

*Του Ευάγγελου Κουσιάδη*

## Α' ΜΕΡΟΣ

Όταν μιλάμε για **ψυχοπαθολογία της σεξουαλικότητας**, αναφερόμαστε ουσιαστικά στις **σεξουαλικές δυσλειτουργίες** που σχετίζονται με τη **σεξουαλική πράξη και τη σεξουαλική επιθυμία** και στις **σεξουαλικές διαταραχές** όπως ο **εθισμός στην πορνογραφία, η παιδοφιλία, η ηδονοβλεψία, οι ακραίες σαδομαζοχιστικές πρακτικές, η διαταραχή ταυτότητας του γένους κ.α.** που σχετίζονται με ένα γενικότερο πλαίσιο σεξουαλικής ζωής, προσωπικότητας και συμπεριφοράς, που ξεπερνά τον απλό συσχετισμό με τη σεξουαλική πράξη αυτή καθαυτή. Σε αυτό το πρώτο μέρος του άρθρου, θα ασχοληθούμε με το κομμάτι των σεξουαλικών δυσλειτουργιών.

Ο όρος «**σεξουαλικές δυσλειτουργίες**» χρησιμοποιείται ως μία κλινική έννοια, για να υποδηλώσει μία σειρά **διαταραχών** που παρεμβαίνουν και παρεμποδίζουν την ομαλή σεξουαλική συμπεριφορά και λειτουργία τόσο των **ανδρών** όσο και των **γυναικών**. Οι διαταραχές αυτές μπορεί να είναι είτε **οργανικής υφής** (αποτέλεσμα βιοχημικών, νευρογενών και ενδοκρινικών παραγόντων) είτε να έχουν ψυχογενή προέλευση –να συνδέονται δηλαδή με στρεσογόνους παράγοντες και υψηλά επίπεδα άγχους, που σχετίζονται κυρίως με το άγχος επίδοσης για την τέλεση της σεξουαλικής πράξης ( Βαιδάκης, 2005).

Οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες φαίνεται να αποτελούν την κατηγορία των ψυχολογικών διαταραχών που εμφανίζεται περισσότερο συχνά στο γενικό πληθυσμό και απασχολούν έντονα και τα δύο φύλα ( Spector & Carey, 1990). Σε μία μεγάλη έρευνα που έλαβε χώρα στις ΗΠΑ, κατεδείχθη πως το **31% των ανδρών και το 43% των γυναικών** αντιμετωπίζουν κάποιο είδος σεξουαλικής δυσλειτουργίας στη ζωή τους (Heiman, 2002 Laumann et al., 1999).

Οι **σεξουαλικές δυσλειτουργίες** σχετίζονται στενά με το θέμα της **σεξουαλικής διέγερσης και της σεξουαλικής ανταπόκρισης.**

Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές (Kaplan, 1974 Masters & Johnson, 1970), η ανθρώπινη σεξουαλική αντίδραση είναι σαν ένας κύκλος, ο οποίος περιλαμβάνει τέσσερις κύριες φάσεις: την **επιθυμία, τη διέγερση, τον οργασμό και τη φάση της αποκατάστασης ή χαλάρωσης.**

Οι

**σεξουαλικές δυσλειτουργίες παρεμβαίνουν**

ανασχετικά σε μία ή περισσότερες από τις τρεις παραπάνω φάσεις και επηρεάζουν ανάλογα τη σεξουαλική συμπεριφορά.

Οι πρωτοπόροι ερευνητές στον τομέα της ανθρώπινης σεξουαλικότητας και συμπεριφοράς **Masters & Johnson**

( 1970) είχαν κατηγοριοποιήσει τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες

**στους μιν**

**άντρες σε ανικανότητα,**

**πρόωρη εκσπερμάτιση, όψιμη εκσπερμάτιση,**

ενώ

**στις δε γυναίκες, η αντίστοιχη κατηγοριοποίηση αφορούσε την διαταραχή του οργασμού, τον κολπικό σπασμό και την δυσπαρέυνεια.**

Ωστόσο η Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία μέσω του DSM-IV (1994), επιχείρησε να διευρύνει τις κατηγορίες των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, ώστε να περιλαμβάνουν ένα πιο ευρύ κλινικό πλαίσιο, το οποίο έχει ως εξής:

**1) Διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας :** α) Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία (τόσο για σεξουαλικές φαντασιώσεις, όσο και για την ίδια τη σεξουαλική δραστηριότητα) και β) σεξουαλική αποστροφή (αποφυγή της σεξουαλικής επαφής).

**2) Διαταρχές της σεξουαλικής διέγερσης :** α) Διαταραχή γυναικείας σεξουαλικής διέγερσης (αδυναμία επίτευξης ή διατήρησης επαρκούς λίπανσης-εξοίδησης ως απάντηση στη σεξουαλική διέγερση, β) Διαταραχές στύσης (αδυναμία επίτευξης ή διατήρησης επαρκούς στύσης).

