

# Problematyka seksualna w superwizji

29 listopada 2014

Łukasz Müldner-Nieckowski

L.muldner@gmail.com

Tel. 693-557-999

# Tematyka seksualna w superwizji

- Pacjent ma zaburzenie seksualne
- Seksualność pacjenta ma znaczenie w rozumieniu jego psychopatologii
- Terapeuta ma trudność z pracą terapeutyczną nad wątkami dotyczącymi seksualności pacjenta
- Terapeuta w żaden sposób nie odnosi się do seksualności pacjenta
- Pacjent seksualizuje relację z terapeutą
- Terapeuta seksualizuje relację z pacjentem
- Pacjent ma fantazje erotyczne na temat terapeuty i o tym mówi

# Tematyka seksualna w superwizji

- Terapeuta ma fantazje erotyczne lub sny erotyczne na temat pacjenta i mówi o tym superwizorowi
- Pacjent przeżywa uczucia miłosne wobec terapeuty, reaguje seksualnie na terapeutę
- Terapeuta przeżywa uczucia seksualne do pacjenta, reaguje seksualnie na pacjenta
- Terapeuta seksualizuje relację z superwizorem
- Terapeuta przeżywa uczucia miłosne do superwizora, reaguje seksualnie na superwizora
- Superwizor przeżywa uczucia miłosne, reaguje seksualnie na terapeutę lub treści, które wnosi terapeuta, mówiąc o pacjencie

# Postawy wobec seksualności

- O czym należy, a o czym nie należy rozmawiać?
- Co jest zdrowe, a co chore?
- Co jest normalne, a co nienormalne?
- Jakie cechy związane są z męskością i kobiecością?
- Jaka płciowość, orientacja seksualna, preferencje seksualne są prawidłowe?
- Czy rozmowa o seksie nie wkracza zbyt daleko w obszar dyskusji światopoglądowej?
- Kto powinien zajmować się zakłóceniami w sferze seksu?

# Postawy wobec seksualności

Rodzina pochodzenia superwizora

Wykształcenie superwizora

Środowisko superwizora

- **Superwizor**

- **Terapeuta**

Wykształcenie terapeuty

Rodzina pochodzenia terapeuty

- **Pacjent**

Edukacja seksualna pacjenta

Rodzina prokreacyjna pacjenta

Rodzina generacyjna pacjenta

# Zakłócenia procesu terapii i superwizji

- Komunikacja ograniczona przez tabu
  - Pacjentowi, terapeutcie, superwizorowi trudno jest mówić o seksie
    - Racjonalizacja: „brakuje odpowiednich wzorców językowych”
- Brak wiedzy lub błędna wiedza
  - Mity i stereotypy
  - Pomijanie tematu
    - Racjonalizacja: „nie mam wiedzy na ten temat, więc nie rozmawiam”
  - Błędne rozpoznanie sytuacji
  - Przeciwno-opór

# Zakłócenia procesu terapii i superwizji

- Negatywne efekty
  - Nie leczone dysfunkcje seksualne
    - Odstawianie leków
    - Powrót do nałogu
  - Niestosowne odsyłanie pacjenta do seksuologa lub innego lekarza
    - Poczucie niezrozumienia, odrzucenia
  - Brak wiedzy terapeuty na temat orientacji seksualnej i preferencji seksualnych pacjenta
    - brak zrozumienia i poczucia bycia rozumianym
    - Porzucanie terapii

# Zakłócenia procesu terapii i superwizji

- Negatywne efekty
  - Nie ujawniane trudności w relacji partnerskiej
    - Negatywny wpływ partnera na przebieg terapii
  - Nie ujawniana i nieleczone hiperseksualność
    - Ukrywane uzależnienie
  - Nie ujawniane urazy seksualne
    - Brak możliwości pracy nad traumą
  - Korygowanie seksualności pacjenta według koncepcji terapeuty
    - Wzmacnianie stresu mniejszościowego
    - Brak zaufania do terapeuty



