

2.2.1. Problem przedwczesnego wytrysku z wykorzystaniem rozumienia systemowego i techniki genogramu

Aleksandra Żyłkowska

WSTĘP

Dysfunkcje seksualne zazwyczaj rozpoczynają się we wczesnej dorosłości, aczkolwiek niektóre z nich mogą wystąpić dopiero w późniejszym okresie życia. Każda dysfunkcja może być spowodowana czynnikami psychologicznymi lub biologicznymi, a także połączeniem ich obu. Dysfunkcja może być obecna u danego pacjenta przez całe jego życie, czyli może mieć charakter pierwotny lub nabyty. Obecność dysfunkcji przez całe życie może znaczyć, że dysfunkcja występuje od początku aktywnego funkcjonowania seksualnego. Dysfunkcja o charakterze nabytym może wskazywać, że w pewnym przedziale czasu pacjent potrafił funkcjonować seksualnie bez danej dysfunkcji. Bardziej odporne na leczenie są dysfunkcje obecne przez całe życie. Dodatkowo, większość dysfunkcji może być uogólniona lub sytuacyjna. Przykładem może być sytuacja, w której pacjent doświadcza przedwczesnego wytrysku z żoną, ale nie ma tej trudności w kontakcie z inną kobietą.

Dysfunkcje seksualne – charakter pierwotny lub nabyty

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE

Zasadniczymi cechami wytrysku przedwczesnego według DSM-5 jest:

- czas trwania (co najmniej sześć miesięcy),
- cierpienie osobiste – diagnoza różnicowa (zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia somatyczne).

Kryteria diagnostyczne wytrysku przedwczesnego według DSM-5

Dodatkowo warto określić charakter dysfunkcji: nabyta (obecna przez całe życie), sytuacyjna (uogólniona).

Nasilenie
dysfunkcji

Przedwczesny wytrysk może mieć swoje nasilenie, które można określić jako:

- łagodne: wytrysk następuje po 30–60 sekund po penetracji,
- umiarkowane: 15–30 sekund po penetracji,
- znaczne: do 15 sekund po penetracji (może przed penetracją).

Pewnym problemem może być praktyczność diagnozowania. Oficjalne kryteria formułują dwa standardy czasowe w przypadku pacjenta z przedwczesnym wytryskiem, które sprowadzają się do „około minuty” i „zbyt wcześnie”. W DSM-5 twierdzi się, że mężczyźni mogą dość dokładnie oszacować czas, jeżeli jest to najwyżej minuta – wydaje się jednak mało prawdopodobne, aby w chwili największego podniecenia ktokolwiek mierzył tę aktywność stoperem. Dlatego w przypadku większości naszych pacjentów można się wystrzeżać zegara i zaakceptować oświadczenie, że „po prostu za szybko kończę”.

Studium
przypadku**Studium przypadku**

W lutym 2019 roku zadzwonił pan Jan w celu umówienia się na konsultację z partnerką, a najlepiej na psychoterapię – oznajmił. Dodał, że może nie być możliwe, aby przyszedł sam, stąd pomysł na psychoterapię par (tak naprawdę problem seksuologiczny jest problemem pary).

Państwo pochodzą z tego samego miasta, poznali się w technikum i zdecydowali wspólnie, że dalszą edukację rozpoczną poza miejscem zamieszkania, rozpoczynając studia w innym, dużym mieście. Ze względu na odległość od miejsca zamieszkania otrzymali lokal socjalny, w którym zamieszkali razem. Pan Jan podczas konsultacji dodał, że problem pojawił się po wspólnym zamieszkanii.

Trudność pierwszy raz wystąpiła u pana Jana 7 lat temu i od tego momentu, z coraz większą częstotliwością pan Jan ma przedwczesny wytrysk – nie ma możliwości odbycia kontaktu seksualnego w parze, co powoduje dużą frustrację i złość u partnerki, a w konsekwencji rozrzedza próby zbliżania się do siebie i zmniejsza u partnerki libido. Wraz z upływem czasu partnerka – pani Krystyna odpycha pana Jana i nie chce kontaktów seksualnych – deklaratywnie.

