

Vloga anksioznosti pri spolnih motnjah: Povezava obsesivno kompulzivnih simptomov in simptomov agorafobije s spolnimi motnjami

Ana Krevh*
Šmartno pri Slovenj Gradcu

Povzetek: Anksioznost je eden izmed temeljnih dejavnikov spolnih motenj. Je tako njihov sprožilni dejavnik, ohranjevalec kot tudi posledica in predstavlja temeljno oviro pri zdravljenju. Avtorice ni zanimala anksioznost posameznikov s spolnimi motnjami na splošno, temveč vprašanje, ali lahko govorimo o pomembni povezanosti spolnih motenj s posameznimi anksioznostnimi motnjami (agorafobijo in obsesivno kompulzivno motnjo).. V raziskavi so sodelovali posamezniki s spolnimi motnjami, ki so zaradi teh poiskali psihiatrično pomoč, ter skupina študentov, ki v tem primeru predstavlja kontrolno skupino. Uporabljena sta bila prevoda dveh vprašalnikov, Vprašalnika mobilnosti za agorafobijo (MIA; Chambless, Caputo, Jasin in Gracely, 1985) in Vprašalnika Padua (PI; Sanavio, 1988) za obsesivno kompulzivno simptomatiko. Rezultati raziskave so potrdili močno prisotnost simptomov agorafobije in obsesivno kompulzivnih simptomov pri posameznikih s spolnimi motnjami. Avtorica analizira možne razlage povezave z vidika vzrokov in posledic in predlaga, da je najprimernejši krožni model povezanosti anksioznosti in spolnih motenj ob upoštevanju osebnostne strukture.

Ključne besede: anksioznost, agorafobija, obsesivno kompulzivna motnja, spolne motnje

The role of anxiety in sexual disorders: The connection between agoraphobic and obsessive compulsive symptoms and sexual disorders

Ana Krevh
Šmartno pri Slovenj Gradcu, Slovenia

Abstract: Anxiety is closely related to sexual disorders, being their source, preserver, and consequence. Therefore, it represents an important obstacle in the course of a therapy. The role of anxiety in sexual disorders has already been widely investigated, but the question whether the above mentioned connection exists at a micro level remains unanswered. The present study focused on two specific anxiety disorders: agoraphobia and obsessive compulsive disorder. Two translated questionnaires were used: Mobility Inventory for Agoraphobia MIA (Chambless, Caputo, Jasin, & Gracely, 1985) and Padua Inventory PI (Sanavio, 1988). Participants were patients with sexual disorders who sought psychiatric help, and a group of students represented a control group. Results demonstrated a strong connection between

* Naslov / Address: Ana Krevh, univ. dipl. psih., Mislinjska Dobrava 60, 2383 Šmartno pri Slovenj Gradcu, e-mail: anakrevh@gmail.com

agoraphobic and obsessive compulsive symptoms on one side and sexual disorders on the other. Among the possible explanations for this connection the circular model seems to be the most appropriate.

Key words: anxiety, agoraphobia, obsessive compulsive disorder, sexual disorders

CC = 3210

Anksioznost in spolne motnje se tako tesno prepletajo, da je pogostokrat težko definirati, kaj je vzrok, kaj posledica in kaj ohranjevalni dejavnik. Anksioznost namreč nastopa v vseh treh funkcijah. Je namreč eden izmed temeljnih vzrokov za razvoj spolnih motenj (Walker, 1997). Med samim potekom spolne motnje anksioznost zagotovo le-to ohranja, pogloblja in ovira zdravljenje (Shires in Miller, 1998). Zanimiva je kot posledica, torej vprašanje, ali je mogoče, da se na osnovi spolnih motenj razvijejo anksioznostne motnje in celo tako specifične, kot sta agorafobija in obsesivno kompulzivna motnja. Sledeča raziskava poskuša postaviti temelj dolgotrajnemu raziskovanju te povezave. Pozitivna povezava med stopnjo anksioznosti in izraženostjo spolnih motenj gotovo obstaja (Campillo, Bravo, Carmona, Perales in Calderon, 1999; Federoff, Fishel in Federoff, 1999; Masters in Johnson, 1979; McKabe, 2005; Tastan, Saatcioglu, Ozmen in Erkmen, 2005), vendar pa je zanimivo ugotoviti, če lahko govorimo o povezanosti tudi na mikro nivoju, torej na nivoju posameznih anksioznostnih motenj.

Anksioznostne motnje

Anksioznostne motnje so skupina duševnih motenj, pri katerih je glavni znak anksioznost. Ta je opredeljena kot multidimezionalni konstrukt, ki se kaže na fiziološkem, vedenjskem, čustvenem in kognitivnem nivoju (Carr, 1998). Motnje te vrste se pojavljajo v vseh starostih in prizadenejo oba spola ter so pri ženskah pogostejše (Clarke in Wardman, 1985). Najpogostejši znaki anksioznosti so: razbijanje srca, bolečina v prsih, kratka sapa, cmok v grlu, vrtoglavica, omotica, motnje ravnotežja, slabost, bolečine v trebuhu ali genitalijah, siljenje na vodo, težave v spolnosti, bolečine v mišicah, tremor, potenje, parestezije, utrujenost in glavobol (Tomori in Ziherl, 1999). Anksioznostna motnja ni le neprijetna za posameznika, temveč pomembno vpliva na številna področja bolnikovega življenja. Pojavljajo se težave v medosebnih odnosih, izogibanje prijetnim aktivnostim, manjša uspešnost na delovnem mestu in druge (Tomori in Ziherl, prav tam).

Na anksioznost lahko gledamo kot na stanje ali kot na osebnostno potezo. Prva pomeni začasno zvišanje ravni vznburjenja – največkrat kot odgovor na stres, katerega funkcija je mobilizacija energije – druga pa pomeni nagnjenost k anksioznemu reagiranju v večjem številu situacij (Lamovec, 1988). Subjektivno emocionalno doživljanje je v obeh primerih neprijetno, z občutki strahu in zaskrbljenosti (Milivojević, 2005). Pogosto gre za difuzen, neprijeten občutek zle slutnje, ki ga spremljajo vegetativni simptomi

(Brinšek in Stamos, 1997). Različni avtorji se pri tem strinjajo, da se posameznik vzroka teh neprijetnih občutij ponavadi ne zaveda (Milivojević, 2005), za razliko od strahu, pri katerem posameznik pozna objekt strahu (Lamovec, 1988). Tako strah kot tudi anksioznost sprožata telesne reakcije. Ko posameznik premaga strah, se počuti zadovoljnega, po pojavu anksioznosti pa se počuti še bolj tesnobnega in manjvrednega (Rakovec Felser, 2002).

