

CAPITOL I

IDENTITATE SEXUALĂ

În ciuda faptului că aparent, apartenența la un sex este un lucru simplu, definit doar de apartenența biologică, o privire mai atentă, relevă de fapt un fenomen extrem de complex, cu mai multe nivele de evoluție:

- A. componenta somatică;
- B. dezvoltarea psihosocială;
- C. concordanța absolută a acestor nivele;

Identitatea sexuală este un fenomen, ce cuprinde aceste nivele și are mai multe etape de parcurs, pentru ca, în final un individ să fie bărbat, să arate ca un bărbat, să se simtă ca un bărbat și să se definească ca atare, respectiv să fie femeie din toate punctele de vedere: somatic, organic, emoțional și funcțional. Nivelele acestui proces de formare și autoidentificare sunt prezentate în tabelul numărul I.

TABEL I NIVELELE IDENTIFICĂRII SEXUALE

Nivel	Substrat
Sex cromozomial	46 XX = F, 46 XY = M
Sex gonadic și hormonal	Testicule → testosteron → M Ovare → estrogen → F
Sex gonadoductal	Epididim, duct deferent, prostată, v. seminale = M Trompa, uter, vagin = F
Sex genital	Scrot, penis = M Labii mici și mari, clitoris = F
Sex cerebral	Centru tonic = M Centru ciclic și tonic = F
Gen de adresare	Alocarea unui sex la naștere de către personal
Gen de creștere	Creșterea ca băiețel sau fetița, așteptările diferite, pretenții, reguli, norme diferite = gen/sex social
Identitate de gen	Certitudinea și experiența, senzația internă de apartenență la genul masculin sau feminin

1.1 DIFERENTE SPECIFICE ALE SEXELOR

1.1.1. Diferențierea somatosexuală prenatală cuprinde formarea și dezvoltarea structurilor sau funcțiilor legate de reproducerea biologică .

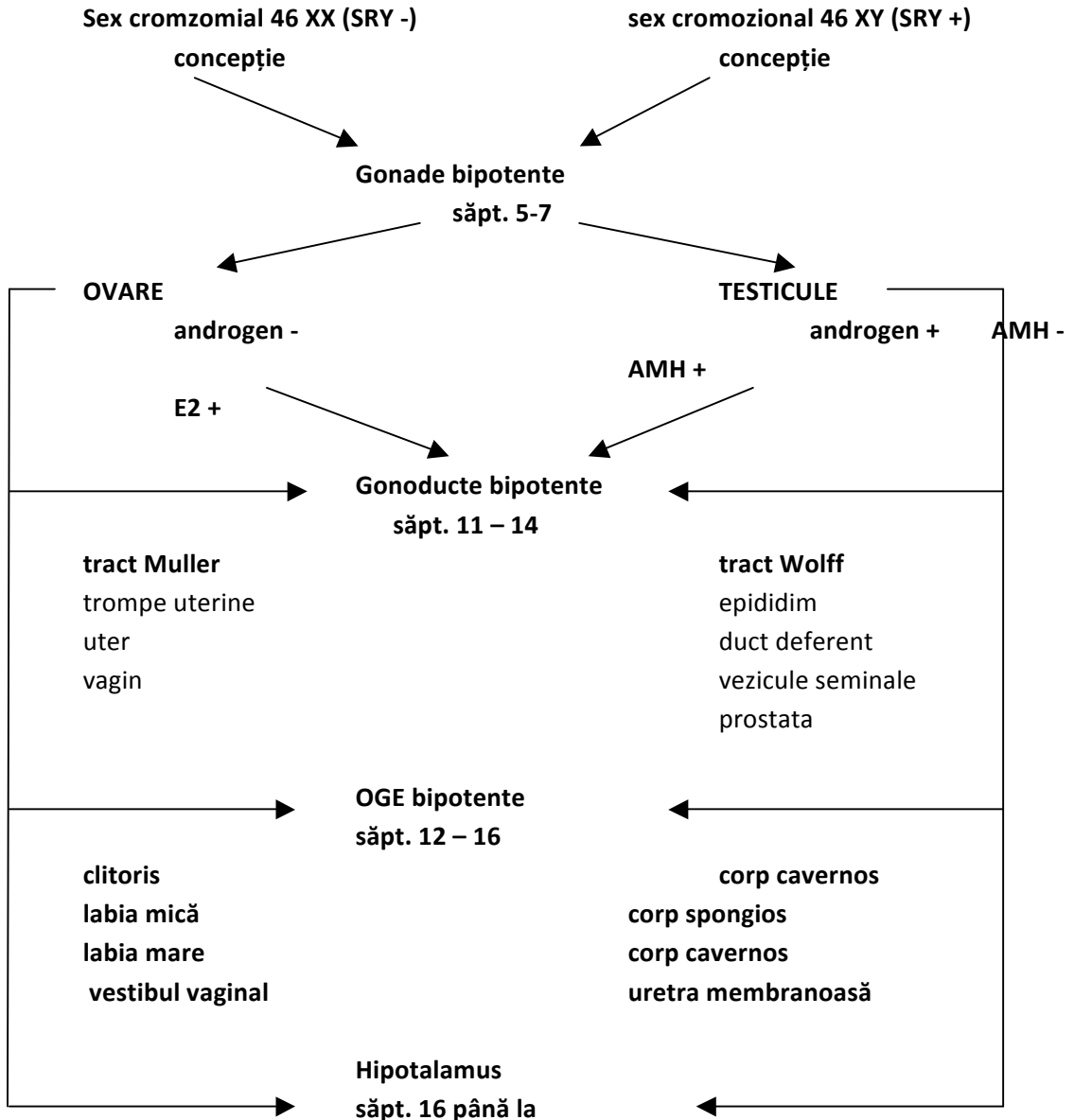


Fig.1 Schema diferențierii somatosexuale în perioada prenatală

Este un fenomen care se întinde pe o durată de mai mulți ani, începând din momentul concepției.

- a. **Nivelul cromozomial**
- b. **Nivelul gonadal**
- c. **Nivelul gonadoductal**
- d. **Nivelul genital**

Nivelul cromozomial: se formează în momentul concepției, prin combinarea cromozomilor haploizi ai unui spermatozoid (22 autozomi și 1 cromozom sexual) cu cei ai unui ovul (alți 22 cromozomi autozomi plus 1 cromozom sexual). În prezența unui cromozom Y, care prezintă o genă, denumită SRY, pe brațul scurt, dezvoltarea merge programat spre diferențierea masculină. Fig.2

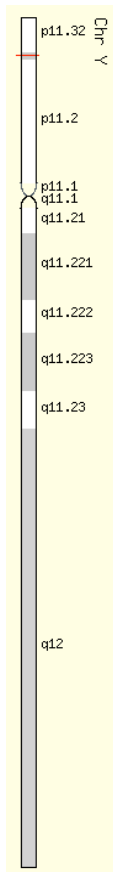


Fig. 2 Distribuția tuturor genelor de-a lungul cromozomului Y

În lipsa acestei gene, indiferent de cariotip – 46 XY, 46XX, 45 X, evoluția merge automat spre sexul feminin.

Nivelul gonadal: până în săptămâna a 5-a a vieții uterine, celulele precursorale urogenitale sunt nediferențiate sexual.

Principii:

- I. Bipotența rudimentelor de organe genital interne care urmează drumul masculinizării +defeminizării sau feminizării+ demasculinizării;
- II. efort mai mare de dezvoltare a sexului masculin (principiul ADAM);
- III. relația bidirecțională hormonală: androgeni → aromatizare periferică → estrogeni
estrogeni → aromatizare intracelulară → androgeni
- IV. faze critice: etape ireversibile ale organicizării structurilor

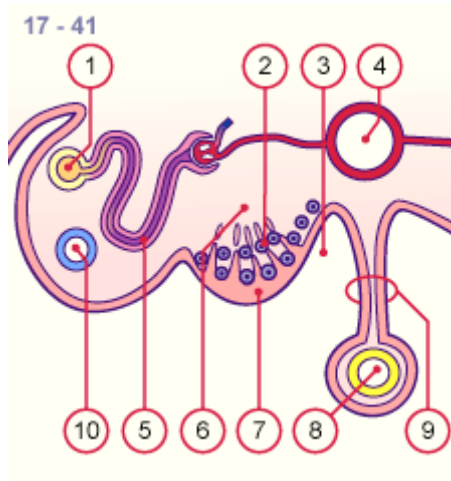
- În prezența unei gene SRY normo-funcțională din săptămâna a 5-a de viață apare dezvoltarea testiculară, cu formarea de celule Leydig și ulterior a celulelor de susținere Sertoli.

- din săptămâna a 9-a de viață, hormonii preiau conducerea diferențierii celulare:

- Testosteron produs de celulele Leydig, sub influența hCG placentar (săptămâna 9-18)
- AMH (hormonul antimulerian) produs de celulele Sertoli, determină involuția rudimentelor feminine: ductul lui Muller.
- Intervalul s.9-18 intrauterin este PRIMUL VÂRF ANDROGENIC la băiat, responsabil de masculinizarea OGE și OGI

! în absența SRY ovotestisul se transformă în ovar.

- în absența SRY funcțional, formarea ovarului are loc automat, non-hormonal, cu un minim de efort natural. Acest lucru, reprezintă deosebirea între între sexe, deoarece natura are neapărată nevoie de sexul feminin pentru perpetuarea speciei. Mediul hormonal matern nu influențează dezvoltarea fătului, deoarece hormonii sexuali materni sunt dezactivați de către alpha feto-proteina placentară.



1 duct mezonefric

2 celule germinale primare

3 cavitate peritoneală

4 aortă

5 tub mezonefric

6 mezenchim celomic

7 epiteliu mezonefric

8 intestin

Fig 3 OGE primordiale bipotente

Nivelul gonadoductal: pleacă de la precursori ambi-potenți, format din tractul Muller (duct paramezonefric) și Wolff (duct mezonefric).

- diferențierea adecvată a testiculelor (s 10-12) de AMH, ce determină atrofia ductului Muller (defeminizare), care formează appendix testis, la nivelul polului superior testicular;

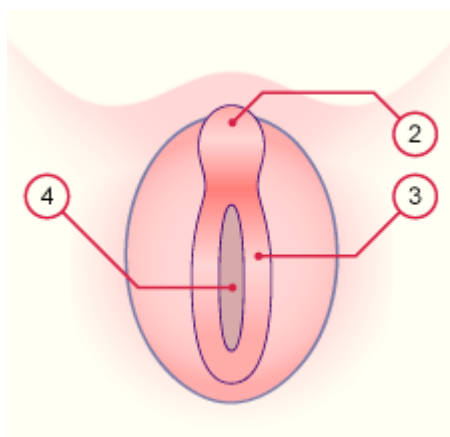
- procesul este completat prin evoluția din ductele Wolff, androgen dependent a epididimului, ductului deferent, veziculelor seminale și prostatei.

- în absența testosteronului și a hormonului antimüllerian (AMH), apare involuția ductului Wolff (demasculinizare) cu dezvoltarea aparent spontană, în absența oricărei substanțe, a trompelor uterine, uterului și treimii superioare a vaginului.

Absența AMH :persistent ductului Muller → bărbat cu uter/3 orificii la nivel planșeului pelvian, la naștere;

Absența izolată de testosteron: evoluția spontană spre sexul feminin, dar cu persistența ductelor Wolff (gonada de tip ovotestis/fibroasă, nefuncțională);

Nivel genital: diferențierea organelor genitale externe, care fac posibilă determinarea unui sex la naștere, așa numitul sex al moașei, completează etapele antemenționate. Se formează de la nivelul sinusului urogenital, bivalent.

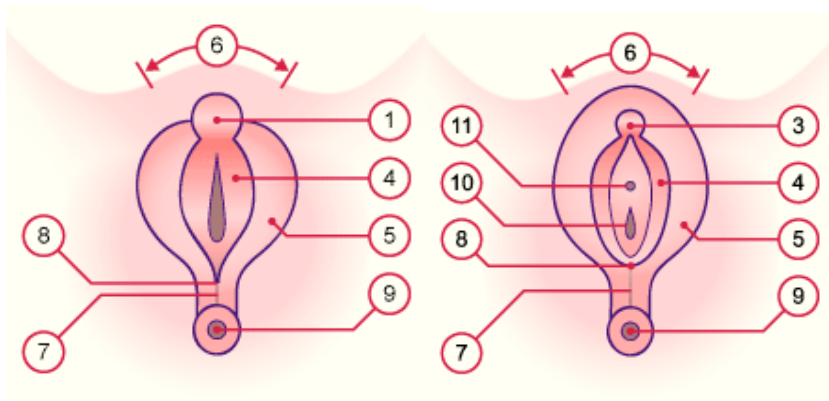


2 = tubercul genital

3 = pliu cloacal

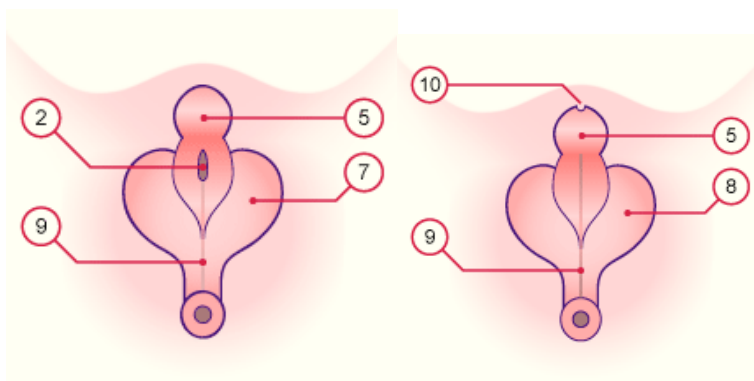
4 = membrana cloacală

Fig 4 Rudimente indifferente organe genitale externe



- 1 = tubercul genital 2 = pliu genital 3 = clitoris 4 = labia mică 5 = labia mare
- 6 = muntele pubian 7 = perineu 8 = comisura labială posterioară
- 9 = anus 10 = himen 11 = orificiul uretral extern

Fig. 5 Diferențierea OGE de tip feminin



- 2 = pliu genital 5 = penis 7 = „umflătura genitală”
- 8 = scrot 9 = rafeu urogenital 10 = meat urinar 11 = perineu

Fig. 6 Diferențierea OGE de tip masculin

Transformările aferente formării sexului masculin, presupun secreție de testosteron de calitate, respectiv acțiunea perfectă a enzimei 5 alpha reductază, care transformă testosteronul în dihidrotestosteron, forma finala activă a hormonului androgen, asupra structurilor androgen-dependente.

Deficit de 5 alpha reductază= sub-masculinizare OGE, aspect pseudoclitoridian;

Exces androgeni =masculinizare OGE feminine: aspect pseudoscrotal.

1.1.2. Diferențierea somatosexuala postnatală

La naștere, greutatea medie a băieților este cu circa 150-200 de grame in medie mai mare decât greutatea fetițelor. Nu există diferențe de lungime și circumferința craniană. Proporția sexuală secundară = raportul între numărul de nașteri vii de copii de sex feminin față de cei masculini, fiind de circa 106: 100.

Proporția sexuală primară= legătura între numărul de zigoți implantați 46 XX față de cei 46 XY.

Se observă o stabilitate mai mare a sexului feminin față de cel masculin:

- la aceeași greutate la naștere, băieții sunt mai puțin maturați față de fetițe;
- fetele suferă prima transformare de aspect mai repede: medie la 4 ani si 7 luni față de băieții: 5 ani si 10 luni;

Acest proces de transformare este trecerea de la copil mic la copil de școală:

- creșterea extremităților;
- mărirea maxilarelor;
- aplatizare trunchiului, definire abdomen și torace;
- modificarea semnificativă a compartimentului cognitiv.

1.1.3. Diferențierea somatosexuală finală

Pubertatea reprezintă a doua mare transformare fenotipică, care se manifestă atât în sfera nongenitală, dar mai ales în sfera genital-sexuală.

Debutul pubertății este determinat de activarea axului

hipotalamohipofizogonadic, respectiv interacțiunea gonadotropinelor atât cu hormoni (estradiol, progesterone, testosterone, cat si cu substanțe ca leptina și inhibina).

Această activare endogenă este grevată de:

- factori organizaționali: efect de feedback negativ exagerat al hormonilor periferici asupra gonadostatului;
- factori genetici: vârsta media a pubertății variabilă între familii;
- factori socioculturali: grad de alimentație/de bunăstare;
- factori climaterici: gradul de însorire proporțional cu vârsta debutului pubertății;
- relația țesut adipos - corp: teoria greutateii minime necesare pentru apariția menarhăi;

Secvența modificărilor a fost cuantificată ca și grade de maturare pubertară:

TABEL II SECVENTA DEZVOLTARII PUBERTARE (adaptat după Bierich 1981)

Băieți	Vârsta medie	Fete
	8-10 ani	Începe creșterea uterului
	10-11 ani	Telarha (B2)/pubarha (P2)
Creșterea penisului/testiculelor	11-12 ani	Creștere în înălțime
Acnee		Os sesamoid police
Creștere prostatică		Acnee
		Înmugurire sân (B3)
		Creștere OGE și OGI
		Maturare epitelu vaginal
Pubarha (P2)	12-13 ani	Creștere sân (B3)
Creștere în înălțime		Formare areolă mamară (B4)
Os sesamoid police		Pilozitate axilară (AH1)
Creștere accelerată penis/testicule	13-14 ani	Menarha, cicluri anovulatorii
Pilozitate axilară (AH1)	14-15 ani	Cicluri regulate, ovulatorii
P4		B4/5
Schimbarea vocii		P5
Pilozitate facială		fertilitate
P5	15-16 ani	Închidere cartilaje de creștere
Spermatozoizi adulți		
Închidere cartilaje de creștere	> 17 ani	

În timpul pubertății, apare al doilea vârf al secreției hormonale, probabil responsabil de „timingul” endogen al gonadostatului, care spontan începe să reacționeze și să coordoneze producția de hormoni periferici, de la nivel gonadic. Nu se știe încă dacă acest salt hormonal determină nu doar pubertatea, cât și maturarea centrilor sexuali și de atracție de la nivel hipotalamic.

Odată cu finalizarea pubertății, apar modificări generale somatice care diferențiază bărbații de femei: greutate, înălțime, compoziție corporală; masa musculară și adiposă/dispunerea ei, dezvoltarea predominantă a centurii scapulare sau pelvine.

Cu toate acestea definiția generală, cu impact în sexualitate, ca fiind atribuită bărbaților sau femeilor, vine mai puțin din masa corporală absolută, cât mai ales din proporțiile corpului. Se consideră că mult cunoscutul raport talie/șold variază invers proporțional cu testosteronemia endogenă, fiind considerat un criteriu de atractivitate la bărbați. Bărbații cu șolduri înguste au mult mai multe atuuri comparativ cu cei cu șolduri largi.

La femei, funcționarea catamenială este regulată și perfectă.

Deoarece în această perioadă coincide marea „furtună hormonală”, începerea vieții sexuale, legătura dintre aceste două procese a fost foarte mult studiată. La femei se observă legătura între disponibilitatea sexuală – fazele ciclului – prezența sindromului premenstrual și nivelele testosteronemiei endogene: femeile fără SPM au un echilibru între estrogeni și gestageni (progestativele endogene) și prezintă creșteri ale libidoului premenstrual, în timp ce femeile cu manifestări somatice premenstruale au o activitate sexuală maximă în timpul ovulației.

1.2. DIFERENȚELE TIPICE PE SEXE

Diferențele tipice se deosebesc de cele specifice, prin faptul că nu sunt în sfera somaticului ci mai ales în sfera funcționalului:

- parametri de comportament, definiți de marea masă ca tipic feminin/tipic masculin sunt mai degrabă o noțiune culturală și educațională decât una real biologică;
- nu s-au găsit diferențe semnificative între cele două sexe în ceea ce privește performanțele cognitive;
- CULTURA și nu NATURA face diferența;

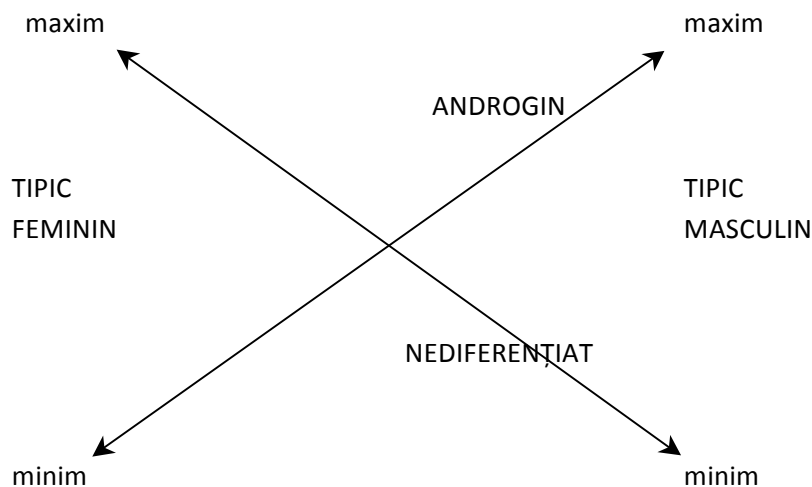


Fig 7 Prezentare schematică: masculinizare-feminizare variante de identificare și manifestare

- abilitățile spațiale: bărbații au calități mai bune în sfera imaginării în spațiu, orientării în spațiu (mai ales la mișcarea de rotație mentală);
- agresiunea: bărbații dovedesc mai frecvent agresiune: trăiri negative, neprovocate, destructive, comparativ cu femeile. Bineînțeles că există și o componentă culturală importantă, dar în general evoluția apare diferit, încă din copilărie, când băieții sunt per global mai greu „înregimentabili” în reguli și disciplina.

- comportamentul prosocial: femeile au tendința să fie mai democratice, iar bărbații mai autocrați. Femeile interacționează social, bărbații performanțional;
- performanțe verbale: definite punctual ca abilități legate de viteza și complexitatea vorbirii și nu de comunicare, sunt mai bine definite la femei, probabil ca urmare a unui proces de lateralizare a zonei responsabile de vorbire, la bărbați comparativ cu femeile;

1.3 DEZVOLTAREA ORIENTĂRII SEXUALE

Despre variabilitatea orientării sexuale, cercetătorul american Kinsey, a fost primul care a oferit explicații organizate ale unor constatări epidemiologice. Conform teoriilor acestuia, atracția către un partener de sex diferit sau de același sex, este expresia unei evoluții continue a fiecărui individ de-a lungul vieții. Descrie și o scară a atracției, în care întreaga populație este împărțită de-a lungul unei curbe „continuum homo -heterosexual”:

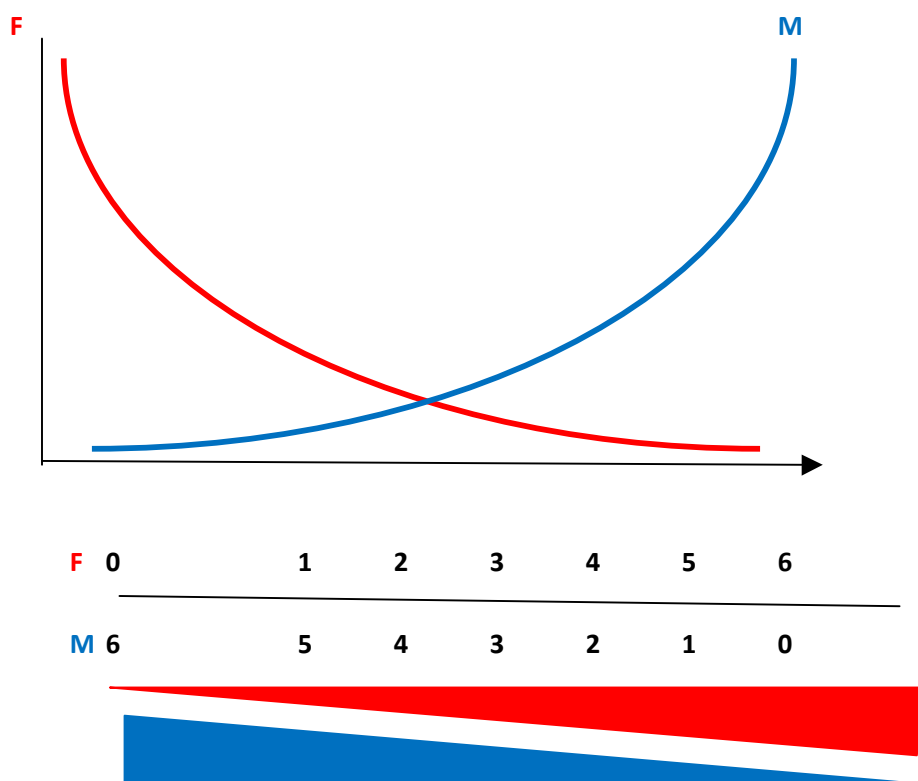


Fig 8 Scorul Kinsey

Kinsey 0	exclusiv heterosexual, fără nici un fel de interes față de persoanele de același sex;
Kinsey 1	predominant heterosexual, atracție nedefinită față de același sex
Kinsey 2	predominant heterosexual, atracție importantă față de același sex
Kinsey 3	atracție comparabil egal față de ambele sexe
Kinsey 4	atracție predominant față de persoanele de același sex, dar și cu interes pronunțat heterosexual
Kinsey 5	atracție predominantă față de același sex, interes puțin manifestat față de sexul opus
Kinsey 6	homosexual exclusiv

Una din întrebările fără răspuns ale sexologiei astăzi este dacă orientarea sexuală în timp este variabil -bimodală sau constant - continuă?!

Orientarea sexuală se poate defini prin patru nivele:

- **nivelul reacțiilor fiziologice:** definește modificările organice, obiective de la nivelul predominant al organelor genitale externe ce apar în condiții de stimulare cu conotații mai mult sau mai puțin sexuale. Poate fi obiectivată prin fotopletismografie vaginală și penispletismografie, dar este cel mai simplu de întrebat detaliu, la o anamneză sexuală.

- **nivelul fanteziilor:** cuprinde fanteziile din timpul masturbării, respectiv visatul „cu ochii deschiși: din timpul zilei.

Presupune multă corectitudine din partea pacientului ca aceasta relatare sa fie corectă și conformă realității. De multe ori, interesul față de persoanele de același sex se manifestă exclusiv la acest nivel.

- **nivelul comportamental:** cuprinde interacțiunile sexuale reale. Acest nivel este nivelul cel mai mult influențat de factorul cultural, social și religios.

