

Seksualne disfunkcije

Arbanas, Goran

Source / Izvornik: **Dječja i adolescentna psihijatrija, 2021, 957 - 966**

Book chapter / Poglavlje u knjizi

Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:855608>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-02**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Seksualne disfunkcije

Goran Arbanas

SADRŽAJ

70.1. Uvod	958
70.2. Prevalencija, klasifikacije, dijagnostika, osnove terapije	960
70.3. Kliničke slike	961
70.3.1. Poremećaj sa smanjenom/odsutnom seksualnom željom	961
70.3.2. Eretilna disfunkcija (erektalni poremećaj)	962
70.3.3. Anorgazmija	962
70.3.4. Prijevremena ejakulacija	963
70.3.5. Odgođena ejakulacija	963
70.3.6. Poremećaj s genitalno-zdjelničnim bolom / bolom pri penetraciji	964
70.4. Upute za roditelje/nastavnike	964
70.5. Često postavljena pitanja	964
70.6. Pitanja	965
70.7. Literatura	965

70.1. Uvod

Preporučuje se dodatno pročitati poglavlje o rodnom identitetu i rodnoj disforiji. **Seksualnost u općem smislu** obuhvaća produljenje vrste, dimenzije interakcije i povezanosti s drugima, kao i dimenziju ugone (emocionalni aspekt) (v. poglavlje 8 o razvoju rodno identiteta). Dakle, seksualnost i erotika mogu biti u širem smislu shvaćene kao način na koji se tjelesno izražavaju osnovne potrebe čovjeka da „**voli i bude voljen**”, u doslovnom i simboličkom smislu (Beier 2012). U literaturi često nalazimo terminološku zbrku u vezi sa seksualnošću, ovisno o pojedinom autoru, kao i o pojedinim teorijskim pravcima. U tablici 70.1. pokušala se prikazati razlika između psihoanalitičkog, kognitivno-bihevioralnog i integralnog pristupa seksualnosti.

Seksualnost djece i adolescenata **tabuizirana je tema**, i u osobnom životu, a, nažalost i u profesionalnom radu s djecom. Vrlo malo roditelja razgovara o seksualnosti sa svojom djecom, te na taj način propuste mogućnost da svojoj djeci prenesu svoja stajališta o seksualnosti. Velik broj roditelja ima nelagodu u razgovoru o seksualnosti s djecom, a kad ih djeca pitaju nešto u vezi sa seksualnošću, npr. kako nastaju djeca, kako se djeca rađaju, što znači seks i slično, roditelji ne odgovaraju na ta pitanja, govoreći djeci da će o tome čuti i naučiti kad budu starija. No djeca lako prepoznaju nelagodu kod roditelja i njihovu nevoljkost da govore o ovoj temi. Zanimljivo je da roditelji neće djeci dati jednak odgovor kad ih pitaju neke druge stvari koje je mnogo teže objasniti (npr. kako leti avion), nego će na ta, druga pitanja pokušati odgovoriti na djetetu razumljiv način. Izbjegavajući odgovore o seksu, pokazuju zapravo djeci svoju nelagodu u razgovoru o ovim temama, što u konačnici djeci daje poruku da je seksualnost nešto čega se treba sramiti, nešto o čemu roditelji ne govore s lakoćom, a to može dovesti i do loše slike o sebi, o svome tijelu i transgeneracijskog prijenosa negativnih emocija povezanih sa seksom.

Djeca vrlo rano pokazuju neke ugodne osjećaje povezane sa spolnim organima, koje u ranoj dječjoj dobi nemaju kognitivnu seksualnu konotaciju koju joj daju odrasli (Diamond i Butterworth 2008; Fausto-Sterling 2012). Tako već dojenčad, u prvoj godini života, otkriva da stimulacija genitalija može dovesti do ugodnih tjelesnih osjećaja. Ovakva **autostimulacija genitalija** zbiva se u dječaka u prosjeku nešto ranije, u dobi od oko šest do sedam mjeseci, a u djevojčica nešto

kasnije, oko desetog mjeseca života (Galenson i Roiphe 1974). Najčešće nije riječ o izravnoj stimulaciji genitalija rukom, već se dijete tare o neki predmet ili naguruje na njega (Zeuthen i Gammelgaard 2010). Takva stimulacija može biti praćena i nekim tjelesnim znakovima – znojenjem, crvenilom, ubrzanim disanjem, kontrakcijama mišića, stenjanjem. Slične se reakcije mogu dogoditi i pri dojenju, kupanju ili maženju. Roditelji na ovakve djetetove reakcije znaju reagirati neprimjereno, zaustavljajući tu aktivnost u djeteta, ometajući dijete u njoj, jer roditelji u tome vide seksualnu konotaciju, dok je za dijete to **ugodna stimulacija** jednog dijela tijela, koje u toj dobi djetetu nema još neko posebno značenje (Yang i sur. 2005).

Tijekom cijelog razdoblja predškolske dobi, djeca nastavljaju s autostimulacijom genitalija, no, kako se uče socijalizaciji, tako nauče da se ovakva ponašanja ne pokazuju u javnosti, tj. da moraju biti diskretni i selektivni (Friedrich i sur. 1998). No, i dalje ovakva djetetova ponašanja izazivaju snažne emocionalne reakcije roditelja. Te su roditeljske reakcije također rodno specifične, tj. ne reagiraju jednako na diranje spolovila kod sinova i kod kćeri, što je samo početak dvostrukih kriterija s obzirom na seksualno ponašanje, koje se proteže od djetinjstva tijekom cijeloga seksualnog života do duboko u odraslu dob (Bancroft 2009; Garcia-Falgueras i Swaab 2010). Naime, u svim dobnim skupinama roditelji i društvo mnogo su **permissivniji** prema seksualnom ponašanju dječaka i muškaraca negoli prema seksualnom ponašanju djevojčica i žena, koje je prožeto brojnim zabranama (zamislite reakciju prosječnog čovjeka na muškarca koji kaže da je u posljednja dva mjeseca imao četiri seksualne partnerice i reakciju ako bi istu stvar rekla žena).

