

## Postępy w leczeniu zaburzeń seksualnych

*Advances in the treatment of sexual dysfunctions*

ZBIGNIEW LEW-STAROWICZ

*Z Instytutu Seksuologii w Warszawie*

**STRESZCZENIE:** *Praca omawia nowe koncepcje i metody leczenia zaburzeń seksualnych: treningowe, psychoterapeutyczne, farmakologiczne, pompy próżniowe, operacyjne - ich skuteczność i następstwa.*

**SUMMARY:** *The paper deals with new theoretical approaches to sexual dysfunctions, and with recent methods of treatment including: training, psychotherapy, pharmacotherapy, vacuum pumps, surgery. Their efficacy and consequences are also discussed.*

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia seksualne/ leczenie

**Key-words:** sexual dysfunctions/ treatment

---

### KIERUNKI ROZWOJU

Termin "terapia seksualna" (*sex therapy*) zaczęła upowszechniać się w piśmiennictwie światowym od 1970 roku, kiedy została opublikowana praca pary badaczy ze Szkoły Medycznej Uniwersytetu St. Louis w Waszyngtonie - Mastersa i Johnson pt.: "Niedobór seksualny człowieka". Opracowane w niej metody treningowe leczenia dysfunkcji seksualnych stały się źródłem przełomu w seksuologii i przyczyniły się do zwiększenia skuteczności leczenia psychogennych zaburzeń seksualnych. Od tego czasu pojawiły się nowe szkoły i metody leczenia zaburzeń psychogennych, o których szerzej piszę w swojej monografii (Lew-Starowicz 1991). W ostatnich latach w terapii zaburzeń seksualnych mamy do czynienia z niebywale dynamicznym rozwojem, który obejmuje rozbudowę metod diagnostycznych, metod leczenia zaburzeń na tle psychogennym i organicznym, placówek lecznictwa seksuologicznego w różnych regionach świata. Uczestnicząc w XI Światowym Kongresie Seksuologii, który odbył się w Rio de Janeiro w okresie od 30.05 - 6.06, 1993 r. mogłem się przekonać, jak w wielu krajach Ameryki Południowej i Środkowej

wzrosła kadra specjalistów i placówek zajmujących się terapią seksualną. Z samej Brazylii przyjechało na Kongres ponad 300 specjalistów. Poza placówkami seksuologicznymi, leczeniem zaburzeń seksualnych zajmują się specjaliści z innych dziedzin medycyny, głównie psychiatrzy, urolodzy, ginekolodzy.

W Polsce w ostatnich latach obserwuje się również dynamiczny rozwój kadry specjalistów i placówek zajmujących się leczeniem zaburzeń seksualnych, ale w potocznej opinii złożoność diagnozowania i leczenia tych zaburzeń jest znana słabo. Często seksuologów utożsamia się z wąsko wyspecjalizowanymi terapeutami od usuwania objawów chorobowych, a krytycznie nastawione osoby postrzegają ich jako "orgazmologów". Terapia seksualna obejmuje jednak znacznie szerszy zakres oddziaływania aniżeli usuwanie objawów chorobowych. Sapire (1990) cele tej terapii określa następująco:

- doskonalenie jakości relacji partnerskich, reaktywności seksualnej i satysfakcji ze współżycia seksualnego,
- zwiększanie i rozwijanie znajomości ciała,
- przeciwdziałanie mitom, stereotypom, zakłóconemu postrzeganiu ciała i obrazu własnej osoby,

- zwiększanie zakresu doświadczeń seksualnych,
- zwiększanie doznań erotycznych, zmysłowych,
- pomoc w rozładowywaniu napięć, lęków,
- pomniejszanie czynników hamujących i blokujących oraz zwiększanie czynników pozytywnych w życiu seksualnym,
- kreowanie sytuacji, w których partnerzy mogą werbalnie i pozawerbalnie wyrażać swoje doznania, uczucia, rozładowywać lęki i napięcia.

