

Alicja Kozakiewicz

PRAKTYKI TERAPEUTYCZNE W PRZYPADKU ANORGAZMII U KOBIET — PERSPEKTYWA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

THERAPEUTIC PRACTICES FOR FEMALE ANORGASMIA — A COGNITIVE-BEHAVIORAL PERSPECTIVE

Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski

anorgasmia
orgasm
cognitive-behavioral therapy

Streszczenie

Orgazm jako składowa doświadczenia seksualnego stanowi szczytowy element satysfakcji seksualnej zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Obserwuje się znaczną dysproporcję w zakresie osiągania orgazmu między płciami, z reguły na niekorzyść kobiet. Zrozumienie czynników determinujących orgazm u kobiet ma zasadnicze znaczenie dla promowania równości płci w dziedzinie seksualności. Anorgazmia, rozumiana jako brak lub opóźnienie w doświadczeniu orgazmu, jest częstym zjawiskiem wśród kobiet i stanowi istotny problem zdrowotny, który wymaga szczególnej uwagi i skutecznej interwencji terapeutycznej. W najnowszej klasyfikacji ICD-11 trudności z osiągnięciem orgazmu opisywane są w rozróżnieniu na pierwotną, jak i wtórną anorgazmię. Terapia poznawczo-behawioralna (CBT) wykazuje skuteczność w leczeniu anorgazmii poprzez techniki, takie jak masturbacja ukierunkowana, koncentracja na doznaniach, systematyczna desensytyzacja, edukacja seksualna, restrukturyzacja poznawcza, trening komunikacji seksualnej. Ponadto w leczeniu anorgazmii znaczącą rolę odgrywa fizjoterapia uroginekologiczna. Skuteczność tych metod terapeutycznych przejawia się poprawą zdolności kobiet do przeżywania orgazmu, zwiększenia satysfakcji seksualnej oraz zmniejszenia poziomu lęku. Poprawa komunikacji seksualnej w relacji partnerskiej może również przyczynić się do częstszego osiągania orgazmu przez kobiety. Terapia poznawczo-behawioralna wydaje się skutecznym podejściem do leczenia anorgazmii u kobiet. Wdrażanie tych strategii może prowadzić do zwiększenia satysfakcji seksualnej oraz poprawy jakości życia seksualnego kobiet.

Summary

Orgasm, as a component of the sexual experience, is a key element of sexual satisfaction in both men and women. Despite this universal function, there is a significant gender disparity in achieving orgasm, generally to the disadvantage of women. Understanding the determinants of orgasm in women is crucial to promoting gender equality in sexuality. Anorgasmia, defined as the absence or delay in the experience of orgasm, is common among women and is a significant health problem that requires special attention and efficacious therapeutic intervention. In the latest ICD-11 classification, difficulties in achieving orgasm are differentiated into both primary and secondary anorgasmia. Cognitive-behavioral therapy (CBT) has demonstrated efficacy in treating anorgasmia.

through techniques such as directed masturbation, sensation focus, systematic desensitization, sex education, cognitive restructuring and sexual communication training. Additionally, urogynecological physiotherapy has a significant role in the treatment of anorgasmia. The efficacy of these therapeutic modalities can be attributed to enhancements in women's capacity to achieve orgasm, augmented sexual gratification, and diminished anxiety. Enhancing sexual communication within a partner relationship can also facilitate women's ability to reach orgasm with greater frequency. Cognitive-behavioral therapy appears to be an efficacious approach to treating anorgasmia in women. The implementation of these strategies is associated with increased sexual satisfaction and improved quality of sexual life for women.

Wstęp

Orgazm to nagłe, mimowolne uwolnienie napięcia seksualnego, które może, ale nie musi, obejmować skurcze mięśni dna miednicy, intensywną przyjemność, uczucie spełnienia, wzmożone doznania emocjonalne, zwiększoną wrażliwość narządów płciowych lub inne wyraźne zmiany następujące zwykle po wysokim podnieceniu seksualnym [1, 2]. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety uznają osiągnięcie orgazmu za istotny element satysfakcji seksualnej [3], jednakże — jak wykazały badania — mężczyźni częściej osiągają orgazm podczas stosunku niż kobiety [4]. Warto podkreślić jednak, że ejakulacja i orgazm u mężczyzn to dwa odrębne procesy fizjologiczne, które mogą, ale nie muszą, zachodzić jednocześnie. Ejakulacja jest fizjologicznym procesem wytrysku nasienia, natomiast orgazm to subiektywne doświadczenie intensywnej przyjemności.

Stwierdzono istnienie znaczącej dysproporcji w doświadczeniu orgazmu pomiędzy płciami: kobiety heteroseksualne (65%) oraz lesbijki (86%) doświadczają go rzadziej niż mężczyźni heteroseksualni (95%) [5]. W świetle tych wyników lepsze zrozumienie czynników determinujących osiągnięcie orgazmu u kobiet stanowi istotny krok w kierunku działań nad poprawą równości płci, zgodnie z deklaracją Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Seksualnego [6].