**3) Διαταραχές οργασμού :** α) Γυναικεία οργασμική διαταραχή ( επίμονη καθυστέρηση ή απουσία οργασμού μετά τη φάση της σεξουαλικής διέγερσης για τη γυναίκα), β) Ανδρική οργασμική διαταραχή (επίμονη καθυστέρηση ή απουσία οργασμού μετά τη φάση της σεξουαλικής διέγερσης για τον άντρα), γ) Πρόωρη εκσπερμάτιση (επίμονη κι επαναλαμβανόμενη εκσπερμάτιση με ελάχιστο σεξουαλικό ερεθισμό πριν ή λίγο μετά τη διείσδυση, ενάντια στη θέληση του ατόμου).

**4) Διαταραχές με πόνο κατά τη σεξουαλική πράξη:** α) Δυσπαρέυνεια (επίμονος πόνος είτε στον άνδρα είτε στη γυναίκα κατά τη συνουσία), β) Κολπικός σπασμός (επίμονος μυϊκός σπασμός του κόλπου, που εμποδίζει τη συνουσία).

**5) Άλλες σεξουαλικές διαταραχές** (μη προσδιοριζόμενες αλλιώς).

Αναφορικά με τον τρόπο έναρξης, οι **σεξουαλικές δυσλειτουργίες** κατηγοριοποιούνται ως εξής:

**α) πρωτογενείς**

, όταν οι δυσλειτουργίες εμφανίζονται από την έναρξη της σεξουαλικής ζωής, β) δευτερογενείς, όταν οι δυσλειτουργίες εμφανίζονται μετά από ένα χρονικό διάστημα όπου η σεξουαλική λειτουργία υπήρξε χωρίς προβλήματα, ενώ αναφορικά με τον τρόπο που εμφανίζονται και εκδηλώνονται οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες κατηγοριοποιούνται σε: α) γενικευμένες, όταν οι διαταραχές καλύπτουν όλο το φάσμα της σεξουαλικής συμπεριφοράς και

**β) ευκαιριακές,**

όταν οι διαταραχές εκδηλώνονται σε ορισμένες συνθήκες, με ορισμένους μόνο ερωτικούς συντρόφους (πχ. πόρνες), ενώ στις υπόλοιπες περιστάσεις το άτομο λειτουργεί ομαλά (Ασκητής κ.α., 2009).

Σύμφωνα με τις περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες και έρευνες, η **πιο συχνή σεξουαλική δυσλειτουργία στους άντρες είναι η πρόωρη εκσπερμάτιση**, η οποία κυμαίνεται από 1-75% στον ανδρικό πληθυσμό (Metz et al., 1997). Άλλες έρευνες καταδειχνουν πως η διαταραχή σττυτικής δυσλειτουργίας φαίνεται να είναι η δεύτερη πιο

συχνή σεξουαλική διαταραχή, που εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 10-20% του ανδρικού πληθυσμού (Simons & Carey, 2001).

Όσον αφορά τι επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με τη **συχνότητα εμφάνισης των σεξουαλικών ν δυσλειτουργιών ν στις γυναίκες,**

οι δύο πιο συχνές διαταραχές είναι η

**έλλειψη σεξουαλικής επιθυμίας και η διαταραχή του οργασμού**

. Σε μία πιο παλιά

μελέτη των Kinsey et al (1950), αναφέρθηκε ότι το 30% του συνόλου των γυναικών του δείγματος δεν είχε παρουσιάσει καθόλου οργασμό. Το ίδιο ποσοστό εξακολουθούν να δείχνουν κι άλλες μελέτες αναφορικά με το γενικό γυναικείο πληθυσμό (Kaplan & Sadock, 1988).

Για την αιτιολόγηση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, διάφορες θεωρίες έχουν επιχειρήσει να αποσαφηνίσουν τους μηχανισμούς που προκαλούν σεξουαλικά προβλήματα, εμπλέκοντας βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες.

## ΟΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

**Σύμφωνα με το βιολογικό- αιτιοπαθογενετικό μοντέλο,** οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες συνδέονται άρρηκτα με τη λειτουργία και δράση ορισμένων ορμονών

**(τεστοστερόνη, προλακτίνη, οιστρογόνα)**

. Επομένως, διάφορες μεταβολές στα επίπεδα των παραπάνω ορμονών μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές επιπτώσεις στη σεξουαλική λειτουργία και των δύο φύλων (Davis, 2001). Το βιολογικό μοντέλο ακόμα, συνδέει τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες με ορισμένες οργανικές-παθολογικές καταστάσεις

**(σακχαρώδης διαβήτης, φλεγμονές του ουροποιο-γεννητικού συστήματος)**

καθώς και με την τοξίκωση που προέρχεται από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών

(αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωσικά, ηρεμιστικά) ή ακόμα και ναρκωτικών ουσιών (ηρωίνη, κοκαΐνη), οι οποίες επεμβαίνουν ανασχετικά στα κέντρα του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη σεξουαλική συμπεριφορά (Segraves, 1995).

