1. POGLAVLJE
POVIJESNA PERSPEKTIVA I SADAŠNJE STANJE

POVIJESNA PERSPEKTIVA

Prošla su gotovo dva desetljeća otkako sam prvi put opisala *hipoaktivnu seksualnu želju* i predložila da se poremećaje spolne želje klasificira kao odvojene kliničke cjeline koje su podjednako važne kao erektilne i orgazmičke disfunkcije, ali se od njih i razlikuju (Kaplan, 1977).

Prije tog vremena motivacijski aspekti seksa i poremećaja seksualne želje nisu uopće bili razmatrani. Masters i Johnsonova, začetnici seksualne terapije, nisu u svoje početne studije ljudske seksualnosti uključili seksualnu želju niti poremećaje spolne želje. Rani radovi ovih velikih pionira bili su isključivo usmjereni na funkcije i disfunkcije genitalnih organa (Masters i Johnson, 1964, 1970). Njihova je metoda seksualne terapije bila u tome toliko uspješna, da je vrlo brzo bila prihvaćena, pa su već sedamdesetih godina prošlog stoljeća mnogi muškarci s erektilnim poremećajima i poremećajima ejakulacije, kao i žene s anorgazmijom i vaginizmom bili izliječeni novim, intenzivnim dvotjednim programima seksualne terapije, koja se obavljala u ordinacijama koje su se posvuda otvarale. U doba kad su tretmani bili neučinkoviti i dugotrajni, većina tih muškaraca i žena bila bi osuđena na život s neprikladnom seksualnošću.

Novi pristup seksualnoj terapiji radikalno je promijenio liječenje muških i ženskih genitalnih poremećaja, i znatno poboljšao izglede tih bolesnika. Ali previđanje poremećaja spolne želje stvorilo je mnoge probleme, zanemarujući veliki broj bolesnika i parova čije su pritužbe bile vezane uz *neprikladnu seksualnu motivaciju*. Bez obzira na učinkovitost novog načina liječenja genitalnih disfunkcija, pacijenti s poremećajima seksualne želje nisu baš dobro reagirali na seksualnu terapiju tog vremena, a u nekim se slučajevima njihovo stanje čak i pogoršalo.

POUKE NA TEMELJU NEUSPJEŠNIH LIJEČENJA

Prvi sam put postala svjesna postojanja poremećaja spolne želje početkom sedamdesetih godina prošlog stoljeća, analizirajući neuspješne slučajeve

liječenja. Dok sam pregledavala zapise, postalo mi je jasno da smo propustili prepoznati značajnu podskupinu pacijenata, čija je želja za seksom ili spolnim aktivnostima s partnerom bila slaba ili nepostojeća. Kod tih su se bolesnika pojavili poremećaji erekcije ili orgazma uglavnom zbog toga što su nastojali voditi ljubav bez osjećaja želje ili požude, a mi smo pokušavali liječiti te sekundarne genitalne disfunkcije ne uviđajući da se u njihovoj osnovi nalazi poremećaj spolne želje. To je značilo da neki od naših "otpornih" bolesnika nisu uopće bili u otporu prema seksualnoj terapiji. Mi smo ih, zapravo, krivo liječili!

Počela sam razumijevati i zašto bolesnici s manjkavom spolnom željom često nisu reagirali na seksualnu terapiju usmjerenu na povećanje osjetljivosti. Tretman Mastersa i Johnsonove temeljio se na pretpostavci da je izvedbena tjeskoba glavni uzrok svih oblika spolne neadekvatnosti. Na temelju te teorije naglašavali su u svom načinu liječenja svih vrsta psihoseksualnih poremećaja (Masters i Johnson, 1970) vježbe osjetljivosti (VO), koje su izvrsne za smanjivanje pritiska u vezi s izvedbom.

Mi smo, međutim, tijekom sedamdesetih već znali da su VO učinkovite primarno za psihogenu impotenciju, a da je njihova korist za ostale seksualne disfunkcije ograničena. Također smo znali da je tome tako zbog toga što su druge vrste psihoseksualnih sindroma, svaka od njih ponaosob, povezane s različitim i specifičnim neposrednim uzrocima (Kaplan, 1974, 1979).

Drugim riječima, opsežno kliničko iskustvo prikupljeno tijekom prvog desetljeća primjene seksualne terapije, potvrdilo je da je izvedbena tjeskoba zaista primarni uzrok psihogene erektilne disfunkcije, te da je za taj sindrom tretman usmjeren na povećanje osjetljivosti vrlo učinkovit. Međutim, to ne vrijedi za druge psihoseksualne poremećaje, jer iako izvedbena tjeskoba često igra određenu prateću ulogu u patogenezi preuranjene ejakulacije (PE), zakašnjela ili odgođena ejakulacija, anorgazmija i vaginizam posljedica su oštećenja seksualnog ciklusa reakcija u različitim fazama tog ciklusa i putem različitih patogenih mehanizama. Zbog toga svaka od tih pojava traži drugačiji i upravo tom poremećaju prilagođen pristup (Kaplan, 1974, 1975, 1979).

