

PSYCHOTERAPIE V PÉČI O SEXUOLOGICKÉ PACIENTY

II. Oběti a pachatelé sexuálních deliktů, problematika mladistvých a dospělí pacienti s poruchami sexuální identity

MUDr. Petra Sejbalová, Mgr. Jana Míchalová

Sexuologické oddělení Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Článek pojednává o psychoterapii sexuologických pacientů v ambulantní praxi. Pojednáváme o traumatu sexuálního zneužívání a násilí, jeho psychologických aspektech a možnostech psychotherapeutické léčby. Dále představujeme péči o mladistvé klienty s problémy v oblasti sexuální identity či orientace. V poslední části nastiňujeme možnosti psychoterapie v péči o pacienty s poruchami sexuální identifikace (transsexualismus) a preference (deviace).

Klíčová slova: sexuální trauma, oběti sexuálního zneužívání a sexuálního násilí, psychoterapie, PTSD, sexuální deviace, transsexualismus.

PSYCHOTHERAPY IN CARE OF SEXUOLOGICAL PATIENTS

The article deals with the psychotherapy of sexual patients in an outpatients practice. We deal with trauma of sexual abuse and violence, its psychological aspects and possibilities of psychotherapeutic treatment. Then we present care of adolescent clients with problems concerning sexual identity or orientation. In the last part we outline possibilities of psychotherapy in the care of patients with sexual identification disorders (transsexualism) and preference (deviation).

Key words: sexual trauma, victims of sexual abuse and sexual violence, psychotherapy, PTSD, sexual deviation, transsexualism.

Psychiat. pro Praxi 2008; 9(6): 266–268

1. Trauma sexuálního zneužívání a násilí

V této oblasti pracujeme se dvěma skupinami klientů. První jsou ti, kteří k nám přicházejí ve fázi akutní reakce na stres (včetně rozvinuté posttraumatické stresové poruchy). Nejčastěji se jedná o ženy, které byly nedávno vystaveny sexuálnímu násilí ze strany neznámých, ale i příbuzných osob.

Další skupinou jsou ženy, které byly pohlavně zneužívány v dětství, u nich se jedná tedy o potlačené a „znovuoživené“ trauma. U této skupiny se poměrně často setkáváme s tím, že sexuální zneužívání není primární problém, kvůli kterému vyhledají odbornou pomoc. Psychotherapeutická péče je u obou forem traumatu rozdílná.

U **akutního traumatu** je často nemožné psychotherapeuticky hlouběji pracovat, protože primární je udržení integrity osobnosti a fungování člověka v jeho celistvosti. Trauma může být natolik ohrožující, že je třeba se před ním chránit, často jej až zcela vytěsnit, disociovat prožitky hrůzy, strachu, bolesti či bezmoci s ním spojené. V takovém případě je nutné respektovat přání a potřeby klienta a poskytnout psychotherapeutickou podporu a možnost přijít, kdykoliv bude potřebovat. Vhodné je medikamentózně zmírnit projevy akutní reakce na stres. Důležité je zabránit či zmírnit rozvoji sekundární viktimizace.

Kazuistika 1

Kristina – 17letá studentka – byla venku ve večerních hodinách přepadena neznámým mužem, který ji odvezl na neznámé místo. Zde byla držena

několik hodin, zřejmě byla spoutána, sadisticky mučena a znásilněna, u toho byla i focena. Pacientka neměla v anamnéze žádnou psychiatrickou či jinou zátěž. Měla již sexuální zkušenosti.

Na oddělení byla přivedena matkou, která psycholožku o všem dopředu informovala. Kristina přišla na několik sezení. Trpěla úzkostmi a strachem chodit sama domů. Jinak po události nadále docházela do školy a snažila se dělat vše jako dříve.

S pacientkou bylo možné navázat vcelku dobrý kontakt, i když působila odtahitým dojmem, jako by neprožívala žádné emoce. O tom, co se stalo, nechtěla mluvit, hovořila jen o běžných událostech, snažila se nezabývat ničím závažnějším. Naprosto pro ni nebylo možné se k prožitému traumatu či nějakým potížím s tím spojeným přiblížit či je psychotherapeuticky zpracovat. Po počátečních několika sezeních Kristina už necítila potřebu dále docházet. Byla jí nabídnuta možnost v případě potřeby přijít. O Kristinině příběhu dále nic nevíme.