Πέρα από την επίδραση των βιολογικών παραγόντων, **το κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον ασκεί επίσης μία σημαντική επίδραση στη διαμόρφωση σεξουαλικών ν προτύπων και κωδικών ν σεξουαλικής συμπεριφοράς**

. Για παράδειγμα, επειδή η σύγχρονη κοινωνία εξισώνει απροκάλυπτα τη **σεξουαλική έλξη και επίδοση με τη νεότητα,**

πολλοί ηλικιωμένοι- ή και μεσήλικες -άντρες και γυναίκες χάνουν το ενδιαφέρον τους- σε σημείο παραίτησης από τη σεξουαλική ζωή- για το σεξ και τις ερωτικές σχέσεις, καθώς η αυτοεκτίμηση τους επηρεάζεται άμεσα από τα νεανίζοντα και υπερσεξουαλικά πρότυπα του κοινωνικοπολιτιστικού περιβάλλοντος, με αποτέλεσμα την εμφάνιση όλο και πιο έντονων σεξουαλικών δυσλειτουργιών

( LoPiccolo, 2004). Αυτή

όμως η

**αποθέωση της υπερσεξουαλικότητας, επηρεάζει εξίσου και τις νεαρές ηλικίες**

, δημιουργώντας ανεδαφικά πρότυπα σεξουαλικής επίδοσης και συναισθηματικές-ερωτικές προσδοκίες που ελάχιστη σχέση

έχουν με την πραγματικότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση κάποιας σεξουαλικής δυσλειτουργίας από τις νεαρές ακόμα ηλικίες (LoPiccolo, 1995).

## ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Όσον αφορά τις ψυχολογικές θεωρίες, **το Ψυχαναλυτικό μοντέλο** θεωρεί τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες ως το

**ποτέλεσμα τραυματικών ν εμπειριών ν**

της πρώιμης παιδικής ηλικίας και της μη ικανοποιητικής διευθέτησης του Οιδιπόδειου Συμπλέγματος- το οποίο συσχετίζεται με το άγχος ευνουχισμού και αυτός ο φόβος μεταφέρεται ασυνείδητα στη μετέπειτα σεξουαλική ζωή των ανδρών- και του

Συμπλέγματος της Ηλέκτρας- για τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες των γυναικών. Η Ψυχαναλυτική άποψη υποστηρίζει επίσης ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες υποκρύπτουν **ασυνείδητη επιθετικότητα του ενός φύλου προς το άλλο**

-πχ. η πρόωρη εκσπερμάτιση και η στυτική δυσλειτουργία των ανδρών ως

παθητικο-επιθετική συμπεριφορά προς τις γυναίκες και ο κολεόσπασμος, η δυσπαρέυνεια και η ανοργασμικότητα των γυναικών ως συμπεριφορά εκδήλωσης του φθόνου του πέους

προς τους άνδρες.

Η **ψυχολογική θεωρία της σχολής Gestalt** αναφέρει πως οι **σεξουαλικές δυσλειτουργίες προκύπτουν από τα άλυτα-αρνητικά συναισθήματα** που κουβαλούν οι σύντροφοι στις διαπροσωπικές και ερωτικές τους σχέσεις και από την αδυναμία τους να τα αναγνωρίσουν και να τα μοιραστούν μεταξύ τους (Βαϊδάκης, 2005). Οι Συμπεριφορικές προσεγγίσεις από την άλλη, διατυπώνουν την άποψη ότι οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι το αποτέλεσμα μαθημένης εμπειρίας (εξαρτημένη μάθηση) από προηγούμενες επώδυνες εμπειρίες αποτυχίας, που ενισχύουν το φόβο επανάληψής τους (Comer, 2008).

Η θεωρία της **Γνωσιακής προσέγγισης** υποστηρίζει πως οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες είναι το **αποτέλεσμα αρνητικών και δυσλειτουργικών σκέψεων,** πεποιθήσεων και γνωστικών σχημάτων που επηρεάζουν αρνητικά τη σεξουαλική ζωή. **Πολλά άτομα με σεξουαλικά προβλήματα έχουν μια τελείως διαστρεβλωμένη γνωστική εικόνα του εαυτού, του συντρόφου τους και της σεξουαλικότητάς τους.** (Ασκητής κ α., 2009 Βαϊδάκης, 2005).

Η Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στοχεύει στην ανακατασκευή των δυσλειτουργικών και αρνητικών γνωστικών σχημάτων και πεποιθήσεων και την αντικατάστασή τους με πιο υγιή, λειτουργικά και ρεαλιστικά γνωστικά πρότυπα, ώστε το άτομο να έχει μία σαφή και θετική αίσθηση της σεξουαλικότητάς του, η οποία θα τροποποιήσει και τη μαθημένη δυσλειτουργική- σεξουαλική συμπεριφορά (Comer, 2008).

## Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αναφορικά με τις πιο διαδεδομένες –σε συχνότητα εμφάνισης στους άνδρες και τις γυναίκες- Σεξουαλικές Διαταραχές, η **Γνωσιακή Θεραπεία** στοχεύει στα εξής αποτελέσματα:

**A) Στη Διαταραχή της Στύσης, που αποτελεί την πιο διαδεδομένη σεξουαλική**

**διαταραχή** στους άνδρες κυρίως άνω των 35 ετών, **η Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία στοχεύει στην ανακατασκευή**

των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων του πάσχοντος, καθώς ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν πως η συγκεκριμένη διαταραχή συνδέεται- σε πολλές περιπτώσεις- με **παρα πολύ αυστηρές και άκαμπτες θρησκευτικές αντιλήψεις**, οι οποίες δημιουργούν λαθεμένες και στρεβλές ιδέες γύρω από τη σεξουαλικότητα και την ερωτική πράξη, η οποία στο μυαλό του πάσχοντος φαντάζει σαν κάτι το «βρώμικο» και ανήθικο.