Na primjer, neposredan uzrok vaginizma nije tjeskoba bolesnice zbog njezine seksualne izvedbe, već nehotični, refleksni grč mišića koji štite ulaz u vaginu.U skladu s tim, liječenje koje je potrebno za tu disfunkciju jest bihevioralni program usmjeren na postupno istezanje i širenje kružne vaginalne muskulature, pri čemu smanjivanje izvedbene tjeskobe nije samo po sebi učinkovito.

Slično tome, u skladu s teorijom da je u većini slučajeva neposredan uzrok PE nesposobnost muškarca da zamijeti vlastite genitalne osjete, tretman se sastoji od vježbi ponašanja usmjerenih na prekid penilne stimulacije.

Time se bolesnika prisiljava da svoju pažnju usmjeri na povećanje intenziteta genitalnih erotskih osjeta kako se približava orgazmu (Kaplan, 1974, 1975, 1979, 1995).*

Osim uzimanja seksualne povijesti bolesnika, taj je proces uključivao detaljno i opsežno ispitivanje doslovno tisuće bolesnika i njihovih partnera o svim intimnim detaljima postojećih seksualnih doživljaja. Propitivanje je bilo opsežnije od jednostavne bihevioralne analize i uključivalo je pitanja o njihovim misaonim procesima prije, tijekom i nakon vođenja ljubavi, kao i o njihovom seksualnom ponašanju i fantazijama, interakcijama i komunikacijama s partnerima, te njihovu procjenu vlastitog genitalnog funkcioniranja.

HIPOAKTIVNA SEKSUALNA ŽELJA (HSŽ)

Ispitujući 2109 bolesnika i parova koji su govorili o svojim seksualnim iskustvima, a na pregled su došli zbog manjkave seksualne želje**, došla sam do zaključka da je *patološko smanjenje libida u biti izraz poremećaja normalne regulacije seksualne motivacije*. Specifičnije rečeno, seksualnom motivacijom ili željom, poput ostalih potreba i motiva kao što su glad i žeđ, upravlja kontrolni mehanizam središnjeg živčanog sustava. Poremećaji u radu tog sustava, koji prilagođava i modulira ljudski spolni nagon, dovode do poremećaja seksualne želje.

Osim toga, moja opažanja bolesnika sa "seksualnom anoreksijom" ili hipoaktivnom seksualnom željom (HSŽ), pokazuju da je psihogeni oblik tog sindroma uzrokovan njihovim aktivnim, iako nesvjesnim selektivno negativnim, kognitivnim i perceptivnim procesima, pomoću kojih se oni doslovno "iskapčaju" ili "gase". Drugim riječima, suprotno normalnim ljudima koji "ističu pozitivno i umanjuju negativno"(da parafraziram Johnny Mercerove poznate stihove), kako bi maksimalno povećali svoju seksualnu pobuđenost i užitak, osobe s HSŽ-om neprikladno tlače svoje seksualne osjećaje, zadržavajući se na partnerovim negativnim osobinama. "Umanjujući njihove pozitivne strane", sami sebi onemogućavaju prepoznavanje njihovih privlačnih svojstava.

Iako sam ja možda prva primijenila tu paradigmu na poremećaje seksualne želje, zamisao da poremećaj u radu motivacijskog kontrolnog mehaniz-

* Ja sam pretpostavila da bolesnici koji pate od PE ne mogu steći voljnu kontrolu ejakulatornog refleksa stoga što ne uspijevaju zamijetiti erotske osjete koji prethode orgazmu. Senzorni deficit do kojeg dolazi interferira sa senzornom povratnom vezom, koja je nužna za stjecanje voljne kontrole ejakulatornog refleksa (Kaplan, 1974, 1975, 1989).

** Te sam bolesnike, koji predstavljaju kombiniranu populaciju bolesnika sa seksualnim pritužbama pregledanih u Payne Whitney Human Sexuality Clinic u New York Hospital-Cornell medicinskom centru i našoj privatnoj praksi, pregledala između 1972. i 1992. godine.

ma dovodi do psihopatologije, nije moja. Ta ideja čini srž elegantne hipoteze dr. Donalda Kleina da je panični poremećaj produkt poremećaja u funkciji "alarmne reakcije gušenja", normalnog kontrolnog mehanizma koji upravlja disanjem i osigurava organizmu dovoljnu količinu kisika (Klein, 1993). Istu zamisao, naime tumačenje nastanka psihopatologije poremećajem regulacije, sadrži i fascinatna hipoteza dr. Judith Rappaport, prema kojoj opsesivno-kompulzivni poremećaj možda predstavlja genetski posredovanu pradavnu reakciju timarenja drugih članova grupe (Rappaport, Ryland i Kriete, 1992).