***Practic:** pot fi persoane care la nivel de vise, fantezii și responsivitate organică periferică sunt atrase de persoane de același sex, dar la nivel comportamental „în văzul lumii” partenerul este de sex opus.*

- **nivelul autodefinirii/ poziționării sinelui:** autoclasificarea ca și homo-, hetero- sau bisexual depinde de autopercepție, dar și de nivelul recunoașterii

sinelui. Mulți oameni își neagă reala identitate, dacă aceasta nu coincide cu normele socioculturale ale grupului.

Nu trebuie să existe concordanță între toate cele patru nivele.

Practic: în funcție de nivelul care este interogat, medicul sexolog poate primi răspunsuri diferite, fără ca acest lucru să însemne un dezacord în personalitatea interlocutorului. De abia când lucrurile sunt relatate diferit, față de realitate, aceasta devine o problemă de conflict intrapsihic pentru pacient. Conflictul intrapsihic se poate manifesta în sferă emoțională, ca o nemulțumire generală, dar și în sfera sexuală, ca o formă de disfuncție sexuală, predominant cu alterarea dorinței sexuale în cuplul heterosexual aparent sau ca și alterare a performanței sexuale.

1.4 IDENTITATEA DE GEN ȘI ROLUL DE GEN

A fi bărbat sau femeie, înseamnă mult mai mult decât cromozomi, gonade, gonoducte și organe genitale externe diferite. Acestea sunt doar condițiile minim necesare, de la sine înțelese, premise pentru dezvoltarea ulterioară. Interacțiunea dintre natură, cultură, social, experiențe, model și învățare, determină formarea identității de gen și implicit manifestarea rolului de gen.

„Rolul de gen = întreaga atitudine, ce faci, ce spui, cum spui, ca să te prezinți pe tine ca bărbat/femeie sau ambivalent” (Money și Erhardt 1972)

„identitatea de gen= experiența privind identitatea personală, a comportamentului personal, respectiv a modului de viață ca aparținând unuia dintre sexe;

Identitatea de gen = experiența personală a rolului de gen

Rolul de gen = exprimarea către terți a identității de gen

Nu spune gen = sex, datorită variațiilor între ceea ce înseamnă sex (predominat cromozomial sau gonadal) respectiv gen= comportament, percepție, spațiu cognitiv.

Orientarea sexuală este un fenomen complex, grevat de factori biologici, genetici, hormonal, de mediu, dar care reprezintă în final integrarea acestora de către fiecare persoană în parte. Nu sunt date care să certifice efectul direct și necondiționat al nici unuia dintre factorii antemenționați în a determina sau a influența direct identitatea și orientarea sexuală.

Atât identitatea cât și orientarea sexuală generează comportamentul sexual. În situațiile perfecte, cele trei nivele sunt congruente și determină liniștea și echilibrul persoanelor. Dezechilibre între identitatea sexuală, orientare și mai ales comportamentul sexual generează un puternic conflict intrapsihic.

CAPITOLUL II

EVOLUȚIA SEXUALITĂȚII DE-A LUNGUL VIEȚII

Etapele pre- și postnatală sunt reprezentate doar de fenomenul de dezvoltare a aparatului reproductiv, conform sexului genetic, o cascada de evenimente bine coordonate și socotite, care au ca menire finală crearea condițiilor minim necesare desfășurării unui act sexual complet și corect.

2.1 SEXUALITATEA ÎN COPILĂRIE

În fenomenul de conturare și definire a sexualității, în mica copilărie, procesul de învățare și imitare, este mult mai important decât fenomenul biologic.

Bebelușul crește și învață despre mediul înconjurător ca urmare a unei interacțiuni permanente, care presupune “simțirea și sesizarea” stimulilor din jur, dar și “stocarea și prelucrarea” acestora, la nivel central.

SUBSTRATUL FENOMENULUI ESTE:

- Hormonal: principala sursă de estrogeni și androgeni este suprarenala, cu diferențe minimale de sinteză, secreție și secreție plasmatică, între fete și băieți;
- Începe conturarea identității de gen: percepția personală a fiecăruia dintre noi ca fiind femeie sau bărbat.
- Teorii privind sexualitatea la această vârstă
 - o **Teoria învățării:** dezvoltarea genului este modulată de modelele personale, respectiv de influențele culturale și de modele personale, cel mai frecvent la această vârstă fiind părinții;
 - o **Socializarea diferențiată:** părinții se poartă diferit cu fetițele și băieții: îi îmbracă diferit (pe culori, articole de îmbrăcăminte, pantofi), cumpără tipuri diferite de jucării, considera ca „adevate” comportamente diferite la băieți față de fete, și multe alte amănunte ale interacțiunii zilnice;
 - o **Teoria dezvoltării cognitive:** consideră evoluția sexualității în paralel cu dezvoltarea intelectului copilului: la trei ani mai crede că dacă se îmbracă cu o fustă se poate transforma în fetiță, sau fetița vrea să fie ca tata când crește mare, dar apoi apare o percepție din ce în ce mai aproape de adevăr;

- **Teoria interacțiunilor bio-sociale:** se consideră că există anumite “perioade critice” în procesul dezvoltării sexualității
 - **Esența indentității de gen:** stabilirea fundamentală ca fiind baiat sau fetita: **3 ani**
 - **Harta iubirii:** stabilirea unui model al unei relații idealizate de iubire: începe să se dezvolte la **5-8 ani**
Trauma: incest, abuz, parinti foarte severi în ceea ce privește atitudinea față de sex pot genera modele comportamentale sexuale atipice cu manifestare exclusiv în viața adultă
 - **Teoria freudiană:** consideră existent unor impulsuri sexuale încă din copilărie, fără a compara însă acestea cu impulsurile sexuale ale adultului, interes pe care îl sistematizează în mai multe faze:
 - **Faza orală:** 0-1 ani – energia este concentrată în jurul cavității bucale: marea majoritate a informațiilor vin de aici; De asemenea majoritatea gratificațiilor au aceeași sursă: supt, sărut, mâncare, gusturi noi.
 - **Faza anală:** 1- 3 ani – plăcerea senzuală se muta în această zonă. Funcțiile de eliminare, cu perioada de învățare aferentă, reprezintă prima autonomizare față de părinți, îi generează senzația de control/autocontrol a copilului;
 - **Faza falică:** 3-5 ani: energia sexuală se muta la nivelul genitalelor. Apar aici primele diferențe între fete și băieți; Băiețelul poate avea plăcere prin masturbare;
Complexul Oedip: băieții devin geloși pe tați, cu care împart afecțiunea, senzualitatea și timpul mamei, și care sunt destul de puternici ca să pedepsească băiețelul;
 Poate apare anxietatea de castrare, deoarece penisul este sursa de plăcere și poate fi pedepsit, prin dispariția, deoarece existent a fetițelor “fără penis” poate însemna posibilitatea pensului de a fi luat, de a dispărea.
 Fetița: prin absența pensului, fetele se simt înșelate și devin invidioase.
 “Invidia față de penis” se manifestă prin gelozia față de mamă, dorința de a avea tatăl doar pentru ea, mama fiind vinovată de dilema interioară: de ce nu are penis.
 Extrapolând, Freud consideră că această problemă a invidiei de penis, persistă la unele femei toată viața, explicând dezvoltarea psihologică mai puțin matură comparativ cu bărbații.

- **Faza de latență:** după 6 ani, după rezolvarea complexului Oedip sau Electra, coorinde o perioadă de noninteres sexual, cu concentrare asupra intelectualului și socialului;
- **Faza genitală:** este activată de factori biologici interni

MAFIFESTĂRI

Până la Freud, sexualitatea a fost negată, atât ca și existență precum și ca manifestări. Mai mult, anumite manifestări care sunt normale, sunt reprimare și condamnate de către părinți, care dintr-o teama obsesivă că sunt anormale sau chiar periculoase, reprimă manifestările naturale ale copiilor și mai mult pot influența negativ sexualitatea copiilor până la viața adultă.

Din această cauză trebuie cunoscute pentru a putea fi explicate și înțelese:

În primii doi ani de viață:

- Erejecțiile apar la bebelușii de câteva zile;
- Acestea apar și în timpul suptului: similar, fetițele pot avea lubrefiere vaginală și hipertrofie clitoridiană;
- Sunt semne de reflexe sexuale, ce apar în condiții de relaxare
- Nu apar țnsa manifestări erotice sociosexuale;
- Copii se ating și se mângâie pe tot corpul, de îndată ce au abilitățile motorii necesare
- Părerile sunt însă împărțite, dacă atingerile sferei genitale pot fi considerate fără semnificație aparte, în contextul explorării întregului corp, sau sunt secundare emoțiilor pozitive produse de aceste atingeri;

Mica copilărie:

- În contextul curiozității generale, copii descoperă faptul că atingerea sferei genitale determină senzații de plăcere;
- La trei ani, copii sunt conștienți de impulsurile din sfera genitală;
- Treptat, tendința de autoexplorare este înlocuită de jocuri: “ doctorul”
- Tot acum, copii devin conștienți de corpul părinților, cu toate detaliile acestuia.
- Este esențială învățarea comportamentului social adecvat: copilul nu are voie să se dezbrace în public, să își afișeze sau să arate genitalele spontan sau la cererea anturajului;
- Tot acum, trebuie cunoscute însă evitate recomandări parentale: “acolo jos este murdar”, „nu te atinge, este rău”, „te pedepsește!”, care pot greva libidoul în viața adultă; chiar dacă este greu la început, singurul lucru de făcut pentru

părinți este să se relaxeze. Este imperios necesară înțelegerea nevoii de evitare a reprimării excesive a contextelor sexuale;

- La patru ani, apar întrebările legate de originea copiilor, iar noțiunile legate de sex se conturează ca o vagă imagine;
- La cinci ani, copiii devin conștienți și observă comportamentul afectuos al părinților; în egală măsură, sesizează certurile, conflictele sau afirmații: nu pune mâna pe mine, nu mă atinge, nu te pot vedea, îmi este mult de tine,..., care pot modifica mult sexualitatea copiilor în viața adultă;

Perioada școlară:

- Copiii trebuie să fie conștienți la 6 sau 7 ani, de diferențele anatomice de bază între sexe;
- Indiferent de gradul de expunere la nuditate (din familie) curiozitatea își spune cuvântul la jocurile: "de-a casa, sau de/a spitalul" cu explorarea și compararea sinelui cu ceilalți copii din anturaj, de aceeași sex dar și de sex opus;
- Joaca de la această vârstă, aproape universal, are un efect benefic asupra experiențelor psihosexuale, și atâta vreme cât se pastrează în limitele normei, nu are nici un efect negativ asupra psihicului copilului;
- Există o permisivitate nerostită vis a vis de tendința băieților către jocuri sexuale, în schimb, la fete, această tendință este extrem de tare reprimată;

Chiar dacă marea majoritate a părinților, cel puțin din generațiile de până acum, nu sunt deloc pregătiți să își surprindă copiii în diferite ipostaze de jocuri sexuale, reacțiile exagerate cu coercitive, cuvinte precum: periculos, păcătos, murdar, bolnav, trebuie evitate pentru a nu influența în nici un fel evoluția psihosexuală a copilului, care indiferent de voința părintească, își va urma cursul. Reacțiile obținute vor fi reprimarea exagerată în viața adultă, fie entuziasm și deschidere exagerată, reactivă la părerile părinților.

2.2 SEXUALITATEA ÎN ADOLESCENȚĂ

Adolescența este considerată perioada cuprinsă între 12 și 19 ani. Este o provocare atât pentru persoana în cauză, cât și pentru familia tânărului, datorită schimbărilor majore ce apar în această perioadă de timp.

2.2.1. Particularitățile sexualității la adolescență sunt determinate de:

- a. Transformările hormonale, autodeclanșate de activarea gonadostatului, cu toate transformările somatice aferente pubertății;
Adolescentul este foarte atent cu corpul său, atractivitatea sa, este preocupat de aspectul exterior și de numeroase detalii exterioare;
Urmărirea apariției caracterelor sexuale secundare, în special a sânilor la fete, sunt urmărite îndeaproape ca evoluție în sine, dar și comparativ cu celelalte fete din anturaj;
Masculinitatea este definită ca și înălțime, apariția și evoluția masei musculare, precum și a pilozității faciale, precum și de schimbarea vocii;
Fenomenul “vestiarului” poate deveni o mare problemă pentru băieții care au lungimea pensului în treimea inferioară a cohorței normei;

- b. Reacomodarea cu “noul corp” și noile nevoi psihosexuale și emoționale caracteristice fenotipului de tip adult, care se obține la finele pubertății;
Cea mai uzuală metodă de evaluare rămâne, ca în mica copilărie, autoexaminarea.
Procesul de “învățare” a noului corp este diferit între adolescenți. Se manifestă în intimitatea camerei, când marea majoritate a băieților încearcă să își pună un prezervativ singuri, frecvent în stare peniană de detumescentă, iar fetele se autoexaminează cu o oglindă sau încearcă să își insere un obiect în vagin (cu excepția cazurilor când virginitatea este un subiect extrem de important în familie).
Același proces apare și în condiții de: sărut, atingeri, mângâieri, a dezbrăca partenera sau a fii dezbrăcat. Rareori actul sexual se produce la această vârstă. La finele pubertății (17-18 ani), laturile se schimbă, adolescentul fiind pregătit chiar și de sex oral la prima întâlnire.

- c. Începerea relațiilor romantice și/sau sexuale;
De multe ori, în adolescență timpurie, activitățile sexuale nu sunt determinate de un impuls interior, ci mai degrabă de nevoia unui comportament concordant cu

anturajul, respectiv nevoia de a fi acceptați de prieteni. Ei trebuie “să își dovedească” masculinitatea sau feminitatea prin participarea la activități heterosexuale sau măcar de a povesti ca au avut astfel de preocupări, pentru a corespunde normei sociosexuale a grupului de prieteni/colegi.

Se evită astfel eticheta de “neatrăgătoare”, “nonatractivă”, “tocilară”, “demodată”.

Ulterior, apar comportamente de grup: mers la suc cu prietene, la dans la mall, la reuniuni, la petreceri, la pajama party.

Gradul de intimidare și încărcătura sexuală în relațiile de pretenie cresc odată cu înaintarea în vârstă.

Frecvent, la fete relațiile sexuale apar după ce s-au îndrăgostit de câteva ori, începând de la vârsta de 13-14 ani, cu activitate coitală efectivă pe la 17 ani.

Băieții, chiar dacă trăiesc povești de dragoste, au primele relații sexuale circumstanțiale, profitând de oportunități.

Modelul patern de introducere a sexualității la băieți, prin vizita la o prostituată, nu mai este apanajul zilelor noastre.

d. Dezvoltarea propriului sistem de valori referitor la sexualitate.

Apare ca un rezultat al unei complicate formule, în care experiența personală, moralitatea, regulile familiei, valorile sociale, religioase și normele grupului și nu în ultimul rând, cele ale modelului își spun fiecare în parte amprenta.

Acest aspect se referă la ceea ce hotărăște adolescentul ca este bine pentru el în ceea ce privește sexualitatea. Astfel se decide dacă exprimarea acesteia va fi prin activități coitale sau doar prin activități de tip preludiu;

Definește contextul în care este acceptabil și confortabil pentru adolescent să își înceapă activitatea sexuală.

Alege calea romantismului sau calea micilor minciuni și compromisurilor care îl apropie mai mult de ținta finală.

2.2.2. HOMOSEXUALITATEA ÎN ADOLESCENȚĂ

Dezvoltarea psihosexuală echilibrată a unui adolescent, care se identifică pe sine ca fiind atras de persoane de sex diferit, este un lucru foarte dificil de obținut, în condițiile în care societatea noastră care nu este pregătită la nivel de înțelegere, nivel parental, intersocial sau de grup, pentru o asemenea situație particulară.

În ciuda acceptării legislative a homosexualității, societatea noastră este homofobă, cu idei preconcepute și de fapt, este departe de a accepta și mai ales de a avea un management coerent al acestor adolescenți.

Acceptarea de către grup este vitală la aceasta vârstă, iar recunoașterea tendințelor homosexuale dar am ales asumarea identității reale este un lucru extrem de rar. Faptul că nu vedem astfel de adolescenți, sau adulți nu înseamnă că ei nu există, ci că acești oameni trăiesc o viață dedublată, cu un important conflict intrapsihic.

Îi vom găsi pe acești adolescenți, exact în alt grup decât ne-am aștepta: în grupurile de băieți care practică mult sport, cât mai agresiv sau masculin posibil. Sunt cei care spun cele mai teribile povești care să certifice masculinitatea lor, respectiv cei care se laudă cu cea mai variată, interesantă sau precoce experiență sexuală.

Cu toate că aparent își neagă înclinația sexuală, marea majoritate a băieților au până la finele adolescenței, activități sexuale coitale cu alți parteneri de sex masculin.

2.2.3. MAMELE COPII

Axul hipotalamo-hipofizar este maturat cu mult înainte de finele adolescenței somatice și mai ales emoționale. Fertilitatea este atinsă relativ repede. Lipsa informațiilor reale vis a vis de posibilitatea de a rămâne gravida, lipsa educației sexuale în școli, absența unor centre de informare și consiliere a adolescentelor, bariera de comunicare între generații determină apariția sarcinilor accidentale la adolescente, definind categoria mamelor copil. Statisticile americane sunt greu de crezut, dar sunt reale:

- Doar 50% din adolescente folosesc mijloace contraceptive la primul contact sexual;
- Rata avorturilor la adolescente este de 400.000/an
- 4/10 fete de 14 ani vor rămâne însărcinate până la vârsta de 18 ani.

România se află pe locul trei între țările europene în ceea ce privește numărul de întreruperi de sarcină la adolescente.

Implicațiile sunt multiple: dacă aceste adolescente se hotărăsc să păstreze sarcina, se vor integra social mai greu, reiau mai greu procesul de învățământ și termină

facultatea mult mai tarziu. Sarcina limitează considerabil evoluția socioprofesională ulterioară a mamei.

Nou născuții au șanse mai mari să aibă greutate mică la naștere, respective au risc crescut de moarte subită.

Riscul matern este și el crescut, prin probabilitatea mai mare de a avea toxemie gravidică, hemoragii, respectiv risc obstetrical crescut.

2.3. EDUCAȚIA SEXUALĂ

Chiar dacă este o problemă încă controversată, este o materie obligatorie în școli. În condițiile unui public needucat, a unor părinți care de multe ori cu greu se adaptează la ritmurile noi ale societății noastre, educația sexuală nu este o opțiune, este o necesitate.

Unesco și ONU recomandă introducerea educației sexuale în școli. Programul trebuie să fie structurat pe grupe de vârstă: 5-8 ani, 9-12 ani, 12-15 ani, respectiv 15-18 ani. Trebuie să cuprindă informații despre anatomie, identitate sexuală, violență sexuală, urmând ca datele să fie din ce în ce mai complexe.

Este necesară, deoarece vârsta de începere a activității sexuale a scăzut foarte mult, iar riscurile de îmbolnăvire, sarcini nedorite sau de abuzuri au crescut în paralel cu acest fenomen.

În România, educația sexuală este din păcate încă la stadiul de proiect. Reacția negativă a unei mari majorități a părinților și a bisericii față de ideea introducerii obligatorii a educației sexuale în școli și grădinițe a făcut ca ideea să rămână exclusiv la stadiul de proiect. Este mai mult decât regretabil, este revoltător dar și nociv pentru dezvoltarea copiilor, ca informațiile despre lume și viață să se rezume la "te-a adus barza" sau "te-am luat de la magazin". Copiii trebuie să cunoască noțiuni minime de anatomie, să aibă denumiri normale și nu vulgare, pentru organele genitale. Trebuie să știe că nu este normal să fie

atingși într-un anumit fel la acest nivel, trebuie să poată distinge atingeri afectuoase, generale, de atingeri ce pot avea conotații sexuale.

În România, țara mamei copil, în 2011, comunitatea generală își inchipuie că informațiile despre sexualitate ar putea determina începerea vieții sexuale la o vârstă mai fragedă. Experiența Olandei certifică exact contrariul. Discuțiile vis a vis de abuz, parafilii, incest sau homosexualitate sunt încă un tabu, în comunitatea generală dar și în cea medicală, accentuând discrepanța între ceea ce este și ceea ce ar trebui să fie.

Scopurile unei educații sexuale ar putea fi:

1. Oferirea de date concrete și reale despre problemele de sănătate, sarcină și bolile cu transmitere sexuală;
2. Sprijinul grupurilor de tineri care au ales abținerea;
3. Încurajarea comunicării dintre părinți și tineri;
4. Recomandarea accesului la consiliere psihologică și medicală de calitate;
5. Încurajarea tinerilor de a lua deciziile cele mai corecte (sănătoase și potrivite) pentru ei.

2.4 SEXUALITATEA ADULTULUI

Toate capitolele care urmează se adresează sexualității adultului: anatomie, fiziologie, afecțiuni cu evaluarea, diagnosticarea, încadrarea și rezolvarea lor. În cele ce urmează, definim exclusiv cadrul general al sexualității adulților.

În cazul bărbaților, în societatea noastră apare un shift către parteneri din altă grupă de vârstă. Ceea ce este general acceptat ca și "mid life crisis" pentru bărbați, este mult mai greu acceptat ca fenomen și în cazul femeilor.

Din punct de vedere al sexualității, bărbații sunt foarte vulnerabili în această perioadă a vieții lor, când o parte au nevoie să își "verifice și reconfirme sexualitatea" căutând semne de slăbiciune sau de alterare a performanței. Îndata ce un bărbat începe să își pună întrebări asupra sexualității lui, este o probabilitate foarte mare ca să înceapă, tocmai din cauza acestor preocupări, să aibă probleme în a obține sau menține erectia. După prima încercare nereușită, gândurile negative apar, iar după a treia încercare nereușită, bărbatul se înscrie pe traiectoria numită "conduita de esec". De asemenea a nereușitele

confirma “teoria problemelor erectile” autodeterminata si nu bazata pe problem reale, care nu fac decat sa se inchisa cercul vicios.

O parte din acesti bărbați își întorc atenția către parteneri mai tineri, pentru a reaprindi pasiunea, iar alta parte reușesc să își motiveze sinelui, că problemele sunt exclusive datorate vechilor parteneri, implicit aceste parteneri trebuie schimbate.

Criza femeii de la 40 de ani are conotații sexuale mai puține, dominând managementul familiei, al carierei, al timpului. Mai degrabă această criză apare la femeile care sunt în pragul vârstei de 40 de ani dar nu sunt mulțumite de cariera, familia sau absența copiilor din viața lor. Fenomenul are o explicație profund organică, femeia la 40 de ani fiind în plenitudinea producției ovariene, care nu alterează cu nimic performanțele sexuale, dimpotrivă, prin urmare aspectele „performanță socială” predomină, comparativ cu cele de „performanță personal-sexuală”, în cazul bărbaților.

“Casa goală” este în egală măsură un fenomen constructiv pentru unele cupluri, care folosesc această ocazie pentru regasirea intimității, dar poate, în egală măsură, genera o criză. Nu doar femeile resimt lipsa copiilor, ci și unii bărbați după ce constată liniștirea pustiuului din casă. Odată cu mutarea copiilor lor, evaluează relația maritală și cele de prietenie din jurul lor, și pot constata ca este același pustiu, formal și fără sens, care s-a perpetuat de-a lungul timpului, doar în virtutea existenței și binelui copiilor.

Vârsta de 45-50 de ani este mai stresantă pentru femei, autonomizarea tot mai mare a copiilor lor devine o problemă, respectiv apare sindromul “casei goale” când copiii au plecat la studii. De abia acum femeile intră în adevărata criză, încercând să își umple timpul cu tot felul de preocupări de tip hobby. Alte femei, au nevoie de confirmarea valorii lor profesionale, și își dedica o bună parte din energia lor acestui scop. Evaluarea calității relației maritale apare de abia acum la femei.

Fenomenul nu este unul generalizat, unele cupluri trec prin aceste etape, pentru alte persoane vârsta de 45-50 de ani este cea mai plină și remarcabilă perioadă a vieții lor.

Sexualitatea, descoperită la tinerețe, evoluează de-a lungul timpului, în marea majoritate a timpului îmbunătățindu-se. Femeile își depășesc pudorarea, lipsa de experiență sexuală, o serie de idei preconcepute prezente în tinerețe, chiar prohibiții sau inhibiții sexuale.

Femeia matură își cunoaște corpul, știe ce dorește de la un act sexual, și sunt interesate mai ales de plăcerea lor, comparativ cu începuturile vieții sexuale, când satisfacția

partenerului primează. În această perioadă crește inițiativă feminină, care uneori pare a pune presiune asupra partenerilor.

Condiții favorabile:

- Inițierea unor relații noi, de alta calitate comparativ cu cele inițiate la vârsta 20 de ani;
- O relație stabilă poate fi transformată din pasiunea tinereții într-o intimitate specială, aparte, diferită față de cea a întâlnirilor "one night stand"
- După ani de sex împreună, unele cupluri se adaptează mai bine la nevoile amândurora, găsind calea de mijloc, care asigură satisfacție sexuală pentru ambii parteneri;

La această vârstă, apare probabil, cea mai mare variabilitate a sexualității. În practica medicală de zi cu zi, putem auzi orice fel de istoric. Este perioada schimbărilor, inclusiv de comportament, orientare și chiar identitate sexuală. Este zona în care formele subclinice de homosexualitate pot deveni manifeste și aparent înseamnă o schimbare de orientare sexuală. Trecuți de "vârful de potențial" oamenii își redefinesc prioritățile, știu ce doresc, de ce au nevoie și de cele mai multe ori socialul, familialul și economicul, le permit acest lucru.

2.5 SEXUALITATEA VÂRSTNICULUI

În țara noastră, sexul este privit ca apanajul tinerilor, sănătoșilor și arătoșilor. Realitatea vieții de zi cu zi este alta, chiar dacă părinții și mai ales bunicii noștri nu sunt deloc pregătiți sau dispuși să discute cu cei mai tineri despre problemele vieții lor sexuale. Există tendința globală de subestimare, cel puțin a activității și interesului sexual, care în opinia generală poate fi estimată, după vârsta de 60 de ani la un contact pe lună, ceea ce nu corespunde deloc realității prezentate de studiile epidemiologice.

Imaginea unor vârstnici făcând dragoste este însă cel puțin hilară dacă nu deranjantă pentru tineri, care pleacă de la premiza că intimitatea se încheie la vârsta adulțului tânăr.