Vzroke anksioznosti poskušajo razložiti mnoge teorije (Kabza in Meyendorf, 1998), v splošnem pa velja, da anksioznost nastane, ko organizem zazna nevarnost, ki se lahko pojavi v zunanjem okolju, ali pa je zaznana nevarnost posledica posameznikovega specifičnega procesiranja informacij. Kot pri mnogih drugih duševnih fenomenih tudi pri anksioznosti še ni popolnega razumevanja vzrokov (Tomori in Ziherl, 1999).

Poleg direktnih posledic anksioznosti, ki so osebno nezadovoljstvo, motnje v izvajanju in podobne, obstajajo tudi bolj dolgoročne. Tu mislimo na vlogo anksioznosti pri učenju vzorcev izogibanja ter na posledični socialni umik pri agorafobiji. Prav tako sem sodijo depresivnost in problemi v partnerskih odnosih. Iz težav v partnerskem odnosu izhajajo nadalje še razdražljivost, nespečnost, znižana spolna sla in občutki krivde (Rowan in Eayrs, 1987).

Zaradi svoje obširnosti anksioznostne motnje nadalje delimo na: fobične aksiozne motnje (agorafobija, socialna fobija, specifične fobije in druge anksioznostne motnje), generalizirana anksioznostna motnja, mešana anksiozna in depresivna motnja, obsesivno kompulzivna motnja, reakcije na stres in prilagoditvene motnje, disociativne motnje in somatoformne motnje (Tomori in Ziherl, 1999). V pričujočo raziskavo sta bili zajeti dve od naštetih oblik: agorafobija in obsesivno kompulzivna motnja.

Agorafobija

Osnovna definicija agorafobije je strah pred odprtimi prostori, ki pa se je v sodobnem času precej razširil. Zajema vse situacije, ki vključujejo oddaljenost od doma ali drugega varnega kraja, množico ljudi ter še druge okoliščine, kjer bi bil odmik iz situacije težaven, pomoč pa nezanesljiva. V teh situacijah se pojavijo tipični znaki anksioznosti. Tem situacijam se posameznik praviloma izogiba, saj meni, da se mu bo pripetilo kaj hudega ali da bo izgubil kontrolo nad seboj. Znake lahko omili prisotnost osebe, ki ji posameznik zaupa (Tomori in Ziherl, 1999).

Poleg zgornje razširitve avtorji v koncept agorafobije vključujejo tudi specifične strahove, na primer strah pred višino (Hamann in Mavissakalian, 1988, po Lindsay in Powel, 1994). Zaradi širitve koncepta poskušata Clarke in Wardman (1985) agorafobijo opisati zgolj kot generalizirano anksioznost. Ta širitev pa se ne obnese, saj se nenazadnje v klinični situaciji vse ponovno strne na ožjo simptomatiko.

Vzroki za nastanek agorafobije še niso znani. Pogosto na podlagi podatkov iz anamneze ugotovimo, da je bil prisoten stres. Stres ni nujno povezan z doživljanjem anksioznosti na javnih mestih in ob prisotnosti večjega števila ljudi, temveč pogostokrat izhaja iz intimnega medosebnega življenja. Posameznik ponavadi povezuje med

stresorjem in doživljanjem anksioznosti v popolnoma drugih okoliščinah ne vidi. Zaradi povečanega stresa se pojavi napad anksioznosti v naključni situaciji, naslednja stanja anksioznosti pa sprožajo procesi klasičnega pogojevanja (Tomori in Ziherl, 1999; Zuckerman in Spielberger, 1976) in anticipatorne anksioznosti (McKabe, 2005).

Obsesivno kompulzivna motnja

Za obsesivno kompulzivno motnjo so najbolj značilne obsesije in kompulzije. Obsesije so ponavljajoče se vsiljive misli, impulzi in podobe, ki z vztrajnostjo povzročajo hudo tesnobo. Osebe jih poskušajo zatreti ali nevtralizirati z drugo mislijo ali dejanjem (Goodman, Price, Woods in Charney, 1991). Kompulzije so stereotipna ponavljajoča se vedenja ali mentalni akti, katerih cilj je preprečiti anksioznost (Brinšek in Stamos, 1997). Če se poskuša posameznik tem simptomom upreti, se pojavi anksioznost (Tomori in Ziherl, 1999). Tudi tu vzroki še niso znani, pogosto pa se govori o serotoninu in genetskih dejavnikih ter kognitivnih razlagah s pomočjo negativnih avtomatičnih misli (Brinšek in Stamos, 1997).

Spolne motnje

Spolne motnje so kognitivni, čustveni in vedenjski problemi, ki preprečujejo posamezniku ali paru, da pride do spolnega odnosa in da v njem uživa. Spolne motnje se razlikujejo od spolnih variacij, pri katerih ima posameznik uspešen spolni odnos na nekonvencionalen način ali z nekonvencionalnim objektom izbire (Kaplan, 1974, po LoPiccolo in LoPiccolo, 1978). Govoriti o normalnem in nenormalnem na področju spolnosti je sporno in se dandanes opušča. Vendarle pa lahko rečemo, da o spolni motnji govorimo takrat, ko le-ta pomembno ovira spolno delovanje posameznika ali njegovega partnerja. Spolne motnje delimo na spolno disfunkcijo, ki je ne povzroča organska motnja ali bolezen, motnje spolne identitete in motnje spolne preference (Požarnik, 1984; Tomori in Ziherl, 1999).

Pri spolnosti gre za medsebojno vplivanje telesnih in duševnih dejavnikov, zato moramo tudi vzroke za motnje iskati v prepletanju le-teh (Tomori in Ziherl, 1999). Med fiziološke vzroke spolnih motenj uvrščamo telesne, hormonske, metabolične in farmakološke vzroke ter razpoloženske motnje. Psihološki vzroki pa zajemajo: (a) psihološke dejavnike, zaradi katerih se nekdo nagiba k spolnim motnjam, ki so praviloma vezani na otroštvo in odraščanje (prestroga vzgoja v otroštvu, moteni odnosi v družini, neustrezna spolna vzgoja, premalo informacij o spolnosti, travmatske zgodnje spolne izkušnje, zgodnja negotovost o svoji spolni vlogi); (b) sprožilne psihološke dejavnike (anksioznost, nerazumevanje v partnerskem odnosu, nezvestobo, prezahtevnost do sebe in do partnerja, reakcijo na somatski vzrok motnje, depresijo, spolno disfunkcijo pri partnerju, občasno neuspešnost zaradi kakšnega banalnega razloga); (c) psihološke

dejavnike, ki spolno motnjo vzdržujejo (anksioznost, predvidevanje neuspeha, strah pred intimnostjo, slabo samospoštovanje, slabo poučenost o spolnosti nasploh, slabo poznavanje tehnike spolnega odnosa, zanemarjanje predigre, napačna verovanja, slabo komunikacijo med partnerjema, izgubo privlačnosti med partnerjema, splošno nerazumevanje v partnerskem odnosu, duševne motnje) (Grmek, 2002). Kot vidimo, nastopa anksioznost tako kot sprožilni, pa tudi kot vzdrževalni dejavnik.