Averzivni seksualni poremećaji

Na isti način, tj. detaljnim ispitivanjem, provedena klinička ispitivanja 414 bolesnika *s averzivnim seksualnim poremećajima* jasno su pokazala da je neposredni uzrok tog sindroma sasvim različit od uzroka "mirnog" HSŽ poremećaja. Specifičnije rečeno, kritički patogeni element seksualne anksioznosti i averzivnih stanja jest žilava i zloćudna povezanost između straha i seksualnog kontakta s partnerom.

Mi smo, štoviše, utvrdili da su spolne averzije i strahovi seksofoba često otežani i dodatnim anksioznim poremećajima. Takva su stanja češća kod seksofobnih bolesnika nego kod bolesnika s drugim psihoseksualnim disfunkcijama, pa možda ta stanja čine dispoziciju za nastanak averzivnih seksualnih poremećaja (Kaplan, Fyer i Novick, 1982; Kaplan, 1987).

Kliničke implikacije tih razlika u onome što neposredno prethodi pojavi ta dva poremećaja seksualne želje za sam način liječenja, bit će detaljno prikazane u 7. poglavlju.

DUBLJI UZROCI

Naša opažanja da kod bolesnika s poremećajima spolne želje često postoje ozbiljni emocionalni i bračni problemi, potvrđuju nalaze drugih istraživača.

Iako je bilo mnogo iznimaka, naši su bolesnici i parovi s teškoćama spolne želje, kao grupa bili očigledno opterećeni težim intrapsihičkim seksualnim konfliktima i teškoćama u svojim odnosima, nego osobe s anorgazmičkim ili vaginizmičkim poremećajima, ili osobe s preranom ejakulacijom ili impotencijom. Kod osoba s poremećajima spolne želje bila je češća i pojava popratnih poremećaja ličnosti.

Ta nam opažanja sugeriraju da kod bolesnika s relativno blagim seksualnim tjeskobama koji žive u dobrim odnosima i inače su, osim seksualne disfunkcije, dobrog mentalnog zdravlja, dolazi do oštećenja koja djeluju u kasnijim fazama seksualnog ciklusa, u fazi pobuđenosti i fazi orgazma, dok kod intenzivnijih seksualnih strahova, popratne psihopatologije i bračnih prob-

lema češće dolazi do inhibicija u ranijoj fazi seksualnog ciklusa, u fazi želje. To već na samome početku dovodi do izjalovljenog seksualnog doživljaja.

Veća učestalost značajne popratne psihopatologije i težih bračnih problema kod osoba i parova s poremećajima želje, naspram boljeg mentalnog zdravlja bolesnika s genitalnim disfunkcijama, barem djelomično tumači i činjenicu da je prognoza za HSŽ općenito lošija, nego za ostale pihoseksualne poremećaje (Kaplan, 1977, 1979).

Kod tih složenih slučajeva, čak i kad je konačni ishod povoljan, otpori su žilaviji i teže se rješavaju, a liječenje dulje traje. Tome je tako stoga što tim izmučenim bolesnicima i parovima treba za uspostavljanje trenutka sklada između partnera, koji je nužan za provođenje smislene seksualne terapije, više vremena i više terapijskih napora.

Brojni kliničari koji su radili s HSŽ bolesnicima izvješćuju o sličnim nalazima (LoPiccolo, 1979, 1989; LoPiccolo i Friedman, 1988; Lazarus, 1988; Scharff, 1988; Leiblum i Rosen, 1988), što pokazuje da takvi nalazi nisu svojstveni samo našoj populaciji ili našim metodama liječenja.

PSIHODINAMSKI PRISTUP U SEKSUALNOJ TERAPIJI POREMEĆAJA ŽELJE

Seksualni terapeuti postali su tijekom sedamdesetih godina prošlog stoljeća vrlo uspješni u pružanju pomoći osobama s normalnim libidom koje su njihovi partneri privlačili, ali koje su imale teškoća u održavanju erekcije, opuštanju vagina ili postizanju orgazma. No postojala je jasna potreba za novim i učinkovitijim tretmanom za bolesnike s poremećajem primarne spolne želje, kojima postojeće seksualne terapije nisu mnogo pomagale. Zbog toga smo započeli s razvojem novog pristupa namijenjenog bolesnicima s poremećajem spolne želje.

Ta metoda, koja je još uvijek u procesu evolucije, temelji se na kratkotrajnoj, integriranoj, psihodinamski orijentiranoj seksualnoj terapiji, koja je bila toliko uspješna u liječenju genitalnih fazičkih disfunkcija i upotrebljava isti temeljni oblik liječenja (Kaplan, 1974, 1975, 1979, 1980, 1981, 1984, 1995).

