

ELSEVIER ESSENTIALS

Seksualność

Jutta Kossat

Redakcja wydania polskiego
Andrzej Depko



Jutta Kossat

ELSEVIER ESSENTIALS

Seksualność

Współredakcja: Torsten Freitag

Redakcja wydania polskiego

Andrzej Depko

Tytuł oryginału: *ELSEVIER ESSENTIALS Sexualität. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen*

Autor: Jutta Kossat

Współredakcja: Dr. n. med. Torsten Freitag, Magdeburg

ELSEVIER

Hackerbrücke 6, 80335 München, Deutschland

Alle Rechte vorbehalten

1. Auflage 2018

© Elsevier GmbH, Deutschland

ISBN 978-3-437-21461-5

This 1st edition of *ELSEVIER ESSENTIALS Sexualität. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen* by Jutta Kossat is published by arrangement with Elsevier GmbH, Urban & Fischer Munich.

Książka *ELSEVIER ESSENTIALS Sexualität. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen*, autor: Jutta Kossat, wyd. 1, została opublikowana zgodnie z umową z Elsevier GmbH, Urban & Fischer Munich.

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych lub odmienne nieraz opinie na temat leczenia oraz diagnozowania, jak również możliwość wystąpienia pomyłki, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji terapeutycznej uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2019

Redakcja naukowa I wydania polskiego: dr n. med. Andrzej Depko

Tłumaczenie z języka niemieckiego: lek. med. Barbara Wencka

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor prowadzący: Irena Zaucha-Nowotarska

Redaktor tekstu: Emilia Szajerka

Indeks: Dominika Macuta

ISBN 978-83-66310-05-6

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel. +48 71 7263835

biuro@edraurban.pl

www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Barbara Włodarczyk

Druk: **opolgraf**  DRUKARNIA

Wskazówki dla czytelnika

Najważniejsze informacje

Najistotniejsze informacje zawarte w danym rozdziale przedstawione w punktach

DANE NAUKOWE

Badania naukowe dotyczące danego zagadnienia

INFORMACJE DLA PACJENTA

Wskazówki dotyczące porad dla pacjenta

Opis przypadku

Opisy pacjentów z praktyki

UWAGA

Wskazanie zagrożenia

DEFINICJA

Wyjaśnienie pojęć

Skróty

BDSM	<i>bondage & discipline, dominance & submission, sadism & masochism</i> – związanie i dyscyplina, dominacja i uległość, sadyzm i masochizm	ISSM	<i>International Society for Sexual Medicine</i> – Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Seksualnej
BZgA	<i>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung</i> – Federalna Centrala Oświaty Zdrowotnej	NAION	<i>non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy</i> – przednia ischemiczna neuropatia nerwu wzrokowego niezwiązana z zapaleniem naczyń
cGMP	cykliczny guanozynomonofosofran	PDE-5	fosfodiesteraza typu 5
DGSMTW	<i>Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie & Sexualwissenschaft</i> – Niemieckie Towarzystwo Medycyny Seksualnej, Terapii Seksualnej i Nauk o Seksualności	PLISSIT	<i>permission (P), limited information (LI), specific suggestions (SS), intensive therapy (IT)</i> – pozwolenie, ograniczona informacja, określone sugestie, intensywina terapia
DSD	<i>disorders of sex development</i> – zaburzenia rozwoju seksualnego	SKIT	<i>Schwellkörper-Injektionstestung</i> – test iniekcji do ciał jami- stych
EP	<i>ejaculatio praecox</i> – wytrysk przedwczesny	SNRI	<i>serotonin noradrenalin reuptake inhibitor</i> – inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny
GnRH	gonadoliberyna	SSRI	<i>selective serotonin reuptake inhibitor</i> – selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny
HSDD	<i>hypoactive sexual desire disorder</i> – hipolibidemia, oziębłość seksualna		

Wykaz ilustracji

Odnosniki dotyczące źródła poszczególnych ilustracji znajdują się przy każdej ilustracji na końcu opisu w nawiasie kwadratowym. Wszystkie rysunki i grafiki nieoznakowane szczegółowo pochodzą z © Elsevier GmbH Monachium.

E701	Schell Frazier, M.: <i>Essentials of Human Diseases and Conditions, Diseases and conditions of the digestive system</i> . Elsevier Health Science Books, 2009	P306	Dr. med. Jutta Kossat, Aschau
G353-1	Song, D. H./Neligan, P. C.: <i>Plastic Surgery 04: Trunk and Lower Extremity</i> . Elsevier Saunders, 3. Aufl., 2012	P314	Dr. med. Torsten Freitag, Magdeburg
G614	Ludwig, B.: <i>Anleitung zur sexuellen Unzufriedenheit</i> . Bernhard Ludwig Eigenverlag, 2014	R362	Beier, K. M./Bosinski, A. G./Loewit, K.: <i>Sexualmedizin</i> . Elsevier/Urban & Fischer, 2. Aufl., 2005
J787	Colourbox	S007-02-23	Paulsen, F./Waschke, J.: <i>Sobotta. Atlas der Anatomie des Menschen. Band 2: Innere Organe</i> . Elsevier/Urban & Fischer, 23. Aufl., 2010
L143	Heike Hübner, Berlin	V130	Coloplast GmbH, Hamburg
L231	Stefan Dangl, München	V492	Abavo GmbH, Buchloe
		W1017	Charité – Universitätsmedizin Berlin
		CC01	Centrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
		W1018	Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin
		X362	Bundesverband Intersexuelle Menschen
			Pfizer's Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors, Pfizer Inc., 2002 Tytuł oryginału:

Spis treści

1	Podstawy seksualności	1	4.6	Zaburzenia erekcji	62
1.1	Wprowadzenie	1	4.7	Wytrysk przedwczesny	68
1.2	Popęd płciowy, pożądanie, podniecenie	5	4.8	Wytrysk opóźniony	72
1.3	Typowa kobieta	10	5	Seksualność w szczególnych kontekstach	75
1.4	Typowy mężczyzna	12	5.1	Pornografia w Internecie	75
1.5	Różnice wynikające z płci	14	5.2	Uzależnienie od seksu – uzależnienie od pornografii	77
2	Metody badania	17	5.3	Zdrada: trauma i szansa	79
2.1	Ogólne zasady poradnictwa	17	5.4	Zaburzenia preferencji seksualnych	83
2.2	Krótki wywiad seksuologiczny w praktyce	19	5.5	BDSM: sadyzm i masochizm	85
2.3	Szczegółowy wywiad seksuologiczny u specjalisty	20	5.6	Pedofilia	86
2.4	Co się zmieniło w terapii seksualnej?	22	5.7	Zaburzenia psychoseksualne u homoseksualistów	88
2.5	Praktyczne wskazówki dotyczące poradnictwa	24	5.8	Transseksualizm i interseksualizm	90
3	Seksualność w fazach życia	27	5.9	Niepełnosprawność intelektualna	93
3.1	Seksualność dzieci	27	5.10	Ryzykowne zachowania seksualne	95
3.2	Seksualność młodzieży	30	5.11	Przemoc seksualna	97
3.3	Ciąża i połóg	33	5.12	Aspekty kulturowe	99
3.4	Niepłodność	36	6	Dodatek	101
3.5	Druga połowa życia i klimakterium	39	6.1	Rady dotyczące komunikacji w parze	101
3.6	Choroby i seksualność	42	6.2	Kształcenie ustawiczne i szkolenia z medycyny seksualnej	105
4	Zaburzenia funkcji seksualnych	45	6.3	Piśmiennictwo	106
4.1	Hipolibidemia	45			
4.2	Zaburzenia orgazmu u kobiet	51			
4.3	Bolesne stosunki płciowe	54			
4.4	Pochwica	56			
4.5	Awersja i fobia seksualna	60			
				Skorowidz	110

1

Podstawy seksualności

1.1 Wprowadzenie

Najważniejsze informacje

- Seksualność można rozpatrywać w trzech wymiarach: prokreacji, pociągu płciowego oraz związków.
- W optymalnych przypadkach seksualność na poziomie fizycznym zaspokaja psychospołeczne potrzeby podstawowe: bezpieczeństwa, pewności, akceptacji i bliskości.
- Jak pokazują wyniki badań, spełniona seksualność ma pozytywny wpływ na zdrowie.
- Zaburzenie seksualne istnieje jedynie w przypadku subiektywnego cierpienia: „problem jest tylko wtedy problemem, gdy stanowi problem”.