Dysfunkcja seksualna jest problemem zdrowotnym, a zaburzenia orgazmu są jedną z najczęstszych dolegliwości seksualnych zgłaszanych przez kobiety [7]. W literaturze wskazuje się nawet, że trudności z orgazmem stanowią drugą najczęstszą formę dysfunkcji seksualnych u kobiet, zaraz po trudnościach związanych z pożądaniem seksualnym [8]. Precyzyjne wskaźniki rozpowszechnienia trudności z osiągnięciem orgazmu są trudne do ustalenia z uwagi na zróżnicowanie metodologiczne stosowane w badaniach oraz zmienność kryteriów diagnostycznych. Ponadto należy uwzględnić, że tylko część kobiet odczuwa znaczący dyskomfort związany z brakiem możliwości osiągnięcia orgazmu, co uniemożliwia spełnienie klinicznych kryteriów diagnostycznych.

Badania wykazują, że większa częstotliwość kobiecych orgazmów ma pozytywne skutki: kobiety, które doświadczają ich częściej, z reguły zgłaszają wyższy poziom satysfakcji seksualnej i zadowolenia z relacji partnerskiej [9]. Ponadto w społeczeństwach, które otwarcie promują i akceptują przyjemność seksualną kobiet, częściej zdobywają one wiedzę na temat czynników ułatwiających osiągnięcie orgazmu. Dodatkowo mogą być bardziej skłonne do otwartego wyrażania swoich doświadczeń seksualnych, w przeciwieństwie do kobiet żyjących w obszarach kulturowych, gdzie bagatelizuje się lub wręcz neguje kobiecą przyjemność seksualną, co może prowadzić do znacznego zaniżenia raportowanych wskaź-

ników osiągnięcia orgazmu. Ponadto nauka asertywności seksualnej może przyczynić się do zwiększenia częstotliwości osiągania orgazmu oraz poprawy satysfakcji seksualnej [10].

Głównym celem niniejszej pracy jest prezentacja praktyk terapeutycznych w radzeniu sobie z anorgazmią u kobiet z perspektywy podejścia poznawczo-behawioralnego.

Zrozumienie anorgazmii w kontekście nowej klasyfikacji ICD-11

Anorgazmia jest definiowana jako uporczywe lub nawracające trudności, polegające na braku osiągnięcia orgazmu, pomimo wystarczającej stymulacji seksualnej, co skutkuje cierpieniem jednostki [11]. Klasyfikacja ICD-10 skupiała się głównie na obiektywnych miarach satysfakcji seksualnej oraz definiowaniu normatywnego funkcjonowania seksualnego u kobiet. Jednakże według danych współczesnej wiedzy satysfakcja seksualna u kobiet wynika z interakcji między fizycznym podnieceniem, subiektywnymi emocjami oraz czynnikami psychospołecznymi. Zatem istotne jest uwzględnienie tych elementów we współczesnych systemach klasyfikacyjnych [12].

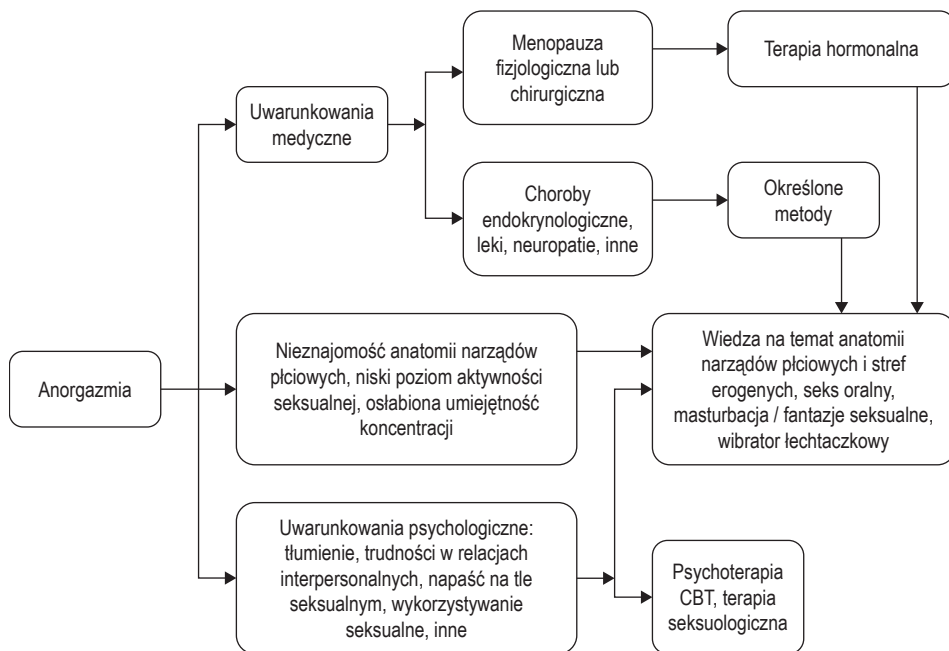
W ICD-11 trudności związane z orgazmem znajdują się w dziale HA02 i odnoszą się do trudności dotyczących subiektywnego przeżywania orgazmu. Kategoria ICD-11 dysfunkcji orgazmu jest neutralna pod względem płci i może być stosowana zarówno u mężczyzn, jak i kobiet. Według proponowanych kryteriów dysfunkcje seksualne muszą występować przez kilka miesięcy i powodować znaczne cierpienie. ICD-11 wykorzystuje również określenia dla trwających całe życie i nabytych, sytuacyjnych i uogólnionych dysfunkcji seksualnych [13].

