

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

NŐI ORGAZMUSZAVAROK TERÁPIÁS LEHETŐSÉGEI

ZALA MÁRTON VIKTOR

DR. LISZNYAI SÁNDOR
EGYETEMI ADJUNKTUS

2018.

Tartalomjegyzék

1. Absztrakt.....	1
2. Elméleti bevezető.....	3
2.1. Téma indoklása.....	3
2.2. Női orgazmus mibenléte és mögöttes tényezői.....	4
2.3. Nemi különbségek az orgazmusban.....	6
2.4. Orgazmuszavar klasszifikációja.....	8
2.5. Gyógyszeres kezelési lehetőségek.....	10
3. Terápiás módszerek.....	11
3.1. Hipotézisek.....	11
3.2. Terápiás megközelítésekről.....	12
3.3. PLISSIT modell az orgazmuszavar terápiájában.....	13
3.4. Szexuális edukáció az orgazmuszavar terápiájában.....	21
3.5. Mindfulness az orgazmuszavar terápiájában.....	24
3.6. Kognitív viselkedésterápiás módszerek az orgazmuszavar terápiájában.....	28
3.7. Művészetterápiás módszerek az orgazmuszavar terápiájában.....	38
3.8. Pszichoanalízis az orgazmuszavar terápiájában.....	47
4. Eredmények.....	47
5. Megvitatás.....	49
6. Kitekintés.....	50
7. Zárszó.....	51
8. Irodalomjegyzék.....	52

1. Absztrakt

A szakdolgozat a női orgazmuszavarok terápiás módszereit állítja fókuszba. Fontos, hogy felismerjük a téma relevanciáját: nagyon sok nő szenved ettől a problémától. Áttekintjük a zavar mögött meghúzódó tényezőket, hogy milyen különbségek vannak a férfi és női orgazmus között. Szerepet kap az orgazmus szempontjából releváns szervek anatómiai áttekintése, és a neurológiai háttér. Hogy az orgazmuszavar (vagy bármely más testi-lelki betegség, zavar) egzakt módon meghatározható legyen, diagnosztikus kategóriákra van szükség, melyek az idők és szemléletek mentén változnak. A dolgozatban betekintést adok a BNO, a DSM-IV és a DSM 5 kritériumaiba.

Az elméleti bevezető, az okok, kritériumok, testi vonatkozásokat követően ismertetem a hipotéziseimet, melyekre összefoglaló tanulmányról lévén szó, tudományos cikkek, illetve szakirodalom segítségével keresem a választ.

Hipotéziseim a női orgazmuszavar terápiás vonatkozásait vizsgálják, tehát végigjártuk, hogy a PLISSIT modell, a szexuális edukáció, a mindfulness, a kognitív viselkedésterápia, a művészetterápia, avagy a pszichoanalízis képes-e javítani, gyógyítani az orgazmuszavart, illetve ha igen, milyen módon teszi ezt. A szakdolgozat bővelkedik a gyakorlati vonatkozásokban, sőt elsődleges célja, hogy az elméleti háttérhez olyan praktikus segítséget nyújtson, ami a gyakorló szexuálszakpszichológusok számára mankó lehet munkájuk során. Természetesen egy szakdolgozat kevés ahhoz, hogy egy terápiás módozat alfáját és ómegáját bemutassa, nemhogy ennyiféle módszert, ezért mindegyikből igyekeztem a szexuális problémára legjellemzőbb fogásokat bemutatni.

A szakdolgozatomban feldolgozott hipotézisek tekintetében az alábbiakra jutottam:

A PLISSIT modell igen jól hasznosítható az orgazmuszavarok terápiájában, a kliensek csupán kis százalékának van szüksége „intenzív” terápiára. Gyakorlati példákon keresztül mutatom be az engedélyadás, limitált információadás, a specifikus szuggesztiók adásának módját.

A szexedukáció nagyon fontos már gyermekkortól kezdve. A női orgazmusnak nem feltétlenül elégséges, azonban szükséges feltétele a szexuális tudás. Anélkül téves tudás, hiedelmek, mítoszok köré szerveződik a szexualitás, így a kliens kitettebb lesz a nem

kívánt terhességnek, szexuális úton terjedő betegségnek. Ismertetek egy kooperativitásra építő játékosított felvilágosító folyamatot, mely középiskolások számára igen hasznos lehet.

A mindfulness technikáról szóló szakirodalomra alapozva azt a megállapítást tettem, hogy a technika alkalmazásával az itt és most megélése, az egybeolvadás érzése jelenik meg a sexualitásban azáltal, hogy a kliensek képesek lesznek a figyelmüket érzéseikre, önmagukra koncentrálni, nem pedig olyan gondolatokra, amik eddig a sexualitásuk ellenében hatottak. Bemutatom a lélegző meditációt és egy szexuális emlékről szóló feladatot, melyben a kliensek önreflektív módon tapasztalják meg, hogy belső állapotuk, figyelmük miképpen befolyásolja a szexuális élmények élvezetét.

A kognitív viselkedésterápia alapjait ismertetem, mely során kiderül, hogy a módszer alkalmas az orgazmuszavar hatékony kezelésére. Kitérek a szexuális diszfunkciók specifikus terápiás gyakorlataira, így az irányított maszturbációt, szisztematikus deszenzitizációt és az érzelmi fókusz gyakorlatot.

A művészetterápia tudományosan nem verifikált terápiás módszer. Ez az állapot semmiképpen sem kívánatos, fontos volna a terápiás módszer statisztikai elemzése. Szakdolgozatomban bemutatom azokat a módszereket, amiket nem kifejezetten szexuálterápiás módszerként alkalmaznak (ilyet nem találtam). Ettől függetlenül hasznosak lehetnek. Ilyesformán ismertetem a foglalkozás elején tartandó relaxációt, imaginációt, a vers és zene szerepét, a vízfesték, ujjfesték, ceruza-, tus-, és krétarajz technikákat, az agyagozás folyamatát valamint a montázs és kollázs készítés mikéntjét. A leírást egy konkrét foglalkozástervvvel zárom.

2. Elméleti bevezető

2.1. Téma indoklása

A női orgazmuszavar előfordulása igen gyakori. 1990-ben végzett Egyesült Államokbeli vizsgálat szerint a nők 24%-a nem élt át orgazmust a vizsgálatot megelőző évben. Ezzel egybehangzóak a klinikai adatok is. Az Egyesült Királyságbeli nőgyógyászokat felkereső egészséges nők 23%-a keresi fel ilyen problémával orvosát (Balon, Seagraves, 2005). A zavar jelentkezésének mértékéről megoszlanak a vélemények, melynek oka nem csak abban keresendő, hogy a szexualitással kapcsolatos nehézségeket tabuként kezeli a társadalom, hanem abban is, hogy a zavarral kapcsolatos meghatározások különbözőek és idővel változnak.

Szakedolgozatommal az a célom, hogy összefoglaljam a témát érintő kérdéseket és egy gyakorlatorientált leírást adjak a problémákról, és azok lehetséges kezelési módjáról. Szándékom, hogy több oldalról közelítem meg az orgazmuszavart, így más-más szemszögből tálaljam a lehetséges megoldási kereteket.

Számomra azért vált különösen érdekessé ez a téma, mert érzékelem a társadalmi értékrend ellentmondásosságát: az antikvitásban a női anorgazmia kvázi sztenderd volt, de legalábbis semmiféleképpen nem volt lényeges tényezője a szexualitásnak. Manapság elvárt, kívánatos dolog, melyet a média, különösképpen a pornográf tartalmak felnagyítanak. Az orgazmus nehézségeivel szembenézni mégis tabunak számít, nehéz erről beszélni, segítséget kérni.

Szándékom az is a dolgozat megírásával, hogy rendezett, problémaközpontú útmutatóba foglaljam össze a lehetséges kezelési módszereket, amiket pszichológus, szexuálszakpszichológus haszonnal forgathat.

2.2. Női orgazmus mibenléte és mögöttes tényezői

Miközben a társadalom a 20. században a szexualitáshoz közelebb került, mint nagyjából bármikor a történelem során, a női orgazmushoz való hozzáállás ambivalens maradt. Korábban a női anorgazmia kvázi normatívnak számított. Mostanra a nők nagy része vágyik a szexuális öröm elérésére, és úgy érzik megérdemlik a gyönyör ezen formáját (Heiman, 2007).

Ténykérdés, hogy a női orgazmushoz való hozzáállás éppen annyira megváltozott társadalmi szinten, mint orvosi, illetve pszichológusi szinten. A kezdeti próbálkozások, például Freud teóriája az érett és az éretlen orgazmus felől, már nem állják ki a tudományosság próbáit, egy dolog miatt mégis hasznosnak tekinthető: kibillentette a társadalmat és a szakmát az addig megszokott aszexuális mederből.

A férfiak számára rendelkezésre álló gyógyszerek, orvosi beavatkozások sok problémára jelentenek megoldást. A nők számára ilyen jellegű áttörő sikerről nem lehet beszámolni, előbbi eredmények viszont a vizsgálódások középpontjába állították a női orgazmust is, mely immáron a legkülönbözőbb műszerekkel vizsgálható.

Az orgazmus olyan múltó csúcstény, mely intenzív örömmérséssel, kéjjel jár. Az orgazmus számos fiziológiai testi változást eredményez. A nők esetében azonban az orgazmus elérése nem minden esetben olyan egyszerű (Meston, Levin, 2005). A tudományos vizsgálódások számára feltétlenül fontos, hogy pontos, egyértelmű testi reakcióval azonosítsuk az orgazmus megtörténtét. Masters és Johnson (1966) fiziológiai változásokokat írnak le az elkövetkezendő orgazmusról, az orgazmus bekövetkezéséről és az orgazmus megtörténtéről.

Vizsgálódásaik szerint az orgazmus bekövetkezését bejósolja a szeméremajkak vérrel telítődése, színbeli és méretbeli változása. Az aktuálisan átélt orgazmust a vagina, a méh és a végbél záróizmának kontrakciója teszi megfigyelhetővé. Az orgazmus átélését követően a szeméremajkak gyors színváltozása következik be, így a piros-vörös színből rózsaszínné válik. Míg Masters és Johnson a kontrakciókban látták az orgazmus bizonyítékát, több kutató úgy találta, hogy nem minden orgazmust átélő nő mutat vaginális összehúzódásokat (Levin, Wagner, Ottesen, 1981; Bohlen, Held, Sanderson, 1982; Carmichael, Warburton, Dixen, Davidson, 1994).

Számos faktor húzódik meg az orgazmus elérésének képessége mögött. Az alábbi tényezők közül egyik sem abszolút vagy elsődleges, a köztük lévő kapcsolat sem tisztázott. A tényezők a következők:

- I. neuroanatómiai,
- II. fiziológiai,
- III. pszichológiai,
- IV. szociokulturális,
- V. interakciós.

A kor, a tanulmányok, a szociális osztály a személyiség és a párkapcsolat minősége azok a pszichoszociális faktorok, amelyek meghatározzák a nők orgazmus elérésének képességét (Meston, Levin, 2005).

A fiatalabb, egyedülálló, alacsony iskolázottságú nők inkább hajlamosabbak orgazmuszavarban szenvedni. Együttjárás figyelhető meg, az alacsony bevétel, ritka szexuális együttlét és a ritka szexuális gondolatok valamint a orgazmuszavar között. Tehát az olyan tényezők is befolyásolják a szexuális örömeket, melyeknek nem feltétlenül van közvetlen szerepe a sexualitásban, viszont az általános stresszélményben igen (Heiman, 2007).

Erőteljesen befolyásolja a szexuális életet a szexuális zaklatás, a szexuális bántalmazás (különösképpen, ha ez fiatalkorban történik), és a megerőszkolás. Kihat a szexuális egészség pszichés oldalára az általános egészségi állapot, szexuális úton terjedő betegségek elkapása (akkor is, ha az már gyógyult), húgyúti betegségek, emocionális betegségek, stressz, szorongás, depresszió (Heiman, 2007).

Általánosságban elmondható, hogy a nagy és szigorú vallásosság negatívan függ össze az orgazmus képességével, ugyanis a vallásos személy büntudatot érezhet a szexuális aktivitáskor (Meston, Levin, 2005). Ezen esetek háttérében nem pusztán a vallásosság jelenik meg problémaként, az oppresszív neveltetés hasonlóképpen összefüggésbe hozható a sexualitás (ide értve a maszturbálást is) bünként való megélésével.

Fisher (1973) úgy találta, hogy az apa-lánya kapcsolat jelentősen befolyásolja az orgazmus megélésének képességét. A gyermekkori veszteségélmények, szeparáció az apától, vagy az érzelmileg nem rendelkezésre álló apa gyermekkorban megnehezítik az orgazmus átélését a későbbi életkorokban.

2.3. Nemi különbségek az orgazmusban

Ahogy az emberi szexualitás tanulmányozása során mindig stabil támpont az evolúciós megközelítés. Ez az a legtöbb szexuális viselkedést részben vagy egészben magyarázni képes.

Ahogy az ember szexuális viselkedésmódja egyéni és kulturális szinten a legnagyobb változékonyságot mutatja, úgy az orgazmusban is rejlenek különbségek. A tudományos vizsgálódások jellemzője, hogy kezdetben a férfiak szexualitását vizsgálták, és az így szerzett tapasztalatokat próbálták a női szexualitásra alkalmazhatóvá tenni.

A férfi orgazmus szinte minden esetben együtt jár az ejakulációval, mely a fajfenntartás nélkülözhetetlen eszköze. Ennek a hiánya, bizonytalansága komoly veszteség a gének továbbadásának versenyében. Ezzel szemben a női orgazmus, bár kétségtelenül járhat evolúciós előnyökkel, nem feltétele a megtermékenyítésnek.

(A 20. század közepén elfogadott teória volt, hogy az orgazmus képes peteérést indukálni, a vaginális mozgások pedig a spermiumokat a méh felé terelik. Ezen elgondolások nem nyertek igazolást.)

A férfiak egyféle orgazmus elérésére képesek, míg a nők képesek vaginális és klitorális orgazmusra egyaránt. Masters és Johnson (1966) fiziológiailag egylényegűnek írta le a két orgazmustípust, a későbbi kutatások önbeszámolók alapján elkülönítették az orgazmusélményeket. A nők a klitorális stimulációt olyan szavakkal jellemezték, mint meleg, csiklandós, elektromos, éles, ezzel szemben a vaginális orgazmus lüktető, mély, megnyugtató, kényelmes (Meston, Levin, 2005). A két orgazmustípus fiziológiai különbségei mára mérhetővé váltak (Levin, 2001).

A férfiak egyfajta, és időben jól elkülönülten tudnak orgazmust elérni. Ezzel szemben a nők képesek ismétlődően orgazmusélményhez jutni, illetve elnyújtottan hosszú időn át átélni az orgazmust (Masters és Johnson 1966).

Férfiak esetében az orgazmus ha egyszer elkezdődött, további stimuláció nélkül is végbemegy, ezzel szemben ha a nők stimulációja az orgazmus közben abbamarad, az orgazmusélmény is lelohad (Serfey, 1972).

Miközben a fiziológiai és a neurológiai oldal különböző férfiak és nők között, az introspekció oldaláról vizsgálva Vance és Wagner (1976) úgy érvel, hogy az orgazmus megélésben nincs nemi különbség.

