

PST u jednotlivých psychiatrických diagnóz



Hana Přikrylová Kučerová

Psychiatrická klinika LF MU Brno

Indikace PST

- **PSYCHICKÉ PORUCHY PŘI ZÁVISLOSTECH NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH (F10-19)**
- **SCHIZOFRENNÍ PORUCHY (F20-29)**
- **AFEKTIVNÍ PORUCHY (F30-39)**
- **NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOFORNÍ PORUCHY (F 40-48) A PORUCHY OSOBNOSTI (F60-69)**

PST u F10-19

(Duševní poruchy a poruchy vědomí vyvolané účinkem návykových látek)

- kombinace individuální a skupinové formy
 - další pracovní a rehabilitační činnosti
- spolupráce s partnery a členy rodiny v rámci manželské a rodinné terapie
- na změnu postojů, restituci a resocializaci osobnosti – tvorbu nového životního stylu, hodnot, hledání konstruktivních řešení emočních a interpersonálních konfliktů, zvládání pocitů neúspěchu, viny, práce se sebeúctou
- důležitým momentem
 - je dobrovolnost léčby
 - respekt k režimu léčby
 - pacientovo důsledné dodržování pravidel s ním spojených

PST u F10-19

(Duševní poruchy a poruchy vědomí vyvolané účinkem návykových látek)

- socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny a terapeutické komunity, umístěné mimo městské aglomerace
- **terapeutická komunita**: nutný je aktivní přístup pacienta, jasná a konkrétní pravidla pobytu, účinnost je často přímo závislá na délce pobytu (od 3-4 měsíců až po rok i déle) a není vhodná pro všechny závislé
- **KBT techniky**: **semafor** (červená – zastavit, uvažovat, oranžová – zvážit možnosti, zelená – rozhodnout se a vyhodnotit výsledek), **třístupňová obrana** - analýza řetězců myšlenek, spouštěčů, chování vedoucí k bažení (craving), recidivě a debaklu (nové upadnutí do závislosti) a přerušení těchto řetězců
- **rodinná terapie**: řešení problémů týkajících se **pseudoindividuace**, **triangulace** (koalice pacienta s jedním s rodičů) a tzv. rozmělnění (**enmeshment**) – nepřiměřeného přebírání odpovědnosti za jiného člena rodiny
 - jak: tréninkem komunikace
- **edukace**

PST u F20-29 (Schizofrenní poruchy)

- priorita - vytvoření a udržení nosného **terapeutického vztahu**
 - který pro pacienta znamená opěrný bod reality
 - a novou zkušenost spolehlivých a bezpečných mezilidských vazeb
- důležitým momentem je překonat pacientův hluboký pocit osamocení a získat jeho důvěru
 - Terapeut se stává spojencem pacienta, zprostředkovává mu zkušenosti se sebou samým zároveň v rovině normálního reagování a zároveň v rámci pacientova patologického uvažování.
- Postupně se terapeut snaží vyvést pacienta z jeho abnormní závislosti na terapeutovi a orientovat ho na další cíle a objekty významné pro saturaci pacientových potřeb.

PST u F20-29 (Schizofrenní poruchy)

- **podpůrná** – orientovaná na realitu (různé PST směry)
- **nácviková, psychosociální intervence** – psychoedukace, kognitivní rehabilitace, nácvik sociálních dovedností (KBT, rodinná terapie)

PST u F20-29 (Schizofrenní poruchy)

- **rodinná psychoterapie a psychoedukace:** podstatná složka PST schizofrenie. Nemoc narušuje rodinný systém. Cílem PST je tvorba „příznivého klima“, podpora a edukace členů rodiny.
- **psychoedukace** rodiny je pak zaměřena informace o nemoci, rozpoznání hrozícího relapsu, důraz na užívání medikace, trénink komunikace a konstruktivního zvládnání problémů, podpora nezávislého fungování rodiny

PST u F20-29 (Schizofrenní poruchy)

- přístupy KBT:
 - celkové zklidnění pacienta, přijetí nemoci, odstranění úzkostného způsobu myšlení, úprava maladaptivních vzorců chování, nácvik relaxace, trénink kognitivních funkcí, nácvik dovedností potřebných k sebeobstarání a životu ve společnosti
 - Více se soustředí uje na dlouhodobě postižené pacienty.