# Dlaczego terapeuci nie rozmawiają z pacjentami o ich seksualności?

- Poczucie niekompetencji (zwykle nieracjonalne)
- Zażenowanie, skrępowanie, zauważanie własnych reakcji wstydu i unikanie ich
- Brak świadomości, że pacjent ma w tym zakresie trudności, kiedy spontanicznie o nich nie mówi
- Brak umiejętności opisu różnych aspektów seksualności adekwatnym do sytuacji językiem
- Trudności we własnym życiu seksualnym, np. zahamowanie lub hiperseksualność – skłaniające do unikania tego tematu w kontakcie z pacjentem
- Obawa przed przekroczeniem granic, nieetycznym zachowaniem, byciem o to posądzonym przez pacjenta

# Seksualność

- Tożsamość płciowa
- Orientacja seksualna
- Preferencje seksualne
- Role płciowe
- Zachowania seksualne

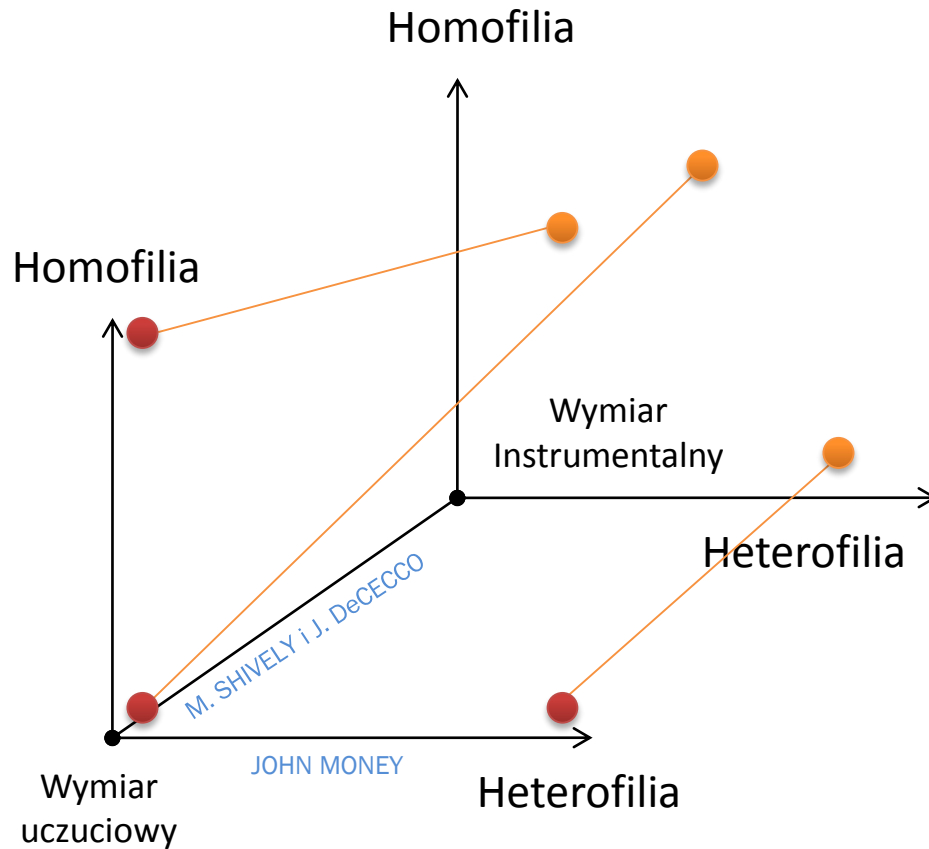
# Zaburzenia seksualne

- Tożsamość płciowa
  - ↓
    - Klinika transpozycji płci
    - Niezróżnicowanie, elementy egodystoniczne
- Orientacja seksualna
  - ↓
    - Niezróżnicowanie
    - Egodystoniczna orientacja, stres mniejszościowy
- Preferencje seksualne
  - ↓
    - Parafilia i zaburzenie parafilne
    - Niedojrzałość seksualna
- Role płciowe
  - ↓
    - Zakłócenia identyfikacji roli płciowej
    - Zakłócone relacje z potencjalnymi partnerami preferowanych płci
- Zachowania seksualne
  - Dysfunkcje seksualne
  - Uzależnienie od zachowań i przeżyć seksualnych

