



UNIVERZITA KOMENSKÉHO V BRATISLAVE
FILOZOFICKÁ FAKULTA



PSYCHOLOGICKÝ A TERAPEUTICKÝ PRÍSTUP
K VYBRANÝM ŽENSKÝM
SEXUÁLNYM DYSFUNKCIÁM

Špecializačná práca

Študijný program: Špecializačný študijný program v špecializačnom odbore
klinická psychológia

Školiace pracovisko: Katedra psychológie

Bratislava 2016

Mgr. Eva Bernátová

Čestné vyhlásenie

Čestne vyhlasujem, že som záverečnú prácu vypracovala samostatne na základe svojich vedomostí a s použitím uvedenej literatúry.

Bratislava, 7.11.2016

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som chcela vyjadriť úprimnú vďaku školiteľke Mgr. Lucii Medveckej za jej cenné rady a pripomienky, ktoré mi poskytla pri vypracovaní práce.

Vďaka patrí aj mojej zamestnávateľke MUDr. Danici Caisovej, psychiatričke a výbornej učiteľke sexuológie.

ABSTRAKT

BERNÁTOVÁ, Eva. *Psychologický a terapeutický prístup k vybraným ženským sexuálnym dysfunkciám* [Špecializačná práca]. Univerzita Komenského v Bratislave. (Bratislava, Slovensko). Filozofická fakulta. Katedra psychológie. Bratislava: FF UK, 2016. 46 s.

V špecializačnej práci sme sa zamerali na psychologický a terapeutický prístup k vybraným ženským sexuálnym dysfunkciám v klinickej praxi psychológa. V psychiatrickej a sexuologickej ambulancii v Košiciach sa venujeme komplexnej liečbe sexuálnych dysfunkcií, ktoré nie sú organického pôvodu. Ženské sexuálne dysfunkcie sú prevažne psychogénnej etiológie a ich terapia je v mnohých prípadoch doménou psychológa alebo terapeuta. V práci popisujeme definíciu, etiológiu, výskyt a delenie ženských sexuálnych dysfunkcií. Podstatná časť práce sa venuje možnostiam psychodiagnostiky a procesu terapie týchto sexuálnych porúch. Obsiahlejšie popisujeme dve sexuálne dysfunkcie – vaginizmus a dyspareunia, s ktorými prichádza psychologička v sexuologickej ambulancii do kontaktu. V práci vychádzame z teoretických predpokladov súčasnej odbornej literatúry, ktoré sú doplnené empirickými poznatkami v danej oblasti. Špecializačnú prácu ilustrujú tri kazuistiky pacientiek psychiatrickej a sexuologickej ambulancie, v ktorých sa zameriavame na postup práce psychologičky pri jednotlivých stretnutiach. Naším cieľom je poukázať na možnosti psychodiagnostiky a efektívnosť rôznych foriem liečby a sexuálnej terapie vaginizmu a dyspareunie v kompetencii psychológa. Psychologický komponent liečby ženských sexuálnych dysfunkcií je neoddeliteľnou súčasťou komplexnej starostlivosti o pacientky trpiace sexuálnymi problémami.

Kľúčové slová: ženské sexuálne dysfunkcie, vaginizmus, dyspareunia, terapia sexuálnych porúch

ABSTRACT

BERNÁTOVÁ, Eva. *A Psychological and therapeutical approach to selected female sexual dysfunction*. [Specialisation thesis]. Comenius University in Bratislava (Bratislava, Slovakia). Faculty of Philosophical studies. Department of Psychology. Bratislava: FF UK, 2016. 46 p.

In this specialised thesis we have focused on the psychological and therapeutical approach to selected female sexual dysfunctions in the clinical praxis of a psychologist. At the psychiatric and sexuologic clinic in Kosice, we are dedicated to complex treatments of sexual dysfunctions, which are not organic in their nature. Female sexual dysfunctions are mainly of psychogenic etiology and their therapy in many cases falls under the responsibility of a psychologist or a therapist. In this thesis we describe the definition, etiology, occurrence and classification of female sexual dysfunctions. A significant part of the thesis is dedicated to different possibilities of psychodiagnosys and the therapeutic process of these sexual dysfunctions itself. We specify two sexual dysfunctions in particular – vaginismus and dyspareunia, diseases which the psychologist comes into contact with at the sexuologic clinic. We have based our thesis on theory found in the contemporary specialized literature, supplemented by empirical knowledge in the given field. The specialized thesis also in detail describes three case studies of four female patients of the psychiatric and sexuologic clinic, where we mainly concentrate on the therapeutic process of the psychologist during individual sessions. Our goal is to present the possibilities of psychodiagnosys and the effectiveness of different forms of treatment and sexual therapy of vaginismus and dyspareunia which are in the competence of a psychologist. The psychological component of the treatment of female sexual dysfunctions is an integral part of complex care for patients suffering from sexual problems.

Key words: female sexual dysfunctions, vaginismus, dyspareunia, therapy of sexual disorders

OBSAH

Úvod.....	8
TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ.....	9
1 SEXUÁLNE DYSFUNKCIE	9
1.1 Charakteristika ženských sexuálnych dysfunkcií	9
1.2 Výskyt ženských sexuálnych dysfunkcií	14
1.3 Výskumy sexuálnych dysfunkcií vo vzťahu k iným ochoreniam.....	15
2 VAGINIZMUS A DYSPAREUNIA.....	17
2.1 Vaginizmus – definícia, etiológia, delenie.....	17
2.2 Dyspareunia - definícia, etiológia, delenie	18
3 DIAGNOSTIKA.....	21
3.1 Všeobecné kritéria diagnostiky sexuálnych dysfunkcií.....	21
3.2 Sexuologické vyšetrenie pacientky psychológom	23
3.3 Psychodiagnostické vyšetrenie pacientky.....	24
4 TERAPIA	27
4.1 Sexuálna terapia.....	27
4.2 Psychoterapia	30
KAZUISTIKY Z KLINICKEJ PRAXE	32
5 VAGINIZMUS.....	32
5.1 Kazuistika I.....	32
5.2 Kazuistika II.....	34
6 DYSPAREUNIA	37
6.1 Kazuistika III	37
EMPIRICKÉ POZNATKY A VÝSKUMY VS. KLINICKÁ PRAX PSYCHOLÓGA	40
Záver.....	43
Literatúra.....	44

Zoznam obrázkov a tabuliek

Obr. 1.: Fázy sexuálnej reakcie u ženy podľa Mastersa a Johnsonovej.....	10
Tabuľka 1: Rozdelenie sexuálnych dysfunkcií podľa fáz sexuálnej reaktivity	12
Tabuľka 2: Komparatívna tabuľka ŽSD podľa súčasných klasifikačných systémov.....	13
Tabuľka 3: Pozitívne a negatívne faktory, ktoré vplývajú na terapiu.....	29

Úvod

Sexuológia ako zdravotnícky odbor, ktorý sa zaoberá predovšetkým sexuálnym vývojom a sexuálnym životom jedinca, prežíva v súčasnosti prudký rozvoj a teší sa záujmu odborníkov i laikov. Zaoberá sa širokou škálou naliehavých problémov sexuálneho života a snaží sa nájsť riešenie týchto problémov, alebo ich aspoň zmierniť. Sexuálne dysfunkcie sú jednou z hlavných domén práce sexuológov, medzi ktorých patria psychiatri, gynekológovia, urológovia a v neposlednej rade aj klinickí psychológovia. Spolupráca odborníkov na terapii sexuálnych dysfunkcií spočíva v schopnosti využiť vedomosti z každého odboru. Úlohou klinického psychológa v procese liečby sexuálnej dysfunkcie je aplikovať psychodiagnostické a psychoterapeutické metódy, ktoré pomáhajú dosiahnuť uzdravenie pacientov.

Ženské sexuálne dysfunkcie sú pomerne častým dôvodom návštevy nie len gynekológa, ale v súčasnej modernej dobe aj sexuológa. V našej psychiatrickej a sexuologickej ambulancii v Košiciach spolupracuje psychiater – sexuológ spolu s psychológom na terapii všetkých sexuálnych dysfunkcií, s ktorými prichádzajú pacienti. Najčastejšou ženskou sexuálnou dysfunkciou, s ktorou k nám prichádzajú ženy v každom veku je anorgazmia a v jej tesnom závese nedostatok sexuálnej túžby. Napriek tomu sme sa rozhodli v nasledujúcich kapitolách podrobnejšie venovať iným dvom ženským sexuálnym dysfunkciám - vaginizmu a dyspareunii. Tieto dve ženské sexuálne dysfunkcie sú po vylúčení organických príčin, typickým príkladom dysfunkcií s psychogénnou etiológiou. Psychológ sa venuje predovšetkým terapeutickému vedeniu procesu, ktorým jednotlivé pacientky prechádzajú. Spolu s vhodnou psychodiagnostikou a dôkladným sexuologickým vyšetrením môže podať presný obraz o pôvode vzniku dysfunkcie, jej priebehu, možnostiach liečby a prognózy. Využíva sexuálnu terapiu ako prostriedok k dosiahnutiu uzdravenia a v ideálnom prípade k trvalým pozitívnym zmenám v sexuálnom živote každej pacientky trpiacej sexuálnou dysfunkciou.

V predkladanej práci ponúkame ukážku možnosti psychodiagnostiky a efektívnosti rôznych foriem liečby a sexuálnej terapie vaginizmu a dyspareunie v kompetencii psychológa. K hlbšiemu poznaniu ženskej sexuality ako predpokladu pre účinnú terapiu ženských sexuálnych dysfunkcií predkladáme aj kazuistiky z klinickej praxe.

TEORETICKÉ VÝCHODISKÁ

1 SEXUÁLNE DYSFUNKCIE

1.1 Charakteristika ženských sexuálnych dysfunkcií

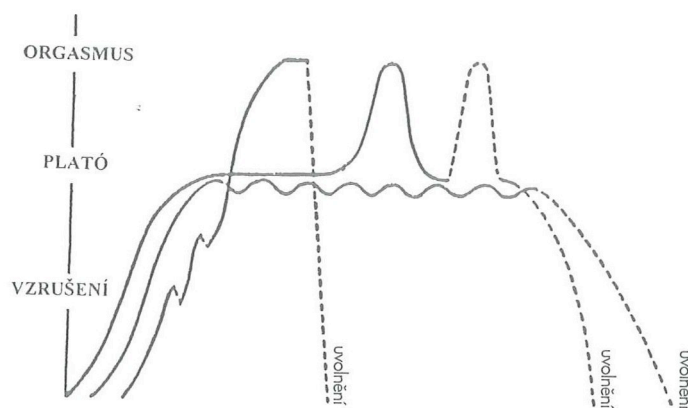
Hlavným cieľom medicíny okrem udržania zdravia a predlžovania života je podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (angl. World Health Organisation, skratka WHO) aj zachovanie a zlepšenie kvality života. WHO uvádza, že kvalitu života charakterizujú šesť oblastí – fyzické zdravie, psychické prežívanie, úroveň nezávislosti, sociálne vzťahy, prostredie a spiritualita (Dragomirecká, 2006). Jedným z indikátorov sociálnych vzťahov je sexuálny život a spokojnosť s ním. Sexuálna spokojnosť je relatívny pojem a je u každého človeka individuálna. Z praxe v psychiatrickej ambulancii si dovoľíme povedať, že je individuálne prežívaná medzi mužmi a ženami. Žena môže byť vo vzťahu spokojná aj bez priameho sexuálneho kontaktu, môže dosahovať sexuálne uspokojenie pri prežívaní rozličných vedomých či nevedomých predstáv či masturbácii. V rámci partnerského vzťahu zahŕňa sexuálna spokojnosť rôzne aspekty ako napríklad spokojnosť s partnerom týkajúcu sa jeho sexuality, spokojnosť so vzťahom, spokojnosť z dávania alebo prijímania v súvislosti so zastávanou úlohou vo vzťahu a interakciou medzi partnermi. Lawrance a Byers (1995, in Young et al., 1998) definujú sexuálnu spokojnosť ako emocionálnu reakciu, ktorá vznikne zo subjektívneho hodnotenia pozitívnych a negatívnych dimenzií súvisiacich so sexuálnym partnerským vzťahom.