W celu rozwiązania problemu pan Jan 4 lata temu podjął wraz z partnerką decyzję dotyczącą konsultacji u lekarza seksuologa w celu otrzymania tabletek na opóźnienie wytrysku; na konsultację z lekarzem udał się z partnerką.

Opisując działanie leków, podczas ich stosowania nie zauważył poprawy, a wręcz przeciwnie, zauważył nasilenie się trudności seksuologicznych i po 8 miesiącach zakończył leczenie farmakologiczne; decyzję podjął wraz z lekarzem. Po wykonaniu wielu badań pan Jan otrzymał informację, że jego trudności mogą być psychogenne, ponieważ nie ma żadnych wskazań medycznych, aby pan Jan w młodym wieku mógł mieć takie dolegliwości. Pan Jan dodał, że ta informacja go uspokoiła, natomiast przeraziła partnerkę. Pan Jan szukał pomocy u psychologa za pomocą karty medycznej, którą posiada dzięki zakładowi pracy. Psycholog skierowała go do Instytutu Psychoterapii i Seksuologii ze wskazaniem mojej osoby.

HIPOTEZY WSTĘPNE

Zgodnie z założeniami systemowej terapii rodzin, objaw stabilizuje naruszoną homeostazę systemu rodzinnego. Takim naruszeniem równowagi jest przedwczesny wytrysk u pana Jana. Para znalazła się na przełomie faz – małżeństwo (bez dzieci) a faza środkowa – kryzys adolescencyjny i rodzina z dziećmi opuszczającymi dom. Satysfakcjonujące kontakty seksualne, z możliwością penetracji, konfrontowały pana Jana i panią Krystynę z nieuchronnością odseparowania się od najbliższych, budowaniem własnej autonomii i rodziny. Brak konfrontacji przed separacją/indywiduacją w obrębie pary dawał iluzję gwarancji bycia razem, u czego podstaw występował lęk ujawniający się w postaci dysfunkcji. Symbioza, brak różnicowania się pary spowodowały dysfunkcję jako autonomię – pani Krystyna nie mogła dysfunkcji skontrolować.

Hipotezy wstępne

11 lat życia wg schematu „separacja jest zagrażająca” spowodowało dysfunkcję seksuologiczną, która była jedynym elementem różnicującym w parze. Rozpoczęcie separacji, odkrycie własnej autonomii i własnej odrębności mogło pokazać różnice, które spowodowałyby rozstanie.

Można przypuszczać, że emocje, jakie przeżywali państwo w związku ze zmianą zewnętrzną, jaką było wspólne zamieszkanie (w miejscu wybranym przez panią Krystynę), a także dysfunkcja seksualna pana Jana i w reakcji zmniejszone libido u Pani, nie znajdowały adekwatnego wyrazu w życiu codziennym. Wiele treści wypowiedzianych przez pana Jana i panią Krystynę wskazywało raczej na ignorowanie i powstrzymywanie (na ogół) złości. Jedynie wyrażana przez pana Jana bezradność mogła nasilać u pani Krystyny lęk. Pan Jan odpowiedział komunikatem na poziomie somatycznym, tworząc dysfunkcję seksualną.

Pan Jan „postanowił” zrezygnować z budowania własnej rodziny, chcąc uspokoić matkę, że nie pozostanie ona sama, bez opieki i podtrzymując rolę bycia synem/partnerem matki. Również dysfunkcją kontrolował relację pani Krystyny, „pozwalając jej” być opiekunką własnych rodziców, aby nie musieli oni tworzyć fazy „pustego gniazda”, tym samym konfrontując się ze sobą.

Znaczenie
komunikatów
na poziomie
somatycznym

Przedwczesny wytrysk pana Jana był objawem, który miał wieloraką, ale i ambiwalentną funkcję:

I znaczenie – regresywne:

- pragnienie symbiozy – gwarancji, aby się nie rozstać,
- zaprzestanie separacji/indywidualizacji – odkrycie różnic, mogłoby być niszczące dla zbudowanej koluzji i tym samym zagrażające,
- odzyskanie kontroli poprzez objawy – partnerka bezradna wobec dysfunkcji.