PST u F20-29 (Schizofrenní poruchy)

- **nácvik sociálních dovedností:**
 - většina pacientů nemá dostačující sociální kompetence nutné pro běžný mezilidský kontakt
 - obtížně rozpoznávají důležité sociální prvky komunikace a tyto prvky zpravidla ani „nevysílají“
 - jak: **systematickým nácvikem** – hraním rolí, modelováním běžných situací se u pacientů adresně tyto kompetence posilují, např. schopnost najít kompromisní řešení, umět pochválit, projevit negativní emoce, uvědomovat si neverbální komunikaci, aktivně naslouchat, začít, udržet a ukončit rozhovor,...
 - většinou se pracuje ve skupině 6-8 pacientů

PST u F20-29 (Schizofrenní poruchy)

- **individuální forma PST** se dle Praška (2003) zaměřuje se na:
 - pomoc pacientovi porozumět, co se s ním děje
 - tvorbu pocitu bezpečí a důvěry v sebe i svět kolem
 - posílení pocitu kontroly na svém životem
 - posílení jeho samostatnosti a sebeúcty
 - ohraničení patologických prožitků pacienta
 - vytýčení jasných a dosažitelných cílů
 - obnovu žebříčku hodnot
 - podporu rodiny -
 - opírat se spíše o kognitivní než emocionální prvky
 - stimulace pacienta - vyhýbat se nadměrné nebo nedostatečné stimulaci
 - vnímat pacienta jako člověka a nikoli jako soubor příznaků

PST u F30-39 (Afektivní poruchy)

- kombinace farmakoterapie a psychoterapie
 - psychoterapie dle mnoha autorů hraje u těchto dg roli spíše podpůrnou
 - komorbidní porucha osobnosti narušuje PST
- uplatňuje se zvláště: **KBT, interpersonální PST, manželská terapie** (matrimoniální problémy jsou často na pozadí probíhající deprese), **krátká dynamická PST** (odhalení a řešení konfliktů, nemá však diagnóze specifické techniky), **Rogersovská PST, psychoedukace**
- důležitými faktory pro výběr formy PST jsou:
 - hloubka deprese, komorbidita, inteligence, osobnost nemocného, jeho vlastní přání a představy

PST u F30-39 (Afektivní poruchy)

- nejčastěji se ve fázi přípravy na běžný život používají metody KBT
 - **přecvičování nežádoucího chování, změna myšlení a postojů, rozšíření repertoáru adaptivního chování** (imitace pozitivních vzorů, uplatnění toho, co se pacient naučil v terapii v běžné situaci pomocí domácích úkolů,...)
- terapeut se především zaměřuje na aktuální situaci nemocného, dává důraz na to, že jeho stav je jen přechodně zhoršený
- většina odborníků je toho názoru, že u depresí není žádná forma **PST** kontraindikací, citlivé PST vedení **má vždy smysl!!!**

PST u F30-39 (Afektivní poruchy)

- při skupinové formě PST terapeut:
 - postupuje citlivě
 - nenutí pacienty se verbálně příliš projevovat
 - emocionální vazba na skupinu (a tedy i její léčebný efekt) se vytváří i pouhou přítomností na skupině
- jsou vhodné opatrné tématické hovory o obecných otázkách souvisejících s onemocněním
 - např. stav po léčbě, přechodnost afektivních poruch,..atp.
- rozbor suicidálních myšlenek na skupině se příliš nedoporučuje

PST u F40-49 (Neurotické, stresem vyvolané a somatoformní poruchy)

- diagnostická skupina, kde je PST základní a hlavní metodou léčby stejně jako u diagnóz F60 – 69 (Poruchy osobnosti) !!!