V odborných publikáciách sa častejšie vyskytuje spojenie sexuálna dysfunkcia oproti spojeniu sexuálna funkcia. Sexuálne funkcie ženy sú vnímané ako biologické a psychické aspekty sexuálneho správania a prežívania v rámci heterosexuálnych partnerských aktivít, zahrňujúce rozmanité spektrum prejavov, činnosti a správania. Rush (2000) zaraďuje medzi hlavné aspekty bežného sexuálneho fungovania žien sexuálnu túžbu, kvalitu orgazmu a sexuálnu spokojnosť, zatiaľ čo dôsledkami sú sebaobraz a partnerská spokojnosť. Psychosexuálny vývin žien sa formuje pôsobením rozličných determinujúcich činiteľov dlhodobo až do dospelosti, kedy dochádza k celkovej integrácii telesného, psychického a sexuálneho aspektu osobnosti. Priebeh psychosexuálneho vývinu žien vrátane biologického dozrievania sa zaoberali Máthé a

Ritomský (2004). Okrem iného zistili, že k prvému bozkávaniu ako špecifickému sexuálnemu kontaktu dochádza u dievčat vo veku 15,87 rokov. Neskôr na to nadväzujú aktivity ako necking, petting a to vo veku 18 rokov. Následne prvý pohlavný styk uskutočnia slovenské ženy v priemere vo veku 18,4 roka. Už v týchto začiatkoch aktívneho sexuálneho života mladých žien je zjavné, že sexuálne funkcie nemôžeme redukovať len na pohlavné vzrušenie a pocitové vyvrcholenie. Ženská pohlavná reaktivita je nepochybne viac závislá na psychických faktoroch v porovnaní s mužmi. Pre ženu je často každý pohlavný styk nielen sexuálny, ale i hlboký emočný zážitok.

Cyklus štandardnej normálnej sexuálnej reaktivity prebieha v týchto za sebou nasledujúcich fázach: excitácia, plató, orgazmus a uvoľnenie (obr.1, podľa Masters, Johnsonová, in Kratochvíl 2012). Túžba a vzrušenie začína u mnohých žien simultánne pri kontakte s partnerom. V priebehu narastania pohlavnej túžby prebieha biologická príprava organizmu na uskutočnenie pohlavného styku (lubrikácia u žien). Následne pri kopulácii vystupňujú frikčné pohyby partnera vzrušenie ženy do štádia s tonickým sťahom jej svalstva, čím sa postupne vyvoláva v centrálnej nervovej sústave subjektívny zážitok orgazmu. Po prežití orgazmu nasleduje fáza uvoľnenia. Na obrázku vidíme, že tento cyklus sa môže po fáze uvoľnenia ukončiť, alebo znova opakovať.

Obr. 1. Fázy sexuálnej reakcie u ženy podľa Mastersa a Johnsonovej



Popísali sme typický priebeh ženskej sexuálnej aktivity. Ak však v niektorej z fáz tohto priebehu (vzrušenie, plató, orgazmus) nastane dyskomfort, alebo „uviaznutie“ vznikne porucha, ktorú nazývame sexuálna dysfunkcia.

Sexuálne dysfunkcie patria medzi zdravotné poruchy, ktoré priamo neohrozujú život jedinca, ale do značnej miery ovplyvňujú životnú spokojnosť a kvalitu života pacientov v každom vekovom období. Rovnako je to u mužov a žien, ale tiež aj u osôb, ktoré začínajú so sexuálnym životom, pacientov v reprodukčnom veku a tiež starších osôb. Desiata revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb (ďalej len MKCH-10) popisuje sexuálne dysfunkcie ako rôzne stavy, pri ktorých sa jedinec nimi trpiaci nemôže podieľať na sexuálnom styku tak, ako by si prial. V psychologickom slovníku Hartla a Hartlovej (2004) nachádzame sexuálne dysfunkcie charakterizované ako rôzne stavy psychogénnej alebo organickej etiológie, v dôsledku ktorých jedinec môže postrádať záujem, uspokojenie, chýba mu orgazmus alebo fyziologické reakcie potrebné na sexuálny vzťah, napr. erekcia, lubrikácia.

Sexuálne dysfunkcie, ktoré nie sú vyvolané organickou poruchou, alebo chorobou zaradzuje Zvěřina (2003) medzi poruchy, pri ktorých jedinec nepociťuje sexuálnu túžbu alebo nie je schopný uskutočniť pohlavný styk vedúci k uspokojeniu, hoci k tomu má základné anatomicko-fyziologické predpoklady a nie je zameraný na neobvyklé sexuálne ciele. To sa odlišuje od organicky podmienených sexuálnych dysfunkcií, ktoré môžu byť spôsobené nedostatkom v somatickom disponovaní potrebnom pre rozvinutie sexuálneho cítenia a pre uskutočnenie pohlavného styku. Organicky podmienené dysfunkcie môžu byť tiež spôsobené druhotným poškodením, úrazom alebo somatickými chorobami. Z psychofyziologických zvláštností ženskej erotiky vyplýva, že neorganickými, resp. selektívnymi dysfunkciami trpia častejšie ženy ako muži.

Z hľadiska klinickej praxe a na základe priebehu štandardnej sexuálnej aktivity rozdelíme sexuálne dysfunkcie so zreteľom k jednotlivým fázam sexuálnej reaktivity tak, ako to uvádzame v nasledujúcej tabuľke:

Tabuľka 1: Rozdelenie sexuálnych dysfunkcií podľa fáz sexuálnej reaktivity

Fáza sexuálnej reaktivity	Sexuálna dysfunkcia	
	ženy	muži
Sexuálna apetencia	Nedostatok alebo strata sexuálnej túžby	
	Odpor k sexu a nedostatok sexuálnej slasti	
Uskutočnenie súlože	Zlyhanie genitálnej odpovede	
	Neorganický vaginizmus	Nedostatočná erekcia
	Neorganická dyspareunia	
Orgazmus	Dysfunkčný orgazmus	
	Anorgazmia	Predčasná ejakulácia

V diagnosticko – štatistickom manuáli duševných porúch (DSM-5), ktorý je klasifikačným systémom Americkej psychiatrickej spoločnosti (APA) nastali v roku 2013 zmeny, ktoré sa výrazne týkajú aj klasifikácie ženských sexuálnych dysfunkcií. V nasledujúcej tabuľke prevzatej od Pastora (2016) uvádzame porovnanie ženských sexuálnych dysfunkcií, kde popri MKCH-10 a DSM-5 je pridružená aj Klasifikácia ICSM.

V komparatívnej tabuľke si môžeme všimnúť, že DSM– 5 delí ženské sexuálne dysfunkcie do troch hlavných kategórii:

1. Poruchy ženského záujmu a vzrušenia (Female Sexual Interest/Arousal Disorder)
2. Porucha ženského orgazmu (Female Orgasmic disorder)
3. Bolesti v oblasti genitálu a panvy / poruchy penetrácie (Genito–Pelvic Pain/ Penetration Disorder)

Tabuľka 2: Komparatívna tabuľka ŽSD podľa súčasných klasifikačných systémov

Symptómy ŽSD podľa súčasných klasifikačných systémov			
Symptómy	<i>MKCH– 10, 1992</i>	<i>DSM – 5, 2013</i>	<i>ICSM, 2010</i>
<i>Poruchy túžby</i>	Nedostatok alebo strata sexuálnej túžby F52.0	Poruchy ženského sexuálneho záujmu a vzrušenia F 52.22 (302.72)	Poruchy sexuálnej túžby
<i>Sexuálne averzie</i>	Odpor k sexualite, Sexuálna anhedónia F 52.10	Zaradené medzi nesexuálne úzkostné poruchy	Sexuálne averzie
<i>Poruchy vzrušenia</i>	Nedostatočné prežívanie sexuálnej slasti F 52.11 Zlyhanie genitálnej odpovede (chýbanie lubrikácie) F52.2	Poruchy ženského sexuálneho záujmu a vzrušenia F52.22 (302.72)	Subjektívna porucha sexuálneho vzrušenia Genitálna porucha sexuálneho vzrušenia Kombinovaná genitálne a subjektívna porucha sexuálneho vzrušenia Stála porucha sexuálneho vzrušenia
<i>Poruchy orgazmu</i>	Dysfunkčný orgazmus F 52.3	Poruchy ženského orgazmu F52.31(302.73)	Dysfunkčný orgazmus
<i>Dyspareunia</i>	Dyspareunia (neorganická, funkčná) F.52.6 Dyspareunia (organická, sekundárna) F94.1	Bolesti v oblasti genitálu a panvy / Poruchy penetrácie F.52.6 (302.76)	Dyspareunia Iné bolesti spojené so sexuálnou aktivitou
<i>Vaginizmus</i>	Vaginizmus (neorganický, funkčný) F.52.5 Vaginizmus (organický, sekundárny)! F.94.2	Bolesti v oblasti genitálu a panvy / Poruchy penetrácie F.52.6 (302.76)	Vaginizmus
<i>Hypersexualita</i>	Nadmerné sexuálne nutkanie F.52.7	Neklasifikované	Stála porucha sexuálneho vzrušenia
<i>Ostatné sexuálne problémy</i>	Iné sexuálne poruchy, ktoré nie sú spôsobené organickou poruchou alebo chorobou F.52.8 Neurčitá sexuálna porucha, ktorá nie je spôsobená organickou poruchou alebo chorobou F.52.9	Sexuálne dysfunkcie vyvolané abúzom alebo liekmi	Ostatné bolesti spojené so sexuálnou aktivitou

Podľa Pastora (2016) prijatie DSM-5 so sebou prinieslo nesúlad v definovaní sexuálnych porúch v porovnaní s MKCH-10 a Klasifikáciou ICMS. DSM- 5 síce presnejšie vymedzuje poruchy podľa dĺžky trvania, frekvencie výskytu a závažnosť rozlišuje na ľahkú, stredne ťažkú a ťažkú. Ale na druhej strane delí ženské sexuálne dysfunkcie len do troch široko definovaných etiopatogenických diagnóz. Sexuálne dysfunkcie popisuje skôr ako syndrómy a upúšťa od tradičného symptomatického delenia, ktoré je pre klinickú prax dôležité.

Nech sú už názory na klasifikáciu ženských sexuálnych dysfunkcií akékoľvek, je nepochybné, že sú typickým príkladom psychosomatických ochorení a najviac sú modifikované morálnymi a ideologickými aspektami spoločnosti.

1.2 Výskyt ženských sexuálnych dysfunkcií

Na Slovensku sa výskumu sexuálnych dysfunkcií okrem iných venuje Máthé (2009), ktorý na základe štúdií s inými výskumníkmi udáva, že ženské sexuálne dysfunkcie sa vyskytujú u 25-30 % populácie žien. Toto zastúpenie podporuje aj výskum Crispa a kol. (2015), ktorí zistili, že v USA sa výskyt ženských sexuálnych dysfunkcií pohybuje u 40 až 60 % populácie žien. Odhaduje sa, že približne 15% žien v Severnej Amerike pociťuje bolesti pri pohlavnom styku rôzneho charakteru bez somatickej príčiny. Niektorí autori uvádzajú, že výskyt problémov v sexuálnom živote uviedlo až 50% žien, z toho najčastejšími sexuálnymi dysfunkciami boli anorgazmia a dyspareunia, po nich sa vyskytla nízka sexuálna apetencia a vaginizmus. To, že najčastejšou ženskou sexuálnou dysfunkciou je anorgazmia potvrdzujú aj výskumy v susednej Českej republike, kde sa vyskytuje u 8 % žien, pričom vo výsledkoch Weissa a Zvěřiny (2001) sa uvádza, že vyššie percento je v mladšej a staršej vekovej kategórii žien. Toto zistenie podporuje aj zistenie Solárovej (2014), ktorá tvrdí, že väčší výskyt sexuálnych dysfunkcií u starších žien v porovnaní s mladšími môže spôsobovať ich psychická determinácia, napríklad prenosom závažnejších osobných problémov akými sú pracovný stres, zdravotné ťažkosti, starostlivosť o rodinu a domácnosť do intímneho vzťahu partnerov. Rolu môže zohrávať i dlhodobé stereotypné, rigidne sexuálne správanie, alebo idealistické očakávanie. To, že dysfunkčný orgazmus je prevládajúce sexuálna dysfunkcia aj u žien s nižším vekom, potvrdila štúdia Sandovala a kol.(2014), ktorí tvrdia, že prevalencia u žien z Mexika je 18,3%. Analýzou bolo dokázané, že

rizikovým faktorom je spomínaný nižší vek, nižšia úroveň vedomosti a status single. Odhad výskytu vaginizmu a dyspareunie sa na základe štúdií pohybuje medzi 0,4% - 6,0% a líši sa od stupňa sexuálne konzervatívnej kultúry. Napríklad v Turecku je vaginizmus najčastejší dôvod vyhľadania pomoci pre sexuálne problémy (Kuile et al., 2015). V západnej a južnej Európe 14-25% žien, ktoré udávajú sexuálne problémy, považujú vaginizmus za ich primárny problém. Zaujímavý výskum vykonali vedci v Číne (Lo & Kok, 2014), kde na vzorke 2146 sexuálne aktívnych čínskych žien vo veku 21 až 40 rokov zistili, že 59% z nich má najmenej jeden sexuálny problém, 31,8% respondentiek trpí nedostatkom sexuálnej túžby, 31% má problémy so vzrušením, 40% respondentiek uvádza, že v posledných troch mesiacoch trpí anorgazmiou a 33,8% bolestivým pohlavným stykom.