1.1.1 Współczesne znaczenie seksualności

Na pytanie „Co dla Ciebie oznacza seksualność” większość pacjentów odpowiada: „czuć się jak kobieta/mężczyzna”, „móc się zapomnieć”, „być samym sobą”, „zapomnieć o poczuciu czasu” lub „być z kimś blisko i być z samym sobą”. Niewiele osób odpowiada: „seks to stres” czy „seks to pożądanie”.

Kobiety i mężczyźni wypowiadają się podobnie. Oba płciom seksualność kojarzy się z **bliskością, byciem zaakceptowanym, szacunkiem i bezpieczeństwem**. Z „byciem w porządku takim jakim jestem”. Seksualność może zdecydowanie bardziej wzmocnić poczucie „bycia OK” niż tylko słowa, ponieważ jej istota sięga głębiej.

Ten aspekt związków w seksualności przez długi czas był pomijany. Głównym powodem były dwa inne wymiary seksualności: popęd płciowy oraz prokreacja.

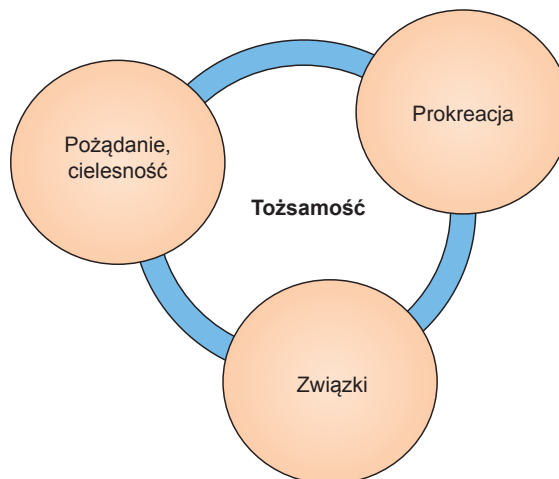
1.1.2 Trzy wymiary seksualności

Proponuje się, by w odniesieniu do funkcjonalności, mówić o trzech wymiarach seksualności (> ryc. 1.1). Są nimi:

- wymiar rozrodczy
- wymiar popędowy
- wymiar więziotwórczy.

Wymiar prokreacyjny przez wieki był uznawany za jedyny sens seksualności, choć człowiek także przed okresem reprodukcyjnym i po okresie reprodukcyjnym jest istotą seksualną. W obecnych czasach, dzięki lekom antykoncepcyjnym oraz medycynie rozrodu, można tę funkcję oddzielić od wymiaru popędowego i relacyjnego.

Wymiar popędowy jako motywator seksualności historycznie był postrzegany dwojako: jako grzech lub coś warte gloryfikowania. Motto roku 1968: „kto śpi dwa razy z tą samą osobą, ten należy do establishmentu” oraz równoczesne



Ryc. 1.1 Trzy wymiary seksualności [P314, L143].

wprowadzenie pigułki antykoncepcyjnej doprowadziły do silniejszego akcentowania wymiaru popędogo. Współcześnie przemysł pornograficzny propaguje wymiar popędogo, przy równoczesnym spadku poziomu pożądania wśród obywateli. Wymiar więziotwórczy pozostawał poza centrum uwagi.

1.1.3 Związek i podstawowe potrzeby psychospołeczne

Jeśli seksualność jest doświadczana w pełny sposób przez oboje partnerów, to na poziomie fizycznym zostają zaspokojone ogólne **podstawowe potrzeby psychospołeczne**. Podstawowe potrzeby psychospołeczne to potrzeba akceptacji, bezpieczeństwa, pewności siebie, bliskości, świadomości siebie oraz zaufania.

Już w pierwszych dniach życia noworodek, dzięki kontaktowi fizycznemu z mamą/tatą i wytworzeniu empatycznej więzi, uspokaja się i osiąga satysfakcję. Te pierwsze cielesne doświadczenia kształtują człowieka i są one później rozszerzane poprzez kontakty seksualne.

Seksualność można rozumieć jako **komunikację** i związek **na poziomie cielesnym**. Dla wielu osób taki punkt widzenia jest czymś nowym. Często istnieje rozdział między potrzebą czułości i miłości a potrzebą seksualną. Terapia seksualna może służyć przekazaniu nowych poglądów seksualnych, których celem będzie powiązanie miłości i seksualności.

Z punktu widzenia neurofizjologii spełniona seksualność wywiera korzystny wpływ na zdrowie i wzmacnianie relacji.

1.1.4 Neurofizjologia seksualności

Wyniki badań obrazowych wykazały, że aby doszło do bliskich interakcji, określone rejony mózgu muszą zostać aktywne lub dezaktywowane. Na poziomie neurochemicz-

nym najistotniejsze są neuropeptydy: oksytocyna i prolaktyna, monoaminy: dopamina i noradrenalina, oraz hormony płciowe. Na > ryc. 1.2 przedstawiono procesy fizjologiczne w uproszczony sposób. Ich ostatecznym efektem jest redukcja stresu.

Oksytocyna w kontaktach seksualnych obniża lęk, łagodzi stres i działa przeciwbólowo. Neuropeptyd ten wydziela się pod wpływem dotyku. W czasie orgazmu oksytocyna osiąga najwyższe stężenie. U osób z trwałymi związkami społecznymi stwierdza się wysokie stężenie tego hormonu.

U W A G A

Oksytocyna

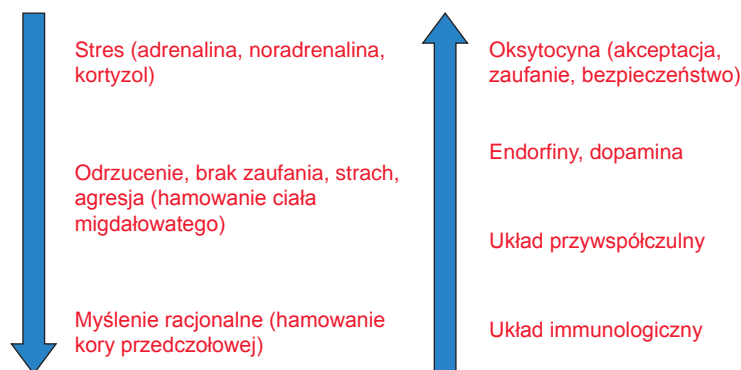
Zgodnie z wynikiem badania z Uniwersytetu w Bonn (2013) oksytocyna stymuluje **ośrodek nagrody w mózgu**, przez co zwiększa atrakcyjność partnerki i wzmacnia monogamię.

1.1.5 Życie miłosne i seksualne jako korzyści dla zdrowia

Jeśli podstawowe potrzeby psychospołeczne przywiązania i akceptacji pozostają niespełnione przez długi czas, wówczas zwiększa się prawdopodobieństwo chorób psychicznych, psychosomatycznych oraz somatycznych. Wykazano również negatywny wpływ na choroby już istniejące.

Niezaspokojone potrzeby podstawowe prowadzą do pogorszenia ogólnego dobrostanu, problemów intrapsychicznych, jak zżwąpienie, lęki czy zaburzenia dysforyczne.

Zgodnie z **definicją WHO, zdrowie seksualne** jest w trwały sposób powiązane ze zdrowiem ogólnym, dobrym samopoczuciem i jakością życia. Jest to stan fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego dobrostanu w odniesieniu do seksualności, a nie tylko brak choroby, zaburzeń funkcjonalnych czy cierpienia.



Ryc. 1.2 Uproszczony schemat neurofizjologiczny spełnionej seksualności [P314, L143].

2.4 Co się zmieniło w terapii seksualnej?

Najważniejsze informacje

- Na podstawie klasycznej terapii Mastersa i Johnson, terapii seksualnej pierwszej generacji, opracowano różne podejścia terapeutyczne.
- Przedstawione są głównie trzy formy terapii: model hamburski, systemowa terapia seksualna i syndiastyczna terapia seksualna.
- Do terapii seksualnej w szerszym sensie należą również farmakoterapia oraz terapia urologiczno-chirurgiczna (> rodz. 4.6).

W Niemczech nie istnieje jednolita standaryzowana terapia seksualna. Jej forma zależy w dużym stopniu od wykształcenia terapeuty i jego kwalifikacji dodatkowych. [W Polsce farmakoterapią zajmują się lekarze-specjaliści seksuolodzy. Psychoterapią zaburzeń seksualnych zajmują się psycholodzy z certyfikatem seksuologa klinicznego. Terapia jest dostosowana do rodzaju dysfunkcji – przyp. red. n.].