Anatómiai szempontból több kiemelten fontos területet lehet felsorolni, ami szükséges a női orgazmushoz. Ez a csikló és a hüvely. Az érintésre leginkább érzékeny területek, a szeméremajkak, a hüvelybemenet és a csikló. A vagina belseje viszonylag érzéketlen az előbb felsorolt jól beidegzett testtájakhoz képest. A PC izom (pubococcygeal) a hüvely alsó részén „4 és 8 óránál” található. Ennek izgatása orgazmust tipikusan nem okoz, de a nemi izgalom kiváltásának fontos szenzora. A G pont (Grafenberg pont) egy megközelítőleg 1 centiméteres pont a hüvelybemenet után néhány centiméterrel felül. A G pont stimulációja szignifikánsan segít elérni az orgazmust (Heiman, 2007).

A nemi szerveken felül nem szabad elfelejteni az agy szerepéről a szexualitásban. Bár orgazmuszavarral küzdő személyeknek nehéz lehet elképzelni, de orgazmus testi stimuláció nélkül is, pusztán gondolatok segítségével (például hipnózis, fantáziálás) is előidézhető. Whipple, Komisaruk (1997 idézi Heiman, 2007) úgy találta, hogy számos idegpálya felelős a szexuális válaszáért: a klitorális stimulációt a pudendal nerve, a vaginális stimulációt pedig a hypogastric plexis és a pelvic nerve továbbítja a központi idegrendszer felé. A méhnyakat a bolygóideg idegzi be.

Számos agyterület aktiválódik az orgazmus alatt, így a cortex, a cerebellum, hypothalamusz paraventrális magjai, a középagy, a köztiagy a hippocampus és a bazális ganglionok. A leginkább aktív területek a paraventrális magvak és a középagy szürkeállománya, a cerebellum és a hipokampusz (Heiman, 2007).

2.4. Orgazmuszavar klasszifikációja

Ahhoz, hogy a különböző pszichés problémákat diagnosztikus kategóriákba sorolhassuk, bizonyos tünetek rendszeres együttes előfordulása szükséges. Ezen elgondolás mentén osztályozási rendszerek jöttek létre, így a BNO, és a DSM. Ezek a diagnosztikus rendszerek folyamatosan változnak, szükségszerűen viták keresztüzében állnak, időnként felülvizsgálatra szorulnak (Comer, 2005).

A női orgazmuszavart a BNO10, A DSM IV és a DSM 5 is tárgyalja. A BNO10 összefoglalóan ír a szexuális diszfunkciókról (F52):¹

„A szexuális funkciózavarok alatt olyan változatos módokat érintünk, melyek képtelenné teszik az egyént, hogy úgy vegyen részt szexuális kapcsolatban, ahogy ő szeretné. A szexuális válasz pszichoszomatikus folyamat, és mind a pszichológiai, mind a szomatikus folyamatok szerepet játszanak a funkciózavar létrejöttében.” (WHO, 1995 pp. 322)

F52.3 alcímmel szüksézávan, általánosan fogalmaz az orgazmuszavarokról:

„Az orgazmus egyáltalán nem jön létre, vagy nagyon későn.
Gátolt orgazmus (női/férfi)
Pszichogén anorgasmia” (WHO, 1995 pp. 323)

A DSM IV nemek szerint választotta szét az orgazmuszavarokat, ennek megfelelően a következőképpen ír a női orgazmus zavarokról:

„Női orgazmus zavar (korábban gátolt női orgazmus)
A., Az orgazmus tartós vagy ismétlődően előforduló késése vagy elmaradása megtartott szexuális excitációt követően. A nők nagyfokú variabilitást mutatnak az orgazmust kiváltó stimuláció intenzitását vagy módját illetően. A női orgazmus zavar megítélése a klinikus feladata annak alapján, hogy a személy orgazmusra való képessége kisebb fokú-e annál, mint amit életkora szexuális tapasztalata, és a konkrét szexuális stimuláció mértéke indokol.

1 A diplomamunka utómunkálatai során tapasztaltam, hogy a használt irodai szoftver ismert, ám nem javított hibája, hogy a szövegdozokat, amennyiben átlógnak egy új oldalra, bezárja, majd az új oldalon újranytja, mint egy új szövegdozot. Ilyesformán, a lezárt de új oldalon folytatódó szövegdozok egynek tekintendők.

B., A zavar észrevehető szenvedést vagy interperszonális nehézségeket okoz.

C., Az orgazmus zavar nem magyarázható jobban más zavarra((kivéve más szexuális diszfunkciót), és nem tulajdonítható kizárólag psichoaktív szer (pl. visszaélésre alkalmas szer, gyógyszer) közvetlen élettani hatásának vagy általános egészségi állapotnak.” (American Psychiatric Association, 2005 pp. 201

A DSM 5 a női orgazmus zavart (302.73) az alábbiak szerint azonosítja:

„A. Az alábbi tünetek közül bármelyik tapasztalható valamennyi vagy csaknem valamennyi (körülbelül 75-100%) szexuális tevékenység alkalmával (meghatározott helyzetben, vagy ha generalizált, akkor valamennyi helyzetben):

1. Az orgazmus jelentős késése, ritkasága, vagy hiánya.

2. Az orgazmussal kapcsolatos érzetek jelentős csökkenése.

B. Az A kritériumban szereplő tünetek legalább körülbelül 6 hónapja fennállnak.

C. Az A kritériumban szereplő tünetek a személy számára klinikailag jelentős szenvedést okoznak

D. A szexuális diszfunkció nem magyarázható jobban valamely nem szexuális zavarok közé tartozó mentális zavarral vagy súlyos kapcsolati probléma (pl. a partner erőszakossága) következményével vagy más jelentős stresszorokkal, és nem tulajdonítható szer/gyógyszer vagy más egészségi állapot hatásainak.

Jelölje, hogy:

Egész életen át tartó: A zavar azóta fennáll, amióta a személy szexuálisan aktívvá vált.

Szerzett: A zavar viszonylag normális szexuális aktivitást követően kezdődött.

Jelölje, hogy:

Generalizált: Nem korlátozódik bizonyos típusú ingerekre, helyzetekre.

Helyzeti: Csak bizonyos típusú ingerek, helyzetek vagy partnerek esetében jelentkezik.

Jelölje a jelen súlyosságot:

Enyhe: Az A kritériumban szereplő tünetek enyhe szenvedést okoznak.

Mérsékelt súlyos: Az A kritériumban szereplő tünetek mérsékelt szenvedést okoznak.

Súlyos: Az A kritériumban szereplő tünetek erős vagy nagyon erős szenvedést

2.5. Gyógyszeres kezelési lehetőségek

A Viagra felfedezését követően (feltételezve, hogy a női orgazmuskészség nem számottevően különböző, mint a férfiaké) nagymértékű kutatás vette kezdetét, de mostanáig olyan átütő siker, amit a férfiaknál tapasztalni lehet, még nem jött el.

Az tény, hogy számos gyógyszer módosítja a nők orgazmuskészségét. Az úgynevezett SSRI (szelektív szerotonin visszavétel gátló) szerek késleltetik az orgazmust, vagy egyenesen anorgazmiát okozhatnak. Hasonlóképpen az antidepresszánsok is okozhatnak anorgazmiát, jóllehet a különféle szerek között vannak eltérések, így a nefazodon hatóanyagú gyógyszerek kevésbé okoztak mellékhatásokat szexuális területen (Meston, Levin, 2005).

Az antipszichotikumok úgyszintén orgazmusgátló hatásúak. Az antiepileptikumok esetében pedig arról számol be sok nő, hogy elér ugyan orgazmust, de az kevésbé kielégítő, élvezetes, mint a gyógyszereszedést megelőzően (Meston, Levin, 2005).

A gyógyszeres orgazmus képesség javítás tehát még várat magára. Az orvostudomány a negatív irányba mutató mellékhatások kivédését lassanként megoldja, azonban az orgazmuskészség javítása pusztán gyógyszeres megoldással egyelőre még nem lehetséges.

3. Terápiás módszerek

3.1. Hipotézisek

- I. Feltételezem, hogy a kliens számára az elfogadó közegben adott engedély, szexuális kérdésekre, kételyekre adott specifikus információ, javaslatok, szuggesztiók adása (PLISSIT) felszabadító tapasztalás, szorongáscsökkentő, ezáltal pozitív hatással bír az orgazmuszavarra.
- II. Feltételezem, hogy a szexuális edukáció képes pozitív irányba mozdítani a nők orgazmuskészségét.
Elgondolásom szerint a szexuális felvilágosítás által megakadályozható, hogy szexuális tévhitek, mítoszok, helytelen attitűdök épüljenek be a kliensek gondolkozásába, saját testüket el tudják fogadni és meg tudják ismerni, ezáltal pedig javul az orgazmuskészségük.
- III. Feltétezem, hogy lehetséges a mindfulness technikákkal az orgazmuszavar csökkentése.
- IV. Feltételezem, hogy a kognitív viselkedésterápia hatékony terápiás eszköz lehet az orgazmuszavar csökkentésében.
- V. Feltételezem, hogy művészetterápiával lehetséges a szexualitással kapcsolatos belső konfliktusok feldolgozása, ezáltal pedig javul az orgazmuszavar.

3.2. Terápiás megközelítésekről

Ahogy az a bevezetőben írtam a szexuális diszfunkciók prevalenciája igen magas. Simons és Carey (2001) 46%-ra mérte ezt a kutatásában. Balon és Segraves (2005) női orgazmuszavart a női populáció közel negyedén diagnosztizált. Ezen adatok mentén látható, hogy a probléma hatékony megoldása igen sürgető.

Ahogy fentebb is látható, a pszichológiai faktorok igencsak meghatározóak a szexuális diszfunkció kialakulásában, és fennmaradásában, így a megoldásnak is ezen a diszciplínán belül kell megszületnie.

A pszichológiai kezelés egy gyógyszeres terápiával szemben előnyökkel is kecsegtet. Nem kell számolni mellékhatásokkal, illetve azokat a pszichés problémákat, traumákat, nehézségeket segít meghaladni a pszichológiai segítség, amik a probléma kiváltói.

Ahhoz azonban, hogy a pszichés beavatkozásról beszéljünk fontos, hogy a tudományos alapelveknek megfeleljenek, azaz a különféle terápiás módszerek hatásvizsgálatát végre kell hajtani. Az, hogy egy beavatkozás elméletben működik, még nem bizonyítja önmaga hatásosságát. A hatásvizsgálat során általában várólistához, vagy más kezelésekhöz képest statisztika segítségével határozzák meg, a pszichés beavatkozás sikerességét és annak mértékét. Az, hogy egy módszert nem teszteltek (például azért, mert nincsen egy viszonylagosan kötött formája) nem jelenti feltétlenül a hatástalanságát, de tudományos szempontból nem tekinthető elfogadott beavatkozásnak. Ettől függetlenül úgy vélem, hogy jelen dolgozatban helye van ezek ismertetésének is, hiszen egyfelől perspektívát nyújt a további hatásvizsgálatokhoz, másfelől gyakorlati segítség lehet praktizáló pszichológusoknak, segítő szakembereknek.

3.3. PLISSIT modell az orgazmuszavar terápiajában

Annon (1976) aszerint vélekedett, hogy a szexuális terápia a korában hosszadalmasak, drágák voltak és nem feltétlenül váltották be a hozzájuk fűzött reményeket. Úgy érvelt, hogy a kliensek jó része szükségtelenül megy végig hosszadalmas felméréseken és kezeléseken, hiszen a klinikusok úgyis ágyúval a verébre módszerrel nyúlnak az 1-2 terápiás módszerükhöz (ez a '70-es évek viszonyait tükrözi).

Annon úgy vélte, hogy szükséges egy skálázás alapú kezelési terv, ami a kliensek igényeit tükrözi, nekik nyújt valós segítséget. Erre az igényre és szándékra ad megoldást a PLISSIT modell, mely egy mozaikszó:

- Permission
- Limited Information
- Specific Suggestions
- Intensive Therapy.

A klienseknek nem feltétlenül van szükségük a legtapasztaltabb szakember legintenzívebb terápiás módszertanára, ahogyan egy horzsolts seb ellátása sem igényel akkora felkészültséget, mint egy szívűtét. Így a legalacsonyabb foka a PLISSIT modellnek a az engedélyadás.

A kliensek gyakran annyit szeretnének tudni, hogy amit ők csinálnak, gondolnak, szeretnek, vagy éppen vágnak, az nem tér el a normálistól, nem abnormális, „perverz”, beteges. Ilyenkor egy számukra megközelíthető autoritás személyhez fordulnak, hogy bátorítást, megerősítést kapjanak a saját viselkedésükhöz. Általában nem a viselkedésük ami problémát jelent a számukra, hanem a viselkedésük ellenében ható gondolatok, melyek „rossznak”, illetlennek, tisztátalannak minősítik a cselekedetüket, gondolataikat. A pszichológus ilyen esetben meghallgatja a kliens gondolatait, és biztosítja a klient arról, hogy problémájával nincs egyedül, sokakat foglalkoztatnak hasonló gondolatok. Megerősíti a pszichológus azt, hogy a vágyai, cselekedetei nem deviánsak (Amennyiben így van. Ellenkező esetben segíti a megfelelő pszichológus, kezelőhely megtalálását, vagy javaslatot tesz pszichoterápiás kezelésre.) Az engedélyadás önmagában nem old meg pszichoszexuális zavarokat, de preventíve segít a kliensnek, hogy kiteljesedjen a

szexuális életében. Alkalmas ez a helyzet pszichoedukációra, és megerősíti a klienst abban, hogy szükség esetén fordulhat a pszichológus (Annon, 1976).

Sok esetben fordulnak pszichológushoz a kliensek az álmaikkal: megijednek attól, amit álmodnak, ami álmodozásuk közben eszükbe jut, és azon kapják magukat, hogy izgatja őket a gondolat. Így gyakran fordulnak amiatt kliensek pszichológushoz, mert partnerüktől eltérő személlyel létesítettek kapcsolatot álmukban, vagy azonos nemű okozott nekik gyönyört, pedig ez ébrenlétben nem jutna eszükbe, esetleg az incesztustabunak nem feleltek meg, és ez nyugtalanította őket. Ilyen esetben is az engedély adás a legmegfelelőbb eszköz. Ilyenkor feladat a szorongás csökkentése, a kliens biztosítása arról, hogy álmunkban nagyon sok minden történik, ami a valóságtól távol áll, és emiatt nem érdemes büntudatot éreznie. Ezek a gondolatok, álmok más embereknél is előfordulnak, ezek nem jelzése valamiféle abnormalitásnak.

Az sem ritka, hogy szorongással reagálnak az emberek, amikor szexuális arousal növekedést élnek meg olyan helyzetben, ami az ő mérlegelésük szerint nem ildomos vagy megfelelő. Ez adódhat abból, hogy nem tesznek különbséget a bőrérzékelésen keresztül történő stimuláció és a szexuális gondolatok között. Így például az édesanya, aki gyermeke szoptatása közben bizonyos fokú szexuális izgalmat él át. Ez az izgalom azonban nem a gyermekére vonatkozó extrém szexuális vágy jele, hanem a mellének taktilis stimulációja. Ebben az esetben is leginkább az engedélyadáson keresztül vezet az út a szorongáscsökkenés eléréshez. El kell mondani a kliensnek, hogy ami vele történik, az teljesen természetes, sokan mások is érznek így, ebben semmi szokatlan nincs, illetve ez nem jelez semmiféle „bajt”.