1.3 Výskumy sexuálnych dysfunkcií vo vzťahu k iným ochoreniam

Podstatná časť výskumov sexuálnych dysfunkcií je venovaná ich výskytu v komorbidite s inými ochoreniami, zvlášť somatickými. Burri a kol. (2014) skúmali výskyt sexuálnych dysfunkcií u žien trpiacich chronickou pohybovou bolesťou. Tieto ženy udávali viac ťažkostí s lubrikáciou a častú dyspareuniu. S tým súvisela aj vyššia miera prežívaného distresu. Vo výskume, ktorý upriamil svoju pozornosť na vyhýbanie sa pohlavnému styku u žien s ICHS v porovnaní s kontrolnou skupinou, bolo dokázané, že ženy s ICHS preukazujú väčší výskyt vyhýbania sa súloži ako kontrolná skupina. Vyhýbanie sa styku bolo v pozitívnej korelácii s vyšším vekom, dôverou vo vzťahu, depresívnymi symptómami a somatickou komorbiditou (Assari, 2014). Muži a ženy s gastroenterologickými ochoreniami (črevné zápalové ochorenie, kolitída, Crohnova choroba) preukazujú zhoršené sexuálne funkcie v porovnaní s kontrolnou skupinou (Groot & Both, 2015). Depresia je najdôležitejší determinant zhoršených sexuálnych funkcií u chorých osôb. Pacienti s týmito ochoreniami preukazujú aj negatívne skreslené vnímanie vlastného tela a zhoršený sexuálny život. Zaujímavý výskum uskutočnili psychológovia Lara a kol. (2015), ktorí skúmali rozdiel v efektívite sexuálnej terapie u žien, ktoré trpia syndrómom polycystických ovárií v komorbidite s dyspareuniou. Po absolvovaní terapie mali signifikantne nižšie skóre v doméne

sexuálna túžba, dotazníka FSFI a tiež znížené hodnoty depresie a úzkosti u týchto pacientiek. Veľká časť výskumov sa zaoberá skúmaním sexuálnych dysfunkcií v tehotenstve. Vysoká prevalencia symptómov sexuálnych dysfunkcií u tehotných žien, ktoré majú negatívny dopad na kvalitu života žien v období tehotenstva sa preukázal u 63% tehotných žien (Ribeiro et al., 2014). Iná štúdia poukazuje na to, že u 23,6 % žien, ktoré podstúpili chirurgické prerušenie tehotenstva je častejší výskyt sexuálnych dysfunkcií a vyhýbania sa súloži po 4 týždňoch od zákroku v porovnaní s 5,4% ženami, ktoré podstúpili prerušenie tehotenstva medikamentóznymi prostriedkami (Morotti, 2014). Výskyt ženských sexuálnych dysfunkcií bol overovaný u žien trpiacich schizofréniou. Vaginizmus a dyspareunia u týchto žien môže súvisieť priamo s ochorením, ale tiež môže byť výsledkom niektorých nežiaducich účinkov liečby antipsychotikami (Pečenák, André a Vašečková, 2014).

V nasledujúcich kapitolách bližšie zadefinujeme vybrané ženské sexuálne dysfunkcie - vaginizmus a dyspareuniu, ktoré sme si zvolili pre túto prácu a ktorých ilustráciu ponúkame aj v záverečných kazuistikách.

2 VAGINIZMUS A DYSPAREUNIA

2.1 Vaginismus – definícia, etiológia, delenie

Typickou psychosomatickou sexuálnou dysfunkciou je vaginismus, ktorý je v MKCH-10 evidovaný ako F 52.5 . Vaginismus ako reflektorický kľč svalstva panvového dna a ďalších cirkumvaginálnych svalov, vzniká často už pri priblížení sa sexuálneho partnera k pošvovému vchodu a bráni preniknutiu penisu do vagíny. Tento mechanizmus vyvoláva spasmus svalstva v tejto oblasti. Kľč môže vzniknúť nie len pri pokuse o pohlavný styk, ale aj pri gynekologickom vyšetrení. Klinický obraz tohto obranného reflexu dopĺňa podľa Kratochvíla (2008) aj addukcia stehien a lordotické prehnutie chrbtice v jej lumbálnej časti. Vaginismus je zriedkavejší ako ostatné sexuálne dysfunkcie – nedostatok sexuálnej túžby a anorgazmia. Je však isté, že vaginismus je psychosexuálnou poruchou, špecifickou obrannou reakciou na odmietnutie súložu, partnera. Je vyvolaný reálnym, očakávaným alebo predstavovaným pokusom o penetráciu. Vaginismus je potrebné diferencially diagnosticky odlíšiť od prostého fóbického vyhýbania sa súložu, pri ktorom spasmus svalov nie je prítomný, ale tiež od špecifických somatických ochorení či anomálií, ktoré sťažujú preniknutie penisu do pošvy, akými sú príliš rigidný hymen, alebo iné morfológické prekážky a tiež zápalové procesy vo vagíne, ktoré robia styk bolestivým. V týchto prípadoch hovoríme o organickom vaginizme a jeho liečba je v rukách gynekológa (Zvěřina, 2003).

Etiológia

Príčina vzniku vaginizmu je veľmi rozmanitá. Dôvodom pre rozvoj vaginizmu môže byť nedostatočne účinná stimulácia, rušivé podnety, prežitky a psychické stavy, vplyvy minulosti akými sú psychotraumatický alebo bolestivý pokus o súlož v minulosti, rodinné prostredie, ktoré zahŕňa vzťah rodičov, rozprávanie o sexe v rodine či náboženské smerovanie. Určitou mierou prispievajú aj partnerské vzťahy prežívané v minulosti. Veľký vplyv majú aj osobnostné rysy, neuroticizmus a poruchy osobnosti (Crisp et al., 2015). Vaginismus tak najčastejšie vzniká vzájomnou kombináciou týchto etiologických faktorov. Psychickou príčinou je často nedostatočná sexuálna vyspelosť, nepripravenosť na manželský život, odpor k partnerovi alebo ku kohabitácii. Niekedy sa stáva, že psychogénna príčina sa pridruží k somatickej príčine. Ak sa včas

neodstráni príčina, vaginizmus sa opakuje a stupňuje aj vtedy, keď sa odstráni etiologický faktor. Kuile a kol. (2015) poukazujú na akýsi kruh strachu, ktorý približuje nasledujúci model v katastrofickom premýšľaní o vaginizme: premýšľanie o prieniku penisu do pošvy spôsobuje strach a to spôsobuje samotné neumožnenie prieniku. Zvýšená obava z penetrácie teda spôsobuje zvýšenie svalového tonusu, čo má za následok bolesti alebo neúspešné pokusy o koitus. Na záver dodávajú, že ženy s dlhodobým vaginizmom preukazujú špecifický reflex stiahnutia svalov pri potenciálnej možnosti súložie. Model vaginizmu môže byť v podstate podľa autorov podobný špecifickej fóbii.

Delenie

Pri práci s pacientkami trpiacimi vaginizmom sa v rámci diagnostiky a na určenie stupňa intenzity spasmu svalov orientujeme podľa delenia, ktoré uvádza v svojich prácach Kratochvíl (2012). Rozlišuje štyri stupne vaginizmu:

1. V najťažšom stupni nie je možné bez narkózy ani vaginálne vyšetrenie.
2. V ťažších prípadoch nie je bežne možné zavedenie prstov do pošvy.
3. V menej ťažkých prípadoch je možné zaviesť prsty, ale nie penis.
4. V ľahkom stupni je zavedenie penisu aspoň niekedy možné, ale je vždy spojené s bolesťou.

2.2 Dyspareunia - definícia, etiológia, delenie

Definícia

Ženskú sexuálnu dysfunkciu, ktorá je charakterizovaná nepríjemnými, alebo bolestivými pocitmi pri pohlavnom styku označuje MKCH-10 ako dyspareuniu F:52.6. Spravidla sa vyskytuje bez prejavov vaginizmu, alebo môže byť pokračovaním vaginizmu. Dyspareunia je častou príčinou frigidity, odmietania pohlavného styku, a neskôr môže prerásť do iných dysfunkcií, akými sú nedostatok alebo strata sexuálnej túžby, ktorá je spojená s ľahostajnosťou k súložiu, alebo v horšom prípade môže vyústiť až na odpor k sexu, ktorý je úzko spätý s výraznou averziou k súložiu.

Aj dyspareunia, rovnako ako vaginizmus patrí ku kvantitatívnym poruchám sexuálnej výkonnosti. V literatúre sa odlišujú prúdy, ktoré kladú dôraz buď na funkčný

alebo psychogénny charakter tejto sexuálnej dysfunkcie, rovnako ako chápanie vychádzajúce z biologických etiologických faktorov.

Etiológia

Najväčšia časť odbornej verejnosti presadzuje koncepciu multifaktoriálnej etiológie tejto dysfunkcie. Pastor (2016) tvrdí, že na dyspareuniu sa máme pozerat' ako na multikauzálny a multidimenzionálny problém, ktorého etiológia je kombináciou organických, psychogénnych a interpersonálnych príčin. Etiologickým faktorom, ktorý môže predchádzať psychogénnej príčine býva postkohabitačné poranenie, alebo zápal pošvového vchodu, bolestivá jazva po inom poranení či tuhý nepoddajný hymen. Prichádzajú do úvahy aj také okolnosti, ktoré do istej miery súvisia s partnerom, eventuálnou nižšou potenciou, predčasnou ejakuláciou a z týchto okolností vyplývajúce obavy, strach, hanba a psychické zafixovanie obranného reflexu.

Medzi najčastejšie psychogénne faktory dyspareunie sú považované:

- Situačné faktory: nevhodné podmienky k pohlavnému styku, napríklad aj nedostatok súkromia, strach z otehotnenia, pohlavnej nákazy
- Traumatizujúce zážitky: so sexuálnym životom sa mohli spojiť rôzne udalosti, ktoré vyvolávali strach, pocity viny, menejcennosť, trápnosť. Tieto zážitky sa môžu v súčasných sexuálnych situáciách obnovovať a tlmiť rozvoj uvoľnenia a vzrušenia
- Partnerské problémy: problémy vo vzťahu, zásadné rozpory, závažné konflikty a hádky, hnev, boj o moc medzi partnermi, podozrenie z nevery, ochladnutie vo vzťahu, absencia vzájomného porozumenia
- Osobnosť ženy: zraniteľnosť, úzkostlivosť, neistota, so sklonmi k pocitom menejcennosti, hypochondrii, k nutkavým myšlienkam, nedostatok sebadôvery, hypersenzitívne ženy, problémy s nadväzovaním sociálneho a emočného kontaktu
- Psychické stavy a psychické poruchy: spomedzi psychických stavov býva depresia a anxieta často spojené s neorganickou dyspareuniou (Weiss, 2002)

Delenie

Dyspareuniu rozlišuje Kratochvíl (2008) podľa lokalizácie, kde sa bolesť vyskytuje na 2 druhy:

1. Bolesť vyskytujúca sa na začiatku súložie pri vchode do pošvy

Tento typ bolesti môže byť vysvetlený aj dôsledkom nedostatočného zvlhnutia ženy v oblasti pošvového vchodu. V tomto prípade sa v priebehu sexuálnej terapie doporučuje dlhšia predohra, eventuálne odstránenie rušivých psychických vplyvov.

2. Bolesť pociťovaná pri hlbokom preniknutí pohlavného údu do pošvy.

Táto bolesť môže vznikáť pri prudkom narážaní vo vnútri vagíny. Ak dôkladné gynekologické vyšetrenie vylúči, že táto bolesť nie je indikovaná na gynekologickú liečbu, je potrebné spolu s partnerom nájsť vhodnú koitálnu polohu a prispôbiť tomu aj obmedzenejšie prenikanie údu do pošvy. Podobne to popísal Yong a kol. (2015), ktorý ako prvú spomenutú nazval povrchovou dyspareuniou, kedy je bolesť pri prenikaní penisu do vagíny a ktorá sa viaže len na vstup do pošvy. Vnútorňá dyspareunia je bolesť, ktorá sa lokalizuje vo vnútri vagíny.

Rozlišujeme aj klitordýniu ako špecifickú formu dyspareunie, ktorá je charakterizovaná pravidelnou a intenzívnou epizódou bolesti. Bolesť môže byť lokalizovaná len na klitorise, alebo môže k nej dôjsť pri inej genitálnej bolesti (Parada et al., 2015). Komorbidita s inými chronickými poruchami bolesti je pomerne častá. Analýza preukázala dva druhy klitoriálnej bolesti – lokalizovaná a generalizovaná. Chronická nevysvetliteľná bolesť klitorisu je klasifikovaná ako lokalizovaná vulvodýnia. Kumulatívna incienciencia je podľa autorov 8 % a často sa vyskytuje pri rôznych ochoreniach, akými sú skleróza multiplex, vestibulitída vulvy, chirurgické zákroky, ale môžu sa vyskytnúť dispozičné faktory, ktoré poukazujú na neuropatický pôvod klitordýnie. Vyhýbanie sa pohlavnému styku je pri tejto bolesti veľmi časté.