CARACTERISTICI:

- a. Patternurile sexuale se pastreaza până la vârsta de peste 65/70 de ani
- b. Există o scădere ușoară catre perioada adultului vârstnic
- c. În cazul celor cu parteneri, problemele cele mai mari sunt:

La femei		La barbati	
Orgasm relativ rar	30%	Teama de performanță scăzută	3
Calitatea erecției partenerului	30%	Incapacitatea de a menține o erecție	3
Absența lubrefierii vaginale	30%	Incapacitatea de a obține un orgasm	2
Grijile extrasexuale	25%	Incapacitatea de a obține o erecție	2
Oportunități de întâlnire	23%	Oportunități de întâlnire	2
Libidoul diminuat	25%	Dispareunia și alterarea lubrefierii partenerei	2

- d. Procentul femeilor active sexual scade progresiv cu vârsta: datorită creșterii frecvenței afecțiunilor medicale și chirurgicale, bolilor partenerului, dispariției acestuia, respectiv disponibilitatea limitată a unor parteneri noi.
- e. La femei: scade libidoul, interesul catre sexualitate, diminueaza calitatea si frecventa orgasmelor. Modificarile de excitabilitate sunt insa neinvestigate;

Particularitatile sexualitatii varstnicilor sunt reprezentate de:

1. Fenonemele biologice normale, de involutie mai ales hormonală, atat la femei cat si la barbati;
2. Fenomene sociale
3. Aparitia afecțiunilor de toate tipurile
4. Partenerii

2.5.1. Fenomene fiziologice:

La femei:

- menopauza este asociata cu o serie de fenomene, care afecteaza in mod variabil femeile:

- disparitia secretiei estrogenice determina:

modificari ale OGE: atrofia labiilor mici, tendinta clitorisului la fibrozare

scederea capacitatii de lubrefiere

tentida la atrofie a peretelui si mucoasei vaginale

scaderea elasticitatii musculare vaginale

- in egala masura, vaginul este un muschi, iar srudiile arata ca mentinerea si in perioada menopauzeia unui ritm constant al vietii sexuale, este una din cele mai bune mijloace de prevenire a aparitiei dispareuniei;

- menopauza chirurgicala este insotita de fenomene mai zgomotoase, deoarece deficitului de estrogeni I se adauga si deficitul de andrigeni ovarieni, pricipala sursa de androgeni ai organismului, care sunt responsabili de dorinta sexuala.

- apare tendinta la ingrasare, deformarea contururilor corpului, cu modificarea formei feselor si a sanilor

- sindromul neurovegetativ de climax, este un fenomen uneori foarte intens la unele femei, care le poate altera calitatea vietii de zi cu zi, sis cade semnificativ libidoul.

La barbati:

Fara ca barbati sa aibe vreun fenomen similar menopauzei, dupa vasrat de 40 de ani se descrie o scadere fiziologica a nivelului liber de testosteron, prin scaderea productiei de testosteroane, cresterea proteinei transportoare de testosteroane, cresterea matabolizarii hetapice al alectuia.

Fenomenele clinice ale deficitului de testosteron sunt in praguri. Simptomele apar chiar inainte de scaderea sub limita inferioara a normeia dmiose pentru testosteronemie totala (12-24 nM/L), anume:

< 15 nM/L	scadere libido, dorinta si initiative sexuala
< 12 nM/L	accentuarea tendintei de obezitate
< 10 nM/L	depresie
< 10 nM/L	alterare concentrare/masa musculara/capacitate de effort
< 8 nM/L	disfunctie erectile
< 7 nM/L	bufeuri, similar celor ale femeilor

Funcția erectilă, așa cum este descrisă în capitolul de fiziologie a actului sexual, este în esență dependentă de compartimentul endoteliovascular. Îmbătrânirea, chiar și în absența vreunei afecțiuni cardiovasculare evidente, este însoțită de alterarea calității peretilor vasculari, care indirect pot modifica calitatea erecției, chiar în condiții ideale.

Patternul reproductiv al bărbatului este semnificativ diferit de cel al femeii, pentru că nu există un termen definitiv al infertilității bărbatului.

Fiziologia răspunsului sexual masculin este afectată în modul următor, indiferent de statusul hormonal testicular:

1. Prelungirea timpului necesar pentru obținerea unei erecții;
2. Scăderea fermității erecției, comparativ cu anii anteriori;
3. Reflexul cremasterian (cel de ridicare a testiculelor) este diminuat, cu scăderea distenței de ridicare a testiculelor, respective creșterea timpului necesar pentru ridicarea testiculelor;
4. Scăderea volumului spermei
5. Scăderea nevoii fizice de a ejacula
6. Creșterea perioadei refractare

7. Scaderea tensiunii musculare din timpul actului sexual
8. Disparitia "flush-ului" tipic postsex

Atat femeile cat si barbatii trebuie sa aibe expectatii realiste despre activitatea lor sexuala, pe masura trecerii timpului. Transformarea fiziologica trebuie cunoscuta pentru a l se da valoarea reala.

2.5.2 Fenomenul social

- Negativismul nostrum cultural vis a vis de sexul si romantismul la senectute este denumit ageism.
Este un prejudiciu adus varstnicilor, similar cu rasismul sau cu sexismul. Un adept al ageismului vede varstnicul intr-un anume stereotip: rigid, obositor, plicticos, cu abilitati psihomotorii diminuate, demodat ca moralitate, cu valoare sociala nula sau mica.
- Lungimea relatiei: de multe ori efectul varstei femeii asupra sexualitatii este confundat cu efectul vechimii unei relatii asupra sexualitatii cuplului;
- Frecvent, frecventa actelor sexuale coitale se reduce cu 50% in primul an al relatiei, apoi cu inca 50% in urmatoorii 20 de ani ai relatiei;
- Dorinta sexuala scade cu vechimea relatiei doar pentru grupul de varsta de 30 de ani, repsectiv 50-55 de ani;

2.5.3 Afectiuni

Daca este sa rezumam afectiunile care pot greva sexualitatea fiziologica, mai degraba este usor de spus ce nu determina disfunctie sexuala decat bolile care altereaza sexualitatea.

Atat stilul de viata cat si o serie de afectiuni medicale si chirurgicale pot fi urmate de alterarea vietii sexuale:

GRUPA AFECTIUNI	AFECTIUNE	MECANISM PRINCIPAL
STIL DE VIATA	Fumat	Efect independent al nicotinei Alterare mecanism venoocluziv
	Consum cronic alcool	Cantitati mari scad excitabilitatea Alterare functie erectila
	Sedentarism	Deconditionare fizica/musculara
	Obezitate	Sd. metabolic, alterarea endoteliului vascular
	Dependent de medicamente	Frecvent neuropsihotrope care scad libido, cresc prolactina, altereaza orgasmul
	Deprivare de somn	Central modifica excitabilitatea
AFECTIUNI SISTEMICE	Cardiovasculare	Alterare endoteliu vascular
	HTA	Disfunctie eerctila vasculara, sau II iatrogena
	Dislipidemie	Alterare relaxare neurala/endoteliala Afectare sistem venos
	Diabet zaharat	Mecanisme vasculare, neurogenice si hormonale (1:2 deficit de testosron)
	MeTS	Disfunctie endoteliala/hormonala (1:3 deficit testosteron)
	Boli neurologice	Afectare centrala: hipocamp/aria preoptica (scleroza multipla, Parkinson, Alzheimer) Afectare medulara (chirurgicale/traumatice) Afectare periferica: neuropatii senzoriale (nerv dorsal penian), autonome (nervi cavernosi) Centarle, secundare medicatiei
	Boli respiratorii	BPCO prin hypoxia factor independent de DE Apneea de somn: asociere cu DE si SDT
	Boli hepatice	Insuficienta hepatica: hormonal: PRL,TT, SHBG 75% DE
	IRC	50% DE, vascular, neuropatie senzoriala, hormonal: PRL,TT, deficit zinc, Psihogen, medicatie predominant anti HTA
	Endocrinopatii	Prolactinom, afectiuni tiroidiene, ICSR, deficit testostosterone, insuficienta ovariana

	Neoplazii	precoce Impact psihic Mutilare corporala; orhiectomie, mastectomie Radioterapie: 20-75% terapie extensive :DE
AFECTIUNI CHIRURGICALE	Neurochirurgie	Ch.medulara: interupere conducere nervoasa Ch. Central: lezare tija hipotalamohipofizara
	Urologice	Prostatectomie radical (non nerve sparing) Cistectomie, orhiectomie LUTS, BPH cu sau fara interventie chirurgicala
	Chirurgie	Rezectie abdominoperinele de rect
	Posttraumatic	Fractura de bazin: DE Leziune medulara: erectii psihogene (T10- L2) Erectii reflexogene (S2-S4) Fracture peniene (cadere, act sexual, masturbare)
MEDICATIE	Anti HTA	Diuretice tiazidice, beta blocante, BCC
	Antidepresive	Triciclice, SSRI, fenotiazine, butirofene
	Antiaritmice	Digoxin, amiodarona, disopiramida
	Hormonale	Antiandrogeni: Letrozol, Danazol, CPA Agonisti GnRH: Leuprolide, goserelin, Buserelin Flutamida Spironolactona Cimetidine, blocanti pompa de protoni Estrogeni
	Substante recreationale	Marihuana Opioizi Cocaina Alcool in exces Nicotina

2.5.4 Partenerul

Femeile in cupluri stabile au patternul activitatii sexuale identic cu cel al partenerului. Daca acesta scade frecventa actelor din motive de disfunctie erectila, femeia urmeaza curba involutiei lui. Daca partenerul este activ si sanatos, atunci femeia urmeaza acel tip de evolutie.

Femeile nemaritate, au in schimb pana dupa 55 de ani un ritm sexual nemodificat, indiferent de statusul lor hormonal;

Variatia interesului sexual al femeilor este de multe ori dependent de disponibilitatea unui partener.

Incetarea activitatii sexuale pentru femei apare cel mai frecvent din urmatoarele motive:

1. disfunctia erectile a partenerului (femei < 45 de ani);
2. libidoul scazut al femeii (femei intre 45-59 de ani);
3. Lipsa unui partener (femei peste 60 de ani).

Toti acesti factori isi combina ponderea si actiunea asupra sexualitatii varstnicilor. Nu inseamna ca avem un cumul de factori cu impact negativ in cazul tuturor varstnicilor, dar sexualitatea are o scadere progresiva de-a lungul timpului. Cuplurile stabile cauta si gasesc noi forme de comunicare emotionala, pentru a mentine intimitatea in cadrul relatiei.

CAPITOL III

Fiziologia actului sexual: aspect anatomice, funcționale și centrale

Acest capitol sumarizează particularitățile morfofuncționale a răspunsului sexual, observate din perspective clinicianului. Datele vor fi prezentate din prisma efectului asupra sexualității, atât fiziologica cat si modificata.

3.1 Aspecte anatomice

1.1. Creierul “sexual” este rezultatul interacțiunii stimulilor de la mai multe nivele:

- Lob prefrontal: cu rol inhibitor asupra pornirilor sexual bazale;

- Sistem limbic: activare fantezii sexual, vise erotice, “vise cu ochii deschiși”, excitabilitate central, comportamente sexual adecvate acestor trăiri, inițierea cascadei ce determina excitabilitatea somatic și periferică;
- Amigdala:echilibrul apetit sexual/dorința, alături de celelalte trei sisteme emoționale de baza: teama/anxietate, panica/teamă de separare, respective supărare/furie.
- Neocortexul face legătura între sistemul senzorial periferic (miros, gust, cuvânt, semn, atingere), cu integrarea și atribuirea anumitor valori sexuale/de interes sau semnalizare, și sistemul efector: cortex senzorial sau cortex limbic, cu atitudini finale de integrare a acelor stimuli, în funcție de valoarea care le este atribuită.

Variațiile dimorfice ale creierului:

- în general greutatea medie a creierului bărbătesc este mai mare comparativ cu cea a femeilor nu are importanță în sexualitate. Calitatea funcționării creierului ține de comunicarea dintre celule, plasticitatea celulară continuă, intensitatea răspunsului la stimuli emoționali, expunerea la stimuli externi, de orice tip.
- asimetria emisferelor are însă implicații în sexualitatea noastră. Această polarizare diferită a emisferelor face ca femeile să fie stimulate mai mult de “auz”: cuvinte frumoase, afectuoase, descrierea unor situații cu conotații sexuale, propuneri verbale, iar bărbații sunt mai degrabă interesați de vizual, fie ele reale sau fantezii.
- caracterul tonic sau ciclic a hipotalamusului anterior determină diferențele de fertilitate între cele două sexe, care implică și determină variații de dorință, libido și inițiativă.

Astfel comportamentul sexual masculin este stabil atât lunar cât și de-a lungul vieții adulte a unui bărbat, scăzând progresiv după 40 de ani, în paralel cu evoluția fiziologică a testosteronului;

La femei, exista atât variații lunare, cu maxim de interes in perioada perioovulatorie, respectiv in perioada fertile a vieții. Bineînțeles ca pe acest schelet mediat neurohormonal, experiența, cultura si personalitatea si nu in ultimul rând timing-ul cuplului își spune cuvântul.

Dimorfismul SNC reprezintă baza diferențelor intre dorința, libido, percepția diferită a stimulilor din mediu, frecvența și intensitatea diferită a viselor erotice nocturne, respectiv puterea percepției excitației la niveli central.

3.2 Neurotransmițători

Neurotransmițătorii “sexualității” sunt aceeași la ambele sexe:

- monoamine: Dopamina, Adrenalina, Noradrenalina si Serotonina;
- neuropeptide: peptide opioide
- neurohormoni: oxitocina, vasopresina
- neurotrofine: NGF - hormonul iubirii

Atât mediatorii, cât și căile de transmitere in “sistemul recompense” sunt identice, motiv pentru care “bonusul” emoțional este obținut prin sex, consum de droguri sau alcool, respective mâncare.

3.3 Cai de transmitere neurale

Căile de transmitere de la nivel central la cel periferic sunt cele ale sistemului simpatic și parasimpatic, dar și somatic

- căile SNS:

plex hipogastric superior

plex hipogastric mediu → fibre ce formează plexul ovarian/testicular

plex hipogastric inferior → nervi hipogastrici, FN postganglionare, plex

splanhnic, PS

plex uterovaginal → ramurile terminale ale plexului hipogastric inferior, asigura uterul, trompele, vaginul, țesutul erectile clitoridian, uretra, glandele vestibulare

nervul pudendal (S2,S3,S4) → inervația somatică a perineului

- *chirurgia oncologică; intervenții extensive la nivel vezical, prostatic, vaginal !!!! intervenții “nerve sparing”*
- *mersul excesiv cu bicicleta, prin compresiunea nervului pudendal poate determina alterarea sensibilității la nivel perineal, parestezii la acest nivel, cu excitabilitate periferică diminuată secundară*

Fig 19.10 carte albastră, pag 299

3.4 Componente anatomice periferice – sexul feminin

imagine cartea albastră pag 300

- 3.4.1 OGE: Vulva: este formată din munte (mons veneris), clitoris, labile mici și mari, structuri care înconjoară zona de deschidere urogenitală mediană, care este închisă posterior cu perineul.
- Aria prepubiană limitează superior diafragma urogenital, fiind acoperită cu pilozitate pubiană, cu caracter izosexual.
 - Diferențiază sexul masculin de cel feminin, definitivă la finele pubertății (vezi stadiile Tanner de la capitolul Dezvoltare fenotipică masculină/feminină);
!Distribuție de tip masculin: semn de hiperandrogenemie, cu punct de plecare ovarian/testicular;
!Pierdere par pubian: anticipează instalarea menopauzei; dispariția totală a pilozității sugerează carenta de androgeni suprarenali
 - Labile mari: două pliuri laterale de la diafragma urogenitală, ce conțin țesut adipos subcutanat, iar prin unirea lor creează anterior comisura anterioară, respectiv posterior comisura posterioară;
 - Labile mici: pli cutanat, fără conținut adipos, dar cu conținut bogat în glande sebacee. Sunt structuri hormonosensibile.

!:Atrofia labiilor mici: semne de hipoestrogenie, apare frecvent după vârsta de 40 de ani;

!:Hipertrofia labiala apare in cazurile cu hiperandrogenie importanta (durata/nivel de secreție);

!:Condiloamele labiale apar ca o accentuare a micropapilelor, ce apar in mod fiziologic la acest nivel.

- Clitorisul formează împreună cu vestibulul bulbar, aparatul erectile la femeie. Este format din țesut cavernos, cu fibre musculare netede și țesut conjunctiv, înconjurate de o capsula conjunctiva străbătută de numeroase filete nervoase. Vestibulul bulbar este un organ pereche, cu structura erectile similara, situate la nivelul jumătății anterioare a labiei mici, imediat subcutanat.
- Vestibulul vulvar cuprinde in partea central fata externa a himenului. Este limitat de partea inferioara a clitorisului, marginea medială a labiilor mici, și furculița.

!: Aspectul si dimensiunile clitorisului/labiilor sunt variabile;

!:Clitoromegalia este rezultatul excesului androgenic (endo - sau exogen), și frecvent este asociată cu hiperexcitabilitate periferică;

!:Atrofia clitoridiană completează tabloului postmenopauzei, secundar involuției progresive a țesutului erectil. Pielea vulvară devine subțire, palida, transparent, friabila.

!:Mutilarea sexual feminine ritualica determina modificări majore in anatomia vulvară.

!:Vestibulul vulvovaginal este locul cel mai frecvent a diverselor tipuri de dismicrobisme/infecții, când modificările de tip roșeață sunt caracteristice, care determina cel puțin o dispareunie pasageră/ciclică/trenantă.

- Vaginul se întinde de la vestibul pana la colul uterin si fornixul posterior, conectând uterul cu sinusul urogenital.

3.4.2 Anatomie vasculara

Intensitatea răspunsului sexual periferic este în mare parte dependent de bogăția vascularizației locale:

- labile: ramuri perineale inferioare și posterioare labiale ale arterei pudendale interne și femurale;
- clitorisul: patul vascular ileopudendal → artera clitoridiană comună, ce dezvoltă ramuri terminale: arterele cavernoase și artera clitoridiană dorsală;
- vagin: treimea proximală: ramuri din artera uterină și hipogastrică;
- vagin distal: artera hemoroidală și clitoridiană.

3.4.3 Modificări somatice

Modificările generale din timpul unui act sexual sunt secundare descărcărilor neuromediatorilor centrali. Indică o stare de excitare, și teoretic sunt proporționale cu aceasta, dar nu sunt specifice ei.

- înroșirea mucoaselor genital, bucale sunt expresia creșterii vascularizației locale.
- tahicardia, tahipneea sunt rezultatul tonusului simpatic crescut
- erecția mamelonară este prima manifestare a excitației sexuale, urmată de o turgescență a areolei, apoi de o umflare a întregii glande mamare.

3.5 Componente anatomice periferice – sexul masculin

Penisul este format din:

- corpi cavernoși, pereche. Este un țesut de tip spongios, formată din țesut conjunctiv de tip trabecular, care delimitează spațiile sinusoide. Acestea conțin celule endoteliale și fibre musculare netede.
- tunica albuginee, structura bilaminată foarte fermă, de 1.7-3.3 mm.
- un corp spongios, care înconjoară uretra;

- vascularizatia: **Fig 3.1 carte albastra pagina 33**

Artera pudendala → artera perineala superficial + artera peniana;

Artera peniană → artera bulbara + artera uretrala + artera dorsala a penisului + artera peniană profunda;

Artera dorsală a penisului trimite ramuri perforante spre interior;

Se descriu mai multe variante anatomice pentru arterele peniene perforante:

- ramuri ale arterei pudendale interne (15% din cazuri);

- artere unilateral există doar o singură artera peniană profunda și dorsal, care vascularizează penisul în întregime;

- artere peniene duble: 10-15% cazuri; →

- Arteriolizarea corpurilor cavernoșii se face de la nivelul arterei dorsale a penisului, care se ramifica în ramurile cavernoase, perforante, care fie se anastomozează cu artera peniană profundă (20-30%);

- venele: sângele drenat din spațiile sinusoide sau direct din șunturile arteriovenoase → plex venos subtunical (2/3 posterioare ale corpurilor cavernoși) → vene oblice emisare → perforază tunică albuginee → vena circumflexa → înconjoară corpul cavernos ca o ansă → vena dorsal a penisului;

1/3 anterioara este drenată de vena dorsală a penisului → plex pudendal → plex periprostatic → se unește cu plexul pudendal → vena iliaca internă;

Schema 3.3 carte albastra pagina 33

- ligamentul suspensor fixează baza penisului la nivel periostal la osul pubian, fixând și stabilizând pe vertical penisul în timpul erecției ;

Secționarea accidentală sau iatrogenă (operațiile de lungire a penisului) a acestui ligament determină pierderea stabilității peniene în timpul erecției și se înclină spre lateral.

- ligamentul fundiform completează sistemul de susținere mediolateral penian;

3.2. Aspecte funcționale

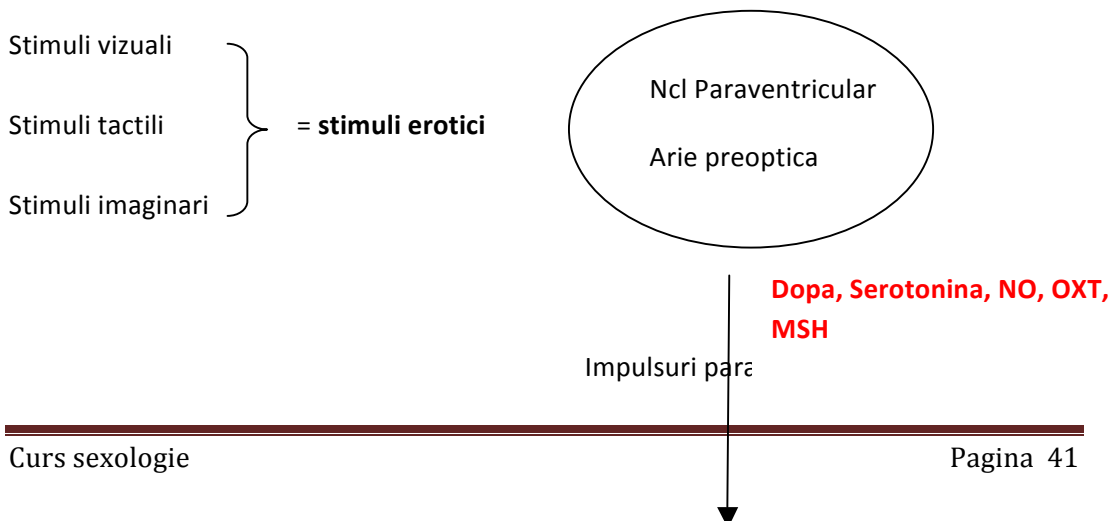
3.2.1 Aspecte funcționale la bărbat

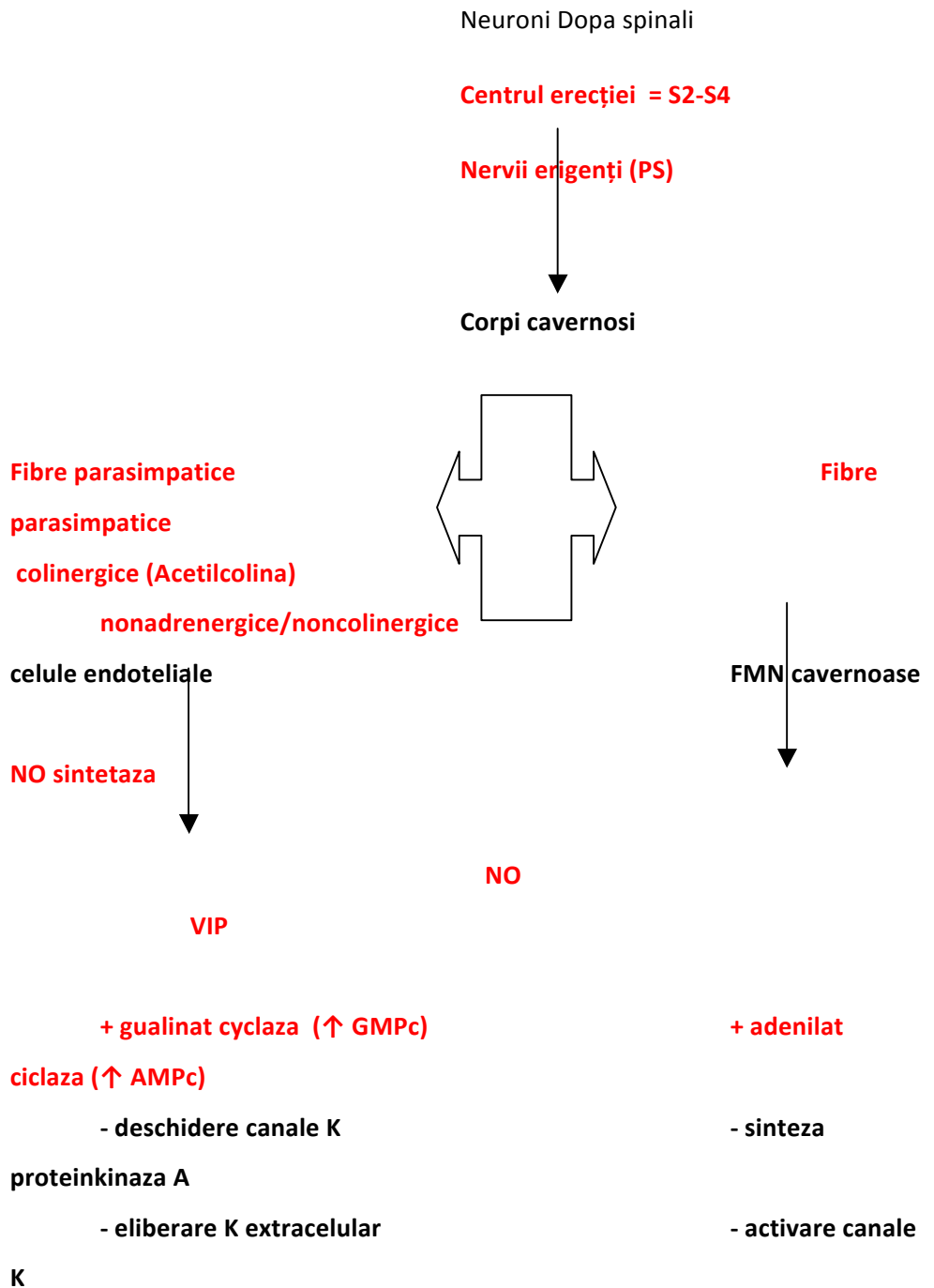
Actul sexual la bărbat este bine sistematizat și studiat, central fiziopatologic fiind reprezentat de inițierea și menținerea erecției. Fiziologia erecției este mecanismul cel mai studiat și mai bine cunoscut din tot domeniul sexualității.

Erecția este rezultatul unui cumul de acțiuni centrale, periferice și locale, care au ca rezultat relaxarea musculaturii netede a corpilor cavernoși, lărgirea diametrului arterial, creșterea fluxului sanguin, cu scădere efluxului sanguin venos și tumescența peniană.