Kako dijete raste, tako ovo njegovo diranje genitalija sve više dobiva i **seksualno značenje (kognitivni aspekt)**, što je posljedica djetetova biološkog i emocionalnog, kao i kognitivnog sazrijevanja (Arbanas 2016a). No, u pravilu, seksualno kognitivno razumijevanje kasni za ostalim kognitivnim razvojem, a nešto je bolje u djece koja imaju suprotnospolne braću i sestre. Otprilike između 40 i 75 % djece predškolske dobi sudjeluje u ovakvim ranim genitalnim autostimulirajućim aktivnostima (Sandnabba i sur. 2003). Druga učestala ponašanja koja imaju neke veze sa seksualnošću i/ili reprodukcijom, a koja se pojavljuju u djece predškolske dobi, jesu igranje mame i tate (pri čemu si djeca pokazuju spolovilo), igre doktora, zanimanje za razlike među spolovima, traženje zagrljaja od druge

Tablica 70.1.

Razlike između psihoanalitičkog, kognitivno-bihevioralnog i integralnog pristupa seksualnosti.

Modificirano prema Arbanas 2016a; Beier 2012; Binik i Meana 2009; Yates 1996.

	Teorijska pozadina; dominantni fokus; slični i povezani termini	Dominantna terapija
Psihoanalitički pristup	Psihoanaliza; nagonsko, emocionalno, objektni odnosi, doživljaj selfa, interakcijsko; psihoseksualni razvoj djeteta; nagonski razvoj djeteta; djetetove autoerotske aktivnosti; dječja seksualnost; masturbacija male djece; princip ugode; tjelesni self (<i>body self</i>); temeljni rodni identitet; identifikacije, egzibicionizam; edipska faza i triangularizacija; izbor objekta; interakcijski aspekt;	psihodinamske terapije
Bihevioristički i kognitivni pristup	Biheviorizam (teorija učenja), bihevioralne komponente, bihevioralna aktivacija; kontrola podražaja (stimulusa) / desenzitizacija; kognicije; psihoseksualna edukacija; <i>mindfulness</i> tehnika, psihosocijalni razvoj djeteta; zadobivanje kognitivnoga seksualnog značenja tijekom razvoja; samostimulirajuće aktivnosti male djece	bihevioralne, relaksirajuće i kognitivne terapije
Integralni, sistemski pristup, uz svoje posebnosti	Integralni i sistemski pristup; uključuje elemente psihodinamike i bihevioralno-kognitivne elemente; ali ima i svoje posebnosti; nema unificirane teorije	seksualna terapija

djece ili odraslih, odlazak s drugom djecom na zahod i promatranje fizioloških funkcija, pokazivanje genitalija, interes za gole ljude (Lloyd Davies i sur. 2000; Thigpen 2009). Sva su ta ponašanja relativno česta i razvojno prikladna (Herdt i McClintock 1973; Iervolino i sur. 2005).

U slučaju kad se roditelj požali na djetetovo genitalno samostimuliranje, valja mu razjasniti da je riječ o relativno čestoj, bezazlenoj, bezbolnoj stimulaciji koja djetetu nosi gratifikaciju. Dijete u tome ne treba prekidati, već ga samo treba podučiti da postoji primjereno vrijeme i mjesto gdje se ta aktivnost izvodi, tj. da nije primjereno raditi to pred drugim ljudima, u socijalnim situacijama (vrlo slično kao što dijete učimo i da fiziološke procese eliminacije ne obavlja pred drugima, na javnom mjestu). Ako se takvo djetetovo ponašanje pojavi na javnom mjestu (npr. u trgovini), možemo dijete zabaviti nekom drugom aktivnošću (npr. zamoliti ga da nam pomogne nešto dohvatiti s police) te mu poslije razjasniti da se spolovilo dira samo kod kuće (Mallants i Casteels 2008).

Reakcije društva na seksualnost adolescenata također znaju biti vrlo burne (slično reakcijama roditelja na seksualnost mlađe djece) i najčešće postoji strah nekih osoba i institucija da će učenje o seksualnosti, razgovor o njoj ili bilo kakvo spominjanje seksualnosti (a posebno da je riječ o **ugodnoj aktivnosti**) dovesti do ranijeg ulaska u seksualne odnose i do promiskuitetni-

jeg ponašanja, premda nema znanstvenih dokaza da se to zaista i događa (Cate i sur. 1993; Kerr i Multon 2015). Prosječna dob u kojoj mladi ljudi danas ulaze u seksualne odnose jest 16 godina (podatak iz Velike Britanije), a u nas malobrojna istraživanja također upućuju na dob od 16 do 17 godina (Bogaert i sur. 2002; Larsson i Svedin 2002). Prema nekim istraživanjima iz zapadne Europe, otprilike oko 30 % mladih ljudi uđe u seksualne aktivnosti prije 16. godine (Reissing i sur. 2012). Raniji ulazak u seksualne aktivnosti ubrzava uvjerenje da je većina prijatelja već imala seksualni odnos (tzv. vršnjački pritisak). S druge strane, majčino neodobranje seksualnih odnosa, ali samo ako se majka doživljava kao topla i bliska, odgodit će ulazak u seksualni odnos kćeri (ali ne i sinova) (Higgins i sur. 2010). Također, visoka i niska inteligencija, pozitivna slika svoje budućnosti, osjećaj radosti zbog buduće karijere, visoko samopoštovanje također odgađaju ulazak u seksualne odnose (visoka i niska inteligencija vjerojatno zbog toga što je takvim osobama teže naći odgovarajućeg partnera, a ove, druge okolnosti zbog toga što umanjuju vršnjački pritisak) (Cavazos-Rehg i sur. 2010; Halpern i sur. 1993; Holmqvist i Frisen 2010).

