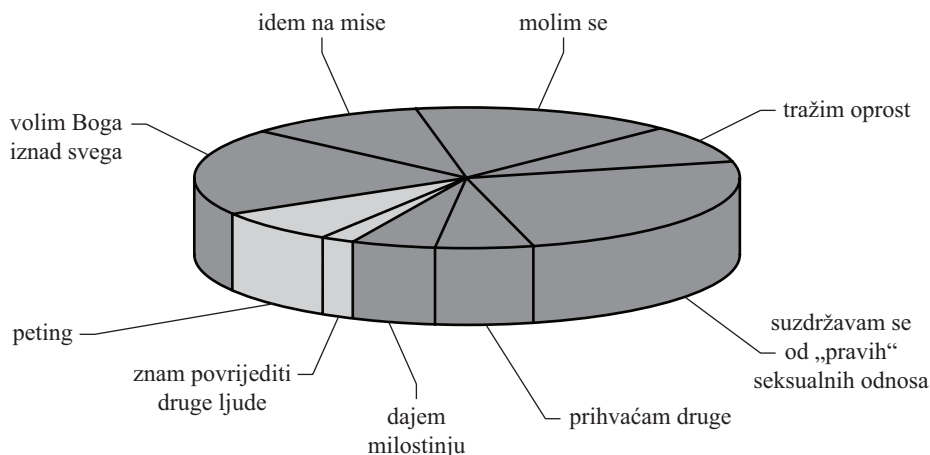
Nakon provedenoga uslijedilo je olakšanje. Zaključila je da je *previše rigidna prema sebi i da se dosta osuđuje, a da zapravo nema pravih razloga, te da prije nije bila svjesna kako pozitivne stvari uopće ne uzima u obzir.*

U funkciji restrukturacije vjerovanja *da čini težak grijeh* proveden je *bihevioralni eksperiment*. Ispovijedajući se u svojoj crkvi Ana bi dobila pokoru za koju je vjerovala da dokazuje da čini težak grijeh. Najprije se od Ane tražilo da procijeni pokoru za lak, srednje težak i težak grijeh. Zatim joj je zadan zadatak da se ispovijedi u različitim crkvama, kod različitih svećenika. Konstruiran je protokol opažanja na temelju kojeg je usporedila svoja predviđanja i dobivenu pokoru te se razgovaralo o tome kako su svećenici reagirali. Zaključila je da nema univerzalnog crkvenog stajališta o težini njezinog grijeha i da različiti svećenici različito reagiraju na to. Vjerovanje o težini svoga grijeha palo je na 15 % u odnosu na početnih 90 %.

Restrukturirana su i negativna vjerovanja: *„Ja sam seksualno neadekvatna“* i *„Ja sam drolja“*.

Izlaganje je započelo izradom stupnjevane hijerarhije (prikazane u tablici 2) u kojoj je Ana navela popis zastrašujućih seksualnih situacija, počevši od onih koje izazivaju samo blagu anksioznost ili nelagodu pa do onih koje izazivaju maksimalno jaku anksioznost. Ana je nelagodu osjećala anticipirajući i brojne druge seksualne situacije i aktivnosti (poput dirati njegov penis, gledati njegov penis, biti potpuno gola), ali su u hijerarhiju uvrštene samo one za koje je izrazila spremnost za postepenim izlaganjem tijekom tretmana. Na temelju navedene hijerarhije koja se tijekom tretmana nekoliko puta revidirala, planirani su zadatci kojima se Ana postupno izlagala navedenim situacijama. Slijedi opis zadanih zadataka:

- *Vježbama samostalnog općeg istraživanja* Ani se pomoglo ojačati osjetilnu usredotočenost i osjetljivost na razne oblike tjelesne ugone. Najprije se započelo vježbama za upoznavanje različitih senzacija na koži koje doživljava u svakodnev-



Sl. 1. Pita – grafički prikaz odnosa između osobina dobrog i lošeg kršćanina

nim situacijama: za vrijeme tuširanja, kupanja ili mazanja kremom te je potaknuto obavljanje higijene na mnogo ugodniji način. Zahtjevniji oblik samoistraživanja je promatranje vlastitog golog tijela te identifikacija triju aspekata tijela koji joj se sviđaju.

