



XI./2.: A gyakoribb szexuális zavarok ismertetése

Ebben a fejezetben a leggyakrabban előforduló szexuális diszfunkciók definícióit és főbb jellemzőit ismertetjük. A fejezet feldolgozása során a hallgató megismeri a leggyakoribb női és férfi szexuális diszfunkciók tüneteit és pszichológiai modelljüket

XI./2.1.: Női hipoaktív vágyzavar és szexuális izgalom zavar

XI./2.1.1. Diagnosztikai kérdések

A DSM-IV-TR a következő kategóriákat sorolja ide:

Női hipoaktív szexuálisvágy-zavar: „A szexuális aktivitás iránti vágy és a szexuális fantáziák tartós vagy ismétlődő deficitje vagy hiánya. A deficit megítélése a klinikus feladata, a személy korát, nemét, életkörülményeit és a szexualitást befolyásoló egyéb tényezőket egyedileg mérlegelve. A zavar jelentős szenvedést vagy interperszonális nehézségeket okoz.”

Női szexuális izgalom zavar: „A szexuális izgalomra kialakuló vaginális lubrikáció és expanzió létrejöttének vagy fenntartásának tartós vagy ismétlődő képtelensége a szexuális aktivitás során. A zavar jelentős szenvedést vagy interperszonális nehézségeket okoz.”

(American Psychiatry Association 1994)

A témát érintő felmérések arra utalnak, hogy nők esetében **nincs sem szubjektív, sem objektívan mérhető valódi különbség szexuális vágy és szexuális izgalom között**, valamint a szexuális vágy zavar és a szexuális izgalom zavar diagnózisai jelentős komorbiditást mutatnak. Ezért a szakértői konszenzus a DSM V. felé e két diagnosztikai kategória összevonását javasolta, „a szexuális érdeklődés/izgalom zavara” néven.

XI./2.1.2. A női szexuális izgalom jellemzői



A női szexuális vágy általában kiváltott, triggerelt, és csak ritka esetben spontán létrejövő késztetés. Többek között a **pozitív szexuális élmények, tapasztalatok azok, amelyek a későbbiekben motiválják** a nőt, hogy engedélyezze vagy kifejezetten keresse az olyan ingereket, amik semleges állapotból szexuálisan izgatott állapotba hozzák. Azok a nők, akik nem spontán, hanem csak valamilyen trigger hatására éreznek nemi vágyat, hibásan diszfunkcionális jelzõt kaphatnak.

A szexuális vágy vagy a szexuális izgalom zavarának a hátterében tehát gyakran nem a szexuális válaszkészség valódi zavara áll, hanem 1. nincs elég pozitív tapasztalat / érzelmi odafordulás / kíváncsiság ahhoz, hogy az elég indok legyen szexuális kapcsolatba kerülni, 2. nem megfelelő mértékű, típusú vagy erősségű az ingerlés, 3. nem megfelelőek a körülmények (Tiefer 2001).

XI./2.1.3. A női szexuális izgalom modellje



Basson és munkatársai (Basson 2008) a fentiek figyelembevételével a korábbi lineáris modell (vágy – izgalom – orgazmus) helyett a női szexuális válasz **cirkuláris modelljét** alkották meg. A nők ritkán kezdeményeznek szexuális tevékenységet spontán szexuális vágyának engedelmessé, sokkal inkább a szexuális és nem szexuális indokok széles skálája motiválja őket: testi örömeiket szeretnék átélni, szeretnék kimutatni érzéseiket a partner felé, örömet akarnak okozni, erősnek vagy kívánatosnak akarják érezni magukat, unatkozni, szeretnék elterelni a figyelmüket negatív gondolatokról, vagy éppen kötelességüknek érzik a részvételt. Az együttlét során a megfelelő szexuális ingerlés eredményeképpen jön létre az izgalmi állapot és a vágy szubjektív érzése. Az együttlét jutalmazó értéke erősíti azután a jövőbeli fogadókésztséget.

XI./2.2.:Női orgazmuszavar



A DSM IV. a **női orgazmuszavart** a következőképpen határozza meg:

„Az orgazmus tartós vagy ismétlődően előforduló késése vagy elmaradása megtartott szexuális izgalmi fázist követően. A nők nagyfokú variabilitást mutatnak az orgazmust kiváltó stimuláció intenzitását vagy módját illetően. A női orgazmuszavar megítélése a klinikus feladata, annak alapján, hogy a személy orgazmusra való képessége kisebb fokú-e annál, amit életkora, szexuális tapasztalata, és a konkrét szexuális stimuláció mértéke indokol. A zavar jelentős szenvedést vagy interperszonális nehézségeket okoz.”