Brojna istraživanja jasno upućuju na postojanje **vršnjačkog pritiska**, u smislu da mladi ljudi čiji prijatelji već imaju emocionalno/romantičnu vezu ulaze u ovakve veze češće od onih koji nemaju prijatelja koji su

već u vezi; da započinjaju seksualne aktivnosti ako su to već započeli njihovi prijatelji, a vršnjački pritisak utječe i na učestalost seksualnih odnosa i ulazak u rizično seksualno ponašanje (tj. seksualni odnosi bez zaštite, odnosi u stanju intoksikacije) (Zimmer-Gembeck i sur. 2001). S druge strane, nije utvrđeno da bi postojao utjecaj na razvoj seksualne orijentacije (prije svega postoji strah da će se razviti homoseksualna orijentacija), tj., premda vršnjaci utječu jedni na druge da se uđu u seksualne aktivnosti, ne utječu na to s kime će se ući u seksualne aktivnosti (Brakefield i sur. 2014). Što se tiče **masturbacije**, više od 80 % mladića i oko trećine djevojaka u adolescenciji masturbira. Otprilike polovica je imala vaginalne seksualne odnose, a oko 70 % i djevojaka i mladića u dobi između 16 i 25 godina sudjeluje u oralnom seksu. Analni je seks imalo otprilike između 15 i 20 % osoba ove dobi. Nažalost, oko 15 % djevojaka i oko 4 % mladića te dobi doživjelo je pokušaj seksa na koji nisu pristali (tj. doživjeli su seksualno zlostavljanje) (Gibson 2015; Santtila i sur. 2010). Najčešće je počinitelj seksualnog nasilja njima poznata i bliska osoba (Rittossa 2007).

70.2. Prevalencija, klasifikacije, dijagnostika, osnove terapije

Premda se često misli da mladi ljudi nemaju seksualnih problema, podatci iz literature i kliničke prakse pokazuju da znatan dio mladih ljudi ima seksualne disfunkcije. U mladića i muškaraca dobi 16 do 24 godine, oko 15 % ima prijevremenu ejakulaciju, oko 10 % smanjenu seksualnu želju te oko 5 % problem s održavanjem erekcije. Među djevojkama iste dobi, čak 25 % ima smanjenu seksualnu želju, a oko 20 % problem u doživljavanju orgazma. Oko 10 % osjeća bol tijekom seksa (dispareunija). Seksualne disfunkcije klasificiraju se u objema suvremenim klasifikacijama (MKB-10 i DSM-5) prema fazi ciklusa seksualnog odgovora koji je zahvaćen (APU 2014; WHO 1993). Ciklus seksualnog odgovora jest niz fizioloških zbivanja koja se događaju nakon što osoba uđe u seksualnu aktivnost bilo koje vrste. Faze ciklusa seksualnog odgovora jesu **faza želje, uzbuđenje, orgazam i razrješenje (četiri faze)**. Svaka od faza seksualnog odgovora može biti narušena. U tablici 70.2. sažeto je prikazana klasifikacija seksualnih disfunkcija u DSM-5 prema fazama seksualnog ciklusa.

U tablici 68.2. prikazani su elementi **dijagnostike** (v. posebno poglavlje 68 o rodnoj disforiji), koja uklju-

Tablica 70.2.

Klasifikacija najvažnijih seksualnih disfunkcija u DSM-5 prema fazama seksualnog ciklusa.

Modificirano prema APU 2014.

Faza želje	poremećaj s hipoaktivnom seksualnom željom u muškaraca; poremećaj seksualne želje/uzbuđenja u žena
Faza uzbuđenja	erektilni poremećaj
Faza orgazma	odgođena ejakulacija; prijevremena (rana) ejakulacija; orgazmički poremećaj u žena
Nije povezano s fazama, odnosno može biti povezano sa svakom fazom	poremećaj s genitalno-zdjecičnim bolom / bolom pri penetraciji; seksualna disfunkcija prouzročena psihoaktivnom tvari/lijekom

čuje anamnezu, heteroanamnezu te primjenu drugih metoda dijagnostike u dječjoj i adolescentnoj psihijatriji (v. druga poglavlja o anamnezi i psihičkom statusu; v. tablicu i poglavlje o rodnoj disforiji itd.). Dodatno se može reći da je u dijagnostiku potrebno uključiti i pedijatre, endokrinologe, urologe, ginekologe te po potrebi druge stručnjake. Korisno je također primijeniti i psihodinamsku procjenu, kao i procjenu obitelji (v. posebna poglavlja 20 i 24). U **dijagnostiranju** seksualnih disfunkcija bitno je odrediti je li problem **primaran** (tj. od početka seksualne aktivnosti) ili **sekundaran** (da se razvio nakon razdoblja normalnoga seksualnog funkcioniranja); je li **generaliziran** (koji se pojavljuje u svim situacijama) ili je **situacijski** (pojavljuje se u određenim situacijama ili s određenim partnerima, a u drugim situacijama ili s drugim partnerima nije prisutan) – jer ovo može upućivati na eventualnu etiologiju, kao i na mogućnosti liječenja. Tako npr. generalizirani problem, koji se pojavljuje kod svih partnera može upućivati na organsku etiologiju ili na više intrapsihičke teškoće, dok će problem koji se pojavljuje samo s određenim partnerom više govoriti o interpersonalnoj dinamici u dijadi kao mogućem uzroku problema (Gabbard 1994). U nastavku teksta neće se pojedinačno govoriti o daljnjoj dijagnostici, jer je ovdje u uvodu navedena za sve poremećaje ove skupine.