Terapeuci zaburzeń seksualnych miewają również dylematy natury moralnej wiążące się ze światopoglądem (Gudorf 1993), specyfiką relacji erotycznej w trakcie przebiegu leczenia (Lew-Starowicz 1987, 1992). Z kolei upowszechnianie nowych metod leczenia wiąże się z kreowaniem mitów i obaw i tak np. protezy członka i iniekcje do ciał jamistych zwiększyły w dużym stopniu skuteczność leczenia impotencji, ale przyczyniły się do powstania mitu "perfekcyjnego członka" i obaw przed obcym ciałem w członku (Tiefer 1986, 1991).

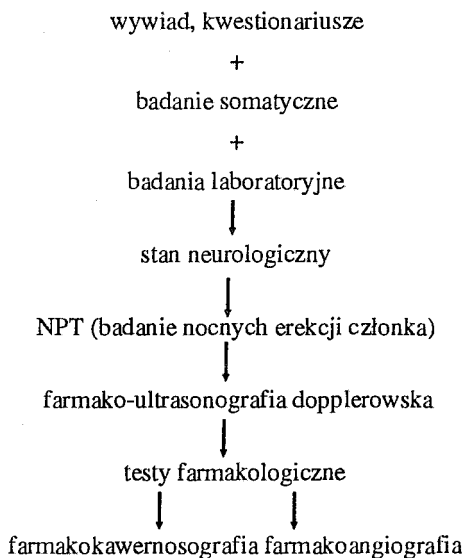
W ostatnich latach obserwuje się zmiany w terapii seksualnej. Leiblum i Rosen (1989) zaliczają do nich następujące:

1. *Wzrost "umedycznienia" leczenia.* Zwiększa się znaczenie specjalistów - lekarzy o różnych specjalnościach. Wpłynął na to dynamiczny rozwój aparatury diagnostycznej, obserwowany wzrost wpływu leków i chorób na powstawanie zaburzeń seksualnych, coraz częstsze rozpoznawanie tła organicznego zaburzeń seksualnych. Spostrzeżenie to znajduje potwierdzenie w licznych badaniach i np. o ile w latach 70 w przypadkach impotencji tło psychogenne przypisywano w 80-90% przypadków, to obecnie rozpoznaje się je u 15-20% ogółu pacjentów z tym rozpoznaniem (Stief 1989, Jonas 1991, Win- cze 1991, Rosen 1992).
2. *Wprowadzenie nowych metod leczenia farmakologicznego* (głównie afrodyzjaków, iniekcji do ciał jamistych członka) mechanoterapii, metod chirurgicznych. To również

przyczynia się do "umedycznienia" leczenia seksuologicznego.

3. Teoria systemów, relacji z obiektem, leczenie bezpośrednich i odległych następstw przemocy seksualnej wiążą się z *upowszechnianiem nowych metod psychoterapii* wymagających specjalnego wykształcenia.
4. Problem AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową przyczynił się do konieczności *zwiększenia kadry seksuologów i rozbudowy placówek leczenia seksuologicznego oraz programów edukacji seksualnej.*

Dzięki rozwojowi metod diagnostycznych, zwiększył się zakres skuteczności leczenia zaburzeń seksualnych, zwłaszcza impotencji. W wielu placówkach leczenia wykonuje się rutynowe badania z zastosowaniem aparatury i specjalnych preparatów. Dla przykładu podam "piramidę diagnostyczną" stosowaną w przypadku impotencji (Jonas 1991):



Upowszechnianiu się metod diagnostycznych i nowych metod leczenia zaburzeń seksualnych towarzyszy zróżnicowanie form pracy specjalistów - terapeutów zaburzeń seksual-

nych. O ile w latach 1970 - 1980 dominowały metody treningowe, to obecnie stosowane są częściej różne metody psychoterapii, farmakoterapii, operacyjne itp. Z badań Coopera (1986) wynika, że na 145 specjalistów - 111 stosuje w leczeniu zaburzeń seksualnych kilka metod leczenia, a jedynie 18% - metody behawioralne.

Obecnie przejdę do zwięzłego przedstawienia metod leczenia zaburzeń seksualnych stosowanych w latach 90.