Problem raziskave in cilji

Teoretična izhodišča kažejo močno povezanost anksioznosti in spolnih motenj. Nakazujejo se tudi možne povezave s specifičnimi oblikami anksioznostnih motenj. Predvsem pri agorafobiji je namreč težava na področju spolnosti lahko tisti stresor, ki povleče posameznika v razvoj te vrste simptomatike. Raziskava je omejena na vprašanje, ali lahko govorimo o povezanosti med anksioznostjo in spolnimi motnjami tudi na nivoju posameznih anksioznostnih motenj. Pri tem so cilji raziskave:

- ugotoviti pogostost simptomov agorafobije in obsesivno kompulzivnih simptomov pri posameznikih s spolnimi motnjami ter jih primerjati s kontrolno skupino študentov;
- primerjati stopnjo izraženosti simptomov agorafobije glede na to, če je posameznik sam ali v družbi;
- poiskati možne vzroke za dobljene povezave ter podati smernice za nadaljnje raziskovanje.

Metoda

Udeleženci

Klinična skupina so bili posamezniki, ki so prišli na prvi diagnostični razgovor zaradi spolnih motenj. Vsi so se prostovoljno odločili za sodelovanje v raziskavi, ki je pripomogla k njihovi natančnejši diagnozi. V skupini je bilo 19 žensk in 11 moških s povprečno starostjo 42,7 let (*SD* 12,4). Ta skupina je nadalje imenovana tudi kot posamezniki s spolnimi motnjami.

Kontrolna skupina so bili študenti različnih študijskih smeri, za katere se predpostavlja, da nimajo diagnoze spolnih motenj. Vključenih je bilo 55 študentov Filozofske fakultete, 37 študentov Fakultete za šport in 4 študenti Medicinske fakultete. V skupini je bilo 63 žensk in 33 moških. Povprečna starost študentov je bila 20,8 let (*SD* 1,6).

Pripomočki

Kot prvi pripomoček sem uporabila prevod Vprašalnika mobilnosti za agorafobijo MIA (The Mobility Inventory for Agoraphobia), ki so ga razvili Chambless, Caputo, Jasin, Gracely in Williams (1985). Devetindvajset postavk meri izogibalno vedenje pri posameznikih z agorafobijo, od tega 27 postavk zajema okolja, ki navadno vzbujajo izogibalno vedenje, 2 postavki pa se nanašata na pogostost in intenziteto paničnih napadov. Posameznik pri vsaki postavki na 5-stopenjski lestvici (od 1 – *se nikoli ne izogibam* do 5 – *se vedno izogibam*) označi stopnjo neugodja oziroma anksioznosti, ki mu jo vzbuja situacija. Ločeno označi tudi, kolikšno neugodje občuti, ko je sam, in kolikšno, ko je v družbi osebe, ki ji zaupa. Vprašalnik je razdeljen na vsebinske sklope: *odprti prostori*, *zaprti prostori*, *potovanja* in *različne situacije*. Višji kot je dobljen rezultat, večja je posameznikova izraženost agorafobije.

Psihometrične značilnosti originalnega vprašalnika so zadovoljive. Chambless in dr. (1985) poročajo, da je bila zanesljivost, ugotovljena s test-retest metodo, od 0,62 do 0,90. Korelacije med postavkami so znašale od 0,50 do 0,90. Chambless in dr. (prav tam) poročajo tudi o pomembni povezanosti z FQ lestvico agorafobije, s kronično anksioznostjo in depresijo, ter o pomembni pozitivni povezanosti z Beckovo lestvico depresivnosti, kar kaže na ustrezno konstruktno veljavnost vprašalnika.

Zanesljivost prevedenega vprašalnika znaša 0,81 za ocene, ko je posameznik sam, in 0,83 za ocene, ko je posameznik v družbi. Faktorska analiza je pokazala štiri faktorje: (a) strah pred tujimi ljudmi, (b) strah pred tujim nadzorom, (c) strah pred višino in (č) ostale situacije.

Kot drugi pripomoček sem uporabila prevod Vprašalnika Padua PI (The Padua Inventory), ki ga je razvil Sanavio (1988). Sestavljen je iz 60 najbolj pogostih obsesivnih misli in kompulzivnih vedenj, pri katerih posameznik označi, v kolikšni meri ga posamezne misli motijo (od 0 – *sploh ne* do 4 – *zelo*). Zajema štiri dimenzije: izguba mentalne kontrole, okužiti se, preverjanja in izguba motorične kontrole. Višji kot je dobljen rezultat, večja je obsesivno kompulzivna motenost.

Sanavio (1988) je poročal, da je zanesljivost originalnega vprašalnika, merjena

Tabela 1. *Ekstrakcija in rotacija faktorjev vprašalnika mobilnosti za agorafobijo MIA (metoda glavnih komponent).*

ekstrakcija faktorjev				po rotaciji		
faktor	lastna vrednost	odstotek variance	kumulativni odstotek	lastna vrednost	odstotek variance	kumulativni odstotek
1	36,11	64,48	64,48	22,30	39,81	39,81
2	3,77	6,73	71,21	12,77	22,81	62,62
3	2,66	4,74	75,95	7,22	12,89	75,50
4	2,04	3,64	79,60	2,29	4,09	79,60

Opombe. Uporabljen je bil Catellov kriterij izločanja faktorjev.

s test-retest metodo, znašala 0,78 do 0,94. Veljavnost je bila opredeljena s korelacijo z Leytonovim vprašalnikom obsesivnosti, ki je znašala $r = 0,70$. Za zanesljivost štirih dimenzij prevedenega vprašalnika veljajo od 0,78 do 0,93.

Postopek

Vsa testiranja so bila izvedena skupinsko. Pri študentih sem testiranja izvajala na izbranih fakultetah in sicer v skupinah od 4 do 50 oseb, pri pacientih pa v prostorih Psihiatrične klinike v Ljubljani v skupinah po 10 oseb. Po uvodnem nagovoru so bili udeleženci seznanjeni z namenom raziskave, prostovoljnostjo udeležbe in anonimnostjo zbranih podatkov. Udeleženci so dobili vprašalnika v vrstnem redu MIA - PI, vendar so lahko zamenjali vrstni red reševanja. Reševali so samostojno po priloženih navodilih. Reševanje ni bilo časovno omejeno in je trajalo približno 30 minut.

Zaradi minimalnega odstopanja od normalne distribucije sem pri obdelavi podatkov uporabila parametrične teste.