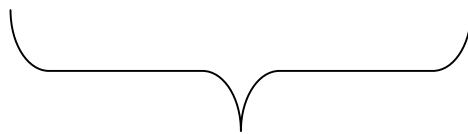
STARE FLASCA: domină acțiunea SIMPATICA = arteriole terminale contractate, flux sanguin minimal, FMN cavernoase contractate

INITIEREA ERECTIEI:





	- hiperpolarizare canale Ca	- inhibiție canale
Ca		
	- închidere canale Ca	- cumul: același
mecanism		
	- ↓ Ca ²⁺ intracelular	
	- relaxare FMN cavernoase	- relaxare FMN
cavernoase		
	- crește aflux sanguin	- crește aflux
sanguin		



EREȚIE

INHIBAREA EREȚIEI

Circuitul este identic cu cel al stimulării erecției, doar ca fibrele de conducere sunt de tip simpatic, mediatorul este Serotonina, iar efectorii sunt atât fibrele musculare netede cavernoase, cât și vasele cavernoase. Succesiune biochimică în ramurile simpaticale ale nervilor perforanți ai corpilor cavernoși;

- alpha 1 receptori (Noradrenalina/adrenalina) → + fosfolipaza C → transformarea PIP₂ (fosfatidilinozitol₂) în inozitol trifosfat (IP₃) → activare proteinkinaze C → activare → canale de Ca → ↑ Ca²⁺ intracelular → contracție FMN cavernoase → flaciditate;

- alpha 2 receptori mecanism identic cu alpha₁, dar distribuția este mai mare la nivel arterial penian.

- beta₂ receptori (Adrenalina) → acțiune prin AMPc stimulează erecția, dar sunt o minoritate și acțiunea lor nu contează;

Alte influențe:

- **fibre somatice** sunt responsabile exclusiv de contracția mușchilor bulbo- și ischiocavernoși;

- **angiotensina** prin Ang II contracția mușchilor cavernoși;

- **endotelina** crește calciul intracelular, modulează contracția și flaciditatea corpurilor cavernoși;

în egală măsură, datorită proprietăților contractile și proliferative, contribuie la procesul de ateroscleroză

- **prostanoizii** sunt sintetizați și metabolizați în corpul cavernos

PGE1 (Aprostadil) determină relaxare puternică

PGE2 determină relaxare slabă

PGI2, PGF2, TXA2 determină contracție puternică

PGE1 este unul din cei mai utilizați inductori de erecție: injectare intracavernoasă, aplicare intrauretrală sau preparate topice;

- **bradickinina** relaxarea mușchilor cavernoși, dependentă de doză

- **testosteronul** influențează mecanismul în toate fazele de creștere și dezvoltare

central stimulează sinteza neurotransmițătorilor: Dopamină, NO, OXT

nervii parasimpatici cavernoși sintetizează NO, dependent de testosteron

densitatea și sensibilitatea fibrelor adrenergice sunt testosteron

dependente

are efect asupra relaxării mușchilor cavernoși

deprivarea de testosteron este asociată cu moartea celulară programată a FMN cavernoase

- **DHEA (DHEAS)** are efect exclusiv asupra vitalității generale, respectiv a menținerii pilozității axilopubiene

- **IGF1** efect indirect, prin condiționarea lungimii peniene în copilărie, respectiv a creșterii în pubertate

Local, GH stimulează erecția, fără însă a fi folosit ca o medicație uzuală;

3.2.2. Aspecte funcționale la femeie

La femeie, deoarece erecția clitoridiană, chiar dacă există ca fenomen, nu este esențială într-un act sexual, comparativ cu erecția la bărbat, fiziologia transformărilor se subîmparte în mai multe aspecte:

Excitarea sexuală

Toate forțele motivaționale, fără de care nu există în mod normal acceptarea unui raport sexual din partea femeii, dependent de excitarea sistemului nervos central.

FORTE MOTIVATIONALE LA FEMEI

Apropiere emoțională	Cea mai importantă motivație pentru femei
Starea de bine general	Crește și menține starea de bine general

Pentru sine	Se simte atractiva, dorita, puternica ca
Evitarea lipsei de activitate sexual	Teama de a fi considerate frigida
Menținerea partenerului	Teama de a-l pierde in fata altei femei
Controlul dispoziție partenerului	
A da și a obține plăcere FIZICA/SEXUALA	
Mulțumirea partenerului	Mai mult pentru el decât pentru ea
Obținerea unui partener	
Dorința unei sarcini	Împlinirea unei nevoi personale/ a soțu
Satisfacerea unor nevoi personale	Inducerea somnului, reducerea anxietă
Adicție sexuala – co-dependența	Stima de sine mult redusa

- Hormonii sexuali favorizează expresia genelor asociate cu excitarea generala a creierului, respective influențează neuroni din hipotalamusul medial, cu rol direct in comportamentele pro-sexuale.
- Enzima centrala responsabilă de excitare este LIPOCALIN PROSTANGLANDIN D SINTETAZA.
- Neurotransmițătorii excitației: NORADRENALINA si HISTAMINA, determină activitate electrică de la nivel hipotalamic.

La nivel central, excitarea este mediata de hormonii sexuali. Steroizii sexuali acționează prin receptori nucleari, care devin factori de transcripție ce reglează expresia genelor la nivel neuronal. Se propune existenta unei rețele neuronale, de fapt o microrețea prin care estrogenul acționează la nivelul creierului anterior, care determina manifestările PRO- sexuale la speciemenele feminine.

- în timpul ciclului menstrual , în absenta fricii și a condițiilor ce determină anxietate, femeile au modificări comportamentale vis a vis de activitatea reproductive sincronizata cu ovulația;

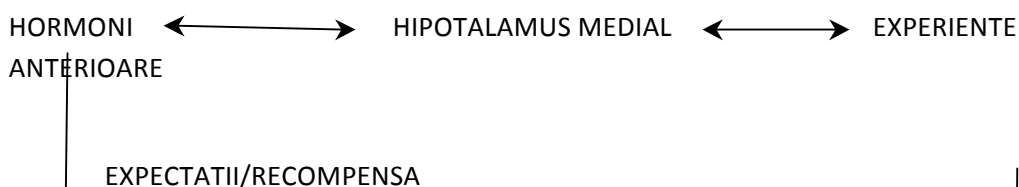
- estrogenii stimulează receptori muscarinici (Ach) la nivelul neuronilor hipotalamici ventromediali;
- administrarea de estrogeni exprima receptori noradrenergici alpha in hipotalamusul ventromedial;
- feedback-ul pozitiv al estrogenilor asupra GnRH sincronizează comportamentul sexual cu ovulația;
- în prezenta estrogenului, progesteronul ii amplifica efectul;
- estradiolul favorizează exprimarea enzimei EXCITARII

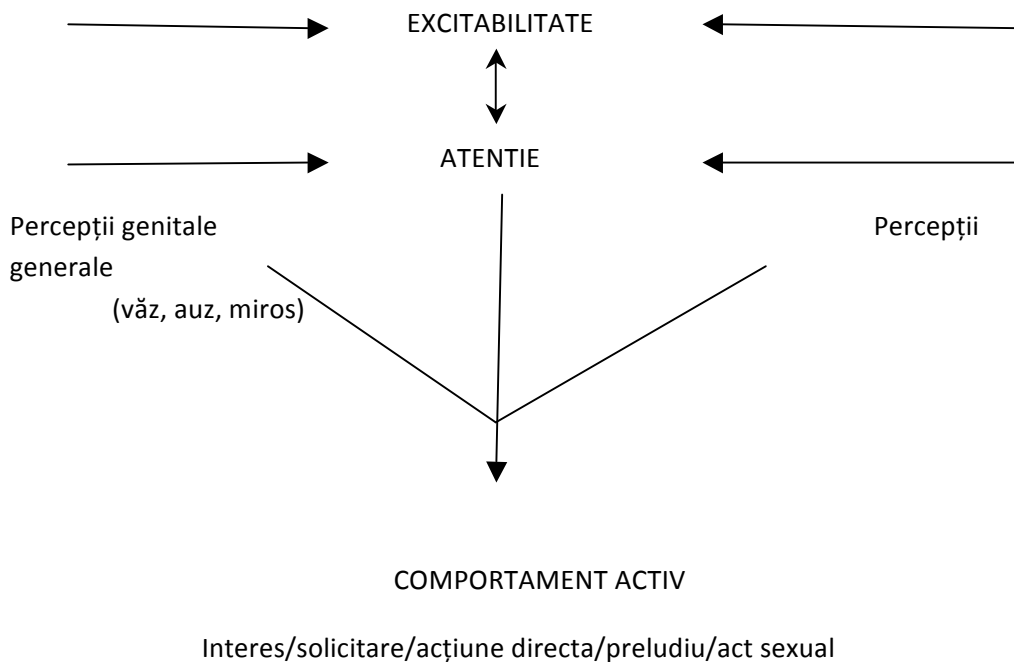
Motivația si libidoul

Libidoul a fost definit ca și “fenomenul” care ne motivează să căutam stimulare sexuală, apropiere sexuală, ca fiind un complex de interacțiuni între procese cognitive, mecanisme neurofiziologie și dispoziția și/sau afectul.

Este capacitatea unui individ de a răspunde la stimuli externi în mod RECEPTIV, respectiv de a le da o valoare sexuala, de a-i recunoaște, căuta și interpreta ca stimuli sexuali.

Este un concept pe cat de greu de definit, pe atât de greu de măsurat. Manifestarea libidoului presupune interacțiunea dintre modificările central si periferice. Cele mai multe femei, întrebate cum se reflecta cel mai corect starea de excitare, au citat cel mai des: excitarea genital (lubrefierea), frecventa actelor sexuale, visele “cu ochi deschiși” pe timpul zilei. Acest lucru, pentru ca femeile văd în excitarea genitală un indicator al dorinței. Aceasta interrelație poate fi sumarizată astfel:





Sterozii sexuali influențează mult sensibilitatea indivizilor la stimuli:

- la nivel central: focalizează atenția fata de calitatea stimulilor
estrogenii stimulează exprimarea monoaminelor (Dopamina, Noradrenalina si Serotonina), molecule mici (GABA, GnRN, melanocortin, opioide) substanțe care controlează excitabilitatea central, libidoul, dispoziția generală.
- la nivel periferic: ajuta la pregătirea țesutului vaginal, clitoridian sau penian la acțiunea de vasodilatație, relaxare muscular, lubrifiere
- concomitent: favorizează modificările ce pregătesc organismul pentru act;

Cel mai bun exemplu al efectului hormonilor steroizi asupra sexualității este reprezentata de variabilitatea de-a lungul ciclului menstrual.

Domeniu	Faza foliculara	Ovulație	Faza luteală
Dorința		↑↑↑	
Inițiative feminine	↑↑	↑↑↑	

Excitabilitate generala	↑↑↑	↓	↑
Excitabilitate genital	↑↑↑		↑↑
Excitabilitate subiectiva	constanta		
Frecventa activitate sexual	MX		
Receptivitate stimuli vizuali	MX		

Excitația periferica, orgasmul

Acest nivel cuprinde diferitele modificări care au loc la nivel periferic, predominant in sfera genitala externa, ce apar in timpul oricăror stări de stimulare sexuală = vasocongestia locala = controlată de sistemul autonom presupune creșterea afluxului de sânge la nivel pelviperitoneal la nivelul:

- labiilor: turgescență
- țesut erectile clitoridian: erecția clitoridiană la femei
- perete vaginal : lubrifiere

Orgasmul este faza extrema a acestei excitatei, ce presupune in plus contracții ritmice ale musculaturii pelviene, striate, circumvaginale, respectiv ale musculaturii anale si uterine, practice interesând atât musculatura striată cât și cea neteda.

In timpul actului sexual, aparatul genital trebuie socotit atât ca efector cat si ca receptor. Căile aferente au un rol crucial in facilitarea si declanșarea excitației periferice pana la intensitatea maxima, de orgasm.

Funcția de receptor: este asigurata printr-un răspuns diferit la o serie de stimuli, ca urmare a diferențelor intre pragul de sensibilitate

- sensibilitate: (mecanosensibilitate = stimuli de presiune, chemosensibilitate = stimuli iritanți, termosensibilitate = rece sau cald).

- fibre aferente: A-beta = atingere/presiune medie/vibrații,
- A-delta = rece/durere/disconfort
- C = durere/senzații termice

- stimularea clitoridiană rămâne sursa principală de stimuli pentru pregătirea orgasmului, dar declanșarea lui vine prin stimularea organelor genital interne (vagin, col, uter).

- calea de transmitere este 99% prin fibre ale nervului pudendal

- neurofiziologie centrală

a. excitarea genital și succesiunea de evenimente ce apar în timpul orgasmului, sunt procesate de la nivel medular;

b. dacă arcul reflex sacral este intact, femeile cu leziuni medulare pot avea orgasm;

c. măduva spinării integrează aferentele genitale dar și modulează informațiile supraspinale, impulsuri atât excitatorii cât și inhibitorii;

d. circuit intraspinal între nivelele toracolombare și lombosacrate, cu coordonarea între aferentele simpatice și parasimpatice;

e. căile de transmitere ascendente și descendente de la nivel spinal sunt fasciculele spinotalamic și spinoreticular

f. interneuronii spinali transmit eferentele de la aparatul genital la neuronii autonomi spinali, cu aferente către organele genital (transmit informația senzitivă în răspuns motor);

g. structurile centrale: creierul, puntea și hipotalamusul trimit informații la nivelul neuronilor spinali, pe care îi influențează.

În timpul orgasmului: activarea hipotalamusului paraventricular, amigdala, hipocampusul, zona striată, cerebelul, diferite zone din cortex (studiu PET).

În timpul excitării se activează zone diferite, situate în amigdala și hipocampus.

Răspunsul vascular

În timpul stimulării sexuale, răspunsul de tip excitant este determinat de suma stimulilor locali, genital și a aferentelor centrale, care toate, determină creșterea afluxului de sânge la nivel genital.

Sucesiune de fenomene:

- stimularea sexuala determina creșterea afluxului sanguin la nivel clitoridian, labial, uretral, si vaginal;

- între raporturile sexual, vaginul este un spațiu potențial, de forma literei H (transversal), respective S (longitudinal). Pereții anterior și posterior sunt colabați, si se ating. Cu toate acestea, nu adera una de cealalta datorită secrețiilor, prezente in mod normal la acest nivel. Fluidul este un amestec al a secrețiilor întregului tract genital, predominant transsudat vaginal cu debride celulare.

- transsudatul bazal, care are Na^+ mai mic decât plasma si K^+ mai mare decât plasma, migrează transcelular, in funcție de nivelele sodice transmembranare. In condiții de non-stimulare sexuala, afluxul sanguin este mult redus, vaginul fiind un mediu hipoxic;

- In timpul stimulării sexuale, fluxul sanguin vaginal creste semnificativ, creste procesul de ultrafiltrare, cu saturarea rapida a celulelor epiteliale vaginale si implicit acumularea unui lichid clar, alunecos, lubrefiant fin, care facilitează penetrarea vaginală cât mai nedureroasă posibil.

Hipertrofia clitoridiană

Aceasta este manifestarea cea mai evidentă in timpul unei excitații sexuale. Chiar dacă teoretic, clitorisul este un organ similar penisului, are structura ușor diferită: 2 formațiuni centrale, omoloage corpilor cavernoși, formate din fibre muscular striate, si țesut conjunctiv, care formează o structura reticulată, și se fixează spre exterior de tunica albuginee, strat unilaminar comparative cu tunica albuginee peniană. Aceasta diferențe explică de ce la nivel clitoridian nu exista fenomenul de venoocluzie, și implicit angorjarea clitoridiană nu este o erecție "adevărată". Angorjarea este strict rezultatul creșterii afluxului sanguin la nivel genital, cu creșterea secundară a presiunii clitoridiene.

CURS IV

Pentru a înțelege disfuncțiile sexuale, actul sexual normal, fantezia, visele pe zi, pornirile și nevoile sexuale normale trebuie cunoscute și discutate.

4.1 Etapele actului sexual

4.1.1. Etapele actului sexual la femei

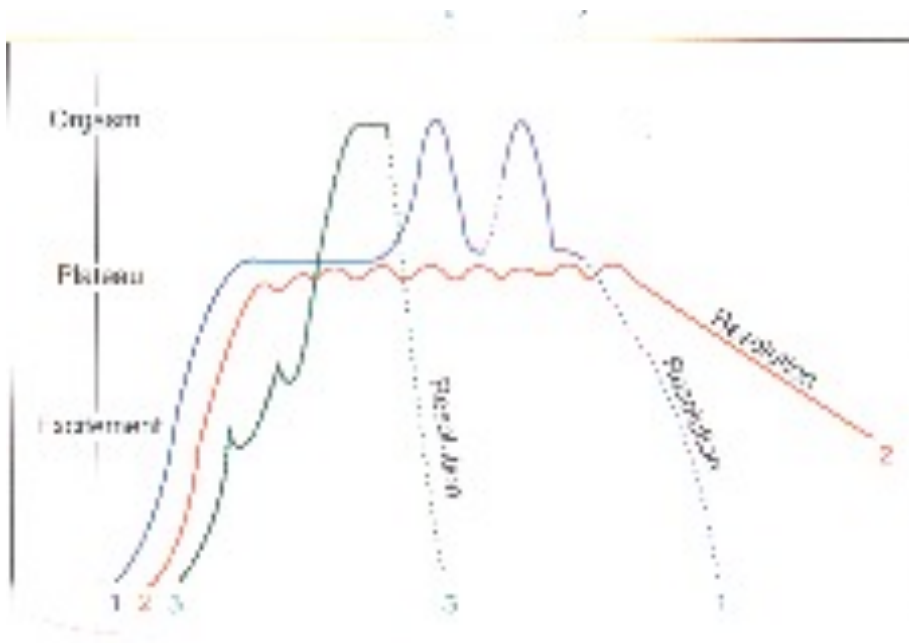
Sexualitatea la femei este un fenomen plurifactorial, cu plecare de la biologicul genómico-hormonal-organic, cu determinări sociale, culturale, religioase și interpersonale, care toate modulează psihosexualul.

Cel mai simplu putem grupa nevoile sexuale fiziologice după cum urmează:

- act sexual cu etapele lui
- fantezii sexuale
- autostimulare

De-a lungul timpului au fost mai multe sistematizări ale actului sexual la femeie:

Primul model viabil a fost cel al lui Master și Johnson, care reprezintă o extrapolare a modelului masculin, valabil și în ziua de azi. Acesta are patru etape:



Faza de excitare:

- este prima etapă a ciclului de răspuns sexual;
- apare ca rezultat a diverselor stimulări erotice, fizice și psihice. De la uzualul sărut, mângâieri, atingeri, petting, priviri, dar și gesturi, vizualizarea de imagini sau filme erotice, dar și sunete, mirosuri, sunete sau chiar vorbe;
- în această fază corpul se pregătește pentru coitus, respectiv în faza de platou;
- semne generale
 - creșterea pulsului, tahipnee, creșterea tensiunii arteriale;
 - erecția mameloanelor ce apare aproape la toate femeile;
 - vasocongestia pielii, cunoscuta „roșeața a feței” la circa 50-75% din femei, favorizată de temperatura ambientală crescută; apoi apar punctulețe roșii de la nivelul tegumentelor: față, plante, mâini, chiar întregul corp;
 - crește tonusul muscular, cu contracții voluntare sau involuntare, care se continuă până în faza de orgasm;

- sfera sexuală creștere în dimensiuni a sânilor, cu accentuarea desenului venos
- labia majoră se aplatizează, se subțiază, se mută spre superior și exterior (nulpare), creștere în dimensiuni (x2-3 normal) la femeile care au născut
- tumescentă clitoridiană
- activarea procesului de lubrefiere vaginală, cu vasocongestia pereților vaginali
- ascensionarea uterului, extensia treimilor interioare ale vaginului, de circa 7-10 cm.

Faza de platou

- este perioada premergătoare orgasmului, când excitarea a atins deja un nivel destul de înalt.
- menținerea semnelor instalate în faza de excitare;
- plăcerea sexuală crește în paralel cu stimularea, cu creșterea în plus a tonusului muscular, cu accelerarea și mai mare a pulsului și a respirației.
- semne
 - areola și labia crește progresiv în dimensiuni
 - clitorisul se retrage ușor
 - lubrefierea externă, generată de glandele Bartholin crește și mai mult
 - treimea externă a vaginului se umflă considerabil
 - mușchii pubo-coccigieni se contractă cu scăderea secundară a orificiului vaginal, așa numită „platformă vaginală”
- dacă această fază se prelungeste mult prea mult, atunci devine frustrant pentru persoana în cauză.

Faza de orgasm

- este finalul fazei de platou, urmarea fiziologică a acesteia
- reprezintă contracții rapide ale mușchilor pelvini care înconjoară anusul și organele sexuale primare.

- contracții musculaturii uterine și vaginale
- vocalizări involuntare și spasme musculare în diverse regiuni ale corpului
- senzații euforice cu accelerarea și mai tare a frecvenței cardiace
- orgasmul favorizează motilitatea spermatozoizilor către uter.
- spre deosebire de bărbați, unde sigur după orgasm urmează faza de rezoluție, ele pot avea orgasme subintrante sau pot sta interval variabil în faza de platou, fără ca să atingă și faza de excitare maximă. Aceasta este deosebirea esențială între cele două sexe.

Faza de rezoluție

- numită și perioada refractară, în care sensibilitatea și receptivitatea la stimuli sexuali este mult scăzută;
- presupune relaxarea musculară, revenirea tensiunii arteriale, și odihnirea trupului după fazele anterioare;
- există unele situații în care, în condițiile continuării stimulării, femeile revin în faza de platou.
- la unele femei, apare o hipersensibilitate a clitorisului, iar continuarea stimulării determină senzație de disconfort sau chiar de durere.

După acest model a apărut teoriile care susțin faptul că există diferențe între modelul de act sexual la femei comparativ cu cel al bărbaților, acesta prezentat fiind o extrapolare a modelului de tip masculin la femei.

Ulterior s-a considerat următoarea ordine ca fiind potrivită: dorință-excitare-orgasm.

Marea schimbare a fost adusă în anii 2000 de Anemarie Basson, care înlocuiește modelul clasic cu unul circular. Acest model este cel utilizat în clasificarea și mai ales în înțelegerea disfuncțiilor sexuale. Transformarea modelului feminin dintr-o „sinapsă” într-un circuit, a determinat o schimbare de atitudine asupra abordării, înțelegerii și tratamentului sexualității feminine.

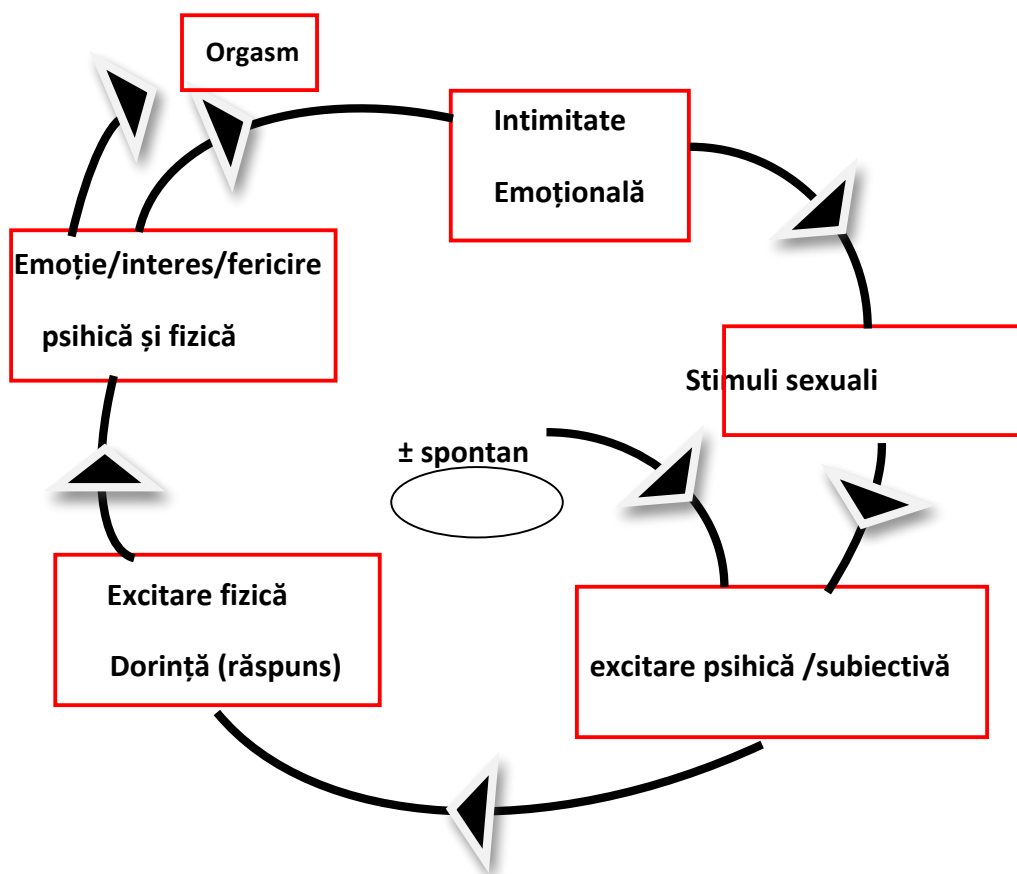


Fig. Etapele circuitului sexual la femeie (adaptat după A. Basson)

Parcurgând aceste circuite înțeleg următoarele aspecte, care diferențiază actul sexual la femei:

- intimitatea emoțională, ce apare atât ca nevoie primară cât și ca emoție evocată (amintirea stării de bine și fericire de la contactele sexuale anterioare) , este principalul motiv al femeii de a se angaja într-o activitate sexuală. Modelul Master și Johnson, care presupune dorință spontană, este mai degrabă valabil la bărbați;
- această intimitate și nevoia menținerii ei, determină, în prezența stimulilor sexual (care de cele de mai multe ori vin din partea partenerilor), inițiază procesul de excitare, care presupune EXCITARE PSIHICĂ, CENTRALĂ → EXCITARE FIZICĂ, PERIFERICĂ → DORINȚĂ CA

RĂSPUNS și de abia aici apare modificările somatice tipice, descrise anterior la faza de excitare și de platou;

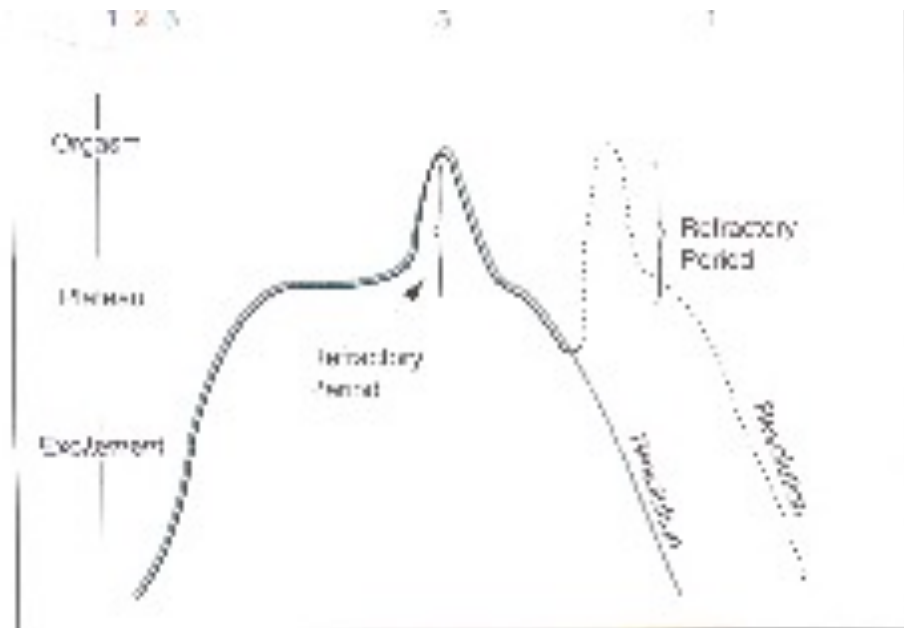
- Dorința spontană, apare rar, este de mai mică importanță comparativ cu cea responsabilă, și scurtcircuitează ciclul intimității și excitării centrale;

- la finele fazei de excitare fie apare orgasmul fie apare o reacție pozitivă, de satisfacție, care contribuie la solidificarea intimității emoționale, fie este urmată de orgasm. Acesta nu este obligatoriu pentru a avea o satisfacție sexuală.