PST u F40-49

(Neurotické, stresem vyvolané a somatoformní poruchy)

- **NEURASTENIE** – podpůrná PST, důležité je se vyhnout dohadování o příčinách poruchy
 - racionální PST - úprava životosprávy a neurotizujícího životního stylu
 - empatický rozhovor
 - dynamické směry a psychoanalýza: náhled na skutečnost, že a jak se na vzniku svých obtíží pacient podílí sám a jak může nežádoucí rysy svého chování změnit, práce s pocity insuficience
 - hypnóza - sugesce směřované na zlepšení kvality spánku, podporu sebevědomí, odstraňování dílčích neurastenických symptomů
 - autogenní trénink - častá metoda učící pacienta si navodit pocit tělesné a duševní pohody a ovlivnit dílčí tělesné systémy (klidný dech, jasná hlava, apod.)
 - KBT - nácvik sebeprosazení, asertivity a jasného vyjadřování

PST u F40-49 (Neurotické, stresem vyvolané a somatoformní poruchy)

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

- racionální PST – výklad mechanismu úzkostných stavů, pátrání po příčinách, spouštěcích úzkostných reakcí a účelu těchto reakcí
- empatický přístup a náhledová terapie se používá ve stejném smyslu jako u neurastenie
- hypnóza pomůže symptomatickými sugescemi snížit intenzitu úzkosti nebo ji zcela odstranit
- nácvik relaxace a autogenní trénink může pomoci snížit pohotovost k záchvatům a snížení chronické úzkostné tenze
- KBT – systematická desenzibilizace, trénink kontroly obav, zvládnání úzkosti a tělesných příznaků, nácvik systematického řešení problémů. Dále nácvik relaxace zejména v situacích navozujících úzkost, nácvik sebeprosazení.

PST u F40-49 (Neurotické, stresem vyvolané a somatoformní poruchy)

FÓBICKÉ PORUCHY

- racionální PST – obdobně jako u úzkostných poruch
- empatický přístup a náhledová terapie se rovněž v přístupu neliší od PST jiných neurotických poruch
- hypnóza – série hypnotických sezení se sugescemi indiferentního postoje ke zdroji fobie, sugesce pocitu klidu a bezpečí
- obdobně nácvik relaxace a autogenní trénink – autosugesce „při vystoupení jsem klidný a jistý“ (u trémy)
- KBT – zde nejúčinnější forma PST

Kognitivními prvky PST jsou: **edukace** (výklad vzniku poruchy), **kognitivní rekonstrukce** (odhalení automatických myšlenek, doprovodných emocí, chování tělesných reakcí a jejich důsledků), **postupná expozice** obávaným situacím.

Systematická desenzibilizace, nácvik se provádí v představách, provádí se pomalé stupňování zátěže náročnějšími úkoly (při agorafobii např. vyřídít pochůzky po městě apod.)

PST u F40-49 (Neurotické, stresem vyvolané a somatoformní poruchy)

OBSEDANTNÍ PORUCHY

- racionální PST – výklad mechanismu obsese a kompulze, trénink lhostejného postoje k obsesím, trénink odpoutání pozornosti
- empatický přístup a náhledová terapie se rovněž v přístupu neliší od PST jiných neurotických poruch
- hypnóza – sugesce lhostejného postoje, snížení naléhavosti obsesivních myšlenek, obdobně u autogenního tréninku (AT) - autosugesce „nutkavé myšlenky jsou mi lhostejné“
- KBT – desenzibilizace obsesí, trénink v jednání proti obsesím („záměrné špinění se při obsesi mytí“)

PST u F40-49 (Neurotické, stresem vyvolané a somatoformní poruchy)

- **REAKCE NÁ ZÁVAŽNÝ STRES A PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ**
- Akutní stres: nejvhodnější je krizová intervence
- PTSD (F43.1): podpůrná, KBT, empatická a náhledová, hypnóza – nutná rekonstrukce traumatu, abreakce a podpora pacienta a jeho pocitu bezpečí
- empatický přístup a náhledová terapie – terapeut se snaží obejít pacientovo popření události – rekonstrukce, abreakce a katarze, následuje zprostředování náhledu na pacientovo maladaptivní chování a tvorba nových postojů ze zkušenosti v terapeutickém vztahu
- KBT – obdobně jako u OCD (orientace, emoční podpora, abreakce, až poté edukace o poruše, expozice, kognitivní rekonstrukce a relaxace, řešení problému)
- Porucha přizpůsobení: podpůrná PST, velmi důležitý je pocit bezpečí a ochrany, aby se pacient mohl uvolnit a projevit

PST u F40-49 (Neurotické, stresem vyvolané a somatoformní poruchy)