Obilježje i jedinstveno svojstvo modela "nove seksualne terapije" jest integrirana kombinacija bihevioralno-kognitivnih intervencija u obliku terapijskih seksualnih vježbi, koje se koriste za modifikaciju neposrednih uzroka pacijentovih seksualnih simptoma, zajedno s kratkim, aktivnim, psihodinamski orijentiranim upravljanjem bolesnikovim otporima liječenju i eksploracijom njegovih ili njezinih dubljih problema.

Temeljni bihevioralno-psihodinamski oblik morao je biti na nekoliko načina modificiran kako bi udovoljio posebnim terapijskim zahtjevima bolesnika s poremećajima seksualne želje.

Kao prvo, a već rečeno, združeni i psihodinamski aspekti terapije postaju kod bolesnika koji pružaju više otpora, izraženiji i složeniji. Međutim, najvažnije promjene morale su biti učinjene u bihevioralno-kognitivnim aspektima tretmana.

Primarni cilj seksualnih "domaćih zadaća" za osobe s HSŽ-om jest naučiti ih kako će manevrirati svoju seksualnu želju prema njezinom povećanju. Stoga veći naglasak treba staviti na podizanje pacijentove svjesnosti o njegovoj ili njezinoj sklonosti bavljenja tijekom spolnog susreta negativnim, kontraseksualnim mentalnim procesima, te na kognitivno restrukturiranje tih procesa. Pritom se manje oslanjamo na bihevioralno gašenje seksualne anksioznosti, što je glavno usmjerenje bihevioralnih aspekata tretmana za druge psihoseksualne disfunkcije.

DOMAĆE ZADAĆE ZA POTICANJE LIBIDA: MAŠTA I TRENJE

Posebno obilježje, ugrađeno u psihodinamski orijentiranu seksualnu terapiju za HSŽ, po kojem se ta metoda razlikuje od dugotrajnijih terapijskih postupaka, kao i standardnih terapija za genitalne fazne poremećaje, jest da se zajedno s psihoterapijom u tretman uključuju i eksplicitni erotski materijali, seksualne fantazije, masturbacija i pojačane metode genitalne stimulacije. Suprotno tome, drugi se pristupi oslanjaju samo na *indirektne* načine poticanja bolesnikova libida. Te se terapije pouzdaju u stjecanje uvida u pacijentove nesvjesne seksualne konflikte, poboljšanje komunikacije među partnerima i/ili smanjenje njegove/njezine seksualne tjeskobe, te na teoriju da će se bolesnikova želja automatski povećati kad se razriješi izvedbena seksualna tjeskoba, emocionalne blokade i interpersonalne teškoće koje tu želju ometaju.

Naša iskustva, međutim, pokazuju da standardna individualna i bračna terapija samo kod manjeg broja pacijenata i parova s hipoaktivnom seksualnom željom zaista dovodi do značajnog porasta želje za partnerom. Većini bolesnika sa smanjenom seksualnom željom potrebne su umjesto ili uz tradicionalne tretmane i specifične strateške intervencije koje će modificirati njihova protuseksualna ponašnja. To sam pretpostavila na temelju svojih iskustava s brojnim pacijentima koji su stekli uvid u dublje uzroke svojih seksualnih teškoća i kojima su individualne terapije ili terapije namijenjene parovima bile od koristi u drugim aspektima, ali čija se želja nije povećala sve dok u njihov tretman nisu bile uključene neposredne strategije i intervencije povećanja libida.

DESENZIBILIZACIJA IN VIVO

Terapijske vježbe za seksofobe i bolesnike s averzivnim poremećajima jako se razlikuju od onih koje se koriste za HSŽ, a koje su usmjerene na individualiziranu, sustavnu *in vivo desenzibilizaciju*. Drugim riječima, da bi se ugasile zloćudne seksualne tjeskobe seksofobnih bolesnika, treba ih fizički postupno izložiti upravo onim aspektima seksualnog kontakta s partnerom koji ih plaši i odbija. Utvrdili smo također da su bolesnici sa seksualnim averzijama i popratnim anskioznim poremećajem uspješniji kad se seksualna terapija kombinira s anksioliticima. Ovi, kao i drugi načini liječenja, bit će detaljnije prikazani u studijama slučaja u kasnijim poglavljima ove knjige.

SADAŠNJE STANJE

SEKSUALNI TERAPEUTI SVE BRŽE PRIHVAĆAJU POSTOJANJE POREMEĆAJA SEKSUALNE ŽELJE

Sasvim nezavisno i gotovo u isto vrijeme kad sam objavila svoj opis hipoaktivne seksualne želje (Kaplan, 1977), Harold Lief je također došao do zaključka da postoje poremećaji spolne želje, te da su ti poremećaji važni kao i genitalni fazni poremećaji (Lief, 1977). On je, osim toga, točno predvidio da će onog časa kad se kliničare upozori na postojanje takvih sindroma, ti poremećaji činiti većinu poremećaja kod bolesnika sa seksualnim pritužbama.