Przedstawiono cztery główne kierunki terapii seksualnej. Zrezygnowano z opisu terapii seksualnej opartej na chirurgii. Interwencje chirurgiczne podejmuje się przede wszystkim w zaburzeniach erekcji jako ostatnią opcję terapeutyczną. Domeną farmakoterapii pozostają zaburzenia erekcji (> rodz. 4.6).

2.4.1 Klasyczna terapia seksualna wg Mastersa i Johnson

Podstawą rozwoju większości współczesnych form terapii jest klasyczna terapia seksualna opracowana przez Mastersa i Johnson w latach 60. XX w.

Warunki. Częściowo szpitalny 2–3-tygodniowy pobyt, codzienne spotkania terapeutyczne zakończone ćwiczeniami w parach. W Instytucie Mastersa i Johnson (1964–1994) para była prowadzona przez parę terapeutów – kobietę i mężczyznę.

Podejście terapeutyczne. Eliminacja trudności w funkcjonowaniu seksualnym, przede wszystkim lęku przed niepowodzeniem, presji sukcesu, samoobserwacji.

Ćwiczenia „skupienie na sensualności”. Ćwiczenia cieleśne, mające na celu przezwyciężenie trudności i nabycie nowych doświadczeń. Wzajemne dotykanie się przy jasnym podziale ról na „dawcę” i „biorcę” i równoczesna tymczasowa rezygnacja ze stosunków genitalnych.

2.4.2 Model hamburski terapii par

Główne elementy modelu zostały opracowane w latach 70. XX w. na wydziale edukacji seksualnej Kliniki Uniwersyteckiej Hamburg-Eppendorf i do chwili obecnej są rozbudowywane.

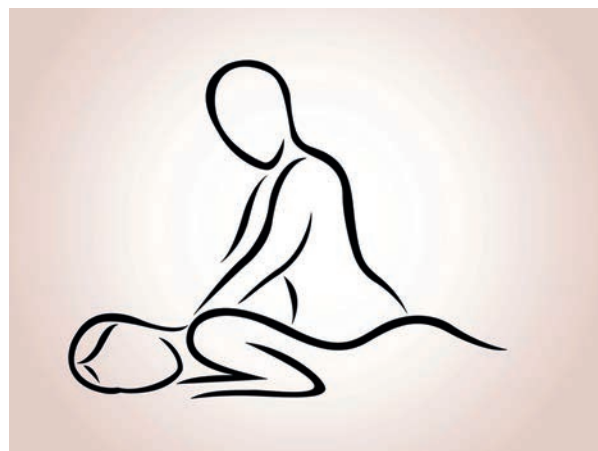
Warunki. Najczęściej para, rzadko jedna osoba, spotykają się 1–2 razy w tygodniu z terapeutą; w zależności od potrzeby 30–80 spotkań.

Podejście terapeutyczne. Po eksploracji osobno każdej z osób opracowuje się wspólnie koncepcję, w jaki sposób powstało zaburzenie. Uzgadnia się rezygnację z pieszczot i stosunków genitalnych. **Uwaga:** Każdy dba o siebie, nie wykonuje tego, co lubi druga osoba. Ten z partnerów, który jest pieszczony, ma prawo weta, jeśli coś dla niego jest nieprzyjemne.

Wprowadzenie do ćwiczeń cieleśnych. Przyzwyczajanie do skupienia na sensualności (> ryc. 2.2):

- Pieszczota I: pieszczoty bez piersi i okolicy genitalnej
- Pieszczoty II: powierzchowne pieszczoty piersi i okolicy genitalnej
- Pieszczoty III: poznawanie okolicy genitalnej
- Gry z pobudzeniem seksualnym: stymulujące pieszczoty
- Wprowadzenie penisa
- Stosunek genitalny z pobudzającymi ruchami.

Cele terapii. Rezygnacja ze starego schematu zachowań pozwala przepracować problem. Przerwanie mechanizmów samowzmocnienia. Postawienie szacunku do samego siebie



Ryc. 2.2 Ćwiczenia cieleśne: pieszczoty [J787].

przed szacunkiem ze strony partnera (samowalidacja). Rozwiązanie problemu lub uzyskanie przyjemności z życia seksualnego w związku mimo utrzymującego się problemu.

DANE NAUKOWE

Sukcesy terapii zaburzeń seksualnych wg modelu hamburskiego

Maaß, Bauer i Briken (2014) porównali wyniki kobiet z pochwicą i kobiet skarżących się na spadek libido.

Podsumowanie: Pochwicę można z dobrym efektem leczyć modelem hamburskim, natomiast w przypadku spadku libido efekty są dużo gorsze.

2.4.3 Systemowa terapia seksualna

Systemowe leczenie problemów seksualnych oznacza, że reguły obowiązujące w związku są analizowane w kontekście seksualnym i nieseksualnym, a następnie prowadzi się terapię na podstawie zasobów.

Koncepcja podstawowa. Mniej skupia się na zaburzonych funkcjach, a bardziej na pożądanym seksualnym oraz potrzebach seksualnych. Centrum uwagi przesuwa się z „nie mogę” na „nie chcę”. Podstawę stanowi dynamika, która wynika z seksualnych różnic między partnerami. Nieuświadomione lub niewspółdzielone różnice sprowadza się do wspólnego konsensusu seksualnego, który jest „najmniejszym wspólnym mianownikiem” seksualności partnerskiej. Chodzi o to, że oboje partnerzy nie wykorzystują swojego potencjału seksualnego z powodu lęku przed różnicami, które uznawane są za zagrażające.

Uproszczony proces terapeutyczny. Pierwsza część ma na celu wychwycenie problemów w interakcji pary, np. atak i obrona w konfliktach. Druga część to profilowanie różnic seksualnych między partnerami, a trzecia „negocjowanie” między różnymi indywidualnymi profilami seksualnymi.

Przykłady różnych narzędzi w terapii systemowej:

- Idealny scenariusz seksualny wg Ulricha Clementa: Oboje partnerzy powinni niezależnie od siebie napisać swój idealny scenariusz seksualny. Powinni być przy tym egoiści i nie brać pod uwagę partnera. W czasie następnego spotkania para przynosi ze sobą spisane scenariusze i każdy osobno decyduje, czy chce ten scenariusz ujawnić czy nie.
- Pytania hipotetyczne: „Przyjmując, że partner przeżył wysoce erotyczną sytuację, o której nie wiesz, to jak mogła wyglądać?”
- Wprowadzanie nowych punktów widzenia: Zadawanie pytań pozytywnych i negatywnych („Co musiałbyś zrobić, żeby u partnera jeszcze obniżyć pożądanie?”).
- Interwencja „kochanek służący” wg Ulricha Clementa: Ustala się dwa spotkania seksualne. W czasie pierwszego spełniane są życzenia jednego z partnerów, natomiast

w czasie drugiego spotkania następuje zmiana ról i druga osoba „służy”.

2.4.4 Syndiastyczna terapia seksualna

Syndiastyczna terapia seksualna, opracowana przez Beiera i Loewita (2004), jest terapią skoncentrowaną na związkach oraz komunikacji. Termin „syndiastyczny” wywodzi się ze starogreckiego słowa *syndyastikos*, które wg Arystotelesa oznacza „naturalną skłonność człowieka do tworzenia par”. Terapia obejmuje opcje somatyczne, farmakologiczne, fizyczne, psycho- i socjoterapeutyczne, przy czym nie jest psychoterapią.

Podstawowa koncepcja. Całościowe, biopsychospołeczne podejście opiera się na tym, że zaburzenia funkcji seksualnych oraz choroby rozwijają się, gdy w związku nie są zaspokajane podstawowe potrzeby psychospołeczne. Syndiastyczne skupienie stanowi główny element terapii: wciąż stawia się pytania o spełnienie lub deprywację psychospołecznych potrzeb podstawowych.

Proces terapeutyczny. Po ustaleniu oczekiwań od terapii przeprowadza się wyczerpujący wywiad dotyczący seksualności i związku oraz ocenę komunikacji w parze. Na koniec każdego spotkania terapeutycznego para, prowadzona przez terapeutę, ustala konkretne życzenia dotyczące zmiany. Te ostatnie następnie odnoszone są do komunikacji werbalnej, a później lub jednocześnie do komunikacji seksualnej. Wprowadza się ćwiczenia skupione na sensualności, ale w sensie osobistej komunikacji cielesnej oraz spotkania. Nie są one zalecane przez terapeutę, ale wyłaniają się często z konkretnej sytuacji. Dla jednego lub drugiego z partnerów jest odprężające, że z pieszczot nie musi „wyniknąć nic więcej”.