- *Masaža dlana sa savjetovateljicom* je vježba koja osigurava kontrolirane uvjete u kojima klijentica doživljava senzualna žarišta, usmjeravanje na dodir te davanje i primanje povratnih informacija.
- *Vježbe osjetilnog usredotočivanja (sensate focus)* obično se sastoje od tri osnovne faze: negenitalnog osjetilnog fokusa, genitalnog osjetilnog fokusa i vaginalnog obuzdavanja, koje je međufaza prije početka punog seksualnog odnosa. U radu s Anom korištene su prve dvije faze vježbi osjetilnog usredotočivanja, koje se poklapaju s aktivnostima s kojima su Ana i dečko već započeli. Cilj nije bio uvoditi nove seksualne aktivnosti, već pomoći Ani razviti osjetilnu usredotočenost tijekom izlaganja petingu, postepeno produžavajući trajanje petinga i razvijajući doživljaj ugone. Vježbama je prethodila opsežna kognitivna priprema i restrukturacija negativnih automatskih misli. *Negenitalno dodirivanje* za Anu nije bila prijatna. U ovoj fazi postoji doživljaj ugone i opuštenosti pa su osnovni ciljevi bili pokrenuti vlastitu usredotočenost na senzacije koje dodir izaziva te međusobnu komunikaciju o svojim doživljajima tijekom maženja. Određenu dozu napetosti izazvao je trenutak skidanja gornjeg dijela odjeće, do grudnjaka, a dominantna aktivnost tada bila je masaža leđa i ruku, budući da je masaža bila manje prijeteća od milovanja. *Faza genitalnog osjetilnog fokusa* bila je značajno modificirana. Ana nije željela biti gola pred partnerom pa su za vrijeme milovanja oboje bili odjeveni. Ana je ubrzo mogla skinuti majicu, ali nije bila spremna

na skidanje hlača, iako je dozvoljavala dodirivanje genitalija najprije preko, a zatim i ispod rublja. Nije bilo izmjeničnog pozivanja na vježbu, već je partner bio taj koji je inicirao aktivnost i dirao je. Da bi ova faza bila uspješna, trebalo je poraditi na nekim preduvjetima pa je dogovoren zajednički susret s Aninim dečkom na kojem su dane upute kako će se tijekom petinga raditi na promjeni Aninih ponašanja te su dogovoreni uvjeti za sigurno genitalno dodirivanje. Dogovoren je znak za prekid genitalnog dodirivanja, identificirani su uvjeti pod kojim žele imati seksualne kontakte te je potpisan tzv. seksualni ugovor. Svrha ugovora bila je da klijentici pruži sigurnost u seksualnim situacijama i povjerenje u partnerove namjere i granice do kojih može ići u seksualnim kontaktima. Očekivanje Aninog dečka je da se ona prepusti ugodi u trenucima petinga koliko god može te da peting prekine na ugodan način, bez „histeriziranja“, dok je Ana od njega zahtijevala da ni u kojim uvjetima ne budu potpuno goli, da ne dođe do penetracije te da dečko ne smije doživjeti orgazam, što on u potpunosti prihvaća i sam podržava.

- *Kognitivna priprema za izlaganje* bila je nužna prilikom izlaganja brojnim zadacima. Najzahtjevniji zadatak za klijenticu bio je inicirati peting. Ovaj je zadatak tijekom tretmana stalno mijenjao svoj rang u hijerarhiji. Da bi uspješno odradila i taj zadatak, restrukturiralo se vjerovanje da *seks iniciraju samo drolje* i da *inicirati seks znači „skočiti na partnera i započeti s diranjem genitalija“* na način da započeti seks znači pokazati partneru svoj interes, da to uključuje udvaračko ponašanje i razne seksualne (negenitalne) signale kojima partneru daje na znanje da želi maženje.

Stvaranje prikladnih okolnosti za seksualne aktivnosti specifična je tehnika seksualne terapije. Razne situ-

Tablica 2.
Hijerarhija nelagode u seksualnim aktivnostima

		Subjektivni osjećaj nelagode 0-10
1.	Gledati svoje tijelo	2
2.	Dirati svoje tijelo (neseksualne dijelove)	3,5
3.	Gledati svoje golo tijelo	4
4.	Ostati u situaciji petinga	5
5.	Dirati partnerovo tijelo (neseksualne dijelove)	5,5
6.	Inicirati peting	6
7.	Ljubiti partnera u vrat ili po leđima	6,5
8.	Dozvoliti partneru zavlacenje ruke u njezine gaćice	7
9.	Trljati se o partnerovo spolovilo odjevena	7,5
10.	Dirati njegov trbuh ili stražnjicu	8
11.	Skinuti odjeću (do donjeg rublja)	9
12.	Maziti se ležeći jedno pored drugoga u donjem rublju	10

acije u kojima se milovanje događa, a koje Ani stvaraju nelagodu potakle su istraživanje onih uvjeta koji su Ani potrebni da bi mogla biti opuštena. Ani je bilo važno da bude čista, istuširana, da početak seksualnih aktivnosti bude polagan, s mnogo negenitalnog maženja prije toga; od partnera također zahtijeva da bude čist i da je *ne forsira prebrzo*, a okolinski faktori koji joj odgovaraju odnose se na intimnost i skrovitost mjesta u kojima se seksualne situacije događaju.