Tijekom 1978. godine predložila sam zajedno s Liefom radnoj grupi za seksualne poremećaje Američke psihološke asocijcije, čiji smo i mi bili članovi, za DSM-III novu dijagnostičku kategoriju poremećaja želje.

Onoga časa kad su članci o poremećajima želje objavljeni u stručnoj literaturi, bilo je zadovoljstvo vidjeti kako su ti sindromi naišli na neposredno prihvaćanje i izuzetan interes. Uskoro je diljem zemlje započelo proučavanje, evaluacija i tretman tisuća bolesnika i parova koji su patili zbog rijetkih spolnih kontakata i nedovoljne seksualne želje.

Masters i Johnsonova također nisu gubili vrijeme te su odmah u svoj popis seksualno neprikladnih ponašanja dodali *zakočenu seksualnu želju (ZSŽ)** i *averzivne seksualne poremećaje* (Masters, Kolodny i Johnson, 1979), pa su tako "bez mnogo buke" problemi poremećaja seksualne želje postali legitimno područje seksualne terapije (Leiblum i Rosen, 1988, str. 2).

* Raniji naziv zakočena seksualna želja (ZSŽ) danas je zamijenjen točnijim nazivom hipoaktivna seksualna želja (HSŽ).

UTJECAJI I PORIJEKLO

Ja smatram svoj cjelokupan rad proširenjem pionirskih studija ljudskog seksualnog reagiranja Williama Mastersa i Virginie Johnson i njihovog velikog izuma - seksualne terapije. Ako sam, uključujući poremećaje seksualne želje, uspjela na neki način i proširiti njihove zamisli, tome je tako samo zato što se stojeći "na ramenima divova" može katkad vidjeti dalje.

Ali svoju, daleko najveću zahvalnost, dugujem izuzetnoj grupi talentiranih i predanih seksualnih terapeuta koji su redovito sudjelovali u poslijediplomskim seminarima iz seksualne terapije, organiziranima u okviru programa o ljudskoj seksualnosti u Cornell medicinskom centru uz New York Hospital. Ti se seminari kroz proteklih 20 godina održavaju svakog tjedna u Payne Whitney klinici. Većina naših sastanaka usmjerena je na videosnimke slučajeva kojima se trenutačno bavim. Tijekom godina, te su snimke uključivale pacijente i parove koji su tražili usluge New York Hospital-a, a pripadali su različitim etničkim skupinama i različitim socioekonomskim razinama. Na tim su seminarima tijekom godina prikazani izuzetno različiti slučajevi, među kojima su bili zastupljeni svi seksualni poremećaji navedeni u DSM-IV, pa i neki kojih tamo nema.

Primarna je svrha tih videosnimaka u poučavanju studenata i specijalizanata demonstracija naše metode evaluacije i tretiranja uobičajenih seksualnih poremećaja. Ali te videosnimke služe i kao katalizatori za poticanje rasprava, koje dovode do novih vizija i uvida o seksualnim poremećajima i njihovu liječenju. U tome je, možda, i njihova najveća vrijednost.

Svake se srijede suradnici iz Programa ljudske seksualnosti sastaju sa studentima i specijalizantima kako bi se zajedno intenzivno bavili problemima i temama seksualnosti i seksualnih poremećaja u širokom: rasponu od teorijskih do istraživačkih, kliničkih i filozofskih. Ti su simpoziji često mnogo zanimljiviji, uzbudljiviji, informativniji i produktivniji od samih videosnimaka, i ja vjerujem da su upravo zbog te bogate i poticajne kolegijalne razmjene naši seminari srijedom postali za mnoge od nas vrhunac našeg profesionalnog tjedna.

Navikla sam svake srijede podastrijeti pred tu skupinu ljudi sve svoje nove ideje, nalaze, uvide i hipoteze. Uvijek sam bogato nagrađena onime što od njih dobivam za uzvrat. Iz tih su seminara potekle mnoge tehničke modifikacije i novi uvidi, a niz ideja o poremećajima želje iznesenih u ovoj knjizi upravo su na tim seminarima dobile svoj konačan oblik. Zasluge za to pripadaju doprinosima mojih kolega tijekom naših redovnih sastanaka.*