**Έτσι, ο Γνωσιακός θεραπευτής στοχεύει** στο να μειώσει - γνωσιακά - τη θρησκευτική ένταση και βαρύτητα αυτών των πεποιθήσεων, και να οδηγήσει τον ασθενή στην υιοθέτηση και αποδοχή πιο λειτουργικών αντιλήψεων γύρω από τη σεξουαλικότητα. Οι έρευνες εξάλλου έχουν καταδείξει πως οι στρεβλές και αυστηρές θρησκευτικές αντιλήψεις γύρω από τη σεξουαλικότητα δημιουργούν **βαθιά και έντονα συναισθήματα ενοχής στον άνδρα**, με αποτέλεσμα την έλλειψη διέγερσης πριν τη σεξουαλική πράξη και ως αναπόφευκτη συνέπεια την

**εμφάνιση της στυτικής δυσλειτουργίας**

(  
LoPiccolo  
, 2004). Επομένως, η

**Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία θα στοχεύσει στη μείωση του ενοχικού συναισθήματος**

και στην ηθική αποφόρτιση της σεξουαλικής επαφής – μέσα από τη Γνωσιακή αμφισβήτηση αρχικά και τη μετέπειτα Γνωσιακή αναδόμηση του συστήματος πεποιθήσεων του πάσχοντος (Βαϊδάκης, 2005  
Comer, 2008).

**Άλλες έρευνες καταδεικνύουν ως δεύτερη πιο συχνή αιτία της στυτικής δυσλειτουργίας** την έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης γύρω από τα σεξουαλικά ζητήματα.

**Πολλοί άνδρες**, μη γνωρίζοντας τα επίπεδα και τις φάσεις της σεξουαλικής διέγερσης τόσο της δικής τους όσο και της συντρόφου τους και αγνοώντας βασικές πληροφορίες για τους **μηχανισμούς της σεξουαλικότητας**,

μπαίνουν σε μία διαδικασία άγχους για τη σεξουαλική τους επίδοση, με αποτέλεσμα να εστιάζουν υπερβολικά στο αποτέλεσμα της σεξουαλικής πράξης και στη διαδικασία τη σεξουαλικής επαφής αυτής καθεαυτής **(ο ρόλος του θεατή)**.

Αυτή όμως η **αγχωτική εμμονή**

, μειώνει τα επίπεδα διέγερσης και αιμάτωσης του ανδρικού -σεξουαλικού οργάνου, με αναπόφευκτη συνέπεια την

**εμφάνιση της στυτικής δυσλειτουργίας**

(Βαϊδάκης, 2005

Weistheimer

&

Lopater

, 2005).

Ο ασθενής έτσι μπαίνει σε ένα διαρκή φαύλο κύκλο:

**άγνοια/έλλειψη πληροφόρησης ----- άγχος απόδοσης ----- φόβος  
αποτυχίας-----ρόλος θεατή----- στυτική δυσλειτουργία ----- άγχος  
απόδοσης**

(Βαϊδάκης, 2005

Comer, 2008

Heiman

&

Heard

-

Davison

, 2004). Οι πιο

**συνήθειες αυτόματες σκέψεις**

σε αυτή την περίπτωση περιστρέφονται γύρω από την επιτακτικότητα της καλής στύσης, όπως

**«πρέπει σε κάθε σεξουαλική επαφή να έχω στύση αλλιώς είμαι ανίκανος» ή «δεν είμαι αρκετά άνδρας αν δεν έχω στύση».**

Κατά συνέπεια, η **Γνωσιακή θεραπεία στοχεύει στη δημιουργία** ενός εκπαιδευτικού και ενημερωτικού πλαισίου (ένα βήμα που χρησιμοποιείται σε όλες τις σεξουαλικές διαταραχές), με σκοπό την ενημέρωση και επιμόρφωση του ασθενή γύρω από την φυσιολογία της σεξουαλικότητας, τη σεξουαλική ανατομία και λειτουργία των γεννητικών οργάνων, καθώς και τα στάδια της σεξουαλικής διέγερσης που διαμεσολαβούν το μηχανισμό της στύσης. Με αυτόν τον τρόπο, επιχειρείται να σπάσει ο φαύλος κύκλος που αναφέρθηκε πιο πάνω και ο οποίος βασίζεται στην έλλειψη πληροφόρησης γύρω από τα σεξουαλικά θέματα.