Ukidanje nefunkcionalnih ponašanja zahtijeva osvještavanje onih ponašanja koja pridonose partnerskim tenzijama i održavanju problema. Klijentica je poticana da ih prestane koristiti i zamijeni prihvatljivijim oblicima ponašanja - primjerice izborom neke druge aktivnosti s partnerom nakon petinga. Uparivanje ugodnih aktivnosti s ranije zastrašujućim situacijama slabi negativnu vezu između seksa i straha ili seksa i neugode te otvara mogućnost uspostavljanja novih i poželjnih veza između seksualnog kontakta s partnerom i osjećaja užitka i ugone ili intimnosti i povezanosti s partnerom i izvan seksualnih situacija.

Izlaganjem u imaginaciji Anu se vodilo kroz vjenčanje i pripremalo na prvu bračnu noć. Približavanje vjenčanja izazivalo je dvostruke osjećaje, ushićenje i sreću, ali i zabrinutost. Promišljanja o vjenčanju značila su s jedne strane slobodu u *potpunom predavanju* svome partneru, ali su istodobno budila značajnu tjeskobu vezanu uz izvedbu, strah da *ona to neće moći, neće znati kako*. Cilj je bio nekoliko puta proći kroz taj događaj u imaginaciji, kako bi došlo do desenzitizacije. Tenzije oko trenutka kada očekuje odlazak u krevet s dečkom odnosno budućim suprugom su popustile, a umjesto toga javljalo se pozitivno očekivanje i želja.

Korištenje fantazija potiče seksualnu želju i uzbuđenje i pomaže usmjeriti pažnju na seksualne podražaje i

kognicije. Anu se usmjeravalo da se usredotoči na ono što voli (kod sebe ili partnera), na ono što joj je ugodno, da zamišlja odnos između dvoje ljudi koji joj se sviđa te da prilikom fantazija prati stupanj ugone.

Unutarnji govor i pozitivne samoinstrukcije jedan su od načina poticanja promjena u ponašanju. Anu se potaklo oblikovati i koristiti unutarnji govor, bilo u funkciji vlastitog umirivanja, usmjeravanja pažnje na pozitivne aspekte seksualnosti ili usmjeravanja vlastite seksualne aktivnosti.

Komunikacijske vještine, odnosno ja-poruke i slušanje s parafraziranjem, uvježbavale su se tijekom tretmana, najčešće igranjem uloga, kako bi se olakšala komunikacija s partnerom o seksualnosti.

S ciljem **prevencije povrata simptoma** klijenticu se od početka pripremalo na ograničeno trajanje tretmana i aktivnu ulogu u promjenama; pomoglo joj se osvještavati mala postignuća koja su se događala; pripremalo ju se na moguće teškoće tijekom i nakon tretmana, ali se jačao njezin osjećaj samoučinkovitosti i vjere u mogućnost samostalnog nošenja s daljnjim teškoćama.

Procjena učinkovitosti tretmana

Napredovanje tijekom tretmana pratilo se na temelju subjektivnog dojma klijentice, usporedbom rezultata na objektivnim upitnicima na početku, u sredini i na kraju tretmana te opažanjem promjena u ponašanju. Ana iskazuje osobno zadovoljstvo postignutim. Rezultati primijenjenih upitnika (prikazani u tablici 3) ukazuju kako je došlo do značajnog opadanja anksiozne osjetljivosti, koja je na kraju tretmana u granicama prosječnog rezultata koji postižu zdrave ispitanice. Seksualno zadovoljstvo povećano je na svim dimenzijama: opće seksualno zadovoljstvo povećano