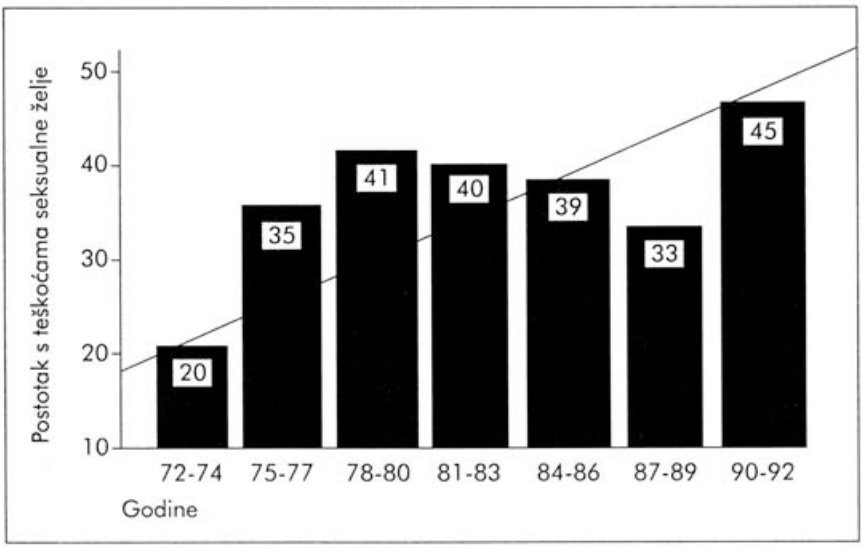
* Osim članova koji redovito prisustvuju našim susretima srijedom i kojima je ova knjiga i posvećena, kroz program obrazovanja o ljudskoj seksualnosti prošlo je od 1972. godine više od 150 specijalizanata i poslijediplomskih stručnjaka iz Sjedinjenih Američkih Država i Europe, pa nije moguće navesti sva njihova imena, kao ni imena članova fakulteta od kojih su neki dali značajan doprinos.

RASTE UČESTALOST POREMEĆAJA SEKSUALNE ŽELJE

Nakon objavljivanja prvih članaka o *Poremećajima seksualne želje* 1977. godine, proveden je velik broj znanstvenih istraživanja kojima su se bavili drugi autori, na temelju kojih više nema nikakve sumnje da su poremećaji seksualne želje stvaran klinički fenomen, te da ti sindromi čine samosvojne patološke cjeline (Lief,1985; LoPiccolo, 1979, 1989; Lobitz i LoPiccolo, 1980; Leiblum i Rosen, 1988; Crenshaw, 1985; Schreiner-Engel i Schiavi, 1986). U stvari, upravo kao što je to Harold Lief prorekao, poremećaji seksualne želje vrlo su česti i pacijenti sa smanjenim libidom i rijetkim seksualnim odnosima čine značajnu proporciju popualcije sa spolnim poremećajima.

Prema podacima iz preglednog rada Leibluma i Rosena (1988), u stručnoj se literaturi govori o poremećajima seksualne želje u širokom rasponu od 1% članaka u Njemačkoj (gdje su tek nedavno postali svjesni motivacijskih disfunkcija) do 55% u programu LoPiccoloa u Texasu. U prosjeku se jedna trećina bolesnika koji su tijekom osamdesetih godina prošlog stoljeća zatražili pomoć u američkim i europskim klinikama za seksualnu terapiju tužila na probleme sa seksualnom željom.

Nalazi preglednog rada Leibluma i Rosena u skladu su s našim iskustvima. Točnije rečeno, 38% od 5580 pacijenata s dijagnozom seksualnog poremećaja, koje smo pregledali u razdoblju od 1972. do 1992. godine,



Slika1. Postotak bolesnika s poremećajima seksualne želje: 1972 –1992. [nap. prev.: mislim da ovdje ne treba još jednom, jer je već rečeno, dodavati fusnotu gdje su ti pacijenti bili pregledani]

zadovoljavalo je kriterije za dijagnozu poremećaja seksualne želje (vidi sliku 1). Naši rezultati čak pokazuju da tijekom proteklog desetljeća postoji stalan porast broja osoba koje traže pomoć zbog problema sa seksualnom željom. Istu pojavu opazili su i drugi stručnjaci u tom području.

Ima razloga za vjerovanje da će se taj uzlazni trend nastaviti. Prvo, postoji stalan porast starijih bolesnika, popualcije koja je naročito osjetljiva na poremećaje seksualne želje i koja traži pomoć zbog svojih seksualnih problema. Drugi čimbenik koji doprinosi stalnom porastu poremećaja spolne želje, jest stvarna i percipirana opasnost seksualnog prijenosa AIDS-a, kojoj zasada ne vidimo kraj.

ORGANSKI PROBLEMI SA SPOLNOM ŽELJOM STARIJIH OSOBA

Raste broj poremećaja spolne želje izazvanih zdravstvenim stanjem i lijekovima, kao i kombiniranim psihološko/organskim čimbenicima. Ta povećana učestalost je, barem djelomično, posljedica značajno poboljšane zdravstvene brige u Sjedinjenim Američkim Državama, koja je tijekom posljednja dva desetljeća dovela do 30% dužeg trajanja ljudskog vijeka Amerikanaca. Danas i muškarci i žene žive zdravije, duže i kvalitetnije. Osim toga, staračka životna dob definirana je na pozitivniji način (Friedan, 1993), što je dovelo do toga da sve više starijih osoba smatra da imaju pravo na dobar seksualni život, pa traže i seksualnu zdravstvenu skrb.

