

PSYCHOTERAPIE V PÉČI O SEXUOLOGICKÉ PACIENTY

I. Sexuální dysfunkce

MUDr. Petra Sejblová, Mgr. Jana Míchalová

Sexuologické oddělení, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno

Článek se zabývá psychoterapií sexuologických pacientů v ambulantní praxi. V první části pojednáváme o sexuálních dysfunkcích. Snažíme se pojmenovat nejčastější psychologické aspekty jednotlivých poruch a nastínit možnosti jejich psychotherapeutické léčby. Ve druhé části článku se budeme zabývat pacienty s poruchami sexuální identifikace (transsexualismus) a preference (deviace) a traumatem sexuálního zneužívání a násilí.

Klíčová slova: sexuální dysfunkce, psychoterapie, odpor k sexualitě, sexuální apetence, vaginismus, dyspareunie, poruchy erekce.

PSYCHOTHERAPY OF SEXUOLOGY OUT-PATIENTS

The article deals with psychotherapy of sexuality out-patients. The first part deals with sexual dysfunctions. We try to name the most frequent psychological aspects of individual dysfunctions and outline possibilities for their psychotherapeutic treatment.

The second part of the article deals with sexual identification dysfunctions (transsexualism), paraphilias (deviations) and sexual abuse and violation traumas.

Key words: sexual dysfunction, psychotherapy, sexual aversion, sexual appetite, vaginismus, dyspareunia, erectile dysfunction.

Psychiat. pro Praxi 2008; 9(5): 231–233

Úvod

Sexuální dysfunkce zahrnují různé poruchy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním vztahu tak, jak by si přál. Lidská sexualita se chápe jako celistvý psychosomatický proces. U funkčních sexuálních poruch nacházíme jak organickou, tak i psychogenní etiologii (2). Z klinické praxe však vyplývá, že nejčastěji se jedná o kombinovanou etiologii, kdy na prvotní organickou příčinu nasedá psychogenní nadstavba, a tím se sexuální dysfunkce ještě zhoršuje, či naopak, kdy v důsledku psychických obtíží vznikají i poruchy somatické.

Pro celistvé řešení terapie sexuálních dysfunkcí je vhodnou kombinací průběžná spolupráce terapeutického týmu složeného z lékařů (psychiatrů-sexuologů) a psychologů (diagnostiků a psychotherapeutů).

U každého pacienta individuálně se navrhuje druh a forma léčby. Pokud je indikována psychoterapie, zvažujeme, zda je klient vhodný pro edukativní, podpůrnou, racionální psychoterapii či pro psychoterapii systematickou, u nás vedenou terapeutem s dynamickým, gestalt nebo bodytherapeutickým výcvikem. Dobré zkušenosti máme s kombinací farmakoterapie a vybraným druhem psychoterapie, dle mnoha výzkumů je tento způsob léčby také nejefektivnější. Často klienti preferují před psychoterapií jednodušší symptomatickou léčbu zejména formou účinné farmakoterapie.

Specifickou formou psychoterapie je sexuální terapie, jež odstraňuje příslušné symptomy při společné terapeutické práci s partnerskou dvojicí, která dostává od terapeuta sérii na sebe navazujících úkolů.

Tato terapie vychází z průkopnické práce Masterse a Johnsonové, již dále rozvinula Kaplanová a další autoři (2).

Pro přehlednost článku uvádíme poněkud schematické diagnostické rozdělení dysfunkcí, se kterými se nejčastěji setkáváme v psychotherapeutické praxi. Ve skutečnosti se problematika u jednotlivých pacientů často kombinuje a v průběhu života i mění diagnostické kategorie. Například pod obrazem prvotní sexuální dysfunkce se skrývá porucha sexuální preference či identifikace.