I přes konzultace s jinými kolegy bylo nutné si připustit, že i když je trauma tak velké, není možné s ním pracovat, pokud na to pacientka není připravena. Zde je terapeut konfrontován s vlastní bezmocí, se kterou se musí potom vypořádat.

Ojedinele na naše oddělení přicházejí **dětsí pacienti s akutním problémem po jednorázovém sexuálnímu zneužití**. Zde jde nejčastěji o krátkodobou psychotherapeutickou práci v terapii hrou či arteterapií. Příkladem z naší praxe je šestiletá holčička, která byla jednorázově zneužita svým 15letým bratrancem – v herní terapii šlo primárně o odehrání a odžití zlosti

a agrese vůči bratranci, ale i vůči události samotné. Využita byla hra s anatomickými panenkami, kresba (malovala zlost, kterou pak snědl velký had, jehož máme umístěného v herně), stavění figurek, bouchání petřlaškami aj. Často je dostačující jen několik setkání k odžití aktuálních negativních prožitků a zpracování emocí, které se k traumatické události vážou, neboť jinak může dojít k jejich vytěsnění a následným potížím různého druhu (10).

Pro trauma ze znásilnění či zneužití je u obětí častý tzv. „**escape syndrom**“, kdy se osoby ve fázi hojení vyhýbají jakékoliv konfrontaci či situacím, které trauma připomínají. Fáze konečné adaptace na prožité trauma je u každé oběti individuální. Teprve v této fázi se narušená a otřesená osobnost oběti postupně integruje. Až v rámci této reintegrace lze hlouběji psychotherapeuticky zpracovat prožité události (1).

Znovuoživené trauma nacházíme u dospělých klientek, které byly pohlavně zneužívány v dětství nebo mají zkušenost se sexuálním násilím v anamnéze. Přicházejí až po delší době, často i po letech. Prvotní příčinou, pro kterou vyhledají naši pomoc, jsou nejčastěji sexuální dysfunkce (dyspareunie, vaginismus aj.) nebo ztráta sexuální apetence. Vedle těchto sexuálních poruch u nich nacházíme velmi často úzkostné depresivní nebo jiné psychické poruchy.

Příkladem může být například klientka, která vyhledala pomoc kvůli obtížím v sexuálním soužití s manželem, který v daném věku zesílil a začal se podobat otci klientky, který ji v dětství zneužíval.

Pokud by se dala psychotherapeutická práce s těmito klientkami jen minimálně zobecnit, jde čas-

to o propracování tématu viny, nepřijetí vlastního těla „které zradilo“, problémy s chráněním svých fyzických, emočních i osobních hranic, pocity méněcennosti a studu. Terapeutická práce s traumatem samotným je velmi opatrná, není abreaktivní či cíleně zaměřená na trauma samotné, propracovává se v kontextu aktuálního prožívání klientky. V souvislosti s traumatem se objevuje také zlost na matku (která neochránila před zneužitím), obtíže v prožívání, které bylo zaplaveno (přestimulováno) prožitky v době, kdy nemělo kapacitu na jejich zpracování. Někdy se objevuje také sebepoškozování jako výraz zadržované agrese vůči zneužívajícímu.

Terapeutická práce s těmito klientkami je obvykle dlouhodobá, někdy se do terapie opakovaně vracejí v životních situacích, které trauma oživuje či připomíná (např. těhotenství, obavy z ohrožení vlastních dětí apod.)

2. Péče o mladistvé klienty

Do naší praxe přicházejí mladiství pacienti s různou sexuální problematikou: dívky i chlapci s funkčními sexuálními poruchami na počátku jejich sexuálního života, mladiství s deviantními představami, s atypickým sexuálním chováním a také pacienti, kteří si nejsou jisti svojí pohlavní identitou či orientací. Dříve přicházelo do našich ambulancí výrazně více homosexuálních klientů s problematikou vztaženou k jejich „coming outu“. V dnešní době, s uvolněním sociálního klimatu, toto téma z medicínských sfér takřka ustoupilo.

Nejdůležitější je diagnostika etiologie jejich potíží. Často nacházíme u dětí psychiatrické nemoci, které hlavně v pubertě mohou mít obraz sexuálních poruch chování. Velkou roli hraje zejména rodinné prostředí, úroveň znalostí ze sexuální výchovy nebo zážitky se sexuálním chováním druhých osob (rodičů, vrstevníků aj.). Musíme myslet i na možnost předchozího pohlavního zneužití našeho nynějšího pacienta. Někdy je pro tyto mladé lidi důležité jen o problému pohovořit, ujasnit si, získat podporu, potvrzení či objektivní názor. Rodinu o problematice informujeme. V individuálních případech respektujeme přání nezletilých (např. u poruch sexuální identity či orientace) toto nesdělovat jeho nejbližším.