# Zaburzenia identyfikacji płciowej

- Transseksualizm
  - Pragnie życia i akceptacji w roli innej płci
  - Chce operacji, leczenia hormonalnego
  - Co najmniej od 2 lat trwałej tendencji
- Transwestytyzm o typie podwójnej roli
  - Nosi ubrania przeciwnej płci w celu chwilowego doświadczenia przynależności do przeciwnej płci (nie dla pobudzenia seksualnego)
- Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie
  - Niezadowolenie z bycia chłopcem, dziewczynką
  - Odrzucanie męskiej, kobiecej budowy ciała, ról właściwych dla własnej płci
- Transgenderyzm
- Zespół dezaprobaty płci

# Orientacja seksualna



# Zaburzenia związane z orientacją seksualną

- Zaburzenie dojrzewania seksualnego
  - Cierpienie z powodu niepewności co do własnej orientacji – lęk, depresja
- Orientacja seksualna egodystoniczna
  - Pewność co do własnej tożsamości płciowej i orientacji i brak zgody na nie
  - Przede wszystkim: stres mniejszościowy
- Zaburzenia związków seksualnych
  - Niepewność tożsamości płciowej lub preferencji seksualnej prowadzi do trudności w utrzymywaniu związku z partnerem seksualnym

# Orientacja seksualna

- Formowanie się tożsamości homoseksualnej wg **Vivienne Cass**
  - Pomieszanie tożsamości
    - Pierwsza świadomość pozaheteroseksualnych odczuć
    - Niepokój i chaos. Kim jestem?
  - Zestawianie tożsamości
    - Poczucie alienacji i braku przynależności
    - Odczucia homoseksualne zestawione z przekonaniem otoczenia o heteroseksualności
    - Utrata heteronormatywnych celów
    - Odtworzenie ciągłości z tożsamością homoseksualną
  - Tolerancja tożsamości
    - Ujawnienie orientacji przed osobami o tej samej orientacji
    - Kontakty z grupą o tożsamości mniejszościowej
    - Jeśli pozytywne kontakty – szansa na samoakceptację
    - Negatywne doświadczenia mogą zablokować proces
    - Pod koniec tego etapu stwierdzenie „jestem homoseksualny(a)”

# Orientacja seksualna

- Formowanie się tożsamości homoseksualnej wg **Vivienne Cass**
  - Akceptacja tożsamości
    - Faktyczna emocjonalna akceptacja własnej orientacji
    - Zaangażowanie w społeczność LGB
    - Selektywne ujawnianie orientacji przyjaciołom/rodzinie
    - Rozpoznanie społecznej opresji mniejszości
  - Duma z tożsamości
    - Świat dzieli się na homo- i heteroseksualny
    - Samoakceptacja zwiększa dystans między widzeniem siebie a opiniami innych
    - Dewaluacja homofobicznej, heteronormatywnej większości, gniew
    - Aktywizm, dominacja orientacji w tożsamości
    - Częstszy coming out
    - W przypadku akceptacji – przejście do kolejnej fazy, a w przypadku dyskryminacji – fiksacja
  - Synteza tożsamości
    - Podział na osoby wspierające i niewspierające, niezależnie od ich akceptacji
    - Dalsze ujawnianie tożsamości
    - Zmniejszenie gniewu i dystansu
    - Odbudowanie harmonii w zakresie autodefinicji



# Zaburzenia preferencji seksualnych

- Osoba doświadcza powtarzającego się, nasilonego popędu i wyobrażeń seksualnych, dotyczących niezwykłych przedmiotów lub działań
- Osoba realizuje ten popęd **lub** odczuwa z tego powodu wyraźne cierpienie
- Preferencja co najmniej od 6 miesięcy
- **Pojedyncze zachowanie nie świadczy o parafilii**