Paradokslano je da neki od lijekova i tretmana koji omogućuju sve te dobre stvari imaju istodobno i značajne seksualne nuspojave, koje doprinose porastu seksualnih pritužbi kod starijih osoba. Na primjer, lijekovi koji se danas vrlo uspješno i često koriste za liječenje hipertenzije i bolesti koronarnih žila, poznati su po svojim negativnim učnicima na libido i erekciju (vidi 10. poglavlje).

Drugi je primjer nova kemoterapija koja u liječenju raka grudi, prostate i drugih vrsta kancergenih bolesti produžuje život oboljelih osoba, kao i vrijeme koje će proživjeti bez bolesti. Nažalost, te terapije često imaju razoran utjecaj na muški i ženski libido, jer citogeni agensi oštećuju tjelesnu sposobnost prozivodnje spolnih hormona (Rose i Davis, 1980; Kaplan, 1992 b; Kaplan i Owett, 1993).

Nasreću, ti se problemi u novije vrijeme rješavaju sve boljim medicinskim liječenjem organskih sastavnica seksualnih poremećaja i poboljšanom psihoseksualnom terapijom manjkave spolne želje, što sve zajedno omogućava poticanje i održavanje spolne želje i funkcioniranja kod mnogih starijih i hendikepiranih bolesnika. Liječenje starijih osoba i parova može za

terapeuta biti izvor velikog zadovoljstva, o čemu se detaljnije govori u 10. poglavlju.

NOVA "VRUĆA MONOGAMIJA"

Nekada se stariji parovi, koji su zajedno proveli dugi niz godina tijekom kojih su djelomično izgubili spolni interes za svog partnera, nisu upuštali u rizično traženje novih i uzbudljivijih seksualnih partnera i seksualnih uzbuđenja. Nakon tih vremena došlo je razdoblje, tijekom šezdesetih i sedamdesetih godina prošlog stoljeća, u kojem je porastao interes za aktivnosti koje potiču libido, kao što su orgije, udruživanje u seksualne klubove ili slobodno "zabavljanje" sa ženama ili muževima susjeda.

Međutim, danas su "otvorena vrata seksualnih mogućnosti" s treskom zatvorena strahom od AIDS-a. Prošlo je dvadeset pet kratkih godina bezbrižnog seksa između otkrića "pilule" tijekom pedestih godina, koja je uklonila strah od trdunoće i osamdesetih godina, kad je izronila opasnost od HIV zaraze. Seksualna promiskuoznost postala je danas opasnija negoli je ikada bila tijekom cijele ljudske povijesti (Kaplan, 1993 b).

No unatoč toj stvarnoj i percipiranoj opasnosti, "seksualna revolucija" nije pobijeđena ili poražena strahom od AIDS-a. Društvene snage koje su oslobodile ljude krivnje i srama, koji su opterećivali seksualnost proteklih 2000 godina, te društvene snage koje su ljudima omogućile da se osjećaju seksualno slobodnima, izazvale su promjene koje se ne mogu lako izbrisati. Po mom mišljenju, ljudi koji su jednom doživjeli seksualnu slobodu i osjetili radost "vrućeg" seksa - seksualnih doživljaja ojačanih novošću, raznolikošću, erotikom, fantazijama i različitim seksualnim aktivnostima - ti se ljudi više nikad neće zadovoljiti dosadnim, mehaničkim seksom, bez sjaja i strasti koji je u prošlosti obilježavao mnoge brakove.

Do tog sam zaključka djelomično došla kao seksualna terapeutkinja, vidjevši brojne parove čiji je seksualni život postao dosadan a spolna je želja gotovo nestala, ali koji nisu voljni to pasivno prihvatiti.

Sve češće ti stariji parovi traže stručnu pomoć kako bi potaknuli i revitalizirali svoj dosadni i umrtvljeni seksualni odnos sa svojim dugogodišnjim partnerom. Mnoge moderne starije osobe više se ne zadovoljavaju prihvaćanjem celibata, niti su sklone ugoriziti svoj život igranjem "ruskog ruleta" karakterističnog za današnju seksualnu promiskuoznost. Ti ljudi traže bolji seks, ali s vlasitim bračnim partnerom ili nekim, isključivo njihovim ljubavnikom ili ljubavnicom.

Seksualne terapije često mogu značajno pomoći takvim parovima koji traže novu, "vruću monogamiju devedesetih godina". Drugim riječima,

takvi parovi mogu pomoću terapijskog pristupa koji uvodi novost, fantaziju i fleksibilnost u njihovu seksualnu rutinu, ostvariti svoje ciljeve vezane uz bolji, češći, strastveniji spolni život s njihovim dugogodišnjim partnerima. O tome se raspravlja u 5. i 6. poglavlju, te u odjeljku o starijim osobama u 10. poglavlju.