Kazuistika 2

Sedmnáctiletý Patrik přišel v černém oblečení, s kovovými náramky na rukou, ve vysokých kožených botách. Jeho image kontrastovala s velmi jemným obličejem i způsobem hovoru. Přišel, protože ho děsily jeho násilné představy, které vztáhl na svoji dívku. Báł se, že trpí nějakou sexuální deviací. Byl již dvakrát hospitalizován pro poruchy chování ve škole (např. maloval svojí krví po zdi) a chodil za školu. Pro psychické obtíže depresivního a paranoidního

charakteru spojenými se sebepoškozováním se ambulantně léčil risperidonem a sertralinem.

Při sexuálním kontaktu ani masturbaci nedokázal dosáhnout vzrušení bez sadistických představ, kdy např. viděl svoji přítelkyni mrtvou. Za svoje představy a příjemné pocity s nimi spojené se potom vinil („pak si představím, že už neuvidím její úsměv, neuslyším její hlas“) a někdy i fyzicky trestal řezáním se do předloktí. Přiznával, že s přítelkyní v sexualitě praktikují některé sado-masochistické techniky (pálení voskem, svazování, bití apod.).

Z anamnézy vyplynulo, že od 5 let hrával společně se staršími bratry PC hru s velmi násilným obsahem. Stal se na hře „závislým“, plakal, když jej nechťeli nechat hrát. V noci měl noční můry a od té doby mívá sny s tématem vražd – nejčastěji vlastní rodiny.

Zvažovali jsme, jakou mírou se podílela tato raná anamnéza, kdy došlo k zahlcení podněty a prožitky, na které nezralá psychika neměla kapacitu, na Patrikově pozdějším psychickém vývoji.

Mezi členy jeho rodiny jsou spíše odtazižené emočně chladnější a distancované vztahy. Na ZŠ se nejdříve snažil na sebe upozorňovat svým negativním chováním, na SŠ naopak se od okolí distancuje. Bývá stažený a uzavřený tak, že často ani nemůže promluvit. Přestal chodit do metalové společnosti, nemá však žádnou jinou societu, do které by patřil. Nemá téměř žádné zájmy (např. v počátku terapie na otázku – co jsi dělal o víkendu? – „čekal jsem na přítelkyni“).

V počátcích terapie proběhlo jedno sezení s oběma partnery, kdy jim byla vysvětlena problematika a doporučeno, aby se v sexuálním životě vyhýbali sadomasochistickým praktikám, které mohou spouštět či potencovat pacientovy deviantní představy. Byla s nimi probírána potřeba podporovat něžné a běžné – tedy „nedevariantní“ sexuální chování a prožitky. U pacienta poté došlo k poklesu naléhavosti jeho násilných představ.

S pacientem jsme hledali možnosti nedevariantních představ, které by byly uspokojivé. Postupně se toto „přesměřování“ dařilo. Ve chvílích zátěže nebo úzkosti se opět k deviantním masturbačním představám uchýlil. V průběhu terapie měl i tendence vytlačit sexualitu zcela ze svého života, kdy byl načas fascinovaný buddismem.

V průběhu dvou let terapie je Patrik schopen výrazně lepšího kontaktu a otevřenosti, propracováváme pocit studu, viny, vlastního sebepojetí. Do psychoterapie dochází velmi pravidelně – 1 × týdně. S přítelkyní se rozchází a je schopen i přes původně velkou závislost rozchod zvládnout. Postupně začíná komunikovat s různými lidmi přes internet, osobně se setkává s jednou dívkou a její kamarádkou a také starší ženou (o 25 let), se kterou má zpočátku virtuální, později i skutečný partnerský i sexuální vztah. Ve vztahu k ní i její rodině jsou zřejmě syceny některé jeho frustrava-

né potřeby z rodiny primární. Na základě tohoto vztahu začíná více komunikovat s vlastní matkou. Vnímá zvláštnosti svojí rodiny a své odlišné touhy (např. jídlo u společného stolu). Bohužel postupně i v tomto vztahu – na podnět přítelkyně – jsou praktikovány sado-masochistické techniky. Zpočátku se nutkání k těmto praktikám snaží zvládnout, primární pud je však silnější. Se ženou se po čase dokáže i přes její vydírání rozejít, cítí se svazován jejími nároky na „dospělé“ fungování ve vztahu, dominantní je pro něj potřeba zvládnout vinu za to, že ji svým odchodem zraňuje.