Disfuncțiile sexuale feminine, mai multe decât ale bărbatului, sunt de fapt date de alterarea fiecărei etapă ante menționată, în parte.

4.1.2 Etapele actului sexual la bărbat

O parte din semnele și manifestările orgasmului sunt identice la ambele sexe. Le vom re-enumera și pentru bărbați pentru a avea o imagine bine definită asupra etapelor sexuale la bărbat.



Faza de excitare

- accelerarea pulsului, a respirației și tensiunii arteriale
- erecția mamelonului la până la 60% dintre bărbați
- tegumente: vasocongestie, flash-ul cutanat, apare doar la 25% dintre bărbați, tipic începe la nivelul epigastrului, se întinde spre piept, se continuă pe gât, față, frunte, apoi și pe spate, umeri sau brațe.
- această fază, la fel ca și la femei,
- este intens modulată emoțional
- esențialul în această fază este rigidizarea progresivă a penisului ce poate apare după secunde sau minute de stimulare. Tumescența peniană poate diminua și apoi crește fluctuațiile pe perioada excitării fiind normale;
- scrotul se tensionează și se îngroașă în această etapă.

Faza de platou

- este perioada de excitare ce precede orgasmul și ejacularea

- intensificarea frecvenței cardiace, a respirației și implicit a tensiunii arteriale.
- creșterea tensiunii musculare
- tipic: contracția sfincterului uretral (care previne amestecul urinei cu sperma precum și previne ejacularea retrogradă)
- secreție cu eliminare de lichid seminal
- contracția mușchilor cremasteri

Faza de orgasm

- orgasmul este concluzia fazei de platou, tipic cu contracții musculare ritmice ale mușchilor pelvini, care înconjoară anusul și scorul.
- uneori pot apare și contracții ale altor grupe musculare
- de obicei orgasmul este asociat cu ejacularea. Fiecare ejaculare este asociată cu un val de plăcere sexuală, mai ales la nivel penian și al coapselor. Alte senzații apar la nivelul coloanei vertebrale sau la nivel sacrat. Primele ejaculări sunt cele mai frecvente, apoi scad în intensitate. Similar volumul de ejaculat/secusă scade progresiv.
- absența ejaculării nu înseamnă neapărat absența plăcerii. Este mai degrabă o chestiune de antrenament și de exercițiu. Anumite intervenții chirurgicale care lezează sfincterul uretral sunt asociate cu ejaculare retrogradă.

Faza de rezoluție

- permite mușchilor să se relaxeze, scade frecvența cardiacă și cea respiratorie.
- organismul revine treptat la faza anterioară excitării,
- durata: variabilă între 10-20 de minute și 12 până la 24 de ore, frecvent crescând odată cu înaintarea în vârstă. Continuarea stimulării, în acest interval de timp poate fi uneori neplăcută, chiar dureroasă, datorită sensibilității crescute la nivel penian, în această perioadă.

Acestea sunt detaliile actului sexual tipic. Spectrul manifestărilor care sunt cuantificate și evaluate în momentul identificării unei disfuncții sexuale.

4.2. Nivelele sexualității – comportamentul sexual

4.2.1 Visele erotice

Visele erotice sunt un fenomen obișnuit, care pot avea un context conform realității zilnice (partener, situații, comportament sexual), dar pot avea și un conținut extrem de diferit față de realitatea sexualității cotidiene. Acestea pot îngrijora persoanele în cauză, dar trebuie știut că pot exista în mod normal diferențe foarte mari între vis și actul în sine.

Prezența de vise erotice sau sexuale care deranjează frecvent și constant persoana în cauză, pot fi semnul unei conflict sexual intrapsihic, care probabil încă nu s-a manifestat.

Peste 75% dintre bărbați experimentează ejaculări nocturne, cu cea mai mare incidență în perioada adolescenței, spre finele pubertății. Frecvența inițială de o dată pe lună, scade în jurul vârstei de 20 de ani, fenomenul fiind extrem de rar către vârsta de 30 de ani. Ejacularea nocturnă are rol de supapă de siguranță, și permite descărcarea tensiunilor sexuale care nu pot fi descărcate altfel.

Fenomenul de orgasm în timpul somnului este prezent și la femei. Nu este un fenomen condiționat de vârstă, fiind prezent și în premenopauză, nu are un echivalent obiectivabil, ca și poluțiile la adolescenți, este relatat ca și contracții musculare tipice orgasmului, care trezesc femeia din somn.

4.2.2 Fanteziile sexuale

Marea majoritate a oamenilor au fantezii sexuale, chiar începând din copilărie. Au un conținut extrem de variabil și generează tot atâtea tipuri de stări.

Fanteziile sexuale cuprind gânduri, imagini proprii sau echivalentele „day- dreaming-ului” care sunt ca și niște vise cu ochii deschiși, nu au nimic cu visele erotice, care apar în timpul somnului, chiar dacă acestea au conținut identic.

- în copilărie sunt un mod de joacă;

- în adolescență, fanteziile nu mai sunt tratate ca un joc, deoarece atât din punct de vedere social cât și religios și educațional, seul trebuie considerat un lucru serios.
- unii consideră conținutul fanteziilor sexuale ca un indicator al sexualității persoanei respective. Pot precede debutul unei deviații sexuale;
- alți psihanaliziști consideră că fanteziile sexuale sunt un semn de imaturitate și se opun dezvoltării psihosexuale definitive;
- în general imaginația, creativitatea, inventivitatea sunt rezultatul fanteziilor sexuale;
- fanteziile nu sunt periculoase decât în momentul în care devin un univers paralel, alternativ, care satisfac persoana mai mult decât relația reală, cotidiană, cu un partener;
- Funcțiile fanteziilor sexuale:

STIMULARE

- cresc încrederea în sine;
- „supapă de siguranță” a gândurilor nepermise în relație
- Inducerea sau creșterea excitației, pot fi combinate cu masturbarea pentru a genera o descărcare atunci când partenerul nu este alături;
- Favorizează excitația centrală: unii folosesc fantezii în timpul unui act sexual coital, pentru a-și crește excitația, sau a determina apariția, sau chiar menținerea erecției, de exemplu. Alții folosesc fantezia pentru a trece de la faza de platou la cea de orgasm;
- Pot stimula atât etapele psihologice cât și cele organice

SIGURANȚĂ

- Fanteziile sexuale reprezintă un loc de manifestare liniștit, lejer, în care sentimentele legate de sexualitate se pot manifesta;
- Pentru unele persoane cu deviații sexuale, controlate la nivel de comportament sexual activ, nivelul fanteziilor este liber de constrângeri legale și sociale. Fără să fie un lucru perfect bun, poate fi o supapă de protecție personală, dar și una socială;

- Tocmai această siguranță socială și personală conferă atractivitate nivelului fanteziilor;

CLARIFICARE

- Clarifică conflictele intrapsihice sexuale, sau cel puțin le descarcă;

- Semnificația sexuală a fanteziilor sexuale nu este identică cu conținutul explicit al imaginilor;

- Marea majoritate a oamenilor nu își doresc să acționeze conform fanteziilor lor sexuale, dar pentru unii fanteziile sunt adevărata lor formă de descărcare și manifestare a sexualității reale, pentru că nu trebuie să uităm că există cazuri în care rolul este jucat în viața de zi cu zi nu în fantezie.

4.2.3. Masturbarea

Autosatisfacerea sexuală este o activitate sexuală recunoscută ca aparținând normei și fiziologicului. Atitudinile sociale vis a vis de masturbare sunt însă destul de variabile, păreri precum : este un păcat, este un semn de imaturitate, este nenaturală sau inhibă dezvoltarea organelor sexuale, tind să nu aibă legătură cu realitatea obiectivă ci mai degrabă cu cea subiectivă.

- Cea mai mare problemă legată de masturbare este când, în contextul unor factori emoționali, relaționali, de personalitate, se substituie actului sexual cu un partener. Poate apare mai ales la cei care au practicat masturbarea excesivă în adolescență, sau care au folosit aceasta, pe post de modalitate de relaxare, mediere emoțională, bravadă sau pentru a ieși în evidență din grupul de adolescenți, și de fapt a început să înlocuiască comportamentul sexual normal.

- Astfel, devine problematică atunci când asociază dificultate de orgasm. În acest caz, masturbarea, practică frecvent și viguros, determină o excitare mai puternică și o satisfacție mai mare decât actul sexual; În acest caz este de fapt o disfuncție sexuală de dorință legată de sex cu partenerul; Frecvent apare o discrepanță majoră între fanteziile sexuale (ce pot să se manifeste liber în timpul masturbării) și realitatea relației cu partenera;

- La femei, fenomenul este mai puțin frecvent sau imperativ, comparativ cu bărbații. Este o variantă relativ facilă de a obține un orgasm superficial, clitoridian, cu toate că nu toate

femeile care se masturbează sunt capabile să obțină un orgasm. Gradul de educație sau cultură nu influențează acest lucru, dar religiozitatea da.

- Este importantă în anamneza sexuală, deoarece oferă informații esențiale legate de componenta emoțională, legată de relațional.

- Poate fi utilă medical, la femeile cu anorgasmie, care pot astfel să învețe să cunoască și să interpreteze reacțiile propriului corp legate de sexualitate.

Anamneza sexuală trebuie să cuprindă întrebări despre toate aceste nivele antemenționate. Întrebări directe și explicite pot releva o serie de semne și simptome care nu sunt evidente pentru pacientul din fața voastră.

Următorul nivel de manifestare este trecerea la act.

Optimul sexualității unui individ este reprezentat de congruența acestor nivele, respectiv interes hetero sau homosexual față de persoane adulte. Orice inadverență între aceste nivele determină discomfort personal, conflict intrapsihic, și pot preceda o disfuncție sexuală.

CAPITOLUL V

CLASIFICAREA ȘI DEFINIREA DISFUNȚIILOR SEXUALE MASCULINE ȘI FEMININE

DEFINIȚII – actualmente definițiile general acceptate sunt cele enunțate în manualul de DSM –IV, respectiv Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, care este un manual de psihiatrie care clasifică, definește și împarte o serie de afecțiuni. Disfuncțiile sexuale sunt și ele descrise. Întreaga lume a sexologiei folosește și acceptă aceste definiții, ca o convenție de limbaj mai degrabă decât un substrat etiopatogenetic comun. La ora actuală disfuncțiile sexuale sunt clasificate după cum urmează:

- 625.8 Alterarea dorinței sexuale la femeie secundară[se indică cauza medicală generală]

- 608.89 Alterarea dorinței sexuale la bărbat secundară[se indică cauza medicală generală]
- 302.71 Alterarea dorinței sexuale (HSDD)
- 302.79 Aversiunea sexuală
- 302.72 Alterarea excitației sexuale la femeie
- 302.72 Disfuncție erectilă, la bărbat
- 607.84 Disfuncție erectilă la bărbat secundară [se indică cauza medicală generală]
- 302.73 Disfuncție orgasmică feminină
- 302.74 Disfuncție orgasmică masculină
- 302.75 Ejaculare precoce
- 302.76 Dispareunie (nelegată de un context medical general)
- 625.0 Dispareunie la femeie, secundară[se indică cauza medicală generală]
- 608.89 Dispareunie la bărbat, secundară.....[se indică cauza medicală generală]
- 306.51 Vaginism (nelegată de un context medical general)
- 625.8 Alte disfuncții sexuale feminine secundare[se indică cauza medicală generală]
- 608.89 Alte disfuncții sexuale masculine secundare[se indică cauza medicală generală]
- Abuzul sexual
- Parafiliile

DEFINIȚII

HSDD

- A. Deficitul sau chiar absența permanentă sau recurentă a fanteziilor sexuale și a dorinței de a angaja o activitate sexuală. Interpretarea deficitului sau al absenței dorinței se face de către clinician, luând în considerare vârsta și contextul vieții pacientului.
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;

C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Aversiunea sexuală

- A. Aversiune recurentă sau persistentă, sau comportament evitant a tuturor (sau majorității) contactelor sexuale genitale cu un partener.
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Nu este în contextul unei afecțiuni psihiatrice majore (axa I)

Alterarea excitației la femeie= sindromul excitației sexuale persistente

- A. Prezența recurentă sau persistentă a senzațiilor de excitație, ce apar involuntar, în contexte non-sexuale, în absența unei dorințe sexuale. Excitația este persistentă, neprovocată de stimulare și nu este calmată de un orgasm.
- B. Problema este stânjenitoare și foarte deranjantă pentru femeii, le poate afecta serios viața.
- C. C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Disfuncție erectilă

- A. Incapacitatea de a obține și sau menține o erecție suficientă pentru un contact sexual de calitate;
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Tip: dobândită/veche

Generalizată/situațională

Factori psihologici/factori emoționali

Disfuncție orgasmică feminină

- A. apariția recurentă sau persistentă a unei întârzieri, absență a orgasmului după o excitare sexuală normală și de calitate;
diagnosticul va presupune vârsta pacientei, capacitatea orgasmică a femeii, experiența sexuală precum și calitatea stimulării sexuale primite.
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Disfuncție orgasmică masculină

- A. Întârzierea persistentă sau recurentă, sau absența, orgasmului după o perioadă normală de excitare sexuală, având în vedere vârsta persoanei. Activitatea sexuală de excitare trebuie să fie adecvată ca și context, intensitate și durată. Considerațiile sunt făcute de clinician.

- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Ejaculare precoce

- A. Apariția repetată, persistentă sau recurentă, a ejaculării, în contextul unei stimulări sexuale minime, înainte sau imediat după penetrare, și înainte ca persoana în cauză să își dorească. Clinicianul trebuie să fie atent la termenul de durată, precum și la factorii ce influențează durata fazei de excitare vârsta, noutatea relației și activitățile sexuale recente.
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Disfuncția nu apare secundară vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Dispareunia la femeie

- A. Prezența recurentă sau persistentă a durerilor genitale înaintea/în timpul sau după actul sexual , care nu sunt cauzate exclusiv de lipsa lubrifierii sau de vaginism
- B. Problema determină un disconfort personal și/sau relațional
- C. Disfuncția nu apare secundară vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Dobândită/cronică

Generalizată (completă)/situațională

Superficială sau profundă

Dispareunia la bărbat

- A. Apariția recurentă sau persistentă a durerilor peniene în timpul sau după un act sexual coital.
- B. Problema determină un disconfort personal și/sau relațional
- C. Disfuncția nu apare secundară vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Dobândită/cronică

Generalizată (completă)/situațională

Superficială sau profundă

Parafiliile

Termen biomedical ce definește excitarea sexuală ce apare în condiții care nu corespund normativelor generale, care generează disconfort persoanei în cauză, respectiv stres interpersonal.

- A. Recurența unor fantezii sexuale intense, porniri sexuale sau comportamente care presupun:
 - 1. Obiecte non-umane;
 - 2. Suferința și sau umilirea sinelui sau a partenerului;
 - 3. Copil sau o altă persoană care nu consimte participarea la activitatea sexuală

Care apare de o perioadă de minim 6 luni
- B. Problema determină neplăcere persoanei și/sau dezechilibru interpersonal;
- C. Disfuncția nu apare secundar vreunei afecțiuni de axa I și nici nu este secundară efectului direct (drog,medicament) sau a unei condiții medicale generale

Acestea, precum și termenele de transvestim și transsexualism vor fi tratate într-un capitol aparte.

CAPITOL VI

ANAMNEZA SEXUALĂ

Problemele de sexualitate sunt greu de definit și mai ales greu de abordat. Prima problemă pleacă de la însăși definiția disfuncțiilor sexuale. La ora actuală toate definițiile sunt conforme criteriilor DSM IV (Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders IV): alterarea funcționării corespunzătoare a ciclului de răspuns sexual sau durere sau disconfort în timpul actului sexual, cu durata de minim 4 săptămâni, simptome care alterează calitatea vieții persoanei în cauza sau determină neplăcere familiei/societății.

Dacă o problemă a unui pacient nu îl deranjează nici pe acesta, dar nici pe ceilalți membri ai familiei sau societății, atunci nu se poate numi disfuncție. În valoare absolută un sadic aflat într-un cuplu cu o masochistă nu au disfuncție sexuală, deoarece ambii parteneri sunt în confort cu sinele dar și cu societatea, nedeterminând nici un prejudiciu.

ANAMNEZA SEXUALĂ

Anamneza sexuală nu poate fi efectuată decât în condițiile cunoașterii definițiilor de disfuncție sexual. Trebuiește făcută corect și consecvent, deoarece o aparentă disfuncție erectilă poate fi exclusiv situațională, la un parafilic, care nu intrunește condițiile aparte necesare lui pentru a avea o stimulare sexuală de calitate. Administrarea unei medicații facilitatoare a erecției nu duce decât la accentuarea problemelor acestuia.

Conditii optime:

- Atmosfera relaxată în cabinet;
- Absența oricărei alte persoane, în timpul interviului. In timpul examinarii este indicata prezenta unei terte persoane, cel mai des,a sistenta;
- Timpul alocat unei consultatii de medicina a sexualitatii trebuie sa fie de minim 30 de minute;
- Stabilirea unei conventii de limbaj, pentru o comunicare cat mai clara intre inlocuitori.

LUCRURI CHEIE CE TREBUIESC ATINSE?LAMURITE IN CADRUL UNEI ANAMNEZE

1. Descrierea personala a pacientului, chiar daca este cu cuvintele lui, oricat de neportivite sau “nemedicale” sunt acestea;
2. Tipurile de comportament sexual
3. Satisfactia sexuala, mai ales DISCONFORTUL produs de simptomul descris
4. Debutul problemelor
5. General sau situational
6. Partener: exista/reactii/probleme
7. Detalii/expectatii/motivatie/consecventa
8. Intotdeauna intrebati : **DE CE ATI VENIT ACUM?**

Etaplele unei anamneze, sunt similare celei tipice de medicina interna, cu unele particularități:

A. Date generale

- Nume, data nașterii, date de contact
- Status marital: coabitare/locuit separat/căsătorit/separat/divorțat/fără partener
- Ocupație

- Program de lucru full-time/part-time/in schimburi/voluntariat/pensionar/incapacitate

B. Probleme de sexualitate

- Descrierea problemelor cu termenii pacientului. Nu puneți întrebări, lăsați persoana sa povestească
- Data debutului (este important: dacă știe data = debut ACUT)
- Vârsta de debut
- Tip debut brusc cu aceeași intensitate/gradual/fluctuant/rapid/lent/neclar
- Durata < 3 luni 3-12 luni 1-5 ani >5 ani
- Factor originar/precipitant/.....
- Factor perpetuat/de întreținere/agravant
- Frecvența problemei de fiecare data >50% < 50%
- ? tratament medicamentos/nemedicamentos cu rezultate inerente

Particularități la bărbați

B.1 Funcție erectilă

- | | total/parțial | frecvența | durata |
|---|---------------|-----------|------------------------|
| • Ereție | | | |
| | | | nocturnă |
| | | | matinală, la trezire |
| | | | în timpul preludiului |
| | | | în timpul masturbării |
| | | | în timpul sexului oral |
| | | | spontan |
| • Dacă sunt probleme, atunci sunt de obținere/menținere a erecției sau ambele | | | |
| • Alte fenomene: durere/disconfort/incapacitate de ejaculare | | | |
| • Au apărut variații de dimensiuni ale penisului, de când a apărut problema? | | | |

B.2 Masturbare

- Există erecții totală/parțială/absentă
- Diferite față de cele cu partenera tumescența/durata/satisfacția personală

B.3 Ejaculare

- Dacă există sau nu

- Descriere minute precocitate ! prea repede pentru partenera sau sub 1-2
Inhibată/retrogradă
Volum: comparație față de anii precedenți

Particularități la femei

- Generale status hormonal/ uz de contraceptive/infecții genitale sau tegumentare
? perioada postpartum: epiziotomie controlată/spontană
? alăptare
Reluarea vieții sexuale postpartum/post-intervenție chirurgicală
- Lubrefiere condiții/diferențe circumstanțiale: între tipurile de preludiu și/sau parteneri
variație în timpul ciclului menstrual da/nu/cum
- Dorință modificări da/nu/cum
Variații intermenstruale/lunare/circumstanțiale da/nu/descriere
Variații care depind de atitudinea partenerului:
comunicare/preludiu/stres/alcool/diferenți parteneri.
- Orgasm cunoaște senzația de orgasm da/nu/niciodată
Condiții: clitoridian/vaginal/uterin
Dacă știe cum trebuie să obțină acest orgasm: relaxare, stimulare/....
- Satisfacție sexuală da/nu/descriere
- La fiecare din aceste detalii se întreabă

Factori favorizanți ai problemei: întreținere/precipitanți/agravanți/facilitatori

Factori care scad problema

Contextul apariției

Informații generale de background

- *Copilăria a fost în general fericită?*
- *Afecțiuni importante sau spitalizări de lungă durată*
- *La ce vârstă ați aflat despre sex*
- *Mai țineți minte ce ați învățat în copilărie despre sex*
- *Care au fost atitudine în familia dvs., vis a vis de sex și sexualitate*
- *La ce vârstă ați avut prima menstruație/poluție?*
- *Care sunt primele amintiri despre trăirile sexuale*
- *V-ați masturbat în pubertate sau ulterior?*
- *Ați avut senzația de intimidată violată? Dacă da, în ce context?*
- *La ce vârstă ați plecat de acasă?*

C. *Interes sexual*

- Frecvența interesului spontan zilnic, de câte ori pe săptămâna/săptămânal/lunar/deloc
- Variația interesului sexual factori circumstanțiali/favorizanți/inhibitori identificați
- Evoluție per global o scădere/o creștere/fără schimbare
- Comparatie fata de alte situații/relații

D. *Informații legate de contextul relațional general*

- Educație sexuala in antecedente DA/NU
- Tipul comunicării cu familia
- Atitudinea familie fata de sexualitate
- Tipul familiei comunicare/liberă/introvertită/afectuoasă/rece sau Formală

○ *Informații despre părinți: naturali, vitregi, stare de sănătate, afecțiuni cu risc pentru urmași*

*o Informații relevante despre frați/surori: singuri/fără familie/evită
sexul/istoric de abuz/psi*

o Cea mai importantă persoană din copilărie

o Importanță religiei în familie

o Particularități culturale: comunități închise

- Relație sexuală stabilă DA/NU
- Cine a inițiat activitatea sexuala in cuplu
- Cât de des este activitatea sexuală în cuplu
- Istoric de abuz sexual/vârsta abuzului
- Alte detalii ce doresc a fi menționate de către pacient
- Istoricul relațiilor anterioare de cuplu

o Informații despre prima relație emoțională și/sau sexuală importantă

o Alte relații importante?

o Sarcini în antecedente

o Dificultăți în viața sexuală, neplăceri, situații aparte ce au trebuit rezolvate?

o Experiențe homosexuale

o Contact sexual/activitate sexuală nedorită/neconsimțită?

E. Factori asociați

- Afecțiuni asociate

Diabet zaharat	DA/NU
Afecțiuni endocrinologice	DA/NU
Afecțiuni ginecologice	DA/NU
Afecțiuni urologice	DA/NU
Afecțiuni cardiovasculare	
Afecțiuni neurologice	

- Durată/severitate/complicații/tratamente/intervenții chirurgicale
- Status hormonal fiziologic
- Factori de risc endoteliali: HTA/dislipidemie/DZ/AGA/ATG/alcool/fumat/sedentarism
- Simptome vasculare : angina, lipotimii, parestezii periferice, amețeli, sd. Raynaud, claudicație

- Medicație: !!!! categoriile care pot determina disfuncție erectilă, alterarea libido, hiperPRL
- Intervenții chirurgicale!!!! Ideal este să aveți și biletul de ieșire la dispoziție
 - Sfera urogenitală: uter/ovare/prostata/vezica urinară/planșeu pelvin
 - Vasectomie în antecedente
 - Intervenții chirurgicale mutilante
- Afecțiuni psihiatrice prezente/trecute
 Detalii despre aceste
 Simptom: lipsa apetitului/dispoziție generală proastă/influențată/ alterarea somnului/ lipsă de energie și entuziasm;
- Alți factori
 - Aport de alcool 0-14 unități/14-21 unități/21-40 unități/> 40 ani unități
 1 unitate de alcool = 50 ml de alcool tare/150 ml vin/125 ml bere
 - Droguri reacționale
 - Fumat număr țigări/zi

F. Date despre relația actuală

- Care este starea de sănătate actuală a partenerului bine/rău/de ce
- Sunt greuțăți în relație, la ora actuală cu detalii dacă da, atunci descrieți
- Partenerul are afecțiuni psihiatrice prezente/antecedente
- Are partenerul probleme de sexualitate da/nu/de/de când
- Considerați că problemele actuale de sexualitate sunt dumneavoastră/vina celuilalt/amândurora vina
 - *Făcând abstracție de problemele de sexualitate, cum v-ați descrie relația actuală?*
 - *Cum și când v-ați cunoscut?*
 - *Când a început latura sexuală a relației actuale?*
 - *Evenimente importante în relația actuală?*
 - *Evoluția sexualității în acest cuplu*
 - *Există influențe externe asupra relației actuale din afară (prietenii, alte cupluri, familie, copii)*

G. *Contracepție*

- Partenera la postmenopauză/ pacienta în postmenopauză
- COC
- DIU
- Diafragmă
- Sterilizare: bărbat/femeie
- Alte metode/nici o metodă

H. *Alte date de istoric*

- Număr de copii
- Număr de relații care au contat (relații de mai lungă durată)
- Număr de parteneri sexuali, indiferent de lungimea sau tipul relației

REGULI GENERALE

IDEAL:

- chestionarele sunt utile în cuantificarea simptomelor dar și în deschiderea unei porțițe de discuție cu pacienții. Pot fi folosite și ca o bază de egalizare a limbajului medicului cu pacientul;

- nu există un chestionar universal, ci pentru fiecare etapă în parte

- pot fi folosite ca orientare spre problema cea mai pregnantă a pacientului;

- dacă persoana vine singură, atunci ea este pacienta dacă vine cuplul, atunci cuplul are rol de pacient;

- comunicare, înțelegere, răbdare

- de multe ori pacientul este cel care însoțește „subiectul” și să nu uitați să vă întrebați cine este adevăratul pacient.