Az emberi szexuális viselkedés igen nagy szabadságot élvez, ezáltal pedig emberek tömegeiben merülhet fel az a szorongató gondolat, hogy jól csináljuk-e? Szabad-e így vagy úgy megélnünk a szexualitásunkat? Túl sokat, vagy túl keveset élünk szexuális életet? A statisztikák rossz interpretációja vagy téves értelmezése könnyen sodorja kétségek közé az embereket. Az elfogadó közeg és hozzáállás kommunikálása, önmagában célt ér, a kliens ebben az esetben engedélyt kér és kap a pszichológustól, hogy az amit ő (ők) csinálnak, az rendben van, amíg a pár azt élvezzi és elégedett.

Hasonlóképpen nem csak arra ad engedélyt a pszichológus, hogy mit tehet, hanem arra is, ha valaki bizonyos szexuális tevékenységtől szíve szerint tartózkodna. A média (és különösen a pornográf tartalmak) által sugallt szexuális elvárások nem feltétlenül esnek

egybe azzal, amit az egyén a szexualitásában megél, és ez alkalmasint problémaként jelenhet meg a számára. A PLISSIT modell belépő szintje az alapvető aggodalmakra, szorongásokra ad adaptív választ. Abban tud segíteni, hogy a szexualitással kapcsolatos szorongás megszűnjön, és preventív jellege okán, ne kelljen később nagyobb, összetettebb problémával foglalkozni.

A PLISSIT modell második lépcsője a limitált információk adása. Azaz bizonyos szexualitást érintő kérdéssel keres meg a kliens, melyre választ vár. Ilyen lehet a saját testtel kapcsolatos elvárás, vagy a szexuális teljesítménnyel kapcsolatos kétely, például alul- vagy felülműködés gyanúja, stb. A limitált információk adása természetesen összekapcsolódik, illetve kiegészül az engedélyadással.

Az elsőre furcsán hangzó limitáltságra azért van szükség, mert a hosszú, széles spektrumú szexualitással összefüggő információhalmazból a kliens nehezen, vagy egyáltalán nem képes a problémájára a választ megadni. Egy hosszú, mindenre kiterjedő, igazi szexedukációs foglalkozáson sok tudást szerezhet magának a kliens, de attitűdjeit nemigen változtatja meg. Annon szerint ennek hatékony módja az adott kérdéskörre kiterjedő pontos, tömör információ átadás.

A limitált információk adása hatékony megoldás, hogyha a kliens a nemi szerepek mítoszaival, téves, teljesíthetetlen, vagy éppen szükségtelen szexuális elvárásokkal kapcsolatban kéri a segítségünket (ezekről a leírást lásd a keretezett írásban).

Nemi szerepek mítoszai

„Férfiak szexualitásához kapcsolódó mítoszok:

- *A férfiszív egészen más.* A férfiak azt hiszik, hogy mindenáron erősnek, agresszívnek, versengőnek, érzelemmentesnek és kontrollhelyzetben lévőnek kell látszaniuk, holott ezen érzelmek mindegyike ellentétben áll a jó szexhez nélkülözhetetlen gyengédséggel, közvetlenséggel, érzékiséggel, nyitottsággal és az érzelmi kifejezőkészséggel.
- *A szexben elsősorban a teljesítmény számít.* A férfiak hajlamosak a szexuális élethez célorientáltan közeledni és az erekciót és az orgazmust a sikerrel azonosítani. Ez kifejezetten akadályozza a szerelmeskedés örömteli folyamatként való ellazult élvezését, hiszen pusztán elérendő céllá

devalválódik.

- *A férfi dolga a szexuális események irányítása.* Az ily módon gondolkodó férfiak nem hagyják a nőket szóhoz jutni, és nem kíváncsiak arra, hogy mi a jó nekik. Kizárólag arra koncentrálnak, amit ők tesznek, és képtelenek élvezni azt, ami a nő kezdeményezésére velük történik.
- *A férfiak sohasem utasítják vissza a szexet, és mindig készen állnak rá.* Ez a mítosz arra sarkalja a férfiakat, hogy érzelmileg alkalmatlan helyzetekben és kapcsolatokban is törekedjenek a a szexuális kapcsolatra. Ennek aztán gyakran rossz vége lesz.
- *Minden testi kapcsolatnak aktussal kell végződnie.* Az ilyen gondolatokat valló férfiak nem képesek élvezni a csókolódzás, az ölelkezés, az összebújás és a simogatás örömeit, mert mindezeket csak az „igazi” dolog felvezetőinek tartják.
- *A szexuális kapcsolat feltétlenül közösülést jelent.* Az ilyen mítosz főleg az erekciós zavaroktól szenvedő férfiakat zúzza porrá. Jelentősen lehet csökkenteni az erekcióhoz kapcsolódó teljesítményszorongást, ha a partnerrel együtt képesek manuális vagy orális úton szerelmi gyönyörhöz és orgazmushoz jutni.
- *Erekció nélkül nincs szex.* Ez az előző mítosz egyenes ági leszármazottja, pedig nem a pénisz az egyetlen szexuális tevékenységre alkalmas testrészünk, és erekció nélkül is lehetnek pompás szexuális együttléteink.
- *Csak az orgazmusba torkolló, egyre fokozódó nemi izgalommal járó szex számít jónak.* Ez a mítosz megfosztja a férfiakat a ráérős, beszélgetésekkel és pihenéssel tarkított szexuális játékok élvezetétől, amikor a másokban megleljük a nemi szervén kívül az embert is.
- *A szexnek természetesnek és spontánnak kell lennie.* Ilyen mítosz birtokában soha nem tudjuk meg, hogy mit szeret a másik. Egy mai házaspárnak, akik mindketten részt vesznek a gyermeknevelésben, és mindketten stresszel teli életet élnek, igenis fontos, hogy időnként olyan előre megtervezett együttléteik legyenek, amikor mindketten elengedettek, kipihentek és szerelemre készek.
- *Felvilágosodott korunkban már nem érvényesek az előző mítoszok.* Az elmúlt

évek szexuális mozgalmi ugyan valóban elmostak néhány szexuális gátlást, de hoztak helyette más aggodalmakat, ugyanis ma már mindenki olyan akar lenni, mint a kortárs irodalomban, a filmekben és a könnyűzenében megjelenő szexuális szuperhősök.

(Zilbergeld, 1978, Comer, 2005, pp. 442-443. nyomán)”

„A nők szexualitásához kapcsolódó mítoszok:

- *A szex csak a harminc év alatti nőknek való.* A nők egy része épp harmincas éveinek közepére érleli ki a szexuális válaszkészséget, és a legtöbb esetben utána sem tapasztalható hanyatlás.
- *Az egészséges nőknek minden szexuális aktus alatt van orgazmusuk.* Még a kirobbanó orgazmuskészségű nők is csak az esetek 70-80 százalékában élnek át orgazmust.
- *Minden nőnek többszörös orgazmusa kell legyen.* A kutatások szerint a nők átlagosan 20 százaléka rendelkezik a többszörös orgazmus átélésének képességével. Nincs kapcsolat a szexuális kielégülés és az egy-egy alkalommal átélt orgazmusok száma között.
- *A terhesség és a gyermekszülés csökkenti a nemi válaszkészséget.* A terhesség utolsó heteiben és a szülést követő időszakban a szexuális élet valóban kissé kényelmetlenné válik, bár a terhesség alatti alhasi vérbőség egyenesen növelheti a szexuális étvágyat.
- *A nők aktív nemi élete a menopauzával lezárul.* A változás kora után az ösztrogénkezelésben nem részesülő nőknél bekövetkező hüvelyszárazság valóban akadályozhatja a szeretkezések élvezetét, de sokan vannak, akik a teherbe esés és a fogamzásgátlás nyűgétől megszabadulván ekkor lesznek igazán elemükben.
- *Az orgazmus jellege a nők személyiségvonalaitól függ.* A vaginális orgazmus nőiesebb és érettebb személyiségre vall, mint a klitorális orgazmus. Az orgazmus egyszerűen orgazmus, nem személyiségvonal.
- *A szexuálisan jól funkcionáló nőt a partnere mindig fel tudja izgatni.* A fáradtság, a harag, a szorongás és más érzelmek még a legérzékenyebb nő szexuális válaszkészségét is képesek lerontani.

- *Jó házból való nők nem izgulnak fel erotikus könyvektől vagy filmektől.* A kutatások szerint a nők éppúgy reagálnak az erotikára, mint a férfiak.
- *Csak a frigid nők nem kedvelik a szex egzotikus variációit.* Sok olyan nagy szexuális étvágyú nő van, akit hidegen hagy az orális, az anális, vagy a csoportos szex, és a szexuális játékszerek, például a vibrátor sem hozza lázba.
- *Ha az orgazmusod nem jön könnyen és gyorsan, akkor valami baj van veled.* Az orgazmus bekövetkezésének küszöbe minden nőnél más és más, ahogy az egyik ember is gyorsabban fut, mint a másik.
- *A nőies nők nem kezdeményeznek szexuális aktust, nem vadulnak be közben, és nem feledkeznek meg magukról.* Ez csak a viktoriánus kor kettős normarendszere szerint van így.
- *Kettős csapda: ha nincsenek szexuális fantáziáid, akkor frigid vagy, ha vannak, akkor fehérmájú.* A szexuálisan jól működő nők nagy részének vannak szexuális fantáziái.

(Heiman, LoPiccolo, 1988 Comer, 2005, pp. 443. nyomán)”

A PLISSIT modell harmadik lépcsőfoka a specifikus szuggesztiók/javaslatok adása. Hogy hatékony szuggesztiók adása lehetségessé váljon szexuális probléma történetet szükséges felvenni a klienssel (ez nem azonos a szexuális történettel, az ennél a beavatkozási szintnél nem feltétlenül szükséges). A szexuális problémátörténet a következő lépésekből áll össze:

1. „Jelen probléma leírása.
2. a., Probléma kezdete (mikor kezdődött? Fokozatosan jelent meg vagy hirtelen? Köthető-e valamilyen eseményhez a probléma megjelenése?)
b., Probléma lefolyása (Hogyan változott az idő folyamán? Súlyosbodás? Csökkenés? Fluktuálás? Gyakoriság? Frekvencia? Intenzitás? Párkapcsolatokkal összefüggő egyéb változók köthetőek-e a problémához?)
3. Kliens elképzelése a probléma okáról, fennmaradásáról.
4. Elmúlt kezelések és azok eredménye:
 - a., Gyógyszeres kezelés: szakterület, időtartam, kezelés jellemzői, eredmények, jelenleg szed-e valamilyen gyógyszert.

b., Szaksegítség igénybevétele (szakterület, időtartam, kezelés jellemzői, eredmények)

c., Öngyógyítás (fajtája és eredménye)

5. Jelen elvárások és célok a kezeléssel kapcsolatban (konkrét vagy képzeletbeli) (Annon 1976 pp. 11.).”

A specifikus szuggesztiók adása azért különbözik az előző két lépcsőfoktól, mert azon esetekben nem volt szükség arra, hogy a kliens aktív résztvevőként cselekedjen. Jelen esetben a kliensnek involválódnia kell ahhoz, hogy a viselkedésváltozás megtörténjen, ezáltal pedig a terápiás cél elérhetővé váljon.

A specifikus szuggesztiók adása egy olyan rövid terápiás módszer, mely idő és probléma fókuszált. Két fontos gondolati egység köré épülnek fel a szuggesztiók, melyek akár meg is oszthatóak a klienssel:

1. Amennyiben a kliens problémája a testével van, akkor érdemes aköré a gondolat köré szőtt szuggesztiókat adni, hogy: *nem az számít, hogy mid van, hanem az, hogy mit teszel azzal amid van.*

Ez az attitűd jelentősen más lehet, mint amit a kliens eddig elsajátított, ezáltal hatékony eszköze lehet a kliens gyógyulásának.

2. A kliensek jelentős része valamely szexuális tevékenységgel kapcsolatos nehézséggel keres meg minket, így például a szexuális izgalom elérésének nehézségével, erekciós problémával, orgazmus vagy ejakuláció feletti kontroll vesztettségével, stb. Ezek a kliensek gyakran érzik úgy, hogy a szexuális aktusaik mindig az utolsó, végső lehetőségek, hogy bizonyíthassanak. „Ha most sem sikerül, azzal elbaltázom az utolsó esélyemet.” Ezek a gondolatok nem abba viszik a kliens gondolatvilágát, melyben a szexuális céljai megvalósulnak. A kliens biztosítása arra vonatkozólag, hogy *lesz másik lehetősége, lesz legközelebb is alkalma arra, hogy kívántabb módon élje át a szexualitást.* Ezek a gondolatok leveszik a terhet a kliens válláról, hatékonyan feledkezhet meg az önbeteljesítő negatív jóslataitól, melyek a akadályai voltak az önfeledt szexuális gyönyörnek.

A szuggesziók a szexuális problémák alapján kerülnek megfogalmazásra. Lehetséges a párnak, vagy csak egyik vagy másik félnek segíteni ilyen módon, a probléma természetéből és súlyosságából fakadóan.

A specifikus szuggesziók sokfélék lehetnek, így például irányulhatnak a figyelem visszatérésére, az érzéki fókusz gyakorlatok segítenek a biztonságos, elvárások nélküli légkör megtapasztalásában, lehet javaslatot tenni randevúkra, változatos együttlétekre, szexuális együttlét során a stimuláció megszakítására, squeeze technikára, női intim tornára, stb.

A PLISSIT modell specifikus szuggesziói hathatós segítséget nyújtanak a kliens szexuális problémái leküzdésében. Annon úgy találta, hogy azok az ülések bizonyultak a leghatékonyabbnak, melyeken a pár mindkét tagja részt vett.

A PLISSIT modell negyedik lépcsője az intenzív terápia, melyről Annon nem ír. Némely esetben nyilvánvalóan a szexuális probléma csak a jéghegy csúcsa, ilyen esetben az alsóbb lépcsőfokok segíthetnek ugyan, de valós megoldást nem képesek adni. A teljesség igénye nélkül ilyenek lehetnek például a szexuális bántalmazások, kötődési problémák, személyiségzavarok, hangulati zavarok, téveszmés zavarok, viselkedési zavarok, stb. A PLISSIT modell nem arra ad megoldást, hogy a major pszichés problémákat egyszerűbb, rövidebb módon orvosolja, hanem, hogy a minor pszichés, szexuális problémákra hatékony, rövid, problémaszpecifikus pszichés megoldást biztosítson.

3.4. Szexuális edukáció az orgazmuszavar terápiájában

A szexuális edukáció fontossága már vitathatatlanná vált: általa csökken a nem kívánt terhességek száma, ezáltal az abortuszok száma, a szexuális betegségek terjedése, javul az óvszerhasználat. A szexuális edukáció ennél fogva igen kívánatos már kisgyermek kortól kezdve. Sem a szülők, sem az oktatási intézményeink nem lelkesednek azonban a feladatért, hogy a gyermekeket ebben a témában okítsák. Ez különösképpen igaz az LMBTQ témák tekintetében, mellyel gyakorlatilag így gyakorlatilag a másságot megélő fiatal magára marad. A szexuális felvilágosítás elmaradása azonban nem „áll meg” az iskola kapujában, a torz, formálatlan, mítoszokkal, tévedésekkel telített szexuális tudás a felnőttkori szexuális tudásnak alapja lesz. A szexuális felvilágosítás nem terápiás módszer, azonban számos terápiás metódusban szerepet kap.

Ahogy a PLISSIT modellnél láttuk, adott szexuális problémára nem átfogó információt kap a kliens, hanem a problémára vonatkozó lehető leghatékonyabbat annak érdekében, hogy az az információmorzsa mindenképpen beépüljön a kliens tudatába.