W ramach diagnozy różnicowej należy wziąć pod uwagę pierwotną anorgazmię, której objawem jest brak historii doświadczenia orgazmu u aktywnie seksualnych kobiet. W anorgazmii pierwotnej znaczącą rolę odgrywają napięcie oraz nadmierna kontrola. Wysoki poziom neurotyczności oddziałuje na odczuwanie negatywnych emocji, takich jak lęk, stres czy niepokój, co wpływa na zdolność do odprężenia się. Ponadto osoby o perfekcyjnym rysie osobowości mogą stawiać sobie i swojemu partnerowi wygórowane oczekiwania dotyczące życia seksualnego, co może prowadzić do frustracji i presji [14]. Nadmierna kontrola własnych zachowań seksualnych, wynikająca z wewnętrznych lub zewnętrznych, zinternalizowanych norm i oczekiwań, może prowadzić do zahamowań seksualnych, które utrudniają osiągnięcie orgazmu.

W grupie doznającej wtórnej anorgazmii znajdują się kobiety, które wcześniej osiągały orgazm, lecz utraciły tę zdolność z powodu czynników fizjologicznych i/lub psychologicznych. W takich sytuacjach mogą wyrażać wewnętrzne uczucie zahamowania, awersji wobec swojego ciała oraz przejawiać opór wobec zbliżenia z partnerem, być może w wyniku przeżycia traumatycznego lub doświadczenia przemocy seksualnej [15]. Ponadto anorgazmia wtórna może wiązać się z czynnikami psychologicznymi, takimi jak nieświadome emocje wobec partnera, konflikty w relacji oraz negatywne doświadczenia związane z relacjami rodzinnymi. Istniejące konflikty lub nieporozumienia między partnerami mogą powodować napięcie i stres oraz brak intymności emocjonalnej.

W przypadku kobiet skarżących się na dolegliwości związane z opóźnionymi orgazmami lub ich brakiem, konieczne jest zebranie szczegółowego wywiadu medycznego

i psychospołecznego [16]. Różnicowanie kliniczne jest kluczowe dla pełnego zrozumienia i skutecznego zastosowania interwencji. Poniżej przedstawiono algorytm postępowania w przypadku anorgazmii u kobiet opracowany przez Larę i in. [17].



Rycina 1. Strategie interwencji w przypadku anorgazmii u kobiet — propozycja algorytmu terapeutycznego

Metody pracy poznawczo-behawioralnej

Psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) może pomóc kobietom z dysfunkcjami seksualnymi zidentyfikować, które czynniki nasilają, a które ograniczają aktywność seksualną, a także zrestrukturyzować nieprzystosowane myśli na temat ich seksualności i zmniejszyć tendencję do unikania pewnych zachowań seksualnych [18, 19]. W przypadku zaburzeń orgazmu u kobiet, głównym celem CBT jest poprawa zdolności pacjentek do przeżywania orgazmu, zwiększenie ich satysfakcji seksualnej i zmniejszenie wysokiego poziomu lęku często związanego z tą dysfunkcją. CBT koncentruje się na promowaniu zmian w postawach i zachowaniach kobiet poprzez ćwiczenia i techniki, takie jak trening umiejętności komunikacyjnych, edukacja seksualna, ukierunkowana masturbacja, restrukturyzacja poznawcza, koncentracja na doznaniach i systematyczna desensytyzacja. Komponentem uzupełniającym terapię jest także fizjoterapia uroginekologiczna. Wskazuje się, że CBT skutecznie oddziałuje na doświadczanie orgazmu [20].

W tabeli 1 opisano cele oraz efekty terapii poznawczo-behawioralnej w przypadku leczenia zaburzeń orgazmu. Ponadto każdy z przedstawionych komponentów został omówiony poniżej.

Tabela 1. Zaburzenia orgazmu w perspektywie poznawczo-behawioralnej

Dysfunkcja	Cele CBT	Komponenty terapii	Efekty CBT
Zaburzenia orgazmu	Wspieranie zmian w postawach i myśleniu Zmniejszanie niepokoju Zwiększanie zdolności do osiągnięcia orgazmu i satysfakcji seksualnej	Masturbacja ukierunkowana Koncentracja na doznaniach Systematyczna desensytyzacja Edukacja seksualna Restrukturyzacja poznawcza Trening komunikacji Fizjoterapia uroginekologiczna	Większe prawdopodobieństwo doświadczenia orgazmu podczas masturbacji i/lub stosunku.

Masturbacja ukierunkowana

Badania pokazują, że większość kobiet zgłasza orgazm podczas masturbacji [21], która zazwyczaj obejmuje różne rodzaje stymulacji łechtaczki. Dlatego przy ocenie czynników sytuacyjnych związanych z doświadczaniem orgazmu podczas stosunku seksualnego u kobiet ważne jest, aby sformułować pytania o jednoczesną stymulację łechtaczki. Kobiety zgłaszały częstotliwość orgazmu podczas stosunku obejmującego jednoczesną stymulację łechtaczki w 51%–60% przypadków w porównaniu z orgazmem w 21%–30% przypadków bez jednoczesnej stymulacji łechtaczki. Jednoczesna stymulacja łechtaczki i penetracja waginalna wiążą się z większym prawdopodobieństwem osiągnięcia orgazmu [22].