Uvodno se može reći da se u adolescentnoj dobi preferiraju **psihosocijalne metode liječenja (npr. bihevioralne metode, kognitivne metode, relaksirajuće metode, specifična seksualna terapija, psihodi-**

Tablica 70.3.

Terapija seksualnih disfunkcija

Psihoedukacija djeteta/adolescenta i roditelja
Bihevioralna terapija
Kognitivna terapija
Relaksirajuće tehnike
Psihodinamske terapije
Specifična seksualna terapija
Sociopedagoške mjere u slučaju aktivnosti bez pristanka drugih (slične kao kod poremećaja ponašanja)
Rad s roditeljima, eventualno partnerske i obiteljske terapije
Eventualno seksualna pomagala i medikamentno liječenje kod punoljetnika

namske terapije), dok se medikamentna terapija pretežno odnosi na punoljetne osobe, tako da se u slučaju primjene u adolescenata treba pridržavati *off-label* primjene (v. tablicu 70.3.).

Ovdje će se u nekoliko rečenica govoriti o **seksualnoj terapiji**, s obzirom na to da je riječ o visoko specifičnoj terapiji, a o širim aspektima vidjeti odgovarajuće udžbenike. To je terapija koja integrira različite aspekte, naime, ima neke elemente bihevioralne, kognitivne i psihodinamske terapije, ali istodobno ima i svoje posebnosti, zapravo nema unificirane teorije (Binik i Meana 2009). U većini europskih i sjevernoameričkih zemalja seksualna se terapija smatra terapijom za sebe, odnosno jednostavna bi definicija bila da se **bavi seksom** (Pukall 2009). Seksualna terapija može se primjenjivati i u adolescenata jer su u većini zemalja (a tako i u Hrvatskoj), seksualni odnosi označeni kao nešto normalno i legalizirano u adolescenata nakon 15. godine. Seksualna terapija može biti individualna, a može uključivati i partnera/partnericu. Seksualni terapeuti nemaju seksualni ni fizički kontakt sa svojim klijentima, ni u svom uredu, ni izvan njega. Seksualna terapija tipično je kratkog trajanja, s ograničenim brojem seansi. Plan liječenja ovisi o simptomima i ciljevima koji se žele postići.

70.3. Kliničke slike

70.3.1. Poremećaj sa smanjenom/odsutnom seksualnom željom

Gubitak ili znatno smanjenje seksualne želje češće je u žena nego kod muškaraca, pa tako i u adolescentnoj populaciji. U usporedbi s prijašnjim generacijama, čini se da se smanjena/odsutna seksualna želja pojavljuje češće u 21. stoljeću u mladim ljudima nego što je to ranije bio slučaj. Obilježja ovog poremećaja jesu da osoba nema (ili su znatno smanjene) seksualne želje, seksualne misli, maštarije. Osim smanjenja ovakve, spontane seksualne želje, osoba ima smanjenu i reaktivnu (reagibilnu) želju, što znači da ne može odreagirati seksualno na neki seksualni podražaj svog partnera/partnerice (Baumeister 2000). Vrlo često osobe sa smanjenom seksualnom željom ne osjećaju osobnu patnju/distres. S druge strane, njihov partner ili partnerica osjećaju se uskraćeni, zbog čega prigovaraju takvoj osobi, pa nije rijetkost da osoba sa smanjenom seksualnom željom pristaje na seksualne aktivnosti samo da udovolji partneru, a bez svoje volje i želje za seksom.

Etiopatogenetski gledano, uzroci mogu biti brojni, od organskih (npr. hipotiroidizam), psiholoških i psihijatrijskih (npr. depresija), pa do jatrogenih (oralni kontraceptivi mogu uzrokovati gubitak seksualne želje). No nedostatak seksualne želje može biti posljedica interpersonalnih nesuglasica (npr. pokazatelj pasivne agresivnosti prema partneru, odraz narušenih partnerskih odnosa), ali i intrapsihičkih zbivanja (npr. obrana od nesvjesnih strahova vezanih za seksualnost). Treba napomenuti da gubitak seksualne želje može biti i prilagođeno ponašanje, kad su znatno narušeni odnosi s partnerom/partnericom. Od svih faza seksualnog ciklusa, kod poremećaja u području želje potrebno je dobro procijeniti strukturu ličnosti jer se kod seksualne želje mogu isprepletati različiti motivi (npr. osoba može imati smanjen libido, ali može i uz normalan libido, zbog strogog superega, izbjegavati seks ili zbog krivnje vezane za seksualni užitak izbjegavati seksualne teme). Također je bitno procijeniti objektivne odnose, koji imaju važnu ulogu pri motivaciji da se ulazi ili ne ulazi u seksualne odnose, te na koji se način u njih ulazi (Gabbard 1994).