A női orgazmuszavarra terelve a szót, Meston és Levin (2005) nem talált összefüggést a női orgazmuszavar és a szexuális edukáció között, mondandójuk a következőképpen foglalható össze: a szexuális edukáció szükséges, ám nem feltétlenül elégséges feltétele az elég jó szexuális együttlétnek. Ezáltal tehát szexuálpszichológusként előfordul, hogy a PLISSIT modell keretein túl is feladatunk van a kliens edukálásában.

A szexuális edukációban a fiataloknak nagy segítség az interneten fellelhető szexualitásról szóló tartalmak, azonban kérdéses, mennyire tudnak erre rálelni. Megfelelő szakszavakkal keresve a tartalmak bőséges tárháza nyílik meg, azonban a pongyola, szlenges megfogalmazások silány, sok esetben a mítoszokat megerősítő találatokhoz vezetnek (Brown, Keller, Stern, 2009).

Az interneten számos ingyenesen hozzáférhető jó minőségű szexuális felvilágosító tartalom található, így szakemberekkel és szülőkkel való beszélgetés hiányában a tanácstalan fiatalok (és a felnőttek) telefonos alkalmazásokhoz, oldalakhoz, videó tartalmakhoz férhetnek hozzá. Ezen felül a különböző fórumokon a szexuális

orientációjuknak megfelelő személyeket is megtalálhatják, meglátva azt, hogy nincsenek egyedül kérdéseikkel, vágyaikkal. A randialkalmazások pedig végképp tabudöntőgetően leegyszerűsítik a párkereső személyek találkozását.

Az internettel kapcsolatban nyilván nem csak előnyökkel, hátrányokkal is szembesülnie kell a tartalomfogyasztónak. A szexting, a szexuális tartalom megosztása új kihívásokat állítanak a szexedukátorok elé. A pornó vizualitása olyan elvárásokat támaszthat a néző felé, amit ő maga nem élvez illetve testével kapcsolatban kisebbségi érzést ébreszt. Utóbbi tartalmat jóval könnyebb megtalálni, mint az edukáló célzatú oldalakat.

A szexuális felvilágosítás nem kezdődhet anatómiai ismeretekkel, vagy konkrétan a szexualitással. Érdeemes viszont beszélgetni a kliensekkel érzelmekről, tapasztalatokról, kapcsolatokról, barátságáról, szerelemről, ismerkedésről, flörtölésről, stb.

A legtöbb szakirodalom a szexuális felvilágosításokat kiscsoportos környezetben fiatalokkal, fiatal felnőttekkel képzelel. Card és Benner (2008) olyan programot indítványoz, melyben a fiatalok félig konstruált keretben, játékos formában tanulnak a saját szexualitásukról, a szexuális életéről. A program a következő feladatokból áll (a teljesség igénye nélkül):

- Randizással összefüggő játékos feladatok elpróbálása.
- Egymással megbeszélnek a fogamzásgátlással kapcsolatos tényeket és tévhiteket.
- Védekezési módszerek megbeszélése.
- Páros beszélgetések során begyakorolják, hogy a védekezésről való lebeszélésnek miként tudnak ellent mondani, miként tudnak asszertív módon fellépni, ha saját testükről, egészségükről van szó.
- Eljátsszák, hogy gumióvszert vásárolnak, majd ténylegesen meg is teszik ezt.
- Szexuális úton terjedő betegségekkel kapcsolatos tények és mítoszok megbeszélése.
- Hogyan tudnak igent vagy nemet mondani egy társuk közeledésére egy buliban.
- Kipróbálják a gumióvszer felhelyezését egy banánra.
- Előbújás elfogadásának módja, a másik érzéseinek átérzése.
- Mít jelent a csoport számára a szex?
- Miként tudnak egymásnak örömet szerezni a az emberek?
- Orális szex

- Vaginális szex
- Anális szex
- Saját szexuális történetünk elmesélése
- Szex a párkapcsolatban a mikor kérdése.
- Kérdésdoboz: anonim kérdezési lehetőség.

Ahogy látható, a szexuális edukáció egy igen szerteágazó, a szexualitástól messzire távolodó és lassan közeledő folyamat, amibe legalább annyi kreativitás szükséges, mint a terápiás folyamatban. Egyetlen terápiás módszer sem lehet azonban sikeres, hogyha a kliens tárgyi tudása helyett féligazságokat, mítoszokat ismer. Ezáltal pedig a szexuális edukáció, a szexuális önismeret előszobája.

Felismerve a téma hiányosságait és fontosságát Bakó Veronika és Tóth Zsuzsanna csoporttársammal szexedukációs társasjátékot készítettünk Egészségfejlesztés és prevenció tantárgyra. A játék kooperációra építve játékosított formában dolgozza fel a szexuális edukáció témáját úgy, hogy a gyermekek gyakorlatilag mozaikmódszerrel szereznek információt, tartanak egymásnak kiselőadást és együttesen foglalják össze a szerzett tudásukat. A játékot általános iskolában nagy sikerrel teszteltem.

3.5. Mindfulness az orgazmuszavar terápiajában

A mindfulness a kognitív viselkedésterápiák harmadik hullámának nevezik, mely leggyakrabban a „hagyományos” terápia kiegészítéseként kap szerepet. Jóllehet megállja a helyét egymagában is. A mindfulnessnek számtalan meghatározása van hiszen a buddhizmusban gyökeredzik, nyugatra a Dalai Láma tolmácsolásában jutott el és újraértelmezték kutatók, pszichológusok, terapeuták. A mindfulness annyit tesz, hogy a figyelmünket az itt és mostra meditáció segítségével fókuszáljuk elfogadva a történéseket, érzéseket, amik bennünk támadnak. Éber figyelemmel ítélkezés mentesen figyelünk önmagunkra. A meditáció során a légzésünkre figyelünk, de lényegében figyelhetünk bármi másunkra is, a légzés jól megfigyelhető és könnyen tudatosítható, könnyű rá visszavonni a figyelmünket. A meditációs folyamat során figyelmünket magunkra összpontosítjuk, kíváncsian de ítéletmentesen szemléljük a tapasztalásainkat, és ha figyelmünk elkalandozna, azt visszatereljük önmagunkra (Barker, 2017).

Lélegző meditáció:

Keress egy olyan helyet, ahol nem zavar senki! Ül le, talán törökülésbe, vagy egy székre, hátadat kiegyenesítve, hogy a talpad érintse a földet. Hunyrd be a szemed, vagy pihentesd őket magad elé nézve. Figyeld meg a tested, érzel valahol feszültséget? Lazítsd el!

A következő öt percben figyeld meg a légzésed! Milyen érzés amikor beszívod a levegőt? Milyen érzés kifújni? Ne próbáld számolni a légzésedet, vagy valamilyen módon befolyásolni az! Hagyd, hogy a maga természetes módján vegyél levegőt be és ki. Figyeld meg, hogy hogyan érzed a levegő áramlását az orrlyukadon... A szádon... A tested egészén...

Bizonyára érezted, hogy a figyelmed elsodródott, miközben a légzésedre próbáltál figyelni. Ne aggódj emiatt, ez a folyamat része. Csak figyeld meg, hogy mi történt, és tereld vissza a figyelmed a légzésedre! Mászor is el fog kalandozni a figyelmed, semmi baj, csak vedd észre, hogy mi történt és folytasd a légzésed megfigyelését!

Hasznos lehet, ha magad elé képzelsz egy csónakot a vízen. A horgony a légzésed. Érzéseid, gondolataid a fodrozódó hullámok, melyek ide-oda sodorják a csónakot a

horgonytól, de te mindig képes vagy visszatérni hozzá.

Nyújtózkodj egy kicsit! Ennek a mindfulness gyakorlatnak vége van. Gondolkozz el azon, hogy a mai napon milyen más tevékenységre tudnál úgy koncentrálni, mint most a légzésedre!

(Barker, 2017 pp. 438. alapján)

A mindfulness elgondolás a buddhizmusban gyökeredzik, de fogalmi részint megfeleltethetőek a behaviorizmus fogalmainak is. Megfogalmazásuk szerint a négy nemes igazságot el kell fogadjuk:

1. A szenvedés elkerülhetetlen része az életnek.
2. Azért van szükség a szenvedésre, hogy megfigyeljük, az a vágyakozásban gyökeredzik: görcsösen ragaszkodunk azokhoz a dolgokhoz, amiket akarunk, és el akarjuk kerülni azokat a dolgokat, amiket nem akarunk.
3. Engedjük el a vágyakozásunkat!
4. Vágyakozásunk elengedésével (lásd fent) a bölcsesség növelésével, etikus viselkedéssel gondolkozással a szenvedés csökkenthető.

A szexualitás könnyen válhat valami olyan vágyott dologgá, melyet nagyon szeretne a kliens az izgalom miatt, az élvezet okán, a realitástól való eltávolodás miatt, vagy bármilyen más okból. Ebben a keretben értelmezve ez a ragaszkodás olyan mértékűvé válhat, hogy éppen ez okozza a szexuális alulműködést. Az erős akarat a szexuális aktus irányába meghiúsítja a vágyott tevékenység megtörténtét (Barker, 2017).

Ugyanakkor a szex taszító, elkerülendő dologgá is válhat, összekapcsolódhat nehéz kellemetlen tartalmakkal, érzésekkel: szégyennel, félelemmel, zavartsággal stb. így elkerülendővé válik (Barker, 2017).

Kielégítő és nem kielégítő tapasztalatok gyakorlata

Arra kérlek, hogy írd két bekezdést: egyet a legutolsó kielégítő, kellemes érzéseket keltő szexuális, erotikus, érzéki élményedről, egyet pedig a legutolsó olyan élményedről, ami nem volt számodra kellemes!

Bármiről írhatod fantáziától kezdve a csókolózáson át a szexuális aktusig vagy akár egy maszturbációról is. Ha egy masszázs vagy egy kellemes fürdőzés volt számodra legutoljára ilyen kellemes, írd arról!

Az a lényeg, hogy olyan élményt válassz, ami kielégítő, kellemes, boldogító volt, a másik esetében pedig ami nem volt az. Ez utóbbi olyan legyen, ami ugyan nem volt számodra kellemes, de azért ne is legyen traumatikus.

Próbáld meg minél részletgazdagabban leírni a tapasztalásaidat, írd a különböző érzékleteidről, gondolataidról, érzéseidről! Idézd fel, hogy miként kezdődött, hogyan teljesedett ki és hogyan fejeződött be az élményed!

Hogyha elkészítetted a két leírást, próbáld meg összehasonlítani őket! Mik azok a kulcsponatok amikben különböznek?

(Barker, 2017 pp. 442. alapján)

A tapasztalatok abba az irányba mutatnak, hogy a kliensek rendkívül nagy arányban konzisztensen képesek felismerni azokat a kulcsponokat, melyek különbözőek a két élményben. A kielégítő történet során a kliensek flow szerű élményt, egybe olvadtságot írnak le a partnerükkel, megélik a pillanatot.

A nem kielégítő történet ezzel szemben jellemzően azt fogalmazza meg, hogy a főszereplő nem él meg kapcsolatot a partnerével és a történésekkel, a múlt és a jövő képei megzavarják a történet folyását (például, hogy mit csináljon, mit ne csináljon, mindennapi teendők, stb). A nem kielégítő történetekben rendszeresen megjelenik a saját test valamely aspektusának elutasítása, vagy a partner gondolatainak „olvasása”, vagy egymás tevékenységével kapcsolatos frusztráció, elégedetlenség.

A nyugati világ tudományos történelméből fakadó test-lélek dualizmus nem jellemzője a mindfulness törekvéseknek, azáltal pedig a testi-lelki egybeolvadás lehetőségessé válik a gyakorlatok által. Az ilyen gyakorlatok kifejezetten hasznosak lehetnek azon kliensek számára, akik a testükkel elégedetlenek, vagy akik úgy tekintenek a testükre, mint gépekre, amiknek teljesíteniük kell. Ilyen gyakorlatok azok a meditációs feladatok, ahol a test minden apró részletét gondolatban áttanulmányozza a kliens. Ezek a mindennapi életben is használhatóak, így érdemes őket fizikai aktivitás, vagy egy kellemes fürdő során gondolatban elővenni.

Baker és Absenger (2013) a stressz csökkentést hangsúlyozza, mint a mindfulness technika fő hatótényezőjét, és ezen keresztül képzelel el a szexuális diszfunkciókra gyakorolt jótékony hatást. Sommers (2013) az itt-és-most tényezőt hangsúlyozza, és azt, hogy a mindfulness gyakorlatok a folyamatba vonódnak bele és nem célorientáltan élnek

szexuális életet. Ez a felszabadító két tényező pedig biztosítja az élvezetes szexuális együttlétet. Goldmeier (2013) úgy találta, hogy az orgazmusproblémával küzdőknek jellemzően célorientált gondolatai vannak a szexualitással kapcsolatban. Azzal hogyha a figyelmüket a testükre, a megélt érzéseikre irányítják, sikerül ezeknek a célorientált, önmagát meghiúsító gondolatoknak elejét venni.

Brotto, Erskine, et al. (2012) kontrollcsoporttal vizsgálta a mindfulness alapú kognitív viselkedésterápia hatékonyságát olyan nőknél, akik nemi szervük rákos megbetegedéséből gyógyultak meg. Eredményeik arra engednek következtetni, hogy a kezelés hatékony volt kognitív és emocionális szinten, ám az eredményessége nem volt mérhető a kontrollcsoporttal szemben fiziológiai szinten. Ugyanezen eredményekre jutott Brotto, Basson, Luria (2008), amikor rákban nem érintett személyeket vizsgáltak. A szexuális vágy és arousal problémák leküzdésére különösen hatékony módszernek bizonyult a mindfulness azon nők esetében is, akik szexuális traumát éltek át.

Kvalitatív módon vizsgálódva a kutatások résztvevői úgy találták, hogy a mindfulness készségek, gyakorlatok átültethetőek és alkalmazhatóak az élet más területeire. A résztvevők beszámolóiból kiderül, hogy pozitív hatással vannak a mindfulness technikák a testükkel való kapcsolatukra és jobban tudják megfigyelni testük jelzéseit is (Mize, Iantaffi, 2013).

3.6. Kognitív viselkedésterápiás módszerek az orgazmuszavar terápiájában

A kognitív viselkedésterápiának célja az attitűdök és a szexualitással kapcsolatos negatív gondolatok megváltoztatása, valamint a szorongás csökkentése. Ezzel elősegítve az orgazmuskészséget és a szexuális elégedettséget, így javítva a szexualitáshoz való pozitív hozzáállást. A kognitív viselkedésterápiáról elmondható, hogy formalizált részekből épül fel a terápia, ezáltal pedig jól áttekinthetőek a terápiás lépések.

A kognitív viselkedésterápia legfőbb jellemzője a kollaboratív empiricizmus, azaz a kliens és a pszichológus együtt, kvázi partnerszövetségben dolgoznak. Együtt alkotnak hipotéziseket a kliens automatikus gondolatairól, kognitív sémáiról, valamint arról, hogy a viselkedésének módzatai mennyire szolgálják a céljait, mennyire hatékonyak. Fontos, hogy a kliens motivációja mellett tudjon bízni a pszichológusban, ne jelentsen nehézséget számára a kapcsolat fenntartása és az együttműködés.

A terápia fő célkitűzése, hogy a kliens képes legyen a valóságot káros mértékben torzító kognícióit megváltoztatni, ezáltal pedig új adaptív viselkedésformákat elsajátítani (Unoka, 2015).