## NOWE METODY

### Metody treningowe

Większość terapeutów opiera się na metodach opracowanych przez szkołę Masters-Johnson (1970) i Kaplan (1974,1979), Zdaniem Coopera (1986), w samej Anglii wśród stosujących metody treningowe aż 86% terapeutów opiera się na wymienionych szkołach. Ich cele i metody omawiam szerzej w innych swoich pracach (1991, 1993). Zasady sprowadzają się do kilku następujących: odkrycie ognisk zmysłowych, specyficzne metody dla danego zaburzenia, udział partnera w leczeniu, poprawa komunikacji między partnerami, leczenie prowadzone przez 2 terapeutów (ale nie jest to stosowane we wszystkich placówkach).

Istnieją również nowe metody treningowe opracowane przez innych badaczy. Np. Rouleau (1989) wprowadził do leczenia opóźnionego wytrysku nasienia siedmioetapową metodę treningową:

- 
- etap 1 - w trakcie snu pacjenta jego partnerka pobudza członek do wytrysku ręką lub ustami,
  - etap 2 - pacjent masturbuje się rano, po obudzeniu się
  - etap 3 - pacjent masturbuje się w obecności partnerki
  - etap 4 - partnerka pomaga partnerowi w masturbowaniu się
  - etap 5 - pacjent ma wytrysk nasienia na ciele partnerki, nie w pochwie
  - etap 6 - pacjent ma wytrysk nasienia w pobliżu pochwy partnerki

etap 7 - pacjent ma wytrysk nasienia w pochwie partnerki.

---

Różne nowe metody treningowe tego typu są publikowane w specjalistycznych pracach. Podane są też dokładnie ich warianty i metody kontroli przebiegu leczenia. Należy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że część pacjentów nie akceptuje tych metod z przyczyn estetycznych, emocjonalnych, wyznaniowych, a także z powodu niechęci partnerki do współudziału w nich. Stwierdzić trzeba, że obecnie dostępny jest szeroki wachlarz metod treningowych dostosowanych do specyfiki zaburzenia i reaktywności seksualnej pacjenta. Metody treningowe zapewne przez długi jeszcze czas będą jedną z najczęściej stosowanych metod leczenia w psychogennych zaburzeniach seksualnych - ale nie tylko w nich. Opracowane są metody treningowe stosowane u pacjentów niepełnosprawnych np. po urazach rdzenia kręgowego, po przebytych zawałach mięśnia sercowego, po wylewach itd. (por. Lew-Starowicz, 1992 [13]).

### Psychoterapia

W leczeniu zaburzeń seksualnych nadal są stosowane różne metody psychoterapii, opisane szerzej w innej pracy (Lew-Starowicz 1991). W ostatnich latach obserwuje się upowszechnianie metod psychoterapii grupowej stosowanej wobec mężczyzn, kobiet, związków partnerskich, osób zorientowanych homoseksualnie, ofiar i sprawców przestępstw seksualnych (Cole i Dryden 1988, Friedrich 1991, Maletzky 1991).

### Farmakoterapia

Poza tradycyjnie dotąd stosowanymi lekami (Lew-Starowicz 1991) upowszechnia się wykorzystanie w przypadku zbyt wczesnych wytrysków nasienia: klomipraminy, Triptafenu (perfenazyna + amitryptylina), beta-blokerów, a w opóźnieniu lub w przypadku braku wytrysków nasienia - efedryny i mitodryny (Cole

i Dryden 1986, Leiblum i Rosen 1989, 1992). W leczeniu impotencji obiecujące są wyniki stosowania muirapuamy - tradycyjnego leku Indian Amazonii (Charam 1993). Jednak największą popularnością w leczeniu impotencji cieszą się preparaty wprowadzane do ciał jamistych członka i piśmiennictwo na ten temat jest obecnie bardzo bogate. Ta metoda leczenia datuje się od 1973 roku, kiedy upowszechnił ją Vaclav Michal z Pragi. Dalszy jej postęp zawdzięczamy Ebbehajowi (1975), Bridleyowi (1975), Viragowi (1982), Ottesonowi (1984). Poniższa tabela przedstawia leki, które były kolejno stosowane (Wagner, Kaplan 1993):

---



---

1982 - papaweryna
1983 - phenoxybenzamina
1984 - papaweryna/phentolamina
1986 - prostaglandyna E <sub>1</sub>
1989 - thymoxamina
1991 - papaweryna /prostaglandyna E <sub>1</sub> / phentolamina

---



---

Z badań przeprowadzonych w różnych ośrodkach wynika, że leczenie impotencji w formie iniekcji do ciał jamistych członka okazało się bardzo skuteczne, a także ułatwia rozpoznawanie przyczyn impotencji. Z danych przedstawionych przez Gregoire (1992) wynika, że odsetek poprawy wynosi 60-76%.