II znaczenie – progresywne:

- zwraca uwagę partnerki na budowanie autonomii w związku,
- rozpoczyna proces separacji/indywidualizacji.

DECYZJE PSYCHOTERAPEUTYCZNE

Decyzje
terapeutyczne

Na pierwsze spotkanie zaprosiłam pana Jana z panią Krystyną, motywowałam mnie zgłaszany telefonicznie problem pana Jana i jego słowa „to problem nas obojga”. Państwo nie posiadają dzieci, stąd nie było konieczności zaproszenia innych osób z rodziny. Czas i przebieg spotkań konsultacyjnych miał być czasem poznania pary, a także specyfiki trudności seksuologicznej, która powstała w ich relacji w momencie wspólnego zamieszkania. Był to również czas poznania pary i prześledzenia momentów separacyjnych – jak one przebiegały, kto i w jaki sposób reagował, kto decydował, aby spróbować zdiagnozować koluzyjne tendencje pary, które mogły wpływać na seksualność. Pani Krystyna z chęcią uczestniczyła z panem Janem w konsultacji, dodała „ładnie tu jest, w tym gabinecie”, niemniej pan Jan wyglądał na wystraszonego – inaczej rozmawiał z terapeutką przez telefon, zgłaszając się na konsultację, a inaczej podczas obecności partnerki.

FAZY PROCESU TERAPEUTYCZNEGO

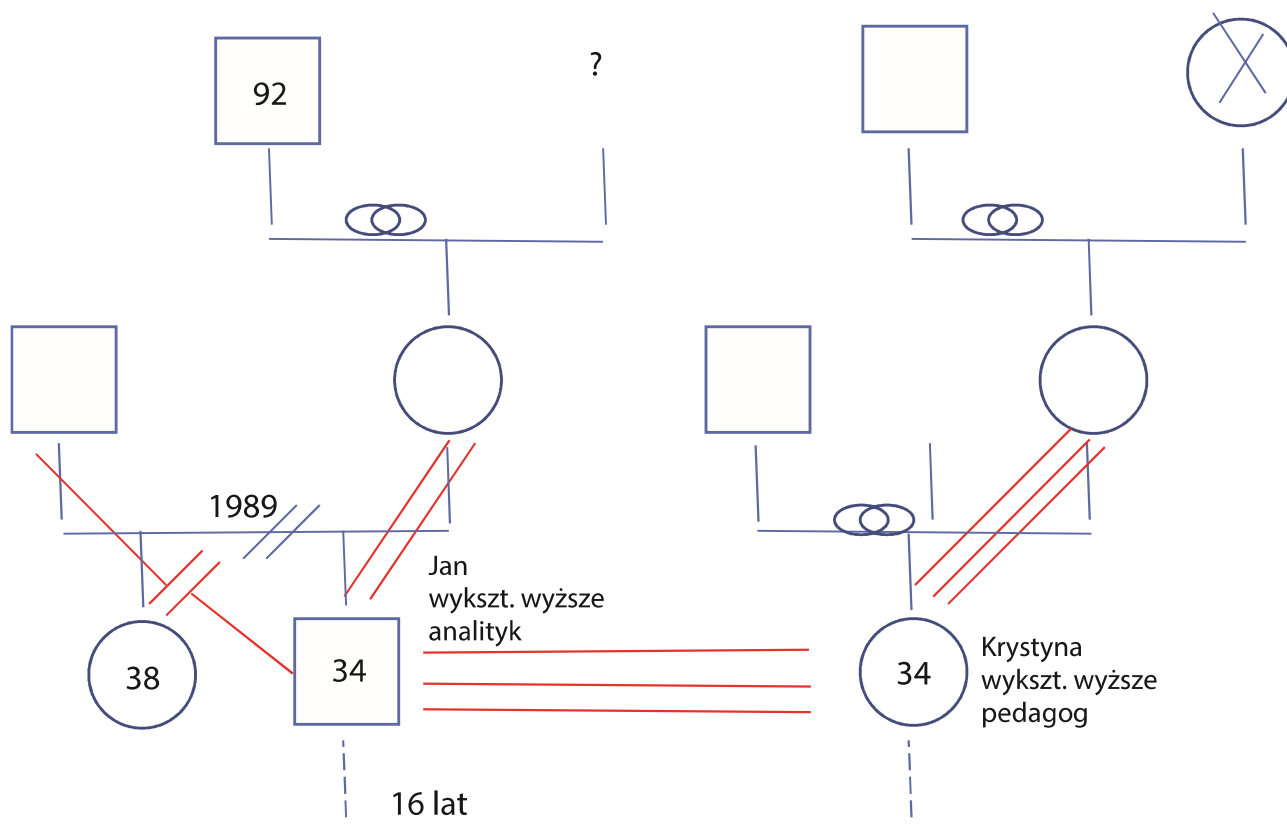
Proces konsultacyjno-terapeutyczny obejmował łącznie 8 spotkań – 3 spotkania konsultacyjne, 5 spotkań terapeutycznych.