A kognitív terápiás ülésnek a felépítése meglehetősen sematikus, melyet a pszichológus a szükséges mértékben alakít a kliens aktuális igényeihez. Az ülés a következő részekből épül fel:

- egymásra hangolódás,
- állapotfelmérés, mely során a kliens beszámol az előző ülés óta tapasztalt tüneteiről, tapasztalásairól, viselkedés módosításairól,
- előző ülésen történtek átisméltése, felelevenítése,
- új problémák megtárgyalása: a pszichológus arra kéri a klienst, hogy számoljon be azon új problémáiról, melyekben a segítségét kéri, amiket érdemesnek gondol arra, hogy a terápiás folyamatban megtárgyalásra kerüljenek.
- új készségek tanulása, új házi feladat adása annak megfelelően, hogy a pszichológus milyen készséget tanítana, illetve alkalmazkodva a kliens újonnan hozott problémájához.

- összegzés, mely során kezdetben a pszichológus, később egyre inkább a kliens kiemeli azokat a momentumokat, melyben fejlődés, előrelépés tapasztalható. Milyen lépéseket tettek az ülés során? Volt-e valami zavaró az ülés során? Milyen új ismereteket sikerült elsajátítani (Unoka, 2015)?

A kognitív terápia első szakaszában a pszichológus, mint edukátor szerepel: bemutatja a kognitív modellt, és arra szocializálja a klienst, azaz a kliens által közölt panaszokat kognitív terminológiára fordítja. A pszichológus úgy kérdez, hogy a kliens figyelme a gondolataira fókuszáljon, ezáltal pedig felfedezze a gondolatok mögött meghúzódó mintázatokat, amelyek az önmagáról, a világról, a többi emberről szólnak (Unoka, 2015).

Hatékony módszer a háromszlopos metódus, melyben a kliens megtanulja az őt érintő élményeket strukturálni aszerint, hogy milyen esemény történt, az milyen gondolat jutott erről az eszébe, milyen reakciót váltott ki belőle (például érzelem, testi érzés, viselkedéses válasz). Az ülés során a kliens és a pszichológus megbeszéli, hogy az átélt érzelmek, tanúsított reakciók mennyire voltak reálisak, illetve milyen szerepe volt az esetleges torzított helyzetértékelésnek (Unoka, 2015).

Az egy téma irányába csoportosuló negatív gondolatokból következtethetünk az alapsémákra, amivel azonosítható, hogy a kliens miként birkózik meg a torzított lencsén keresztül szemlélt világgal. Az esetkonceptió meglétekor lehetségessé válik a kliens számára a kiváltó események, negatív automatikus gondolatok, érzelmek, testi tünetek, viselkedéses reakciók kapcsolatának megértése. Az automatikus negatív gondolatokat a pszichológus és a kliens közösen megkérdőjelezzik: afféle empirikus munkához hasonlóan feltárják a torzított valóság mellett és ellene szóló bizonyítékokat. A bizonyítékokat százalékvértékekkel súlyozzák igazságtartalmuk, „erősségük” szempontjából (Unoka, 2015).

Új jelentésadással könnyen megváltoztathatóak a kiváltó eseményekre adandó automatikus válaszok. A terapeuta célja, hogy a kiváltó helyzetre adott jelentésadási válasz adaptívabb legyen a korábbiaknál. Egy helyzetben a kliens ne legyen szélsőségesen önvádoló (vegye figyelembe a külső tényezőket is), vagy képes legyen elkülöníteni az egyszer történt eseményeket az általánostól. Előfordul ugyanis, hogy a kliens egy egyszeri hibás lépés következményeként azt általánosnak éli meg, és ezen keresztül ítéli meg önmagát. Előfordul, hogy a kliens a jövőjét teljesen negatívnak

könyveli el nem hagyva alternatívát a pozitívabb kimenetekhez. A pszichológus ebben az esetben is megkérdőjelezi a feltevések valóságtartalmát, segít a kliensnek reálisabb kimeneteket elképzelni.

A kliensnek nagy segítség, hogy negatív automatikus gondolatait „leleplezze” az, ha a pszichológussal logikai hibákat keresnek a kliens értelmezéseiben. Ilyen logikai hibák lehetnek például a katasztrófizálás, negatív szűrő, túláltalánosítás, gondolatolvasás, stb.

A kognitív viselkedésterápia kiegészítő részei orgazmuszavar esetén az alábbiak: szexuális edukáció, kommunikációs készségfejlesztés, Kegel gyakorlatok, maszturbációs feladatok, érzéki fókusz és szisztematikus deszenzitizáció.

A maszturbációs feladatok azért hasznosak az orgazmusnehézségekkel küzdő nők számára, mert az önkielégítés során megtanulják, hogy milyen típusú ingerlés okoz nekik nemi örömet, mely mozdulatok, milyen típusú ingerlés kellemes, és végső soron milyen öningerléssel képes önmagát orgazmushoz juttatni. Az az előnye is megvan a maszturbációnak, hogy magányos tevékenységről lévén szó, nem zavar a partner jelenléte, a neki tulajdonított esetleges becsmérő negatív gondolatok (Meston, Levin, 2005).

Lopiccolo és Lobitz (1972) vázolták először a maszturbálás terápiás programját, melyben első lépésként a kliens feladata, hogy egy tükör segítségével felfedezze testének intim tájait, megtalálja a nemi szervének különböző pontjait.

Második lépésként a hangsúly azon van, hogy a test felfedezése mellett a kliens fedezze fel a testének azon pontjait, melyek ingerlése kellemes szexuális érzésekkel töltik el. Hogyha megtalálta ezen pontokat, ingerelje őket, míg „valami történik”. Remélhetőleg el tud jutni az orgazmusig. Ha kellemetlenné válik az érzés, hagyja abba.

Amennyiben szükséges, síkosító szerek (és egyes források szerint vibrátorok) használatai is lehetséges.

Amikor a kliens már elég önbizalmat szerzett az orgazmus elérésének képességében, a partner bevonása kívánatossá válik közös maszturbációs szexuális játék során. Ezzel lehetségessé válik a kliens deszenzitizációja a szexuális öröm mutatásával összefüggésében (Meston, Levin, 2005).

Hasznos feladatok az irányított maszturbációhoz:

Tényezők feltérképezése, kontextus, és jelentés:

- Az életút szexuális összefoglalása. Ebbe beletartozik az érintés, érzéki érintés, szexuális aktivitás, gondolatok, érzések, vágyak, vágyakozások. Áldozz erre időt, elevenítsd fel az emlékeidet, írd le őket! Ne bíráld magad, hogy mi történt vagy mi nem történt, tekints erre úgy mintha felfedeznéd, megpróbálnád megérteni önmagad!
- Egy másik alkalommal gondold végig a szexuális tapasztalataidat! Figyeld meg, hogy hogyan viszonyulsz hozzájuk, és a szexhez! Befolyásolta a gondolkodásmódodat a családod, barátaid, vallásod, a politika vagy a kultúra (magazinok, filmek, zenék, híres emberek)?
- Gondolkodj el, hogy mennyire igaztalan az az állítás, hogy a múltban történetek meghatározzák a jelenedet és a jövődet? Hogyha a szexualitásodra gondolsz, a múltadból inkább tapasztalatokat tudsz levonni, amiket felhasználhatsz a jelenben és a jövőben.

Test és nemi szervek:

- Nézd meg a tested! Juss dűlőre magadban, hogy a tested mely részeit fogadod el, mik tetszenek a külsődben? Mi az amit máshogy szeretnéd, hogy kinézzen rajtad? Min tudnál változtatni a realitásokon belül és mi az amit a legjobb lenne elfogadni? Mitől függ, hogy hogyan érzel magaddal kapcsolatban? Hogyan értékeled a testedet egészlegesen?
- Miközben kényelmesen ülsz az ágyadon fogj egy apró tükröt, és kezd el felfedezni a nemi szerveidet! Fontos, hogy megtaláld a csiklódat, a nagy szeméremajkaidat, a kis szeméremajkaidat, a hüvelyed, a végbélnyílásod. Ez fontos, és szerves része a testednek. El tudod fogadni a tested ezen részét? Tudsz hozzá megbecsüléssel fordulni?
- Fedezd fel a tested és a nemi szerveid a kezdeddel! Érzed milyen sokféle módon érhetsz magadhoz, mennyire más érzéseket tudsz okozni magadnak? Keress új érzéseket a különböző testtájakon! Most nem az a cél, hogy bármilyen célt,

vagy érzést elérj, engedd át magad a felfedezésnek! Érezd, meg, hogy bizonyos érintések kevésbé jók, míg mások egészen kellemesek! Először ezt síkosító, vagy olajok nélkül próbáld, de ha kedvet kapsz, miért ne próbálnád ki azokkal is a tested érintését?

Amikor a nemi szerveidet érinted figyelj oda az érzésre a vaginád környékén, a szeméremajkak körül és a hüvelyednél! Milyen különböző érzések! Számodra melyik a legkellemesebb?

- Nézz utána a Kegel gyakorlatoknak, próbáld őket elsajátítani
- Engedd magadnak, hogy elfogadd a tested, ami csak a tiéd!

Szexuális arousal felfedezése:

- Hogyha a nemi szerv érintése nehézkes vagy kellemetlen, próbáld rájönni arra, hogy mi lehet ennek az oka! Honnan erednek ezek az érzések? Hogyan gondolhatnál a tested ezen részére máshogyan? Hogyan tekinthetnél a nemi szerveidre barátságosabb, megbecsültebb szempontból? Próbáld ezen gondolkodni még akkor is, ha nem tartod ezt teljesen igaznak!
- Próbáld hozzáérni a nemi szerveidhez azzal a céllal, hogy örömet okozzon neked!
- Hogyha sikerült valamilyen szinten megtapasztalnod azt, hogy milyen nemi izgalomba kerülni, próbáld a képzeleted szárnyán magad elé képzelni olyan képeket, mozgásokat, érintéseket, amik izgatón hatnak rád!
Keress olyan filmeket, könyveket, amik szexuálisak vagy romantikusak, ezek talán segítenek beazonosítani a szexuális vágyad forrását!
- Gondold át az előnyeit és a hátrányait, hogy kipróbáld a vibrátorral történő stimulációt!

Partner bevonása:

- Írj listát arról, hogy milyen elvárásaid vagy aggodalmaid vannak a partnered bevonásával kapcsolatban! Mire számítasz, amikor elmondod, milyen változásokat éltél át ez ideig?
- Vedd fontolóra, hogy, miként tudnád verbálisan és fizikálisan megközelíteni a partnered, hogy legyen társad a szexualitás újra felfedezésében!

- Próbáld elképzelni, hogy miként közeledhetsz a pároddhoz, hogyan fogadhatod az ő szexuális közeledését, és hogyan utasíthatod azt vissza, hogyha neked úgy van kedved!

(Heiman, 2007 alapján.)

A szorongás meghatározó az orgazmus elmaradásában. Egyfelől a szorongás meggátolja az erotikus jelzések kognitív feldolgozását, másfelől a teljesítményszorongás elvonja a szexuális élvezetektől a figyelmet. Hasonlóképpen szorongáshoz vezet a szégyenérzés vagy a büntudat. A szorongás egy „önfigyelő” állapotot idéz elő, mely a korábbi negatív alapsémák és gondolatok mentén konstruálódik, egy önmagába visszatérő spirálként erősíti a „nem megy” érzést.

A szexuális eredetű szorongás leküzdésére a kognitív viselkedésterápia a módszere a szisztematikus deszenzitizációt és az érzéki fókusz gyakorlatokat alkalmazza.

A szisztematikus deszenzitizáció Wolpe (1958) találmánya, mely során a kliens ellazítja az izmait, ezt a pszichológus elősegíti a meditációt megelőző lazító instrukciókkal. A kliens ellazulását követően olyan szituációkat vagy stimulusokat imagináltat a pszichológus, ami a kliens számára szorongáskeltő. Ezáltal például egy szexuális aktushoz kötődő negatív esemény emléke feldolgozhatóvá válik, a többszöri expozíció révén fenyegető tartalma gyengül. Az alkalmazandó a stimulusok nagyon körültekintően megbeszélendők a klienssel, és a rendkívül óvatos fokozatosság alapkövetelmény. Ez a technika az inger elárasztásos technikához hasonlít a legjobban, de a szexuális tartalom, melynek kezelése szükséges, nem vihető be a pszichológus rendelőjébe, ezért szükséges az imagináció használata.

Az érzéki fókusz terápia Masters és Johnson nevéhez kötődik, az ő megfogalmazásukban az érzéki fókusz gyakorlatnak az a célja, hogy arra fókuszáljon a kliens, ami felett kontrollja van, ahelyett, hogy annak szentelje figyelmét, ami nem áll ellenőrzése alatt. Az érzéki fókusz gyakorlatok olyan lépésről-lépésre végigvezetett gyakorlatok, melyek során különböző modalitásokon keresztül vizsgálja, érzékeli egymást a pár anélkül, hogy egymástól vagy önmaguktól bármilyen szexuális választ várnának (hiszen nem szexuális együttlétről van szó, hanem simogatásról masszázsról stb.).

Az érzéki fókusz gyakorlat alapszabálya, hogy az aktuális lépést a pár módosíthatja ízlése szerint, és természetesen ha valamitől kellemetlenné válna, abbahagyhatják, de maradjanak meg a simogatásnál, egymás testének tapogatásánál, semmilyen esetre se menjenek bele szexuálisabb cselekedetekbe, mint amik feladatként elő van írva. Ez nehéz lehet, de fontos, mert a fokozatosság az egymás feltétel nélküli megtapasztalásának a kulcsa és a biztonságérzet záloga.

Vannak akik a napi 1-2 gyakorlatot tartják célravezetőnek, de az eredeti elképzelés szerint heti 2-3 érzéki fókusz gyakorlat eléri a kellő célt. Arra kérjük a párt, hogy mielőtt a gyakorlathoz fognak beszélgetsenek egymással, hangolódjanak egymásra. Olyan helyen legyenek, ami csendes, meghitt, biztonságos, nyugalmas. A romantikus felhangok azonban ebben esetben kerülendőek, most egymás testének megismerése a cél, a szexuális vágyaknak egyelőre ellen kell állnia a párosnak (Avery-Clark, Weiner, 2017).

Az érzéki fókusz gyakorlat első lépésében a tüneteket mutató személy (jelen esetben az orgazmuszavarral küzdő nő) kezdeményezi a gyakorlatot, mely során a partner simogatja a nő testét az ujjával és tenyerével, de a melleket és a nemi szervet nem érinti. A simogató fél figyelmét az kösse le, hogy milyen tapasztalások kerítik hatalmába miközben a simogatást végzi. Ilyenek lehetnek például a partnerének hőmérséklete, bőrének textúrája, tapintásának érzése, illata, hajának dűssága, tapintásának az érzése. Hogyha pedig elkalandoznak az érzékletek megélésétől, akkor terelje vissza a figyelmét az érzékszervek által közvetített jelek tudatos megfigyelésére.

A nőnek két fontos dologra kell odafigyelnie: egyfelől, hogy figyelje önmagában a partnere által keltett érzékleteket, mélyüljön el a az érzésekben, és ha gondolatai elkalandoznának, terelje vissza őket! Ezen kívül, hogyha a partnere olyan helyen kezdené el simogatni, ami számára kényelmetlen (akár testi, akár pszichológiai okokból), akkor tolja el onnan a kezét. A beszéd, csókolózás, teljes test kontaktus kerülendő, ez ugyanis az elvárásmentes, biztonságos légkört veszélyezteti.