Tablica 3.
Rezultati primijenjenih upitnika

	Početak tretmana	Sredina tretmana		Kraj tretmana
BAI	14 (blaga)	11 (blaga)	10 (blaga)	9 (blaga)
Indeks anksiozne osjetljivosti	46 (iznadprosječan rezultat)	37 (iznadprosječan rezultat)	34 (iznadprosječan rezultat)	21 (prosječan rezultat)
Ljestvica seksualnog zadovoljstva:				
- Usmjerenost na osobne doživljaje	1,4 (nimalo zadovoljna)	2,5 (malo do srednje zadovoljna)		3,3 (srednje do uglavnom zadovoljna)
- Usmjerenost na partnera i seksualne aktivnosti	2,5 (malo do srednje zadovoljna)	3,8 (uglavnom zadovoljna)		4,2 (uglavnom zadovoljna)
- Ukupan rezultat	1,95 (malo zadovoljna)	3,15 (srednje zadovoljna)		3,75 (uglavnom zadovoljna)
Subjektivna ocjena težine problema	10	7		3

je od *malo do srednje/uglavnom zadovoljna*, usmjerenost na partnera i seksualne aktivnosti povećano je od *malo do uglavnom zadovoljna*, dok se najveći pomak vidi na dimenziji usmjerenosti na osobne doživljaje, koji se od *nimalo zadovoljna* povećao do *uglavnom zadovoljna*, a upravo je ta usmjerenost temelj seksualnog užitka.

Razvijena su funkcionalnija očekivanja i ponašanja za vrijeme petinga: klijentica se prepušta situacijama petinga koje traju sve dulje, završavaju na ugodan način i slijedi ih nastavak ne genitalnog maženja. Ana se oslobodila u istraživanju ne genitalnih dijelova tijela svojeg partnera čime povećava svoju seksualnu aktivnost te ponekad i sama inicira peting. Počinje redovito komunicirati o seksu sa svojim dečkom, otvorenija je u izražavanju svojih seksualnih misli, osjećaja i potreba.

Došlo je do promjena na razini bazičnih vjerovanja pa tako Ana sebe više ne vidi droljom (*jer nikada nije prešla granicu u seksualnim odnosima i predaje se samo jednoj osobi koja će biti njezin muž*) niti seksualno neadekvatnom (*već osobom koja može razvijati svoju seksualnost i čije tijelo normalno reagira na seksualno uzbuđenje*). Njezin je stav o seksualnosti mnogo pozitivniji, od čega između ostalog ističe da je shvatila kako *seks nije prljav ni gadan već nešto prelijepo, nešto što povezuje dvoje ljudi koji se vole*.

RASPRAVA

U ovom je radu prikazan slučaj djevojke kod koje su razni psihički faktori potisnuli želju za uključivanjem u seksualnu interakciju. Cilj je rada prikazati korištene kognitivno-bihevioralne tehnike, način praćenja napredovanja tijekom tretmana te prilagodbe u provedbi specifičnih postupaka seksualne terapije.

Osnovne faze kognitivno-bihevioralnog tretmana obuhvaćaju: početnu procjenu problema i procjenu indikacije za terapiju, tretman odnosno primjenu različitih kognitivno-bihevioralnih tehnika, evaluaciju napredovanja te povremena *follow-up* praćenja (15). Ovaj je tretman sadržavao sve navedene faze.

Početnu procjenu u tretmanu činilo se pomoću strukturiranog bihevioralnog intervjua, samomotrenjem klijentice i primjenom upitnika, na temelju čega se postavila tzv. radna dijagnoza. Anini simptomi uključivali su smanjen interes za seksualne aktivnosti, nedostatak erotskih misli i fantazija, teškoće sa započinjanjem seksualne aktivnosti, odbijanje partnerovih pokušaja iniciranja seksualne interakcije i smanjen doživljaj užitka tijekom seksualnih aktivnosti. Simptomi traju duže od 6 mjeseci, izazivaju napetost, nezadovoljstvo i značajne teškoće u partnerskom odnosu. Opisano zadovoljava dijagnostičke kriterije za poremećaj seksualne želje i uzbuđenja (4).

Važna indikacija za kognitivno-bihevioralni tretman s aspekta poremećaja je da simptom, odstupajuće ili nepo-

stojeće ponašanje bude dobro uočljivo, izdvojeno iz cjelovitog ponašanja kako bi se moglo opažati i mjeriti te da se lako može dovesti u vezu s okolnostima koje mu prethode i koje nakon njega slijede (23). Neadekvatni ponašajni obrasci u seksualnim situacijama vrlo su jasni, izdvojeni, mogu se opažati i mjeriti. Željeno, a još nepostojeće ponašanje, kao što su različite Ani prihvatljive seksualne interakcije, može se postupno razvijati i uvoditi u ukupan repertoar seksualnog ponašanja. Na željenu promjenu ponašanja može se utjecati i promjenom kognitivne aktivnosti, koja se također može samoopažati i bilježiti. Klijentica je od početka pokazivala visoku razinu motivacije, spremnost na suradnju, redovito je izvršavala tjeđne zadatke. U početku je osjećala nelagodu spominjući seks i pokazivala teškoće u opisivanju svojeg problema, što je od strane savjetovateljice prihvaćeno kao razumljivo kad se govori o intimnim stvarima, ali je naglašena potreba za upoznavanjem detalja u funkciji jasnog razumijevanja problema zbog kojeg dolazi. S vremenom se klijentica opustila i vrlo otvoreno komunicirala o svojim teškoćama i seksualnim temama. Njezina motiviranost i spremnost na izvršavanje dogovorenih zadataka zadovoljavala je također važnu indikaciju za primjenu kognitivne bihevioralne terapije.