Diferencijalnodijagnostički, važno je razlikovati gubitak seksualne želje od **aseksualnosti**. Aseksualnost nije seksualni poremećaj (disfunkcija), nego je trajno stanje, a neki ga smatraju i posebnom **seksualnom orijentacijom**. Aseksualne osobe nikada nisu

imale želju za seksom te im je seks nešto nevažno, nezanimljivo, bez čega bi mogli. No aseksualne su osobe i dalje zainteresirane za romantičnim vezama i bliskim interpersonalnim odnosima. Također, smanjenu želju valja razlikovati od **seksualne averzije**, pri kojoj osoba ne samo da nema želje za seksom već osjeća odbojnost, nelagodu i neugodu u seksualnim situacijama. Seksualnost im izaziva disfornične osjećaje i zbog toga je izbjegavaju. Nerijetko su osobe sa seksualnom averzijom doživjele seksualno zlostavljanje.

U **terapiji** se koristimo različitim psihološkim metodama, a obično terapiju započinjemo psihoeducacijom o samom poremećaju, te o psihologiji i fiziologiji spontane i reaktivne (reagibilne) želje, te o rodnim razlikama u seksualnoj želji (Arbanas 2016b). Nadalje, potrebno je osobu naučiti kako se opustiti vezano za seksualnost (zbog toga sve tehnike kojima se smanjuje anksioznost mogu imati pozitivan učinak na seksualnu želju). Od specifičnih tehnika primjenjuju se poticanje seksualnih fantazija, poticanje masturbacije i istraživanje svoga tijela i dodira, kao i istraživanje različitih podražaja (vidnih, njušnih, taktilnih, fantazijskih) koji mogu potaknuti seksualno maštanje i seksualnu aktivnost. U liječenju je bitna i dinamska komponenta, te psihodinamsko liječenje može biti usmjereno na traženje motiva da se seksualni nagon potisne ili izbjegne (Gabbard 1994).

70.3.2. Eretilna disfunkcija (erektalni poremećaj)

Eretilnu disfunkciju (ED) možemo definirati kao stanje pri kojemu muškarac ne može postići ili održati erekciju do završetka seksualne aktivnosti u više od 75 % slučajeva, i to dulje od šest mjeseci. Čak 20 % mladih muškaraca koji još nisu imali seksualni odnos ima anksiozna razmišljanja i strahovanja hoće li im se u prvom seksualnom odnosu dogoditi gubitak erekcije, a u oko 8 % slučajeva to se zaista i dogodi. No to nije eretilna disfunkcija jer je za dijagnozu erektalne disfunkcije potrebno da ona traje najmanje šest mjeseci.

Eretilna je disfunkcija rijetka u mlađoj životnoj dobi i ona se tipično pojavljuje u starijih muškaraca u kojih je vezana za određene tjelesne bolesti (npr. šećerna bolest, hipogonadizam, hipertenzija, ateroskleroza i sl.). U mlađih muškaraca (posebice u adolescenta) najčešće je riječ o **psihogenoj erektalnoj disfunkciji**. Obilježja psihogene ED jesu prisutnost jutarnjih erekcija (pri buđenju, koje su odsutne kod

ED-a organske etiologije), te mogućnost postizanja i održavanja erekcije u masturbaciji, kao i pojava disfunkcije uz jednu partnericu, a odsutnost uz drugu, te prisutnost spontanijih erekcija tijekom dana, kad se ne sudjeluje u seksualnim aktivnostima (Arbanas 2016b). Rjeđe će erektalna disfunkcija u mlađoj dobi biti odraz nekog organskog stanja (npr. Klinefelterov sindrom ili urođene anomalije arterija).

Terapijski postupci kod erektalne disfunkcije uključuju psihoeducaciju, umanjivanje anksioznosti, u pretilih smanjivanje tjelesne mase. U liječenju u odraslih osoba, nakon 18. godina, mogu se rabiti inhibitori fosfodiesteraze tipa 5 (v. detaljnije u drugim udžbenicima), koji mogu pomoći i kod psihogene erektalne disfunkcije jer muškarcu daju osjećaj da može postići erekciju. Važno je razjasniti da spomenuti lijekovi ne utječu na seksualnu želju i ne djeluju bez stimulacije. Poticanje masturbacije također umanjuje anksioznost (jer muškarac jasno vidi da može postići erekciju i da je s njim fizički sve u redu). Od drugih mogućnosti liječenja, na raspolaganju su seksualna terapija (preporučuje se partnerska terapija), te druge eventualne mjere (v. detaljnije u drugim udžbenicima) (Bancroft 2009). Psihodinamsko liječenje usmjereno je na liječenje anksioznosti koja je u pozadini ili mogućih drugih psihodinamskih motiva (Gabbard 1994).

70.3.3. Anorgazmija

Orgazmički poremećaj u žena ili anorgazmija jest nesposobnost doživljavanja orgazma ili znatno smanjen intenzitet orgazmičkih osjećaja uz adekvatnu stimulaciju. Anorgazmija je tipično seksualni poremećaj mlađih žena i rijedak je u žena srednje ili starije dobi. Uzroci mogu biti brojni, no vrlo često se spominje nemogućnost relaksacije i isključivanja. Naime, da bismo postigli orgazam, potrebno je isključiti više moždane funkcije, tj. analitički mozak. Osim toga, važno je procijeniti koristi li se žena adekvatnom stimulacijom. Neke žene preferiraju podraživanje klitoris, drugima je važnija stimulacija prednje vaginalne stijenke (tzv. G-točke), treće postižu orgazam stimulacijom analne sluznice, četvrte stimulacijom dojki.