TARGET: satisfacția sexuală crește starea de bine a sinelui/relația cu partenerul/viața de familie/calitatea vieții în general.

CAPITOLUL IX

PARAFILIILE

Parafiliile sunt o categorie aparte de disfuncții sexuale. Sunt cele mai puțin uzuale, atunci când ne gândim la disfuncții sexuale sau la sexualitate, dar sunt față negativă a disfuncțiilor sexuale. Prin aparenta lor raritate, trebuie cunoscute prin potențialul pericol pentru individ, partener familia și mai ales comunitate.

Termenul este folosit pentru a defini comportamente care nu aparțin normativelor sexualității, la nivel de fantezii sexuale, comportamente sau acte. Dar atenție anumite jocuri sexuale, consimțite de adulții dintr-o relație pot avea anumite tente similare: jocuri de rol, nuvelă, aspecte superficiale sau voit triviale pot fi forme de fetișism fără a fi parafilii. De asemenea folosirea unor jucării sexuale, chiar dacă sunt obiecte, așa cum vom regăsi în definiția parafiliei, nu sunt necesar și parafilii.

Chiar dacă medical, normalitatea este greu de definit și mai ales de încadrat ca normă, individual, dacă doriți intuitiv, este ușor să identifiți ca anormal o persoană care se excită

la vederea unui animal, indiferent cât de drăgălaș ar fi acesta, iar un cuplu a cărui sexualitate se rezumă la acte coitale în întunericul dormitorului, ca fiind „prea normal”.

Parafilia (din grecescul para παρά = pe lângă și philia φιλία = iubire) este un termen biomedical utilizat pentru a descrie excitarea sexuală ce apare în prezența unor obiecte sau situații care nu corespund normelor sexuale și determină probleme serioase pentru parafilic sau pentru persoanele asociate lui. Starea „anormală” te definește de stare de depresie, nervozitate chiar vin, care sunt atât de puternice încât interferă cu capacitatea persoanei de a funcționa social și ocupațional.

Ca medici, trebuie să avem în vedere evitarea cuvintelor patologic, deviant, anormal, bolnav sau criminal, chiar dacă, în multe situații, aceste etichete sunt perfecte pentru un parafilic.

Termeni similari = dissexualitate, dissocialitate, delicvență sexuală, deviație sexuală, perversiune sexuală.

Dissexualitate = mai degrabă disfuncție sexuală, mediocritate în relația cu partenerul

Asocialitate = nerespectarea conveniențelor sociale ale grupului, fără conotații sexuale;

Delicvență sexuală = strict aspectele nelegale legate de sexualitate

Deviație sexuală = practici sexuale reprobabile, care însă pot fi cu acordul partenerului

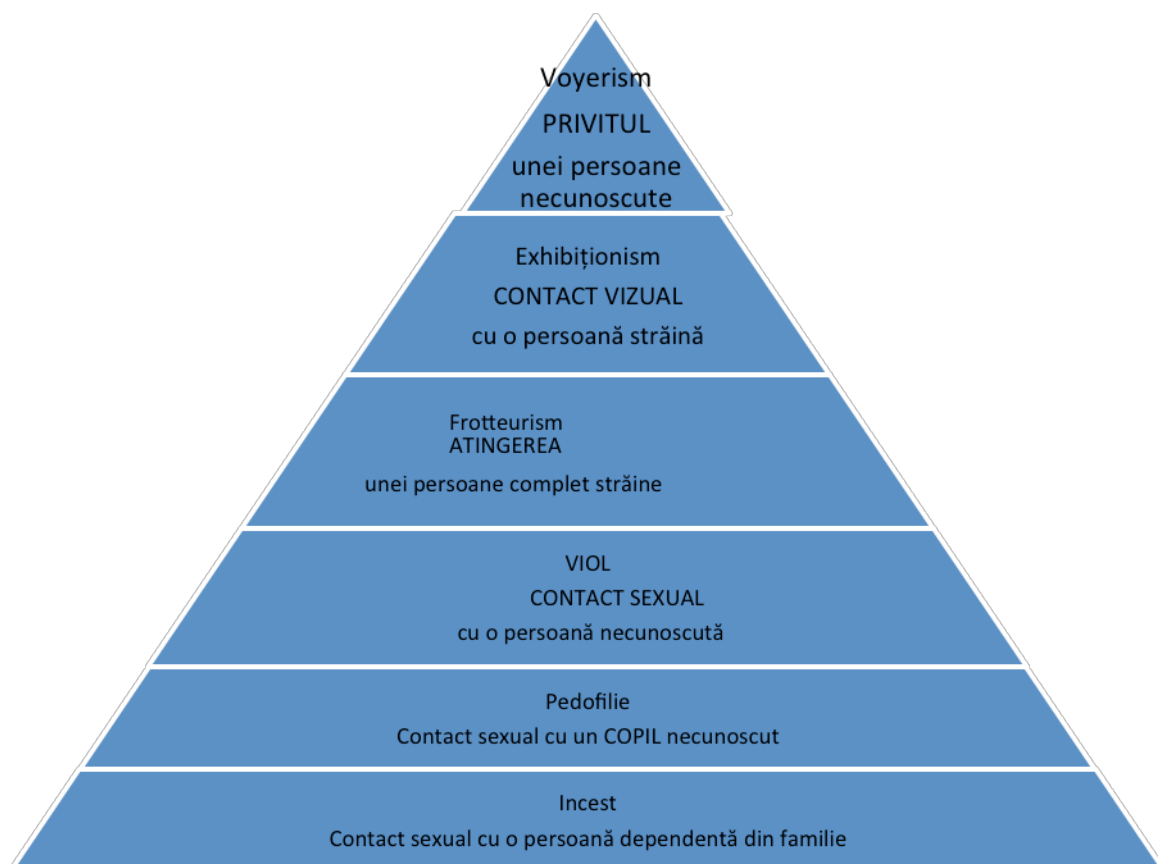
Perversiune = managementul unui conflict prin sexualizare ca mecanism de apărare/defulare

Parafilia = DSM IV

9.1 DEFINIȚIE DSM

- A. Pe o perioadă de minim 6 luni, apariția recurentă/frecventă a unor fantezii sexuale nevoie sexuale imperioase sau comportament, care presupun:
- 1) obiecte non-umane , sau
 - 2) suferința sau umilirea expresă a sinelui sau a partenerului, sau
 - 3) copii sau persoane care nu au consimțit activitatea angajată de parafilic
- B. Aceste nevoie sau fantezii sexuale determină alterarea importantă a stării de bine psihic a persoanei în cauză, sau modificarea funcționalității socioprofesionale a persoanei în cauză.

Se descriu mai multe tipuri de parafilii, care se deosebesc între ele prin obiectul atracției sexuale, inerent prin gravitate, acesta fiind dat de gradul de interacțiune cu un partener.



Între parafilii, DSM mai menționează:

- Scatologia telefonică telefoane obscene;
- Necrofilia atracție, fantezii, sex cu cadavre
- Parțialismul atracție față de anumite segmente ale corpului
- Zoofilie atracție, activitate sexuală cu animale
- Formicofilie animale mici
- Olfactofilie atracție față de anumite mirosuri
- Mysofilie excitare în condiții de murdărie
- Coprofilie interes și acte sexuale cu animale
- Clismafilie excitare vis a vis de balonare și eneme
- Urofilie excitare sexuală în contact cu urina
- Emetofilie(Vomerofilie) excitare sexuală față de emeză
- Somnofilie partener care doarme li nu consimte actul sexual
- Salirofilie nevoia de a rupe hainele partenerului
- Stigmatofilie parteneri tatuați sau cu piercing
- Sceptofilie observare acte sexuale coitale
- Cazuri rare: interes față de mașini, același tip de mașină, ciorapi, strănut, țevi de eșapament.

9.2. VOYERISMUL (DSM-IV: 302.82, ICD 10: F65.3)

Definiție

A. pe o perioadă de 6 luni, apariție recurentă a fanteziilor, nevoilor și comportamentelor sexuale, care presupun observarea de la distanță a unor subiecți necunoscuți, care se dezbracă, sunt goale, sau sunt angajate singure sau în cuplu într-un proces de activitate sexuală.

B. persoana a acționat conform acestor nevoi, iar aceste porniri sexuale sau fantezii în determină disconfort personal sau dificultăți interpersonale.

Caracteristici

- Voyersitul obține gratificație sexuală spionând necunoscuți sau privind pe furiș la cupluri angajate în diverse ipostaze cu caracter sexual.

A nu se confunda cu plăcerea de a privi persoane la un spectacol lei de striptease, în cluburi pentru adulți.

- Esențial este că voyersitul preferă această activitate celei sexuale normale, mai mult, satisfacția sexuală obținută prin privit este mai mare decât în timpul unui act sexual coital
- Tipic: nu ating victimele, nu doresc să fie văzuți de acestea;
- Atractiv: noutatea persoanelor,
- Își obțin satisfacția sexuală masturbându-se în timp ce privesc sau fantazând la imaginile văzute
- Apare mai frecvent la bărbați
- Frecvent autolimita, până la circa 55-60 de ani
- Frecvent sunt bărbați singuri, care nu sunt angrenați în relații, de vreme ce își obțin relativ ușor gratificația sexuală;

Mecanism posibil

- recapitularea din copilărie (odipiană) a unor scene dintre părinți, la care copilul a fost martor nevăzut;

- compromis între obținerea gratificației sexuale și teama de a fi prins de “șefa cea rea” respectiv mama (perioadă preodipiană).

9.3. EXHIBIȚIONISMUL (DSM IV 320.4 ICD 10)

Definiție

- A. Pe o perioadă de 6 luni, apariția recurentă a fanteziilor, nevoilor sexuale majore sau a excitației sexuale și comportamentului sexual legate de expunerea corpului gol și mai ales a organelor genitale sau sâni, la necunoscuți.
- B. Fanteziile, pornirile sexuale și/sau comportamentul social determină alterarea vieții persoanei în cauză prin neplăcere, nemulțumire, alterarea rolului social, ocupațional sau ale arii importante din funcționarea zilnică a persoanei în cauză

Manifestări

- Exhibiționistul își expune părți din corp, având ca target final gratificație sexuală;
- Demonstrația falică (expunerea penisului în locuri publice, pe stradă, în parc) este dorința celui în cauză de ași demonstra masculinitatea;

- El așteaptă reacție de spaimă, sperietură sau teamă din partea privitorilor, este însă descumpănit de o reacție de milă sau de condescendență;
- Orgasmul se obține prin masturbare, în 50% din situații la locul faptei, dar și acasă, prin evocarea întâmplărilor trăite atunci;
- Exemple tipice:
 - Provin din familii organizate și integrate social;
 - Copil bine integrat, eventual mai retras;
 - Dezvoltare socială generală bună, dar apare discrepanța comparativ cu perspectivele asupra sexualității;
 - Viați sexuală redusă;
 - Comportament deviant începând cu decada a treia de viață;
 - Repetarea obsesivă a comportamentului, care ajunge să înlocuiască viața sexuală normală;
 - Fără terapie, multiple recăderi până în decada a cincea de viață;
- Exemple atipice
 - Mediu social precar;
 - Neintegrat social de mic, frecvent printr-o diformitate;
 - Frecvent cu anomalii psihice, de sorginte alcoolică sau traumatică
 - Asocial
- Acest comportament înlocuiește satisfacția sexuală din cuplu. În cuplu acest bărbat funcționează extrem de prost, nu poate integra deloc relația cu o persoană cunoscută nevoilor lui de gratificație sexuală;

9.4. FETIȘISMUL (DSM IV 302.81, ICD 10: F65.0)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, prezența recurentă a fanteziilor și nevoilor sexual majore, excitarea sau comportamente active legate de folosire de obiecte neanimate

B. Fanteziile, pornirile sexuale și/sau comportamentul social determină alterarea vieții persoanei în cauză prin neplăcere, nemulțumire, alterarea rolului social, ocupațional sau ale arii importante din funcționarea zilnică a persoanei în cauză.

C. Obiectele fetișului nu sunt limitate la articole feminine (lenjerie intimă) nici la obiceiul de a se îmbrăca conform sexului opus (fetișism transvestic) sau aparate pentru stimularea sexuală (vibrator) ci pot fi obiecte cu caracter non-sexual.

Caracteristici

- Obține plăcere sexuală mare prin fantezii sau masturbare în contact cu obiectul fetișului;

- Acesta este preferat deoarece este sigur, tăcut, cooperant, liniștit și poate fi distrus și înlocuit fără nici un fel de problemă sau neplăcere;
- Uneori fetișistul nu poate avea orgasm decât în prezența obiectului respectiv;
- Obiecte: 60% : lenjerie intimă, dar și ciorapi, scutece, jachete, pantofi cu tocuri, boxeri de bărbați. uneori obiectul poate exista în relația cu partenerul: mătase cu care anumite părți ale corpului trebuie atinse, ciorapi de una numit fel, pe acre partenera îi poate purta,..
- Începe în adolescență și are o evoluție cronică
- Există forme avansate, în care persoana evită contactul sexual cu femeii adulte,

Explicație

- teama de castrare = teama de ați pierde penisul, la fel ca și mama, care nu are penis pentru că a fost "pedepsită" pentru că a făcut ceva rău și atunci el nu vrea să se angajeze în relații sexuale, care ar putea avea ca finalitate același lucru;

- mai simplu, fetișul are simpla funcție de mediere emoțională, și a apărut la un moment de vulnerabilitate mare, și a rămas și după rezolvarea problemei respective, tot ca obiect de recompensă și liniștire;

9.5. FETIȘISMUL TRANSVESTIC

Definiție

- A. Pe o perioadă de 6 luni, la un bărbat heterosexual, apariția recurentă a fanteziilor sexuale intense, pornirilor sexuale sau comportamente care presupun cross-dressing-ul (îmbrăcarea completă în haine de femeie).
- B. Fanteziile, nevoile și comportamentul determină disconfort clinic, sau alterarea vieții sociale, ocupaționale sau a altor activități importante.

Poate fi asociată și cu disforia de gen = persoana este în disconfort persistent cu rolul sau identitatea de gen.

Caracteristici

- Apare în adolescență sau chiar în copilărie;
- Din istoricul cazurilor, frecvent pacienții au fost pedepsiți în copilărie pentru că s-au îmbrăcat în hainele mamei;
- Purtarea hainelor celuilalt sex este rezervată doar sferei private;
- Uneori, ca adulți, bărbații pot purta lenjerie feminină zi de zi;
- Frecvent gratificarea sexuală și orgasmul apare prin masturbare, îmbrăcat în acele haine;

- Frecvent însă purtarea acestor haine sunt asociate cu momentele de anxietate și depresie, iar ele au mecanism de liniștire și recompensare;
- În marea majoritate a cazurilor, cea mai mare problemă o reprezintă momentul în care soțiile descoperă această parafilie și relația, în cele mai multe situații se degradează.
- De multe ori acești bărbați refuză deseori, pe diverse motive, contactul sexual cu partenera, pentru că ei nu sunt satisfăcuți deloc sau aproape deloc relația cu sexuală cu partenera, preferând felația sau masturbarea manuală;

9.6. FROTTEURISMUL (DSM IV 302.89 ICD 10)

Definiția

- A. Pe o perioadă de minim 6 luni, persoana prezintă recurent fantezii sexuale intense, excitare sexuală, porniri sexuale sau comportamente care presupun atingerea, frecarea de o persoană necunoscută, care NU și-a dat acordul pentru acest lucru;
- B. persoana a acționat conform acestor nevoi, iar comportamentul și fanteziile sexuale îi creează disconfort personal și greutateți interpersonale;

Manifestări

- Sunt întâlniți în marile aglomerații din traficul cu mijloace în comun;
- Își freacă genitalele sau coapsa de corpul unei persoane străine, care este deranjată de această atingere;
- Apare în adolescență, dar scade ca intensitate pe la vârsta de 25 de ani;
- Persoanei îi este teamă de consecințele legale, cu toate că pedepsele pentru frotteurism sunt nesemnificative;

9.7. MASOCHISMUL SEXUAL (DSM IV 302.83, ICD 10 – F 65.5)

Definiție

- A. Pe o perioadă de 6 luni, apariția recurentă, a excitației sexual și fanteziilor sexual, nevoi sau porniri de necontrolat, trecerea la act (real NU simulat) legat de nevoia de a fi umilit, bătut, legat sau făcut să sufere în mod fizic
- B. Fanteziile, nevoile sexuale sau comportamentul determină suferință personală sau disconfort social, ocupațional cu incapacitatea exercitării funcției sociale a persoanei în cauză.

Manifestări

- Predominant la femei: 20:1 (F:M), fiind cea mai frecventă formă de deviație sexuală la femei
- La bărbați: se leagă singuri, se înțepă cu ace, își aplică șocuri electrice în sfera genitală;
- Își înscenează diverse situații în care trebuie pedepsiți, se târăsc ca niște câini, în patru labe;
- Frecvent există obiecte ale pedepsei
- Femeile aleg varianta mai blândă
- Varianta dură: încercarea de a se sugruma, deoarece hipoxia determină o excitare sexuală cu un climax extrem de puternică. Uneori aceste încercări se soldează cu deces 1-2/milion locuitori);
-

Explicații

- masochistul se transpune în realitatea sau fantezia lui, care reprezintă modul persoanei în cauză de a defini feminitatea (feminitate = nevoie de a fi pus la punct, supusă sau înfrânt).

- își închipuie de asemenea că partenerul, care le chinuie sau le umilesc, le va iubi în final, pentru că rezistă la toate tratamentele proaste care îi sunt aplicate;

- masochismul este de fapt percepția asupra dezvoltării psihosexuale feminine;

9.8. SADISMUL SEXUAL (DSM IV 302.84 ICD 10 F65.5)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, apariția de fantezii și excitații sexuale recurente, nevoie sau comportamente sexual legate de acte (reale și nu simulate) de inducere a suferinței psihice sau fizice (inclusiv umilire) a victimei, fapte care determină excitație sexuală a persoanei în cauză.

B. Persoana care acționează conform acestor nevoi și se angajează în aceste acte cauzează dificultăți personale sau relaționale.

Manifestări

- Manifestările apar în primii ani ai vieții adulte chiar dacă fanteziile se descriu din etapa copilăriei;
- Spectrul este extrem de variabil:
 - Centrul: nevoia de control asupra victimei (real, fantezie sau act simulat);
 - Apare tipic în bordeluri, unde sunt camere special amenajate, dar există o limită până la care sadicul își poate duce manifestările;
 - În viața reală: poate îmbrăca aproape orice formă de agresiune, cheia fiind EXCITAREA SEXUALĂ pe care o determină la agresor;

Substrat psihologic

- formare deficitară a personalității, cu lipsa afecțiunii din partea apropiaților în mica copilărie, care deschide o “rană narcisică” care determină nevoia de agresiune și de teamă, ce trebuie sădătită celor din jur;

- furia, dezamăgirea și teama hrănesc mai târziu nevoie de sadism, în sufletul adolescentului, care trebuie cu forța să obțină și să mențină dragostea și atenția mamei;

9.9. PEDOFILIA (DSM IV 302.2)

Definiție

A. Pe o perioadă de 6 luni, apariția recurentă și intensă de fantezii, nevoie sau porniri sexual, comportament și trecere la act, care implică activități sexuale cu copii prepubertari (frecvent sub 13 ani).

B. persoana care acționează în această direcție are dificultăți personale, interpersonal sau relaționale importante;

C. persoana are cel puțin 16 ani și este cu minim 5 ani mai mare decât copilul sau copiii victime.

Notă: în această definiție nu intră persoanele mai mari de 16 ani, care sunt într-o relație sexuală cu un partener de 12 sau 13 ani.

Se specifică atracție sexuală față de fetițe/băieței/ambii

Limitată la incest

Exclusivă (atras doar de copii) sau nonexclusivă

În Comunitatea Europeană vârsta de definiția a copilului victimă este variabilă, în Germania doar de 14 ani, în Marea Britania de 16 ani, în România este de doar 15 ani. La noi în țară se pedepsește cu închisoare între 3 și 10 ani.

Manifestări

- În general autorii cunosc extreme de bine legislația, și cel mai des caută copii sau adolescenți cu caracteristici prepubertare, care însă au vârsta mai mare de cea din definiția pedofiliei, pentru ca în caz de apariție a poliției să nu fie sub jurisdicția penalului;
- Molestatorul
 - este complet străinului în doar circa 10% din cazuri, care îl atrage pe copil la școală sau în parc cu dulciuri sau jucării;
 - în circa 15% din situații este un cunoscut al familiei,
 - sunt persoane care au în general familii, sunt în relații heterosexuale în care funcționează mai mult sau mai puțin bine;
- mulți autori par băuți, sau reclamă acest lucru, dar mai degrabă este o formă de apărare: prin consumul de alcool el se consideră pe sine o altă persoană, care se delimitează de cel “curat” din viața sociofamilială de zi cu zi;
- agresorii sunt interesați de diferite forme de contact cu tinerii, mascate de interese socioprofesionale asupra lumii lor:
- frecvent pedofilii ale anumite meserii: profesor cu trup și suflet, asistent social, dirijor de cor de copii, antrenor de sport, profesor de religie în școli.
- manifestări care nu sunt dure: în timpul jocului cu un copil caut atingeri aparent întâmplătoare cu copilul, frecvent așa cum și-a dorit să fie iubit și tratat ca și copil;
- atingeri ale organelor genitale, mângâieri, stimulare orală a genitalelor copilului;
- în 50% din cazuri contact sexual, frecvent cu violență.
- se descriu mai multe tipuri de pedofili:
 - **pedofilul cu personalitate imatură**
 - persoană care nu a putut dezvolta abilități interpersonale de calitate
 - este atras de copii pentru că îi domină și realizează relații mai ușor cu ei decât cu adulții
 - victimele sunt de obicei cunoștințe sau copii din familie;
 - mecanism: congruență emoțională
 - **pedofilul cu regresie**
 - este într-o relație heterosexuale
 - la un moment dat se simte inadecvat în relație, devine alcoolic
 - are acte sexuale cu copii străini, dintr-un impuls de moment, necontrolat.

- Mecanism: dezinhibiție și retard mintal, alcool, drog recreațional, control prost al impulsurilor de moment.
- **pedofilul agresiv**
 - istoric de comportamente antisociale, frecvent a fost victimă în copilărie
 - devine agresor pentru alții, la rândul lui
 - mecanism: dezinhibiție, frecvent este modul de a-și învinge propria traumă prin transformarea din victimă în agresor, din subjugat și abuzat, în deținător al controlului
- **pedofilul adevărat**
 - este atras sexual de aspectul nonmaturat sexual al corpurilor copiilor
 - relații rare și de scurtă durată cu parteneri adulți, de sex opus
 - de multe ori afișează un interes “pedagogic” asupra universului copiilor.
 - Frecvent copii cunoscuți
 - Mecanism: frecvent pedofilii sunt persoane cu experiențe sexuale extrem de precoce, care au rămas cu aceeași atracție ca și în mica adolescență.

9.10. INCESTUL

Cuprinde relațiile sexuale între membrii unei familii, între părinți și copii, între frați, dar după unii și în familia lărgită.

Mituri despre incest: apare doar în familii sărace/sunt comise de tați cu disfuncții sexuale (marea majoritate nu sunt nici cu supra-sexualitate nici cu componentă pedofilă)/de obicei copiii inventează un presupus incest (marea majoritate a incesturilor raportate sunt adevărate).

Profilul agresorilor este extrem de variabil:

- Agresorul circumstanțial familie heterosexuală, de condiție socială bună

frecvent „familie endogamă”

fără semen de violență, abuz care durează ani de zile

fata natural sau vitregă este în general la pubertate, dar deseori vârsta este mult mai mică de 5-6 ani;

➤ Agresor din promiscuitate

persoană bine integrată profesional

Familie deschisă, cu multe relații de tip concubinaj, promiscuitate

Imagine foarte proastă despre femei în general (obiect de uz)

➤ Agresor cu motivații pedofile nematurate

interes primar sexual pentru scheme corporale

Victima este copil (mica sau marea copilărie)

Are asociată pedofilia ca deviație secundară

De cele mai multe ori, copilul este făcut să creadă că fericirea mamei și a tatălui, iubirea lor față de copil, liniștea familiei este condiționată de acceptarea și de tăcerea fetei abuzate. Acest lucru determină sentimente extreme de cauzate pentru fata în cauză. De multe ori tații în cauză oferă o cadouri, bani sau privilegii copilului abuzat, sau copilul poate avea senzații de plăcere în timpul actului sexual, aspecte care contribuie la sporirea sentimentului de complicitate și ambiguitate al victimei.

Dacă victima este fată, atunci foarte probabil este copil unic, iar dacă este băiat, atunci probabil are frați sau verișori care au fost abuzați de același tată, este mai tânăr decât victimele fete (incestul în cazurile cu băieți apare mai repede), de cele mai multe ori, tații care își abuzează fii, fiind la rândul lor abuzați din copilărie.