Tretman je organiziran u individualnom obliku zbog različitih razloga. Ana je studirala u inozemstvu i postojala je mogućnost dolazaka točno određenog dana u tjeđnu i to u jutarnjim satima. Njezin je dečko bio zaposlen, a posao je često uključivao terenski rad koji se nije mogao unaprijed isplanirati niti odgoditi. Osim organizacijskih teškoća oko uključivanja oba partnera, Ana je preferirala samostalne dolaske, budući da je smatrala da neke stvari može reći samo u privatnosti. Iako mnogi terapeuti nastoje motivirati oba partnera na uključivanje u seksualnu terapiju, jer to doprinosi napretku seksualnog funkcioniranja kod pojedinca koji se smatra klijentom (24), to nije nužno. Kada je poremećaj primarno posljedica klijentovih intrinzičnih seksualnih konflikata, straha i krivnje, a ne proizlazi iz interpersonalnih problema para, opravdana je individualna terapija (12). Iako je Hawton naveo da je važan prognostički faktor terapijskog ishoda uključivanje partnera u terapijski proces (25), sam Hawton ukazuje kako se načela seksualne terapije mogu koristiti i prilikom pružanja pomoći pojedincima, kao i pojedincima bez partnera (15). Donohue i Swingen pratili su ishode tretmana različitih terapijskih metoda kod parova ili pojedinaca s različitim seksualnim disfunkcijama te su zaključili da sve navedene metode dovode do poboljšanja (26).

Anin je dečko dva puta uključen u zajedničke susrete. Prvi puta vezano uz dogovaranje sigurnosnih uvjeta, odnosno granica do kojih se petinzi mogu odvijati. Drugi zajednički susret realiziran je zbog konflikta vezanog uz seksualno funkcioniranje. Povod sukobu je izjava Aninog dečka da ona uopće ne napreduje tijekom terapije, što je nju jako povrijedilo, ali je prije svega smatrala da su njegova očekivanja prešla razinu dogovorenog te da ima

osjećaj da on previše *forsira* i ne uvažava njezin tempo. Na susretu se ponajprije potakla međusobna komunikacija, jasno izražavanje vlastitih misli i osjećaja (u ja-terminima) te parafraziranja onoga što su od partnera čuli. Taj zajednički susret potaknuo je potrebu otvorenije zajedničke komunikacije. Ana nakon toga preuzima daljnju inicijativu u komunikaciji sa svojim dečkom o seksualnim temama. Njoj je njihova komunikacija o seksualnim teškoćama bila važan aspekt cjelokupnog rada te je izrazila zadovoljstvo kad je s vremenom o svemu mogla opuštenije razgovarati. To je u skladu s nalazima Štulhofera i Buško da je komunikacija o seksualnosti značajno povezana sa seksualnim zadovoljstvom kod žena (22). Hawton i Catalan (25) u svom istraživanju faktora koji mogu predvidjeti pozitivan terapijski ishod seksualnog tretmana, između ostalog navode i lakoću komunikacije neugodnih emocija.

Postupci i tehnike korištene tijekom tretmana mogu se podijeliti u 4 glavna područja: povećanje svjesnosti, izlaganje, kognitivna restrukturacija i poučavanje.