Existuje aj špecifický typ dyspareunie, pri ktorom je pálivá bolesť lokalizovaná vo vestibule pošvy a pri pokuse o preniknutie do pošvy vzniká tlak a nepríjemná bolesť už priamo vo vulve. Somatický nález je v tomto prípade lokalizovaný na vestibulárny erytém rôzneho stupňa (Goldstein et al., 2014).

3 DIAGNOSTIKA

3.1 Všeobecné kritéria diagnostiky sexuálnych dysfunkcií

Aby sme mohli diagnostikovať funkčné ženské sexuálne dysfunkcie, je potrebné vylúčiť ich organickú príčinu. Keď našu ambulanciu navštívi žena, ktorá si sťažuje na stiahnutie svalstva panvového dna pred súložou, alebo bolesti pri samotnom pohlavnom styku, žiadame od pacientky nález od gynekológa, v ktorom popíše priebeh gynekologického vyšetrenia a záver s vylúčením organickej príčiny pacientkiných problémov. Po úvodnom rozhovore s psychiatrom – sexuológom je pacientka odoslaná k psychologičke, ktorá vykoná komplexné sexuologické a eventuálne aj psychodiagnostické vyšetrenie, ktoré bližšie popíšeme v nasledujúcej kapitole. Celkové vyšetrenie sexuálnych dysfunkcií nie je jednoduché. Vyžaduje hodnotenie anamnestických dát a informácií o minulom a aktuálnom sexuálnom živote. Je potrebné hodnotiť partnerské vzťahy a sexuálne aktivity, sexuálne správanie autoerotického charakteru, sexuálne sny, fantázie a v podstate všetky faktory, ktoré mohli mať vplyv na vznik a vývoj danej dysfunkcie. Takýto rozbor vyžaduje dlhotrvajúcu komunikáciu s pacientom a predpoklad dôverného terapeutického vzťahu. Diagnóza vyplynie z následného sexuologického vyšetrenia a anamnézy. Už gynekológ môže zistiť sexuálnu dysfunkciu, pri pokuse o gynekologické vyšetrenie, ktoré nemusí byť v prípade vaginizmu úspešné.

MKCH-10

V súčasnosti sa na určenie vhodnej diagnózy riadime manuálom MKCH-10, ktorý stanovil nasledujúce kritéria:

A: Musia byť splnené všeobecné kritéria pre sexuálnu dysfunkciu (platí pre vaginizmus a dyspareuniu a všetky ostatné sexuálne dysfunkcie):

G1. Jedinec nie je schopný zúčastniť sa sexuálneho vzťahu tak, ako by si prial.

G2. Dysf. sa vyskytuje často, ale pri určitých príležitostiach nemusí byť vyjadrená.

G3. Dysfunkcia trvá najmenej 6 mesiacov.

G4. Dysfunkcia nesúvisí priamo so žiadnou inou duševnou poruchou alebo poruchou správania podľa MKCH-10, so somatickými poruchami alebo s podávaním lieku.

Vaginismus:

B: Spasmus perivaginálnych svalov je dostatočný k tomu, aby zabránil alebo zneprijemnil zavedenie penisu. Dysfunkcia môže mať jednu z nasledujúcich foriem:

- (1). Nikdy nebol pôžitok normálnej sexuálnej odozvy.
- (2). Vaginismus sa vyvinul po období relatívne normálnej odozvy.
 - (a) ak nedôjde k pokusu o zavedenie penisu do vagíny, môže sa vyskytnúť normálna sexuálna odozva,
 - (b) akýkoľvek pokus o zavedenie penisu do vagíny vedie ku generalizovanému strachu a k pokusom vyhnúť sa zavedeniu penisu do vagíny.

Dyspareunia:

B: Bolesť je pociťovaná pri zavedení penisu do vagíny, buď pri každej súloží, alebo len pri hlbokom zavedení penisu.

C: Porucha nie je súčasťou vaginizmu alebo nedostatočnou lubrikáciou. Dyspareunia organického pôvodu by mala byť klasifikovaná podľa základnej poruchy.

DSM-5

V novej edícii DSM-5 sú zaradené ženské sexuálne poruchy vaginizmus a dyspareunia do jednej diagnózy, nazvanej: Bolesť v oblasti genitálu a panvy / poruchy penetrácie (Genito pelvic pain/penetration disorder). Aby bola táto diagnóza stanovená, je nutné, aby sa u ženy stále alebo opakovane vyskytovali problémy (jeden alebo viac) pri týchto aktivitách:

- Bolesť vaginálna penetrácia.
- Vulvovaginálna alebo panvová bolesť v priebehu súložie alebo pri pokuse o vaginálnu penetráciu.
- Strach alebo úzkosť z vulvovaginálnej alebo panvovej bolesti pri očakávaní súložie, v jej priebehu alebo ako jej následok.
- Zvýšená spasticita svalov panvového dna pri pokuse o vaginálnu penetráciu.

Ďalej musia byť splnené nasledujúce vylučovacie kritéria:

- Problémy musia trvať aspoň 6 mesiacov, vyskytovať sa vo väčšine prípadov a spôsobovať osobné problémy.
- Nemali by byť dôsledkom partnerských konfliktov, chorôb, farmakoterapie, abúzu alebo vzťahových problémov (Pastor, 2016).

Zlúčenie vaginizmu a dyspareunie do jednej etiopatogenetickej jednotky vyvolalo vlnu kontroverzných názorov a diskusií. Niektorí vedci tvrdia, že dyspareunia je obvykle organickej etiológie a je relatívne dobre liečiteľná, zatiaľ čo vaginizmus má väčšinou psychogénny základ, často nereaguje dobre na medikamentóznú liečbu a má odlišný dopad na pacientky a ich partnerov (Pastor, 2016).

V psychodiagnostickom závere a v správe zo sexuologického vyšetrenia pacientky, je potrebné uviesť nie len stanovenú diagnózu, ale aj typ danej ženskej sexuálnej dysfunkcie. Každá sexuálna dysfunkcia sa definuje hlavne v týchto kategóriách (Zvěřina, 2003):

1. *primárna - sekundárna* (Primárna sexuálna dysfunkcia značí, že trvá od prvých pokusov o pohlavný styk, zatiaľ čo sekundárna znamená, že styk bol spočiatku možný, ale v súčasnosti sa vyskytuje daný problém)
2. *úplná – čiastočná* (Prežívaná pri celom akte, pri všetkých polohách, pri každej intenzite, alebo prežívaná len parciálne)
3. *generalizovaná – selektívna* (Generalizovaná sexuálna dysfunkcia sa vyskytuje reflexne ako pri gynekologickom vyšetrení, tak aj pri pokuse o pohlavný styk. Pri selektívnej sa spasmus a obranné reakcie objavujú len pri pokusoch o penetráciu, zatiaľ čo gynekologické vyšetrenie je do istej miery možné.
4. *prevažne funkčná (psychogénna) – prevažne organicky podmienená*

3.2 Sexuologické vyšetrenie pacientky psychológom

Pri prvom stretnutí s pacientkou sa riadime všeobecnými zásadami vedenia úvodného interview. Úvodný rozhovor je dôležitý diagnostický nástroj, ale je prvým zdrojom informácií od pacientky. Práve tu sa začína vytvárať terapeutický vzťah, ktorý je základom pre nastolenie dôvery. Dôvera medzi pacientom a psychológom – terapeutom je pôdou pre úspešný terapeutický proces. O spôsobe a procese terapie budeme písať v ďalších kapitolách. Sexuologické vyšetrenie je proces, ktorý nekončí pri prvom stretnutí, ale v mnohých prípadoch sa rozloží minimálne do dvoch - troch stretnutí. Jeho štruktúra nie je striktné daná a je zhrnutá v nasledujúcich bodoch:

Všeobecné údaje – dátum narodenia, vek, zamestnanie, rodinný stav, ...

Rodinná anamnéza – zdravotný stav rodičov, vzájomný vzťah rodičov navzájom, správanie rodičov, štýl výchovy, svetonázor, manželský život, vzťah klientky k nim v rôznych vekových obdobiach

Osobná anamnéza – telesný a duševný vývoj od detstva, priateľstvá s opačným pohlavím, zvláštne zážitky z detstva, najmä sexuálne, zážitky v puberte, menarché a menštruačný cyklus

Sexuálna anamnéza -, vplyv literatúry a filmov na erotické zážitky, prvé sexuálne zážitky, masturbácia, záujem o druhé pohlavie, prvá láska, prvý bozk, prvý koitus, frekvencia sexuálneho života, pocity k partnerovi pred súložou a po nej, trvanie, priebeh a druh koitu, zvláštne spôsoby sexuálneho uspokojenia

Partnerstvo/Manželstvo a rodičovstvo – okolnosti vzniku partnerstva, citový, rozumový aspekt, okolnosti partnerskej súlož, frekvencia, iniciácia, vzájomný vzťah partnerov (harmónia, láska, egoizmus, žiarlivosť, hrubosť), ťažkosti pri koite, závislosť súlož od pracovného zaťaženia, od telesnej únavy, od prípadných názorových, náboženských či povahových rozporov, akú dôležitosť pripisuje partnerskému a rodinnému životu, nevera v partnerstve, jej príčiny a okolnosti, sklamanie v partnerstve, klamstvá, ich vplyv na vzťah, vzťah k deťom, gravidita, pôrod, šestonedelie, vplyv na partnerský život, strach z otehotnenia

Gynekologické vyšetrenie – popis gynekologického vyšetrenia, vedomosti o anatomických a funkčných zmenách, ktoré, môžu ovplyvňovať koitus, stupeň zvlhčovania pošvového vchodu a pošvy, citlivosť a reaktibilita pri sexuálnom vzrušení, funkčná schopnosť panvového svalstva, patologické zmeny rôzneho druhu, poranenia narúšajúce citlivosť pohlavných orgánov, ktoré môžu mať etiologický význam

3.3 Psychodiagnostické vyšetrenie pacientky

Keď prichádza pacientka do ambulancie psychiatra - sexuológa, alebo navštívi psychológa s problémom v oblasti sexuality, v mnohých prípadoch nie sme prvými odborníkmi, s ktorými mala záujem daný problém riešiť. Najčastejšie je doporučená všeobecným lekárom alebo gynekológom. Už pri samotnom prvom stretnutí začína diagnostický proces. Nie menej podstatnou súčasťou celkového vyšetrenia je aj psychodiagnostické vyšetrenie, ktoré dopĺňa celkový obraz o klientke a jej problémoch.

Psychodiagnostik využíva celú škálu metód, od všeobecných klinických, cez projektívne a dotazníkové. V oblasti sexuálnych dysfunkcií, však najčastejšie využíva špeciálne sexuologické dotazníky. Nižšie uvádzame prehľad najčastejšie používaných metód, používaných pri psychodiagnostickom vyšetrení sexuálne dysfunkčných pacientiek:

A: VŠEOBECNÉ

1. Klinické metódy

a/ rozhovor – nastolenie dôvery pacienta, navodenie vhodnej atmosféry

b/ psychologické interview – štandardizovaný postup vedenia rozhovoru zameraný na ohraničenú oblasť vaginizmu

c/ pozorovanie

d/ anamnéza – všetky okolnosti sociálneho prostredia, ktoré formovali vývin osobnosti od útleho detstva po súčasný stav a mali vplyv na vývoj sex. dysfunkcie

e/ objektívna anamnéza – informácie o sexuálnej aktivite, jej dynamike, erotické formy správania

2. Testové metódy

a/ projektívne metódy – ROR, kresba ľudskej postavy

b/ dotazníkové metódy - 16PF, EPQ, MMPI-2, MAS

B: ŠPECIÁLNE

1. sexuologické dotazníky

- The Female Sexual Functioning Index (FSFI, Rosen et al.,2000) Subškály: libido (2ot.), subjektívny pocit vzrušenia (4ot.), kvalita a spoľahlivosť lubrigácie (4ot.), kvalita a spoľahlivosť orgazmu (3ot.), prítomnosť či absencia dyspareunie (3ot.), celková spokojnosť so sexuálnym životom (3ot.)

- Sexual Desire Inventory (SDI, Spector, 1996) určuje mieru sexuálnej túžby: Dyadická túžba a solitérna túžba

- The Sexual Excitation and Sexual Inhibition Inventory for Women (Graham, 2006): určuje mieru sexuálneho nabudenia a sexuálnej inhibície. (8 subškál – sexuálna vzrušivosť, partnerské charakteristiky, sexuálna dynamickosť, obavy o sexuálne funkcie)

- Dotazník Sexuálne funkcie ženy, rozšírená kroměřížska verzia – prvých 10 otázok prevzatých z dotazníka SFŽ od J. Mellana, spolu obsahuje 29 ot.,
- Dotazník SGŽ – Krivka priebehu sexuálneho vzrušenia ženy – 11 ot.
- Katamnestický dotazník sexuálnej terapie – 10 ot., každý z dvojice hodnotí na päťbodových škálach vplyv terapie na sexuálne funkcie u seba a u partnera i na partnerský súlad
- Dotazník sexuálnej spokojnosti GRISS (Rust, Golomboková, 1999), 28 položiek, 5bodová škála, 7 subškál – frekvencia, komunikácia, nespokojnosť žien, vyhýbanie sa, absencia zmyselnosti, vaginizmus, anorgazmia). Čím je vyššie transformované skóre subškály, tým je závažnejšia sexuálna dysfunkcia.