Masturbacja ukierunkowana stanowi technikę poznawczo-behawioralną bazującą na zasadach uważności, która obejmuje stopniową ekspozycję na stymulację narządów płciowych w celu usprawnienia świadomości sygnałów seksualnych. Obejmuje serię ćwiczeń w domu, które rozpoczynają się od wizualnej i dotykowej eksploracji całego ciała i zmierzają w kierunku zwiększonej stymulacji narządów płciowych z opcjonalnym użyciem wibratora. Ma na celu zmniejszenie poziomu lęku oraz obserwację, identyfikację i kwestionowanie nieprzynoszących korzyści postaw i przekonań na temat seksualności, przy jednoczesnym stosowaniu metod poprawiających pobudzenie seksualne, takich jak fantazje erotyczne lub materiały pornograficzne [23].

W badaniach przeglądowych stwierdzono skuteczność terapii masturbacją ukierunkowaną, gdzie w zależności od badania od 50% do 100% kobiet z pierwotnym zaburzeniem orgazmu osiągnęło go podczas masturbacji, a od 33% do 85% podczas stosunku seksualnego. Wyniki zwykle utrzymywały się lub poprawiały podczas obserwacji [24]. Kiedy kobiety eksplorują sfery, które dostarczają im przyjemności, mogą dostosowywać swoje zachowania podczas stosunku seksualnego, co zwiększa możliwości osiągnięcia orgazmu. Badania wskazują, że kobiety angażujące się w praktykę masturbacji przejawiają mniejsze zahamowanie i mają zwiększoną częstość osiągnięcia orgazmu podczas aktu seksualnego z partnerem [25].

Mimo że masturbacja i seks partnerski mają wspólne elementy, czynniki przyczyniające się do przyjemności seksualnej z nich czerpanych różnią się od siebie. Przyjemność z masturbacji charakteryzuje się poczuciem autonomii i kontroli, podczas gdy doznania seksualne z partnerem związane są z wzajemną przyjemnością, satysfakcją partnera oraz bliskością [26]. Ponadto zwiększenie zgodności między masturbacją a partnerskimi czynnościami seksualnymi może prowadzić do lepszego pobudzenia oraz mniejszych trudności z orgazmem [25].

Warto jednak zwrócić uwagę na badania, które sugerują, że kobiety nie osiągały częstszych orgazmów poprzez praktykowanie masturbacji lub eksperymentowanie z różnymi partnerami w ciągu swojego życia. Kluczem do ich częstszych orgazmów były czynniki psychiczne i relacyjne. Te czynniki i zdolności obejmowały między innymi pożądanie seksualne, samoocenę seksualną i otwartość komunikacji seksualnej z partnerami. Ponadto pozytywnymi determinantami były zdolność do koncentracji i odpowiednie techniki seksualne partnera. Relacje, w których kobiety doświadczały dobrostanu emocjonalnego, korzystnie wpływały na osiąganie orgazmów [10]. Co ważne, satysfakcja z relacji i orgazm często działają jako dwukierunkowa pętla sprzężenia zwrotnego, przy czym pary, które wykazują wyższy poziom satysfakcji, częściej angażują się w akty intymne, ułatwiające orgazm, a orgazm ułatwia poczucie intymności i satysfakcji [11].

Koncentracja na doznaniach

Koncentracja na doznaniach (ang. *sensate focus*) jest techniką behawioralną opartą na uważności, mającą na celu zmniejszenie niepokoju i zwiększenie uwagi na doznania fizyczne podczas aktywności partnerskiej [27]. Jest to metoda, która koncentruje się na świadomości i komunikacji na temat wrażliwych obszarów seksualnych dla każdego z partnerów. W ramach terapii par partnerzy badają nieseksualne obszary swoich ciał, jednocześnie aktywnie powstrzymując się od angażowania się w jakąkolwiek aktywność seksualną. Następnie para może dotykać seksualnych obszarów swoich ciał bez oczekiwania na stosunek seksualny.

Według kontrolowanych badań porównawczych, stosowanie skupienia na doznaniach jako dodatku do ukierunkowanej masturbacji jest bardziej skuteczne w leczeniu zaburzeń orgazmu niż sama ukierunkowana masturbacja [28, 29]. Ponadto, koncentracja na doznaniach została przetestowana jako element leczenia zaburzeń orgazmu, szczególnie w przypadku sytuacyjnych zaburzeń w sytuacjach partnerskich [24].

Systematyczna desensytyzacja

Systematyczna desensytyzacja jest terapią opartą na ekspozycji na określone lęki. Osoba cierpiąca z powodu lęku tworzy hierarchię sytuacji lękowych i wystawia się na każde z tych doświadczeń, rozpoczynając od tych najmniej stresujących, stopniowo przechodząc do bardziej stresujących, aż do momentu, w którym odczuwany lęk znika lub jest minimalny w sytuacjach, które wcześniej wywoływały silne obawy [30].