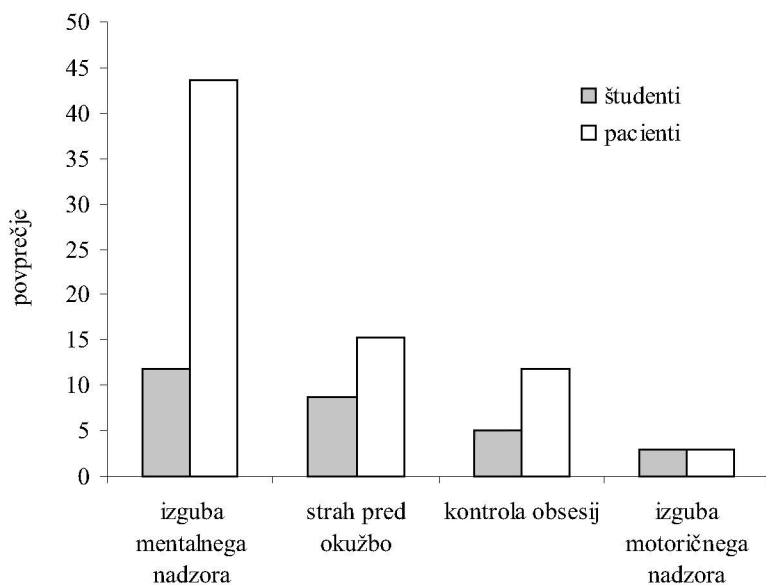
Rezultati

Izraženost obsesivno kompulzivnih simptomov

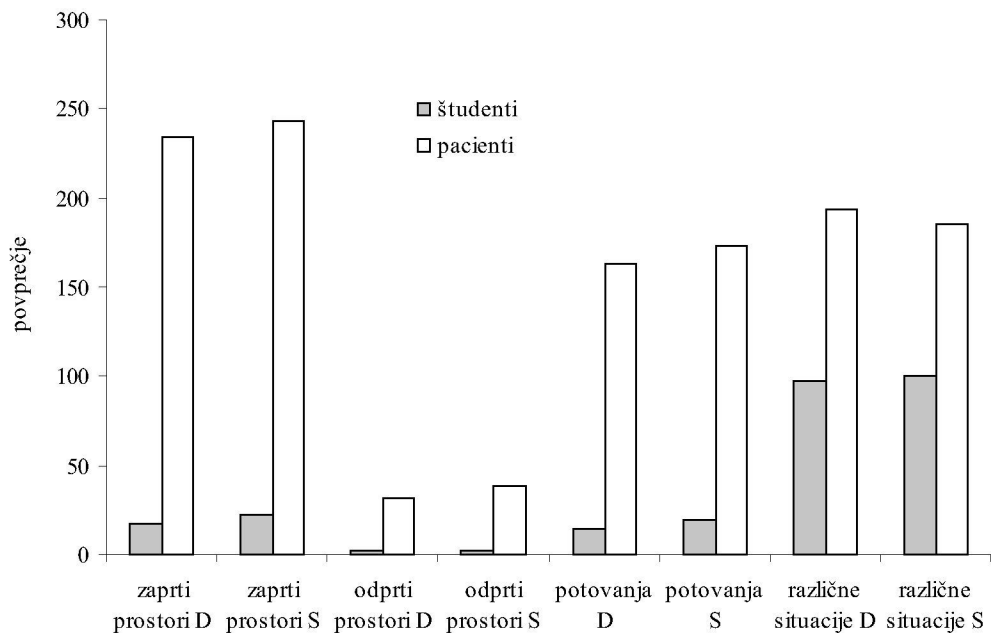
Klinična in kontrolna skupina sta dosegali različne rezultate na vprašalniku PI. Na sliki 1 kar na treh dimenzijah od štirih opazimo večje razlike med skupinama.

Tabela 2. Rezultati analize variance za preizkus razlike v aritmetičnih sredinah po posameznih dimenzijah vprašalnika Padua (PI).

vir variabilnosti	SS	df	MS	F	p
izguba mentalnega nadzora					
med skupinami	23014,22	1	23014,22	18,47	,00
znotraj skupin	154526,71	124	1246,18		
skupaj	177540,93	125			
strah pred okužbo					
med skupinami	973,16	1	973,16	7,08	,01
znotraj skupin	17041,20	124	137,43		
skupaj	18014,36	125			
kontrola obsesij					
med skupinami	1056,27	1	1056,27	8,92	,00
znotraj skupin	14692,27	124	118,49		
skupaj	15748,54	125			
izguba motoričnega nadzora					
med skupinami	,00	1	,00	,00	1,00
znotraj skupin	2379,50	124	19,19		
skupaj	2379,50	125			



Slika 1. Povprečne vrednosti obsesivno kompulzivnih simptomov pri klinični in kontrolni skupini.



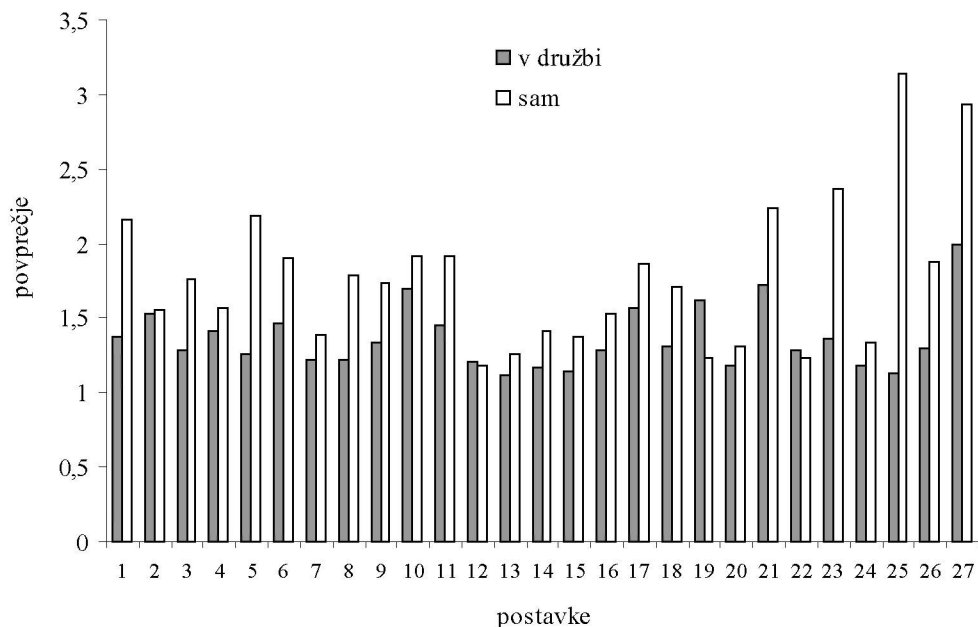
Slika 2. Povprečne vrednosti izraženih simptomov agorafobije pri klinični in kontrolni skupini. D pomeni v družbi; S pomeni sam.