Sexuální dysfunkce

1) Jednou z nejčastějších sexuálních ženských dysfunkcí, se kterou se na našem oddělení setkáváme, je neorganický **vaginismus¹** a **dyspareunie²**. Léčba těchto poruch probíhá nejčastěji formou individuální systematické psychoterapie. Dobré zkušenosti máme také s terapií párovou nebo s účastí pacientek na skupinové psychoterapii (uzavřená terapeutická skupina žen s těmito potížemi). Pokud bychom hovořili o jistých specifikách v terapii u pacientek s těmito diagnózami, je často zaměřena na řešení vztahových problémů. Sexualita často zrcadlí aktuální partnerský vztah či zkušenost ze vztahů předchozích. Z psychodynamického hlediska tyto sexuální dysfunkce bývají někdy obrazem emočně disharmonického rodinného prostředí, ve kterém ženy vyrůstaly.

¹ Vaginismus je křeč svalů pánevního dna, které obklopují vagínu. Křeč brání imisi, zavedení penisu je buď nemožné, nebo bolestivé.

² Dyspareunie je bolest při sexuálním styku. Vyskytuje se u žen i mužů.

ly. Tyto ženy mají potíže s vlastní spontaneitou nejen v sexualitě, ale také při jiných projevech, např. při tanci, konzumaci jídla. Neumí vyjádřit své potřeby, touhy, vyslovit svůj nesouhlas. Ve struktuře osobnosti nacházíme tendence k úzkostné až obsedantní reaktivitě, případně jinou osobnostní problematiku. Pacientky mají velkou potřebu sebekontroly a také strach z její ztráty. Imisi (průnik penisu) vnímají jako prolomení jejich obrany a tím narušení jejich integrity. Rozdíl je mezi klientkami, které mají sexuální touhy a jsou schopny mít sexuální prožitky (vzrušení, orgasmus, uspokojení), a klientkami, které mají primárně narušenou sexuální apetenci a nejsou schopny sexuálně prožívat vůbec („sex mně nic neříká“). U prvních je důležité směřování ke schopnosti sexuálního styku. U druhých je vnitřní potřeba dosáhnout sexuálního styku nízká a motivace k psychoterapii malá. Někdy vyhledají léčbu v důsledku tlaku okolí.

Setkáváme se také s tím, že u žen, kterým se v průběhu terapie podařilo rozvinout sexuální prožívání, neokitálními technikami dosahovat orgasmu a uspokojení, motivace k pokračování psychoterapie tímto končí. Subjektivně vnímají, že jejich sexualita již není významně ochuzena. Touhu po dítěti chtějí v budoucnu řešit pomocí asistované reprodukce.

Kazuistika 1

Julie, 33letá svobodná žena, byla přivedena svým partnerem na sexuologii pro vaginismus. V jejím dětství se vyskytlo několik závažných faktorů. Její otec emigroval v 6 letech pacientky a vždy

byl rodinou označován za „zdroj“ všeho zlého. Julie byla vrstevníky odstrkované dítě. Měla negativní zkušenosti s mužskými autoritami (strýc, učitel). Její bratr ji ponižoval a choval se k ní až násilně. V době příchodu do terapie žila s matkou a starším bratrem. Matka byla depresivní s velmi negativním postojem k mužům. Klientka měla neuspokojivé zaměstnání. V jejím prvním krátkém partnerském vztahu byla nucena podstoupit nátlak až násilí sexuálního charakteru („počkej až budeš rodit děti, to teprve bude bolest“). Tento vztah v průběhu terapie rychle ukončila. Měla velmi negativní vztah ke svému tělu, obtíže vyjádřit své emoce. Na sezeních byly emoce zpočátku často potlačované, nevyjadřované nebo náhle „vybuchly“ – nikdy neměla možnost je v bezpečném prostředí ventilovat. Vše celý život „držela v sobě“. Po 2,5 letech terapie je schopna hovořit o různých událostech a vcelku adekvátně prožívat své emoce, dovoluje si plakat, aniž by se odsuzovala jako „hysterická“. Julie je výrazně spontánnější, méně napjatá. Našla si po velkém úsilí přes internet muže, se kterým má již rok kvalitní partnerský vztah, odstěhovala se od matky a je od ní již více psychicky separovaná. Dokázala zkontaktovat svého otce a objevuje jeho kvalitu. Začala studovat vytouženou VŠ. Nyní dala výpověď ze zaměstnání a našla si práci v oblasti péče o děti, která ji velmi uspokojuje. V sexualitě dokáže být výrazně uvolněnější, vyjádřit své obavy a potřeby. O sexualitě dokáže s partnerem otevřeně mluvit. Svoji vagínu však stále vnímá jako „území“, které „hájí“ před vniknutím světa a tím nutností podmanit se a strachem ze ztráty „sebe sama“. Sexuálně žije pouze nekoitálními technikami. Oba jsou schopni dosáhnout vyvrcholení i uspokojení.