Cel terapii. Zwiększenie seksualnego i partnerskiego zadowolenia wraz z rozwojem prozdrowotnego potencjału seksualności.

2.4.5 Inne terapie

Terapia par skoncentrowana na emocjach (EFT). Ta ustrukturyzowana krótkoterminowa metoda terapeutyczna (między 8 a 20 spotkań) została opracowana w latach 80. przez S. Johnsona i L. Greenberga. Łączy ona teorię przywiązania z podejściem systemowym i psychodynamicznym. Skoncentrowana jest na odtworzeniu przywiązania opartego na miłości. W centrum znajduje się otwarcie osoby na własne uczucia i potrzeby oraz gotowość do dzielenia ich z partnerem. Seksualność i problemy seksualne pozostają w związku z trzema wpływającymi na siebie układami: przywiązania, opieki i seksualnym.

Sexual Crucible („tygiel seksualny”) wg Davida Schnarcha, 2014. „W przenośnym sensie, angielskie słowo *crucible*

(tygiel) oznacza trudne doświadczenie, próbę lub torturę, z której osoba wychodzi odmieniona. [...] Podstawową zasadą tego rodzaju terapii jest świadomość, że intymność seksualna oraz intensywna erotyka w związku zależne są od indywidualnego zróżnicowania każdego z partnerów. Dlatego pokonanie lęku a nie jego maskowanie stanowi główny punkt terapii. W procesie tym oboje partnerzy uczą się, że prawdopodobnie nie będą w stanie osiągnąć intymności i przywiązania z partnerem lub inną ukochaną osobą, jeśli nie rozwiną zdolności bycia sobą i osiągnięcia własnej indywidualności, będą pokonywani przez własne lęki zamiast je stłamsić, złagodzić lub obejść”.

2.4.6 Przeciwwskazania i skuteczność terapii

UWAŻA

Przeciwwskazania do terapii seksualnej

- Uzależnienia
- Ostre psychozy
- Ciężkie zaburzenia osobowości
- Utrzymywanie stosunków pozapartnerskich
- Deprywacja syndyastyczna, przede wszystkim w syndyastycznej terapii seksualnej

Istnieje niewiele badań na temat skuteczności i trwałości terapii seksualnych. Ze względu na małe grupy badane oraz brak grupy kontrolnej są trudne do przeprowadzenia. Badania pochodzą właściwie tylko z lat 70. i 80. XX w.

DANE NAUKOWE

Skuteczność terapii seksualnej wg Hartmanna, 2011

- Dobrze udowodniona skuteczność w pierwotnej anorgazmii u kobiet oraz w zaburzeniach erekcji
- Prawdopodobnie skuteczna we wtórnej anorgazmii u kobiet
- Prawdopodobnie skuteczna w pochwy o wytrysku przedwczesnym.

2.5 Praktyczne wskazówki dotyczące poradnictwa

Najważniejsze informacje

- Nie ma żadnego jednolitego spisu terapeutów seksualnych.
- Terapia seksualna nie jest refundowana.

2.5.1 Adresy

W większości przypadków, korzystając z zasobów Internetu, można znaleźć terapeutę pracującego w pobliżu.

INFORMACJE DLA PACJENTA

- www.pts-seksuologia.pl: Polskie Towarzystwo Seksuologiczne na swojej stronie zamieszcza nazwiska seksuologów klinicznych (lekarzy i psychologów).
- www.ptms.pl: Polskie Towarzystwo Medycyny Seksualnej na swojej stronie prezentuje listę lekarzy, którzy posiadają specjalizację z seksuologii.

W Niemczech w przypadku podejrzenia pedofilii lub skłonności do hebefilii program prewencyjny „Nie bądź sprawcą” zapewnia bezpłatną i anonimową ofertę terapeutyczną: www.kein-taeter-werden.de (> rozdz. 5.6). Na stronie internetowej w zakładce „punkty” pokazywane są miejsca, do których



Ryc. 2.3 Lokalizacje ośrodków programu prewencyjnego „Nie bądź sprawcą” w Niemczech (stan na 2016 r.) [J787, V492]. [W Polsce nie wprowadzono programów prewencyjnych – przyp. red. n.]

3

Seksualność w fazach życia

3.1 Seksualność dzieci

Najważniejsze informacje

- Seksualny rozwój każdego dziecka jest niepowtarzalny.
- Seksualność dzieci i młodzieży jest zdecydowanie różna.
- Seksualny rozwój dziecka przebiega w sferze nieseksualnej.
- Dziecięce poczucie wstydu jest ważnym etapem rozwojowym.
- Seksualnie pozytywne wychowanie wpływa pozytywnie na późniejsze życie seksualne.
- Wielu rodziców i opiekunów jest niepewnych w kontakcie z dziećmi seksualnością.

Spontaniczne erekcje stwierdzone w czasie życia płodowego wskazują, że człowiek jeszcze przed narodzinami jest istotą seksualną, a nie staje się nią z początkiem dojrzewania. Istnieje niewiele badań na temat dziecięcej seksualności.

UWAGA

Dzieci nie wolno postrzegać przez pryzmat seksualności osób dorosłych!

INFORMACJE DLA PACJENTA

- M. Beisert, Seks twojego dziecka, Zakład Wydawniczy – K. Domke, 1991.
- F. Saint-Pierre, M.-F. Viau, Seksualność dziecka. Co każdy rodzic wiedzieć powinien. Rozwój psychoseksualny dziecka od urodzenia do dwunastego roku życia, Wydawnictwo KDC, 2008.
- D.W. Haffner, Jak rozmawiać z dziećmi o sprawach intymnych, Bertelsmann Media, 2002.
- K. Piotrowska, Rozwój seksualny dzieci, Wyd. Natuli, 2018.

3.1.1 Seksualność dzieci versus seksualność dorosłych

> Tab. 3.1.

3.1.2 Rozwój seksualny dzieci

Motywowane ciekawością poznawanie otoczenia jest cechą zdrowego rozwoju małego dziecka. Należy do niego również

Tab. 3.1 Seksualność dzieci i dorosłych

Dzieci	Dorośli
Reagują wszechstronnie wszystkimi zmysłami	Często tylko reakcja genitalna
Spontaniczne, ciekawe, bez skrępowania	Pragnienia są powstrzymywane, nabyte skrępowanie
Nieukierunkowane na cel, kontakt z ciałem jest elementem zabawy	Nakierowanie na najwyższe pobudzenie i orgazm
Brak rozdziału między czułymi pieszczotami a seksualnością genitalną	Rozdział między czułością a seksem
Egocentryczne	Zorientowani na związek
Poczucie wstydu najwcześniej w wieku 3 lat, zwykle ok. 5 r.ż.	Istnieje uczucie wstydu

poznawanie własnego ciała pod postacią dotykania genitaliów i otworów ciała.

DANE NAUKOWE

Badania na podstawie obserwacji rodzicielskich wskazują, że dzieci między 1. a 2. rokiem życia zwracają uwagę na własne cechy płciowe i interesują się nimi u innych osób. Według Bettiny Schuhrke (1991) dzieci wykazują więcej zainteresowania kobiecymi piersiami i męskimi genitaliami niż genitaliami żeńskimi.

Od 3. roku życia dzieci mogą podejmować **zachowania masturbacyjne** przebiegające z pobudzeniem lub bez. Możliwe są również orgazmy. Wczesna masturbacja nie jest pamiętana w okresie dojrzewania. Częsta masturbacja nie wskazuje na hiperseksualizację, ale na wycofanie i nieśmiałość.

Największą aktywność seksualną dzieci obserwuje się w wieku 3–4 lat. **Pięć najczęstszych zachowań to:**

- dotykane własnych genitaliów
- dotykane kobiecych piersi
- odgrywanie zachowań, które są charakterystyczne dla płci przeciwnej
- podglądanie innych w czasie przebierania się
- zainteresowanie płcią przeciwną.

Rzadko zdarza się wkładanie przedmiotów do pochwy lub odbytu czy odgrywanie lalkami scen seksualnych.

W wieku 4–5 lat dzieci interesują się **zabawą w doktora**. Jak wygląda płęć przeciwna? Jeśli dzieci napatrzają się i nadotykają wzajemnie, wówczas zainteresowanie znów spada. Wzajemne podglądanie przy oddawaniu moczu również służy zaspokojeniu ciekawości. Stosowanie zakazów w tym okresie może wpłynąć negatywnie na swobodne obcowanie ze swoim ciałem w wieku dorosłym.