Tabela 3. Zbirna tabela analize variance za preizkus razlike v aritmetičnih sredinah po posameznih sklopih vprašalnika mobilnosti za agorafobijo z vključenima pogojema sam in v družbi.

vir	SS	df	MS	F	p
zaprti prostori – D					
med skupinami	1079815,50	1	1079815,50	41,06	,00
znotraj skupin	3261205,04	124	26300,04		
skupaj	4341020,54	125			
zaprti prostori – S					
med skupinami	1114619,45	1	1114619,45	40,73	,00
znotraj skupin	3393633,19	124	27368,01		
skupaj	4508252,64	125			
odprti prostori – D					
med skupinami	20080,11	1	20080,11	18,20	,00
znotraj skupin	136827,19	124	1103,45		
skupaj	156907,30	125			
odprti prostori – S					
med skupinami	30118,63	1	30118,63	23,09	,00
znotraj skupin	161748,30	124	1304,42		
skupaj	191866,93	125			
potovanja – D					
med skupinami	503273,87	1	503273,87	34,23	,00
znotraj skupin	1823038,74	124	14701,93		
skupaj	2326312,61	125			
potovanja – S					
med skupinami	541039,17	1	541039,17	33,10	,00
znotraj skupin	2026870,04	124	16345,73		
skupaj	2567909,21	125			
različne situacije – D					
med skupinami	211924,20	1	211924,20	19,08	,00
znotraj skupin	1377560,62	124	11109,36		
skupaj	1589484,83	125			
različne situacije - S					
med skupinami	163608,34	1	163608,34	14,61	,00
znotraj skupin	1388630,96	124	11198,64		
skupaj	1552239,30	125			

Največji razkorak se med skupinama pojavlja na dimenziji izgube mentalnega nadzora, medtem ko na dimenziji izgube motoričnega nadzora ne prihaja do večjih razlik v povprečjih.

Analiza variance je potrdila, da se vzorec posameznikov s spolnimi motnjami v stopnji izraženosti obsesivno kompulzivnih simptomov pomembno razlikuje od vzorca študentov (glej tabelo 2). Največje razlike so se pokazale pri dimenziji izguba mentalne kontrole, medtem ko na dimenziji izguba motorične kontrole ni bilo statistično



Slika 3. Primerjava izraženosti simptomov agorafobije v pogoju sam in v družbi. 1 - gledališča, 2 - supermarketi, 3 - učilnice, 4 - veleblagovnice, 5 - restavracije, 6 - muzeji, 7 - dvigala, 8 - avditoriji in stadijoni, 9 - garaže, 10 - prostori na višini, 11 - zaprti prostori, 12 - odprti prostori (zunaj), 13 - odprti prostori (znotraj), 14 - avtobusi, 15 - vlaki, 16 - metroji, 17 - letala, 18 - ladje, 19 - vožnja, 20 - avtoceste, 21 - stati v vrsti, 22 - hoja preko mostov, 23 - zabave, 24 - hoja po ulici, 25 - biti sam doma, 26 - biti daleč od doma, 27 - drugo.

pomembnih razlik. Podrobnejša analiza postavk je pokazala, da se najmočnejše razlike pojavljajo pri postavkah, ki se nanašajo na prekomerno umivanje rok ($p = ,001$), ponovitve besed in stavkov pri govorjenju ($p = ,000$), preverjanje raznih stikal potem, ko so že ugasnjena ($p = ,000$), težave pri sprejemanju odločitev ($p = ,001$), občutek nesposobnosti podajanja jasnih razlag tudi o pomembnih zadevah ($p = ,001$), zamude zaradi ponovnega preverjanja že narejenih stvari ($p = ,000$), obsesije ($p = ,000$), vsiljujoče se opolzke in nespodobne misli ($p = ,001$), predstavljanje katastrofalnih posledic manjših napak ($p = ,000$) in strah pred škodovanjem drugim brez lastne vednosti ($p = ,001$).

Izraženost simptomov agorafobije

Posamezniki s spolnimi motnjami so dosegli višja povprečja na vseh dimenzijah vprašalnika MIA (glej sliko 2). Vidimo tudi, da je anksioznost udeležencev višja, kadar so sami. Pri klinični skupini so izjema so le nespecifične situacije, ki so v raziskavi

uvrščene v skupino različnih situacij.

Analiza variance je pokazala, da so razlike med obema skupinama statistično pomembne, in to pri vseh dimenzijah uporabljenega pripomočka (glej tabelo 3). Dodatna analiza razlik po posameznih postavkah je pokazala visoko statistično pomembnost razlik na vseh postavkah vprašalnika, razen pri postavki, ki sprašuje po intenziteti paničnih napadov.

Zanimiva je tudi razlika v povprečnem številu paničnih napadov v tednu pred reševanjem vprašalnika, ki je bilo pri klinični skupini 23,6 ($SD = 42,3$) in pri kontrolni skupini 1,6 ($SD = 10,2$).

V večini situacij posamezniki doživljajo večjo anksioznost in izkazujejo močnejše izogibalno vedenje, ko so sami, kot takrat, ko so v družbi (glej sliko 3).

Pri ugotavljanju razlik v izraženosti agorafobije in obsesivno kompulzivnih simptomov med moškimi in ženskami je bilo ugotovljeno, da te niso statistično pomembne v nobeni skupini.

Razprava

Rezultati kažejo močno povezanost anksioznosti, v tem primeru simptomov agorafobije in obsesivno kompulzivnih simptomov, s spolnimi motnjami.

Obsesivno kompulzivni simptomi pri spolnih motnjah

Pri obsesivno kompulzivnih simptomih so bile razlike med klinično in kontrolno skupino pomembne na vseh dimenzijah vprašalnika Padua (PI), razen na dimenziji motorične kontrole. Vzorec posameznikov s spolnimi motnjami se je kar na nekaj postavkah močno razlikoval od vzorca študentov. Največ postavk z veliko razliko med skupinama spada v dimenzijo mentalne kontrole. Ta dimenzija v grobem zajema obsesije, torej vsiljujoče se misli. Pri posameznikih s spolnimi motnjami se misli z opolzko in nespodobno vsebino pojavljajo pogosteje. Tako lahko sklepamo: ker se pri posameznikih s spolnimi motnjami te misli pojavljajo pogosteje, s tem motijo njihovo delovanje, tudi spolno delovanje. Ker se kot eden izmed vzrokov spolnih motenj pogosto pojavlja stroga vzgoja in prepovedi spolnosti (Masters in Johnson, 1979), sklepam, da zaradi teh prepovedi spolnosti posameznik sam pri sebi te opolzke in nespodobne misli še težje sprejme, ima do njih večji odpor, kar vodi v večjo motenost na spolnem področju. V primeru, da ima posameznik opolzke in nespodobne misli v strogo moralističnem okolju, se te zaradi pritiska okolja še bolj ojačajo. Odpor okolja pri posamezniku tudi povečuje raven anksioznosti, ki nastopa kot sprožilen in hkrati vzdrževalen dejavnik spolnih motenj (Grmek, 2002). Anksioznost se poveča tako zaradi pritiskov okolja, kot tudi zaradi posameznikovih lastnih poskusov blokade obsesij (Tomori in Ziherl, 1999).