V poslední době navázal bližší kontakt s dívkou, která více odpovídá jeho současným vývoje- vým potřebám.

V současnosti je již půl roku bez medikace. V psychoterapii také hledáme možnost, jak deviantní představy přeměňovat, pochopit jejich funkci nebo je alespoň zvládnout do té míry, aby nenarušovaly jeho osobnost a partnerské vztahy. Patrik si je vědom, že tato práce možná má své limity, ale zatím chce v psychoterapii pokračovat a je ochoten hledat, kde jsou hranice propracování či zvládnutí deviantního nutkání.

3. Transsexualismus¹

U pacientů s potvrzenou diagnózou transsexualismu jde často o podpůrnou psychoterapii při procházení změnami a adaptací. Významnou funkci má také podpůrná psychotherapeutická skupina pro transsexuály, která probíhá každý měsíc na našem oddělení již léta. Je otevřená pro přichozící pacienty v různých fázích léčby. Velkým přínosem je koterapeut – pacient, již 20 roků adaptovaný transsexuál.

Některí transsexuální pacienti docházejí do dlouhodobé individuální psychoterapie i po projití veškerými změnami spojenými s jejich fyzickou přeměnou. Přicházejí kvůli obtížím v partnerských a mezilidských vztazích, strachu z nepřijetí či odsouzení, eventuálně s otázkou, kam nasměrovat svůj život, když jejich cíl se již naplnil, a přesto necítí uspokojení. Zde jde často primárně o propracování přijetí sebe „takový jaký jsem“, zde specificky také o přijetí své části, která souvisí s dřívější pohlavní identitou „takový jsem byl“. Někdy popírají obvyklou charakteristiku chování, která je typická pro dřívější pohlaví, na které chce pacient zapomenout. Např. MtF transsexuál nechce projevo- vat rozhodnost či vztek, protože „někdo by poznal, že jsem byl muž“.

Z psychotherapeutického pohledu je třeba k tomu, aby osobnost byla integrovaná, přijmout celek kontinuity života.

¹ Transsexualismus je inverzní pohlavní identifikace, tzn. trvalé přání a přesvědčení žít a být akceptován jako člen opačného pohlaví.

4. Pacienti s poruchou

sexuální preference²

(sexuální deviace, parafílie)

Tito pacienti jen vzácně zahajují léčbu na vlastní žádost a dobrovolně. Většinou jim soud nařídí ochranné léčení (OL). Psychoterapie **pacientů s OL** bývá svízelná, zejména pro jejich malou motivaci k aktivní spolupráci a pro častou komorbiditu specifických poruch osobnosti a intelektových deficitů. Nejúčinnější je spojení psychoterapeutických a socioterapeutických postupů s biologickou léčbou (hormonální a psychiatrickou). Základním cílem léčby je získání (alespoň částečného) náhledu prostřednictvím edukativní a racionální psychoterapie. Klienta se snažíme motivovat ke změně zažitých behaviorálních vzorců chování tak, aby se dokázal adaptovat na společensky přípustné formy sexuálního chování.

Kazuistika 3

Příkladem může být případ nyní 37letého Karla s podprůměrnými rozumovými schopnostmi, který opakovaně exhiboval před skupinou pubertálních dívek. Do doby prvního deliktu (v 29 letech) nebyl nikdy dlouhodoběji partnersky adaptován. Během následné ambulantní ochranné léčby i přes užívání antiandrogenní terapie došlo k recidivě analogického chování, na které se významně podílela

zejména jeho sociosexuální neobratnost. U Karla se prostřednictvím edukativní a racionální terapie postupně podařilo navázat vztah s psychicky nezralou, ale dospělou partnerkou, se kterou se posléze vzali. Ve vztahu je Karel adaptován v dominantní až otcovské roli.

Zcela jiné psychoterapeutické možnosti jsou u dobrovolných pacientů s parafílií, kteří žádný delikt nespáchali. Docházejí do individuální dynamicky či gestalt zaměřené psychoterapie. Účinná je kombinace psychoterapie s dočasnou hormonální léčbou (antiandrogeny) a psychofarmaky (antidepresivy a anxiolytiky).

Vysoká účinnost léčby parafílií je dosažena skupinovou psychoterapií. Tato forma se nám vzhledem ke komplikované spolupráci pacientů s OL nepodařila zatím zrealizovat. Nedelikventní parafílii nejsou ochotni narušovat svoji anonymitu.