Στη συνέχεια, **επιχειρείται μία ανακατασκευή των συνηθισμένων**

**αρνητικώ ν-αυτόματων σκέψεων για το θέμα της στύσης**

, όπου ο ασθενής, έχοντας λάβει κάποιες βασικές γνώσεις γύρω από τους μηχανισμούς της στυτικής λειτουργίας, θα μπορέσει να συνειδητοποιήσει πως ο αρνητικός και άκαμπτος χαρακτήρας των σκέψεων του επηρεάζει στο μέγιστο βαθμό τη σεξουαλική του απόδοση και λειτουργία. Έτσι, στις αυτόματες σκέψεις

«πρέπει σε κάθε σεξουαλική επαφή να έχω στύση αλλιώς είμαι ανίκανος», και «δεν

**είμαι αρκετά άνδρας αν δεν έχω στύση»,**



θα μάθει (και κατ'αυτόν τον τρόπο θα απαντάει στη σκέψη του) ότι:

**α) μία διαταραχή της στύσης**

δεν συνεπάγεται σεξουαλική ανικανότητα,

**β) δεν είναι απαραίτητο ούτε υποχρεωτικό να υπάρχει στύση**

σε κάθε σεξουαλική επαφή,

**γ) η έννοια του ανδρισμού περιλαμβάνει**

πολλές άλλες σημαντικές παραμέτρους πέρα από τη στυτική λειτουργία και

**δ) η σεξουαλική επαφή δεν εξαρτάται**

τόσο από τη στύση όσο από τη ψυχική διάθεση και το τι σκέφτεται το άτομο εκείνη τη στιγμή (Βαϊδάκης, 2005

Comer, 2008

Simons & Carey, 2001).

**Επιπροσθέτως, η Γνωσιακή θεραπεία** χρησιμοποιεί και την συμπεριφορική τεχνική του **Αισθησιακού Εστιασμού**

για την αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας. Η τεχνική αυτή βασίζεται στον

**αμοιβαίο, αισθησιακό, αλλά όχι σεξουαλικό ερεθισμό των σωμάτων**

των δύο συντρόφων-χωρίς όμως τη συμμετοχή των γενετήσιων περιοχών- και στον

αποκλεισμό της σεξουαλικής συνεύρεσης για κάποιο χρονικό διάστημα. Με αυτή την τεχνική μειώνεται το άγχος της σεξουαλικής επίδοσης και ο φόβος της αποτυχίας και ο άνδρας

παραίτηται από τον ρόλο του θεατή (

Bach

et

al

., 2001

Βαϊδάκης, 2005).

**Β) Στην πρώιμη εκσπερμάτιση**, που αποτελεί την πιο συχνή σεξουαλική Διαταραχή

στους νέους-ηλικιακά- άνδρες, και σύμφωνα με το Γνωσιακό μοντέλο,

μη ρεαλιστικές προσδοκίες σε συνδυασμό με το ά

**γχος επίδοσης**

**και εμπειρίες της πρώιμης σεξουαλικής ζωής**

όπου η γρήγορη εκσπερμάτιση μαθεύτηκε και αποθηκεύτηκε μνημονικά ως ο βασικός τρόπος σεξουαλικής συμπεριφοράς, εμπλέκονται στη συγκεκριμένη διαταραχή (

Βαϊδάκης, 2005

Heiman

&

Heard

-

Davison

, 2004).

Οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες έχουν να κάνουν με τη σεξουαλική επίδοση και την ποιότητα

της σεξουαλικής επαφής.

**Χαρακτηριστικές αυτόματες σκέψεις είναι οι εξής: « Πρέπει να τελειώ σω όσο γίνεται πιο αργά», «Αν τελειώ σω γρήγορα θα δυσανασχετήσω», «Αν δεν την φέρω σε οργασμό-τελειώ νοντας γρήγορα-δε θα είμαι καλός εραστής».**

Η

Γνωσιακή θεραπεία στοχεύει στο να καταλάβει –γνωσιακά- ο νεαρός πάσχων, ότι η ποιότητα της συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στο ζευγάρι προηγείται της ποιότητας της σεξουαλικής επαφής .

**Στη συνέχεια, θα καταδειχθεί πως με τις παραπάνω ανεδαφικές-αυτόματες σκέψεις χτίζεται ο φαύλος κύκλος του φόβου αποτυχίας, ο οποίος ισχύει κατά τον ίδιο τρόπο όπως περιγράφηκε και στη περίπτωση της στυτικής δυσλειτουργίας και ταυτόχρονα συντηρείται κι ενισχύεται ο μύθος και το πρότυπο του**

**«τέλειου εραστή»**

(με τα συνεχή «πρέπει» που κυριαρχούν στις σκέψεις), δημιουργώντας έτσι το «ρόλο του θεατή» στον άνδρα,

εγλωβίζοντας

τον σεξουαλικά, και παραβλέποντας τις γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις της σεξουαλικής σχέσης. (Rosen & Leiblum, 1995). Επιπλέον, η

**Γνωσιακή θεραπεία χρησιμοποιεί και συμπεριφορικές τεχνικές όπως την τεχνική «σταμάτα-ξεκίνα», την τεχνική της συμπίεσης και τις ασκήσεις Kegel.**

Οι εν λόγω τεχνικές αποσκοπούν στο να μάθει ο άνδρας να ελέγχει βουλητικά την εκσπερμάτισή του και να την παρατείνει για όσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Με αυτές τις τεχνικές, ο βουλητικός έλεγχος μαθαίνεται να εξασκείται ουσιαστικά στο στάδιο ανάμεσα στο σεξουαλικό ερεθισμό, τη διέγερση και το προ-εκσπερματικό στάδιο (λίγο πριν τη σεξουαλική κορύφωση, ο άνδρας μαθαίνει να αναστέλλει τον οργασμό του) (Ασκητής κ.α., 2009).