Za nadaljnje sklepanje bi bilo koristno poznati diagnozo pri pacientih, saj so spolne motnje heterogena skupina motenj, z veliko podskupinami, ki imajo vsaka svoje

karakteristike. Postavlja se vprašanje, ali se pojavljajo različne vsebine obsesij pri posameznih skupinah motenj. Predpostavljam, da se pri spolnih disfunkcijah pogostejše pojavljajo vsebine, povezane s prepovedmi spolnosti ali opolzkimi misli, kot je to v našem primeru. Enako velja za motnje spolne preference, medtem ko je povezanost obsesivnih misli z motnjami spolne identitete vprašljiva, saj te motnje najverjetneje niso toliko povezane z obsesijami, temveč gre za bolj dolgotrajne procese formiranja identitete.

Posamezniki s spolnimi motnjami dosegajo pomembno višje rezultate na postavki, da nikoli ne bodo mogli jasno pojasniti stvari, tudi tistih, ki so za njih zelo pomembne. Tu se dotaknemo pomena komunikacije med partnerjema. Iskren pogovor je namreč prvi in najbolj smiselni korak pri terapiji spolnih motenj (Požarnik, 1984; Shires in Miller, 1998).

Pomembne razlike se kažejo tudi pri dimenziji strahu pred okužbo. Postavka, ki najbolj razlikuje med skupinama, je postavka, ki se nanaša na umivanje rok. To je v splošnem tudi ena izmed najpogostejših kompulzij (Reed, 1985). Če pogledamo simbolno raven, se ritual umivanja povezuje tudi z zgoraj omenjenimi obsesijami, torej z njihovo vsebino, ki se nanaša na umazane misli. Ritual umivanja simbolno predstavlja očiščenje, torej tudi očiščenje neprimernih misli.

Pri dimenziji motorične kontrole se pomembne razlike niso pojavile. Dimenzija v ožjem smislu vsebuje kompulzije, zato lahko zaključimo, da se na vključenem vzorcu posameznikov obsesije povezujejo s spolnimi motnjami bolj kot kompulzije.

Rezultati raziskave se ujemajo z ugotovitvami Minnena in Kampmana (2000), ki ugotavljata, da se pri posameznikih z obsesivno kompulzivno motnjo in tistih s panično motnjo pojavljajo spolne motnje, pri čemer je najpogostejša zmanjšana spolna sla. Vendar pa na tem mestu ne smemo zanemariti dejstva, da so posamezniki, ki so bili vključeni v raziskavo, poiskali pomoč ravno zaradi spolnih motenj in ne zaradi druge simptomatike. Tako lahko predvidevamo, da je ta simptomatika prvotna in se v primeru zajetega vzorca druga anksioznostna simptomatika, kot so na primer obsesije, cepi na spolne motnje.

Simptomi agorafobije pri spolnih motnjah

Pomembne razlike med klinično in kontrolno skupino se pojavljajo tudi pri odgovorih na postavke vprašalnika agorafobije, in sicer so v tem primeru razlike pomembne pri večini postavk in pri vseh dimenzijah. Če upoštevamo definicijo agorafobije, lahko rečemo, da se posamezniki s spolnimi motnjami izogibajo odprtim in zaprtim prostorom, potovanjem in raznim drugim situacijam, ki vključujejo druge ljudi. Prav tako rezultati kažejo, da je anksioznost večja v situacijah, ko je posameznik sam, in manjša, ko je v družbi druge osebe.

Kot zelo ogrožujoče so posamezniki s spolnimi motnjami ocenili zabave in druga druženja. Vidimo, da težave niso ozko vezane na intimno spolno področje, temveč se kažejo tudi v odnosu do drugih ljudi in sveta nasploh. Težave pri navezovanju stikov so lahko posledica obstoječih spolnih motenj, ki se jih posameznik zaveda in ga to tudi

ovira pri navezovanju stikov z drugimi. V raziskavo zajeti posamezniki se svojih težav zagotovo zavedajo, saj so le-te tudi povod za obisk psihiatrične ambulante. Oboje lahko odraža splošno naravnost posameznika do okolja, o čemer bom govorila kasneje.

Pri klinični skupini se pojavlja tudi povečan strah pred tujim nadzorom in strah pred višino. Pri tem strahu je v ozadju nezaupanje. Nezaupanje je čustvo, ki se razvije v odnosu do pomembnega drugega oz. partnerja in v partnerskem odnosu onemogoča zadovoljujoče spolne odnose. Nezaupanje se razvojno gledano prenaša iz odnosa s pomembnim drugim na odnos do drugih ljudi.

Vprašanje je, če se lahko na osnovi slabih izkušenj z eno ali več osebami v spolnem smislu ta posplošitev in nezaupanje prenese na druge ljudi do te mere, da se pojavi izogibalno vedenje. Človek deluje celovito in iz negativnih izkušenj na spolnem področju se anksioznost in strahovi selijo z enega področja življenja na drugega (Zalokar, 1983). Spolno življenje je pri človeku tako osrednjega pomena, da lahko razvije tudi tako specifično problematiko, kot je agorafobija in zgoraj omenjene obsesije.

Buglass, Clarke, Henderson, Kreitman in Presley (1997, po Lindsay, Powel, 1999), ki so se v svoji raziskavi osredotočili na številne psihične probleme, ki se povezujejo z agorafobijo (tj. depresivnost, generalizirano anksioznost, depersonalizacijo in za nas zanimive spolne motnje), so ugotovili, da agorafobija vpliva na zmanjšanje spolne sle. Na osnovi njihovih podatkov bi lahko sklepali na spolne motnje kot posledico anksioznostnih motenj oz. bolj specifično kot posledico agorafobije.

Krožni odnos

Vprašanje vzroka in posledic ni enostavno in tudi naši rezultati ne dopuščajo vzročno posledičnih interpretacij. Vseeno pa odpirajo pomembna raziskovalna vprašanja, npr. to, ali se anksioznost s spolnega področja lahko prenese na druga področja in povzroči anksioznostno simptomatiko. Morda lahko v povezavi agorafobije in spolnih motenj vidimo le več različnih načinov izražanja povečane splošne anksioznosti posameznika in s tem anksioznost kot taka vpliva na razvoj spolnih motenj. Ker se pri vključenih klinični skupini obenem pojavljajo simptomi agorafobije, obsesivno kompulzivni simptomi in spolne motnje, lahko rečemo, da gre v primeru našega vzorca za multiple težave, povezane z anksioznostjo. Anksioznost je lahko sprožilni dejavnik, pa tudi ohranjevalni dejavnik. Anksiozno reagiranje se morda lahko prenese na druga področja življenja tudi po tem, ko posameznik nima več težav na spolnem področju. V tem primeru bi anksioznost ponovno vplivala na spolno življenje in zopet povzročila spolne motnje. Najverjetneje anksioznost in spolne motnje vstopajo v krožni odnos. Tudi same spolne motnje namreč vzdržujejo višjo raven anksioznosti. Na primer, če posameznik doživi neuspeh na spolnem področju, se raven anksioznosti poveča in krožni odnos je zopet vzpostavljen.