A kritériumok alapján tehát orgazmuszavar csak abban az esetben diagnosztizálható, amikor normál vágy és izgalmi szakaszt követően nem jön létre orgazmus. A valóságban a legtöbb, élethosszan tartó, generalizált anorgazmiában szenvedő nő azonban **ritkán tapasztal megfelelő szexuális izgalmat**. Ugyanígy a szexuális vágy zavarban szenvedő nők jelentős része az izgalmi fázis zavaraival és az orgazmus hiányával is küzd, azaz számukra a szexuális együttlétnek nincs megfelelő jutalomértéke. Az orgazmusproblémák tehát gyakran járnak együtt izgalmi problémákkal, a vágy zavarait pedig orgazmusproblémák is okozhatják (ter Kuile 2010).



1. videó: Női szexuális zavar felmérése

XI./2.3.: Vaginizmus



A **vaginizmus** a DSM IV. szerint „a vagina külső harmadának akaratlan izomgörcse, amely a közösülést ismételtén vagy tartósan lehetetlenné teszi. A zavar jelentős szenvedést vagy interperszonális nehézségeket okoz.”

A vaginizmus a szexuális zavarok többségéhez hasonlóan lehet primer, amennyiben a nő sosem volt képes a közösülésre, de az élet során később is kialakulhat. A tünetcsoport érdekessége, hogy bár a diagnózis mintegy 150

éves műltra tekint vissza, a hüvelyi izomgörcs meglétét sosem sikerült empirikus vizsgálatokkal igazolni. Valószínű, hogy a napjainkban vaginizmussal diagnosztizált nők csupán egy kis hányadánál áll fenn a hüvelyi vagy a kismedencei izmok görcsös összehúzódása, a legtöbb esetben inkább fájdalom és szorongás akadályozza a behatolást. A DSM V-öt előkészítő szakértői bizottság ezért a dyspareunia és a vaginizmus diagnózisainak összevonását javasolta „genitális-kismedencei fájdalom/behatólási zavar” néven, melynek diagnosztikai kritériumai között a közösülési képtelenség, a behatóláskor érzett genitális vagy kismedencei fájdalom, a behatólástól való jelentős félelem és a hüvelyizmok összehúzódása is szereplnének (Binik 2010).

XI.2.4.: Erektilis diszfunkció

XI.2.4.1. Diagnosztikai kérdések



Az erektilis diszfunkciót a DSM IV. az alábbiakban határozza meg: „A megfelelő erekció létrejöttének vagy fenntartásának tartós vagy ismétlődő képtelensége a szexuális aktus során. A zavar jelentős szenvedést vagy interperszonális nehézséget okoz.”

Az egészséges erekció összetett folyamat, amely számos pszichológiai, endokrin, vaszkuláris és neurológiai faktor összehatásának eredménye. Bár számos testi betegség tüneteként megjelenhet erekciós zavar, a panaszok egy jelentős részének hátterében teljesen vagy részben pszichés okok állnak. Tovább súlyosbíthatja a fennálló problémát, hogy a páciensek gyakran katasztrófálisnak élik meg a merevedés elmaradását vagy nem megfelelő voltát, azaz bármilyen okból jött létre eredetileg az erekciós zavar, azt sok páciens esetén a pszichés tényezők tovább súlyosbíthatják. A tünet megítélése olyan faktoroktól is függ, mint az adott kultúra, az életkor, és a partnertől, valamint az orvostól kapott támogatás foka (Hackett). A nyugati média gyakran a valóságtól elrugaszkodott képet sugall a férfi anatómiáról és teljesítőképességről, amely az ideának megfelelni képtelen és a valós viszonyokkal kapcsolatban tájékozatlan férfiak számára további szorongás forrása lehet.