POPULACIJA

Velik broj pojedinaca i parova koje smo ispitali i liječili, omogućili su otkrivanje manje očitih kliničkih obrazaca i korelacija, kao i moje uvide u vezi s patogenezom poremećaja seksualne želje.

Između 1972. i 1992. godine ja sam osobno u klinici za ljudsku seksualnost pri New York Hospital - Cornell Medical Center-u ili u privatnoj praksi naše skupine na Manhattanu, evaluirala 7663 osobe sa seksualnim pritužbama. Među njima je kod 5580 dijagnosticiran seksualni poremećaj, a kod ostalih su postajali nesimptomatični obrasci. Od tih 5580 osoba 3552 ili 64% bili su muškarci, a 2028 ili 37% žene. Tih 5580 seksualno simptomatičnih pacijenata uključivalo je 2122 ili 37% osoba koje su zadovoljavale kriterije za seksualni poremećaj želje. Od njih je 1695 ili oko 80% bilo klasificirano kao HSŽ, 414 ili 19% imali su averzivni seksualni poremećaj i/ili fobično izbjegavanje seksa, dok je 13 bolesnika ili > 1% bilo seksualno hiperaktivno. Među bolesnicima s averzivnim seksualnim poremećajem bilo je 170 ili 41% muškaraca i 244 ili 59% žena, a hipoaktivna seksualna želja bila je ravnomjerno raspoređena kod oba spola.

Ukupno je 787 ili 14% bolesnika s poremećajem seksualne želje dolazilo samo na savjetovanje. Ostalih 1335 bilo je liječeno u jednoj od naših ustanova, bilo kod mene ili nekog drugog člana našeg tima, od kojih su svi bili obrazovani za provođenje kratke, integrirane, psihodinamski orijentirane seksualne terapije opisane u ovoj knjizi.

Od 1003 bolesnika s HSŽ-om, 14% onih koje smo liječili i 35% od 240 liječenih seksofoba primalo je uz psihoseksualnu terapiju i psihoaktivne lijekove. Danas je broj bolesnika s HSŽ-om koji primaju psihoaktivne lijekove porastao na 25%.

Kod seksualno simptomatičnih osoba, 60% je dolazilo na terapiju zajedno s partnerom, a ostali su dolazili sami, iako je većina njih, oko 75%, imala partnere koji nisu dolazili na terapiju.

Naša populacija bolesnika bila je reprezentativna za grad New York. Bili su rođeni diljem planeta Zemlje, i među njima je bilo predstavnika svih većih religija i socioekonomskih statusa.

Sve u svemu, u vrijeme kad su zatražili pomoć, 87% naših pacijenata imalo je seksualnog partnera, ali proporcija samaca koji traže pomoć zbog seksualnih problema u posljednje vrijeme raste i već je dosegla 20%.

Životna dob naših bolesnika sa smanjenom seksualnom željom kreće se u rasponu od 18 do 92 godine. Od naših bolesnika s dijagnozom hipoaktivne seksualne želje, 26% je imalo 50 ili više godina. Muškarci su bili stariji od žena. Specifičnije rečeno, 31% naših muških bolesnika sa smanjenom seksualnom željom bilo je starije od 50 godina, a te je dobi bilo samo 17% žena. Od 1992. godine, kad smo završili istraživanje, porastao je broj starijih pacijenata.

MODIFIKACIJE I NOVI UVIDI

Vrlo sam zadovoljna što mogu izvijestiti da su potvrđene hipoteze i preliminarne zamisli o patogenezi i tretmanu poremećaja seksualne želje, utemeljene na našim početnim opažanjima samo ograničenog broja osoba i parova tijekom 70-ih godina prošlog stoljeća. U prilog našim hipotezama i idejama govore i nalazi opsežnih kliničkih iskustava.

Međutim, iako sam zadovoljna da su moje početne ideje o poremećajima seksualne želje bile na pravom tragu, te su prve zamisli nužno bile nepotpune i nedorečene. Tijekom proteklih godina, zajedno sa svojim suradnicima, imala sam prilike proučavati i liječiti veliku, gore opisanu, populaciju bolesnika s problemima seksualne želje. To nam je iskustvo omogućilo da dotjeramo, produbimo i proširimo naše hipoteze o prirodi i porijeklu poremećaja seksualne želje. Istodobno, novi su uvidi u patogenezu i dinamiku tih složenih sindroma potakli kontinuiranu evoluciju i modifikaciju naših metoda liječenja, tako da su se te metode znatno promijenile.

Ukratko, tijekom proteklih 16 godina mnogo smo naučili o uzrocima i liječenju poremećaja seksualne želje. Zaista je vrijeme za osuvremenjivanje svega toga.