Z metodami tymi wiążą się niekiedy również negatywne następstwa. W przypadku papaweryny przedłużoną erekcją członka rozpoznano u około 10% leczonych, a w przypadku prostaglandyny E<sub>1</sub> bolesność i dyskomfort członka u 17-40% pacjentów (Schramek 1990, Jonas 1991, Gregoire 1992). W przypadku pojawienia się w następstwie iniekcji przedłużonej erekcji członka zaleca się stosowanie antidotum: 0,03 mg epinefryny, 2,0 mg metaraminolu lub 5-20 mg Etilerfrine. Mogą również pojawić się zaburzenia psychiczne (Wagner, Kaplan 1992) np. fobie, pogorszenie stanu pacjentów paranoidalnych. Cytowani autorzy opisują przypadek, gdy u pacjenta o orientacji

homoseksualnej pragnącego współżyć ze swoją żoną, po autoiniekcji wystąpił zespół depresyjny. W przypadku impotencji psychogennej zalecają oni umiar i ostrożność.

Należy przypuszczać, że leczenie impotencji iniekcjami do ciał jamistych członka będzie coraz częściej stosowaną metodą, również w przypadku tła psychogenne. Z moich doświadczeń wynika, że stosowanie prostaglandyny E jest trudne do upowszechnienia ze względu na cenę (jedna ampulka kosztuje 700 000 zł.).

### Pompy próżniowe

Ta stosunkowo prosta metoda leczenia impotencji szybko zyskuje popularność, szczególnie w przypadkach na tle organicznym. Jej skuteczność ocenia się na 60-80% (Gregoire 1992, Cookson 1993). Według Althof i Turnera (1992) jest ona zalecana w przypadkach impotencji neurogennej, naczyniopochodnej, a także psychogennej. Akceptowana jest przez 80-95% leczonych. Może wydłużać czas stosunku do 30 minut. Negatywnymi następstwami mogą być: blokada wytrysku, krwiak, wciągnięcie moszny. U moich pacjentów nie zetknąłem się dotąd z tego typu następstwami.

### Metody operacyjne

Obejmują one wprowadzenie protez członka oraz zabiegi operacyjne w przypadku impotencji naczyniopochodnej. Ograniczę się do omówienia zastosowania protez członka. Metoda ta zyskuje popularność i jest stosowana również w Polsce. Melman i Tiefer (1992) stwierdzają, że w przypadku jej zastosowania winny być uwzględnione odpowiednie kryteria doboru pacjentów. Z psychicznego punktu widzenia należą do nich: dobry stan zdrowia psychicznego, udany związek partnerski, dobra wzajemna komunikacja partnerów, realistyczne postrzeganie aktywności seksualnej po zabiegu i wspólna, dojrzała motywacja partnerów do przeprowadzenia tego typu zabiegu. Z analizy 14 publikacji (cyt. za Jones 1991) wynika, że

odsetek usatysfakcjonowanych zabiegiem pacjentów obejmuje 47-100%, a rozczarowanych nim - 1-23%.

### Inne metody

Nową, dynamicznie rozwijającą się dziedziną terapii seksualnej, głównie w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej jest leczenie osób dokonujących przestępstw seksualnych oraz ich ofiar. Istnieje bogate piśmiennictwo na ten temat. Powstały liczne fachowe placówki lecznicze, a na kolejnych regionalnych i światowych zjazdach naukowych dokonuje się wymiana doświadczeń. Tego rodzaju terapia seksualna jest u nas mało znana, lecz zasługuje na odrębne, szersze omówienie.