Po 6. roku życia obserwuje się coraz mniej zachowań seksualnych, pojawia się wstyd i chęć ochrony sfery prywatnej. Do okresu dojrzewania istnieje duży dystans wobec płci przeciwnej.

Między 9. a 13. rokiem życia rozpoczyna się okres dojrzewania i pojawiają się odpowiednie zmiany fizyczne, a wraz z nimi podejście „**aktywność seksualna wzbudza podniecenie**”. W okresie dojrzewania nabywa się doświadczeń społeczno-seksualnych pod postacią pocałunków, pettingu, stosunków genitalnych.

Według badania BZgA z 2001 roku 70% dziewczynek poniżej 14. roku życia już się całowało, 32% doświadczyło pieszczot piersi, 18% pieszczot genitaliów, a 11% odbyło stosunek genitalny.

DEFINICJA

Jaką wiedzę seksualną posiadają dzieci?

- 2–3-latki potrafią rozpoznać płęć innej osoby, nie mówią jednak o płci fizycznej, tylko np. „ma spódnice”.
- Do 3. roku życia większość dzieci zna różnice fizyczne; najczęściej używa dziecięcych określeń genitaliów („susiak”).
- Od 3. roku życia zadają pytanie: „Dlaczego chłopcy i dziewczynki wyglądają inaczej?”
- Od 4. roku życia zadają pytanie: „Skąd biorą się dzieci?”
- W 4–5 roku życia: „W jaki sposób wydostają się z brzucha?”
- W 5–6 roku życia: „W jaki sposób dzieci dostają się do brzucha?”
- Pod koniec szkoły podstawowej dzieci rozróżniają płęć na podstawie genitaliów.
- Seksualny kontekst prokreacji dzieci pojmują między 9. a 11. rokiem życia, związek przyczynowy rozmnażania (współżycie, ciąża, narodziny) między 11. a 12. rokiem życia.

Uwaga: Wyjaśnianie to odpowiadanie na pytania. Często to wystarczy a nie są potrzebne dodatkowe wyjaśnienia. Dzieci z reguły pytają.

3.1.3 Dziecięcy wstyd i język

DEFINICJA

Wstyd dziecięcy

Świadomość określonych rejonów ciała, wydaliny oraz zabiegów wykonywanych na ciele przez innych wywołuje nieprzyjemne odczucia. Wstyd to negatywna ocena własnej osoby. Sprawia, że chcielibyśmy zniknąć.

Zdolność odczuwania wstydu rozwija się wcześniej. Już 1,5-letnie dzieci mogą być zawstydzone. Liczba dzieci prezentujących wstyd rośnie znacząco od 3. roku życia. Od 5. roku życia znacząco rośnie liczba wstydlwych reakcji. 5–7-letnie dzieci uznają rzeczy związane z nagością lub wydalaniem za krępujące. Reguły wstydu zwykle nie są przekazywane wprost, dzieci na podstawie obserwacji wyciągają swoje własne wnioski.

Jak dzieci pokazują swój wstyd? Na przykład poprzez fizyczne wycofanie, unikanie bliskiego kontaktu, ale również poprzez złość, agresję i wulgę.

Dziewczynki i chłopcy wstydzają się podobnie w stosunku do mężczyzn. Chłopcy jednak nieco bardziej wstydzają się kobiet.

Już w czasie pierwszych 2 lat życia dziecka istotne jest nastawienie rodziców do cielesności, ich sposób wypowiedzania się na temat seksualności i narządów płciowych. Preferowanie **określonego słownictwa** jest sprawą indywidualną (od siusiaka do penisa). To co dla jednej osoby będzie obsceniczne, dla drugiej będzie w pełni do przyjęcia. Ważne jest, by dziecko otrzymało werbalny i niewerbalny przekaz: z twoim ciałem jest wszystko w porządku i możesz je poznawać z radością.

Čzęsto dzieci w sposób prowokujący używają terminów seksualnych lub wulgaryzmów, choć nie zawsze znają znaczenie słów. Zaleca się, by wyjaśnić dzieciom, że określone słowa mogą ranić i nie należy ich używać.

3.1.4 Zaburzenia rozwoju i zapobieganie im

Osoby opiekujące się dziećmi powinny im przekazywać pozytywną postawę w odniesieniu do seksualności, dzięki czemu dzieci będą mogły rozwijać swoją seksualność w sposób niezaburzony (> ryc. 3.1).

Najważniejszy dla **niezaburzonego rozwoju seksualności** jest związek z rodzicami, w którym dozwolone są zmysłowość, autonomia, spełniane są potrzeby i zapewniane jest poczucie bycia kochanym. Równie ważne dla rozwoju zdrowej seksualności w wieku dorosłym są stabilny obraz własnego ciała oraz adekwatny język dotyczący seksu.

Zaburzenia w (psychoanalitycznych) fazach rozwoju mogą prowadzić do różnych zaburzeń seksualnych w wieku dojrzłym (> tab. 3.2).



Ryc. 3.1 Seksualnie pozytywne nastawienie ze strony rodziców i wychowawców [P306, L143].

Tab. 3.2 Psychoanalityczne fazy rozwoju dziecka z ich wpływem na wiek dorosły (zmodyfikowane z ryc. 2 [w:] Loewit K., Beier K.M.: Standortbestimmung der Sexualmedizin, Sexuologie 5 [2] 1998 49-64]

Fazy rozwoju	Udział w seksualności dorosłych	Skutki w wieku dorosłym przy zaburzonej fazie
Oralna (ok. 1. roku życia): podstawowe zaufanie – podstawowa nieufność	<ul style="list-style-type: none"> • Pieszczoty skóry • Zaufanie do innych 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak partnera, fetyszym • Nadmierna masturbacja bez uczuć • Fiksacja oralna: z jednej strony „tylko przytulanie”, z drugiej „pożeranie” partnera
Analna (ok. 2.–3. roku życia) autonomia – niepewność i wstyd	<ul style="list-style-type: none"> • Elementy agresji • Aspekt czystości • Pieszczoty okolicy analnej 	<ul style="list-style-type: none"> • Ew. punkt wyjścia sadomasochizmu i parafilii • Partner jako własność: „należysz do mnie” • Skupienie na celu, uległość, presja orgazmu i popędu
Falliczna (edypalna) (ok. 3.–6. roku życia): inicjatywa – poczucie winy	<ul style="list-style-type: none"> • Inicjatywa seksualna • Bycie wolnym dla partnera • Potencja, dążenie do dominacji 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacje w trójkącie • Uzależnienie od „nieosiągalnego” partnera

3.1.5 Zachowania seksualne dzieci: norma czy patologia?

Czy zachowanie jest normalne, narzucone czy jest objawem wykorzystania seksualnego? Takie rozróżnienie często nie jest proste i nierzadko podlega dyskusji między rodzicami a wychowawcami oraz wzbudza niepokój pedagogów (przykłady, > tab. 3.3).

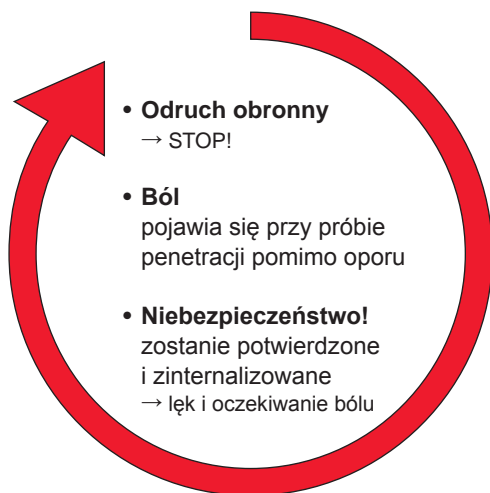
Reguły pedagogiczne zabawy „w doktora”

- Każde dziecko samo decyduje, czy chce się bawić „w doktora” (> ryc. 3.2).
- Otwory ciała są tabu.
- Różnica wieku między bawiącymi się dziećmi nie powinna wynosić więcej niż rok.
- Starsze dzieci lub dorośli nie powinni być obecni w czasie tej zabawy.

Uwaga: Dzieci narzucające zabawę nie są sprawcami, są po prostu dziećmi narzucającymi zdanie.

Tab. 3.3 Jakie zachowania seksualne są dopuszczalne?