2. *psychofyzologické metódy – vulvopletyzmograf (VPG)*

4 TERAPIA

4.1 Sexuálna terapia

V predchádzajúcich kapitolách sme sa zmienili o tom, že príčiny ženských sexuálnych dysfunkcií sú predovšetkým psychogénneho charakteru a ich terapia a liečba si vyžaduje komplexný prístup odborníkov z rôznych oblastí. Pojem sexuálna terapia je termín, ktorý má veľmi blízko k tomu, čo komplexný psychoterapeutický prístup k ženským sexuálnym dysfunkciám znamená. Snáď najväčšími priekopníkmi v sexuálnej terapii a dalo by sa povedať, že aj jej zakladateľmi sú William Masters a Virginia Johnsonová, ktorí poukázali na to, že klientom v terapii nie je jeden z partnerov, ale manželská či partnerská dvojica. Sexuálnou dysfunkciou teda netrpí jeden z páru, ale pár ako liečebná jednotka. Práve oni zaviedli liečebný program, ktorý sa stal základom pre funkcionálny tréning terapie sexuálnych dysfunkcií a jeho podstata tkvie v každodennom systematickom cvičení v ústavných podmienkach. Tento program doplnila americká psychiatrička Helena Kaplanová (Kratochvíl, 2012), ktorá nezabudla na podstatné intrapsychické a interpersonálne konflikty dvojice, ktoré majú vplyv na vznik, udržanie a trvanie každej sexuálnej dysfunkcie. Jednotlivé cvičenia sa tak prispôbili osobnostiam jednotlivcov a vzťahu dvojice. Neskôr sa tento program inovoval a zdokonaľoval vďaka skúsenostiam z klinickej praxe rôznych odborníkov. Dalo by sa povedať, že dodnes sa operatívne prispôbuje každej dvojici individuálne a flexibilne. V Českej republike je najpovolanejším odborníkom na terapiu a liečbu sexuálnych dysfunkcií profesor klinickej psychológie Stanislav Kratochvíl, ktorý sa opiera o koncept programu sexuálnej terapie Mastersa a Johnsonovej. V psychiatrickej liečebni v Kroměříži sa podieľal na založení špecializovaného oddelenia, ktoré v ústavných podmienkach liečilo dvojice, ktoré trpeli manželským a sexuálnym nesúlantom a s týmito dvojicami viedol nácviky funkcionálneho tréningu. Neskôr začal viesť kurz terapie sexuálnych dysfunkcií, ktorý učí odborníkov z oblasti sexuológie, psychológie, psychiatrie, gynekológie a urológie praktizovať poznatky tejto terapie v ich klinickej praxi. V súčasnej dobe toto pracovisko už neumožňuje terapiu ústavnou formou a je v rukách jednotlivých odborníkov z vyššie spomenutých oblastí, aby aplikovali terapiu v ambulantných podmienkach.

Terapia sexuálnych dysfunkcií v psychiatrickej a sexuologickej ambulancii v Košiciach:

Po absolvovaní kurzu terapie sexuálnych dysfunkcií sme zahájili metódu liečby podľa Mastersa a Johnsonovej aj v našej ambulancii. Táto sexuálna terapia je modifikovaná a individuálne prispôsobená našim podmienkam a potrebám pacientov. V nasledujúcich krokoch sa pokúsime bližšie priblížiť proces terapie tak, ako ho realizuje psychológ v ambulantných podmienkach:

1. SEXUOLOGICKÉ VYŠETRENIE PACIENTKY

Obsahuje prvé interview, oboznámenie sa s problémom, okolnosťami vzniku, anamnézou (bližšie popísané v samostatnej kapitole: Sexuologické vyšetrenie pacientky). V prípade potreby je vykonané aj psychodiagnostické vyšetrenie pacientky.

2. NÁCVIK RELAXÁCIE, AUTOGÉNNEHO TRÉNINGU

Nácvik relaxácie je overeným spôsobom navodenia stavu psychického klúdu. Špecifické autosugestívne formulky v autogénnom tréningu, napr. „do podbruška prúdi teplo“ sú možným spôsobom navodenia stavu koncentrácie, predstavivosti či zníženia napätia (Kratochvíl, 2008).

3. TRÉNING SVALSTVA PANVOVÉHO DNA

Doporučujeme precvičovať niekoľkokrát denne sťahovanie svalstva panvového dna v súkromnom prostredí, ktoré môže pomôcť v získaní voľnej kontroly nad svalmi, ktoré sa podieľajú pri vaginizme a dyspareunii.

4. ZADANIE JEDNOTLIVÝCH CVIČENÍ

Terapia sexuálnych dysfunkcií významne vplýva nie len na kvalitu života žien, ale aj ich partnerov a z toho dôvodu je opodstatnené, aby boli do terapie prizvaní aj partneri týchto žien a aby sa pracovalo na vzájomnej komunikácii oboch partnerov (Pazmany, 2014). Nasledujú stretnutia (10-15 sedení, 1x týždenne), kde sa doporučuje, aby prichádzala pacientka spolu s partnerom. V priebehu niekoľkých týždňov dostávajú na každom stretnutí „kartičku“ s presným popisom cvičenia (vrátane ilustrovaného obrázku), ktoré majú v domácom prostredí s partnerom precvičovať. Na každom ďalšom stretnutí v úvode zreferujú ako sa im darilo cvičenie realizovať. V prípade ak sa im to podarilo úspešne, prechádzajú k ďalšiemu cvičeniu, ak realizácia nebola úspešná,

opakujú cvičenie do nasledujúceho stretnutia, pričom sa rozprávame o eventúálnych príčinách neúspešnosti realizácie cvičenia, o rôznych možnostiach a variáciách zadania, o tom, ako cvičenie prispôbiť vlastným predstavám a potrebám. Priestor dostáva aj vyjadrenie pocitov, ktoré v nich neúspešné prevedenie cvičenia vyvolalo.

Názvy jednotlivých zadaní na kartičkách:

- cv. 1: Pocity zo vzájomných dotykov na tele
- cv. 2a: Pocity z dráždenia pohlavných orgánov ženy
- cv. 2b: Pocity z dráždenia vo vnútri pošvy
- cv. 3: Pocity z dráždenia mužského pohlavného údu
- cv. 4: Predlžované dráždenie pohlavného údu
- cv. 5a: Pocity z kontaktu pohlavných orgánov
- cv. 5b: Pocity z prítomnosti pohlavného údu v pošve
- cv. 6: Klitoridálne dráždenie pri zasunutom úde
- cv. 7: Pocity z kombinovaného dráždenia pri koitálnych pohyboch

5. ZHODNOTENIE VÝSLEDKOV TERAPIE

Po absolvovaní jednotlivých cvičení zhodnotia partneri dosiahnutý výsledok. Je užitočné, keď i po úspešnom ukončení nácviku ostanú zameraní viac na príjemné pocity z celkovej intímnej atmosféry, než len na uskutočnenie „úspešnej súložie“. Po uplynutí určitého časového odstupu požiadam dvojicu o vyplnenie katamnestickeho dotazníka sexuálnej terapie.

Tabuľka 3: Pozitívne a negatívne faktory, ktoré vplývajú na terapiu

<i>Predpoklady pre úspešnosť terapie</i> <i>(Hawton, 1995)</i>	<i>Problémy pri terapii</i>
<ul style="list-style-type: none"> - dobrý vzťah dvojice - vzájomná telesná prítlačivosť partnerov - motivácia k terapii - spolupráca pri cvičeniach. 	<ul style="list-style-type: none"> - pocity hanby a rôzne zábrany u žien - zameriavanie sa na podanie výkonu, namiesto zamerania sa na príjemné pocity z dotykov - pocit mechanickosti nácviku - bežné nezhody, hádky, konflikty

4.2 Psychoterapia

Psychoterapiu pokladáme za neodmysliteľnú súčasť liečby ženských sexuálnych dysfunkcií. V porovnaní s liečbou mužských sexuálnych dysfunkcií, kde je úspešnosť liečby výrazne podporovaná farmakami, pri vaginizme a dyspareunii sa musíme vyrovnat' s problémami, ktoré trápia ženy vo vzťahu najviac a tými sú rozdielne očakávania, sklamanie, komunikácia, rôzne napätia a nálady a v neposlednej rade tiež nemedicínsky a nemedikalizovateľný faktor, ktorým je láska. Účinná terapia sexuálnej dysfunkcie potom musí nutne zasiahnuť i do mimosexuálnej oblasti a vyžaduje psychoterapeutický prístup. Podporné faktory, ktoré tvoria eklektický prístup a sú súčasťou komplexného psychoterapeutického procesu terapie sexuálnych dysfunkcií popísal na základe svojich dlhoročných skúsenosti v klinickej praxi Profesor Kratochvíl (2008) a zhrnul ich do nasledujúcich bodov :

1. Prehľadnosť a jasnosť postupu –jasný cieľ, priebežné hodnotenie výsledkov, preberanie vlastných úvah, podnecovanie otvorenej komunikácie
2. Použitie základných prepracovaných metód a postupnými úlohami – „kartičky“ s príslušnými názornými náčrtmi
3. Empatické pochopenie pre subjektívne zážitky, očakávanie a potreby každého z partnerov – vedenie ku kompromisom a tolerancii
4. Prispôsobovanie ďalších pokynov zdieľaním o prebehnutých reakciách a subjektívnych zážitkoch – rešpektovanie doteraz neprekonaných odporov, zahrnutie rôznych výkyvov do predpokladaného priebehu
5. Zameranie na pružné a tvorivé riešenie problému – otvorenosť k novým podnetom, presun od dôrazu na prekážky alebo od hľadania vinníka na hľadanie nápadov, ako prekážky prekonať a situáciu zvládnuť
6. Zameranie na kladné stránky zážitkov, reakcií i vzťahov – podporovanie dobrej vôle a snahy klientky, toho, čo urobila dobre a čo sa podarilo
7. Hľadanie alternatívnych ciest – ak sa pôvodne plánovaná cesta nedarí, zameriame sa na včleňovanie individuálnych, systematickú desenzibilizáciu v predstavách, dynamická terapia
8. Prijatie medzí daných vzťahom, osobnosťami a biologickou kapacitou oboch partnerov – postupné prispôsobenie očakávaní klientov tomu, čo sa ukazuje ako nezmeniteľné.

Prínos niektorých psychoterapeutických smerov k terapii sexuálnych dysfunkcií

Psychoanalytická terapia poukázala na vplyv rodinného prostredia v ranom detstve. Dôležitý je príklad obidvoch rodičov a používané výchovné metódy, pretože príliš prísna alebo príliš protektívna výchova sťažujú vytváranie partnerských vzťahov.

Kognitívno-behaviorálna terapia využíva metódu systematickej desenzibilizácie a tiež relaxáciu a riadené imaginácie k odstraňovaniu fôbií. V relaxovanom stave si žena predstavuje rôzne fázy prípravy k penetrácií. Systematická desenzibilizácia je vhodným prípravným krokom tam, kde v dôsledku určitej psychotraumy spojenej so sexom došlo k zafixovaniu negatívnej reakcie strachu či odporu.

Dynamická psychoterapia dáva dôraz na objasňovanie príčin a mechanizmus vzniku poruchy, zvlášť s dôrazom na vzťahy, ktoré hrali úlohu vo vývoji osobnosti a mohli zohrať patogénnu rolu pri vzniku dysfunkcie. Tieto zážitky si nemusí pacient uvedomovať. Poznanie potlačovaných zážitkov, odhalenie strachu a nevyriešených konfliktov umožní hlbší vhl'ad do situácie. Tento postoj sa môže utvárať v rámci individuálnych stretnutí s pacientkou, ktoré sú začlenené medzi funkcionálny nácvik.

Racionálna psychoterapia sa v spojení s gynekologickým vyšetrením zameriava na súčasnú životnú situáciu a na aktívne formovanie pacientkinho sexuálneho správania. Psychológ, eventuálne aj gynekológ môže poskytnúť výklad reflexného mechanizmu, poukázanie na anatomické schémy - to všetko je účinné najmä v začiatkoch, kedy porucha ešte nie je príliš fixovaná, najčastejšie v prípadoch, kde hraje rolu doposiaľ neprekonaná hanba či nerozvinuté sexuálne cítenie.

Terapia je v ojedinelých prípadoch po vzájomnej dohode s psychiatrom-sexuológom podporovaná farmakologickou liečbou. Využívané sú anxiolytiká, SSRI, masti na znecitlivenie, či rôzne lubrikancia.

