

TERAPIA DE CUPLU SI/ SAU TERAPIA SEXUALA ?

Dr. psihosociolog Cornelia Rada

PSYMOTION - Clinica privata de psihiatrie si psihoterapie

Sexul nu este cel mai important lucru într-o relație însă o poate devitaliza sau destabiliza. Terapeuții de cuplu pot fi încurajați sa utilizeze terapia sexuala oferind informații științifice, sugestii si intervenții specifice când se întâlnesc cu disfuncții sexuale obișnuite. Introducerea unui model bio-psiho-social de evaluare, tratament și prevenire a disfuncțiilor in cuplu înlătură relativa bariera între cele doua terapii. Este spre beneficiul cuplurilor să primească permisiuni privind activitatea sexuală în cadrul terapiei de cuplu. Terapia sexuală este o subramura, subspecialitate a terapiei de cuplu.

Susțin ca si alți autori (McCarthy et. al. 2004) un model integrat prin care să se evalueze dinamica sexuală în cadrul terapiei de cuplu. Utilizam în cadrul terapiei (consilierii) de cuplu la prima și a doua ședința un chestionar standardizat și un interviu prin care evaluam familia de origine. Ipoteza mea, bine cunoscuta de altfel, era ca problemele de cuplu pot avea drept cauza si un pattern atitudinal si comportamental preluat in familia de procreare, din familia de creștere si dezvoltare. Cercetările de teren, practica ulterioara, mi-au arătat că evaluând de la prima ședința dinamica sexuala am putut ajunge mai repede la un tratament corect.

Am constat de multe ori ca probleme ale funcției economice, funcției educative și funcției de coeziune ale familiei, au o mare legătura cu disfuncția sexual-reproductiva a

acesteia. Cum numărul cazurilor era destul de mic, 17 cupluri care au primit consiliere, am considerat o provocare să lansez o cercetare aplicativă privind această cauzalitate de natură sexuală privind diferite probleme de cuplu. În cadrul unui eșantion de 1902 persoane, din mediul urban, distribuite egalitar pe gen și grupe de vârstă, am găsit o corelație semnificativă statistic ($p < 0,01$) între Scala de evaluare a coeziunii adaptabilității familiei (Faces III-Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale Olson, 1986), Modelul circumplex al sistemului conjugal și a celui familial pe de o parte, și disfuncția sexual-reproductivă pe de altă. Statistica îmi arată o relație dar nu îmi putea indica dacă întâi a fost „oul sau găina”. **Cu alte cuvinte tulburările de dinamică sexuală erau cauza sau efectul unor probleme de cuplu?** Cel puțin în acest eșantion ambele au fost adevărate. Uneori insatisfacția sexuală conducea la o scădere a comunicării, coeziunii și flexibilității în cuplu. Alteori comunicarea, coeziunea și flexibilitatea în cuplu scăzute conduceau la o relație sexuală de proastă calitate. Părea un cerc vicios. Era oare important să lămuresc care este cauza și care este efectul? Ca și la alți terapeuți sau la alte studii, s-a dovedit că pentru client, nu era atât de important să aflăm asta (Keim and Lappin 2002).

În unele timpuri blamat și în altele încurajat până la excese inimaginabile, ajungem în contemporaneitate să ne dăm seama că sexul, atunci când aduce satisfacție, contribuie în mica măsură la vitalitatea relației, iar când este disfuncțional afectează relația non-sexuală în mai mare măsură.

Pornind de la această realitate sugerez ca și alți terapeuți, consilieri, utilizarea de la începutul terapiei în cuplu a unor întrebări deschise-închise, menite să invite cuplul să-și spună istoria sexuală (Risen 2003). De exemplu:

- cât de mulțumit (a) sunteți de relația sexuală cu partenera (ul) ?
- cât de mulțumit (a) sunteți de relația sexuală din ultimul an ?
- în ce perioadă sexul v-a adus satisfacție și când a fost o dezamăgire ?

Nicidecum nu se fac judecații de valoare în legătura cu dinamica sexuala a cuplului ci se procedează astfel încât cuplul să observe disponibilitatea terapeutului să asculte mărturisirile.

Doua dintre ideile terapiei tradiționale de cuplu sunt ca:

1. abordarea directă a problemelor sexuale prezintă riscul de intimidare și de încălcare a granițelor cuplului
2. se recomandă o anumită ierarhie în abordarea problemelor și anume: anxietatea, abuzul de alcool, depresia, violența domestică, problemele de relație și în ultimul rând, dacă este necesar, aspectele sexuale (Leiblum 2006).

Și totuși în spatele tuturor acestora se pot afla de multe ori insatisfacții sexuale, toate fiind mobilul instalării unor dependente de substanțe, cauza unor comportamente evitante, unor manifestări agresive.

Intimitatea emoțională servește ca fundament pentru o relație sănătoasă și o sexualitate sănătoasă. Deși intimitatea poate fi considerată „sarea și piperul” unei relații bune, aceasta în exces poate înăbuși dorința sexuală și poate conduce la un partener desenzualizat; ea singură face cel mult un mariaj sau o viață sexuală cu „calificativul satisfăcător” ceea ce este diferit de satisfăcătoare. A alege să te mulțumești cu „satisfăcător” e una, iar a simți că ești frustrat este altceva. Ce facem în această ultimă situație ?

O soluție este să ne adresăm simultan problemelor cele mai acute identificate. De exemplu abordăm concomitent consumul de alcool, violența domestică și insatisfacția sexuală. O altă soluție ar fi, dacă identificăm o anxietate, să evaluăm inițial abilitățile psihosexuale. Când se amână sau se neglijează problemele sexuale, apare riscul

aparitiei comportamentului evitant.