Povećanje svjesnosti odnosi se s jedne strane na podizanje svjesnosti o vlastitim negativnim mislima, vjerovanjima i antiseksualnim ponašanjima u seksualnim situacijama koja dovode do „iskapčanja“ odnosno umanjuju seksualnu želju. Ti se uvidi postižu samoopažanjem kognicija i ponašanja te upoznavanjem kognitivnog modela i međuzavisnosti misli, emocija i ponašanja. Svijest o bavljenju negativnim, kontraseksualnim mentalnim procesima preduvjet je za restrukturaciju tih procesa. Drugi aspekt svjesnosti je povećanje usmjerenosti na tjelesne osjete i erotske misli, važnost čega su otkrili Beck i Barlow kod muškaraca s erektilnim disfunkcijama (17). Njihovi nalazi ističu kako je potrebno usmjeriti pažnju na ugodne osjete, erotske misli i podražaje jer će to vjerojatno biti uspješnije od pukog poticanja opuštanja u seksualnim situacijama. Usmjerenost na erotičnost od tada postaje važan dio seksualne terapije. Kako bi se kod Ane radilo na podizanju ugodnih osjeta i erotskih kognicija, u tretmanu su se koristili razni oblici osjetilnog usredotočivanja, fantazije i imaginacije ugodnih scena. Seksualna je fantazija snažan pobuđivač seksualne želje i uzbuđenja i integralni dio normalne ljudske seksualnosti. Funkcionalnost fantazija je i u tome što su učinkovit distraktor pa se usmjerenošću na fantazije zaoobilazi anksioznost i ambivalencija (12). Unutarnji govor se također koristio kako bi se olakšalo fokusiranje pažnje na pozitivne aspekte situacije. Stvaranje sigurnosnih uvjeta isto tako pridonosi opuštanju u seksualnim situacijama i prepuštanju ugodu.

Izlaganje seksualnim aktivnostima i situacijama trajalo je tijekom cijelog tretmana. Aninu spremnost na izlaganje povećavalo se kognitivnom pripremom - poučavanjem i restrukturacijom negativnih misli, očekivanja i predviđanja. Izlaganje se temeljilo na hijerarhiji uznemirujućih situacija, koja se revidirala tijekom tretmana više puta. Početni subjektivni osjećaji nelagode nisu u potpunosti od-

govarali stvarnoj anksioznosti pa je Ana neke stvari koje su početno ocijenjene „težima“ mogla lakše napraviti od nekih „lakših“. Neke aktivnosti s mnogo više genitalnog kontakta (primjerice dozvoliti partneru zavlačenje ruku u gaćice) lakše je napravila nego npr. dirati svoga partnera. Vlastita aktivnost u situacijama petinga i iniciranje petinga s vremenom su promijenili rang u hijerarhiji i trebalo je više vremena kako bi uspješno riješila i te zadatke. To je u suprotnosti s iskustvima Kaplanove (12), ali u skladu s iskustvima Schmidta (27). Kaplan ističe da je kod osoba s jakom seksualnom anksioznosti lakše prevladati otpor prema pružanju seksualnog zadovoljstva partneru i podraživanje partnera, nego sebi dozvoliti reakciju na partnerovu stimulaciju. To se objašnjava time da takve osobe stimulirajući partnera zapravo bježe od jakih seksualnih osjećaja koji ih čine ranjivima i prijete percipiranim gubitkom kontrole. Za razliku od toga, Schmidt ističe da je problem smanjene seksualne želje problem inicijative i da je osobama sa smanjenom seksualnom željom teško inicirati seks. Ani je bilo lakše i prihvatljivije sebi dozvoliti primati stimulaciju i postupno doživljavati ugodu, nego aktivirati se u davanju stimulacije i iniciranju seksualnog ponašanja.

Izlaganje se u tretmanu kombiniralo s osjetilnim usredotočivanjem. Anin je zadatak bio prilikom izlaganja usmjeriti se na tjelesnu ugodu i koristiti erotske fantazije ili pozitivan unutarnji govor. Tijekom izlaganja negenitalnim aktivnostima uspješno je usvajala osjetilno usredotočivanje, međutim prilikom genitalnog kontakta dolazilo bi do snažnog fizičkog uzbuđenja koje je potaklo negativne automatske misli i povećavalo njezinu anksioznost. Tada se javljao poriv za izbjegavanjem i prekidanjem daljnje stimulacije. Bilo je potrebno usmjeriti Anu da si dozvoli trajanje uzbuđenja i doživljaj užitka. Educirana je o tome kako prekidanjem maženja u takvim situacijama izbjegava priliku sasvim se uzbuditi i okupirati svojim seksualnim osjećajima te ju se poticalo izdržati seksualnu stimulaciju kroz sve duža vremenska razdoblja. Poticalo ju se prihvatiti seksualno uzbuđenje kao znak „normalnosti“ i adekvatnog funkcioniranja vlastitog tijela i jedan od protudokaza poimanju sebe kao *seksualno neadekvatne, frigidne* osobe.