Efektivita terapie je v každom prípade vysoká, bez ohľadu na to, či išlo o organickú alebo psychogénnu etiológiu sexuálnej dysfunkcie, čo môže znamenať, že etiológia nie je rozhodujúca pri indikácii terapie vaginizmu a dyspareunie (Flanagan et al., 2015). Na základe pochopenia a integrovania medicínskych, psychologických, interpersonálnych a kultúrnych faktorov, môže byť vytvorený individuálny liečebný plán pre pacienta s konkrétnou sexuálnou dysfunkciou (Schmidt et al., 2014).

KAZUISTIKY Z KLINICKEJ PRAXE

5 VAGINIZMUS

5.1 Kazuistika I

Základné informácie o pacientke: 24 roč. študentka VŠ, doporučená gynekológom pre spasmus cirkumvaginálnych svalov pred súložou, bez organického pôvodu; 1. návšteva v amb. 07/2012, psychiatrom-sexuológom indikovaná sexuálna terapia u psychológa.

Problém (subjektívny popis pacientky): Pacientka udáva panickú hrôzu, ktorú prežívala pred 1. návštevou gynekológa (18 rokov), vykonával však len ultrazvuk. Odvtedy sa gynekologickým vyšetreniam vyhýbala. Pred mesiacom navštívila gynekológa, hanbila sa pred nim vyzliecť, bola stiahnutá, prežívala masívnu úzkosť, nevedela sa uvoľniť, nemohol sa jej ani dotknúť, opäť vykonaný len vonkajší ultrazvuk, skonštatoval, že z fyziologického hľadiska je zdravá, odporučil jej návštevu psychológa. V súčasnosti má priateľa, pohlavný styk s nim ešte nemala, ako náhle sa rukou priblíži ku genitálu, stiahne sa a je všetkému koniec. S lubrigáciou nemá problém, pociťuje vzrušenie, ale pri náznaku dotyku „to z nej opadne“.

Anamnéza pacientky: Pacientka popisuje harmonické vzťahy v rodine, usporiadané manželstvo jej rodičov a neprítomnosť somatického, psychického a sexuálneho ochorenia v rodine. Má mladšiu sestru, s ktorou má dobrý vzťah. Udáva, že nebola plánovaným dieťaťom, prekonala bežné detské ochorenia, hospitalizovaná nebola. Od detstva sa pokladá za hanblivú, v školskom kolektíve nebola dominantná, prospech mala dobrý, od detstva lepšie vychádzala s chlapcami. Ochraňovala ml. sestru, niekedy sa aj pobila. Alkohol, drogy, cigarety neguje. Vo veku 16 rokov sa rozhodla navštíviť gynekológa pretože pociťovala pálenie a svrbenie v pošve, pričom si spomína, že táto prvá návšteva u nej doteraz spôsobuje traumy a anticipačnú úzkosť pred ďalšou návštevou. Gynekológ podľa jej slov necitlivo hovoril o tom, aby sa uvoľnila, že v budúcnosti raz bude chcieť rodiť a že všetky ženy podstupujú takéto vyšetrenie, tak aby to „nedramatizovala“. Toto stretnutie podľa jej slov vyvolalo u nej strach a pocit hanby. Pacientka má priateľa, s ktorým sa pokúšala o pohlavný styk, ale vniknutie penisu do pošvy u nej spôsobovalo veľké bolesti, pričom mala pocit, že „ten

veľký penis“ sa do nej nevojde. Pacientka má informácie o tom, ako sa pohlavný styk vykonáva, ale kamarátky jej vraveli, že to bude veľmi bolieť a že bude krváčať. Pacientka neužíva hygienické tampóny, má k nim doslova odpor a v spoločných ženských priestoroch, napr. na plavárni sa nevyzlieka, lebo sa hanbí odhaľovať pred inými ženami a vlastnou matkou.

Vývoj sexuality pacientky: Pacientka sa od detstva pokladala za chlapčenský typ. Na ZŠ chlapcov „neriešila“, na SŠ sa jej iba platonicky páčili. V 1. ročníku VŠ mala krátky vzťah so spolužiakom, k sexuálnemu kontaktu nedošlo. Neskôr mala priateľa, ktorý s ňou po krátkej dobe prerušil bez udania dôvodu kontakt, pacientka si vyčíta, že to bolo kvôli tomu, že odmietala pohlavný styk. Tretí krátkodobý vzťah bol s chlapcom, ktorý sa k nej správal „ako ku psovi“. So súčasným partnerom je vo vzťahu 3 mesiace, poznajú s avšak dlhšie. Popisuje ho ako trpezlivého a tolerantného, netlačí na ňu v otázke sexu. Nepáči sa jej však, že pred ňou mal partner asi 10 sexuálnych partneriek. Pacientka pripúšťa, že na jej sebavedomie mohli mať negatívny vplyv predchádzajúce vzťahy s odmietajúcimi, arogantnými mužmi. Pornografiu nesleduje, sama nepociťuje odpor k sexu, nezvyčajné sexuálne praktiky neskúšala, sexuálne zneužívaná nebola. Nevyskytli sa vážne traumy v živote.

Pracovná diagnóza: F: 52.5, Neorganický Vaginizmus; primárny, úplný, generalizovaný

Popis priebehu terapie: Terapia vaginizmu trvala celkovo 4 mesiace. Stretávali sme sa raz týždenne, sedenie trvalo 50 minút. Absolvovali sme 15 stretnutí.

Popis procesu terapie: 1.-3. stretnutie sme venovali dôkladnej anamnéze, genéze problému, nácviku AT a cvičeniu svalstva panvového dna. Na 4. stretnutie sa dostavil aj partner, s ktorým som rozprávala najskôr samostatne a neskôr v prítomnosti partnerky. Partner pristupoval po prvotných rozpakoch k terapii ochotne, bol motivovaný a podporujúci. 5.- 13. stretnutie sme venovali nácviku úloh, ktoré dostali na kartičke, na každom stretnutí sme na začiatku zhodnotili nácvik cvičenia v domácom prostredí. Rozprávali sme sa o pocitoch z cvičenia, o aktivite, frekvencii, čase, ktorý cvičeniu venovali, o tom či boli spokojní. Ak splnili cvičenie úspešne, sami z neho prežívali dobrý pocit, pristúpili sme k ďalšiemu cvičeniu. Keď sme mali pocit, že nácvik cvičení ustrnul, alebo do toho vkročili nezhody, tak sme si eventuálne problémy a prekážky prediskutovali a následne pokračovali v terapii. Na 14. stretnutí partneri oznámili, že sú schopní pohlavného styku, ktorý sa im podaril s úplným vniknutím penisu do pošvy. Liečbu sme ukončili zhodnotením terapie na 15. stretnutí. Pacientka

nevnímala potrebu individuálnych terapeutických stretnutí. Nezaznamenávala som u nej závažné intrapsychické konflikty, minulé skúsenosti si podľa vlastných slov „chcela sama spracovať“, individuálnu terapiu mimo párovej sexuálnej terapie som nepovažovala za potrebnú.

Zhodnotenie dosiahnutých výsledkov: Partneri sa dostavili na stretnutie po 10. mesiacoch od ukončenia terapie. Po úvodnom rozhovore vyplnili katamnestický dotazník. V závere dotazníka pacientka uviedla: „Pri sexe potrebujem dlhšiu predohru, poriadne sa uvoľniť. Orgazmus počas styku zatiaľ neprežívam. Myslím si, že mi najviac pomohlo rozprávanie o probléme a to, že v tom nie som sama. Pomohol mi nácvik relaxácie a tiež tolerantný partner. Liečba mala významný a snáď aj trvalý vplyv na môj sexuálny život. Zvládam aj návštevu gynekológa, ktorému som vysvetlila svoj problém a pri vyšetrení sa už viem uvoľniť...“

Záver: V tomto prípade hodnotíme terapiu ako úspešnú. Vaginizmus partnerky bol úspešne vyliečený, bolesť nebola pociťovaná. Či je pohlavný styk uspokojivý nevieme zhodnotiť, nakoľko pacientka sa nevyjadrovala o potešení z koitu, iba o možnosti jeho uskutočnenia.

5.2 Kazuistika II

Základné informácie o pacientke: 28 roč. učiteľka v ZŠ, ambulanciu navštívila z vlastnej iniciatívy, pre spasmus cirkumvaginálnych svalov pred očakávanou súložou s dlhoročným priateľom; 1. návšteva v amb. 06/2013, psychiatrom-sexuológom indikovaná sexuálna terapia a individuálna psychoterapia.

Problém (subjektívny popis pacientky): V čase prvej návštevy pacientka udáva 10 ročný vzťah so svojim partnerom. Bol to jej prvý sexuálny partner. Pohlavný styk bol na začiatku vzťahu možný a nebolestivý. Avšak nepociťovala pri tom príjemné pocity, vnímala to ako mechanické. Vzťah začal, keď mala pacientka 18 rokov, partner je o rok starší. Bývajú v spoločnej domácnosti. Pred štyrmi rokmi začali problémy v sexuálnej oblasti, styk ju spočiatku bolel len občasne, v súčasnosti koitus nie je možný pre silný spasmus svalov v oblasti vagíny. Pred pol rokom bolo posledné čiastočné vniknutie penisu pri súloží, ktoré vnímala ako znásilnenie. Skončilo to plačom, pociťovala to ako nočnú moru. Pocit znásilnenia zažila viackrát, aj keď vie, že to znásilnenie nebolo, lebo partner nenalieval. Má ho rada, v súčasnosti nie je

zamilovaná. Chceli by sa vziať a mať dieťa. Má problém s lubrigáciou, nevie sa uvoľniť a vzrušiť. Gynekologické vyšetrenie je možné a nebolestivé.

Anamnéza pacientky: Pacientka prekonala v detstve bežné ochorenia. Choroby pohlavných orgánov a iné gynekologické problémy neguje. Keď mala 14 rokov rodičia sa rozviedli. Dôvodom boli časté hádky. Napriek tomu popisuje, že detstvo mala relatívne šťastné. Ostala bývať s matkou, ktorú charakterizuje ako „sekeru“, striktné náboženský zameranú. Vzťah s ňou nebol nikdy vrúcny. Otec zomrel počas tragickej nehody, keď mala 19 rokov. Ťažko to znášala, vnímala ho ako dobrého, starostlivého. Matka jej povedala, že nebola plánovaným dieťaťom, otehotnela, keď bola študentkou, preto si vzala pacientkinho otca. Nebolo to údajne z lásky. Pacientka udávala, že matku občas „neznášala“. Doma sa o sexe nehovorilo, matka jej zakazovala pohlavný styk do 18. rokov, „aby nedopadla ako ona“. Pacientka má staršiu sestru, vydatú, má s ňou dobrý vzťah. Seba vníma ako úzkostnú, submisívnu v pracovnom kolektíve. Nemá veľa záľub a disponuje obmedzeným okruhom priateľov.

Vývoj sexuality pacientky: Chlapci sa jej páčili od ZŠ. Platonicky sa vedela zamilovať od 8. rokov, bola však stále nesmelá. Keď mala 9 rokov, kamarát otca si ju posadil na kolená a obchytkával ju na intímnych častiach tela. Stalo sa to iba raz, nikdy to nikomu nepovedala. Vzťah s prvým priateľom trval 3 mesiace, bolo to na SŠ, nedošlo k intímnosti. Potom s ňou prestal bez udania dôvodu komunikovať. Súčasný partner je jej prvá vážna známosť. Páčilo sa jej, že ho musí dobýjať. On mal pred ňou dve sexuálne partnerky. Nezvyčajné sexuálne praktiky neskúšala, pornografiu nesleduje, príležitostne masturbuje.

Pracovná diagnóza: F: 52.5, Neorganický Vaginizmus, sekundárny, úplný, selektívny; v komorbidite s úzkostno-depresívnou symptomatikou

Popis priebehu terapie: Terapia trvala 14 mesiacov. Spočiatku vykazovala prvky párovej sexuálnej terapie, postupne sme prešli na individuálnu terapiu, zameranú na intrapsychické procesy a vnútorné konflikty. S partnerom absolvovala 6 stretnutí, individuálne 26 stretnutí. Frekvencia 1x / 1-2 týždne, čas 50 minút.

Popis procesu terapie: Tri úvodné stretnutia sme venovali dôkladnej osobnej, rodinnej a vzťahovej anamnéze a genéze problému. Na 4. stretnutie prišiel partner pacientky, ochotný a motivovaný vstúpiť do párovej sexuálnej terapie. Sexuálna terapia bola zahájená, partneri boli v nácviku jednotlivých cvičení disciplinovaní, snaživí. V priebehu 4.-6. párového stretnutia bolo možné čiastočné preniknutie penisu do vagíny, po 8. stretnutí bol uskutočnený koitus, avšak spojený s nepríjemnými pocitmi

na strane partnerky. Bolesť v priebehu koitu mala charakter zvyšujúcej sa intenzity, samotný akt bol podľa slov pacientky „pretrpený“. Psychický stav pacientky sa zhoršoval, postupne prešiel do depresívneho ladenia s úzkostnou symptomatikou. Po konzultácii s psychiatrickou a následne po vzájomnej dohode s partnermi, pacientka súhlasila s individuálnou formou terapie. V priebehu terapie so mnou nadviazala dôverný terapeutický vzťah, otvorila tému vzťahu s matkou, poukázala na direktívnu a silne nábožensky vedenú výchovu, pocity viny a potlačený hnev na rodičov. Ako najvýraznejší som videla nevyriešený partnerský konflikt s priateľom, ktorý vznikol v období rozvoja sekundárnej formy vaginizmu a ktorý bol v celom jeho priebehu potlačený, nevyjasnený a obrátený do vnútorného prežívania pacientky. Uvedomenie si týchto procesov a obranných mechanizmov viedlo k postupnému uvoľneniu vnútornej tenzie a k pomalému nadobudnutiu sebahodnoty a sebavedomia v interpersonálnych vzťahoch a vo vzťahu k partnerovi. Pohlavný styk vnímala ako nutnosť pre splodenie dieťaťa, bez prežívania príjemných pocitov.