Cele mai frecvente probleme sexuale ale femeilor sunt:

- dereglări ale energiei dorinței sexuale
- răspunsul non-orgasmic în timpul sexului
- durere în timpul contactului sexual.

Cele mai frecvente probleme sexuale ale barbarilor sunt:

- Ejacularea precoce
- Disfuncția erectila
- Scăderea dorinței sexuale.

O femeie sau bărbat care țintește să atingă performanțe nerealiste ca să-și satisfacă, cucerească perechea nu este pe calea bună. Abundenta de cărți, articole neprofesioniste care promit bărbaților erecția atât cât o dorește partenera, sunt cel puțin daunatoare.

Cați bărbați se gândesc serios că dorința lor de a avea un penis mai lung ar putea fi un prejudiciu pentru o femeie cu un vagin scurt? Iată un aspect anatomic ce poate duce la durere în timpul actului sexual și pe cale de consecință pot apărea: anxietate, evitarea raporturilor sexuale, răcirea relației.

Și ca să nu favorizăm genul masculin, să amintim și despre imaginile, reclamele care promit femeilor că utilizarea unui anumit tip de parfum, lenjerie intimă, sau ca un implant de silicon prin diverse zone, le aduce bărbați la discreție. Poate că da, dar cât rămân aceștia în relație?

Cărțile și articolele neprofesioniste despre sexualitate poate ca sunt mai mult de 1 din 3 dăunătoare, 50-60% din aceste materiale sunt senzaționale și excitante dar irelevante, și doar 15-20% oferă informații științifice și clinice valoroase și ghiduri de ajutor pentru viata reală a cuplului (Boston Women's Health Book Collective 1998). **Toate acele materiale din mass media care promit raporturi sexuale bune in fiecare zi din an sau sex multiorgasmic, creează presiuni psihologice si asteptari nesănătoase.**

Este importantă confruntarea profesioniștilor tradiționali, miturilor publice cu intervenții sexuale bazate pe ghiduri care cuprind elemente practice fundamentate pe experiență și elemente clinice (medicale).

Modelul *PLISSIT* aplicat la terapia de cuplu (Annon 1974) este o apropiere conceptuală de ajutor în conectarea celor două terapii, de cuplu și sexuala. Modelul conține 4 strategii de intervenție:

- Oferirea permisiunii
- Informații încorporate
- Sugestii specifice
- Terapie sexuală intensivă (McCarthy B., Thestrup M., 2008). Fiecarei strategii ii corespund anumite tehnici, teme si exercitii.

Se apreciază că aproximativ jumătate din cupluri au probleme generate de disfuncții sexuale. Chiar dacă sexualitatea este numai o mică parte a relației soț-soție, se evidențiază interdependența, condiționarea reciprocă dintre sexualitate și mariaj (Săndulache S., 2006, p.713). A face din sex o valoare supremă sau un păcat este la fel de dăunător. La menținerea echilibrului psihic contribuie o viață sexuală reusita cantitativ și calitativ. Pe de o parte frustrările sexuale intense, impuse, au risc pentru dezvoltarea nevrozei, psihopatiei sau chiar psihozei. Inhibarea sexualității prin legi, prin norme

morale, impunerea unei activitati sexuale deficitare, conduc la sentimente de frustrare sexuală, persoanele sunt mai nervoase, au depresii frecvente. Pe de alta parte un individ care nu își poate canaliza energiile și spre domenii utile, cu multiple contacte sexuale pe zi, pe o perioadă îndelungată de timp, denotă lipsa unor preocupări profunde. Persoanele religioase dispuse și pregătite să renunțe la viața sexuală și la alte comportamente, obișnuite pentru alții, își canalizează energiile în domeniul spiritual și nu se simt frustrate.

Modelul de terapie *PLISSIT* pe care îl utilizez în consilierea cuplurilor se pretează bine și individual. Are la baza o atitudine pozitivă privind sexualitatea oferind permisiuni. Este un model de lucru fundamentat pe un ghid de intervenție ținut pe revitalizare, care nu permite ca experiențele negative să scadă stima de sine, ci oferă ancore concrete, punctuale pentru a învăța din acestea.

Acest model bio-psiho-social de consiliere arată că plăcerea și satisfacția nu înseamnă performanță perfectă ci cunoașterea resurselor sexuale ale cuplului, ceea ce presupune explorarea factorilor psihologici, fizici și relaționari care pot facilita sexualitatea precum și determinarea a ceea ce inhibă sexul sănătos.

Bibliografie

1. Annon, J., *The behavioral treatment of sexual problems*, Honolulu, 1974.
2. Boston Women's Health, Book Collective, *Our bodies, ourselves for the new century*, New York, Simon and Schuster, 1998.
3. Keim, J., Lappin, J., *Structural-strategic marital therapy*, in A. Gurman & N. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*, 3rd ed., New York, Guilford, 2002, p. 86–117.
4. Leiblum S., *Sex therapy today*, in S. Leiblum (Ed.), *Principles and practices of sex therapy*, 4th ed., New York, Guilford, 2006, p.3-22.
5. McCarthy Barry, Thestrup M., *Integrating Sex Therapy Interventions with Couple Therapy*, Journal of Contemporary, Psychotherapy, Springer Netherlands, Volume 38, Nr. 3, 2008, p. 151-160.
6. Olson, D.H., *Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III*, Family Process, Nr.25, 1986, p. 337-351.
7. Săndulache Sorin, *Consiliere și psihoterapie pastorală*, București, Editura Institutului Teologic Adventist, 2006.