KONVERZNÍ A DISOCIATIVNÍ PORUCHY

- racionální PST - objasnění psychogenního mechanismu poruchy, návrh adaptivnějších forem řešení pacientových problémů
- empatický přístup a náhledová terapie se rovněž v přístupu neliší od PST jiných neurotických poruch
- hypnóza - pacienti s konverzní symptomatikou jsou často vysoce hypnabilní, hypnóza je velmi účinná u monotematických konverzních symptomů
 - **postup**: sugesce s přímým příkazem ke zrušení symptomu nebo navození halucinované situace, která vyžaduje uplatnění narušené funkce, následuje upevnění posthypnotickou sugescí a terapeutické zpracování zážitku v bdělém stavu pacienta
- AT - autosugesce zaměřené na symptom, zvýšení psychické odolnosti a racionální sebekontroly
- KBT – tzv funkcionální trénink: narušená funkce se léčí jakoby byla skutečně organicky podmíněná (při konverzním mutismu se pacient učí znovu mluvit)

PST u F40-49 (Neurotické, stresem vyvolané a somatoformní poruchy)

SOMATOFORMNÍ PORUCHY – hlavně psychodynamická PST a KBT

- racionální PST – nejdříve řádné vyšetření somatického stavu, následuje vysvětlení mechanismu jeho psychogenního příznaku, trénink odpoutání pozornosti od těla a přesunutí k jiným zájmům a hodnotám (zejména u hypochondrie)
- empatický přístup a náhledová terapie: jak skupinová tak individuální forma, skupinová je často účinnější – vzájemná podpora, konfrontace facilituje náhled a reflexi, ke které se konflikty vytěsňující pacient v rámci individuální PST často nedostane
- hypnóza – demonstrace vlivu psychogenních faktorů na somatické příznaky, sugesce celkového zlepšení zdravotního stavu
- AT – autosugesce jako např. „potíže jsou mi lhostejné“, „zajímají mě více věci kolem“
- KBT – opět edukace, kognitivní rekonstrukce a postupná expozice, dále desenzibilizace představ obávaných chorob, nácvik „stop techniky“ – zastavit nevhodný sled myšlenek a představ

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- hlavní forma léčby
- cílem je:
 - odstranění, modifikace anebo redukce existujících symptomů
 - podpora pozitivního osobnostního růstu
 - oslabení a odstranění rušivých vzorců chování
- důraz na týmovou spolupráci odborníků, pacienti jsou zruční manipulátoři, vyžaduje jasné cíle léčby
- důraz na tvorbu a udržení nosného psychoterapeutického vztahu

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- jen zřídka kdy přicházejí k léčbě kvůli tomu, že jsou nespokojeni se svými osobnostními rysy
 - považují je za přirozenou součást své povahy, vesměs jsou přesvědčeni o své „normalitě“ a pokud si uvědomují, že jim povahové rysy dělají problémy, nepovažují je za léčitelné
- na psychiatrii však relativně často - potřebují pomoc v době náhlé krize, kvůli depresivním stavům, úzkostným poruchám, poruchám přizpůsobení či poruchám příjmu potravy
- obvykle zájem o léčbu aktuální psychické poruchy, která je trýzní a obtěžuje, **nikoliv** o změnu svých osobnostních rysů
- vzhledem k tomu, že se jejich psychické problémy objevují opakovaně a bez změny rysů osobnosti je obtížné tuto situaci změnit, má léčba zaměřená na změnu rysů osobnosti zásadní význam
- protože pro poruchy osobnosti jsou typické hluboce zakořeněné postoje a vzorce chování, každá změna vyžaduje dlouhodobé úsilí

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- počátečná podpora
- konzistence
- strukturovanost
- zaměření na „tady a teď“

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- snaha o normalizaci dysfunkčního chování
- pomáhá pacientovi stabilizovat a mobilizovat obranné mechanismy, rozvinout slabé a nedostatečné dovednosti a redukovat jeho tendenci k obviňování a využívání druhých lidí
- pacienta často učí zvyšovat schopnost tolerovat frustraci, odkládat krátkodobé uspokojení ve jménu dlouhodobých pozitivních důsledků, zvládat impulzy a snášet bolestné afekty
- v případě PO „podporujeme“ vše adaptivní v pacientově chování, ať v terapeutickém sezení či v popisu životních situací
- nad maladaptivním nemoralizujeme, ale zkoumáme jeho důsledky a pomáháme pacientovi hledat alternativy