U **terapiji** anorgazmije primjenjuju se različite psihološke tehnike kojima je svrha smanjiti anksioznost vezanu za seksualnost te pomoći ženi i djevojci da se tijekom seksualne aktivnosti opusti i pokuša uključiti što je moguće više uzbuđujućih podražaja (npr. vidni podražaji /stimulusi/, njušni podražaji, taktilni, igranje

uloga, maštarije i drugo) (Bancroft 2009). Također, vježbanje usmjerivanja na takve seksualne podražaje, uz isključivanje razmišljanja i promišljanja, može pomoći u postizanju više razine uzbuđenja, te na kraju i orgazma (Arbanas 2016b). Razvijanje pozitivnih stavova prema seksualnosti, uz uklanjanje osjećaja krivnje i straha povezanih sa seksualnošću, mogu olakšati ovaj problem. U **odrasloj dobi**, dakle u punoljetnika, jedino seksualno pomagalo registrirano za seksualne poremećaje žena namijenjeno je upravo liječenju anorgazmije, a riječ je o klitoralnom terapijskom uređaju koji stvara blagi vakuum i povećava protok krvi u klitoris. U liječenju orgazmičkih smetnji može se primjenjivati i psihodinamska psihoterapija, i to posebice kad postoji rezistencija na specifične seksološke tehnike ili kad postoji neki drugi poremećaj u podlozi (Gabbard 1994).

70.3.4. **Prijevremena ejakulacija**

Prijevremena ejakulacija jest ejakulacija koja se događa unutar jedne minute od vaginalne penetracije, uz muškarčevu nemogućnost da ejakulaciju odgodi i osjećaj patnje/distresa kod muškarca i/ili njegove partnerice. Ovo je seksualni poremećaj koji je jednake učestalosti u svim dobnim skupinama i najčešći je seksualni problem adolescenata. Kod težih oblika prijevremene ejakulacije muškarac ejakulira i prije penetracije (*ante portas*). Prijevremena ejakulacija najčešće je cjeloživotna te se sama od sebe neće popraviti, već će muškarac imati ovaj problem cijeli seksualni život. Ipak, poznato je da sve situacije koje povećavaju anksioznost pogoršavaju ovo stanje te je ono teže uz novu partnericu, nakon dulje apstinencije, u stanjima stresa i slično. Pri duljem trajanju prijevremene ejakulacije moguća je i pojava erektilne disfunkcije (muškarac se trudi imati što je moguće manji stupanj uzbuđenja, što dovodi do gubitka erekcije). Najvjerojatniji uzrok prijevremene ejakulacije jest promijenjena osjetljivost serotoninergičkih receptora.

Klinička vinjeta. Mladić od 17 godina javlja se zbog problema s prijevremenom ejakulacijom. Unatrag sedam mjeseci ima seksualne odnose s djevojkom s kojom je u vezi nešto manje od godine dana. Od prvog odnosa imao je problem da bi „svršio“ unutar pola minute od odnosa. U dvama slučajevima dogodilo mu se i da je „svršio“ prije nego što je penetrirao. Nadao se da će se to povući s vremenom, no tijekom spomenutih sedam mjeseci to se događa u svakom odnosu. Kad masturbira, tada može odgoditi ejakula-

ciju. U oralnom je seksu nešto bolje nego u vaginalnom, ali ipak mnogo brže ejakulira nego u masturbaciji. No nije toliko zabrinut oko oralnog seksa jer tada ne očekuje da bi djevojka trebala „svršiti“, dok mu je mnogo veći problem ovakva brza ejakulacija u vaginalnom seksu. S tim je mladićem započeta individualna seksualna terapija. Premda je bilo predloženo da dođe s djevojkom, on se nije osjećao spreman pozvati je da dođe u terapiju. Usporedo se radilo na nekoliko aspekata. Kao prvo, educiralo ga se o njegovom stanju te su mu objašnjene terapijske mogućnosti. Podučan je o nekim osnovnim tehnikama koje se mogu primjenjivati kod prijevremene ejakulacije (tehnika „stani – kreni“, što je vježbao kod kuće). U terapiji se radilo i na tome da tijekom seksa (masturbacije, oralnog seksa, vaginalnog seksa) pokuša prepustiti vlastitom psihičkom i tjelesnom osjećaju senzualnog i seksualnog uzbuđenja i pokuša ga pratiti kako bi mogao prepoznati koliko je blizu toga da ejakulira.

U **terapiji** se mogu primjenjivati određene tehnike (npr. masturbacija prije odnosa, određeni položaj u odnosu i druge metode). Od psiholoških tehnika korisnima su se pokazale **Semansova tehnika stiskanja** te posebice **tehnika „stani-kreni“** u kojoj se muškarca uči kako da prati razinu svoje seksualne uzbuđenosti i da prekine stimulaciju prije nego dosegne točku neminovnosti ejakulacije. Od farmakoterapijskih sredstava u odrasloj se dobi mogu rabiti lokalna sredstva, kao i inhibitori ponovne pohrane serotonina (v. detaljnije u drugim udžbenicima). Važno je napomenuti da ovi lijekovi, premda se preporučuju u svim europskim i hrvatskim smjernicama za liječenje prijevremene ejakulacije, zapravo nisu odobreni za ovu indikaciju, tako da je riječ o *off-label* primjeni, a također smiju se primjenjivati tek nakon 18. godine (Arbanas et al. 2016).