**Γ) Στη Διαταραχή του γυναικείου οργασμού-μία από τις πλέον διαδεδομένες σεξουαλικές διαταραχές - οι έρευνες καταδεικνύουν ότι πολύ συχνά συνοδεύεται και από μία άλλη σεξουαλική διαταραχή, αυτή του **κολεόσπασμου****

(Ασκητής κ.α., 2009

Rosen & Leiblum, 1995). Οι αρνητικές γνωσίες που βρίσκονται πίσω από αυτές τις δύο διαταραχές έχουν να κάνουν με

**μια γενικευμένη-αρνητική εικόνα για το σεξ**

, που ενισχύθηκε από το οικογενειακό περιβάλλον, με

**αρνητικές εικόνες του γυναικείου σώματος και άρα και του εαυτού κατ'επέκταση**

, με

**άκαμπτες και υπερ-αυστηρές θρησκευτικές πεποιθήσεις**

, οι οποίες δημιουργούν σεξουαλικές αναστολές και συναισθήματα ενοχής,

**ιστορικό τραυματικής σεξουαλικής εμπειρίας**

που ενισχύει γνωσιακά την

### **αρνητική εικόνα του εαυτού**

και επίσης σεξουαλική δυσλειτουργία του συντρόφου, η οποία ενισχύει γνωσιακά την αρνητική εικόνα της γυναίκας για το σώμα της και το συναίσθημα ενοχής-«

**εγώ φταίω για το πρόβλημα του συντρόφου μου»**

(Ασκητής κ.α., 2009

Weistheimer

&

Lopater

, 2005).

Τυπικές

**αυτόματες σκέψεις που συνοδεύουν τη Διαταραχή του οργασμού**

είναι οι εξής:

« αν αφεθώ κι έχω οργασμό, θα χάσω τον έλεγχο», « η γυναίκα που δείχνει οργασμό φαίνεται ανήθικη», « πρέπει να φτάσουμε και οι δυο ταυτόχρονα σε οργασμό,» « αν δεν έχω οργασμό είναι δικό μου το πρόβλημα », « για να είναι ικανοποιητική η σεξουαλική επαφή πρέπει να συνοδεύεται πάντα από οργασμό- η απουσία ή

**η δυσκολία οργασμού είναι κακό σημάδι για τη σχέση»**

. Κι εδώ-όπως και στις προηγούμενες διαταραχές- ο πρωταρχικός στόχος είναι η ανακατασκευή των αρνητικών αυτών γνωσιών.

**Ο γνωσιακός θεραπευτής στοχεύει στο να αποσυνδέσει τον οργασμό** από τις θρησκευτικές, ηθικές κι ενοχικές προκαταλήψεις που τον συνοδεύουν και παράλληλα να δείξει στη γυναίκα πως

**το κινήγι του ταυτόχρονου οργασμού**

αλλά και η συνεχής πρακολούθηση και αγωνία για την επίτευξη ή μη του οργασμού,

**εγκλωβίζει τη γυναίκα σε έναν φαύλο κύκλο άγχους**

(παρόμοιο με αυτόν που περιγράφηκε στη Διαταραχή της στύσης), όπου της στερεί τη σεξουαλική ελευθερία και απόλαυση και την επιβαρύνει ακόμα περισσότερο αρνητικά

(Comer, 2008

Weistheimer

&

Lopater

, 2005).

**Επιπλέον, τη βοηθάει γνωσιακά να καταλάβει πως ο οργασμός** είναι ένα ψυχοσεξουαλικό φαινόμενο και όχι ένα σωματικό πρόβλημα που αφορά τον

έναν ή και τους δυό συντρόφους. Κι εφόσον πρόκειται για

**μια ψυχοσεξουαλική διαδικασία,**

γίνεται σαφές το πώς η σκέψη παρεμβαίνει κι επηρεάζει όλη τη μετέπειτα σεξουαλική συμπεριφορά:

**ο κύκλος των 4 «Σ»**

είναι χαρακτηριστικός σε αυτή την περίπτωση, δηλαδή

**Σκέψη= «Πρέπει ή δεν πρέπει να έρθω σε οργασμό»-----Συναίσθημα=**

**Άγχος-----Σωματική Αντίδραση=Νευρομυϊκή ένταση, απουσία χαλάρωσης στο σώμα-----Συμπεριφορά=Εκούσια κι επιπονη προσπάθεια πρόκλησης ή αποφυγής οργασμού-----Σκέψη= « Τώ ρα που ήρθα σε οργασμό θα φαίνομαι ανήθικη, έμπειρη κλπ.**

**Ή πάλι δεν ήρθα σε οργασμό, επομένως υπάρχει πρόβλημα»**

(

Bach

et

al

., 2001

Comer, 2008

Weistheimer

&

Lopater

, 2005). Μέσα από την εκπαίδευση και εξοικείωση με τον παραπάνω φαύλο κύκλο, η γυναίκα αντιλαμβάνεται τη δυναμική επιρροή των γνωσίων της στη διαδικασία της σεξουαλικής επαφής και της σχέσης της με τον σύντροφό της ( Kales,

Martin

&

Franchini

, 1977).