5-15 percet követően a páros helyet cserél, és így folytatják az érzéki fókusz gyakorlatot.

Az érzéki fókusz gyakorlatok második része az egyéni megélés helyett a kapcsolati kommunikációra helyezi a hangsúlyt. Az első fázis alapos, több hetes tapasztalása, gyakorlását követően itt az idő, hogy a pár megossza egymással, hogy mi az, ami igazán kellemes a számukra. Így a simogató fél kezét megfogva a simogatott vezeti a simogatás

menetét. Rávezeti a simogató felet, hogy mi az, ami neki tetsző, és hasonlóan ez első fázishoz, nem engedi azt, ami számára nem kellemes. Ahogy a páros egyre gyakorlottabbá és magabiztossá válik, úgy a nemi szervek érintésének tilalma megszűnik. A szexuális együttlét sem feltétlenül tiltott az első időszak vége felé, de fontos, hogy az érzéki fókusz gyakorlatoktól elváljon, semmiképpen se sodródjon át a pár az érzéki fókuszról a szexuális együttlétbe (Avery-Clark, Weiner, 2017).

Útmutató az orgazmusélmény közössé tételéhez

- Hogyha egyedül, maszturbációkor képes vagy orgazmushoz juttatni magadat, akkor ezt minden bizonnyal partnerreddel is meg szeretnéd tapasztalni. Próbáld megfogalmazni, hogy mire számítasz a részéről, amikor megosztod az újonnan szerzett szexuális tudásodat! Légy óvatos, ne gondold, hogy előre tudod a partnered választát!
- Egy nyugodt, kellemes napon próbáld meg megosztani a kedveseddel azt, amit tanultál önmagadról, segítsd őt, hogy ő is tudjon olyan módon élvezetekhez juttatni, ahogy te csináltad magadnak! Próbáld irányítani őt, de tartsd meg a szóbeli közlés és a testrészeinek finom terelgetése között megtartani az egyensúlyt! Adj lehetőséget a kibontakozásra, ne segítsd végig, csak ameddig úgy érzed szükséges!
- Biztosítsd a partneredet arról, hogy nem elvárható, hogy tudja, hogy mire vágysz, de képes fejlődni a segítségeddel és képes elsajátítani azt az érintést ritmust és nyomáserősséget, amire vágysz!
- A páros mindkét tagja becsülje meg a másik erőfeszítését a szexuális örömeért, még akkor is, ha az nem tölti be azt a szerepet, amit a fél szeretett volna elérni.
- Ha a megszokott pozíciók, mozdulatok nem érik el azt, hogy orgazmushoz juss, érdemes újakat keresni, azokat közösen megbeszélni tanulmányozni! Könnyen előfordulhat, hogy a pár egyik tagja más ritmusban kedveli a szexuális együttlétet, mint a másik, így utóbbi nehezen jut élvezetekhez. Ilyenkor is hasznos lehet új pozíciók felfedezése.
- Fejlődésre számíts, ne tökéletességre! Ne hibáztasd magad vagy a partnered, hogyha úgy tűnik kellemetlen vagy kényelmetlen tapasztalásokat szereztek!

Tudsz hinni a partnered jó szándékában? Ha igen, kezdjétek előről egymás testének és örömének felfedezését még fokozottabb egymásra figyeléssel!

- Figyelj a partneredre, de figyelned kell önmagadra, saját megelégedésre, érzéseidre is, így tudod a saját szexuális gyönyörödet is átélni!
- A szexuális izgalmat fogadd pozitív érzésekkel, de próbálj elvárások nélkül belemenni a közös szituációkba. Az elvárások és a nyomás nem fog hozzátenni az együttlétekhez. Fókuszálj arra, hogy kellemes érzéseidet átéld, megtapasztald, és kifejezd párod felé!
- Merj kísérletezni a szexuális pozíciókkal! Fedezd fel, hogy melyik nyújt neked legtöbb stimulációt, illetve milyen különböző érzéleteid támadnak a különböző helyzetekben! Melyik az, amelyik a legkényelmesebb és legkevésbé zavaró, amelyikben a leginkább tudsz a testi élményeidre koncentrálni? Olyan pozíciót kedvelsz inkább, amelyiknél a csikló stimulációja hangsúlyosabb? Aminél a vaginális behatolás érződik inkább? El tudjátok képzelni a partnereddel, hogy vibrátort is bevonjatok a szexuális együttlétekbe? A szexualitás mindenki számára különböző, nincs helyes vagy helytelen, nektek kell felfedezni, hogy mit kedveltek, mi az ami gyönyörrel tölt el benneteket.

(Heiman, 2007 alapján.)

Heiman és Metson (1997) valamint Frühauf, Gerger, Schmidt, Munder, Barth (2013) meta analízisükben úgy értekeznek, hogy a kognitív viselkedésterápia önmagában hatékony eszköz a pszichés problémák kezelésében. A fentebb említett technikák hatékonyabbak voltak, mint a hagyományos kognitív viselkedésterápia ($d=0.69$). Meston és Levin (2005) úgy találta, hogy az irányított maszturbációs feladatok és a orgazmuskészség összefüggést mutatnak. Heinrich (1976 idézi Meston és Levin 2005) volt, hogy 100%-ban tudta javítani a nők orgazmuskészséget pusztán irányított maszturbációs feladatokkal. A technika előnye, hogy nem feltétlenül szükséges pszichológus utasítása, önsegítő könyvekből (alacsonyabb hatékonysággal ugyan) elsajátítható. Riley és Riley (1978 idézi Heiman, 2007) valamint Lopiccolo és Stock (1986) elsődleges anorgazmia esetén 80-90%-os sikerről számol be irányított maszturbációval. A másodlagos anorgazmia esetén az eredményesség nagyobb szórást mutat, 10-75% (Fichten, Libman, Brender, 1986).

A Kegel gyakorlatok hatásosságának eredményei ellentmondásosak. Roughan és Kunst (1981 idézi Heiman, 2007) nem talált összefüggést a Kegel gyakorlatok végzése és az orgazmus gyakorisága között. Összefüggés a PC izom tónusának erősségében megfigyelhető (a Kegel gyakorlatokat végzőké erősebb), mely azonban önmagában nem elegendő az orgazmus eléréshez. Úgy tűnik, hogy a Kegel gyakorlatok hozzájárulhatnak az erősebb arousalhoz és az orgazmus facilitátora lehet abból a szempontból, hogy a nők a gyakorlatok által nagyobb figyelmet fordítanak nemi szervükre, annak működésére, és tudatosabbak a testük működésével kapcsolatban (Heiman, 2007).

3.7. Művészetterápiás módszerek az orgazmuszavar terápiájában

A művészetterápiás szakirodalom tanulmányozása azért jelent nehézséget a kutató számára, mert az ateoretikus tudományos nyelvezet helyett leggyakrabban valamely pszichoanalitikus iskola tanait veszi értelmezési keretnek. Ez egyfelől jelenti azt, hogy a gyakorló pszichológus jobb, mélyebb megértéssel bír a kliense felé, másfelől viszont olyan alapokra helyezi a művészetterápiás szakirodalom az elméletét, amelynek tudományos igényű bizonyítása nem feltétlenül lehetséges.

Azok a kliensek, akik nehezen fejezik ki magukat verbálisan, vagy a problémájuk olyan természetű, melyben a verbalitás nem tud támaszt nyújtani az érzések, gondolatok kifejezéséhez, a művészetterápia hasznos eszköznek bizonyul. A művészetterápiás kép létrehozásával a kliensek képesek feltárni a bennük lakozó, gomolygó világot, aktuális pszichés állapotukat. Az alkotás, a kép létrehozása önmagában is gyógyító hatású, de ezen felül további előnyökkel is kecsegtet: hidat képez a pszichológushoz, ezáltal pedig a problémamegértés, és feldolgozás irányába tesz nagy előrelépést.

A terápiás foglalkozáson a páciens úgy képes belső tartalmaival kapcsolatba kerülni, hogy a megalkotott művészeti tartalom elbírható, integrálható részeit engedi tudatosítani, azok a részek viszont, amelyek fenyegetőek, melyekre egyelőre nem áll készen, a létrehozott tartalomban rejtőzhetnek. A létrehozott alkotás analitikus fogalmakkal élve átmeneti tárgy, mely magába zárja a külvilágot és a kliens belső világát, annak átmeneteivel egyetemben (Merényi, 2015).

A folyamatosan készülő alkotásokon látható a változás, nyomon követhető a folyamat, ahogy a kliens és a pszichológus összjátékából kibontakozik a személyes átalakulás. Az elkészült alkotás bármikor elővehető, így nemcsak egy folyamatot tudunk szemlélni, amiből erő nyerhető a további változásokhoz, hanem további jelentésrétegek felismerése, integrálása is lehetségessé válik. Ahogyan fentebb említettük, a túlságosan fenyegető tartalmak értelmezés nélkül maradnak az alkotásban, de a későbbiekben, amikor a kliens pszichéje felkészült arra, hogy ezeket befogadja, már értelmezni fogja őket (Merényi, 2015).

Antalfai (2016) szerint a pszichés egyensúly megteremtésének a konstruktív formája az alkotás, mely folyamatban olyan tudattalan tendenciák érvényesülnek, melyek ahogy

a tudattal integrálódnak, a személyiség kiteljesedését szolgálják. Így tehát a művészeti tevékenység a teljesség, egészség lehetőségét teremti meg. Az érzelmileg telített szimbólumokkal dolgozó művészeti alkotások tükröt tartanak a kliens elé. Amit jelen pillanatban nem is tudunk értelmezni, de a művet a terápiás folyamat alatt később újra szemlélve, értelmezhetővé válik. A készülő művészetterápiás mű tehát projekciós felület, melyre rápillantva megismerhetjük önmagunkat. Az alkotásokban mindig több van, mint amiről tudunk, vagy amit ki akarunk fejezni. Az alkotásokban a tudattalan is visszatükröződik.

A módszer alapelve a teljesség- és egységélmény megtapasztalása a természet, a kultúra, és a személyiség integrációjával, az egészségmegőrzés és gyógyulás elősegítése a lelki fejlődés elindításával, a tudattalan és a tudatos világ közötti áramlás elősegítése. A művészetterápiás foglalkozások eszköztárába beletartozik a relaxáció, imagináció, tematikusan választott versek, zenék, táncok, vizuális és kézműves technikák.

Az alkotófolyamatban az egész személyiség bevonódik a folyamatba, a kliens a kreativitását fejleszti, segíti a konfliktusok feloldását, olyan érzékszervi-mozgásos sémákat aktivál, azáltal pedig a korai traumák is felszínre hozhatók. A művészetterápia során az improvizatív játék kap szerepet az intellektuális feladatok helyett. Témaadás helyett a kliensek inkább „téma értékű gesztusokat” kapnak, hogy minél nyitottabb, szabadabb lehessen az asszociációjuk az alkotással kapcsolatban.

Az alkotási folyamatban úgy, mint a relaxáció, imagináció során a lényeg a spontán önkifejezés, amely facilitál a sematikus keret, és biztonságot nyújt a szabad önkifejezéshez. Az alkotásra felszólítás nem lehet kognitív, intellektuális szintű. A művészetterápiás folyamatot Antalfai (2016) relaxációval kezdi:

„Az alkotófolyamat előtt [festés/agyagozás/montázs/zsírkréтарajz/stb.] relaxálni fogunk, itt, a széken ülve. A relaxáció alatt elindulunk befelé, önmagunkhoz. Amikor elérkezünk a belső középpontunkhoz, kialakítunk egy szabad teret, ahova beengedjük a verset és a zenét, amit hallani fogunk.
Helyezkedjünk el kényelmesen a széken: ha derékszögben ülünk, sokáig érezhetjük az ellazult állapotot. A hátunkat a szék támlájának támasztjuk, a két lábunkat kis távolságra egymás mellé helyezzük a padlóra, a két kezünket helyezzük a combunkra. Legjobb, ha lazán, becsukott szemmel végezzük a relaxációt, mert becsukott szemmel

jobban tudunk befelé figyelni, önmagunkra. Érezzük, hogy megtart bennünket a szék, ezért egész testünkkel nyugodtan ránehezédhetünk: itt egy biztonságos és védett helyzetben vagyunk. Ebben a biztonságos és védett helyzetben elengedhetjük az egész testünket érezzük, hogy a testünk saját súlyánál fogva ránehezedik a székre.

Figyelmünkkel a vállunkhoz megyünk; érezzük, hogy váll- és nyakizmaink ellazulnak, nem kel tartani a fejünket; érezzük, fejünk kicsit előrebillen. Figyelmünkkel végighaladunk a jobb karunkon, érezzük, hogy jobb karunk a saját súlyánál fogva elnehezedik, az izmok ellazulnak. Elnehezedik a jobb karunk és a jobb kézfejünk is; ugyanezt érezzük a bal karunkban. Ahogy végighaladunk figyelmünkkel a bal karunkon, érezzük, hogy ellazul és elnehezedik.

Majd figyelmünkkel végighaladunk a jobb lábunkon, érezzük, hogy ellazul, végig az egész lábszárunk elnehezedik, a jobb lábfejünk ránehezedik a padlóra. Majd figyelmünkkel végighaladunk a bal lábunkon, érezzük, hogy a bal lábunk is ellazul, elnehezedik, bal lábfejünk ránehezedik a padlóra.

Érezzük, hogy a has körüli izmok is ellazulnak, és a hasunk kellemesen átmelegedik. Ellazulnak a mellkas izmai, mellkasunk kitágul és kiszélesedik, légzésünk nyugodt és egyenes. Majd felfelé haladunk figyelmünkkel a fejtetőhöz; a fejtetőn szétárad a figyelmünk, végighalad az arcunkon, érezzük, hogy fokozatosan ellazulnak az arcizmaink, a szem körüli és a száj körüli izmaink is. Gondolatainkat hagyjuk elsuhanni, megengedhetjük magunknak, hogy nem gondolunk semmire. Ha mégis bekúszik egy-egy gondolat, elengedjük, továbbengedjük. Érezzük, hogy a fejünk olyan kitisztulttá válik, mint egy tiszta vízzel teli üveg pohár.

Anélkül, hogy valamit változtatnánk a légzésünkön, érezzük, hogy nyugodtan és egyenesen lélegzünk, és minden kilégzéssel egyre beljebb és beljebb jutunk önmagunkhoz; valahol belül a testünkben találunk magunkban egy olyan területet, amely gondoktól és gondolatoktól mentes, egy olyan területet, ahol szabad, lágy, elfogadó légkör uralkodik. Ez a belső terület, amelyet megtaláltunk, olyan nyitott, mint egy mező, vagy mint egy rét.

Megtaláljuk magunkban azt a belső szabad területet, amely elfogadja a verset és a zenét, amit nemsokára hallani fogunk. Engedjük, hogy a vers és a zene hatására megjelenjen itt bármilyen érzés, kép, szín, hangulat, emlék, bármi, ami idekívánkozik,

legyen az kellemes vagy kellemetlen (Antalfai, 2016 pp. 94.)”

Itt következik a vers és a zene bemutatása majd a relaxáció befejezéséhez a következők hangzanak el.

„Mindazokat az érzéseket, színeket, illatokat, képeket vagy emlékeket, amelyek előjöttek, üdvözljük, és elfogadjuk, akár kellemes volt, akár kellemetlen, mert ezek mind a mieink, a mi életünkhöz tartoznak. Majd mindazt, ami előjött, megpróbáljuk elhelyezni magunkban egy biztonságos helyre, vagy egy szép képzeletbeli dobozba, hogy később bármikor újra elő tudjuk hívni, ha foglalkozni szeretnénk vele.

