

# SEXUOLOGICKÝ PACIENT A PSYCHOLÓG

Mgr. Eva Bernátová, klinická psychologička

Našu ambulanciu v Košiciach navštevujú jednak pacienti, ktorí prichádzajú s psychickými problémami, na druhej strane k nám prichádzajú pacienti, ktorých nazývame súhrnným názvom „sexuologickí“. V tomto príspevku by som Vám chcela priblížiť variáciu problémov, s ktorými prichádza sexuologický pacient do našej ambulancie.

Kto je sexuologický pacient všeobecne predstavovať nemusím. U nás v ambulancii je to osoba, ktorá prichádza s určitou sexuálnou dysfunkciou, nevyjasnenou pohlavnou identitou či s „subnormnou“ sexuálnou preferenciou. Štatistický to je u nás rozdelené nasledovne: Evidovaných pacientov so sexuálnymi dysfunkciami je 173 , z toho 102 mužov a 71 žien. Najčastejšou mužskou sexuálnou dysfunkciou je u nás nedostatočná erekcia (u nás je to 48 mužov) a najčastejšou ženskou je nedostatok sexuálnej túžby (35 žien). S poruchou pohlavnej identity máme evidovaných celkovo 56 pacientov, pričom najčastejšou je transsexualizmus (49 osôb). Poruchy sexuálnej preferencie sú u nás zastúpené najmä sexuálnymi deviantmi, ktorým bola nariadená ochranná liečba sexuologická ambulantom formou a tých je celkovo 58, z toho najčastejšie je zastúpená pedofília (16 pacientov). Dobrovoľne nahlásených sexuálnych deviantov máme troch.

Takto prezentované štatistické údaje sú však veľmi zjednodušeným predstavením toho, akí sexuologickí pacienti našu ambulanciu reálne navštevujú. Ak by sme ich nechali „zaškatuľkovaných“ len v týchto číslach a diagnózach, klamali by sme nie len ich, ale aj seba. Z pohľadu mňa ako relatívne začínajúcej psychologičky, ktorá bola v priebehu štúdií často sýtená diagnózami a štatistickými údajmi by bolo ľahko uveriteľné, že tieto údaje vypovedajú o reálnom stave, nadľahčene povedané „čistých diagnóz“.

Psychologickú a psychiatricko-sexuologickú prax na rozdiel od akademicko-odborných termínov a poznatkov najviac komplikuje komorbidita diagnóz a pridružené menšie či väčšie problémy samotných pacientov. Problém komorbidity sa vyskytuje vo všetkých vyššie spomenutých oblastiach, teda ako u porúch pohlavnej identity, tak aj u porúch sexuálnej preferencie, ale najčastejšie pri sexuálnych dysfunkciách. So sexuálnou problematikou súvisia tieto problémové oblasti: V oblasti partnerstva pozorujeme kvalitu partnerstva, vývoj vzťahu, časté konflikty a hádky, vzájomnú telesnú (ne)príťažlivosť, deti, resp. eventúalna túžba po deťoch, odlišné sexuálne normy a v niektorých prípadoch aj strach z

naviazania sa. V oblasti zamestnania a voľného času je to najmä výrazná prepracovanosť alebo nespokojnosť v práci, prípadne nedostatok voľného času. V oblasti vonkajších rušivých faktorov sa pomerne často vyskytuje strach, že budú vyrušení deťmi, spoločná domácnosť s rodičmi. Vo veľmi častej oblasti ochorení sa objavuje závažné telesné ochorenie, závažné psychické ochorenie alebo vedľajšie účinky liekov. V oblasti závislosti alebo zneužívania sa vyskytuje alkohol, drogy či medikamenty. Sexuálne dysfunkcie bývajú často spojené aj s problémovou oblasťou, ktorú by sme mohli súhrne nazvať sexuálna identita a tá zahŕňa homosexuálne priania, deviantné fantázie alebo rôzne modality správania, prípadne ťažkosti ohľadom vlastnej pohlavnej identity.

To, že sexuologický pacient, ktorý príde do ambulancie má okrem sexuálneho problému aj pridružené problémy z iných oblastí, nie je pri prvom stretnutí hneď zrejmé. Tomu, že o tom začne rozprávať, alebo si to samy všimneme predchádza určitý proces sedení, resp. návštev u doktorky, alebo u mňa.

Proces návštev sexuologického pacienta u nás v ambulancii je nasledovný: Pri prvom stretnutí pacient oboznamuje sexuologičku najčastejšie s určitým problémom, ktorý neurčito popisuje ako problém v spoločnom sexuálnom spolunažívaní s partnerom/partnerkou. Po časovo náročnom úvodnom stretnutí sexuologička zhodnotí nasledovný priebeh terapie pacienta. Možnosti je niekoľko. V niektorých prípadoch je terapia jednoznačná a okrem pravidelných kontrol vyžaduje viac menej len liečbu medikamentóznou. V niektorých prípadoch sexuologička usúdi, že okrem liečby medikamentóznej je vhodná aj liečba terapeutická a v tom prípade odporúča pacienta na návštevu psychológa. V nie menej častých prípadoch je pacient odporúčaný k návšteve psychológa, pričom farmakologická liečba nie je vôbec zahájená. V tomto prípade posielala sexuologička pacienta za mnou a nastupuje priebeh terapie konkrétnej sexuálnej dysfunkcie. Ja osobne sa opieram o terapiu sexuálnych dysfunkcií podľa Mastersa a Johnsonovej, ktorá je založená na slede cvičení, ktoré vykonávajú obidvaja partneri v intímnom domácom prostredí. Postup jednotlivých cvičení som popísala na príklade terapie vaginizmu minulý rok na Labádyho sexuologických dňoch.

