

prof. UAM dr hab. Katarzyna Waszyńska

# Problemy seksualne w związku

*Pracując już ponad 20 lat w gabinecie terapeutycznym, z radością zauważam, że w naszym społeczeństwie rośnie świadomość roli pomocy psychologiczno-seksuologicznej w sytuacji wystąpienia trudności i problemów w związku. Jeszcze ponad dekadę temu pary z reguły przychodziły na konsultację dopiero w fazie „ostrego kryzysu” lub znacznie później – w momencie, gdy ze względu na liczne „zranienia emocjonalne” szansa na ich dalsze funkcjonowanie razem była niewielka (o czym klienci mówili w trakcie sesji).*

Tym, co zmieniło się w ciągu ostatnich lat, jest korzystanie z profesjonalnej pomocy na wcześniejszym etapie, a więc w sytuacji pojawienia się trudności i problemów oraz kryzysów. Wpływ na to ma wiele czynników. Może to być związane z większą liczbą terapeutów pracujących w tym obszarze, a więc z większą dostępnością i jakością usług. Tematyka seksualności staje się też przedmiotem dyskusji i wykładów popularyzujących wiedzę, co powoduje, że zmniejszają się obawy i lęki związane z poruszaniem tego tematu. Korzystanie z tej formy pomocy deklarują też osoby znane, sławne, co pozwala zdjąć z terapii odium winy i wstydu.

„Gdy słyszymy, jak senator Robert Dole szczerze mówi o zaburzeniach wzdrodu, i gdy widzimy reklamy, w których zachęca on mężczyzn do tego, by szukali pomocy lekarskiej w rozwiązaniu tego powszechnego »zdrowotnego i wpływającego na jakość życia« problemu, stwierdzamy, że odbiór społeczny dysfunkcji seksualnych się zmienia”. Z pewnością „wcześniejsze sięganie” po profesjonalną pomoc jest pozytywną zmianą, ponieważ znacznie łatwiej jest pracować nad rozwiązaniem problemów, gdy partnerzy przejawiają wobec siebie troskę, traktują się z szacunkiem i mają nadzieję oraz siły do pracy nad sobą.

## Życie seksualne

Seksualność człowieka jest sferą, na którą wpływ mają zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne, jak i społeczno-kulturowe.

Pracując z parami w tym zakresie, warto zapoznać się z twierdzeniami przedstawionymi przez Humpreya, odnoszącymi się do funkcjonowania seksualnego:

- Seks jest naturalną potrzebą. Zazwyczaj u zdrowych ludzi cykl reakcji seksualnych występuje jako efekt stymulacji seksualnej. Celem aktywności seksualnej jest uzyskanie satysfakcji seksualnej.
- Każdy człowiek ma swój własny system wartości. Jeżeli nie działamy z nim w zgodzie, to mogą pojawić się frustracja, „negatywne emocje” i konflikty wewnętrzne.
- Kontakt seksualny jest rezultatem aktywności partnerów i dlatego warto zobaczyć obopólną perspektywę, motywację, nastawienie i wkład w jakość życia seksualnego.
- Pierwsze doświadczenia seksualne dla wielu ludzi są ważne i znaczące dla dalszego funkcjonowania seksualnego.

- Seks to środek wyrazu i obszar wymiany dóbr między partnerami. To wzajemny proces dawania i brania.
- Autorytarnie narzucone nakazy typu: „muszę, powinienem, należy” nie służą jakości życia seksualnego. Na przykład stwierdzenie „muszę mieć orgazm” utrudnia spontaniczność i naturalną ekspresję.
- Zachowania seksualne nie mogą być wynikiem przemocy ani presji.
- To, co dzieje się w innych obszarach życia, ma bezpośredni lub pośredni wpływ na jakość funkcjonowania w sferze seksualnej.
- Dobre umiejętności komunikacyjne są niezbędne dla jakości związku. Ważne jest, aby partnerzy potrafili rozmawiać o potrzebach, postawach, uczuciach i pragnieniach seksualnych.

Opisane powyżej ogólne założenia stanowią fundament interwencji klinicznych i strategii terapeutycznych.

## Problemy dotyczące pożądania

Część osób trafia do gabinetu po wcześniejszej konsultacji lekarskiej, w wyniku której okazało się, że przyczyna leży „bardziej w głowie” niż w ciele. Inni potrzebują zarówno medycznej, jak i psychologicznej pomocy, ponieważ dopiero obopólna praca umożliwi im radzenie sobie z trudnościami. Dlatego niezbędna jest dokładna diagnostyka i zebranie informacji o problemach i funkcjonowaniu związku. Czasami problem manifestuje się u obu partnerów, w innym przypadku objaw może być zlokalizowany głównie po stronie jednej osoby.