Velkým aktuálním tématem v terapii je strach z porodu (matka porod a starost o děti vždy předkládala jako hrůzyplnou záležitost) a z bezmoci, které by byla vydaná v lékařských zařízeních. V životě se cítí šťastná, problémy v sexuálním styku vnímá již jako poslední oblast, kterou potřebuje terapeuticky zpracovat, ke které by se však bez zpracování všech ostatních témat-oblastí svého života nikdy nedostala.

- 2) Další skupinou sexuálních dysfunkcí, se kterou za námi klienti často chodí, je **nedostatek nebo ztráta sexuální žádostivosti**³ a odpor k sexualitě nebo nedostatek prožitku ze sexuality⁴.

U nedostatku nebo ztráty sexuální žádostivosti rozlišujeme tzv. primární a sekundární nízkou sexuální apetenci. Primární bývá nejčastěji podmíně-

na hormonálními poruchami (např. u hypogonadizmu s oslabenou produkcí androgenů). U sekundární poruchy sexuální apetence jde často o reakci na neúspěšnost v pohlavním životě a vyskytuje se také u osob, které trpí některou jinou sexuální dysfunkcí (14).

U poruchy sexuální apetence a u odporu k sexualitě či nedostatku prožitku z ní nacházíme vyjma organických příčin i duševní poruchy. Nejčastěji se jedná o afektivní poruchy nebo poruchy neurotické, stresové a somatoformní, které nebyly doposud léčeny. Pacienti vyhledávají pomoc sexuologa, protože selhávají v partnerské sexualitě. Svoji vlastní duševní problematiku potlačují do pozadí. Často přijdou až na popud a naléhání svého partnera/ky. Nejúčinnější léčbou u těchto pacientů je kombinace psychoterapie a farmakoterapie (psychiatrická či somatická).

Specifickým případem je selektivní ztráta sexuální apetence, která je vázána jen na konkrétního partnera. Tato porucha je typicky psychogenní etiologie, terapeuticky pracujeme primárně na vztahových problémech, neboť partnerské vztahy těchto pacientů bývají často dysfunkční.

Kazuistika 2

Svobodná 24letá Ema přišla na naše oddělení pro sníženou sexuální apetenci až odpor k sexualitě. Současně docházela do jiné psychiatrické ambulance, kde se léčila pro úzkostně-depresivní poruchu (užívala escitalopram, amisulprid). Hovořila o tom, že „něco uvnitř není v pořádku“. Měla pochybnosti o smyslu života, byla často unavená a bez energie. Již od puberty trpěla velkým sebeobviňováním, sebeodevácí, měla velmi negativní vztah k vlastnímu tělu, objevily se bulimické ataky.

V době zahájení individuální gestalt orientované terapie měla 31letého přítele. Jednalo se o její první partnerský vztah. Na počátku vztahu sexuální potíže neměla. Její depresivní potíže trvaly asi rok a patrně se shodovaly s dobou, kdy se k příteli nastěhovala. O partnerovi hovořila jako o pozorném, chápajícím muži. Jako „jediný problém“ jejich vztahu vnímala sexualitu, kdy se přítel pasivně podrobovala v jeho každodenních požadavcích na sexuální styk – „každý den ve 4 ráno mne otravuje“. Sexuální kontakt postupně vnímala „jako umývání nádobí“. Pacientka si zpočátku vůbec nepřipouštěla možnou souvislost svých psychických obtíží se způsobem soužití s partnerem a jeho sexuálním nátlakem. V běžném životě za sebe často nechávala rozhodovat přítele nebo rodiče, měla tendenci uhybat před zodpovědností. Sama se cítila jako „holka“. Hovořila o strachu z dospělého světa.