70.3.5. **Odgođena ejakulacija**

Odgođena ejakulacija suprotnost je prijevremenoj ejakulaciji, tj. muškarac ne može postići orgazam ili ga postiže vrlo teško. U blažim slučajevima može postići orgazam i ejakulaciju pri masturbaciji, ali ne i u odnosu, a u težim slučajevima ne može postići ejakulaciju ni na koji način. Važno je razlikovati odgođenu ejakulaciju od retrogradne ejakulacije, pri kojoj dolazi da ulaska sperme u mokraćni mjehur, pa muškarac ne ejakulira izvan tijela. Katkad uzrok odgođene ejakulacije u odnosu može biti idiosinkratičan način masturbiranja (npr. muškarac masturbira tarući se o tvrdi predmet, a ne rukom), te je u odnosu teško izazvati istu vrstu sti-

mulacije. Osim toga, izrazito učestala uporaba pornografskih specifičnih sadržaja može uvjetovati muškarca da mu u seksualnom odnosu stupanj uzbuđenja nije dostatan za orgazam (Bancroft 2009).

U **terapiji** odgođene ejakulacije primjenjuju se (psiho)seksualna terapija, igranje uloga, učenje novih tehnika masturbacije te druge mjere. Kad se rabe psihodinamske tehnike, one će biti usmjerene na tražanje za motivacijom za ovakvim ponašanjem, kao i na objektivne odnose (Gabbard 1994).

70.3.6. Poremećaj s genitalno-zdjelničnim bolom / bolom pri penetraciji

Bol vezan uz seksualnu aktivnost još se naziva dispareunijom, te može biti različitih uzroka. Učestalost dispareunije relativno je velika, posebice u žena i adolescentica. Specifičan oblik bolnih odnosa jest vaginizam, pri kojemu se pojavljuju nevoljna stezanja vanjskih mišića rodnice (vagine), zbog čega je onemogućena penetracija penisom, a u težim oblicima i drugim predmetima (npr. prstom, tamponom, spekulima). Vaginizam je ne tako rijetko stanje u mlađih žena i može biti razlog za nekonzumirani brak ili neplodnost. U svakom slučaju bola vezanog uz seksualni odnos bitno je isključiti moguće organske uzroke i ne proglašiti ih psihološkim, bez adekvatne dijagnostike i suradnje s ginekologom (Arbanas 2016b).

U **terapiji** vaginizma primjenjuju se različite tehnike kojima se ženu prvo nastoji naučiti relaksaciji i istraživanju svojih genitalija u sigurnom okruženju (Bancroft 2009). Kod dispareunije koja nije tipa vaginizma preporučuje se poticanje što je moguće većega stupnja uzbuđenja istraživanjem različitih oblika stimulacije, primjenom *mindfulness* tehnika i kognitivno-bihevioralnih tehnika usmjerenih na bol, te eventualno druge mjere. Kod uporne dispareunije koja ne reagira na bihevioralne metode uputno je i psihodinamsko liječenje, slično liječenju poremećaja sa smanjenom/odsutnom seksualnom željom, te anksioznim i afektivnim poremećajima.

70.4. Upute za roditelje/nastavnike

- ✓ Bez obzira na svekoliki napredak u posljednjem stoljeću u različitim pogledima, čini se da su pitanja seksualnosti u našem društvu i dalje tabuizirana.

- ✓ Normalno je da djeca istražuju svoje tijelo tijekom svojeg razvoja te da diraju svoje spolovilo. Roditeljska reakcija na te aktivnosti ima važnu ulogu u djetetovu razvoju.
- ✓ Dijete treba podučiti da aktivnosti sa svojim spolovilom tijekom vremena treba provoditi na prikladnom mjestu, u intimi, i kod svoje kuće te da to nije prihvatljivo raditi pred drugima, npr. u vrtiću.
- ✓ Vršnjačke igre sa spolovilom u predškolske djece također ne treba odviše precjenjivati.
- ✓ Adolescenti također mogu imati seksualne disfunkcije, slično kao i odrasle osobe.

70.5. Često postavljena pitanja

■ **PITANJE:** Treba li se zabrinuti zbog jednogodišnjega djeteta koje se zabavlja svojim spolovilom i pri tom, čini se, uživa?

ODGOVOR: Ne treba se zabrinjavati. Djeca diraju i istražuju svoje tijelo i pri tome otkrivaju da podraživanje određenih dijelova tijela izaziva ugodu. Posebice se tomu prepuštaju kad im je dosadno ili kad ih nešto smeta ili boli, jer na ovaj način umanjuju nelagodu. Za dijete to još nema seksualno značenje.

■ **PITANJE:** U vrtiću pedagozi imaju djevojčicu koja masturbira tako da se tare o rub stola ili stolca i tako provodi nekoliko minuta. Katkad to zabavlja drugu djecu, koja je promatraju. Kako postupiti u tom slučaju?

ODGOVOR: Bilo bi dobro djevojčici objasniti da je primijećeno to što radi te joj napomenuti da nam tijelo može izvati jako lijepe osjećaje, pa zato neke stvari i ponavljamo. Međutim, određeni se dijelovi tijela ne pokazuju drugim ljudima, a isto tako neke stvari radimo samo kad smo sami (npr. mokrimo u zahodu). Razjasnit ćemo joj da je to što radi u redu, ali da to treba raditi kad je nitko ne gleda, najbolje kod kuće.

■ **PITANJE:** Je li uobičajeno da se djeca igraju doktora, npr. brat i sestra od 9 i 7 godina, pokazuju jedno drugomu spolovilo?