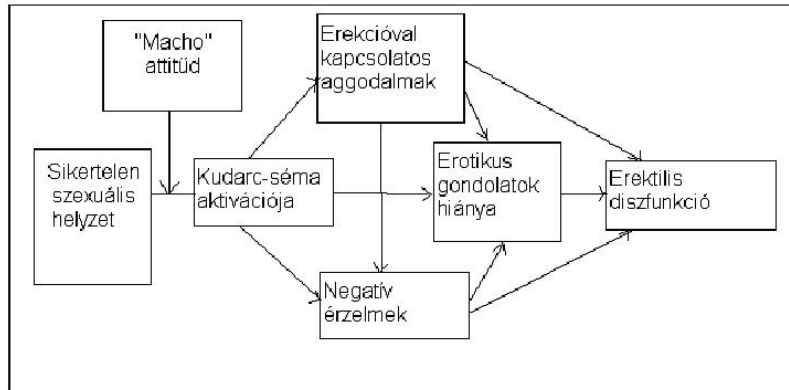
XI.2.4.1. Az erekció kognitív modellje



Nobre és Gouveia (Nobre és Gouveia 2000) eredményei szerint a **szexualitással kapcsolatos attitűdök**, a szexuális helyzetben aktuálisan megjelenő automatikus gondolatok, és érzések terén is **jellegetesen különböznek** az erektilis diszfunkcióban szenvedő férfiak jól funkcionáló társaiktól. Modelljük egyik komponensét a **szexualitással kapcsolatos diszfunkcionális hiedelmek** képezik. Faktoranalízisük során három attitűdöt írtak le: 1. a „latin macho” attitűd (amely a „klasszikus” férfiszerep jellegetességeit, azaz az intenzív és a partner számára is kielégítő szexuális aktivitást, a hatásos és tartós erekciót, de a visszafogott érzelmkifejezést tekinti példaértékűnek), 2. a partner kielégítésének kötelessége, és 3. a szexuális kudarc általános következményeinek katasztrófizálása. Az erektilis diszfunkció kognitív modelljének másik komponense a kudarcra ítéltéssel kapcsolatos maladaptív sémák. A kudarc-sémák aktivációja tovább rontja az erotikus stimulusok feldolgozását és csökkenti a szexuális tartalmú gondolatok gyakoriságát (Nobre 2010). Az automatikus gondolatok jellemzően a teljesítményigénnyel kapcsolatosak és a kudarcot elővételezik (pl. „most nem okozhatok csalódást”, „ha kudarcot vallok, végem van” „úgysem jutunk semmire”) (Nobre és Gouveia 2000). Örömteli



érzések helyett az együttlétet a fenti gondolatokkal összefüggésben megjelenő negatív érzések jellemzik (2. ábra).



2.ábra: Az erektilis diszfunkció kognitív modellje (Nobre 2010).

XI.2.5.: Korai ejakuláció

XI.2.5.1. Diagnosztikai kérdések

A **korai ejakuláció** DSM IV. kritériumai: „Az ejakuláció tartósan vagy ismétlődően minimális szexuális stimulációra, a személy akarata ellenére bekövetkezik a penetráció előtt, közben, vagy közvetlenül utána. A zavar megítélése során a klinikusnak számításba kell vennie az izgalmi fázis időtartamát befolyásoló tényezőket, mint például az életkor, a szexuális partner vagy a szituáció újdonsága, a szexuális aktivitás gyakorisága az elmúlt időszakban. A zavar jelentős szenvedést vagy interperszonális nehézségeket okoz.”

XI.2.5.2. A korai ejakuláció típusai

Waldinger az elmúlt évek felméréseit összegezve (Waldinger 2008) a következő négy tünetcsoport elkülönítését javasolja:

Élethosszan fennálló korai ejakuláció: az ejakuláció szinte minden partner esetében, szinte minden közöüléskor, az első szexuális aktustól kezdve korai: 30-60 másodperc (az esetek 80 %-a) vagy 1-2 perc (az esetek 20 %-a). A panasz élethosszan fennáll. A diszfunkció hátterében feltehetőleg neurobiológiai, genetikai okok állnak.

Szerzett korai ejakuláció: a panasz egy bizonyos életkorban jelentkezik, előtte normál időtartamú közöülésekkel. A diszfunkció oka lehet urológiai betegség, pajzsmirigybetegség és/vagy pszichés, párkapcsolati faktorok is.

Normál variáns: a korai ejakuláció ritkán, sporadikusan, alkalmanként fordul elő. Ezekben az esetekben a korai magömlés nem tekinthető patológiásnak.

Korai ejakuláció-szerű zavar: az ebbe a csoportba tartozó férfiak korai magömlés szubjektív élményéről számolnak be, azonban a behatolástól az ejakulációig eltelt idő hossza a normál átlagtól nem különbözik (3-6, esetenként 5-25 perc).

XI.2.6.: Összefoglalás