Do psychoterapie docházela cca 2,5 roku s občasnými přestávkami. Postupně se jí podařilo více si uvědomovat a také vyjadřovat své vlastní

potřeby. Projevovала své dříve potlačované emoce, byla více spontánní. Došlo k výraznému posílení její sebedůvěry a sebevědomí. Postupně se podařilo vysadit medikaci. Ema se po několika letech terapie cítí vnitřně více stabilní. Dokončuje VŠ, našla si zaměstnání a stává se finančně nezávislá na rodičích. S přítelem kupují domek a sama se podílí na organizaci jeho rekonstrukce. Bulimické epizody téměř odezněly, pouze sporadicky svoji úzkost Ema odragovává zvracením.

Partnerský vztah s přítelem vnímá jako „kompromisní“. Pokrok nastal v tom, že již zvládne vymezit své požadavky. Dokáže odolat jeho naléhání na „ranní styky“. Pokud vůbec někdy cítí sexuální touhu, dokáže dosáhnout vyvrcholení i sexuálního uspokojení. Téma sexuality klientka při sezeních již neotevřívá, protože necítí možnost to změnit. S přítelem uzavírá sňatek. Uvědomuje si, že preferuje pocit bezpečí a jistoty, který jí dominantní manžel zabezpečuje. V této fázi terapie nezbývalo než respektovat limity a cíle pacientky. Intenzivnější práce byla ukončena a pacientka přicházela asi jednou za měsíc na sezení spíše podpůrného charakteru.

Epilog: Po necelém roce od svatby pacientka přichází s tím, že má nový partnerský vztah, ve kterém se poprvé v životě cítí rovnocenná, akceptovaná, bez neustálé partnerovy kritiky a devalvace. V sexualitě s novým partnerem se cítí velmi spontánní, dokáže prožívat sexuální touhu i uspokojení. Pacientka vcelku dobře zvládá velmi mnoho obtížných životních situací (rozvodové řízení, finanční vyrovnání, objevené onkologické onemocnění). I přes občasný pláč a zoufalství cítí sama v sobě pevnost a věří – tak jako také my – ve své schopnosti a sílu.

- 3) **Selhání genitální odpovědi** v ambulantní praxi nejčastěji zastupují **poruchy erekce**⁵. Největší zastoupení má kombinovaná etiologie erektilní dysfunkce. I když je u některých pacientů zřejmé psychodynamické pozadí jejich potíží, jen málo z nich je ochotno nahlédnout na sexuální dysfunkci jako symptom. Často jde o problémy v partnerském vztahu, případně jiné obtíže úzkostného charakteru, strachu ze selhání či touhy být „dokonalý“. Muži jsou také partnerkami někdy „tlačeni“ do „výkonné“ pozice. V terapii také pracujeme s velkým vlivem médií, která narušují obraz přirozené sexuality. Klienti mají nereálné představy o skutečném sexuálním životě páru. V terapii jde pak často o porozumění souvislostem, dynamice partnerského vztahu, přijetí vlastní nedokonalosti. Někdy má velký význam, že mají lék tzv. „v záloze“ – dle vyjádření jednoho

³ Nedostatek nebo ztráta sexuální žádostivosti je snížení nebo vymizení sexuální touhy.

⁴ Odpor k sexualitě se projevuje vyhýbáním se sexualitě ze strachu nebo z úzkosti. Při nedostatku sexuální slasti chybí pocit uspokojení po normální realizaci sexuálního aktu včetně dosažení vyvrcholení.

⁵ Erektilní dysfunkce je dočasná nebo trvalá neschopnost dosahovat nebo udržet dostatečnou erekci k uspokojení z pohlavního styku.

pacienta „ale mám ho v šuplíku“. Již toto vědomí výrazně snižuje jejich úzkostnou reaktivitu. U těchto pacientů je často důležitá změna náhledu na život – nejčastěji změna čistě výkonového zaměření a důraz na emoční prožívání celistvého sexuálního kontaktu. V minulosti, před nástupem PDE5 inhibitorů, muži – s poruchami erekce – mnohem častěji vyhledávali psychoterapii. Nyní se s tím setkáváme daleko méně.