ODGOVOR: Dječje igre doktora, mame i tate, vrlo su česte, pa tako i među braćom i sestrama. Otprilike trećina odraslih ljudi potvrđuje da su se na taj način igrali kao djeca. Ovo je samo igra i ne treba joj pridavati preveliko značenje. Znakovi da nešto treba učiniti

jesu velika dobna razlika, kad jedno dijete prisiljava drugo na ovakvu igru i na uporno ponavljanje takve igre, i to tijekom duljeg razdoblja.

■ PITANJE: Što je to specifična seksualna terapija?

ODGOVOR: To je terapija koja integrira različite aspekte, naime, ima neke elemente bihevioralne, kognitivne i psihodinamske terapije, ali istodobno ima i svoje posebnosti, zapravo, nema unificirane teorije. U većini europskih i sjevernoameričkih zemalja seksualna terapija smatra se terapijom za sebe, odnosno jednostavna bi definicija bila da se bavi seksom. Seksualna se terapija može primjenjivati i u adolescenata jer su u većini zemalja (a tako i u Hrvatskoj) seksualni odnosi označeni kao nešto normalno i legalizirano u adolescenata nakon 15 godina. Seksualna terapija može biti individualna, a može uključivati i partnera/partnericu.

70.6. Pitanja

- 1 Navedite razliku između seksualnosti od psihoanalitičara, od kognitivno bihevioralne teorije te od seksualnih terapeuta.
- 2 Navedite podjelu seksualnih disfunkcija, prema DSM-5.
- 3 Navedite faze ciklusa seksualnog odgovora.
- 4 Navedite dijagnostiku seksualnih disfunkcija.
- 5 Navedite terapijske principe seksualnih disfunkcija.
- 6 Navedite što je to specifična seksualna terapija.

70.7. LITERATURA

1. *Američka psihijatrijska udruga*. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje. 5 izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
2. *Arbanas G*. Razvoj rodnog identiteta i seksualne orijentacije. Zaštita prava djece i mladih na seksualno zdravlje. Zbornik radova s interdisciplinarnog znanstveno-stručnog skupa. Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2016, str. 26-36.
3. *Arbanas G*. Seksualni život i zdravlje. U: Buljan D, ur. Konzultativno-suradna psihijatrija. Vodič za dijagnostiku i liječenje psihičkih smetnji u somatskoj medicini. Zagreb: Naklada Slap; 2016, str. 342-58.
4. *Arbanas G, Jurin T, Mozetič V i sur.* Prve hrvatske smjernice za dijagnostiku, liječenje i praćenje osoba s prijevremenom ejakulacijom. *Liječ Vjesn* 2016;138:321-327.
5. *Bancroft J*. Human Sexuality and its Problems. Edinburgh: Elsevier; 2009.
6. *Baumeister RF*. Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychol Bull* 2000;126:347-374.
7. *Beier KM*. Sexualitaet und Geschlechtsidentitaet- Entwicklung und Stoerungen. U: Fegert JM, Eggers C, Resch F. Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. Heidelberg: Springer-Verlag; 2012, str. 735-84.
8. *Binik YM, Meana M*. The future of sex therapy: specialization or marginalization? *Arch Sex Behav* 2009;38(6): 1016-27.
9. *Bogaert AF, Friesen C, Klentrou P*. Age at puberty and sexual orientation in a national probability sample. *Arch Sex Behav* 2002;31:67-75.
10. *Brakefield TA, Mednick SC, Wilson HW i sur.* Same-sex sexual attraction does not spread in adolescent social networks. *Arch Sex Behav* 2014;43(2):335-344.
11. *Cate RM, Long E, Angera JJ i sur.* Sexual intercourse and relationship development. *Fam Relat* 1993;42:158-164.
12. *Cavazos-Rehg PA, Spitznagel EL, Buchholz KK i sur.* Predictors of sexual debut at age 16 or younger. *Arch Sex Behav* 2010;39:664-673.
13. *Diamond LM, Butterworth M*. Questioning gender and sexual identity: dynamic links over time. *Sex Roles* 2008; 59(5):365-376.
14. *Fausto-Sterling A*. The dynamic development of gender variability. *J Homosex* 2012;59:398-421.
15. *Friedrich WN, Ficher J, Broughton D i sur.* Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics* 1998;101:E9.
16. *Gabbard GO*. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington: American Psychiatric Press, Inc.; 1994.
17. *Galenson E, Roiphe H*. The emergence of genital awareness during the second year of life. U: Friedman RC, Richart RM, Vande Wiele RL, ur. Sex difference in behavior. New York: John Wiley & Sons; 1974, str. 223-31.
18. *Garcia-Falgueras A, Swaab DF*. Sexual hormones and the brain: an essential alliance for sexual identity and sexual orientation. *Endocr Dev* 2010;17:22-35.
19. *Gibson LE*. Erin's law: preventing child sexual abuse through education. *J Legal Educ* 2015;44:263-271.
20. *Halpern CT, Udry JR, Campbell B i sur.* Testosterone and pubertal development as predictors of sexual activity: a panel analysis of adolescent males. *Psychosom Med* 1993; 55:436-447.
21. *Herdt G, McClintock M*. The magical age of 10. *Arch Sex Behav* 1973;29:587-606.
22. *Higgins Ja, Trussell J, Moore NB i sur.* Virginity lost, satisfaction gained? Psychological and psychological sexual satisfaction at heterosexual debut. *J Sex Res*, 2010;47: 384-394.
23. *Holmqvist K, Frisen A*. Body dissatisfaction across cultures: findings and research problems. *Eur Eat Disord Rev* 2010; 18(2):133-146.