Kazuistika 4

Naši péči vyhledal 34letý ženatý inženýr s půlroční dcerkou. Byl ve velmi úzkostném nastavení vzhledem ke změně zákona o držení pornografie. Již dříve vyhledal psychiatrickou péči pro potíže úzkostně-depresivního charakteru, které pramenily z masivního strachu, že by se přišlo na jeho hebefilní preferenci a zničilo by to celý jeho život i rodinu. S manželkou má velmi dobrý emoční vztah, ale do sexuálního života s ní se musí nutit.

V psychoterapeutické péči se podařilo společně porozumět jeho úzkostným obtížím. Důležité pro něj bylo připustit si svou preferenci, kterou sytil velkou

konzumací pedopornografických materiálů. V realitě nikdy nepřekročil hranici běžného kontaktu s dětmi. Sám přicházel také s dotazy na to, jak dívky, které jsou „zneužity“ starším mužem, toto prožívají a jaké může mít zneužití následky. Kombinací psychoterapie a medikace antidepresivem charakteru SSRI došlo ke zmenšení úzkostné symptomatologie.

Závěr

Pro oběti sexuálního násilí a zneužívání je psychoterapie platnou možností, jak se vyrovnat s prožitým traumatem tak, aby významně nenarušilo jejich osobnost a následné fungování. U mladistvých pacientů s problémovou identifikací nebo preferencí má velmi důležité místo pravidelná psychoterapeutická péče, která dle našeho přesvědčení může významně pozitivně ovlivnit jejich další psychický i psychosexuální vývoj.

Úloha psychoterapie u poruch pohlavní identity a preference je naprosto nezastupitelná zejména z toho důvodu, že se jedná o dlouhodobé až trvalé poruchy. U většiny parafílií je získání náhledu a schopnost změnit své zažité behaviorální vzorce chování tím prvořadým cílem. Biologická léčba má u těchto pacientů významnou, ale spíše podpůrnou a hlavně časově omezenou funkci.

MUDr. Petra Sejblová

Sexuologické odd. FN u sv. Anny
Vinařská 6, 603 00 Brno
e-mail: petra.sejbalova@fnusa.cz

2 Poruchy sexuální preference (sexuální deviace, parafílie) jsou kvalitativní poruchy sexuálně motivačního systému jedinců, které se u daného jedince projevují deviantními nebo bizarními sexuálními impulzy, fantaziemi nebo praktikami.

Literatura

1. Brichcín S, Kolářský A, Netík K, Weiss P. Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie. Praha: Psychiatrické centrum 1996; 108 s. – Zprávy č. 124.
2. Čírtková L. Forenzní psychologie. Vyd. a nakl. Aleš Čeněk, s.r.o., Plzeň 2004, 122–123.
3. Čírtková L, Vitoušová P. a kol. Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů. Grada Publishing 2007.
4. Fífková H. Transsexualita: diagnostika a léčba Praha: Grada Publishing.
5. Herman LJ. Trauma a uzdravení. Aspekt 2001.
6. Kepner JI. Healing Tasks – Psychotherapy with Adult Survivors of Childhood Abuse. Jossey-Bass Publishers. 1995.
7. Lanyadová M, Hornová A (Ed.): Psychoterapie dětí a dospívajících. Praha: Triton 2005.

8. Levine PA, Fredericková A. Prebúdzanie tигра. Liečenie traumy. Pro Familia 2002.
9. Mackewn J. Gestalt psychoterapie. Moderní holistický přístup k psychoterapii. Praha: Portál 2004.
10. Oaklander V. Třinácté komnaty dětské duše. Drvoštep 2003.
11. Vaníčková E, Provazník K, Hadj-Moussová Z, Spilková J. Sexuální násilí na dětech. Portál 1999.
12. Weiss P. Sexuální deviace. Praha, Portál 2002. 351 s.
13. Weiss P. Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti. Praha: Grada Publishing 2000.
14. Zvěřina J. Sexuologie (nejen) pro lékaře. Akademické nakladatelství CERm 2003.

SPOLEČNOST PRO BIOLOGICKOU PSYCHIATRII A AGENTURA GUARANT INTERNATIONAL

oznamují, že zvítězily v konkurzním řízení na pořadatele 10. světového kongresu biologické psychiatrie.

Předpokládaný termín konání je **28. 5.–3. 6. 2011 v Praze**