Most elbúcsúzunk mindattól, ami előjött, s amit átéltünk, s visszatérünk ide, a hétköznapi világába.

A két karunk és a két lábunk fokozatosan visszatér a hétköznapi világba. Kicsit megfeszülnek az izmok a jobb és bal karban. Ugyanígy a jobb és bal lábunk is visszatér a hétköznapi világába, s lassan az egész testünkkel visszatérünk ide.

A saját tempónk, ritmusunk szerint nyitjuk fel a szemünket, úgy, ahogy jólesik.

Ezt követően engedjük, hogy a kezünk vezessen bennünket az alkotásban, tetszés szerint, hogy kifejeződhessen mindaz, ami itt és most szeretne megjelenni.

Az alkotáshoz jó munkát kívánok! (Antalfai, 2016 pp. 94.)”

A kliens által létrehozott művekben szimbólumok formájában öltönek testet érzések, gondolatok, félelmek, személyek. A szimbólum sűrített formában tapint rá egy-egy lelki tartalomra. Tülszimbólum az énen, személyes létezésünkön. Tartalmazzák az életünk fájdalmait, problémáit úgy, hogy ezek a tartalmak összekapcsolódnak az emberiség egyetemes fájdalmával és problémáival (Jung, 2003 idézi Antalfai, 2016).

A szimbólumhoz mindig valami megfoghatatlan tartalom, jelentés kapcsolódik, mely csak érzet szinten ragadható meg. Tehát az ismeretlent egy ismert fogalomhoz kapcsolódva mutatja, helyettesít valamit, amivel analógiát képez. A kép sokkal intenzívebben, érzékletesebben mutatja meg az érzelmeket, mint a szavakkal történő körülírásuk (Antalfai, 2016).

A relaxáció, a vers és zene képes aktiválni a személyiség és az agy érzelmi oldalát, így képes eljutni a kliens a katarzisz élményéhez, mely nemcsak megérinti a lélek mélyén

nyugvó komplexusokat, hanem az alkotó folyamat során, ezek feldolgozásra is kerülnek.

„Hagyjuk, hogy a kezünk vezessen bennünket!” a kliens el is kezdheti a motoros területek aktivációja mellett az alkotást.

A vizuális élményt, azaz az alkotással való szembenézést követően a megbeszélésen keresztül történik a visszacsatolás. Szerepet kap az érzékelés, az érzések, az intuíciók és a gondolkodás, így a két félteke együttműködése javul (Antalfai, 2016).

A művészetpszichológia a szexuális problémákat az érzelmek átélésével, érzéketes megtapasztalásával, kreatív erők mozgósításával, az alkotás örömeinek megtapasztalásával, finommozgások fejlesztésével, az érzékszervek revitalizálásával, valamint az indulatok alkotáson keresztül történő feldolgozásával éri el. A művészetterápiás foglalkozások személyiségformáló és terápiás hatása, hogy kiemeli a hétköznapokból, kielégíti a szépség és a harmónia iránti igényt (Antalfai, 2016).

A kreativitás fejlesztésén túl, a játékosság megélésén keresztül a módszer olyan elemeket is magában hordoz, melyet a mindfulness és a kognitív viselkedésterápiánál láthattunk: az itt és most megélését, melyet jelen esetben az alkotás művészeti aktusában gyakorolhatja a kliens. Így lehetségessé válik ezen állapot begyakorlása, a szorongások oldása, az érzelmek megélése, amellet, hogy a lelki komplexusokat célzottan az alkotásba vetítve oldja (Antalfai, 2016).

Az egyéni művészetterápiás foglalkozások eszközhasználatában engedhetünk szabadságot a kliensnek, ennek fejlődése is utalhat a kliens aktuális állapotára. A terápiás folyamatban használható például vízfesték, oldja a szorongást, csökkenti a teljesítményszorongást, oldja az irreális elvárásokat magunkkal szemben. A vízfesték használata során a belső érzésvilág könnyebben megjelenik, nem lehetséges átfesteni, eltakarni azt, ami a felületre egyszer már felkerült. A kényszeres, túlkontrolláló személyek számára kifejezetten fejlesztő jellegű. Aki fél a kontrollvesztéstől, például az orgazmus okozta kontrollvesztéstől, annak a vízfesték kifejezetten ajánlott munkaeszköz. A víz komponens miatt öntörvényű, folyik arra is, amerre nem feltétlenül akarjuk (Antalfai, 2016).

A ceruza-, tus-, és krétarajz a kognitív folyamatokra hat, fejleszti a figyelmet, koncentrációt, kitartást, fegyelmezettséget. Segíti a tudatosítást, gondolkodást fejlesztő hatása van. A figyelem összpontosításának hatásaként a hiperaktivitás ellenében hat,

illetve a hangulati, érzelmi labilitást, mániás, depressziós zavarokat korrigálja.

A vonal ereje jelzi az énerőt, hogy milyen erős a megküzdési stratégiánk. A halvány, vékony vonalak mögött meghúzódhat félelem. Az erős vonal a nyomot hagyás szándékát jelzi, sokszor összefüggésben áll a kontrollálással (és a kontrollvesztés elkerülésével). A ceruzával és a tussal készített aprólékos munkák koncentrált, aprólékos munkát igényelnek. Segítenek a határok (testhatárok) kijelölésében, a megkapaszkodás élményének átélésben (Antalfai, 2016).

Az ujjfesték a gyermeki létbe viszi vissza a klienst. A gyermeki létben kívánt (és sokszor tiltott) maszatolás, koszogatás élményét kapják vissza a kliensek, akik gyakran visszautasítják. Az ujjfestés során neurotikus akadályok, kényszerek lazulhatnak fel, katartikus élmények formájában. Ez a gátlás levezetés elvezet egy regressziós állapotba, melyből a fejlődés, egy tudatos-tudattalan egység felé vezet. Innen lehet újra építkezni.

Az agyag különleges helyet foglal el a művészetterápia eszköztárában. Az agyag tapintása hasonlatos az emberi testhez, nedvessége, tartása, keménysége és puhasága is van egyszerre. A művészetterapeuták szemléletmódja szerint anyaszimbólum, ezáltal pedig a leginkább az interperszonális kapcsolatok megjelenítésére alkalmas. Nyugtató, görcsoldó, izomlazító, relaxáló hatású. Az agyaggal az alkotás menete a következő:

1. Első benyomás, ismerkedés az agyaggal

A kliens megfigyeli az agyag méretét, állagát, hőmérsékletét, alakíthatóságának mértékét. A cél az, hogy a kliens megtapasztalja a kapcsolat kialakítását, hogy miként képes hatással lenni az agyagra: megtapasztalása annak, hogy az agyag nem gyurma, a túl gyenge tapintásra nem reagál, a túl erős sem éri el a kellő hatást.

2. Előkészítési szakasz

A téma felvezetése, ezzel megtörténik az érzelmi ráhangolódás, folytatódik az agyag felfedezése.

3. Relaxáció alatt a témához kapcsolódó vers, zene meghallgatása

A kreativitás megjelenéséhez fontos az ellazult, meditatív állapot eléréséhez.

4. Céltalan, játékos megmunkálás

A kliens ugyan tudatában van a témának, de ebben a stádiumban még nem azt a formát alkotja meg. Kezével „szabadon asszociál”, keresi a formákat, a keze vezet, keresi, hogy milyen formát ajánl fel neki az agyag.

5. Az inkubáció szakasza

A kliens azt a megfigyelést teszi, hogy a formálódó agyag egy bizonyos formához kezd hasonlatossá válni, és innentől kezdve tudatos fantáziáját beleszöve munkálkodik a kívánt forma kialakításán.

6. Ráismerés

A kliens felismeri, hogy az eredetileg formátlan agyagból, mit hozott létre. Elfogadja a keletkezett formát, és tovább formálja, tökéletesíti azt.

7. Megbeszélés és belátás

Az alkotás megbeszélése a pszichológussal, aki a visszajelzéseket feljegyzi.

Az agyaggal kialakított kapcsolat során a forma dominál, ezért gyógyító hatású a bizonytalan testhatárokkal, énhatárokkal bíró betegek számára. „Az alkotó az agyag formálásával önmagát is alakítja” (Antalfai, 2016, pp. 130.) Az agyagozás hasonlóképpen fontos szerepet kap a szorongó, kényszeres, pánikbeteg kliensek gyógyításában. Előmozdítja az érzelmeket, a szubjektív érzést, megélést az analitikus, racionális, gondolkodás helyett (Antalfai, 2016).

A montázstechnika hasznos eszköz az érzések, vágyak, célok megjelenítéséhez, valamint ahhoz, hogy bemutassuk a múltunk, jelenünk, jövőnk belső képeit. A klienst megkérjük, hogy újságokból, folyóiratokból vágjon ki képeket, melyekkel meg tudná mutatni múltját, jelenét, jövőjét. Válasszon olyan képeket, amelyek bemutatják az erősségeit, gyengeségeit, problémáit, erőforrásait, élményeit traumáit. A rajzlapra vagy A3-as lapra a választott képeket csoportosítsa kedve szerint úgy, hogy a lap bal oldalára (a kliens szemszögéből tekintve) a múltbeli eseményeket ragassza fel, középre kerüljön a jelen megjelenítése, a jobb oldalra pedig a jövő (Antalfai, 2016).

A montázstechnika fejleszti a külső, és a belső világ közötti kapcsolatot, így segíti a külvilág elfogadását: a saját belső vágyakat, tudattartalmakat kell konkrét képekbe sűríteni, ezáltal a belső szimbólumokat külsőként megjeleníteni. Az alkotónak lehetősége, hogy a képeket tetszése szerint rendezze, ezáltal a lapon saját világát „berendezze”. A külső világban is sok esetben kapott dolgokkal dolgozunk, adott körülmények közé születünk, adott képességeink vannak, adottak az életkörülményeink, ezeken gyökeresen változtatni rövidtávon nem realitás, de az adaptivitás irányába fejlődni, növekedni, keretezni és rendszerezni a kliens fontos feladata. Az alkotói folyamatban az újság egésze résszé válik, majd újra egésszé áll össze a montázsban. Az

alkotásban megjelenhetnek vágyott tárgyak, vágyott életérzések, vagy amitől szabadulni próbál a kliens (Antalfai, 2016).

A kollázs hasonlatos a montázs technikához, a különbség abból adódik, hogy a kollázs esetében nem újságokból keres kész képeket a kliens az alkotásához, hanem apróbb könnyebb tárgyakat keres a környezetében, a természetben, és azokból állítja össze az aktuális lelkiállapotának szimbólumát. A tárgyakat szimbólumként kezelve a kliensek rábredhetnek „elfeledett” személyiségvonásaikra, tulajdonságaikra. A felismeréshez jelentősen hozzájárul az alkotást követő megbeszélés, asszociációk. „A saját választás szimbolikus üzenete az egész személyiséget érinti, tükröt tart elé (Antalfai, 2016, pp. 134.).”

A művészetterápiás foglalkozásoknak a legtöbb esetben szerves része a zene és a vers. Ezen művészeti ággal az a célja a pszichológusnak, hogy aktiválja a kliens érzelmeit, megnyissa belső világát és katarzist éljen át, melyet az alkotás folyamatában indirekt módon megjelenít. Így a zenével, verssel lényegében megelőzhetőek a komplexusok, elfojtások korai tudatosításai illetve az ezekkel összefüggő ellenállások kiépülései (Antalfai, 2016).

Érdekes módon, a művészetterápiás szakirodalom nem kifejezetten foglalkozik specifikusan szexuális problémák megoldásával. A fentebb felsorolt gyakorlatok természetesen használhatóak, és minden bizonnyal sikeresek lehetnek. Antalfai (2006) tárgyalja viszont a párkapcsolati nehézségeket, mely bár kibővíti a diplomamunka értelmezési keretét, mégis ismertetem, egyrészt a szexspecifikus gyakorlatok hiánya miatt, másrészt mert hasznosítható, adaptálható lehet az orgazmuszavarok terápiájához is.

A kielégítő, harmonikus párkapcsolat kialakítása tudatosan és tudattalanul, hormonszinten is determinált. A testi-lelki-szellemi egymásba olvadás során a személyiség kiteljesedik a másikban és alapot képez a családi színtérnek. Fontos, hogy életünk során több párkapcsolatot megéljünk, és ezek szépségét, alkalmasint velejáró fájdalmát megőrizzük, ez gazdagítson bennünket (Antalfai, 2016).

Foglalkozásterv:

Beszélgetés a párkapcsolatokról, szerelemről, szexualitásról.

Ráhangelő gyakorlat: fekvő nyolcas folyamatos rajzolása, feladat megbeszélése.

Sajátélmény: relaxáció alatt versre, zenére megjelenő belső kép előhívása egy párkapcsolatról.

Első alkotás: Montázs készítés a megélt párkapcsolatok pozitív és negatív aspektusairól.

Második alkotás: tusrajz készítése az elhagyás/elhagyatottság témájára, erről szóló, vers, zene meghallgatását követően.

Harmadik alkotás: Vízfestékekkel festés beteljesült kapcsolatról.

Címadás a képeknek és megbeszélés.

Az Antalfai (2016) könyv adja a vázát a művészetterápiás megközelítés bemutatásának, azonban a publikáció nem tartalmaz olyan statisztikai alapokon nyugvó bizonyítékot, mellyel a Katarzisz Komplex Művészetterápiás módszer hatékonysága tudományos értelemben véve bizonyítható volna. Reynolds, Nabors, Quinlan (2011) meta analízis keretén belül szeretett volna választ találni arra a kérdésre, hogy működik-e a művészetterápia, mennyire hatásos.

Eredményeik a legjobban úgy foglalhatóak össze, hogy a művészetterápiás foglalkozások hasznosak és hatékonyak, jóllehet, nem hatékonyabbak, mint más terápiás módszerek. A vizsgálódás több problémába is ütközik: kutatói szempontból nem megfelelően mért terápiás eredmények, kombinált terápiás ülések esetén nem meghatározható, hogy a művészetterápiának pontosan milyen szerepe is volt, kevés kutatás áll a rendelkezésünkre. Sajnos ez a meta analízis ugyan hatékonynak találta a művészetterápiákat, de nem tartalmazott olyan kutatást, mely a diplomamunka témáját érintené. Tehát a kérdés nyitott marad, női orgazmuszavarra vonatkozó kutatás nem áll rendelkezésünkre, mely bizonyíthatná a módszer hatékonyságát.

3.8. Pszichoanalízis az orgazmuszavar terápiájában

A hagyományos pszichoanalitikus megközelítés abból indul ki, hogy a (szexuális) diszfunkciók gyermekkorból származnak valamilyen patológiás működésből kifolyólag. Így például kasztrációs fantáziákból, büntudat az apával való együttléttel kapcsolatos vágy miatt vagy tudattalan félelmek miatt (Heiman, 2007).

Tárgykapcsolati szempontból vizsgálva, a képesség, hogy kapcsolódjunk egy másik személyhez, már születésünkkel bennünk van. Ez aztán a születés után változik, ahogy a belső reprezentációink jönnek létre a minket körülvevő személyekről, és összeolvad a gondozó jó és rossz reprezentációja (Heiman, 2007).