Fazy procesu terapeutycznego

Fazy procesu terapeutycznego

- **Faza wstępna:** I, II i III konsultacja miała na celu poznanie się, budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania pomiędzy parą a terapeutką. Faza ta polegała na rozpoznawaniu problemu u pary, badaniu podłoża psychogennych reakcji pana Jana i pani Krystyny (w odpowiedzi na znaczenie objawu), a także nawiązaniu relacji terapeutycznej i budowaniu kontraktu terapeutycznego.
- **Faza diagnostyczna:** II konsultacja, I i III sesja terapeutyczna (licząc od czasu zakończenia konsultacji, a podjęcia terapii) – analizowanie i pogłębianie hipotez wstępnych, a także tworzenie hipotez w oparciu o pogłębianie treści, diagnozowanie problemu w kontekście systemowego rozumienia pary, konfrontacje z aktualną sytuacją pary.
- **Faza złości:** III, IV sesja terapeutyczna – ujawnianie złości na siebie nawzajem (pani Krystyna przytaczała przykłady złości kierowanej na pana Jana, pan Jan nie ujawniał treści wskazujących na złość – objaw to przejaw biernej agresji), a także złości na ważne obiekty, na terapeutę.
- **Faza konfrontacji z własną seksualnością:** II sesja terapeutyczna – psychoedukacja dotycząca bliskości, która sprzyjała zjawisku modelowania, a także miała na celu pogłębienie wiedzy na temat zaburzenia, rozwoju psychoseksualnego człowieka, różnicowanie pary w celu budowania autonomii, budowanie elastycznych granic w systemie pary, kształtowanie ról pełnionych przez parę i nadanie im znaczenia jako wzmocnienie autonomii.
- **Faza separacji:** V sesja – nauka separowania poprzez omówienie emocji, całości procesu, aby budować poczucie domknienia, a także nadać znaczenie kończeniu jako rytuałowi.

Genogram : GENOGRAM:



FAZA WSTĘPNA

Faza wstępna –
pierwsza
konsultacja

Pierwsza konsultacja

Poświęcona była na wypracowanie i sprawdzenie hipotez wstępnych, nawiązanie kontaktu z parą, zrozumienie sposobu przeżywania objawu pana Jana przez samego siebie, np. wpływu na poczucie roli mężczyzny/partnera, a także na panią Krystynę, zebranie informacji o oczekiwaniach i zawarcie kontraktu na 2 kolejne konsultacje.

Skośność relacji :

Konsultacja pokazała skośną relację pomiędzy państwem, raczej relację matka – syn anizeli partnerską. Można to wnioskować ze sformułowań pani Krystyny, takich jak np. „gdzieś tam Jana ciągnę, do teatru na nowe premiery, a czy to lubi, to nie wiem”. Gdy rozmawiali o wizycie u seksuologa, przerywała panu Janowi: „to był wspólny pomysł”, na różnicowanie przez terapeutkę pani odpowiadała: „nie było tak, że jedna osoba na drugą wpływała, szantażowała”,