Kazuistika 3

Čtyřicetiletý svobodný Jan přišel pro poruchu erekce. Tu mu „diagnostikovala“ jeho nová o 15 let mladší přítelkyně srovnáváním se svými předchozími mladými sexuálními partnery. Až poté, co se Jan usilovně snažil splnit představy partnerky (např. aby

měl okamžitou spontánní erekci při pohledu na její nahé tělo), začal opravdu v dosažení i udržení erekce velmi rychle selhávat. Po několika konzultacích si Jan uvědomil, že jeho původní sexuální reaktivita i výkonnost byla fyziologická a odpovídala jeho věku. Nepřiměřeným požadavkům své partnerky dokázal psychicky odolat (podpořen yohimbinem) tak, že posléze v sexualitě neselhal.

- 4) U **předčasné ejakulace**⁶ nejčastěji klienti preferují medikamentózní terapii antidepressivního typu SSRI. Psychoterapie cílená na posílení sebevě-

6 Neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci, aby mohlo dojít k uspokojení z pohlavního styku. K ejakulaci dochází před nebo do 15 sekund (čas dle MKN 10) od imise.

domí, odstranění úzkosti a ke zlepšení emoční stability je u této poruchy dobře účinná (zejména u sekundární poruchy), ale ne vždy našimi pacienty upřednostňovaná. Toto si vysvětlujeme strachem mužů z možného vlastního selhání a z celkového osobnostního úzkostného nastavení.

Závěr

I přes možnost rychle a vysoce účinné farmakoterapie má psychoterapie stále své významné místo v péči o pacienty se sexuálními dysfunkcemi. Se sexuálními dysfunkcemi se na sexuologická pracoviště mnohem častěji obracejí muži než ženy. Dle našich zkušeností však ženy více využívají psychoterapeutické možnosti léčby. Opomíjení možností psychoterapeutické léčby u mužských dysfunkcí považujeme za spíše krátkozraké, tzn. dočasně kompromisní řešení daného problému. Psychoterapie podstatně zvyšuje kvalitu života pacientů i pacientek a jejich partnerů. Pokud klienti psychoterapii podstoupí, často se nám stává, že díky předchozí dobré zkušenosti naši pomoc opakovaně vyhledávají.

Literatura

1. Delisle G. Personality Disorders – a Gestalt therapy perspective. CIG Press Ottawa 1999.
2. Kratochvíl S. Sexuální dysfunkce. 3. doplněné vydání. Grada Publishing 2008.
3. Kratochvíl S. Sex jako obohacení života, sexuální trénink v sedmi lekcích, Praha: Grada Publishing 2005.
4. Lee RG, Wheeler G. The Voice of Shame. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1996.
5. Mackewn J. Gestalt psychoterapie. Moderní holistický přístup k psychoterapii. Praha: Portál 2004.
6. Pacík D et al. Erektální dysfunkce pod lupou. Plzeň: nakladatelství Adéla 2005.
7. Perls F, Hefferline RF, Goodman P. Gestalt terapie; Praha: Triton 2004.
8. Polsterovi E a M. Integrovaná gestalt terapie. Nakladatelství Albert 2000.
9. Riemann, F. Základní formy strachu. Praha: Portál 1998.
10. Smith WL. Tělo v psychoterapii. Praha: Portál 2007.
11. Shub NF. Groundwork. Gestalt Associates Press 1994.
12. Shub NF. Wrestling the Tiger: Working with Intojects. Gestalt Associates Press 1998.
13. Zinker J. Tvůrčí proces v Gestalt terapii. ERA Brno 2004.
14. Zvěřina J. Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: Akademické nakladatelství CERM 2003.

MUDr. Petra Sejblová

Sexuologické oddělení, FN u sv. Anny
Pekařská 53, Brno 603 00
e-mail: petra.sejbalova@fnusa.cz