Odnos med anksioznostjo in spolnimi motnjami bi zelo verjetno natančneje pojasnila diagnoza posameznikov s spolnimi motnjami. Tako je mogoče, da deluje pri

spolnih disfunkcijah anksioznost kot dejavnik, ki vzdržuje motnjo. Prav tako pa je tudi možno, da anksioznost deluje pri motnjah spolne identitete in preference bolj kot posledica, kakor lahko sklepamo iz Kielholzove opredelitve normalne anksioznosti (1967, po Rakovec Felser, 2002), in sicer iz specifične podvrste, ki se imenuje bojazni vesti. Motnje spolne identitete in preference so namreč v precejšnjem konfliktu s splošnimi normami naše družbe.

Pri spolnih motnjah, agorafobiji in obsesivno kompulzivni motnji je anksioznost v ospredju. V ozadju pa je lahko anksiozna naravnost do sveta na splošno ali anksioznost kot osebnostna poteza, kot jo imenuje T. Lamovec (1988). Na tem mestu torej trčimo na osebnostno strukturo posameznika in govorimo o šibkejši strukturi osebnosti. Na povezanost spolnih motenj z nevrotično strukturo osebnosti, za katero je značilna povečana stopnja anksioznosti, so opozorili tudi Sun, Pan in Tong (2004). Torej, spolne motnje in anksioznost sicer vstopajo v krožni odnos medsebojnega okrepljevanja, vendar pa so njihovi skupni vzroki lahko še druge. Odkrivanje teh vzrokov je cilj poglobljene psihološke obravnave posameznikov, ki sledi diagnostični fazi. Lahko, da je pri nekaterih posameznikih bolj v ospredju spolna motenost, pri drugih anksiozna simptomatika, pri nekaterih pa oboje hkrati. Zagotovo pa se vzroki razlikujejo od primera do primera in se mora zato tudi sama obravnava.

Terapija se torej osredotoča na odkrivanje vzrokov in strukture osebnosti, ki leži v ozadju teh multiplih težav. Iz rezultatov naše raziskave in iz možnega krožnega odnosa med anksioznostjo in spolnimi motnjami sledi, da je med najbolj smiselnimi terapijami spolnih motenj manjšanje anksioznosti, ki ohranja spolne motnje (McKabe, 2001), pri čemer moramo seveda izključiti fiziološki vzrok spolnih motenj. Največja ovira pri zdravljenju spolnih motenj je namreč ravno vztrajajoča anksioznost in spremljajoč strah pred neuspehom (McKabe, 2005).

Podobne raziskave

Kar nekaj raziskav (npr. Barlow, Sakheim in Beck, 1983; Liu, 2002) potrjuje rezultate, dobljene v pričujoči raziskavi, in povezanost simptomov anksioznosti s spolnimi motnjami. Tako Dunn (2000, po Seagraves, 2002) ugotavlja visoko konkordanco spolnih motenj in drugih psihičnih motenj ter veliko povezanost z zakonskimi prepiri, s simptomi anksioznosti in simptomi depresivnosti. Ugotavlja, da se pri 57 % posameznikov, ki imajo dolgotrajne spolne motnje, pojavljajo tudi druge dolgotrajne psihične motnje, od katerih je najpogostejša anksioznost. Do podobnih zaključkov so prišli Dunsieith in dr. (2004), ko so proučevali prisotnost duševnih motenj pri posameznikih, obtoženih spolnih zločinov. Ugotovili so, da se anksioznostne motnje pojavljajo v 23 % primerov. Tudi raziskava Moituka in Porporina iz leta 1991 (po Dunsieith in drugi, 2004) kaže, da se pri teh posameznikih pojavljata predvsem depresivnost in anksioznost. Figuera, Possidente, Marques in Hayes (2001) so v svoji raziskavi ugotavljali prisotnost spolnih motenj pri pacientih s socialno fobijo in pri tistih s panično motnjo. Ugotovili so, da so pri teh motnjah spolne motnje zelo pogoste, in sicer v večji meri pri pacientih s panično

motnjo (kar 75 % jih ima tudi spolne motnje). Rezultati raziskave se skladajo tudi s študijo Becka in Bozmana (1995), ki sta preučevala spolne razlike v odzivu na anksioznostne dražljaje ter ugotavljala vpliv anksioznosti na spolno poželenje. Rezultati študije so pokazali, da med spoloma ni razlik v odzivu na anksioznostne dražljaje in da anksioznost pri obeh spolih v enaki meri vpliva na motnje v spolnem odzivu. Tudi v naši raziskavi med spoloma ni bilo opaznih razlik v prisotnosti anksioznostnih simptomov.

Predlogi za nadaljnje raziskave

V nadaljnje raziskovanje bi bilo smiselno in pomembno vključiti natančne diagnoze spolnih motenj. Prav tako bi bilo smiselno razširi instrumentarij na vse anksioznostne motnje. Tako bi ugotovili, kako se različne vrste anksioznosti povezujejo z različnimi vrstami spolnih motenj.

Vključiti bi bilo potrebno tudi usmerjen intervju, ki bi dal informacije o vsebini obsesij in o časovnem poteku motenj. Zanimivo bi bilo poznati časovno zaporedje - ali so se pri posamezniku pojavile prej težave na spolnem področju ali mogoče prej druga simptomatika. Čeprav so informacije iz anamneze ključnega pomena, zaradi okoliščin prvega diagnostičnega razgovora za potrebe opisane raziskave še niso bile na razpolago.

Zagotovo bi bila smiselna razširitev raziskave na longitudinalni nivo in s tem spremljanje motenj po končani terapiji spolnih motenj, s čimer bi ugotovili, ali anksioznost vztraja tudi, če spolne motnje niso več prisotne.

Zaključki in omejitve raziskave

Anksioznost je pri spolnih motnjah ključnega pomena predvsem zaradi njene ohranjevalne funkcije. Na osnovi rezultatov raziskave lahko govorimo o močni povezanosti med obema pojavoma. Ta povezanost pa seveda ni absolutna, obstajajo posamezniki s spolnimi motnjami brez anksioznostnih simptomov in obratno.