Opis przypadku	Ocena
Dwie 4-latki pokazują sobie nawzajem swoje genitalia	→ Normalne zachowanie eksploracyjne
3-latek pokazuje penisa w grupie	→ Normalne zachowanie pokazowe
5-latek namawia 3-latkę do wzięcia penisa do ust	→ Narzucanie się i wywieranie presji ze względu na wiek
2-latka często pociera genitaliami o poduszkę lub o nogę matki	→ Typowa masturbacja dziecięca
Spontaniczne erekcje u rocznego dziecka	→ Norma
2-latek dotyka piersi mamy	→ Norma; jeśli jest to dla mamy nieprzyjemne, to powinna o tym powiedzieć
Dwie 5-latki się całują	→ Norma, brak wskazówek co do późniejszej orientacji seksualnej
4-latek ubiera się w ubrania mamy i maluje się	→ Normalne odgrywanie ról, brak wskazówek co do późniejszej identyfikacji płciowej



Ryc. 4.7 Błędne koło w pochwy [P314, L143].

UWAGA

Pochwica może mieć sens

Według R. Basson odruch pochwy może mieć sens i powody: ochrona fizycznej integralności i autonomii kobiety przed niebezpiecznym intruzem. Dlatego odruch nie zanika sam z siebie.

Pochwica najczęściej w dużym stopniu **obniża jakość życia** kobiety. Wpływa na poczucie własnej wartości, kobiety wątpią w swoją kobiecość, nie czują się właściwie jako kobiety, cierpią z powodu bycia nieodpowiednią partnerką, nie są w stanie zrealizować swojej potrzeby posiadania dzieci.

Cierpi również związek. Na skutek zaburzenia intymności, podstawowe potrzeby mogą zostać niezaspokojone. Mogą pojawić się frustracja, kłótnie i rozpad związku.

4.4.4 Diagnostyka i rozpoznania różnicowe

Często kobiety same stawiają rozpoznanie. **Badanie ginekologiczne** ma na celu wykluczenie przyczyn somatycznych. Lekarz musi być cierpliwy, troskliwy, wyjaśniający i wykazać zrozumienie dla pacjentki. Nie można forsować, wymuszać. Ginekolog powinien wysłuchać, na jak wiele pacjentka pozwala.

Pytania diagnostyczne:

- Czy możliwa jest penetracja? Kiedy występuje ból?
- Dlaczego i dla kogo kobieta zgłosiła się właśnie w tym momencie?
- Co chciałaby osiągnąć?
- Czy chodzi o własną seksualność czy o to, by zadowolić partnera?

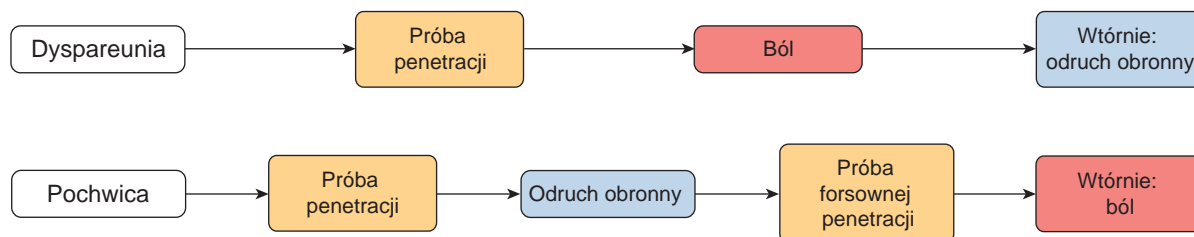
W **diagnostyce różnicowej** wyklucza się dyspareunię (> ryc. 4.8) i fobię seksualną (> rozdz. 4.5).

4.4.5 Terapia

Leczenie pochwy jest proste. Ale błędne postępowanie utrwała zaburzenie. Pochwica bez terapii utrzymuje się przewlekłe. Praktycznie nie dochodzi do spontanicznego wyleczenia.

Pomocne jest udzielenie prawidłowych informacji i skorygowanie błędnych przekonań.

- Pochwa zaciska się na skutek automatycznych (zatem niezależnych od woli) skurczów mięśni i dlatego penetracja jest utrudniona. Pojawia się rozdźwięk między własnymi pragnieniami i reakcją pochwy – „pochwa się złości”. Te odruchowe skurcze mięśni nie są bolesne.
- Ból pojawia się, gdy wbrew oporowi podejmowana jest próba penetracji pochwy. Z punktu widzenia pochwy: „Boli, to niebezpieczne. Trzeba się przed tym chronić. Nie można nigdy na to pozwolić”. Odruch nasila się i utrzymuje.
- **Pochwica nie znika samoistnie:** powtarzające się, pełne nadziei próby, czy może dzisiaj się uda odbyć stosunek, ciągle zawodzą i wzmacniają odruch obronny.
- **Pochwy można się „oduczyć”** poprzez doświadczenia korygujące. Podstawowa zasada dla każdej chorej kobiety: „Jeśli coś boli, to tego nie robimy”. Nie należy naciskać. Nie wolno ignorować sygnałów obronnych organizmu. Bez podejmowania próby stosunku.
- Sposób, w jaki należy ćwiczyć, by stopniowo „oduczyć” się odruchu pochwy, został opracowany w praktyce, ale może on być indywidualnie bardzo zróżnicowany. Wszystkie kroki należy omówić z terapeutą seksualnym.



Ryc. 4.8 Diagnostyka różnicowa bólu przy stosunku (dyspareunia) i pochwy: zasadniczo inny przebieg [P306, L143].

U W A G A

Nie wprowadzać błędnych teorii: „To musi być efekt wykorzystania seksualnego”, „Partner nie jest tym właściwym”.

Przegląd terapii seksualnych

W terapii seksualnej chodzi o to, by zapewnić „wewnętrzne” i „zewnętrzne” bezpieczeństwo. Nie ma niebezpieczeństwa i dlatego żadnego powodu do reakcji obronnej. Zakazane są próby penetracji przy wyraźnym pozwoleniu na inne praktyki seksualne. Koryguje się mity i fałszywe przekonania.

Nie ma żadnego standardowego programu terapii pochwy. Postępowanie powinno być zindywidualizowane.

- Motywacja do ćwiczeń i wewnętrzne przekonanie do ich regularnego wykonywania. Pokonanie lęku przed eksploracją (poznawaniem) reaktywności pochwy, ćwiczenia z lustrem i palcem.
- Stopniowe łagodzenie odruchu obronnego, desensybilizacja poprzez korygujące doświadczenia cielesne pod postacią stopniowanych ćwiczeń: „Kochana pochwo, obiecuję ci, że nigdzie i nigdy nie wydarzy się nic niebezpiecznego. O to zatroszczę się ja. Musimy zaufać sobie nawzajem, a ty musisz pozwolić, bym ja zadbała o potrzebne środki ostrożności”. To zakłada, że rzeczywiście tak będzie.
- Terapia pochwy to głównie autoterapia. Obecność terapeuty seksualnego ma przede wszystkim za zadanie zwrócenie uwagi w trakcie leczenia, by nie pojawiły się błędy, np. pod postacią presji. Dylatory mogą, ale nie muszą być przydatne. **Uwaga:** Dylatory nie mają za zadanie rozciągnąć pochwy!

Partner od początku powinien być włączony w proces. Przejście od treningu pochwowego do stosunku jest trudne również dla partnera. Nie chce sprawić partnerce bólu, odczuwa presję sukcesu, ale nie ma doświadczenia i często reaguje zaburzeniami erekcji. Wcześniejszy zakaz współżycia może być dla niego obciążający. Cytat z pacjenta: „To, co wcześniej sprawiało mi przyjemność, muszę teraz zdobywać w walce”.

Opis przypadku

Diagnostyka różnicowa pochwy – fobii seksualnej

Spontaniczna wypowiedź 38-letniej pacjentki: „Od wielu lat mam problem z seksualnością. Z tego powodu w zeszłym roku byłam u ginekolog, która sądziła, że mam pochwicę”.

Wywiad seksualny: Nigdy nie odbyła stosunku pochwowego, żadnej masturbacji, nigdy nie założyła tamponu, nie włożyła palca do pochwy. Żadnego badania ginekologicznego wcześniej. Dobrze dochodzi do orgazmu na drodze stymulacji oralnej i ma satysfakcjonujące życie seksualne z aktualnym partnerem. Neguje wykorzystanie seksualne.

Aktualna sytuacja życiowa: Od 2 lat w związku partnerskim, bezdzietna, aktywna zawodowo.