Hierarchia lękowych doświadczeń związanych z seksualnością może obejmować wiele etapów, począwszy od mniej stresujących do bardziej wymagających, takich jak taniec

z partnerem w pełnym ubraniu, krótki pocałunek, długotrwały pocałunek, aż po bardziej intymne działania, takie jak rozebranie się przez partnera. Systematyczna desensytyzacja została przetestowana pod kątem zmniejszania lęku oraz zwiększania przyjemności i orgazmu w sytuacjach seksualnych [31]. Jednakże, mając na uwadze jej ograniczoną skuteczność w terapii zaburzeń orgazmu, odradza się stosowanie jej jako podstawowej metody terapeutycznej [23].

Edukacja seksualna

Edukacja seksualna to kompleksowy proces, w ramach którego jednostki zdobywają niezbędne informacje i nabywają wiedzę dotyczącą różnych aspektów seksualności oraz formują swoje postawy, system przekonań i wartości. Ten proces ma istotny wpływ na zdrowy rozwój seksualny, jakość relacji interpersonalnych, postrzeganie własnego ciała, kształtowanie ról płciowych oraz utrzymanie zdrowia psychicznego. Niedostateczne lub nieprawidłowe informacje na temat seksualności zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń seksualnych [32].

Niewątpliwie psychoedukacja odgrywa kluczową rolę w procesie leczenia anorgazmii i powinna być integralnym elementem pracy terapeutycznej. Istotna pozostaje edukacja na temat budowy i fizjologii kobiecego układu płciowego i obalająca mity seksualne, koncentrująca się na demaskowaniu fałszywych przekonań i stereotypów, które mogą negatywnie wpływać na zdrowie seksualne i psychiczne kobiet. Co więcej, kompleksowa edukacja seksualna powinna być dostępna w ramach programów zdrowotnych dla dorosłych.

Dostarczenie odpowiedniej wiedzy na temat seksualności oraz technik poprawiających zdolność do osiągania orgazmu może pomóc pacjentkom zrozumieć i przezwyciężyć ewentualne przeszkody w osiągnięciu satysfakcjonującego życia seksualnego. Badania, takie jak te przeprowadzone przez Jankovicha i Millera [33] oraz Kilmanna i in. [34], sugerują, że nawet krótkie sesje edukacji seksualnej mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania seksualnego u kobiet z zaburzeniami orgazmu.

Restrukturyzacja negatywnych myśli związanych z seksem

Psychoterapia poznawczo-behawioralna wywiera znaczący wpływ na regulację emocji jednostki poprzez identyfikację oraz analizę nieprawidłowych wzorców zachowania. Ta metoda umożliwia jednostce restrukturyzację myślenia opartego na zachowaniu, co skutkuje bardziej realistycznym i logicznym podejściem do sytuacji, a także redukcją negatywnych zachowań [35]. Badania wskazują, że cztery tygodnie po interwencji poznawczo-behawioralnej zaobserwowano istotny wzrost średnich wyników funkcji seksualnych w grupie interwencyjnej, sugerując, że konsultacja poznawczo-behawioralna może mieć istotny wpływ na poziom tych funkcji [36]. Także w zakresie treningu asertywności seksualnej kobiety z anorgazmią zgłaszały lepsze funkcjonowanie po interwencjach poznawczo-behawioralnych [37].

Model ABC stworzony przez Alberta Ellisa jest modelem, który stanowi podstawę pracy terapeutów poznawczo-behawioralnych. Służy on do zrozumienia problemów pacjenta,

gdzie A oznacza wydarzenie aktywizujące, B to przekonania, a C to konsekwencje, w tym emocje, objawy fizyczne i zachowania. Według tego modelu różne sytuacje, czyli wydarzenia aktywizujące są jedynie pretekstem do aktywacji myśli, które odzwierciedlają bardziej utrwalone przekonania danej osoby na temat siebie, innych ludzi czy świata oraz reguł nim rządzących [38]. W przypadku zaburzeń orgazmu model ten przedstawia się następująco:

- 1) Wydarzenie aktywizujące (A): Partner proponuje nową technikę podczas aktywności seksualnej.
- 2) Przekonania (B): Kobieta może pomyśleć: „Nie potrafię zaspokoić partnera”, „Moje potrzeby seksualne są dziwne”, „Nie jestem wystarczająco dobra w łóżku”.
- 3) Konsekwencje (C): Te myśli mogą prowadzić do poczucia niewystarczalności, niepewności siebie oraz obniżonego nastroju, co może dalej utrudniać osiągnięcie orgazmu i podtrzymywać problem anorgazmii.

Według Barłowa [39] osoby z dysfunkcjami seksualnymi różnią się od osób funkcjonujących seksualnie pod względem afektu doświadczanego podczas czynności seksualnych, wykazując większą tendencję do doświadczania bardziej negatywnego afektu. Rodzaj reakcji afektywnej doświadczanej przez jednostki w odpowiedzi na bodźce seksualne wpływa przyczynowo na skupienie uwagi i wzorzec aktywacji fizjologicznej poprzez utrudnianie własnego funkcjonowania seksualnego (w przypadku negatywnego afektu) lub wspieranie go (w przypadku afektu pozytywnego).