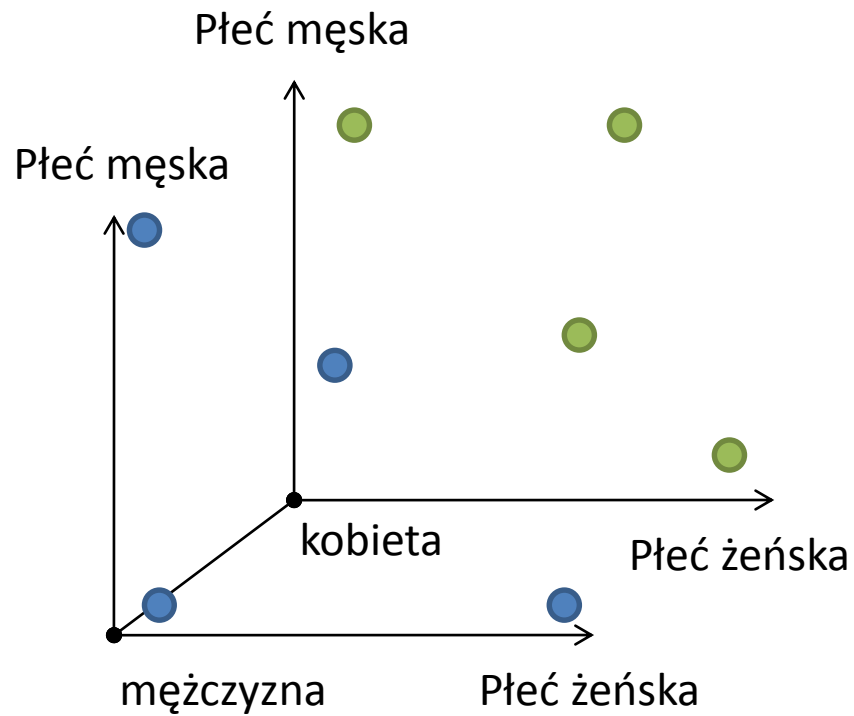
# Zaburzenia preferencji seksualnych

- Fetyszyzm
  - Nieożywiony przedmiot jest najważniejszym źródłem pobudzenia
- Transwestytyzm fetyszystyczny
  - Przebieranie się za przeciwną płć niezbędne do pobudzenia
- Ekshibicjonizm
  - Okazywanie narządów płciowych zaskoczonym obcym osobom
  - Masturbacja
  - Nie występuje zamiar odbycia stosunku z zaskoczoną osobą

# Zaburzenia preferencji seksualnych

- Oglądactwo (voueryzm)
  - Oglądanie ludzi uczestniczących w zachowaniach seksualnych lub intymnych, brak zamiaru ujawnienia się, ani kontaktu
- Pedofilia
  - Utrwalona lub dominująca skłonność do kontaktów z dzieckiem przed pokwitaniem
  - Osoba ma >16 lat i o 5 lat starsza od dziecka
- Sadomasochizm
  - Preferowania doświadczania (masochizm) lub sprawiania (sadyzm): bólu, upokorzenia, krępowania
  - Najważniejsze źródło pobudzenia, niezbędne do gratyfikacji seksualnej

Płeć biologiczna  
Płeć psychiczna  
Płeć socjalna  
Rodzaj – gender



SANDRA BEM  
TEORIA SCHEMATÓW PŁCIOWYCH

**Określony seksualnie/płciowo**  
**Nieokreślony**  
**Androgyniczny**  
**Krzyżowo określony**

# Funkcje zachowań seksualnych

- Funkcja biologiczna – prokreacja
  - Motywacja do wyboru partnera z pobudek biologicznych (genetycznych)
- Funkcja psychologiczna – regulacja napięć popędowych
  - rozkosz, odreagowanie, samoocena, więź
- Funkcja społeczne – tworzenie więzi
  - jeden z głównych motywacji do tworzenia i utrzymywania trwałych, bliskich relacji między obcymi osobami dorosłymi