Urmări în viața adultă a victimei

- efecte dezastruoase psihologice, pe termen mediu și lung
- victimele rămân fixate în trecut, trăiesc sentimente intense de vină, auto-incriminare, rușine, prețuire de sine mult redusă, anxietate excesivă, probleme în a forma o relație profundă și de durată cu un partener;
- dificultăți în viața sexuală: frecvență mare de disfuncții sexuale: cel mai frecvent de libido și dorință, dar și probleme cu orgasmul sau aversiune sexuală;
- dezvoltă cu o probabilitate mai mare diferite forme de dependență.

Recuperarea

I: să înțeleagă că nu este vina lor

II: să depășească rușinea

III: să rezolve durerea și furia?

IV: să învețe cum să se schimbe?

V: rezoluție și evoluția.

Prognosticul

- Tatăl incestuos, fără tendințe pedofile, a cărei relație cu fiica apare într-un context aparte intrafamiliară, nu recidivează, fiind interesat exclusiv de relația cu persoana respectivă.
- Incestuosul cu tendințe pedofile, recidivează, incestul fiind cel mai facil mod de a-și satisface nevoile sexual deviate;

În România incestul cuprinde acte sexual între frați și surori sau între părinți și copii, se pedepsește cu închisoare de la 2 la 7 ani.

9.11. VIOLUL ȘI AGRESIUNEA SEXUALĂ

Cuprinde toate delicturile sexuale care presupun folosirea violenței sau a amenințărilor cu violența, care se finalizează cu un act sexual coital, genital sau oral, care nu a fost consimțit.

Conform codului penal român, următoarea definiție este valabilă:

Art. 217. - (1) Actul sexual, de orice natura, cu o persoana de sex diferit sau de același sex, prin constrângerea acesteia sau profitând de imposibilitatea ei de a se apăra ori de a-și exprima voința, se pedepsește cu închisoare stricta de la 3 la 10 ani și interzicerea unor drepturi.

(2) Pedepsa este detențiunea severă de la 15 la 20 de ani și interzicerea unor drepturi dacă:

- a) fapta a fost săvârșită de două sau mai multe persoane împreună;
- b) victima se afla în îngrijirea, ocrotirea, educarea, paza sau tratamentul făptuitorului;
- c) victima este un membru de familie;
- d) victima era un minor care nu împlinise vârsta de 15 ani;
- e) s-a cauzat victimei o vătămare gravă a integrității corporale sau a sănătății.

(3) Dacă fapta a avut ca urmare moartea sau sinuciderea victimei, pedepsa este detențiunea severă de la 15 la 25 de ani și interzicerea unor drepturi.

(4) Acțiunea penală pentru fapta prevăzută în alin. (1) se pune în mișcare la plângerea prealabilă a persoanei vătămate.

Profilul agresorului:

- Tânăr neexperimentat: background familial intact/apar tendințe din perioada pubertății/experiențe sexuale greoaie în adolescență/frecvent un tânăr timid.
- Agresor asocial: marginalizat social foarte devreme/nivel de pregătire minimal/foarte puține relații intime/disfuncția sexuală este parte a disfuncției sociale, asociate cu alte tipuri de delikte, non-sexuale.
- Agresor simbolic: foarte bine integrat social/fără nimic deosebit în copilărie și adolescență/foarte narcisic în relațiile lui sexuale și parteneriale/ foarte multă dușmănie față de partenera anterioară, manifestată verbal și nu numai. Violul este un act de agresiune față de FEMEIE (ca și entitate și concept)
- Agresor cu intelectul limitat: hipofren,oligofren sau debil mintal/competență psihosocială limitată
- Agresor sadic: frecvent cu probleme majore în familie, uneori cu intervenții psihiatrice în copilăria sau adolescența acestuia, frecvent acțiuni în serie, a căror grad de agresivitate crește de un act la altul.

Prognostic

- Agresorul asocial are cele mai mari șanse de a recidiva, fiind greu posibil de a-și schimba tipul de relație de cuplu. 75% recidivează în următorii ani diverse tipuri de agresiune sexuală;
- Agresorul tânăr are cele mai bune șanse de recuperare.

Celelalte parafilii sunt încadrate de Codul Penal Român ca și perversiuni sexuale, fără ca să fie detaliate fiecare în parte, cu pedepsele aferente fiecărui tip de infracțiune. În general, sunt încadrate de către articolul 200 la pedepse cu închisoarea de la unu la 5 ani (acte cu scandal săvârșite în public), 3 la 10 ani (acte cu o persoană care nu a îndeplinit vârsta de 18 ani), respectiv dacă actele au fost săvârșite de tutore sau curatorul copilului, pedeapsa crescând la 12 ani dacă pentru aceste acte au fost oferite recompense materiale. Aceleași pedepse se aplică și în cazul actelor săvârșite cu adulți, dar care s-au aflat în imposibilitatea de a se apăra, cu persoane imobilizate, sau aflate în alte stări de incapacitate.

9.12 TRATAMENT

Este unul complex, a cărui oportunitate și moment este dependent de Codul Penal al fiecărei țări în parte. Se poate efectua doar de către personal extrem de bine pregătit. Noi toți ceilalți trebuie să știm să ridicăm suspiciunea unei deviații sexuale, respectiv să nu facilităm delictul comis de potențialii agresori.

- dacă delictul apare în timpul adolescenței, psihoterapia și psihopedagogia sunt binevenite. Adolescentul trebuie să fie învățat despre sexualitate/parteneriat și comunicare.

- psihoterapie

- terapie somatică

- Antiandrogeni: Cyproteron acetat se opune acțiunii testosteronului la nivel de receptor, scade biosinteza testosteronului, precum și scade acțiunea acestuia la nivel central. Scade libidoul, erecția spontană, calitatea erecției stimulate, pornirile sexuale și implicit probabilitatea de a trece la act. Scade nevoia de intimitate sexuală.

Doza activă: 50-100 mg per os zilnic sau 300-600ml im la 2-3 săptămâni

- Analogi LHRH: preparate retard lunare, sunt utilizate la agresorii sexuali (disfuncții care presupun contact sau agresiune cu victima), precedat de o cură de 6 săptămâni de alt anti-androgen . eficiența acestui preparat, care realizează o castrare chimică, este mult superioară celorlalte preparate. Utilizarea acestor preparate a la long poate pune în pericol integritatea celulelor Leydig.
- SSRI: scade impulsurile sexuale.
- Castrarea chirurgicală – manevră extrem de controversată, uneori este cerută de potențialul agresor care nu mai dorește să aibă pornirile sexuale hormonaldependente.

9.13 ALTE ENTITĂȚI

9.13.1 HIPERSEXUALITATE

Definiția = persoane cu in interes și porniri sexuale extrem de mari, care în ciuda numeroaselor acte sexuale cu numeroși parteneri, nu obțin decât o gratificație limitată și nici o senzație corespunzătoare de eliberare. Această patologie se mai cunoaște și sub numele de nimfomanie (femei) sau satiriazis (la bărbați).

Nu există criterii absolute de definire a acestei probleme, care pentru mulți încă reprezintă un motiv de glumă, dar în general se regăsesc următoarele criterii de definiție:

- activitatea sexuală este o nevoie care nu poate fi niciodată satisfăcută, care interferă cu activitățile zilnice;
- sexul este impersonal, fără intimitate emoțională
- în ciuda orgasmelor frecvente, satisfacția sexuală nu este obținută aproape niciodată.

Atenție însă la nuanțele acestei definiții. În publicul general există tendința de a pune etichete atunci când există un dezechilibru între nevoile sexuale în cuplu. De asemenea există și prejudecăți: o femeie cu mai mulți parteneri este etichetată ca și nimfomană, dar un bărbat care face același lucru este „taur sau armăsar”.

9.13.2 ADICȚII SEXUALE

Definiție = comportament compulsiv, precum alcoolismul, dependența de droguri, jocurile de noroc sau pariurile.

- A. Lipsa controlului asupra impulsurilor sexuale
- B. Preocupare care absoarbe o bună parte din energia de peste zi, concentrează gândurile în altă parte
- C. Chiar dacă se oprește, nu poate renunța ci recidivează. Simptome de sevraj în pauze
- D. Consecințe reale neplăcute, chiar dăunătoare, nerecunoscute de dependent
- E. De-a lungul timpului escaladarea frecvenței
- F. Actul sexual are rol de relaxare/echilibrare/”anestezie” emoțională. Echilibrează teama, tristețea, furia, anxietatea, groaza. Este un mod de a scăpa de presiunea stresului și problemelor zilnice.

Etiologie: alterarea de tip narcisică a eului: afect vechi, de durată, ce a fost sădit în timpul copilăriei și a fost purtat până în viața adultă. Este un individ inflexibil, maladaptativ, în ciuda măștii expuse pentru populație:

- deficitul răspunsului empatic;
- dezamăgiri puternice, traumatice dpdv emoțional;
- stimul matern inadecvat;
- deficit al funcției de rezervor sau sprijin emoțional pentru cei din jur

Asocieri cu alte dependențe: chimice (4%), tulburări de apetit (38%), muncă în ritm compulsiv (workaholic) (28%), cheltuit compulsiv și fără limite (26%), precum și consum excesiv de nicotină, cafeină, co-dependență sau cleptomanie. Interesează femeii, bărbați sau homosexuali în măsură egală. Ca toți dependenți, doresc să se oprească, conving anturajul și partenera de acest lucru, încearcă să se oprească, dar nu pot.

Forme de manifestare:

- comportament inadecvat la locul de muncă, cu conotații sexuale,
- promiscuitate necontrolată
- masturbare compulsivă, care înlocuiește satisfacția sexuală din timpul unui act coital
- homosexualitate
- viol, simularea introducerii forței în relațiile sexuale
- sex cu diverse ritualuri
- sex cu parteneri străini, cu potențial pericol

Un studiu efectuat pe 100.000 medici, întrebați dacă au avut un comportament nepotrivit la locul de muncă, 195 au răspuns iar 9% din acești au recunoscut că au întreținut raporturi sexuale la locul de muncă.

Tratamentul acestor persoane este doar prin psihoterapie, atâta vreme cât manifestările nu contravin legilor țării respective. Există organizații similare alcoolizilor anonimi, care aplică același principiu al celor 12 pași în renunțarea la dependență.

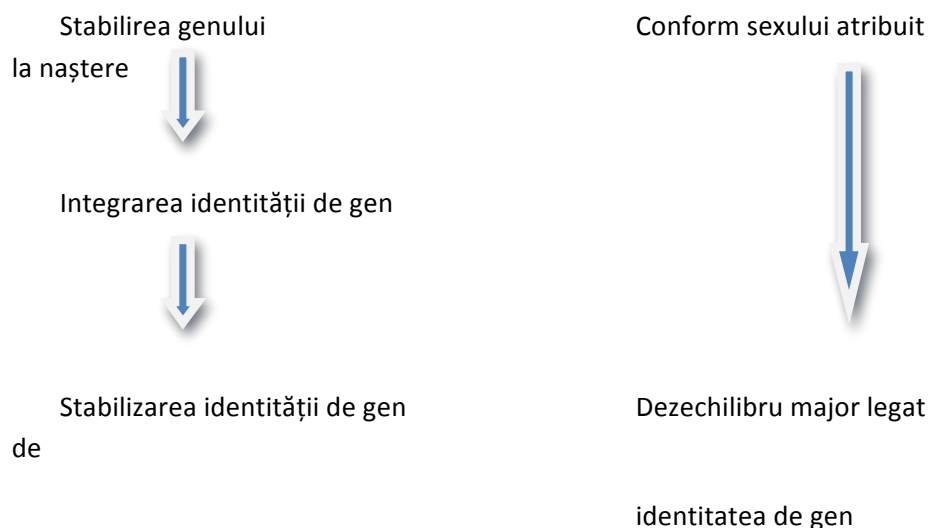
9.13.4 TRANSEXUALITATE DSM IV 302.85 ICD 10 F64.0

Aparent sunt persoane care nu se simt bine în pielea a ceea ce s-au născut și își doresc să devină de sex opus. O privire superficială ne face să ne gândim doar la vestimentație sau mici gesturi, și să amestecăm noțiunile de transsexual nu transvestic (deviație sexuală) sau intersexual (tulburare de dezvoltare somatică mai ales a sferei genitale, ca urmare a unui defect genetic în cele mai frecvente situații).

Definiție (ICD 10) = dorința puternică și profundă de a aparține celuilalt sex, de a trăi așa și de a fi identificat ca atare. Asociat sentimentul non-apartenenței sexului propriu.

DSM IV

- A. sentiment puternic, persistent și de durată, de apartenență la celălalt sex (nu relativ la avantajele sociale ale sexului opus). Presupune apariții frecvente ca aparținând celuilalt sex, dorința de a fi tratat ca o persoană de sex opus, manifestări, reacții și sentimente aparținând celuilalt sex.
- B. Sentimentul că rolul și identitatea de gen este diferită (cea asumată și trăită comparativ cu cea născută).
- C. Tabloul nu este în contextul unei intersexualități.
- D. Problemele legate de identitatea sexuală determină dificultăți personale și interpersonale.



Caracteristici


- fenomenul se manifestă din copilărie, cu confuzie vis a vis de identitatea de gen din mica copilărie;
- cross dressing din copilărie
- probleme cu funcționarea sexuală în viața adultă, fiind atras de celălalt sex, fără însă a fi homosexual deoarece persoana se percepe pe sine ca aparținând celuiilalt sex.
- nivele variate de disforie
- stabilitatea identității sexuale este variabilă;
- este o problemă de sănătate mentală, caracterizată prin dezavantaje de integrare socială;
- prevalență: M:F 2.43:1, 1/13.000 M, 1: 34.000 F !!! dar poate fi semnificativ subestimată

Diagnosticul se face de către o echipă de experți care exclude afecțiunile psihiatrice, anomalii genetice sau iatrogenie, transsexualitatea trebuie să fi fost constant prezentă minim 2 ani. Dorința de transformare a corpului, prin tratamente cosmetice , hormonale și chirurgicale trebuie să existe și să fie documentată, altfel nu este vorba de transsexualism ci de o forma de transvestism.

De asemenea anterior diagnosticului și tratamentului, trebuie îndeplinit criteriul “real life experience” în care presupune viață social, zilnică, în toate ipostazele, nu numai cu hainele dar și cu nume, atitudini, apelative și așa mai departe, aparținând sexului opus.

ABORDUL MEDICAL

1. Psihoterapie: activități prin care să își crească confortul vis a vis de sexul actual/ experiența real-life, fără de care nu se poate începe nici un tratament;
2. Tratament hormonal :agoniști ai hormonilor sexuali (ai viitorului sex) și antagoniști ai hormonilor proprii
3. Chirurgie: intervenții seriate.

M  **F**

Cross-dressing: neobservat doar cu lenjerie/androgen/evident feminin

- schimbarea aparenței corporale: epilare (electroliză, epilare periodică)/sutien cu burete/strângerea sau orientarea penisului spre posterior/intervenții chirurgicale minimale cosmetice/ atenție la expresie, voce, gesturi.

- învață despre viața celuilalt sex, activități sportive tipice

- începe viața transgender

- tratamentul hormonal: după vârsta de 18 ani:

Estrogen	Estradiol (preparate menopauza) Etinilestradiol Estrogeni conjugați
Progesteron	Medroxi Progesteron Acetat
Combiñații	Contraceptive Orale Conjugate
Blocare receptor androgenic	Cyproteron acetat
Blocare hipofizara	Analogi GnRH

- chirurgie:după minim 2 ani de real life experience și 1 an de tratament hormonal

ablație testicule/penis/tatuaje

Implant sân, pilozitate scalp

Plastii vulvovaginală/clitoridiană

Rinoplastie, condroplastie cartilaj tiroid, cartilaj

cricotiroid (voce)

F \implies **M**

- cross dressing: neintruziv, doar lenjerie/androgen/masculin tipic

- aparența corpului: își leagă și strâng sânii foarte mult, aplicarea de păr facial fals/umplerea pantalonilor cu vată/proteze testiculare sau peniene.

- învață despre viața celuilalt sex, activități sportive tipice

- începe viața transgender

- tratament hormonal: după 18 ani

Testosteron	Undecanoat/cypionat/propionat
Blocare ovariană	Analogi GnRH

- chirurgie în aceleași condiții

Ablație histerectomie, bilateral anexectomie

Mastectomie radicală bilaterală

Plastii faloplastie (ideal lambou radial)

Uretroplastie

Proteze implant penian și testicular

Urmărire periodică: aceeași echipă: echilibru emoțional, integrare socială și relațională, efecte adverse ale terapiei hormonale.

CAPITOLUL XV

SEX THERAPY

Terapia sexuală este un abord aparte, este practicat de o serie de specialiști: psihologi, psihiatri, medici, asistenți sociali, asistente medicale, consilieri. Aceștia au diverse metode a abordare a disfuncțiilor sexuale, care se deosebesc de abord tipic “psi” care era unicul abord până în anii 1970.

15.1. Conceptul Masters și Johnson

Masters și Johnson au devenit celebri tocmai prin programele lor de sex therapy, pe care le-au aplicat începând cu anul 1959. Au lucrat aproape exclusiv cu cuplul, deoarece au plecat de la premiza că disfuncția sexuală a unei persoane nu interesează doar persoana în cauză ci și partenerul sau partenera. Ei au fost primii care au schimbat abordul individual cu cel de cuplu.

- au folosit terapia de cuplu;
- terapeuții au fost și ei două persoane (o femeie și un bărbat)
- abord rapid: cuplul era internat timp de 2 săptămâni, evaluat zilnic, se concentra departe de problemele zilnice de serviciu/familie/prieteni, exclusiv asupra relației;
- I zi: cuplul cunoaște terapeuții care le-au fost repartizați și se discută programul. Apoi sunt separați și urmează o anamneză sexuală detaliată, fiecare cu terapeutul de același sex. După ce terapeuții discută separat între ei problemele identificate, urmează o a doua anamneză sexuală, dar cu inversarea terapeuților (soția cu terapeutul bărbat iar soțul cu terapeutul femeie).
- a II-a zi: recoltare de analize, în funcție de suspiciune anamnestică. Consultație comună cuplul cu ambii terapeuți: prezentarea problemelor de disfuncție sexuală dar și cele

nonsexuale ale cuplului; comentarii despre aceste aspecte, recomandări pentru rezolvarea lor.

- a III-a zi: evaluarea zilei anterioare, a punerii în practică a sfaturilor de sex terapie, reevaluare;

- ulterior programul evoluează în funcție de problemele de sexualitate;

- de cele mai multe ori discuțiile sunt pe teme nonsexuale, dar exercițiile, inclusiv cu așa numitele surrogate, sunt pur sexuale.

- Exercițiile efectuate pe perioada celor două săptămâni diferă în funcție de

SENSATE FOCUS

Este o tehnică menită să ajute cuplurile cu variate probleme sexuale de a-și regăsi comunicarea nonverbală, de a încuraja intimitatea, preludiul, descoperirea nevoilor fiecăruia. Presupune exerciții zilnice, efectuate ideal în prezența unui observator. La noi în țară, unde mentalitatea generală este departe de a accepta așa un abord, este bine să recomandăm această tehnică de a se face în privat, dar cuplul vine zilnic la terapie, pentru a urmări și analize progresele sau lipsa acestora.

- la începutul terapiei cuplul este rugat să se abțină de la orice fel de activitate sexuală ce presupune contact cu organele genitale.

- primele exerciții: trebuie să atingă corpul partenerului dar fără zonele genitale sau sâni. Trebuie simțite contururile, textura, căldura corpului, respectiv persoana să se concentreze exclusiv asupra senzației de a fi mângâiată. Cel care mângâie, trebuie să o facă așa cum ar dori el să fie mângâiat, nu așa cum își închipuie că partenera dorește să fie atinsă. Apoi se inversează rolurile; durata minimă 15 minute/persoană;

- etapa a doua: atingerile și mângâierile sunt extinse și în zona sexuală. Inițial bărbatul începe atingerile în zonele nonsexuale, apoi se extinde în zona genitală și sâni, dar cu atingeri "nonsexuale"ci mai degrabă să fie o explorare senzorială și senzuală. Poziția recomandată: bărbatul în șezut în pat, sprijinit în câteva perne, iar femeia în brațele lui, sprijinită cu spatele de pieptul lui. Dacă femeia este în confort, va pune palma peste palma partenerului și va participa pasiv la mângâiere. Apoi femeia atinge ea partenerul. Acesta stă întins pe spate, iar ea stă turcește între coapsele lui. Repetă același tip de

atingeri. Obținerea unei erecții nu este importantă. Nu trebuie să se finalizeze cu ejaculare, este doar opțiunea bărbatului, dacă dorește să se masturbeze la final.

- etapa a treia: se adaugă o loțiune de piele pentru a crește sensibilitatea ambilor parteneri în timpul atingerilor. Ideal loțiunea trebuie să fie încălzită în prealabil.

- etapa a patra: atingere reciprocă. Acum fiecare are șansa de a-l atinge pe celălalt așa cum a văzut, în etapele precedente, că acestuia îi place să fie mângâiat. Concentrarea trebuie să fie asupra vârfurilor degetelor (ce și cum atingi) respectiv asupra senzațiilor de mângâiere permise. Sunt permise stimulările genitale, orale sau combinate.

- etapa a cincea: act sexual coital, dar al cărui principală caracteristică să fie senzualitatea. Principala caracteristică este descoperirea unor noi modalități de a face dragoste.

TEHNICA "SQUEZZE"

Este utilă în ejacularea precoce deoarece este o manevră mecanică care ajută la refacerea controlului reflexului ejaculator.

- în esență, odată ce atingerile genitale au început, periodic, femeii oprește atingerile sau actul sexual, pentru a strânge capul penian, cu policele la nivelul frenului, iar arătătorul și mijlociul deasupra și dedesubtul șanțului coronal, cu o strângere fermă, întotdeauna dinspre anterior spre posterior și niciodată lateral, timp de patru secunde, cu eliberare bruscă a capului penian și reluarea acțiunii întrerupte. Fermitatea strângerii trebuie adaptată fermității erecției.

- poate fi utilizată pe penisul flasc sau erect; niciodată când ejacularea este iminentă

- poate altera calitățile erecției, cel puțin temporar;

- presiunea trebuie efectuată de minim 3 până la șase ori înainte de intromisiunea vaginală a penisului.

- după intromisiune, femeia trebuie să stea nemișcată circa 15-30 de secunde, apoi aplică presiunea, apoi se reinseră penisul intra-vaginal. Apoi se va folosi presiunea bazală (aplicată identic dar la baza penisului) pentru a crește durata actului sexual coital.

- bărbatul trebuie să se educe, să știe cât de multă excitație suportă fără a ajunge la pragul de ejaculare.

După explicarea prealabilă a tehnicii, de preferat cu poze sau cu un mulaj, cuplul este invitat să practice această manevră. Reevaluare presupune urmărirea rezultatelor obținute.

TEHNICA MASTURBĂRII ASERTIVE

Este utilă în cazul bărbaților cu incompetență ejaculatorie.

Etape: - obținerea ejaculării prin masturbare, persoana fiind singură;

- ejaculare prin masturbare în prezența partenerii;

- ejaculare prin stimulare făcută de parteneră;

- ejaculare intravaginală: stimulare manuală, de către parteneră, până aproape de momentul climaxului, cu introducerea rapidă intravaginală a penisului; această tehnică scade anxietatea bărbatului de a ejacula intravaginal.

Chiar dacă pare nenatural, cuplurile care se confruntă cu problema anejaculării, din motive psihologice foarte bine înclavate în subconștientul bărbatului, pot dezvolta diverse tipuri de frustrări sau chiar disfuncții, datorită acestui fenomen. Chiar dacă există o adaptare a sexualității de cuplu problemele pot apărea în momentul nevoii de concepție în familia respectivă.

15.2 Conceptul Kaplan

Este denumită după psihiatra Helen Kaplan, care a fost prima care a pus sub semnul întrebării modelul feminin al actului sexual al lui Masters și Johnson al dorinței spontane la femei, ca punct de inițiere al activității sexuale. În ejacularea precoce nu folosește tehnica squeeze ci cea de stop-start.

TEHNICA START STOP

Această tehnică este foarte simplă.

- presupune ca bărbatul să atingă praguri de excitație aproape de orgasm și să oprească orice fel de stimulare până nu este prea târziu:
- atingere, mângâiere, mișcare chiar retragere din vagin;
- după circa 30 de secunde, după dispariția senzației explozive de ejaculare, se reia activitatea sexuală;
- această ciclitare: excitare - oprire-reluare se poate efectua de mai multe ori;
- reușita presupune comunicarea cu partenera, care trebuie să con trebuie la acest proces de stimulare - sesizare a climaxului-încetinire stimulare chiar oprire;
- reglarea respirației în timpul actului sexual poate fi un mare ajutor;
- concentrarea asupra respirației este o tehnică de relaxare emoțională de fapt și ajută pacienții cu EP secundară anxietății și tensiunii.

15.3 Conceptul terapiei comportamentale

Se adresează predominant comportamentului cu probleme (disfuncția sexuală în acest caz) și folosește confirmări pozitive și negative:

- tehnici de relaxare: exerciții musculare și de respirație care scad starea de tensiune;
- tehnici asertive: să înveți să spui ce dorești, ce fel de atingeri dorești, ce îți dorești;
- masturbare directă: un program de nouă etape folosit de femeile cu anorgasmie
- programul PLISSIT:

P: permisiune

- se pleacă de la premiza că marea majoritate a problemelor sexuale, fie ele disconforturi, preocupări sau disfuncții, apar ca urmare a unor stresuri, temeri, anxietăți, pudori sau inhibiții;

- terapeutul "dă permisiunea" pacientului ceea ce face cu teamă sau muștrări de conștiință. De exemplu: masturbarea, care poate fi o problemă de religie sau morală, este utilă în anumite disfuncții sexuale. PERMISIUNEA terapeutului scade nervozitatea sau anxietatea legată de o practică care oricum exista în viața pacientului, dar genera în egală măsură disconfort. Ideea de bază este ca terapeutul să îl liniștească pe pacient vis a vis de anumite practici sexuale. Bineînțeles, permisivitatea există atâta vreme cât practicile sexuale nu determină suferința altei persoane.

L: informații limitate

- la acest nivel terapeutul oferă informații corecte legate de anatomia și fiziologia sexualității, suficiente pentru a înțelege actul sexual normal și a ajuta desfășurarea lui. Se oferă detalii anatomice: lungimea peniană, diferența între stadiul flasc și cel erect, aspecte legate de virginitate, ciclul menstrual, igiena sexualității; aspecte legate de perioade particulare din viață: sarcină, menopauză, senectute.

- de multe ori pacienți nu au o disfuncție efectivă, ci mai degrabă așteptări nenaturale, nonconforme realității;

- este o etapă de educare, care trebuie parcursă oricum.

- tot aici pot fi oferite informații despre efectele anumitor substanțe recreative, medicamente, alcool.