a pan Jan kiwał głową potwierdzająco. To potwierdziło hipotezę terapeutki dotyczącą braku równej, partnerskiej relacji, co mogło wpływać znacząco na kłopot seksuologiczny. Badając kłopot, pan Jan przytacza sformułowania: „No tak naprawdę nie rozwiązaliśmy naszych problemów, po prostu chcemy to cały czas rozwiązać, ale do tej pory nam się to nie udało, a nie mamy już pomysłów co dalej, dlatego jesteśmy u terapeuty”. W trakcie konsultacji sformułowania przytaczane przez panią Krystynę potwierdzały skośność relacji: „I stwierdziłam, że jednak przyda nam się specjalistyczna pomoc i stąd wybraliśmy się do seksuologa, później psychologa, a teraz jesteśmy tutaj. Wydawało mi się, że seksuolog podszedł profesjonalnie, nie miałam zastrzeżeń, no ale jedynym jego zaleceniem było leczenie lekami, więc nie wydaje mi się, że jest to odpowiedzią na nasz problem. Tak ja czuję przynajmniej”.

Brak równej,
partnerskiej
relacji

Decyzje, które są przedstawiane przez parę jako wspólne, podejmuje pani Krystyna. Na próbę różnicowania podczas konsultacji, poprzez zwrócenie uwagi przez terapeutkę na pana Jana, pani Krystyna reagowała złością, co powodowało wycofanie pana Jana lub komentarz „tak jak Krystyna mówi”. Dodatkowo podczas badania genezy problemu, pani Krystyna wspomina o lęku przed ciążą podczas pierwszych prób kontaktu seksualnego, co może powodować podwójny komunikat – „chcę, ale nie chcę”, co również może wpływać i zwiększać obawy u pana Jana. Pan Jan dodał również, że kiedy stosunek seksualny nie jest po myśli pani Krystyny: „Tak to wygląda z mojej perspektywy, że ja wcześniej skończę, jestem przybity, zrezygnowany, a z drugiej strony Krysia jest wtedy z reguły sfrustrowana, no zła, od razu czuć, że jest napięcie, bo tu mamy złość, jakiś taki smutek wręcz i to jest takie, że z tego nie można nic zrobić, już po prostu pójść do kuchni, napić się wody, wziąć prysznic i pójść spać, odwracając się do siebie plecami. Czasami oczekuję, że kolejnym razem będzie lepiej”. Używanie przez pana Jana sformułowań jak wyżej potwierdza hipotezę o podwójnej komunikacji, której nadawcą jest pani Krystyna.

Podwójna
komunikacja

Oczekiwania co do efektów:

Pan Jan chce zrozumieć podłoże problemu i mieć częstsze kontakty seksualne, w których nie ma przedwczesnego wytrysku, chce również porozmawiać o bliskości i czasie indywidualnym.

Pani Krystyna chce zrozumieć problem i pomóc sobie i związkowi.

Omówienie po sesji

- Konotacja pozytywna – mówienie wprost o kłopotach seksuologicznych, o związku, a także szukanie rozwiązania problemu seksuologicznego pomimo różnych doświadczeń ówczesnych.
- Interpretacja problemu seksuologicznego jako problemu pary na poziomie emocjonalnym – tłumienia emocji.
- Para uwikłana – złane „Ja”; para nie potrafi określić procentów, np. na 100% kontaktów seksualnych ile jest udanych, a ile nieudanych. Pan Jan i pani Krystyna zapytani indywidualnie o cokolwiek, odpowiadają: „bo my”, „u nas”, „my”.
- Rozmycie granicy partnerskiej spowodowało objaw seksuologiczny. Para relacjonuje, że objaw seksuologiczny im przeszkadza, a nie potrafią nic powiedzieć o sobie nawzajem, a jak już wspominają, dopytani, to ściszą głos, zwłaszcza pan w stosunku do pani.
- Nieświadoma walka o zachowanie tożsamości w relacji – własnego „Ja”.
- Problemy z separacją/indywiduacją u obojga partnerów.