Obecność myśli o niepowodzeniu oraz brak myśli erotycznych podczas aktywności seksualnej istotnie negatywnie koreluje z osiągnięciem orgazmu u kobiet, podczas gdy pozytywne myśli podczas tej aktywności pozwalają istotnie przewidzieć kobiecie orgazm [40]. Co więcej, w badaniu, które koncentrowało się w szczególności na trudnościach z orgazmem u kobiet, stwierdzono, że myśli o wykorzystywaniu seksualnym (tj. myśli o byciu nadużywaną, lekceważoną, a nawet gwałconą przez partnera seksualnego), myśli o niepowodzeniu i braku zaangażowania (tj. myśli o niezdolności do uzyskania sprawności seksualnej i braku motywacji do angażowania się w aktywność seksualną), brak okazywania uczuć przez partnera (tj. myśli o braku troski i czułości ze strony partnera podczas aktywności seksualnej), bierność seksualna i kontrola (tj. myśli odzwierciedlające ideę, że kobiety muszą czekać na pierwszy krok mężczyzny, aby nie być postrzegane jako lekko-myślne i aby zapobiec ewentualnej krzywdzie emocjonalnej) oraz brak myśli erotycznych istotnie wskazywały na trudności z orgazmem u kobiet [41].

Trening komunikacji seksualnej par

Trening umiejętności komunikacyjnych może mieć pozytywny wpływ na postawy seksualne i może być preferowaną opcją terapeutyczną w celu zmniejszenia problemów seksualnych par [42]. Można sądzić, że problemy seksualne utrudniają komunikację. Jednak bywa też odwrotnie — pary, które mają trudności z otwartym mówieniem o swoich obawach, zarówno seksualnych, jak i nieseksualnych, mogą być bardziej narażone na wystąpienie problemów seksualnych. Tak czy inaczej, jest prawdopodobne, że zarówno dysfunkcje seksualne, jak i satysfakcja seksualna są bezpośrednio zależne od komunikacji [43].

Badania wykazały, że lepsza komunikacja seksualna jest powiązana z poprawą funkcjonowania seksualnego, szczególnie w kontekście pożądania seksualnego u kobiet. Komunikacja seksualna w związku, choć istotna w zakresie orgazmu u obu płci, wydaje się mieć szczególne znaczenie dla kobiet z trudnościami seksualnymi [44]. Otwarta rozmowa o doświadczeniach, oczekiwaniach i obawach może prowadzić do wspólnego poszukiwania strategii zaradczych lub modyfikacji zachowań seksualnych, które mogą pomóc w osiągnięciu orgazmu. Komunikacja może pomóc w normalizacji doświadczeń związanych z anorgazmią, redukując poczucie izolacji i wstydu związanego z tym zaburzeniem. Wsparcie emocjonalne, zrozumienie i wspólne poszukiwanie rozwiązań są w tym aspekcie kluczowe.

Dostępne dowody konsekwentnie wskazują, że otwarta komunikacja kobiet z partnerami na temat seksualnych preferencji i trudności wiąże się z częstszym osiąganiem orgazmów przez kobiety [45]. Wyniki badań sugerują, że kobiety czerpią korzyści zarówno z terapii seksualnej, jak i terapii skoncentrowanej na komunikacji. Niemniej jednak, niektóre badania naukowe dowodzą, że w pracy z parami terapia seksualna prowadziła do szybszych rezultatów niż terapia komunikacyjna oraz przynosiła lepsze efekty w zakresie samooceny kobiet [46].

Rola fizjoterapii uroginekologicznej

Chociaż czynniki społeczne i psychologiczne odgrywają ważną rolę w problemach seksualnych kobiet, rola czynników fizycznych, takich jak czynniki układu naczyniowego, neurologicznego i mięśniowego w funkcjonowaniu seksualnym kobiet jest niezaprzeczalna [47]. W badaniach populacji polskiej wykazano, że 80% badanych знаło lokalizację mięśni dna miednicy, a 73% ich funkcje. Tylko połowa kobiet kiedykolwiek je ćwiczyła, najczęściej poprzez wywoływanie skurczów. Kobiety ćwiczące mięśnie dna miednicy częściej osiągały orgazm i miały wyższą satysfakcję z życia seksualnego w porównaniu z tymi, które ich nie ćwiczyły [48]. Warto zaznaczyć, że ćwiczenia pod kontrolą fizjoterapeuty uroginekologicznego są skuteczniejsze od tych wykonywanych zupełnie samodzielnie przez pacjentki w domu [49]. Obecnie zaleca się skorzystanie z fizjoterapii uroginekologicznej, która umożliwia ocenę napięcia mięśni i dostosowanie odpowiednich ćwiczeń, ponieważ istnieją sytuacje, w których wykonywanie tych ćwiczeń może być przeciwwskazane lub wymagać szczególnej ostrożności. Ponadto, fizjoterapia uroginekologiczna, oprócz terapii zaburzeń, pełni również funkcję profilaktyczną. Profilaktyka ta obejmuje m.in. naukę prawidłowych nawyków toaletowych, właściwej postawy ciała oraz bezpiecznego dźwigania.