S: se dau recomandări tipice:

- ex: în EP: tehnica start stop: exersarea ei inițial singur, apoi cu partenera ca o masturbare și apoi după ce tehnica este bine înțeleasă, transferul spre act sexual coital cu practicarea aceleiași tehnici start-stop.

- exerciții de masturbare pentru femeile care nu știu cum este un orgasm;

- exerciții de comunicare, ca un sensat focus parțial, cuplurilor care au probleme de preludiu, la care totul în dormitor se desfășoară cu lumina stinsă;

- recomandare tehnici de relaxare: exerciții de respirație;

- exerciții de gândire în timpul actului sexual: partenerul trebuie să se gândească la cu totul și cu totul altceva, pentru a-și scădea excitabilitatea și pentru a prelungi perioada de platou;

IT: faza finală a terapiei

- este necesară doar dacă etapele anterioare nu au fost suficiente în tratarea disfuncției sexuale;

Acest model este un exemplu foarte clar pentru practicieni că nu toate cazurile au nevoie de toată bateria de intervenții terapeutice. Dificultatea și

„implicarea” sunt diferite de la un caz la altul.

15.4. Metode adiționale de psihoterapie:

Terapia Rațional Emotivă (RET) este o altă tehnică folosită în problemele de cuplu, sexuale și non-sexuale.

Modelul pleacă de la următoarea premisă. Concluziile sau sentimentele sau trăirile negative se formează în urma unui eveniment neplăcut. De cele mai multe ori însă, noi dăm o anumită valoare și interpretare evenimentului în funcție de propriul nostru sistem de valori, experiență sau filozofie despre lume și viață. și de multe ori, noi interpretăm greșit.

Se propune un model A-B-C: A = adversitate, B = bază a ceea ce crezi. C = consecință.

REGULĂ : C nu este rezultatul A, ci rezultatul interpretării B a lui A.

În momentul în care noi realizăm rolul propriei interpretări: modulări, denaturări, interpretări în context cu experiențele noastre, semnificații nerealiste sau chiar ilogice, și începem să o analizăm și reanalizăm, de abia atunci trecem în etapa următoare de reală înțelegere a problemelor.

15.5 Abordări terapeutice specifice

VAGINISMUL la femei:

- inițial cuplului trebuie explicată natura involuntară, reflexă a contracturii musculare vaginală;

- apoi se demonstrează această spasm involuntar, printr-un examen pelvin efectuat cu delicatețe; bărbatul este rugat să privească, iar femeia primește o oglindă pentru autoexaminare;

- apoi se recomandă exerciții de relaxare a musculaturii peri-vaginale:

- inițial, se recomandă contactarea voluntară a musculaturii vaginale: serii de secuse scurte, alternând cu contracții prelungite. Femeia învață controlul acestor mușchi, fără a efectua mișcări care să îi sporească anxietatea, dimpotrivă, îi vor spori liniștea; după contractare pur și simplu nu “dă drumul” musculaturii;
- ulterior femeia folosește un set de dilatatori vaginali, cu un diametru progresiv crescător, cu cel mai subțire comparabil cu degetul mic;
- de cele mai multe ori, nu este o problemă de diametru ci de acțiune în sine – femeia să introducă sau să consimtă introducerea intravaginală;
- medicul va face primul gest de introducere a celui mai subțire dilatator, care spre marea uimire a femeii se poate efectua fără vre-o reacție musculară;
- ulterior femeia este învățată să se relaxeze, mai degrabă mintal decât muscular, să introducă încet dilatoarele vaginale, folosind o cantitate mare de gel lubrifianț.
- apoi, progresiv, se crește diametrul dilatoarelor; de multe ori o săptămână este suficientă pentru ca femeile să ajungă să insere dilatatorul de diametru cel mai mare, comparabil cu dimensiunile unui penis erect. Durata fiecărui exercițiu este de circa 15-20 de minute.
- dacă problemele de cuplu, eventual prezenta, au fost discutate, explicate și rezolvate, se trece la etapa următoare, de act sexual coital, dar esențial este ca femeia să fie cea care introduce penisul, cum și când dorește. Sentimentul de control și de decizia este foarte important la aceste femei;

ANORGASMIA la femei

Tehnicile de tratament sunt diferite, în funcție de problemele femeii: nu a avut orgasm niciodată sau anorgasmia este circumstanțială: cu partenerul/anumit partener/anumite situații: autostimulare/sex oral/sex coital sau asocieri între acestea.

- femeia trebuie încurajată și învățată să își exploreze corpul, să știe ce anume îi face plăcere, ce nu îi place, acele atingeri sau mișcările care o stimulează mai mult;
- încurajarea comunicării în cuplu: femeia, odată ce identificat atingerile și tipurile de stimulări care îi conferă plăcere, trebuie să le comunice partenerului.

- reducerea presiunilor din partea partenerului, explicarea motivațiilor sexuale ale unei femei comparativ cu un bărbat: esența: satisfacția sexuală nu este strict legată de prezența unui orgasm;
- reducerea eventualelor inhibiții ale femeii. Aceasta are voie să aibă fantezii, vise, imagini, day dreaming, dacă o ajută în explorarea și savurarea sexualității;
- în cazul femeilor cu orgasm prin stimulare manuală, se poate combina actul coital cu atingerea, pentru a facilita apariția orgasmului și în timpul penetrării. Se va genera un orgasm clitoridian și nu unul profund.

EXERCIȚIILE KEGEL

Aceste exerciții sunt recomandate pentru întărirea musculaturii planșeului pelvin. Pot fi utilizate de bărbații cu ejaculare precoce dar și de femeile cu prolaps genital sau cele cu epiziotomie. Îmbunătățesc sensibilitatea pelvină și genitală, precum și calitatea orgasmului.

ETAPE:

1. Localizarea mușchilor pubococcigieni (PC): sunt mușchii care se contractă atunci când există micțiuni imperioase. Pacientul trebuie să contracte separat: mușchi sfincterului anal, mușchi gluteali, abdominali și separat mușchii pubococcigieni. Când aceștia se contractă, restul corpului trebuie să fie relaxat.
2. Exercițiul de bază: contractați mușchii PC cât de mult și de tare puteți, păstrați contractia circa 3-5 secunde, apoi eliberați, repetați mișcarea după alte 5 secunde. Când pacientul face exercițiile pentru prima dată, trebuie să numere câte poate face fără să simtă oboseală musculară. Pacientul trebuie să conștientizeze senzațiile de contracție dar și de relaxare musculară;
3. Exercițiile sunt eficiente dacă se repetă: inițial 5 repetări/tura de exerciții, apoi mai multe repetări de serie. Atenție a nu se exagera cu exercițiile: contracție - menținere (3-5 secunde) - relaxare (5 secunde);

4. Când pacientul s-a obișnuit va crește durata contracției, precum și numărul de exerciții pe set. Ideal 10 exerciții/set (10 repetări, contracția 10 secunde, relaxarea 10 secunde);
5. Ideal: 4 seturi/zi;
6. Ulterior se schimbă intensitatea exercițiilor: serii de contracții rapide cu relaxări rapide, combinate cu contracții lungi și relaxări lungi:
7. Odată ce și acest pas a fost parcurs, iar pacientul este confortabil cu el, se recomandă introducerea acestor exerciții în timpul masturbării. Apoi se vor încerca în timpul unui orgasm. Pacientul va observa cum utilizarea acestor exerciții modifică intensitatea plăceri din timpul orgasmului.

Aceste exerciții se pot face oricând, dar cel mai bine se propune pacienților un anumit moment, pentru ca exercițiile să devină rutină. Altfel este pericolul, că deși se pot efectua oricând, trece ziua și nu le fac destul de des. De exemplu: în timp ce așteaptă în mașină la un semafor, cu 10 minute înainte de pauza de masă, când stau la birou, în timpul genericului filmului, până la începerea lui efectivă., sau în pauza de publicitate.

Pacientul trebuie să asculte mesajele propriului corp: nu trebuie să exagereze: orice durere sau disconfort local înseamnă suprasolicitare musculară.

Tehnicile biomedicale au fost abordate la fiecare tip de disfuncție sexuală în parte.

Indiferent de problemele de sexualitate, comunicarea este una dintre cele mai importante etape în restructurarea unei relații de cuplu.

CAPITOLUL XV

SEX THERAPY

Terapia sexuală este un abord aparte, este practicat de o serie de specialiști: psihologi, psihiatri, medici, asistenți sociali, asistente medicale, consilieri. Aceștia au diverse metode a abordare a disfuncțiilor sexuale, care se deosebesc de abord tipic “psi” care era unicul abord până în anii 1970.

15.1. Conceptul Masters și Johnson

Masters și Johnson au devenit celebri tocmai prin programele lor de sex therapy, pe care le-au aplicat începând cu anul 1959. Au lucrat aproape exclusiv cu cuplul, deoarece au plecat de la premiza că disfuncția sexuală a unei persoane nu interesează doar persoana în cauză ci și partenerul sau partenera. Ei au fost primii care au schimbat abordul individual cu cel de cuplu.

- au folosit terapia de cuplu;
- terapeuții au fost și ei două persoane (o femeie și un bărbat)
- abord rapid: cuplul era internat timp de 2 săptămâni, evaluat zilnic, se concentra departe de problemele zilnice de serviciu/familie/prieteni, exclusiv asupra relației;
- I zi: cuplul cunoaște terapeuții care le-au fost repartizați și se discută programul. Apoi sunt separați și urmează o anamneză sexuală detaliată, fiecare cu terapeutul de același sex. După ce terapeuții discută separat între ei problemele identificate, urmează o a doua

anamneză sexuală, dar cu inversarea terapeuților (soția cu terapeutul bărbat iar soțul cu terapeutul femeie).

- a II-a zi: recoltare de analize, în funcție de suspiciune anamnetică. Consultație comună cuplul cu ambii terapeuți: prezentarea problemelor de disfuncție sexuală dar și cele nonsexuale ale cuplului; comentarii despre aceste aspecte, recomandări pentru rezolvarea lor.

- a III-a zi: evaluarea zilei anterioare, a punerii în practică a sfaturilor de sex terapie, reevaluare;

- ulterior programul evoluează în funcție de problemele de sexualitate;

- de cele mai multe ori discuțiile sunt pe teme nonsexuale, dar exercițiile, inclusiv cu așa numitele surrogate, sunt pur sexuale.

- Exercițiile efectuate pe perioada celor două săptămâni diferă în funcție de

SENSATE FOCUS

Este o tehnică menită să ajute cuplurile cu variate probleme sexuale de a-și regăsi comunicarea nonverbală, de a încuraja intimitatea, preludiul, descoperirea nevoilor fiecăruia. Presupune exerciții zilnice, efectuate ideal în prezența unui observator. La noi în țară, unde mentalitatea generală este departe de a accepta așa un abord, este bine să recomandăm această tehnică de a se face în privat, dar cuplul vine zilnic la terapie, pentru a urmări și analize progresele sau lipsa acestora.

- la începutul terapiei cuplul este rugat să se abțină de la orice fel de activitate sexuală ce presupune contact cu organele genitale.

- primele exerciții: trebuie să atingă corpul partenerului dar fără zonele genitale sau sâni. Trebuie simțite contururile, textura, căldura corpului, respectiv persoana să se concentreze exclusiv asupra senzației de a fi mângâiată. Cel care mângâie, trebuie să o facă așa cum ar dori el să fie mângâiat, nu așa cum își închipuie că partenera dorește să fie atinsă. Apoi se inversează rolurile; durata minimă 15 minute/persoană;

- etapa a doua: atingerile și mângâierile sunt extinse și în zona sexuală. Inițial bărbatul începe atingerile în zonele nonsexuale, apoi se extinde în zona genitală și sâni, dar cu atingeri "nonsexuale"ci mai degrabă să fie o explorare senzorială și senzuală. Poziția

recomandată: bărbatul în șezut în pat, sprijinit în câteva perne, iar femeia în brațele lui, sprijinită cu spatele de pieptul lui. Dacă femeia este în confort, va pune palma peste palma partenerului și va participa pasiv la mângâiere. Apoi femeia atinge ea partenerul. Acesta stă întins pe spate, iar ea stă turcește între coapsele lui. Repetă același tip de atingeri. Obținerea unei erecții nu este importantă. Nu trebuie să se finalizeze cu ejaculare, este doar opțiunea bărbatului, dacă dorește să se masturbeze la final.

- etapa a treia: se adaugă o loțiune de piele pentru a crește sensibilitatea ambilor parteneri în timpul atingerilor. Ideal loțiunea trebuie să fie încălzită în prealabil.

- etapa a patra: atingere reciprocă. Acum fiecare are șansa de a-l atinge pe celălalt așa cum a văzut, în etapele precedente, că acestuia îi place să fie mângâiat. Concentrarea trebuie să fie asupra vârfurilor degetelor (ce și cum atingi) respectiv asupra senzațiilor de mângâiere permise. Sunt permise stimulările genitale, orale sau combinate.

- etapa a cincea: act sexual coital, dar al cărui principală caracteristică să fie senzualitatea. Principala caracteristică este descoperirea unor noi modalități de a face dragoste.

TEHNICA "SQUEZZE"

Este utilă în ejacularea precoce deoarece este o manevră mecanică care ajută la refacerea controlului reflexului ejaculator.

- în esență, odată ce atingerile genitale au început, periodic, femeii oprește atingerile sau actul sexual, pentru a strânge capul penian, cu policele la nivelul frenului, iar arătătorul și mijlociul deasupra și dedesubtul șanțului coronal, cu o strângere fermă, întotdeauna dinspre anterior spre posterior și niciodată lateral, timp de patru secunde, cu eliberare bruscă a capului penian și reluarea acțiunii întrerupte. Fermitatea strângerii trebuie adaptată fermității erecției.

- poate fi utilizată pe penisul flasc sau erect; niciodată când ejacularea este iminentă

- poate altera calitățile erecției, cel puțin temporar;

- presiunea trebuie efectuată de minim 3 până la șase ori înainte de intromisiunea vaginală a penisului.

- după intromisiune, femeia trebuie să stea nemișcată circa 15-30 de secunde, apoi aplică presiunea, apoi se reinseră penisul intra-vaginal. Apoi se va folosi presiunea bazală (aplicată identic dar la baza penisului) pentru a crește durata actului sexual coital.

- bărbatul trebuie să se educe, să știe cât de multă excitație suportă fără a ajunge la pragul de ejaculare.

După explicarea prealabilă a tehnicii, de preferat cu poze sau cu un mulaj, cuplul este invitat să practice această manevră. Reevaluare presupune urmărirea rezultatelor obținute.

TEHNICA MASTURBĂRII ASERTIVE

Este utilă în cazul bărbaților cu incompetență ejaculatorie.

Etape: - obținerea ejaculării prin masturbare, persoana fiind singură;

- ejaculare prin masturbare în prezența partenerii;

- ejaculare prin stimulare făcută de parteneră;

- ejaculare intravaginală: stimulare manuală, de către parteneră, până aproape de momentul climaxului, cu introducerea rapidă intravaginală a penisului; această tehnică scade anxietatea bărbatului de a ejacula intravaginal.

Chiar dacă pare nenatural, cuplurile care se confruntă cu problema anejaculării, din motive psihologice foarte bine inclavate în subconștientul bărbatului, pot dezvolta diverse tipuri de frustrări sau chiar disfuncții, datorită acestui fenomen. Chiar dacă există o adaptare a sexualității de cuplu problemele pot apărea în momentul nevoii de concepție în familia respectivă.

15.2 Conceptul Kaplan

Este denumită după psihiatra Helen Kaplan, care a fost prima care a pus sub semnul întrebării modelul feminin al actului sexual al lui Masters și Johnson al dorinței spontane la femei, ca punct de inițiere al activității sexuale. În ejacularea precoce nu folosește tehnica squeeze ci cea de stop-start.

TEHNICA START STOP

Această tehnică este foarte simplă.

- presupune ca bărbatul să atingă praguri de excitație aproape de orgasm și să oprească orice fel de stimulare până nu este prea târziu;
- atingere, mângâiere, mișcare chiar retragere din vagin;
- după circa 30 de secunde, după dispariția senzației explozive de ejaculare, se reia activitatea sexuală;
- această ciclitare: excitare - oprire-reluare se poate efectua de mai multe ori;
- reușita presupune comunicarea cu partenera, care trebuie să con trebuie la acest proces de stimulare - sesizare a climaxului-încetinire stimulare chiar oprire;
- reglarea respirației în timpul actului sexual poate fi un mare ajutor;
- concentrarea asupra respirației este o tehnică de relaxare emoțională de fapt și ajută pacienții cu EP secundară anxietății și tensiunii.

15.3 Conceptul terapiei comportamentale

Se adresează predominant comportamentului cu probleme (disfuncția sexuală în acest caz) și folosește confirmări pozitive și negative:

- tehnici de relaxare: exerciții musculare și de respirație care scad starea de tensiune;
- tehnici asertive: să înveți să spui ce dorești, ce fel de atingeri dorești, ce îți dorești;
- masturbare directă: un program de nouă etape folosit de femeile cu anorgasmie
- programul PLISSIT:

P: permisiune

- se pleacă de la premiza că marea majoritate a problemelor sexuale, fie ele disconforturi, preocupări sau disfuncții, apar ca urmare a unor stresuri, temeri, anxietăți, pudori sau inhibiții;

- terapeutul "dă permisiunea" pacientului ceea ce face cu teamă sau muștrări de conștiință. De exemplu: masturbarea, care poate fi o problemă de religie sau morală, este utilă în anumite disfuncții sexuale. PERMISIUNEA terapeutului scade nervozitatea sau anxietatea legată de o practică care oricum există în viața pacientului, dar generează în egală măsură disconfort. Ideea de bază este ca terapeutul să îl liniștească pe pacient vis a vis de anumite practici sexuale. Bineînțeles, permisivitatea există atâta vreme cât practicile sexuale nu determină suferința altei persoane.

L: informații limitate

- la acest nivel terapeutul oferă informații corecte legate de anatomia și fiziologia sexualității, suficiente pentru a înțelege actul sexual normal și a ajuta desfășurarea lui. Se oferă detalii anatomice: lungimea peniană, diferența între stadiul flasc și cel erect, aspecte legate de virginitate, ciclul menstrual, igiena sexualității; aspecte legate de perioade particulare din viață: sarcină, menopauză, senectute.

- de multe ori pacienții nu au o disfuncție efectivă, ci mai degrabă așteptări nenaturale, nonconforme realității;

- este o etapă de educare, care trebuie parcursă oricum.

- tot aici pot fi oferite informații despre efectele anumitor substanțe recreative, medicamente, alcool.

S: se dau recomandări tipice:

- ex: în EP: tehnica start stop: exersarea ei inițial singur, apoi cu partenera ca o masturbare și apoi după ce tehnica este bine înțeleasă, transferul spre act sexual coital cu practicarea aceleiași tehnici start-stop.

- exerciții de masturbare pentru femeile care nu știu cum este un orgasm;

- exerciții de comunicare, ca un sensat focus parțial, cuplurilor care au probleme de preludiu, la care totul în dormitor se desfășoară cu lumina stinsă;

- recomandare tehnici de relaxare: exerciții de respirație;

- exerciții de gândire în timpul actului sexual: partenerul trebuie să se gândească la cu totul și cu totul altceva, pentru a-și scădea excitabilitatea și pentru a prelungi perioada de platou;

IT: faza finală a terapiei

- este necesară doar dacă etapele anterioare nu au fost suficiente în tratarea disfuncției sexuale;

Acest model este un exemplu foarte clar pentru practicieni că nu toate cazurile au nevoie de toată bateria de intervenții terapeutice. Dificultatea și

„implicarea” sunt diferite de la un caz la altul.

15.4. Metode adiționale de psihoterapie:

Terapia Rațional Emotivă (RET) este o altă tehnică folosită în problemele de cuplu, sexuale și non-sexuale.

Modelul pleacă de la următoarea premisă. Concluziile sau sentimentele sau trăirile negative se formează în urma unui eveniment neplăcut. De cele mai multe ori însă, noi dăm o anumită valoare și interpretare evenimentului în funcție de propriul nostru sistem de valori, experiență sau filozofie despre lume și viață. și de multe ori, noi interpretăm greșit.

Se propune un model A-B-C: A = adversitate, B = bază a ceea ce crezi. C = consecință.

REGULĂ : C nu este rezultatul A, ci rezultatul interpretării B a lui A.

În momentul în care noi realizăm rolul propriei interpretări: modulări, denaturări, interpretări în context cu experiențele noastre, semnificații nerealiste sau chiar ilogice, și începem să o analizăm și reanalizăm, de abia atunci trecem în etapa următoare de reală înțelegere a problemelor.

15.5 Abordări terapeutice specifice

VAGINISMUL la femei:

- inițial cuplului trebuie explicată natura involuntară, reflexă a contracturii musculare vaginală;

- apoi se demonstrează această spasm involuntar, printr-un examen pelvin efectuat cu delicatețe; bărbatul este rugat să privească, iar femeia primește o oglindă pentru autoexaminare;
- apoi se recomandă exerciții de relaxare a musculaturii peri-vaginale:
 - inițial, se recomandă contactarea voluntară a musculaturii vaginale: serii de secuse scurte, alternând cu contracții prelungite. Femeia învață controlul acestor mușchi, fără a efectua mișcări care să îi sporească anxietatea, dimpotrivă, îi vor spori liniștea; după contractare pur și simplu nu “dă drumul” musculaturii;
 - ulterior femeia folosește un set de dilatatori vaginali, cu un diametru progresiv crescător, cu cel mai subțire comparabil cu degetul mic;
 - de cele mai multe ori, nu este o problemă de diametru ci de acțiune în sine – femeia să introducă sau să consimtă introducerea intravaginală;
 - medicul va face primul gest de introducere a celui mai subțire dilatator, care spre marea uimire a femeii se poate efectua fără vre-o reacție musculară;
 - ulterior femeia este învățată să se relaxeze, mai degrabă mintal decât muscular, să introducă încet dilatatoarele vaginale, folosind o cantitate mare de gel lubrifiant.
 - apoi, progresiv, se crește diametrul dilatatoarelor; de multe ori o săptămână este suficientă pentru ca femeile să ajungă să insere dilatatorul de diametru cel mai mare, comparabil cu dimensiunile unui penis erect. Durata fiecărui exercițiu este de circa 15-20 de minute.
 - dacă problemele de cuplu, eventual prezenta, au fost discutate, explicate și rezolvate, se trece la etapa următoare, de act sexual coital, dar esențial este ca femeia să fie cea care introduce penisul, cum și când dorește. Sentimentul de control și de decizia este foarte important la aceste femei;

ANORGASMIA la femei

Tehnicile de tratament sunt diferite, în funcție de problemele femeii: nu a avut orgasm niciodată sau anorgasmia este circumstanțială: cu partenerul/anumit partener/anumite situații: autostimulare/sex oral/sex coital sau asocieri între acestea.

- femeia trebuie încurajată și învățată să își exploreze corpul, să știe ce anume îi face plăcere, ce nu îi place, care sunt atingerile sau mișcărilor care o stimulează mai mult;
- încurajarea comunicării în cuplu: femeia, odată ce identificat atingerile și tipurile de stimulări care îi conferă plăcere, trebuie să le comunice partenerului.
- reducerea presiunilor din partea partenerului, explicarea motivațiilor sexuale ale unei femei comparativ cu un bărbat: esența: satisfacția sexuală nu este strict legată de prezența unui orgasm;
- reducerea eventualelor inhibiții ale femeii. Aceasta are voie să aibă fantezii, vise, imagini, day dreaming, dacă o ajută în explorarea și savurarea sexualității;
- în cazul femeilor cu orgasm prin stimulare manuală, se poate combina actul coital cu atingerile, pentru a facilita apariția orgasmului și în timpul penetrării. Se va genera un orgasm clitoridian și nu unul profund.

EXERCIȚIILE KEGEL

Aceste exerciții sunt recomandate pentru întărirea musculaturii planșeului pelvin. Pot fi utilizate de bărbații cu ejaculare precoce dar și de femeile cu prolaps genital sau cele cu epiziotomie. Îmbunătățesc sensibilitatea pelvină și genitală, precum și calitatea orgasmului.

ETAPE:

1. Localizarea mușchilor pubococcigieni (PC): sunt mușchii care se contractă atunci când există micțiuni imperioase. Pacientul trebuie să contracte separat: mușchi sfincterului anal, mușchi gluteali, abdominali și separat mușchii pubococcigieni. Când aceștia se contractă, restul corpului trebuie să fie relaxat.
2. Exercițiul de bază: contractați mușchii PC cât de mult și de tare puteți, păstrați contractia circa 3-5 secunde, apoi eliberați, repetați mișcarea după alte 5 secunde. Când pacientul face exercițiile pentru prima dată, trebuie să numere câte poate face fără să simtă oboseală musculară. Pacientul trebuie să conștientizeze senzațiile de contracție dar și de relaxare musculară;

3. Exercițiile sunt eficiente dacă se repetă: inițial 5 repetări/tura de exerciții, apoi mai multe repetări de serie. Atenție a nu se exagera cu exercițiile: contracție - menținere (3-5 secunde) - relaxare (5 secunde);
4. Când pacientul s-a obișnuit va crește durata contracției, precum și numărul de exerciții pe set. Ideal 10 exerciții/set (10 repetări, contracția 10 secunde, relaxarea 10 secunde);
5. Ideal: 4 seturi/zi;
6. Ulterior se schimbă intensitatea exercițiilor: serii de contracții rapide cu relaxări rapide, combinate cu contracții lungi și relaxări lungi:
7. Odată ce și acest pas a fost parcurs, iar pacientul este confortabil cu el, se recomandă introducerea acestor exerciții în timpul masturbării. Apoi se vor încerca în timpul unui orgasm. Pacientul va observa cum utilizarea acestor exerciții modifică intensitatea plăceri din timpul orgasmului.

Aceste exerciții se pot face oricând, dar cel mai bine se propune pacienților un anumit moment, pentru ca exercițiile să devină rutină. Altfel este pericolul, că deși se pot efectua oricând, trece ziua și nu le fac destul de des. De exemplu: în timp ce așteaptă în mașină la un semafor, cu 10 minute înainte de pauza de masă, când stau la birou, în timpul genericului filmului, până la începerea lui efectivă., sau în pauza de publicitate.

Pacientul trebuie să asculte mesajele propriului corp: nu trebuie să exagereze: orice durere sau disconfort local înseamnă suprasolicitare musculară.

Tehnicile biomedicale au fost abordate la fiecare tip de disfuncție sexuală în parte.

Indiferent de problemele de sexualitate, comunicarea este una dintre cele mai importante etape în restructurarea unei relații de cuplu.