Zhodnotenie dosiahnutých výsledkov: Partneri vstúpili v priebehu terapie do manželského zväzku, pohlavný styk bol možný, koitus postupne spontánny a bez známok napätia. Komunikácia partnerov sa zlepšila. Partneri sa dostavili na stretnutie po 6 mesiacoch od ukončenia terapie, kde zhodnotili ich sexuálny život ako uspokojivý, pohlavný styk nebolestivý. V tom čase snaha o splodenie dieťaťa, s výraznou fixáciou pacientky na tento cieľ, bez výrazného emočného prežívania koitu.

Záver: Terapiu hodnotíme z hľadiska uskutočnenia koitu za úspešnú, avšak vzhľadom na výrazné intrapsychické konflikty pacientky, depresívnu symptomatiku a úzkostnú štruktúru osobnosti, predpokladáme možnú dekompenzáciu stavu, zvlášť v prípade možných neúspešných pokusov o splodenie potomka.

6 DYSPAREUNIA

6.1 Kazuistika III

Základné informácie o pacientke: 26 ročná študentka medicíny, ambulanciu navštívila z vlastnej iniciatívy, 1. návšteva 05/2016 subjektívne pociťovaný bolestivý pocit pri pohlavnom styku, psychiatrom-sexuológom predpísaná liečba analgetikami a indikovaná sexuálna terapia u psychológa,

Problém (subjektívny popis pacientky): Pacientka popisuje v priebehu prvého stretnutia bolesť pri pohlavnom styku s partnerom. Ako úspech považuje styk, keď ju to aspoň trochu nebolí, potešenie a príjemné pocity z toho nemá vôbec. Niekedy prirovnáva pohlavný styk k tomu, ako keby ju niekto „rezal žiletkou“. Myslela si, že je to stresovým obdobím počas skúškového obdobia, ale ani mimo toho to nie je inak. S partnerom je vo vzťahu 5 rokov, prvý rok a pol to bolo v poriadku, sex bol uspokojivý, nebolestivý, tešila sa na to. Partner je o 7 rokov starší. Gynekologické prehliadky zvláda v norme, gynekológ jej odporučil zmenu polohy. V minulosti prekonala gynekologické ochorenia – mykózy, zápaly, mala obsedantné myšlienky, že jej všetko špinavé, kompulzie spojené s pocitom častého umývania. V súčasnosti to už údajne prekonala. O 3 mesiace je naplánovaná svadba, problém by chcela vyriešiť ešte predtým, lebo nechce s týmto problémom vstúpiť do manželstva. Veľmi túži po bábätku, nevie si to s touto bolesťou predstaviť. Sexuálne vzrušenie a chuť na sex nepociťuje skoro vôbec.

Anamnéza pacientky: Pacientka prekonala bežné ochorenia a vyššie spomenuté gynekologické problémy. Má o dva roky mladšieho brata s Dg. Autizmus, od detstva sa oňho starala, kvôli nemu sa rozhodla študovať medicínu so zameraním na pediatriu, hoci jej sen bol stomatológia. Rodičov popisuje ako vzdelaných, inteligentných a podporujúcich. Vzťah s matkou popisuje ako komplikovaný, matku vníma na jednej strane ako citlivú osobu, na strane druhej ako neurotickú, nepredvídateľnú „hysterku“. Nemá vytvorený dôverný vzťah s matkou, podľa rozprávania pacientky ju matka stále kritizuje, pouča, ponižuje, niekedy od nej čaká „výchovnú facku“. Seba vníma ako citlivú, pomáhajúcu iným.

Vývoj sexuálnych vzťahov: Nepamätá si, kedy sa jej začali páčiť chlapi, ale vie, že stále s nimi dobre vychádzala. Vzťahy k nim sa začali prehlbovať až na SŠ, prvý krát

bola zamilovaná do spolužiaka, ale bolo to skôr platonické. So súčasným partnerom si údajne rozumie, chceli by sa vziať, bol by ochotný podstúpiť terapiu. V minulosti mala 2 sexuálnych partnerov, pohlavný styk bol bežný, uspokojivý, nikdy nepocítovala problémy pri koite. Pornografiu nepozera, zvláštne sexuálne praktiky nepraktizuje. Gynekologické prehliadky zvláda bez problémov.

Pracovná diagnóza: F: 52.6, Neorganická Dyspareunia, sekundárna, úplná, selektívna;

Popis priebehu terapie: S pacientkou som sa stretla trikrát. Párovú sexuálnu terapiu sme nezahájili, nakoľko sme sa úvodné stretnutia venovali individuálnemu rozhovoru, anamnéze a genéze problému. Po treťom stretnutí sa pacientka bez udania dôvodu nedostavila na ďalšie dohodnuté sedenie.

Popis procesu terapie: Na úvodnom stretnutí sme sa venovali osobnej a rodinnej anamnéze pacientky a popisu sexuálneho problému, s ktorým prichádzala do ambulancie. Na druhom stretnutí pacientka hovorila o tom, že plánuje o dva mesiace svadbu a preto by chcela problém urýchlene vyriešiť. Očakávala rýchle a efektívne riešenie bolestivosti pohlavného styku. V bližšom popise jej vzťahu s partnerom sa zdôverila, že pohlavný styk bol rok a pol bez problémov, zlom nastal, keď sa dozvedela, že jej priateľ podľahol gamblerstvu a drogám, o ktorých netušila, nakoľko mali vzťah „na diaľku“. Prvýkrát zažila bolestivý pohlavný styk, keď sa stretli cez víkend a partner bol pravdepodobne pod vplyvom omamných látok. Hoci styk odmietala, on ju „k tomu donútil“ a nakoniec súhlasila, hoci jej to bolo nepríjemné. Od vtedy mala pri každom pokuse o koitus bolesti, silné stiahnutie svalstva, nedostatočnú lubrigáciu vagíny. Vnímala to ako „rezanie žiletkou“. Keď zistila, že partner je závislý na drogách a gambler, išiel sa liečiť, rozišli sa, ale po 3 mesiacoch boli opäť vo vzťahu. Pohlavný styk bol naďalej bolestivý. Niekedy rozmýšľala nad tým, že si možno nevybrala vhodného partnera a trápi ju aj to, že jej rodičia ho odmietajú. Ona ho vníma ako citlivého a dobrého partnera, ktorý sa už vyliečil a snaží sa abstinovať. Svadbu zrušiť nechce.

Zhodnotenie dosiahnutých výsledkov: Pacientka trpiaca sekundárnou, selektívnou dyspareuniou mala naliehavú potrebu vyriešiť problém bolestivého pohlavného styku s partnerom. S blížiacim sa termínom svadby pravdepodobne nastali u pacientky pochybnosti o výbere partnera, ktoré nemala úplne uvedomené. V priebehu druhého a tretieho stretnutia si pacientka čiastočne uvedomila potlačený hnev na partnera, ktorý súvisel s jeho závislosťou na drogách a hrách. Pacientka si však

vybudovala obranné mechanizmy (potlačenie, popretie reality, projekciu, reaktívny výtvor), ktoré ju chránia pred bolestivým prežívaním pocitov. Má silne tendencie k „spoluzávislosti“, naviazanosti na inú osobu, potrebu ochraňovať, byť nápomocná a vyhovieť požiadavkám iným (pravdepodobne prevzaté z primárneho vzťahu k matke). Cieľ terapie vnímala „len“ v odstránení somatických ťažkostí, nechcela vnímať spojitosť dyspareunie s vnútorným prežívaním. Prijatie psychogénnych faktorov ako etiologických činiteľov vzniku bolestivého prežívania pohlavného styku bolo pre pacientku neprijateľné, pravdepodobne z ohrozenia vlastnej integrity, cieľov a očakávaní, ktoré si stanovila (svadba, dieťa, potreba postarať sa). Pri každom náznaku konfrontácie s realitou reagovala stiahnutím sa a popieraním s následným idealizovaním partnera. Po troch stretnutiach sa nedostavila na ďalšie stretnutie bez udania dôvodu. Priebeh vývoja sexuálnej dysfunkcie u tejto pacientky nám nie je do tohto času známy.

Záver: Sexuálnu terapiu sme v tomto prípade nezačali, nakoľko ako indikovanú sme považovali individuálnu psychodynamickú terapiu. Pacientka nevedome potlačovala psychogénny faktor vzniku dyspareunie. Svoju silnú motiváciu liečiť sexuálnu dysfunkciu preniesla len na somatické faktory. V tomto prípade bol bolestivý pohlavný styk evidentne bez organického pôvodu, spôsobený traumatizujúcim zážitkom s vlastným partnerom. Osobnostná štruktúra pacientky, potreba vyhovieť, chrániť vlastnú integritu, vytvorený obraz seba a iných v spojitosti s obrannými mechanizmami pravdepodobne spôsobili, že sa na ďalšie stretnutie nedostavila. Vplyv na to však mal aj nedostatočne vytvorený terapeutický vzťah pacientky a terapeutky s nenastolenou atmosférou dôvery.

EMPIRICKÉ POZNATKY A VÝSKUMY VS. KLINICKÁ PRAX PSYCHOLÓGA

Moderná psychológia nám ponúka množstvo objavov a zistení vychádzajúcich zo skúmania psychologických konštruktov, ktoré sú súčasťou života každého jedinca. Niektoré z týchto konštruktov sú predmetom skúmania dlhšiu dobu, o iné sa začali zaujímať výskumníci len v posledných desaťročiach. Výskumy a zistenia týkajúce sa sexuálnych dysfunkcií sú relatívne „čerstvé“, napriek tomu ponúkajú široký a pestrý záber poznatkov v tejto oblasti.

Kazuistiky z klinickej praxe a výsledky iných výskumov – porovnanie

V kazuistikách z klinickej praxe v našej ambulancii, ktoré sme uviedli v predchádzajúcej kapitole sme ilustrovali tri prípady pacientiek, u ktorých mala sexuálna terapia odlišný efekt, v závislosti od pridružených problémov, ktoré jednotlivé pacientky popisovali.

V Kazuistike I sa jednalo o pacientku, ktorá v čase navštívenia našej ambulancie začínala so sexuálnym životom. Vaginizmus, ktorý sa u nej prejavil sme definovali ako primárny, to znamená, že v anamnéze sa nevyskytlo obdobie, kedy by bol pohlavný styk bez spasmu vaginálnych svalov. Išlo o generalizovaný vaginizmus, čo znamená, že spasmus svalov sa vyskytol nie len pri pokuse o súlož, ale aj pri gynekologickom vyšetrení. To, že u dievčat, ktoré začínajú žiť aktívnym sexuálnym životom je vaginizmus častou sexuálnou dysfunkciou podporujú aj zistenia Weissa a Zvěřinu (2001), ktorí vo svojich výskumoch udávajú mladší vek (obdobie adolescencie a mladšej dospelosti) ako jeden z faktorov vzniku dysfunkcie. Ak sú k tomu pridružené nízka informovanosť o sexe, osobnostné charakteristiky (hanblivosť) a negatívne skúsenosti z minulosti sú prejavy symptómov vaginizmu u mladých žien častejšie (Lo & Kok, 2014). Symptómy stresu boli v pozitívnej korelácii s výskytom primárnej formy vaginizmu mladých žien aj vo výskume Halla a kol., 2014. Pacientka z Kazuistiky I po nácviku relaxácie, uvoľnenia a trezlivom nácviku jednotlivých cvičení modelu sexuálnej terapie získala potrebné vedomosti a zručnosti, ktoré pomohli prekonať anticipačnú úzkosť a dovolili viesť plnohodnotný pohlavný styk s partnerom.