Przebieg łącznie 8 spotkań: W pogłębionym wywiadzie okazało się, że do chwili obecnej nie przeszła żadnego badania ginekologicznego i pacjentka jedynie przypuszcza, że ma pochwicę, ponieważ nigdy nie włożyła niczego do pochwy. Odczuwa paniczny lęk przed własnymi narządami płciowymi, nawet nigdy nie oglądała zdjęcia sromu. Nie wie, jak wygląda jej wejście do pochwy, „w czasie prysznic robię to szybko”. Nie jest w stanie wyjaśnić, skąd to się wzięło. Dalsze pogłębienie wywiadu wykazało, że jako młoda dziewczyna przeżyła wypadek w czasie uprawiania sportu z krwawieniem i bólem w okolicy narządów płciowych.

Cel i efekty terapii seksualnej: W ramach indywidualnej terapii seksualnej przeprowadzono stopniową desensybilizację. Oglądanie zdjęć sromu (z wykorzystaniem książki: Scholz G., 2007: „Das Tor ins Leben” [„Brama do życia”]), oglądanie własnego sromu, dotykanie wejścia do pochwy, stopniowe wprowadzanie własnych palców do pochwy, później palców partnera. W czasie 8. spotkania pacjentka podała, że doszło do udanego stosunku seksualnego i że odebrała go z przyjemnością. Czuje się teraz pełna, ma odmienne poczucie własnej wartości, inaczej podchodzi do swojego sukcesu, jest w stanie racjonalnie uświadomić sobie swoje uczucia.

Dalsze efekty: Pacjentka podaje, że samodzielnie umówiła się na wizytę ginekologiczną i odbyła ją.

wywołuje negatywne uczucia. Czasem objawy wywołuje dotyk tylko określonego partnera.

Z objawów wynika częściowa (np. żadnego stosunku) lub uogólniona niechęć do seksualności. Stosuje się ukryte strategie unikania: wczesne chodzenie do łóżka, nadmierne zaangażowanie w inne sfery życia, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaniedbanie wyglądu zewnętrznego.

Możliwe są konflikty w związku, aż do rozpadu związku. Obraz samego siebie jako kobiety lub mężczyzny jest silnie zaburzony. Osoby chore czują się bezwartościowe, niepełne, niekobiece, niemęskie.

4.5.4 Diagnostyka i rozpoznania różnicowe

Z reguły pacjent nie podaje niechęci w odniesieniu do seksualności, raczej opisuje zaburzenia jako „Mam problem z seksualnością” (> ryc. 4.9). Dlatego należy pytać konkretnie: Co jest problemem? Co dokładnie odrzuca lub wywołuje lęk? Określone postępowanie, określony partner, własne ciało, określone aspekty podniecenia fizycznego?

W wywiadzie należy zwrócić szczególną uwagę na „seksualny punkt widzenia”. Moment pojawienia się awersji (zaburzenie pierwotne lub nabyte?) może stanowić wskazówkę odnośnie do jej korzeni.

Nie można zrezygnować z pytań o fantazje seksualne, dlatego że przeżywana seksualność często nie jest zgodna z fizycznie doświadczaną seksualnością, co znajduje odzwierciedlenie w awersji.

4.5.5 Terapia

W podejściu terapeutycznym – w zależności od rodzaju przyczyn – często ważne są ćwiczenia z samym sobą, również w ramach terapii seksualnej, czyli jak przy pochwy



Ryc. 4.9 Awersja seksualna: mimika pacjentki mówi sama za siebie [J787].

(> rozdz. 4.4.5): nauka zaufania, radość z własnego ciała, jak również z ciała partnera.

W zdrowym związku partnerskim można w trakcie terapii seksualnej podjąć próbę „zastąpienia” cielesnych negatywnych doświadczeń, jak również poprzez komunikację i miłość fizyczną odbudować zaufanie w związku.

Psychoterapia wskazana jest w razie podejrzenia zaburzeń osobowości, nadużyć lub ciężkich traum.

Opis przypadku

Wtórna, sytuacyjna awersja seksualna

Spontaniczna wypowiedź 35-letniej pacjentki: „Uczucie wstrętu mam już przy myśleniu o seksie. Z moim obecnym przyjacielem uprawiałam rzadko seks przez kilka miesięcy, ale od początku był on odpychający... Ta odraza jest skutkiem mojej poprzedniej relacji, gdy partner nie akceptował moich granic. Ustaliliśmy, że nie będziemy uprawiać seksu przed ślubem. Nocami on masturbował się obok mnie, wkładał mi palce do pochwy, gdy spałam, nakłaniał mnie do seksu. Częściowo zaspokajałam go ręką i ustami, żeby mieć spokój”.

Wywiad seksualny: Koncepcja siebie „Spróbowałam już wszystkiego, nie ma już nic, czego bym nie znała”. Przed traumatyzującym partnerem odczuwałam radość z seksu, przeżywałam orgazmy, seks był bardzo ważny”. Regularna masturbacja od 13. roku życia około 1 raz w tygodniu.

Aktualna sytuacja życiowa: W obecnym związku od 2 lat, bezdzietna, aktywna zawodowo.

Przebieg łącznie 8 spotkań: Oprócz wyczerpującego wywiadu od pacjentki i jej partnera, od drugiego spotkania prowadzono terapię seksualną. Para zgodziła się początkowo na: brak seksu, pieszczoty (głowa, plecy, ręce), próby pocałunków. Pacjentka: „To ogromna ulga wiedząc, że nie będzie seksu”. W dalszym przebiegu na każdym spotkaniu para omawiała, jakie doświadczenia chcieliby przeżyć. Pacjentka: „Po raz pierwszy od lat mogę cieszyć się z dotyku. Mogę się uwolnić”. Partner: „Przeżyłem nowe doświadczenie, które zakwitło między nami jak delikatny kwiat”.

Po 4 spotkaniu ustalenie „żadnego seksu” zostało złamane przez pacjentkę: „Nie było dobrze”. Pacjentka próbowała w sposób poznawczy rozdzielić seks i związek. Przyznała, że tak właśnie zrobiła z pierwszym partnerem. Ponownie zdecydowała o rezygnacji ze stosunków. W czasie urlopu para chciała każdego ranka przy śniadaniu omawiać, jak im idzie, jaka jest umowa, co już było, co by chcieli zmienić.

Cel i efekty terapii seksualnej: Celem było zastąpienie negatywnych doświadczeń cielesnych, nowymi pozytywnymi doświadczeniami, co, z drobnymi niepowodzeniami, udało się osiągnąć. Pacjentka: „Pod koniec urlopu wykazałam inicjatywę i spaliśmy razem ze sobą. Było pięknie. Po raz pierwszy od lat mogłam cieszyć się bliskością, nie miałam żadnych negatywnych myśli, także później, ani późniejszej potrzeby,

żeby iść się umyć”. Terapeuta: „Jak tłumaczy Pani tę zmianę?” „Dzięki rozmowie, powstałemu zaufaniu i urlopowi mogłam przeżyć to nowe doświadczenie. Osiągnęłam mój cel”.

Dalszy przebieg: Ponowne spotkanie za 3 miesiące.

4.6 Zaburzenia erekcji

Najważniejsze informacje

- Zaburzenia erekcji są częste.
- Możliwe są przyczyny psychogenne i/ lub organiczne. Wraz z wiekiem przyczyną są najczęściej choroby organiczne: penis jest „systemem wczesnego ostrzegania” przed chorobami.
- Zaburzenia erekcji znacząco wpływają na poczucie własnej wartości mężczyzny i na związek.
- Mimo inhibitorów PDE-5 oraz dużej otwartości społecznej, nadal pozostają one tematem tabu i są silnie zawstydzające.
- Oprócz farmakoterapii zaleca się rozmowę z terapeutą seksualnym z udziałem partnerki.

4.6.1 Definicja i epidemiologia

DEFINICJA

Zaburzenia erekcji według ICD-10

Trudność z osiągnięciem lub utrzymaniem erekcji koniecznej do odbycia satysfakcjonującego stosunku płciowego. Jeśli erekcja występuje normalnie w pewnych sytuacjach, np. w czasie masturbacji, podczas snu lub z innym partnerem, wówczas przyczyna jest prawdopodobnie psychogenna.

W praktyce zaleca się, by unikać dewaluującego słowa „impotencja” lub „impotent”. Większości pacjentów bardziej znane są terminy problemy czy zaburzenia erekcji niż termin dysfunkcja erekcyjna.

Według Berliner Männer Studie, 2002 (Englert, Schaefer, Roll, Ahlers, Beier, Willich) **częstość zaburzenia** jest zależna od wieku i wynosi w grupie mężczyzn 40–79 lat od 18 do 48%.