### PIŚMIENNICTWO

- Althof S., Turner L.: Self-injection therapy and external vacuum devices in the treatment of erectile dysfunction: methods and outcome. W: Rosen R. and Leiblum S. (eds.): *Erectile disorders. Assessment and treatment.* The Guildorf Press, New York and London 1993, 283-309.
- Charam I.: Biochemical and pharmacological action of Muirapuama (*Ptychopetalum Olacoides*), a plant used in erectile dysfunction Book of Abstracts XI World Congress of Sexuology, Rio de Janeiro 1993, 253.
- Cole M., Dryden W. (eds.): *Sex therapy in Britain.* Open Univer. Press, Milton Keynes. Philadelphia 1988.
- Cookson M., Nadig P.: Long-term results with vacuum construction device. *The Journal of Urology* 1993, 149, 290-294.
- Cooper G.: *Survey of sex therapists in Britain.* Training and Consultancy Services. Birmingham 1986.
- Friedrich W.: *Casebook of sexual abuse treatment.* W W. Norton Co. New York and London 1991.
- Gregoire A.: New Treatment for erectile impotence. *Brit J. Psychiatry* 1992, 160, 315-326.
- Gudorf Ch.: Dysfunkcja seksualna, a katolicka tradycja moralna. *Seksuologia* 1993, 1, 5-11.
- Jonas U., Thon W., Stief C. (eds.): *Erectile dysfunction.* Springer-Verlag, Berlin 1991.
- Leiblum S., Rosen R. (eds.): *Principles and practice of sex therapy.* The Guilford Press, New York and London 1989.
- Lew-Starowicz Z.: Seksualne problemy w relacji pacjent- lekarz. *Gin.Pol.* 1987, LVIII, 2, 119-124.
- Lew-Starowicz Z.: *Leczenie nerwic seksualnych.* PZWL. Warszawa 1991
- Lew-Starowicz Z.: Seksualne relacje między terapeutami a pacjentami. *Post. Rehab.* 1992, VI, 2, 91-95.
- Lew-Starowicz Z. (red.): *Problemy seksualne w różnych specjalnościach lekarskich,* PZWL, Warszawa 1992.
- Lew-Starowicz Z.: *Atlas terapii seksualnej.* LEO-BOOK, Warszawa 1993.
- Kaplan H.: *The new sex therapy.* Bailliere Tindall, London 1974.
- Kaplan H.: *The illustrated manual of sex therapy.* Brunner/Mazel, Publ. New York 1987.
- Maletzky B.: *Treating the sexual offender.* Sage Publ. London 1991.
- Melman A., Tifer L.: *Surgery for erectile disorders: operative procedures and psychological issues.* W: Rosen R. and Leiblum S. (eds.): *Erectile disorders. Assessment and treatment.* The Guildorf Press, New York and London 1992, 255-282.
- Rosen R., Leiblum S. (eds.): *Erectile disorders. Assessment and treatment.* The Guildorf Press, New York and London 1992, 255-282.
- Rouleau J.: *Sexotherapy and disorders of ejaculation.* *Acta Urologica* 1989, 57, 1, 191-194.
- Sapire K.: *Contraception and sexuality in health and disease* McGraw-Hill Book Co. London 1990.
- Schramek P.: *Prostaglandin Ein erectile dysfunction.* *Brit. J. Urology* 1990, 65, 68-71.
- Stief C.: *Primary erectile dysfunction.* *J. Urol.* 1989, 141, 315-319.
- Tiefer L.: *In pursuit of the perfect penis: the medicalization of male sexualit.* *Amer. Behavioral Scientist* 1986, 29, 579-599.
- Tiefer L.: *Follow-up of patients and partners experiencing penile prosthesis repairs, removals and replacement.* *J. of Sex and Marital Therapy* 1991, 17, 113-128.
- Wagner G., Kaplan H.: *The new injection treatment for impotence Medical and psychological aspects.* Brunner/Mazel Publ. New York 1993.
- Wincze J., Carey M.: *Sexual dysfunction. A guide for assessment and treatment.* The Guilford Press, New York and London 1991.

*Adres: Prof. Zbigniew Lew-Starowicz, Instytut Seksuologii Pl. Trzech Krzyży 16, 00-499 Warszawa*