Samotná terapeutická intervencia môže ostať v rámci poradenstva alebo sa pohybuje už v rámci terapie konkrétnej sexuálnej dysfunkcie. To sa však nedá presne vymedziť, lebo každé poradenstvo je súčasne aj terapiou a už len prvý rozhovor s oboma partnermi u sexuologičky môže mať terapeutický účinok. Samotný poradenský rozhovor u psychológa, či už jeden alebo viaceré postačujú napr. pri chýbajúcich informáciách (napríklad nedávno prišiel pán, ktorý chcel vedieť aká je štandardná dĺžka penisu, lebo priateľka mu ako dôvody rozchodu uviedla, že jeho penis je malý a ejakuláciu dosiahne príliš rýchlo), znalostiach

normálnej fyziológie sexuálnych procesov, pri problémoch sexuálnej komunikácie (napríklad pacientka trpiaca vaginizmom udala ako podstatnú časť úspechu terapie, keď mohla nahlas a bez hanby sama pred sebou a neskôr aj pred partnerom vysloviť slová súlož, penis, orgazmus), či menších aktuálnych partnerských konfliktoch. Dlhodobejšia terapia je vhodná, keď sexuálna dysfunkcia trvá dlhšie ako pol roka, keď badáme vyhybanie sa sexuálnym situáciám, kvôli strachu zo zlyhania, alebo ak niekoľko sedení zameraných na sexuálne poradenstvo nevedlo k žiadnej zmene. S otázkou, ako postupujeme v prípade, ak sa vyskytuje sexuálny problém súčasne napríklad s problémom partnerským som si v našej ambulancii poradila tak, že sa zameriavam na problém, ktorý je v danej chvíli v popredí. Ak je sexuálny problém rovnako zaťažujúci ako partnerský, volím ako prvú terapiu konkrétnej sexuálnej dysfunkcie, pretože pri zameraní na sexuálnu terapiu sa omnoho rýchlejšie ukáže, či má terapia perspektívu uspieť a či je vôbec účinná. Tento argument si zdôvodnime aj na nasledujúcej kazuistike:

Ambulanciu navštívila v máji 2013 28 ročná pacientka, učiteľka ZŠ. Pri prvom stretnutí s doktorkou uviedla, že má 10 ročný vzťah s o rok starším mužom, s ktorým plánuje o 4 mesiace svadbu. V tom čase však trpela silným stiahnutím svalstva v oblasti vagíny pri pokuse o súlož a z toho dôvodu u nej pohlavný styk nie je možný, resp. ak aj možný je, tak je veľmi bolestivý. Frekvencia pohlavného styku je raz za 4 mesiace. Ďalej uviedla, že má pocit, že partnerov penis je pre ňu príliš veľký a tým, že ma bolesti vlastne stráca chuť na milovanie, skúsenosti s inými mužmi neudávala. Následne jej sexuologička odporučila návštevu psychológa a poslala ju za mnou. Na stretnutí mi povedala niečo viac o svojich problémoch, ktoré následne pacientka doplnila o tieto údaje: Posledné štyri roky 10 ročného vzťahu so svojim snúbencom a prvým sexuálnym partnerom pociťuje pacientka silné bolesti v priebehu pohlavného styku. Od januára 2013, teda zhruba pol rok pred prvou návštevou opisuje pohlavný styk so snúbencom vlastnými slovami takto: „*Pri každom pohlavnom styku sa cítim byť znásilnená, stále to skončí so slzami v očiach, je to pre mňa nočná mora. Ten pocit znásilnenia som zažila už viackrát, hoci som reálne znásilnená iným mužom nikdy nebola. Orgazmus som pri milovaní nikdy nezažila, len pri orálnom styku. 6 rokov predtým som pohlavný styk som vlastne len pretrpela, lebo som čakala na to, že raz to preda len musí prestať bolieť. Svojho snúbenca mám rada a chcem si ho vziať, hoci ako určite chápete, po 10 rokoch to je medzi nami skôr ako kamarátstvo.*“ Z anamnézy pacientky vyberám hlavne to, že rodičia sa rozviedli keď mala 14 rokov, po rozvode bývala s matkou, ktorá bola podľa jej slov „*sekerá*“. Otec tragicky zomrel pri autonehode, keď mala 18 rokov. S matkou mala v období adolescencie chladný vzťah, uviedla: „*občas som ju neznášala, raz som ju aj*