**Πέρα όμως από τη γνωσιακή αναδόμηση, η Γνωσιακή Θεραπεία θα εφαρμόσει και συμπεριφορικές τεχνικές: οι τεχνικές νευρομυϊκής χαλάρωσης και διαφραγματικής αναπνοής**

είναι πολύ αποτελεσματικές για την αποφόρτιση της σωματικής έντασης που χαρακτηρίζει τις

**γυναίκες με Διαταραχή οργασμού**

, αλλά κι εκείνες που υποφέρουν από Διαταρχές πόνου κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής

**(Δυσπαρέυνεια, Κολεόσπασμος)**

. Η

**απόσπαση της προσοχής**

(από την αγχωτική παρακολούθηση και ενασχόληση του οργασμού), με επικέντρωση σε ενεργές κι απενοχοποιητικές σεξουαλικές φαντασιώσεις,

**τα προγράμματα αυνανισμού**

-για την ενίσχυση της διέγερσης και τη μείωση των σεξουαλικών αναστολών- χωρίς τη παρουσία του συντρόφου αρχικά με την παρουσία του συντρόφου μετέπειτα,

**η τεχνική της γέφυρας-που «γεφυρώ νει» τον κλειτοριδικό με τον κοιλιακό οργασμό και δεν τους απομονώ νει**

- είναι τεχνικές που βοηθούν αποτελεσματικά στη συγκεκριμένη διαταραχή ( Βαιδάκης, 2005

Gellman  
, 1983).

**Δ) Στη Διαταραχή της μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας-την πιο διαδεδομένη σεξουαλική Διαταραχή στις γυναίκες μαζί με τη Διαταραχή του οργασμού-** οι αρνητικές γνωσίες και πεποιθήσεις (γύρω από την εικόνα του σώματος, το σύντροφο, τη σεξουαλική πράξη) οδηγούν στην αποφυγή της ερωτικής διέγερσης, με αποτέλεσμα την απορρύθμιση των μηχανισμών του κεντρικού νευρικού συστήματος που είναι υπεύθυνα για τη σεξουαλική επιθυμία, είτε με διαρκή ανίχνευση και υπερτονισμό των αρνητικών στοιχείων της σεξουαλικότητας, είτε με υποτίμηση των θετικών της στοιχείων. Κατ'αυτό τον τρόπο, ο γνωστικός χάρτης αυτών των γυναικών

**«χρωματίζει» αρνητικά κάθε πιθανό σεξουαλικό ερέθισμα**

που θα μπορούσε να αφυπνίσει τη σεξουαλική τους διέγερση και έτσι η σεξουαλική τους επιθυμία καταστέλλεται διαρκώς (

Gellman  
, 1983).

Η Γνωσιακή-θεραπευτική παρέμβαση έχει να κάνει με την εστίαση στα θετικά σημεία της σεξουαλικότητας και της ερωτικής επαφής και τη σταδιακή σμίκρυνση (αντί της υπερτονισμένης μεγέθυνσης) των όποιων αρνητικών στοιχείων που μπορεί να προκύψουν, ως ρεαλιστικά αλλά διαχειρίσιμα- και όχι απειλητικά- κομμάτια της σεξουαλικής ζωής (Rosen & Leiblum, 1995). Επίσης, **συμπεριφορικές τεχνικές όπως: τα προγράμματα αυνανισμού, η εστίαση της προσοχής στα σεξουαλικά ερεθίσματα του περιβάλλοντος, η εκπαίδευση στη χρήση σεξουαλικών φαντασιώσεων, οι τεχνικές χαλάρωσης, η χρήση και η εξοικείωση με τα ερωτικά βοηθήματα,** μπορούν να ενισχύσουν κατά πολύ την ερωτική επιθυμία και τη σεξουαλική διέγερση (Ασκητής κ.α., 2009).

Αξιζει να σημειωθεί, ότι **στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες το πρόβλημα είναι στην ουσία πρόβλημα ζεύγους και όχι αποκλειστικά πρόβλημα ατόμου**

(Kales,

Martin

&

Franchini

, 1977) . Κατά συνέπεια, ο

**Γνωσιακός θεραπευτής θα προσπαθήσει να υπογραμμίσει την αναγκαιότητα της συμμετοχής και της ενεργητικής δέσμευσης και των δύο συντρόφων**

στη θεραπευτική διαδικασία. Με την ενεργή

**εμπλοκή και των δύο συντρόφων, και την εκμάθηση νέων επικοινωνιακών**

## **δεξιοτήτων,**

ο θεραπευτής στοχεύει στη διακίνηση και το μοίρασμα συναισθημάτων και εμπειριών ανάμεσα τους και κατ'επέκταση και στη

## **βελτίωση της σεξουαλικής τους ζωής.**

Συμπληρωματικά αναφέρεται, πως αρκετές μελέτες έχουν καταδείξει ότι σε πολλές περιπτώσεις οι

## **σεξουαλικές δυσλειτουργίες έπονται της έλλειψης σωστής επικοινωνίας ανάμεσα στο ζευγάρι,**

είναι επομένως

το αποτέλεσμα και όχι η αιτία (Βαιδάκης, 2005).