Zadatci izlaganja, kao i opažanje i bilježenje različitih misli, uvođeni su u obliku domaćih zadaća. Pretpostavka je da će se trajne promjene u klijentovu mišljenju i ponašanju najvjerojatnije dogoditi zahvaljujući njegovoj inicijativi, razumijevanju, svjesnosti i uloženom naporu. Domaće zadaće su neophodan dio tretmana koji mu daju djelatan karakter i o kojem ovisi prognoza i trajanje postignutih učinaka tretmana. Odrađujući zadaće klijent ima aktivnu ulogu u mijenjanju svog učinkovitog mišljenja i oslobađanja od simptoma, što ga priprema da naučene strategije suočavanja generalizira i na druga područja funkcioniranja.

Disfunkcionalna vjerovanja restrukturirana su korištenjem različitih tehnika koje su prethodno detaljnije objašnjene. Poučavanje i davanje točnih informacija o seksual-

nosti također doprinosi modifikaciji starih i prihvaćanju novih vjerovanja.

Terapeut se pri uvođenju i primjeni različitih intervencija uvijek mora voditi individualnim karakteristikama i specifičnostima klijenta, uvažavati njihovo životno okruženje i kulturološka obilježja. Anina je religioznost zahtijevala vrlo nježnu raspravu o crkvenim učenjima. Vježbe osjetilnog usredotočivanja su značajno modificirane, a granice klijentičine spremnosti su se u potpunosti poštovala. Modifikacija specifičnih seksualnih intervencija nije neobična kod religioznih osoba. Iako je masturbacija uobičajena i neophodna metoda kod anorgazmije ili vaginizma, kod ortodoksnih članova židovske i rimokatoličke vjere se ne primjenjuje te se traže alternativne metode (12). Anu se nije pokušavalo motivirati da bude gola za vrijeme maženja niti da vježbe izvršava na krevetu. Nisu joj se nudili nikakvi erotski materijali koji služe povećanju libida i u potpunosti je odbačena mogućnost korištenja bilo kakvih oblika genitalne samostimulacije.

Procjena učinkovitosti tretmana odrađena je zajedno s klijenticom. Tretman je kod Ane polučio željene promjene. Doveo je do oslobađanja seksualne želje i do uvođenja različitih, klijentici prihvatljivih oblika seksualnih aktivnosti. Prilagodba tretmana individualnim potrebama i specifičnostima klijentice bila je nužno potrebna i bila je preduvjet njezinog prihvaćanja promjena. Ana najkorisnijim dijelovima tretmana smatra rad na svojim negativnim vjerovanjima, jer su joj novi pozitivniji stavovi dozvolili osjećati želju i uživati u zajedničkim nježnostima. Učinkoviti su bili i zadaci izlaganja, budući da je izlažući se seksualnim situacijama učila nove vještine korisne u seksualnom i neseksualnom funkcioniranju, od čega izdvaja senzornu svjesnost, pozitivan unutarnji govor i učinkovitu komunikaciju s partnerom.

Prvi *follow-up* susret održan je mjesec dana nakon vjenčanja. Ana je pokazala slike s vjenčanja, izrazila svoju sreću i zadovoljstvo zajedničkim životom te seksualnim i neseksualnim aktivnostima. Nakon dva mjeseca opet se najavila na razgovor. Zbog trudnoće je osjetila promjene u vlastitoj seksualnosti, što je dovelo do zabrinutosti zbog ponovnog pada svoje seksualne želje. Informirana je kako trudnoća može utjecati na seksualni život i umirena činjenicom da je gubitak seksualnog interesa normalna pojava u određenim fazama trudnoće.

ZAKLJUČAK

Prikazani tretman djevojke sa smanjenom seksualnom željom počiva na općim postavkama kognitivno-bihevioralne terapije. Kognitivno-bihevioralne tehnike, usmjerene na restrukturaciju iskrivljenih seksualnih vjerovanja i poticanje prihvatljivih oblika seksualne aktivnosti, kombinirane su s uobičajenim postupcima seksualne terapije, poput seksualnih fantazija i vježbi osjetilnog usredotočiva-

nja. Upravo su navedeni postupci značajno modificirani s obzirom na visoki stupanj religioznosti klijentice i njezino suzdržavanje od koitusa.

Svi su postavljeni ciljevi dostignuti pa se može zaključiti da je tretman bio uspješan.