FAZA DIAGNOSTYCZNA

Faza
diagnostyczna –
druga konsultacja

Druga konsultacja

Państwo rozpoczęli rozmowę dotyczącą ostatnich dwóch tygodni i wrażeń z pierwszej konsultacji, wypowiedzieli się osobno w kwestii doprecyzowania oczekiwań. Pan Jan dodał, że warto porozmawiać o bliskości w związku i jej braku, pani Krystyna powiedziała, że prześledzenie problemu i jego wpływu na nich jest dobrym pomysłem i o tym możemy rozmawiać. Pan Jan dodał, że chce się wypowiedzieć i posiada przestrzeń na konsultację, a w domu na ogół rozmowa kończy się milczeniem – pani Krystyna dodała, że tak u niej kończy się kłótnię czy wymianę zdań. Komunikat pana Jana terapeutka odbiera jako chęć różnicowania się i budowania autonomii. Pani Krystyna nie zareagowała złością na komunikat pana Jana. Terapeutka nie zatrzymała tej wymiany, skomentowała dynamikę, uznając, że warto się jej przyjrzeć, aby nadać znaczenie złości w dynamice całego procesu. Po pierwszej konsultacji i rozmowie o bliskości i indywidualności w związku państwo zgłaszają motywację do dalszej pracy i ciekawi ich to, czemu poświęcili czas w pierwszej części konsultacji. Podczas konsultacji widoczne jest ważenie słów przez pana Jana i spoglądanie

na panią Krystynę przed ich wypowiedzeniem. Pan Jan dodaje, że obawia się o bezpieczeństwo rozmowy i nie chce urazić pani Krystyny, co może potwierdzać hipotezę o tłumieniu emocji w celu ochrony. Pan Jan dodaje, że czuje strach, gdy zaczyna mówić cokolwiek: „jak na takim kruchym lodzie”. Pan Jan obawia się, mówiąc „mamy historię związkową za nami, mieliśmy trudne momenty i nie chcemy do nich wracać”. Terapeutka postanowiła skupić się na obawach, aby nie zwiększał się opór u pacjentów. Obawy zaprowadziły panią Krystynę do rozmowy o rodzinie, kłótniach i milczeniu kilkudniowym – terapeutka uznała ten objaw za bierną agresję, której pacjentka mogła się nauczyć, niemniej pozostawiła to bez komentarza na etapie konsultacji. Ten wątek zmotywował pana Jana do podzielenia się informacjami o swojej rodzinie i opowiedział o impulsywności matki, awanturach. Rozmowa o kłótni była znacząca dla pojawienia się dalszych informacji, jak np. „Jan szanuje moje uczucia, bo się wycofuję z kłótni”. Komunikat ten może świadczyć o bierności pana Jana. Dodatkowo para po kłótni nie konfrontuje się – brak powrotu do tematu, aż emocje eskalują i pojawi się kolejna kłótnia. W tym momencie trudno było terapeutce różnicować parę, musiała się bardzo pilnować, aby pytanie kierowane do pani Krystyny nie padło przez formę „państwo” – lęk przed różnicowaniem mógł się pojawić również w przeciwprzeniesieniu terapeutki, stąd taka formuła pytania. Kłótnie w parze dotyczą codziennych aktywności domowych, organizowania dnia, wakacji, wyjść indywidualnych, imprez, na które pani Krystyna reaguje kontrolą.

Tłumienie emocji
w celu ochrony

Chęć
różnicowania
się i budowania
autonomii

Podczas rozmowy pan Jan się przejęzyczył – na pytanie, o co pani Krystyna może mieć pretensje, odpowiedział „mama ma pretensje o to, że nieodpowiednio się zachowuję, np. za głośno”. Pan Jan tłumaczył się wtedy przed panią Krystyną niczym nastolatek przed matką. Te przykłady potwierdzają przebywanie pary w kryzysie adolescencyjnym. Pani Krystyna jako matka nakazuje, a pan Jan jako nastolatek się buntuje. Kłótnie o sprawy seksualne – pani Krystyna koryguje myśli pana Jana, wtrącając, że to są „nijakie dyskusje”. Pan mówi o obronie własnej racji, podważaniu myśli drugiej osoby, o oddalaniu się w kłótni i dodaje, że nie ma innego pola, w którym mogliby się oddalić od siebie, np. poprzez hobby czy wyjazd ze znajomymi, ponieważ wszystko robią razem.

Omówienie po sesji

- Różnicowanie my – ja zagrażające dla związku.
- Dysfunkcja seksuologiczna jako nieświadoma ochrona przed złaniem, budująca poczucie autonomii.