Ważną sprawą jest poznanie motywacji partnerów do pojawienia się na pierwszym spotkaniu. Duże znaczenie mają także wyrażone bezpośrednio lub ukryte oczekiwania wobec terapeuty i terapii. Niektórzy oczekują na przykład, by ktoś z zewnątrz, czyli terapeuta:

- opowiedział się po którejs ze stron konfliktu,
- określił, która osoba z pary ma rację,
- „naprawił” partnera – zmienił jego/jej cechy i funkcjonowanie tak, by pasował(-a) do potrzeb drugiej strony.

Warto na tym etapie przyjrzeć się oczekiwaniom i omówić realistyczne cele pracy terapeutycznej.

Kobiety zgłaszają się po pomoc, ponieważ nie odczuwają potrzeby seksualnej, której albo nie czuły nigdy, albo zaniknęła po jakimś czasie trwania związku lub

wydarzeniu (np. po urodzeniu dziecka). Mówią wtedy, że seks mógłby dla nich nie istnieć lub że traktują go jak przysłowiowy „obowiązek małżeński”. Czasem zmuszają się do kontaktów fizycznych dla dobra związku lub z obawy przed jego utratą. Zdarza się i tak, że kobiety, które deklarują brak lub niskie pożądanie seksualne, nie mają kłopotów z osiąganiem podniecenia i odczuwaniem przyjemności podczas interakcji seksualnych z partnerem. Współcześnie obserwujemy też coraz więcej mężczyzn deklarujących brak „apetytu na seks”.

Kiedyś istniało przeświadczenie, iż jest to „kobięcy problem”, jednak jak piszą Pridal i LoPiccolo, praktyka kliniczna wskazuje, że dotyczy to w równym stopniu obu płci. Możliwie, iż wcześniej mężczyźni rzadziej się z tym zgłaszali, ponieważ „obniżone pożądanie” pozostawało w sprzeczności ze stereotypowym wizerunkiem patriarchalnego mężczyzny. Współcześnie obserwujemy w gabinecie coraz więcej mężczyzn deklarujących brak „apetytu na seks” w związku. Problemy z pożądaniem u mężczyzn „mogą iść również w parze” z zaburzeniami wzwodu, o których będzie mowa poniżej.

Bancroft pisze: „Podstawowym zagadnieniem jest rozróżnienie pomiędzy pożądaniem (desire) a podnieceniem (arousal) seksualnym. (...) Pierwsze koncentruje się na komponencie motywacji pobudzającej (pożądanie), a drugie na komponencie podnieceniowym”.

## **(Nie)wystarczające pożądanie**

Aby móc pracować terapeutycznie w tym obszarze, istotne jest zebranie informacji na temat kilku ważnych kwestii:

*W toku poznawania biografii seksualnej ważne jest skupienie się na uświadomieniu sobie postawy wobec seksu i indywidualnych doświadczeniach seksualnych, zarówno autoerotycznych, jak też występujących w relacji.*

- Czy niski poziom pożądania trwał przez całe życie, czy też wystąpił w jakimś momencie, po jakimś wydarzeniu lub w efekcie jakichś sytuacji?
- Czy mamy tu do czynienia z niskim pożądaniem, czy z niechęcią do seksu?
- Jak seksualnie funkcjonuje klient(-ka) i jaka jest jego/jej motywacja do podejmowania życia seksualnego?
- Czy niskiemu pożądaniu towarzyszy jakaś dysfunkcja seksualna? Jeśli tak, to co było pierwsze? Czy jest jakiś związek przyczynowo-skutkowy?
- Czy istnieją jakieś przyczyny medyczne, które mogą się wiązać z tym stanem?
- Czy w tym przypadku możemy powiedzieć, że problemy z pożądaniem seksualnym są formą komunikacji interpersonalnej?

Oczywiście, istnieje jeszcze wiele pytań, które warto zadać w trakcie fazy diagnostycznej, jednak powyżej skupiono się na tych kwestiach, które wydają się najistotniejsze z perspektywy omawianego problemu. Jeśli pojawi się odpowiedź twierdząca na ostatnie z przedstawionych tu zagadnień, warto pomyśleć o pożądaniu jako o elemencie procesu systemowego. Poniżej zostanie to omówione nieco szerzej.

Podejście drugiej generacji do leczenia i terapii, o którym pisze m.in. Schnarch, wymaga perspektywy, która koncentruje się na:

- „pożądaniu w trakcie aktu seksualnego, a nie na problemach w fazie wstępnej,
- pożądaniu dotyczącym partnera, a nie pragnieniu podjęcia czynności seksualnych,