Wnioski

Orgazm jest istotnym składnikiem satysfakcji seksualnej zarówno u mężczyzn, jak i kobiet, jednak istnieje znacząca dysproporcja między płciami w jego doświadczaniu podczas stosunku. Różnorodność dysfunkcji seksualnych stanowi wyzwanie w ustaleniu protokołów leczenia. Dla oceny skuteczności poszczególnych technik potrzebne jest przeprowadzenie konkretnych badań dotyczących poszczególnych zaburzeń. Spośród różnych

zaburzeń, zaburzenia orgazmu i zaburzenia bólowe są najszerzej badanymi zaburzeniami i tymi, w których terapia seksualna wydaje się mieć najlepsze wyniki [50]. Podejście poznawczo-behawioralne wydaje się obiecującym podejściem w radzeniu sobie z anorgazmią u kobiet. Techniki, takie jak ukierunkowana masturbacja, koncentracja na doznaniach, systematyczna desensytyzacja, edukacja seksualna, restrukturyzacja negatywnych myśli związanych z seksem oraz trening komunikacji seksualnej mogą być skutecznymi narzędziami terapeutycznymi. Badania wykazały, że te metody prowadzą do poprawy funkcjonowania seksualnego i zwiększenia częstotliwości osiągnięcia orgazmu u kobiet.

Piśmiennictwo

1. Nagoski E. *Come as you are: the surprising new science that will transform your sex life*. New York: Simon & Schuster; 2015.
2. Mah K, Binik YM. Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of the orgasm experience across gender and sexual context. *J. Sex. Res.* 2002; 39(2): 104–113.
3. Laan E, Rellini AH. Can we treat anorgasmia in women? The challenge to experiencing pleasure. *Sex Relatsh. Ther.* 2011; 26(4): 329–341.
4. Kontula O. *Between sexual desire and reality: the evolution of sex in Finland*. Popul. Res. Inst. D49/2009. Helsinki: The Family Federation of Finland; 2009.
5. Frederick DA, John HKSt, Garcia JR, Lloyd EA. Differences in orgasm frequency among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual men and women in a U.S. national sample. *Arch. Sex Behav.* 2018; 47(1): 273–288.
6. World Association for Sexual Health. Declaration of sexual rights. 2014 https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014_b.pdf [dostęp: 4.05.2024]
7. Williams N, Leiblum SR. *Treatment of orgasmic dysfunction in women*. GLOWM. Published online 2008.
8. Mitchell KR, Jones KG, Wellings K i wsp. Estimating the prevalence of sexual function problems: the impact of morbidity criteria. *J. Sex Res.* 2016; 53(8): 955–967.
9. Kontula O, Miettinen A. Determinants of female sexual orgasms. *Socioaffect. Neurosci. Psychol.* 2016, 6: 31624. DOI: 10.3402/snp.v6.31624.
10. Lentz AM, Zaikman Y. The Big „O”: Sociocultural influences on orgasm frequency and sexual satisfaction in women. *Sexuality & Culture.* 2021; 25(3): 1096–1123.
11. Jenkins LC, Mulhall JP. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertility and Sterility.* 2015; 104(5): 1082–1088.
12. Parameshwaran S, Chandra PS. The new avatar of female sexual dysfunction in ICD-11 — will it herald a better future? *J. Psychosexual Health* 2019; 1(2): 111–113.
13. Parish SJ, Cottler-Casanova S, Clayton AH, McCabe MP, Coleman E, Reed GM. The evolution of the female sexual disorder/dysfunction definitions, nomenclature, and classifications: a review of DSM, ICSM, ISSWSH, and ICD. *Sexual Medicine Reviews* 2021; 9(1): 36–56.
14. Grauvogl A, Pelzer B, Radder V, van Lankveld J. Associations between personality disorder characteristics, psychological symptoms, and sexual functioning in young women. *J. Sexual Med.* 2018, 15(2), 192–200. DOI: 10.1016/j.jsxm.2017.11.222.