4.6.2 Etiologia

Najczęściej zaburzenia erekcji mają podłoże **wieloczynnikowe**. Możliwe są przyczyny psychiczne lub fizyczne albo kombinacja obu tych grup (> ryc. 4.10). Przyczyna organiczna może prowadzić do problemów psychicznych, gdyż poczucie własnej wartości mężczyzny jest silnie uzależnione od potencji, co z kolei wtórnie wpłynie na nasilenie zaburzeń erekcji.

Śród organicznych czynników ryzyka duże znaczenie mają zwłaszcza cukrzyca, nadciśnienie tętnicze i hiperlipidemia.

Również wiele leków może wywoływać zaburzenia erekcji (> tab. 4.1).

DANE NAUKOWE

Penis jako „system wczesnego ostrzegania”

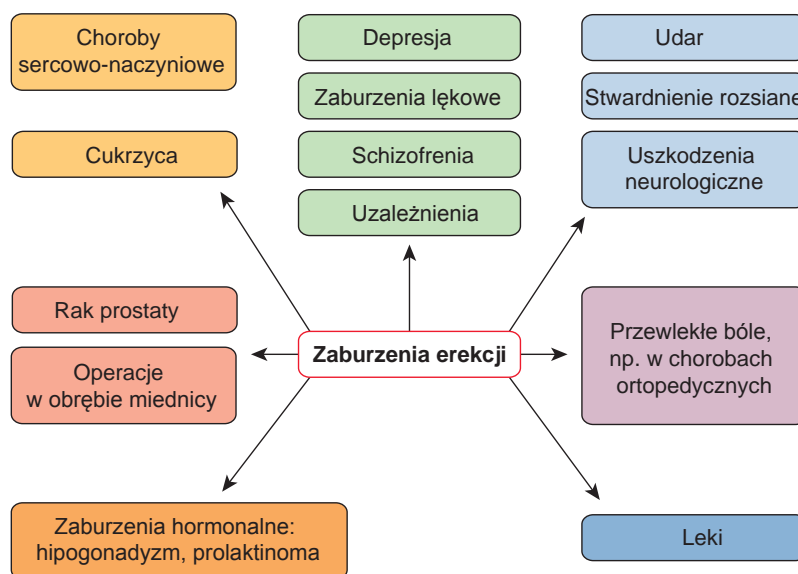
- Zaburzenia erekcji u 70% mężczyzn są pierwszym objawem choroby niedokrwiennej serca (Montorsi, 2003).
- Zaburzenia erekcji pojawiają się zwykle 2–3 lata przed innymi objawami i do 5 lat przed zawałem serca lub udarem (Jackson, 2010).
- Zaburzenia erekcji wskazują u 10–15% mężczyzn na cukrzycę lub nieprawidłową tolerancję glukozy (Wirth, 2007).

Podsumowanie: Wiele chorób objawia się początkowo zaburzeniami erekcji. Jeśli zaburzenia erekcji pojawiają się „bez powodu”, to należy zawsze poszukać ich przyczyny.

Etiologia intrapsychiczna i partnerska

Przyczyny intrapsychiczne mogą mieć związek z aktualną sytuacją życiową, zdarzeniami z ostatnich miesięcy lub lat i czynnikami rozwojowymi z dzieciństwa i młodości.

Zaburzenia erekcji szybko ulegają chroniczacji, już jedno do dwóch „niepowodzeń” wystarcza, by powstało „błędne koło” lęku przed niepowodzeniem, samoobserwacji, presji sukcesu i zachowań unikowych (> ryc.1.8).



Ryc. 4.10 Wybrane przyczyny organiczne zaburzeń erekcji [P306, L143].

Tab. 4.1 Leki jako przyczyna zaburzeń erekcji

Grupa leków	Przykłady
Leki hipotensyjne	Niekardioselektywne beta-blokery, diuretyki tiazydowe, blokery kanału wapniowego
Leki antyarytmiczne	Digoksyna, amiodaron, dizopiramid
Leki hipolipemizujące	Statyny
Leki przeciwdepresyjne	Trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, SSRI
Neuroleptyki	Fenotiazyna
Leki wpływające na gospodarkę hormonalną	Anty-androgeny, agoniści GnRH, estrogeny
NLPZ	Difenyloamina, ibuprofen, indometacyna, ASA

Upraszczając, bodźce seksualne nie prowadzą do uruchomienia bodźców nerwowych. Przyczyny mogą być różne.

- Stres (troski zawodowe lub finansowe), traumatyczne przeżycia, kryzysy życiowe.
- Lęk przed niepowodzeniem, nadmierne skupienie na sukcesie, mity seksualne (> rozdz. 1.2.8), samodefiniowanie się poprzez potencję, nierealistyczne wyobrażenia i oczekiwania seksualne.
- Niejasna orientacja seksualna, egodystoniczne preferencje seksualne.
- Problemy w związku: konflikty, przede wszystkim o status i dominację. Brak bliskości, brak komunikowania własnych uczuć, życzeń, potrzeb. Różne życzenia w zakresie relacji i posiadania dzieci. Choroba partnera. Romanse.
- Partnerskie przyczyny intrapsychiczne: lęk przed kobietami i kobiecą seksualnością, niepewność wobec kobiet, przekonanie o wyłącznej odpowiedzialności za zadowole-

nie seksualne kobiety, defensywna postawa kobiety wobec zachowania „nic nie zepsuć”.

UWAGA

Przyczyna zależna od wieku

Z reguły u młodych mężczyzn przyczyną są lęki i konflikty, natomiast u starszych – spadek ośrodkowej i obwodowej pobudliwości.

4.6.3 Objawy i następstwa

Stosunek genitalno-genitalny, ze względu na niewystarczającą sztywność penisa, nie jest możliwy lub odbywa się w sposób niesatysfakcjonujący partnerów. Może nie być możliwości penetracji lub erekcja zanika zaraz po penetracji, albo nie trwa wystarczająco długo, by umożliwić osiągnięcie orgazmu. Zwłaszcza przy zaburzeniach o etiologii organicznej, mimo stymulacji manualnej lub oralnej, erekcja nie pojawia się wcale.

Zaburzenie może być uogólnione, występować zawsze lub tylko czasem, sytuacyjnie w określonych momentach, pozycjach seksualnych, z określoną partnerką.

W zależności od cierpienia problemy mogą osłabiać poczucie własnej wartości i męskie poczucie identyfikacji. Pacjent nie czuje się już „prawdziwym mężczyzną”, ale nieudacznikiem, „mięczakiem”. Wstydi się z powodu tej „niezręczności”. Trudne jest również skorzystanie z pomocy lekarskiej.

Dochodzi do upośledzenia seksualności partnerskiej i często do wycofania w związku. Mężczyźni często unikają rozmowy na temat problemu.

Seksualność

Szybki rozwój cywilizacyjny wiąże się ze stałym wzrostem liczebności i różnorodności bodźców środowiskowych oddziałujących na człowieka, co powoduje narastanie zjawisk dezadaptacyjnych w postaci konfliktów międzyludzkich, lęku i niepewności egzystencji, zaburzeń emocjonalno-seksualnych i wielu innych problemów, którymi zajmuje się seksuologia. Zaburzenia seksualne stanowią coraz poważniejszy i coraz częstszy problem w rozwiniętych społeczeństwach.

Holistyczne podejście współczesnej medycyny do chorego oblige lekarzy, psychologów i innych pracowników ochrony zdrowia do szerokiego spojrzenia na życie pacjenta oraz uwzględnienia złożonych uwarunkowań i czynników determinujących zachowania seksualne, relacje i satysfakcję. Niestety stopień zrozumienia problematyki wiążącej się z zakłóceniami w sferze seksualnej jest wciąż niski, natomiast zapotrzebowanie społeczne na kwalifikowaną pomoc w tym zakresie jest duże i stale wzrasta.

Książka *ELSEVIER ESSENTIALS. Seksualność* w przystępny i zrozumiały sposób przybliży czytelnikowi wiele mechanizmów sterujących fizjologią seksualną człowieka oraz powstawania zaburzeń seksualnych.

Jej celem jest udzielenie odpowiedzi na często zadawane w tym obszarze pytania oraz wskazanie rozwiązań istniejących problemów. Koncentruje się ona na najczęściej występujących zaburzeniach. W odniesieniu do złożonych, nietypowych przypadków zaleca się kontakt ze specjalistami lub ośrodkami terapii.

ELSEVIER ESSENTIALS to seria związanych i bardzo praktycznych publikacji.

Tytuł oryginału: **Elsevier Essentials Sexualität**. Publikację wydano na podstawie umowy z Elsevier.

ELSEVIER

ISBN 978-83-66310-05-6



www.edraurban.pl