**Εν κατακλείδι,** μπορεί να ειπωθεί πως η **Γνωσιακή θεραπεία** είναι αρκετά αποτελεσματική για την αντιμετώπιση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών, από τη στιγμή που η **ανθρώπινη**

## **σεξουαλικότητα**

είναι

κατά βάση μία ψυχοφυσιολογική διαδικασία. Οι έρευνες έχουν καταδείξει πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η «ψυχική διάθεση» (= ο γνωσιακός χάρτης

-μιλώντας με γνωσιακούς όρους) των ανθρώπων στη ποιότητα της σεξουαλικής ζωής. Η

Γνωσιακή θεραπεία έχει και τις γνωσιακές και τις συμπεριφορικές τεχνικές για να

αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προβλήματα της σεξουαλικής συμπεριφοράς και να

συνεισφέρει στη βελτίωση της σεξουαλικής μας ζωής (

Heiman

&

Heard

-

Davison

, 2004).

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders*, 5<sup>th</sup> ed.  
DC: American Psychiatry Association,  
Washington

Ασκητής, Θ. & Συνεργάτες (2009). *Σεξουαλική Υγεία*, Εκδοτικός Οίκος Λιβάνη.

Βαϊδάκης, Ν. (2005). *Η Σεξουαλική Συμπεριφορά του Ανθρώπου*, Ιατρικές Εκδόσεις: Βήτα

Bach, A K., Wincze, J.P., & Barlow, D. H. (2001). Sexual dysfunction. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 562-608). New York: Guilford Press.

Comer, R. J. (2008). *Fundamentals of Abnormal Psychology* (7<sup>th</sup> ed.), New York: Worth Publications.

Davis, R., (2001). A cognitive-behavioural model of pathological Internet use. *Computers and Human Behaviour*, 179(2), 187-195.

Δημητρίου, Ε. (1988). Ψυχοσεξουαλικές Διαταραχές. Στους Ιεροδιακόνου, Χ., Φωτιάδη, Χ., & Δημητρίου, Ε. (Eds.),

Ψυχιατρική,  
(σς 319-330).  
Θεσσαλονίκη

:

Εκδόσεις  
Μαστορίδης

.

Gellman, C. (1983). Behavioral Approach to Sexual Dysfunction, *Le Encephale*, 9 (4),49-55

Heiman, J. R. (2002). Sexual dysfunction: Overview of prevalence, etiological factors and treatments. *Journal of Sexual Behavior*, 39(1), 73-78

Heiman, J. R & Heard-Davison, A. R.(2004). Child abuse and adult sexurelationships: Review and perspective. In L. K. Koenig, L. Doll, A. O'Leary, & W. Pequegnat (Eds.), *From child sexual abuse to adult sexual risk: Trauma, re-victimization and intervention* (pp. 13-47). Washington, DC: American Psychological Association.

Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. New York: Brunner/Mazel

Kaplan, H. S. & Sadock J. B. (1988). *Synopsis of psychiatry*, Williams & Wilkins Publications.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E., Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in human female*  
Saunders, Philadelphia.

Lauman, E. O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and prediction.  
*Journal*



of  
*American and Academic Psychiatry*,  
281(13), 1174.

LoPicollo, J. (1995). Sexual disorders and sex therapy: A post modern model. In R. J. Comer, *Abnormal Psychology* (2<sup>nd</sup> edition), New York: W.H. Freeman.

LoPicollo, J. (2004). Sexual disorders affecting men. In L. J. Hass (Ed.), *Handbook of primary care psychology* (pp.485-494), New York: Oxford University Press.

Kales, J.D., Martin, E.D., & Franchini, G.(1977). Treating sexual dysfunctions in women. *Pennsylvania Medicine* 80(1) 38-43

Masters, W. H. & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Little Brown & Co, Boston, US

Metz, M. E., Pryor, J. L., Nescavil, J. L., Abuzzahab, F., Koznar, J.(1997). Pre-mature ejaculation: A psychological review. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23 (3), 3-23.

Rosen, R.C. & Leiblum, S.R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877-890

Segraves, R. T. (1995). Psychopharmacological influences on human sexual behavior. In J. M. Oldham & M. B. Riba (Eds.), *American Psychiatric Press review of psychiatry* (vol.14). Washington, DC: American Psychiatry Press.

Simons, S. J., Carey, P. M. (2001). Prevalence of sexual dysfunctions: Results from a decade of research. *Archives of sexual behavior*, 30(1), 177-219.

Spector, I. P. & Carey, P. M. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of sexual behavior*, 19(2), 389-408.

Weistheimer, R. K., & Lopater, S. (2005). *Human sexuality: A psychosocial perspective* (2<sup>nd</sup> ed). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.