15. Stuparu C. Female orgasm disorder. Anorgasmia. *Int. J. Adv. Stud. Sexology* 2020; 2(2).
16. Krakowsky Y, Grober ED. A practical guide to female sexual dysfunction: An evidence-based review for physicians in Canada. *CUAJ* 2018; 12(6): 211–216.
17. Lara Lads, Scalco SCP, Troncon JK, Lopes GP. A model for the management of female sexual dysfunctions. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2017; 39(04): 184–194.
18. Emanu JC, Avildsen I, Nelson CJ. Evidence-based psychotherapy: the state of the science and practice. W: David D, Lynn SJ, Montgomery GH, red. *Evidence-based psychotherapy: the state of the science and practice.* John Wiley & Sons, Inc; 2018: 253–270.
19. Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Behavioral therapies for treating female sexual dysfunctions: a state-of-the-art review. *JCM* 2022; 11(10): 2794.
20. Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C i wsp. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J. Sex. Med.* 2016; 13(4): 538–571.
21. Brewer G, Hendrie CA. Evidence to suggest that copulatory vocalizations in women are not a reflexive consequence of orgasm. *Arch. Sex. Behav.* 2011; 40(3): 559–564.
22. Bischof-Campbell A, Hilpert P, Burri A, Bischof K. Body movement is associated with orgasm during vaginal intercourse in women. *J. Sex. Res.* 2019; 56(3): 356–366.
23. Laan E, Rellini AH, Barnes T. Standard operating procedures for female orgasmic disorder: consensus of the International Society for Sexual Medicine. *J. Sex. Med.* 2013; 10(1): 74–82.
24. Marchand E. Psychological and behavioral treatment of female orgasmic disorder. *Sex. Med. Rev.* 2021; 9(2): 194–211.
25. Rowland DL, Hevesi K, Conway GR, Kolba TN. Relationship between masturbation and partnered sex in women: does the former facilitate, inhibit, or not affect the latter? *J. Sex. Med.* 2020; 17(1): 37–47.
26. Rowland D, Donarski A, Graves V, Caldwell C, Hevesi B, Hevesi K. The experience of orgasmic pleasure during partnered and masturbatory sex in women with and without orgasmic difficulty. *J. Sex. Marital Ther.* 2019; 45(6): 550–561.
27. Weiner L, Avery-Clark C. Sensate focus: clarifying the Masters and Johnson's model. *Sex. Relat. Ther.* 2014; 29(3): 307–319.
28. Heiman JR, Meston CM. Evaluating sexual dysfunction in women: clinical obstetrics and gynecology. 1997; 40(3): 616–629.
29. Meston CM, Stanton AM. Female orgasmic disorder. <https://labs.la.utexas.edu/mestonlab/female-orgasmic-disorder/> [dostęp 4.05.2024].
30. Obler M. Systematic desensitization in sexual disorders. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry* 1973; 4(2): 93–101.
31. Nahmias LC, Duarte A, Alcina J. Female orgasmic disorder. W: Shackelford TK, red. *Encyclopedia of sexual psychology and behavior.* Springer International Publishing; 2023: 1–7.
32. Mahmodi G, Hassanzadeh R, Heidari G. The effect of sex education on family health on Mazandran medical university students. *Intern. Med. Today* 2007; 13(2): 64–70.
33. Jankovich R, Miller PR. Response of women with primary orgasmic dysfunction to audiovisual education. *J. Sex. Marital Ther.* 1978; 4(1): 16–19.
34. Kilmann PR, Mills KH, Bella B i wsp. The effects of sex education on women with secondary orgasmic dysfunction. *J. Sex. Marital Ther.* 1983; 9(1): 79–87.
35. Mirzaee F, Ahmadi A, Zangiabadi Z, Mirzaee M. The effectiveness of psycho-educational and cognitive-behavioral counseling on female sexual dysfunction. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2020; 42(06): 333–339.

36. Babakhani N, Taravati M, Masoumi Z, Garousian M, Faradmal J, Shayan A. The effect of cognitive-behavioral consultation on sexual function among women: a randomized clinical trial. *J. Caring Sci.* 2018; 7(2): 83–88.
37. Chizary M, Seyyedzadeh Aghdam N, Ranjbaran M. The effect of assertiveness-focused cognitive-behavioral group therapy on women's orgasm: a randomized clinical trial. *Int. J. Womens Health Reprod. Sci.* 2023; 11(2): 82–88.
38. Ellis A. The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *J. Rational-Emot. Cognitive-Behav. Ther.* 1991; 9(3): 139–172.
39. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1986; 54(2): 140–148.
40. Tavares IM, Laan ETM, Nobre PJ. Cognitive-affective dimensions of female orgasm: the role of automatic thoughts and affect during sexual activity. *J. Sex. Med.* 2017; 14(6): 818–828.
41. Cuntim M, Nobre P. The role of cognitive distraction on female orgasm. *Sexologies* 2011; 20(4): 212–214.
42. Ghaffari A, Feizollahi Vahid A. Comparing the effectiveness of sexual skills training and communication skills training on the sexual attitudes of married women. *Res. Dev. Med. Educ.* 2020; 9(1): 3–3.
43. Reese JB, Porter LS, Regan KR i wsp. A randomized pilot trial of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer. *Psycho-Oncology* 2014; 23(9): 1005–1013.
44. Mallory AB, Stanton AM, Handy AB. Couples' sexual communication and dimensions of sexual function: a meta-analysis. *J. Sex. Res.* 2019; 56(7): 882–898.
45. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Ann. Rev. Sex. Res.* 2004; 15: 173–257.
46. Everaerd W, Dekker J: A comparison of sex therapy and communication therapy: Couples complaining of orgasmic dysfunction. *J. Sex. Marital Ther.* 1981; 7(4): 278–289.
47. Zimmer-Gembeck MJ. Young females' sexual self-efficacy: associations with personal autonomy and the couple relationship. *Sex. Health.* 2013; 10(3): 204–210.
48. Kocur D. Wiedza kobiet na temat mięśni dna miednicy. *Seksuologia Polska* 2016; 14(1): 31–38.
49. Nayyab I, Ghous M, Rehman SSU i wsp. The effects of an exercise programme for core muscle strengthening in patients with low back pain after Caesarian-section: A single blind randomized controlled trial. *J. Pak. Med. Assoc.* 2021; 71(5): 1319–1325. DOI: 10.47391/JPMA.596.
50. Pereira V, Arias-Carrión O, Machado S, Nardi A, Silva A. Sex therapy for female sexual dysfunction. *Int. Arch. Med.* 2013; 6(1): 37.

Adres email: a.kozakiewicz@inz.uz.zgora.pl