# Współczesna norma zachowania seksualnego

- Zachowanie seksualne interakcyjne
- Pomiedzy dorosłymi osobami
- Akceptujacymi kontakt seksualny i jego formy
- Motywowane popędem seksualnym
- Nie prowadzące do uszkodzeń ciała
- Nie naruszające norm społecznego współżycia

# Relacja partnerska

- Harmonijny związek
  - Współodczuwanie
  - Współrozumienie
  - Współdziałanie
- Intymność
- Wzajemny szacunek
- Atrakcyjność
- Otwarta komunikacja w zakresie uczuć

# Relacja partnerska

Co jest ważne, żeby relacja seksualna była żywa przez długie lata?

- Komunikacja
- Intymność
- Dbłość o rozwój swój i relacji
- Empatia
- Otwartość na nowe doświadczenia
- Dbłość o atrakcyjność
- Regularność kontaktów seksualnych
- Zadbanie o atmosferę w związku
- Higiena życia – zachowanie czasu dla siebie
- Planowanie wspólnego czasu
- Aktywność fizyczna
- Poczucie bezpieczeństwa
- Podobny system wartości
- Uwodzenie się nawzajem, kokietowanie
- Dopasowanie temperamentu seksualnego
- Podtrzymywanie fantazji, urozmaicanie życia seksualnego fantazjami
- Pielęgnowanie rytuałów i zmiany
- Zaskakiwanie się nawzajem nowymi pomysłami
- Dbanie o potrzeby seksualne drugiej osoby
- Zdrowe uleganie pomysłom partnera



# Dysfunkcje seksualne

- Wg ICD-10
  - Osoba nie jest zdolna do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednich do swoich pragnień.
  - Dysfunkcja występuje często, lecz w pewnych sytuacjach może się nie ujawnić.
  - Dysfunkcja występowała przez co najmniej 6 miesięcy.
  - Dysfunkcji zupełnie nie można przypisać innym zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania wg ICD-10, ani schorzeniom somatycznym (jak zaburzenia endokrynologiczne) czy farmakoterapii
  - Jest to bardzo ograniczająca definicja, gdyż dysfunkcje seksualne towarzyszą większości zaburzeń psychicznych

# Dysfunkcje seksualne

- F52.0 Brak lub utrata potrzeb seksualnych
- F52.1 Awersja seksualna i brak przyjemności seksualnej
- F52.2 Brak reakcji genitalnej
- F52.3 Zaburzenia orgazmu
- F52.4 Wytrysk przedwczesny
- F52.5 Pochwica nieorganiczna
- F52.6 Dyspareunia nieorganiczna
- F52.7 Nadmierny popęd seksualny

# Terapia problemów seksualnych

## Wg modelu PLISSIT

- Model określa etapy interwencji podejmowanych w przypadku zgłoszenia przez pacjenta występowania dysfunkcji seksualnej. Model został opracowany do zastosowania głównie przez lekarzy różnych specjalności, jednak ma zastosowanie także w przypadku pracy psychoterapeutycznej. Osoba lecząca zatrzymuje się na tym etapie, w którym udało się uzyskać korzystną zmianę.

# Terapia problemów seksualnych

## Wg modelu PLISSIT

- **Etap 1.** Dopuszczenie możliwości rozmowy o trudnościach seksualnych. (P)
- **Etap 2.** Rozpoznanie jakiego rodzaju zaburzenia seksualne występują aktualnie u pacjenta.
- **Etap 3.** Zastosowanie ograniczonej psychoedukacji. (LI)
- **Etap 4.** Pogłębienie diagnozy seksuologicznej, zaplanowanie leczenia, terapia ukierunkowana na leczenie danego zaburzenia seksualnego. (SS)
- **Etap 5.** Terapia ukierunkowana na przyczyny powstania zaburzenia seksualnego i czynniki utrzymujące zaburzenie. (IT)