LITERATURA

1. DeRogatis LR, Burnett AL. The Epidemiology of Sexual Dysfunction. *J Sex Med* 2008; 5: 289-300.
2. Maurice WL. *Sexual Medicine in Primary Care*. Mosby, Inc, 1999.
3. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: National probability sample survey. *BMJ* 2003; 327: 426-27.
4. American Psychiatric Association. *Sexual Dysfunctions*. U: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* 2013; doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.125889
5. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA* 1999; 281: 537-44.
6. Michael RT, Gagnon JH, Laumann EO, Kolata G. *Sex in America: A Definitive Survey*. Boston: Little Brown, 1994.
7. Sytsma M, Taylor D. Current thinking in how to help couples and individuals struggling with low sexual desire. *Marriage and Family: A Christian Journal* 2003; 5(3).
8. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's Sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med* 2010; 7: 586-614.
9. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationship. *Arch Sex Behav* 2003; 32: 193-208.
10. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Satisfaction in the sex life of a general population sample. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 141-51.
11. Segraves R, Woodard T. Female hypoactive sexual desire disorder: History and current status. *J Sex Med* 2006; 3: 408-18.
12. Kaplan HS. *Psihoterapija poremećaja seksualne želje*. Problemi spolnog funkcioniranja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
13. Trudel G. Review of psychological factors in low sexual desire. *Sex Marital Ther* 1991; 6: 261-72.
14. Klain M. *Poremećaji želje*. U: Štulhofer A, ur. *Rješavanje seksualnih problema*. Zagreb: Profil, 2004.
15. Hawton K. *Seksualne disfunkcije*. U: Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM, ur. *Kognitivno-bihevioralna terapija za psihijatrijske probleme*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
16. Geonet M., De Sutter P, Zech E. Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies* 2013; 22: 9-15.
17. Sbrocco T, Barlow DH. Conceptualizing the cognitive component of sexual arousal: Implications for sexuality research

- and treatment. U: Salkovskis PM, ur. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press, 1996.
18. Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther* 2000; 26: 67-78.
19. Nobre PJ. Determinations of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *J Sex Marital Ther* 2009; 35: 360-77.
20. Heiman JR. Psychologic treatments for female sexual dysfunction: Are they effective and do we need them? *Arch Sex Behav* 2002; 31: 445-50.
21. Fruhauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Arch Sex Behav* 2013; 42: 915-33.
22. Štulhofer A, Buško V. Evaluacija novog instrumenta za procjenu seksualnog zadovoljstva. *Suvremena psihologija* 2008; 11: 287-312.
23. Anić N, Ilić-Supek D. Indikacije za bihevioralnu terapiju. U: Anić N, ur. *Praktikum iz bihevior terapije*. Zagreb: DPH, 1984.
24. Wiederman MW. The state of theory in sex therapy. *J Sex Res* 1998; 35: 88-100.
25. Hawton K, Catalan J. Prognostic factors in sex therapy. *Behav Res Ther* 1984; 24: 377-85.
26. Donohue WT, Swingen DN. Psychotherapy for male sexual dysfunction: A review. *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 591-630.
27. Schmidt G. Supervizija seksualne terapije (rad prezentiran na supervizijskom susretu Hrvatskog društva za seksualnu terapiju, Zagreb, ožujak, 2008).

SUMMARY

COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF LOW SEXUAL DESIRE: CASE STUDY

N. JELENIĆ HEREGA and I. ŽIVČIĆ-BEĆIREVIĆ

Family Assistance Association Rijeka (U.Z.O.R.), Faculty of Humanities and Social Sciences, Rijeka, Croatia

Low sexual desire is the most common sexual problem in women. It is defined as absent or reduced desire for sexual activity, absent or reduced sexual thoughts or fantasies, absent or reduced initiation of sexual activity and unreceptive to the partner's attempts to initiate, absent or reduced sexual excitement or pleasure during sexual activity. Sexual desire is a very complex issue affected by numerous causes and contributing factors, therefore it is difficult to treat. Even though there are well-established and efficacious psychological treatments of some sexual disorders, an exact intervention effective in the treatment of hypoactive sexual desire disorder has not yet been found. However, cognitive-behavioral treatments as methods of psychotherapy have been shown effective. The purpose of this paper is to illustrate cognitive-behavioral interventions used in the treatment of a young woman with a low sexual desire. The treatment efficacy evaluation consisted of the client's subjective thoughts, results of objective questionnaires used and behavioral changes noted. These showed that the treatment resulted in improvement in the client's view of sexuality, her level of sexual satisfaction and engagement in sexual activities (petting). Furthermore, according to the client's opinion, the most important interventions were those focusing on sensations and cognitive restructuring of her negative thoughts associated with sex. The cognitive restructuring was also an important part of the client's preparation to exposure to different tasks.

Key words: low sexual desire, cognitive-behavioral treatment