Omejitve raziskave v prvi vrsti izhajajo iz vprašljive reprezentativnosti obeh vključenih vzorcev. Vzorec študentov ima posebnosti in taka kontrolna skupina najverjetneje po mnogih pomembnih lastnostih ni bila izenačena s klinično. Oblikovanje kontrolne skupine je sledilo predpostavki, da je študentska populacija na področju spolnih motenj dober predstavnik splošne populacije. Zaradi primerljivosti vzorcev bi bilo predvsem nujno raziskati tudi področje spolnosti pri študentskem vzorcu in tako izključiti tiste z morebitnimi spolnimi motnjami in simptomi anksioznosti.

Pomanjkljivosti vidimo tudi pri sestavi klinične skupine. Edini podatki o teh posameznikih so namreč tisti, ki so bili namenoma zbrani za našo raziskavo. Zavedam se, da bi predvsem podatki o diagnozi in podatki iz anamneze bistveno pripomogli k poglobljeni interpretaciji dobljenih rezultatov. Pri nadaljnjih raziskavah bi bilo potrebno upoštevati tudi starost kot dodaten dejavnik.

Literatura

- Barlow, D. H., Sakheim, D. K. in Beck, J. C. (1983). Anxiety increases sexual arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 49–54.
- Beck, G. in Bozman A. W. (1995). Gender differences in sexual desire: the effects of anger and anxiety [elektronska verzija]. *Archives of Sexual Behavior*, 24 (6), 595–612.
- Brinšek, B. in Stamos, V. (1997). *Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji [Neurotic, Stress and Psychosomatic Disorders in Medicine and Psychiatry]*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.
- Carr, A. (1998). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology*. London: Routledge.
- Campillio, G. G., Bravo, C. S., Carmona, F. M., Perales R. D. in Calderon, A. V. (1999). Anxiety and depression levels in women with and without sexual disorders: A comparative study [elektronska verzija]. *Revista Mexicana de psicologia*, 16 (1), 17–23.
- Clarke, J. C. in Wardman, W. (1985). *Agoraphobia. A Clinical & Personal Account*. Sidney: Pergamon press.
- Chambless, D. L., Caputo, G., Gracely, S., Jasin, E. in Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behavior Research and Therapy*, 23, 35–44.
- Dunsieth, N. W., Nelson, E. B., Brusman–Lovins, L. A., Holcomb, J. L., Beckman, A., Welge, J. A., Roby, D., Taylor, P., Soutullo, C.A. in McElroy, S. L. (2004). Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *The journal of Clinical Psychiatry*, 65 (3), 239–300.
- Fedoroff, J. P., Fishel, A. in Fedoroff, B. (1999). A case series of women evaluated for paraphilic sexual disorders [elektronska verzija]. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 8 (2), 127–140.
- Figuera, I., Possidente, E., Marques, C. in Hayes, K. (2001). Sexual disfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia. *Articles of Sexual Behavior*, 30 (4), 369.
- Grmek, N. (2002). *Spolne motnje in spolno življenje med študentsko populacijo [Sexual Disorders and Sexual Life of Students]*. Neobjavljeno diplomsko delo [Unpublished BA thesis], Filozofska fakulteta, Ljubljana, Slovenija.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Woods, S. W. in Charney, D. S. (1991). Pharmacologic challenges in obsessive-compulsive disorder. V J. Zohar, T. Insel in S. Rasmussen (ur.), *The psychobiology of obsessive-compulsive disorder* (str. 162–186). New York: Springer.
- Kabza, H. in Meyendorf, R. (1998). *Depresije in strah: zdravljenje – zdravila – samopomoč [Depression and Fear: Treatment – Medicine – Selfhelp]*. Logatec: Kele & Kele.
- Lamovec T. (1988). *Priročnik za psihologijo motivacije in emocij [Manual for Motivation and Emotion]*. Ljubljana: FF, oddelek za psihologijo.
- Lindsay, S. J. E. in Powell, G. E. (1994). *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (2. ed.). London and New York: Routledge.
- Lindsay, S. J. E. in Powell, G. E. (1999). *The Handbook of Clinical Adult Psychology* (3. ed.). London and New York: Routledge.
- Lui, M. (2002). Influences of sexual performance anxiety on erectile dysfunction. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 10, 47–49.

- LoPiccolo, J. in LoPiccolo, L. (1978). *Handbook of Sex Therapy*. New York: Plenum Press.
- Masters, W. H. in Johnson V. E. (1979). *Spolna reakcija*. Ljubljana: DZS.
- McKabe, M. P. (2001). Evaluation of cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 259–271.
- McKabe, M. (2005). The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *International Journal of Stress Management*, 12 (4), 379–388.
- Milivojević, Z. (2005). *Emocije, psihoterapija i razumevanje emocija [Emotions, psychotherapy and understanding of emotions]*. Novi Sad: Prometej.
- Minnen, A. V. in Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 47–57.
- Požarnik, H. (1984). *Zdrava in motena spolnost [Healthy and Disfunktional Sexuality]*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Rakovec Felser, Z. (2002). *Zdravstvena psihologija [Health Psychology]*. Maribor: Univerza v Mariboru.
- Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behaviour: A cognitive-structural approach*. Orlando: Academic Press.
- Rowan, D. in Eayrs, C. (1987). *Fears and Anxieties*. New York: Longman.
- Sanavio E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26 (2), 169–177.
- Seagraves, R. T. (2002). Female sexual disorders: Psychiatric aspects. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (5), 419–425.
- Shires, A. in Miller, D. (1998). A preliminary study comparing psychological factors associated with erectile dysfunction in heterosexual and homosexual men. *Sexual and Marital Therapy*, 13, 37–49.
- Sun, Q., Pan, J. in Tong, R. (2004). Sexual Behavior of Neurotic Patients. *Chinese Mental Health Journal*, 18 (11), 791–793.
- Tastan, U., Saatcioglu, O., Ozmen, E. in Erkmen, H. (2005). Anxiety in men with sexual dysfunction [elektronska verzija]. *Yeni Simposium: psikiyatri, novoloji ve dauranis bilimleri dergisi*, 43 (1), 38–44.
- Tomori, M. in Ziherl, S. (1999). *Psihiatrija [Psychiatry]*. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani.
- Zalokar, J. (1983). *O tesnobi našega časa – anksioznost in anksiozna stanja [Anxiety of our Time – Anxiety and Anxiety States]*. Celje: Znanstvena knjižica.
- Zuckerman, M. in Spielberger, C. D. (1976). *Emotions and Anxiety New Concepts, methods and Applications*. New Jersey: Lawrence Erlbaim Associates, Publishers.
- Walker, R. (1997). *Spolnost in medčloveški odnosi: izčrpen družinski vodnik [Sexuality and Human Relations: Complete Family Guide]*. Ljubljana: DZS.