# Terapia problemów seksualnych

- **Etap 1.** Dopuszczenie możliwości rozmowy o trudnościach seksualnych.
  - Obiektywizacja
  - Neutralność
  - Nie wartościowanie
  - Modelowanie nieseksualnej i niemedycznej rozmowy o seksie
  - Przełamanie wstydu

# Terapia problemów seksualnych

- **Etap 2.** Rozpoznanie jakiego rodzaju zaburzenia seksualne występują aktualnie u pacjenta.
  - Zgłoszenie pacjenta
  - Szczegółowy wywiad seksuologiczny
  - Badanie potencjalnych przyczyn zaburzeń
    - Organiczne
    - Psychiatryczne
    - Behawioralne
    - Systemowe
    - Psychodynamiczne
  - Analiza, które z czynników przyczynowych są nadal aktywne

# Terapia problemów seksualnych

- **Etap 3.** Zastosowanie ograniczonej psychoedukacji.
  - Dany problem seksualny
  - Przyczyny danego problemu seksualnego
  - Wiedza na temat zdrowych reakcji seksualnych, budowy ciała, doznań, zachowań itp.
  - Higiena życia seksualnego
  - Obalanie mitów

# Terapia problemów seksualnych

- **Etap 4.** Pogłębienie diagnozy seksuologicznej, zaplanowanie leczenia, terapia ukierunkowana na leczenie danego zaburzenia seksualnego.
  - Terapia behawioralna
  - Terapia treningowa pary
  - Terapia poznawcza
  - Konkretnie procedury związane z planem leczenia
  - Leczenie hiperfilii (uzależnienia od pornografii i seksu)



# Terapia problemów seksualnych

- **Etap 5.** Terapia ukierunkowana na przyczyny powstania zaburzenia seksualnego i czynniki utrzymujące zaburzenie.
  - Terapia psychodynamiczna
    - Mechanizmy osobowości
    - Trauma
    - Tożsamość
    - Zaburzone wzorce przywiązania
  - Terapia poznawcza
    - Stereotypy i inne błędne schematy poznawcze
    - Zaburzone wzorce myślenia, przeżywania, percepcji
    - Uwaga
  - Wątki rozwojowe i seksuologiczne
    - Ustalanie tożsamości, odkrywanie preferencji, poznawanie i akceptacja seksualności
    - Akceptacja seksualności ciała, reakcji seksualnych, odkrywanie potrzeb
  - Terapia pary
    - Rozwiązywanie kryzysów i przewlekłych niezgodności
    - Budowanie zaufania i intymności

# Przygotowanie terapeuty

- **Etap 1.** Dopuszczenie możliwości rozmowy o trudnościach seksualnych. (P)
- **Etap 2.** Rozpoznanie jakiego rodzaju zaburzenia seksualne występują aktualnie u pacjenta.
- **Etap 3.** Zastosowanie ograniczonej psychoedukacji. (LI)
- **Etap 4.** Pogłębienie diagnozy seksuologicznej, zaplanowanie leczenia, terapia ukierunkowana na leczenie danego zaburzenia seksualnego. (SS)
- **Etap 5.** Terapia ukierunkowana na przyczyny powstania zaburzenia seksualnego i czynniki utrzymujące zaburzenie. (IT)
- **Etap 1.** Umiejętność rzeczowej, akceptującej, afirmującej i szanującej intymność rozmowy
- **Etap 2.** Znajomość rozwoju psychoseksualnego. Znajomość fizjologii i psychologii dysfunkcji.
- **Etap 3.** Wiedza na temat zdrowia seksualnego, typowych stereotypów, błędnych przekonań i nawyków.
- **Etap 4.** Znajomość technik terapii treningowej, procedur behawioralnych i poznawczych, umiejętność pracy z parą.
- **Etap 5.** Umiejętność prowadzenia psychoterapii.