A pszichoanalízis során a hangsúly nem a tünet megszüntetésén van, hanem a belső konfliktusok megoldásán, amelyek a tünetet előidézik. A pszichoanalitikus felfogás szerint a tünet megszüntetése ideig-óráig okoz csak megoldást, a tünet valahol máshol ismételtel jelentkezni fog. A terápia során a pszichoanalitikus a klienssel felfedek a gyermekkori tapasztalásokat, interpretálják a kliens ellenállását, és megfigyelik az áttétel, viszontáttétel aspektusait a terápiás folyamatban (Heiman, 2007).

A pszichoanalízis hatékonysága erősen megkérdőjelezhető, a kutatási eredmények ellentmondásosak (Heiman, 2007).

4. Eredmények

Szakdolgozatom vezérfonala és fókusza a női orgazmuszavar terápiás lehetőségei köré csoportosult, így ezzel kapcsolatban határoztam meg 5 hipotézist. A hipotéziseimet magyar és angol nyelvű szakirodalmak tanulmányozásával, releváns tudományos eredményeivel verifikáltam.

Első hipotézisem, mely szerint a PLISSIT modell által felvázolt skálázható terápiás módszer hatékony segítség az orgazmuszavar javítása szempontjából, bizonyításra került. A kliensek igen kis százalékának van szüksége úgynevezett intenzív terápiára. Annál több esetben meghallgatásra, elfogadásra, arról való biztosításra, hogy a megéléseik, vágyaik normálisak. A pszichológus mint tekintélyszemély engedélyt ad a szexualitás vágyott módon megélésére. Ezzel a szorongásos problémák jó része már orvosolható. Némely kliensnek információra van szüksége a szexualitását érintő

kérdésre. A testtel, szexuális teljesítménnyel, szexuális étellel kapcsolatos kételyekre a pszichológus választ ad, így a kliens válláról leveszi a téves tudásból adódó szorongás súlyát. A specifikus javaslatok adása esetén a kliensnek involválódnia kell a probléma megoldásához. A szuggesztiók igen változatosak lehetnek általában két gondolat köré csoportosulnak: a kliensnek van lehetősége bizonyítani, nem az számít, hogy testileg milyen, hanem, hogy a szexuális tevékenységét miként éli meg. A PLISSIT modell negyedik lépcsője az intenzív terápia, melyre a kliensek döntő többségének nincs szüksége.

Második hipotézisem alkotása során úgy véltem, hogy egyenes ági kapcsolat van a szexualitásról szerzett tudás, a saját test elfogadása és az orgazmusélmény elérése között. Hipotézisemet a szakirodalom tanulmányozása során el kellett utasítanom. A szexuális edukáció szükséges, ám nem elégséges feltétele az orgazmus elérésének. Fontos, hogy a felnövekvő generáció ne a pornográf tartalmakból szerezze szexuális ismereteit hanem megbízható forrásból edukálódjon, ennek számos rendkívül fontos egészségi, jól-léti aspektusa van. Megállapítom, hogy a szexuálpszichológusnak időnként a PLISSIT modell limitált információadás aspektusánál több információt kellhet adnia. A legtöbb program középiskolások számára készült, magam is ismertetem az egyik program témaköreit és utalok a saját készítésű Kórisme felvilágosító társasjátékunkra.

Harmadik hipotézisemben arra a kérdésre kerestem a választ, hogy a női orgazmuszavar gyógyítható-e mindfulness technikákkal. A mindfulness szexuálterápiás szakirodalom hitelt érdemlően bizonyította, hogy mindfulnesssel lehetséges a célorientált szexuális viselkedés és gondolkodás megváltoztatása. A kliensek elérik az itt és most élményben való feloldódást, megtapasztalják az egybe olvadtság érzését, a saját testükkel való kibékültséget. A fejezetben egy meditációs gyakorlatot és egy narratíva alkotó gyakorlatot ismertetek.

A negyedik hipotézisem a kognitív viselkedésterápia hatásait taglalta a női orgazmuszavarra vonatkozóan. A kognitív viselkedésterápia formalizált ülései révén jól tanulmányozható, igen hatékonynak mondható. Tudományos kutatások bizonyították a szexuális diszfunkciók, így az orgazmuszavarra gyakorolt jótékony hatását. Ilyesformán hipotézisemet igaznak fogadom el. A terápia során a pszichológus és a kliens együtt fedezik fel a kliens világról alkotott képét, ezáltal rálelnek a világot eltorzító

gondolatokra, sémákra. Az általános viselkedésterápiás módszer rövid bemutatása után kognitív szexuálterápiás módszereket mutatok be így az irányított maszturbációt, szisztematikus deszenzitizációt, érzéki fókusz gyakorlatot.

Ötödik hipotézisem a művészetterápiás módszer hatékonyságára és technikáira vonatkozott. Tudományos értelemben a művészetterápiás módszer orgazmuszavarra gyakorolt hatása nem bizonyított. Természetesen rendelkezésünkre állnak eredmények, amik a művészetterápiák hatékonyságát bizonyítják, de nem elegendő, nem egyértelműek, és nem szexuális problémákra fókuszáltak. Hogy a kutatások és a statisztikai eredmények hiányát valamiképpen ellensúlyozzam, több módszert is bemutatok, amelyek hasznosíthatóak a terápiás foglalkozások során. Így ismertetem a relaxációs/imaginációs szakaszt, a vers és zene szerepét, a vízfesték, ujjfesték, ceruza-, tus-, és krétarajz technikákat, az agyagozás folyamatát valamint a montázs és kollázs készítés mikéntjét. A leírást egy konkrét foglalkozástervvel zárom. Bár a tudományos alapokon nyugvó bizonyítás jelen hipotézis mentén nem volt lehetséges, a gyakorlati példák miatt a tanulmány ezen részét kifejezetten jól hasznosíthatónak érzem.

Hipotézist nem alkottam a pszichoanalitikus megközelítésről, de pár mondatban ismertetem az elgondolás alapjait és a hozzá kapcsolódó hatékonyságot. A pszichoanalízis irodalma rendkívül kiterjedt, ismertetése meghaladná a szakdolgozat kereteit. A pszichoanalízis a régmúltban keresi a szexuális probléma forrását. Eredményességét nem sikerült hitelt érdemlően bizonyítani.

5. Megvitatás

A szakdolgozat eredményeit röviden úgy foglalhatnám össze, hogy az ismertetett módszerek mindegyikével külön-külön utakon meg lehet közelíteni a kliens problémáit. A pszichológus olyan módszereket ismerhet meg, amik segítik őt a kliens problémáinak feldolgozásában. A dolgozat a fejezetek sorrendiségében is követi a PLISSIT modell skálázódását, kezdi magával a modell bemutatásával, a szexuális edukációval, a mindfulnessel, és később tér rá a klasszikus terápiás módszerek ismertetésére. A női orgazmuszavar gyógyszeres úton egyelőre még nem javítható, de a fentebb említett módszerekkel, a pszichológus kreativitásával jelentős javulás érhető el a kliens állapotában, mely várhatóan pozitív hatással lesz az egész életvitelére, párkapcsolatára,

test- és önképére. A dolgozat célja, hogy a különböző módszerek gyakorlati aspektusait bemutassa, hogy a terápiás folyamatban felhasználhatóak legyenek.

A szexuális diszfunkciók esetén is megfigyelhető a multikauzalitás, azaz többféle esemény vezethet azonos tünetekhez. Az olyan mentális problémák esetén, melyek klinikai szintű beavatkozást igényelnek, a fenti megoldások nyilvánvalóan kevésnek bizonyulnak. Az itt bemutatott módszerek nem a múltban keresik a problémát kiváltó okokat, mint például a pszichoanalitikus iskola, hanem elérhető, viszonylag gyors megoldást kínálnak a szexuális problémára függetlenül attól, hogy annak a kialakulása egészen pontosan mely mozzanathoz köthető.

6. Kitekintés

Szakedolgozatom remek lehetőséget adott arra, hogy elmerüljek a női orgazmuszavar tudományos szakirodalmában, és úgy érzem, sikerült olyan elemeket kiragadnom és ismertetnem, melyek a gyakorlati terápiás munka során hasznosíthatóak. Nyilván nem tekinthető a munkám teljes értékű terápiás útmutatónak. Erre sem szakmai felkészültségem, sem a dolgozat korlátai nem adnak lehetőséget. Számomra nagyon érdekes tapasztalás volt, hogy a művészetterápiás szakirodalom gyakorlatilag nem foglalkozik kifejezetten szexuális zavarokkal (párkapcsolattal, szerelemmel a magyar szakirodalom igen, illetve angol nyelvű szakirodalom a szexuális identitással). Szintén meglepő számomra, hogy a művészetterápiás módszertan hatásvizsgálata gyakorlatilag nem valósult meg. Nyilvánvalóan vannak olyan tényezők, amik gyengítenék egy ilyen vizsgálat reliabilitását, ugyanakkor ilyen kutatások szükségesek a módszer tudományos elismeréséhez.

Szándékom, hogy a jövőben PhD képzésre jelentkezsek, és ha lehetőségem nyílik rá, a szexuális problémák művészetterápiás lehetőségeit kutassam, valamint bizonyítékot találjak a módszertan hatékonyságára. Úgy gondolom, hogy az ilyen vizsgálatok hasznosíthatóak mind a kutatói, mind a gyógyítói oldalon, ráadásul a kliensek is tájékozódni tudnak ezáltal a problémájukkal kapcsolatos terápiás lehetőségekről.

7. Zárszó

Ezúton szeretnék köszönetet mondani konzulensemnek, Dr. Lisznyai Sándor egyetemi adjunktusnak a segítségéért. Szakértelmével, hasznos magyarázataival hatalmas segítséget nyújtott a diplomamunkám elkészüléséhez.

Köszönöm továbbá tanárainknak, akik az ELTE Szexuálpszichológiai szakpszichológus képzésen átadták tudásukat, elméleti és gyakorlati ismereteiket.

Külön köszönöm PhD Hevesi Krisztina egyetemi adjunktusnak az óráin elhangzott hasznos információkat, a művészetterápia órán megtapasztalt gyakorlatokat.

Remélem diplomamunkám elnyeri tetszésüket, és eredményesnek ítélik munkámat.

8. Irodalomjegyzék

- American Psychiatric Association. (2005). *A DSM-IV diagnosztikai kritériumai zsebkönyv*. Budapest: Animula.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5 referencia kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Budapest: Oriol és Társai Kiadó.
- Annon, J. S. (1976). The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 2:1, 1-15.
- Antalfai, M. (2016). *Alkotás és kibontakozás*. Budapest: Lélekben Otthon Közhasznú Alapítvány.
- Avery-Clark, C., & Weiner, L. (2017). A Traditional Masters and Johnson Behavioral Approach to Sex Therapy. In. Peterson, Z., D. (Ed.) *The Wiley Handbook of Sex Therapy*. Wiley-Blackwell: West-Sussex.
- Baker, A. C., & Absenger, W. (2013). Sexual Wellness Enhancement and Enrichment Training (SWEET): A hypothetical group model for addressing sexual health and wellbeing. *Sexual and Relationship Therapy*, 28, 48–62.
- Balon, R., & Segraves, R. T. (2005). *Handbook of sexual dysfunction*. Taylor & Francis US.
- Barker, M. (2017). Mindfulness in sex therapy. In. Peterson, Z., D. (Ed.) *The Wiley Handbook of Sex Therapy*. Wiley-Blackwell: West-Sussex.

- Bohlen, G. J., Held, J. P., & Sanderson, M. O. (1982). Response of the circumvaginal musculature during masturbation. In Graber, B. (Ed.) *Circumvaginal Musculature and Sexual Function*. Basel: Kager.
- Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., & Miller, D. (2012). A brief mindfulness based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125, 320–325.
- Brotto, L. A., Basson, R., & Luria, M. (2008). A mindfulness based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 1646–1659.
- Brown, J. D., Keller, S., & Stern, S. (2009). Sex, Sexuality, Sexting, and Sex Ed. *The prevention researcher*, 16(4) 12-16.
- Card, J. J., & Benner, T. (2008). *Adolescent Sexual Health Education*. New York: Springer Publishing Company.
- Carmichael, M. S., Warburton, V. L., Dixen, J., & Davidson, J. M. (1994). Relationship among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity. *Arch Sex Behav* 23:59-79.
- Comer, J. R. (2005) *A lélek betegségei*. Budapest: Osiris kiadó.
- Fichten, C. S., Libman, E., & Brender, W. (1986). Measurement of therapy outcome and maintenance of gains in the behavioral treatment of secondary orgasmic dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 22–34.
- Fisher, S. (1973). *The female orgasm*. New York: Basic Books.

Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T., & Barth, J. (2013). Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Sex Behav*, 42:915–933.

Goldmeier, D. (2013). Mindfulness: a sexual medicine physician's personal and professional journey. *Sexual and Relationship Therapy*, 28, 77–83.

Heiman, J., & Meston, M. (1997). Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual review of sex research*, 8, 148-194.

Heiman, R., J. (2007). Orgasmic Disorders in Women. In. Leiblum, R., S. (Ed.) *Principles and practice of sex therapy*. New York: The Guilford Press.

Levin, R. J., Wagner, G., & Ottesen, B. (1981). Simultaneous monitoring of human vaginal haemodynamics by three independent methods during sexual arousal. In. Hoch, Z., Lief, H., I. (Eds.) *Sexology*. Amsterdam: Elsevier.

Levin, R., J. (2001). Sexual desire and the deconstruction and reconstruction of the human sexual response model of Masters & Johnson. In. Everaerd, W., Laan, E., & Both, S. (Eds.) *Sexual appetite, desire and motivation: Energetics of the sexual system*. Amsterdam: Royal netherlands Academy of Arts and Sciences.

LoPiccolo, J., & Stock, W. E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158–167.

Lopiccolo, J., & Lobitz, W. C. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Arch Sex Behav* 2:163-171.

Masters, W. H., & Johnson, V. (1966). *Human Sexual Response*. Boston: Little, Brown & Co.

- Merényi, M. (2015). Mozgás és testélmény alapú pszichoterápiák; más nonverbális módszerek. In. Szőnyi, G. (ed.) *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina Tankönyvkiadó.
- Meston, M. C., & Levin, J. R. (2005). Female Orgasm Dysfunction. In. Balon, R., & Segraves R., T. (Eds.) *Handbook of Sexual Dysfunction*. Boca Raton: Taylor & Francis.
- Mize, S. J., & Iantaffi, A. (2013). The place of mindfulness in a sensorimotor psychotherapy intervention to improve women's sexual health. *Sexual and Relationship Therapy*, 28, 63–76.
- Reynolds, W. M., Nabors, L., & Quinlan, A. (2011). The Effectiveness of Art Therapy: Does it Work?. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 17:3, 207-213.
- Sherfey, M. J. (1972). *The nature and evolution of female sexuality*. New York: Random House.
- Simons, J. S., & Carey, M. P. (2001). Prevalence of sexual disfunctions: Results from a decade of research. *Archives of sexual behavior*, 30, 177-219.
- Sommers, F. G. (2013). Mindfulness in love and love making: A way of life. *Sexual and Relationship Therapy*, 28, 84–91.
- Unoka, Zs. Sz. (2015). Magatartás-lélektani alapú megközelítések. In. Szőnyi, G. (Ed.) *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina Tankönyvkiadó.
- Vance, E. B., & Wagner, N. N. (1976). Written descriptions of orgasm: a study of sex differences. *Arch Sex Behav*, 5:87-98.

WHO. (1995). *BNO-10 A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*. Budapest: Népjóléti Minisztérium.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.