Pacientka z Kazuistiky II prišla do našej ambulancie s prejavmi symptómov vaginizmu, ktoré boli selektívne, teda jednalo sa o spasmus svalov, ktorý bol prežívaný len pri pokuse o koitus, pričom pri gynekologickom vyšetrení sa tento jav nevyskytoval. Podstatnejšou informáciou však bolo, že vaginizmus sa prejavil po predchádzajúcom období uspokojivého sexuálneho života s partnerom, kedy sa stiahnutie svalstva nevyskytovalo. Dôležitým faktorom bola osobnostná štruktúra pacientky. Jednalo sa o pacientku s úzkostno-depresívnou symptomatikou v správaní a myslení, čo malo podstatný vplyv na rozvoj a zvýraznenie sexuálnej dysfunkcie. Schmidt a kol., (2014) vo svojich štúdiách preukázali, že úzkosť a depresia v spojitosti s problémovým partnerským vzťahom sú častými psychosociálnymi príčinami dysfunkcií. Výskyt sexuálnych dysfunkcií je pri psychiatrických ochoreniach veľmi častý, najčastejšie sa spája práve s depresívnou poruchou (Kešický a kol., 2011). Zistili, že vaginizmus sa vyskytuje v 45% prípadoch (aj neliečených) depresívnych pacientiek. Komunikácia medzi pacientkou a jej partnerom bola zhoršená aj nevyriešeným partnerským konfliktom z minulosti, čo malo výrazný efekt na prehlbovanie pocitu odmietania partnera, odporu k sexu a rozvíjanie vaginizmu. To, že ženy trpiace vaginizmom hodnotia komunikáciu so svojim partnerom ako horšiu a ťažšiu v porovnaní so ženami, ktoré sexuálnou dysfunkciou netrpia potvrdili aj Pazmany a kol. (2014). Zistili však aj to, že neschopnosť komunikovať o problémoch v intímnej oblasti rovnako vnímajú aj partneri týchto žien. Nakoľko táto pacientka v svojej anamnéze udávala aj striktné náboženskú výchovu a direktívnu, dominantnú osobnosť matky, je možné usudzovať, že tieto faktory sa spolupodieľali na rozvoji vaginizmu, čo korešponduje s teóriou Crispa a kol. (2015) o výchovných vplyvoch rodičov na eventuálne rozvinutie dysfunkcie. V prípade tejto pacientky bola sexuálna terapia z hľadiska uskutočnenia bezbolestného pohlavného styku úspešná, avšak stále osobnostné charakteristiky pacientky môžu v budúcnosti prispieť k znovuobjaveniu symptómov vaginizmu, resp. dyspareunie.

Kazuistika III je typickou ilustráciou prípadu pacientky so sexuálnou dysfunkciou, kde v tomto prípade sekundárna, selektívna dyspareunia je zapríčinená traumatizujúcim zážitkom sexuálneho styku s partnerom. Traumatizujúce zážitky žien v oblasti sexuality sú podstatnou bariérou k prežívaniu pohlavného styku a v mnohých prípadoch ho bez intenzívnej psychoterapie ani neumožnia. Ptáček (2009) v svojich publikáciách hovorí o tom, že traumatizujúci sexuálny zážitok sa prejavuje

v kognitívnej rovine, ale tiež v rovine emočnej, v rovine sociálnych vzťahov, intimity, sexu a identity. U pacientiek sú následne časté bolesti a komplikácie pri súloží.

Celý obraz etiológie dyspareunie u pacientky dotvárajú obranné mechanizmy, ktorými disponuje a ktoré bránia možnosti aplikovať sexuálnu terapiu. Sú prekážkou k uvedomeniu si psychogénnych príčin vzniku dyspareunie a v konečnom dôsledku bránia aj rozvinutiu terapeutického vzťahu medzi pacientkou a psychologičkou. Zameranie sa na odstránenie somatických príznakov, bez uznania vplyvu psychických faktorov bolo prekážkou k zahájeniu terapie. To, že obranné mechanizmy jedinca sú v signifikantne pozitívne korelujú so sexuálnymi dysfunkciami preukázali aj výsledky štúdií (Crisp at al, 2015).

Záver

Ženské sexuálne dysfunkcie majú v niektorých prípadoch jednoduchú a zjavnú a niekedy značne zložitú a skrytú etiopatogézu. Vyskytujú sa v nej somatické, psychické a sociálne faktory. Ako sme mohli vidieť v teoretických východiskách a tiež v predkladaných kauzistikách, k psychogénnym príčinám vaginizmu a dyspareunie patria predovšetkým problémy v súčasnom partnerskom vzťahu, ale taktiež sú významné vplyvy minulosti, zvlášť rodinného prostredia, výchovy v detstve a psychické traumy zo sexuálnej, ale tiež všeobecnej emočnej oblasti.

Cieľom našej práce bolo popísať definíciu, etiológiu, výskyt a delenie ženských sexuálnych dysfunkcií s dôrazom na vybrané dysfunkcie – vaginizmus a dyspareuniu. Podstatná časť práce sa venuje možnostiam psychodiagnostiky a procesu terapie týchto sexuálnych porúch. V práci vychádzame z teoretických predpokladov súčasnej odbornej literatúry, ktoré sú doplnené empirickými poznatkami v danej oblasti a ktoré nám poukazujú na široké spektrum oblasti pôsobenia psychológa. Komplexný pohľad na problematiku ženských sexuálnych dysfunkcií nám umožňuje prekonať niektoré jednostranné názory, že pri daných problémoch stačí len vyšetrenie gynekológa, len liečba psychiatrom alebo len intervencia psychológa. Keďže ženské sexuálne dysfunkcie sú multifaktoriálnym problémom, aj liečba si vyžaduje multidisciplinárny prístup všetkých odborníkov.

Aj napriek veľkému úsiliu a ochote odborníkov z každej oblasti zdravotníctva pomôcť osobe trpiacej sexuálnou dysfunkciou, najväčší podiel práce na liečbe ostáva práve na pacientke. V prípade sexuálnych dysfunkcií na partnerskej dvojici. Ich vzájomná motivácia, otvorenosť a nádej sú základnou a nevyhnutnou pôdou pre úspešné zvládnutie sexuálneho problému a de facto každého problému, ktorý sa v ich vzťahu vyskytne. Psychológ môže byť sprievodca riešením sexuálnej dysfunkcie, ale najlepšími odborníkmi na partnerstvo a ich kvalitu života aj v sexuálnej oblasti sú oni sami. Na záver si pomôžeme výrokom z Biblie, ktorý to vystihuje týmito slovami:

„... a tak ostáva viera, nádej a láska. No najdôležitejšia z nich je láska.“

Literatúra

- Assari, S. (2014). Intercourse Avoidance among Women with Coronary Artery Disease. *Journal of Sexual Medicine* 11 (7), 1709-1716.
- Burri A. , Lachance G., Williams, F.M.K. (2014). Prevalence and Risk Factors of Sexual Problems and Sexual Distress in a Sample of Women Suffering from Chronic Widespread Pain. *Journal of Sexual Medicine*, 11 (11), 2772- 2784.
- Crisp, C. Vaccaro, C., Fellner, A., Kleeman, S., Pauls, R. (2015). The Influence of Personality and Coping on Female Sexual Function: A Population Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (1), 109-115.
- Dragomirecká, E. (2006). *Průručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Flanagan, E., Herron, K.A., C.O'Driscoll, Williams, A.C.C. (2015). Psychological Treatment for Vaginal Pain: Does Etiology Matter? A Systematic Review and Meta – Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (1), 3-16.
- Goldstein, A. T., Belkin, Z.R., Krapf, J.M., Song, W. et al. (2014). Polymorphisms of the Androgen receptor gene and hormonal Contraceptive Induced Provoked Vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine*, 11 (11), 2764- 2771.
- Groot, H.E., Both, S. (2015). *Sexual Dysfunctions in Men and Women with Inflammatory Bowel Disease*. *Journal of Sexual Medicine* 12 (7), 1557 – 1567.
- Hall, K.S., Kusunoki, Y., Gatny, H., Barber, J. (2014). Stress symptoms and Frequency of Sexual Intercourse Among Young Women. *Journal of Sexual Medicine*, 11 (8), 1982- 1990.
- Hartl, P. a Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hawton, P. (1995). Treatment of sexual dysfunctions by sex therapy and other approaches. *Brit J. Psychiat.*, 167, 307-314.
- Kešický, D., Kešická, M., Novotný, V. (2011). Výskyt sexuálních porúch v depresii a ich sociálny aspekt. *Sexuológia* 1 (11), 41 – 46.
- Kratochvíl, S. (2012) . *Sex jako obohacení života*. Praha: Grada
- Kratochvíl, S. (2008). *Sexuální dysfunkce*. Praha: Grada
- Kuile, M. M. Ter , Meles,R. J., Tuijnman, C.C., (2015). Therapist-Aided Exposure for women with Lifelong vaginismus: Mediators of Treatment Outcome: A Randomized Waiting List Control trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (8), 1807- 1819.

- Lara, L.A., Ramos, F.K.P., Kogure, G.S. et al. (2015). Impact of Physical Resistance Training on the Sexual Function of Women with Polycystic Ovary Syndrome. *Journal of Sexual Medicine*, 46-49. 12 (7), 1584 – 1590.
- Lo, S.S.T., Kok, W.M. (2014). Sexual Behavior and Symptoms among Reproductive Age Chinese Women in Honk Kong. *Journal of Sexual Medicine* 11 (7), 1749 – 1756.
- Lorenz, T.K., Harte, C.B., Meston, C.M. (2015). Changes in Autonomic Nervous system Activity are Associated with Changes in Sexual Function in Women with History of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Sexual Medicine* 12 (7), 1545 – 1554.
- Máthé, R., Mayerová, L. (2009). Niektoré aspekty partnerského a sexuálneho života osôb s nervovosvalovými ochoreniami v kontexte kvality života. *Sexuológia*, 2(9), 16-21.
- Máthé, R., Ritomský, A. (2004) Iniciálne sexuálne aktivity v podmienkach Slovenska. *Sexuológia*, (4) 15–20.
- Melles, R.J., Dewitte, M.D., et al. (2016). Attentional Bias for Pain and Sex, and Automatic Appraisals of Sexual Penetration: Differential Patterns in Dyspareunia vs Vaginismus. *The Journal of Sexual Medicine*, 13 (8), 1255-1262.
- MKN-10, *Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize* (2006). Praha: Bomtom agency, s.r.o.
- Morotti, M., Calanni, L., Gianola, G., Anserini, Venturini, P., Ferrero, P.L. S. (2014). Changes in Sexual Function after Medical or Surgical Termination of Pregnancy. *Journal of Sexual Medicine* 11 (6), 1495- 1504.
- Palečková, D., Jakubek, M. (2011). Neurotizmus a sexuálne správanie. *Sexuológia* 2 (11), 26 – 32.
- Parada, M., Amours, T.D., Amsel, R., Pink, L., Gordon, A., Binik, Y.M. (2015). Clitorodynia: A Descriptive Study of Clitoral Pain. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (8), 1772-1780.
- Pastor, Z. (2016). Co přinesla nová klasifikace DSM-5 ke kategorizaci ženských sexuálních dysfunkcí? *Sexuológia* 1 (16), 13- 17.
- Pazmany, E., Bergeron, S., Verhaeghe, J., Oudenhove, L. Van, Enzlin, P. (2014). Sexual Communication, dyadic Adjustment and Psychosexual Well-Being in Premenopausal Women with Self-reported Dyspareunia and Their Partners: A Controlled Study. *Journal of Sexual Medicine* 11 (7), 1786 – 1797.
- Pečeňák, J., André, I., Vašečková, B. (2014). Schizofrénia a sexuálne dysfunkcie. *Sexuológia* 1 (14), 10 – 13.
- Ptáček, R., Čírtková, L., Žukov, I., Harsa, P. (2009). Rape trauma syndrom. *Sexuológia* 1 (9)

Ribeiro, M.C., Nakamura, M.U., Torloni, M.R., et al. (2014). Treatments of Female Sexuale dysfunction Symptoms during Pregnancy: A Systematic Review of the Literature. *Sexuale Medice Reviews* 2 (1), 1 – 9.

Rush, J. (2000) Handbook of Psychiatric Measures. Washington: *American Psychiatric Pub., Inc.*, 828 s. ISBN 0890424152.

Schmidt, H.Mm, Munder, T., Gerger, H., Fruhauf, S., Barth, J. (2014). Combination of Psychological Intervention and Phosphodiesterase-5 Inhibitors for Erectile Dysfunction: A Narrative Review and Meta- Analysis. *Journal of Sexual Medicine* 11 (6), 1376 – 1391.

Solárová, A. (2014). Vek žien a anorgazmia. *Sexuológia*, 1 (14), 19- 22.

Villeda Sandoval, C.I., Calao, M., at al. (2014). Orgasmic Dysfunction: Prevalence and Risk Factors from a Cohort of Young Females in Mexico. *Journal of Sexual Medicine* 11 (6), 1505- 1511.

Weiss, P. (2002) Poruchy sexuální apetence a jejich terapie. *Sexuologia* 2, 25-27

Weiss, P., Zvěřina, J. (2001). Sexuální chování v ČR – situace a trendy. Praha: Portál

Yong, P.J., Sadownik, L., Brotto, L.A. (2015). Concurrent Deep-Superficial Dyspareunia: Prevalence, Associations and Outcomes in Multidisciplinary Vulvodynia Program. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (1), 219-227.

Zvěřina, J. (2003) . *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: Cerm