*zachránila, keď ju otec chcel zabiť“*. Výchova v rodine bola striktné náboženská, o sexe sa ani nehovorilo. Podľa slov pacientky jej matka zakázala mať prvý pohlavný styk pred 18 rokom veku, pretože ona sama bola v 18tich tehotná a musela sa vydávať. Snúbenec pacientky ochotne prišiel na stretnutie. Párovú terapiu sexuálnych dysfunkcií, resp. samotné cvičenia sme zahájili po troch stretnutiach, ktorých obsahom bol nácvik relaxácie, nácvik sťahovania svalstva panvového dna a individuálne stretnutie s partnerom. Prešli sme prvé a druhé cvičenie. Na stretnutí, na ktorom sme mali zhodnotiť druhé cvičenie a ktoré bolo vlastne prvé manželské stretnutie, lebo medzitým stihli uzavrieť manželstvo, sa udalosti skomplikovali tým smerom, že partnerka bola nadmieru úzkostná, depresívna, kritická voči sebe a manželovi a do istej miery aj rezignovaná. Na základe okrem iného aj týchto indícií som jej odporučila opätovnú návštevu doktorky, čo však pacientka odmietla z obavy, že jej bude nasadená antidepressívna liečba. Párovú terapiu sexuálnej dysfunkcie som navrhla prerušiť a nahradiť individuálnou terapiou. Tomuto návrhu bola pacientka otvorená a dodnes v tejto individuálnej terapii už rok pokračujeme. V priebehu tohto roka sa však situácia podstatne zmenila. Individuálne stretnutia pomohli pacientke viac sa otvoriť terapii, ponúkli jej možnosť otvorene komunikovať o sexuálnych otázkach, zlepšila sa asertívnosť pacientky v práci aj v bežnom sociálnom kontakte, miera úzkosti a depresie sa podstatne znížila. Čo sa však zmenilo relatívne k lepšiemu bol aj intímny život manželov. Frekvencia pohlavného styku sa zvýšila na jednu súlož v priebehu dvoch týždňov. Slovné spojenie „relatívne k lepšiemu“ som použila schválne z toho dôvodu, pretože pohlavný styk je síce možný, ale naďalej spojený s bolestivými pocitmi a stále ešte niekedy spomenie, že to „*musí pretrpieť*“. Čo je však bohužiaľ na stále rovnakej úrovni ako pred rokom a pol, je absolútna nechúť na pohlavný styk a pacientka sama udáva, „*že keby nebol sex potrebný na plodenie detí, tak by ho vlastne nepotrebovala a nikdy by ho ani nevyžadovala.*“ Zaujímavá je celková dynamika osobnosti pacientky a tiež sexuálne správanie pacientky, ktoré je neštandardné v tom zmysle, že pacientka do istej miery vyhľadáva sexuálny kontakt so svojim manželom, má chuť ho zvádzať, má chuť ho dobýjať a provokovať ho, ale ako náhle on prejaví záujem o sex a na jej zvädzanie reaguje snahou o súlož, pacientka sa automaticky stiahne, ustúpi, chuť na sex stratí, hoci z dôvodu, že sa v súčasnosti aktívne snažia o splodenie dieťaťa s pohlavným stykom súhlasí, aj to však len v ovulačnom období. Vystáva tu otázka, či môže byť toto sexuálne správanie u nej napríklad deviantného charakteru.

Z tejto kazuistiky môžeme názorne vyčítať všetky aspekty a pridružené problémy, ktoré vplyvajú na sexuálny život týchto partnerov a neumožnili pokračovanie v terapii sexuálnych dysfunkcií, respektíve ju prerušili. V tomto prípade je to partnerský sexuálny

nesúlady, ale najmä osobnostné predispozície pacientky, celkové nastavenie na liečbu, striktná náboženská výchova, chladné vzťahy v rodine, nedostatočné informácie a sexuálne skúsenosti, prítomnosť úzkostnej a depresívnej symptomatiky, nízke sebavedomie a sebahodnotenie. A tak v tomto kauzistickom prípade môžeme hovoriť o Pyrrhových víťazstvách, kedy sexuálna terapia síce do istej miery úspešná bola, ale nemôžeme preukázať, že by zlepšila kvalitu sexuálneho a partnerského života mladých manželov. Prognóza vývoja ich vzťahu v oblasti sexuality a manželstva ako takého je podľa môjho názoru neistá.

To všetko je však priestor na pôsobenie psychológa, ktorý by mal byť často enormne vnímavý na všetky podnety a aspekty, ktoré so sexuálnou terapiou súvisia a ktoré do jej priebehu vstupujú. Nie je sexuologický pacient ako pacient a obmedziť jeho problémy len na jednu diagnózu a podľa tejto nastaviť liečbu a terapiu by bolo pre pacienta skôr škodlivé ako prospešné. Veľkou devízou našej ambulancie je podľa môjho názoru priama spolupráca lekára – psychiatra, resp. sexuológa s psychológom. Ak sa títo odborníci dopĺňajú po odbornej stránke, vylúčia súťaživosť a predsudky spojené s odlišnou profesiou a ešte si k tomu ako bonus sadnú aj osobnostne, je to pre pacienta terapeutický koktejl so zaručeným pozitívnym účinkom.