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- cíle stanovujeme u každého pacienta specificky podle jeho převažujících problémů
- např. někteří pacienti se potřebují naučit vzdát se nerealistických nároků, jiné je potřebné povzbudit k překonávání překážek, další se učí odložit své ukvapené reakce v chování, jiní se zase potřebují stát méně kritickými k sobě, další se potřebují stát objektivnějšími, aby nepoužívali externalizaci jako obranu

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- pacienti s PO si zpravidla pro přizpůsobení realitě vytvořili v průběhu života pevný homeostatický **system obran**
- tyto rigidní obrany (tzv. krunýř) jim pomáhají „přežít“ bez fragmentace a jakžtakž jim pomáhají udržet sebeúctu
- na jejich prolomení často reagují úzkostí nebo depresivní náladou
- řada těchto pacientů může mít prospěch ze sociální podpory

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- terapeut - schopnost zvládnout **protipřenos**, který je často negativní a kopíruje negativní zkušenosti v jednání z důležitými lidmi v dosavadním životě pacienta
- schopnost udržet adekvátní hranice ve vztahu a stranit se předčasných konfrontací a interpretací
- pro pozdější interpretace je důležité od počátku vykazovat konzistentní chování
- terapeutický vztah může být upřesněn **kontraktem** na počátku terapie
 - upřesňuje základní parametry léčby, její podmínky a cíle
 - bez ohledu na to, zda bylo v počátečním kontraktu podmínek mnoho, nebo jen několik (druhá možnost se zdá být realističtější), téměř vždy se objeví nějaké neočekávané situace

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- pacient např. zatelefonuje terapeutovi o půlnoci kvůli nějakému nepodstatnému problému a vyžaduje okamžitou pomoc, protože „to nemůže počkat“ do terapeutického sezení
- terapeut musí v takovém případě jasně vymezit hranice a odložit rozhovor do terapeutického sezení a sdělit pacientovi, že si nepřeje, aby mu volal do soukromí, pokud to doopravdy není naprosto nezbytné
- stane-li se to znovu, je na místě být důraznější a rozhovor rázně ukončit například: „Chápu, že chcete tento problém řešit. Ted' vám však nepomohu. Mohu to udělat až na našem plánovaném setkání.“
- tato asertivní reakce umožňuje pacientovi modulovat svoje chování a učí ho důležité dovednosti, totiž toleranci odkladu, která je cestou k větší kontrole emoční nestability

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- požadavky na terapeuta provádějícího léčbu PO
 - entuziasmus a empatie
 - důraz na částečné úspěchy krok za krokem vedoucí k adaptivnějšímu fungování pacienta
 - hlídání profesionálního vztahu
 - flexibilita – být připraven na náhlé změny (prevence frustrace)

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- jedním z úkolů léčby je **identifikovat maladaptivní vzorce** vztahů a ukázat na jejich opakování v životě i v terapeutickém vztahu bez negativního hodnocení
- pacient může přecházet mezi přílnavou vděčností a otevřeným zneužíváním, může se chovat svůdně, jindy je panovačný
- terapeut potřebuje „vydržet“ silné afekty, které se u pacienta ve vztahu k němu mohou objevit, a nereagovat komplementárně
- zejména u pacientů s hraniční poruchou osobnosti to může být pro terapeuta velmi obtížné
- agresivní napadání, vyčítání, manipulace, vyhrožování sebevraždou nebo agresí jsou prubířským kamenem tolerance a pevnosti terapeuta

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- mnozí pacienti s PO se ve svém životě naučili, že extrémní emocionální projevy jsou potřebné k tomu, aby získali pozornost nebo pomoc
- přestože svoje potřeby vyjadřují takto výrazně, sami bývají extrémně zranitelní
- silné afekty je potřebné v první řadě **uznat** – vzít na vědomí jejich vážnost a vyjádřit pochopení pro to, že je pacient prožívá
- až pak je možné nabídnout pacientovi **společné hledání jejich příčin a souvislosti**
- přenosové reakce je třeba trpělivě vztahovat k dřívějším vztahům a pomoci pacientovi orientovat se v nich
- zde terapeut může použít vysvětlení – např. objasnit z anamnézy důvod kolísání nálady jako důsledek strachu z opuštění a obav z toho, že bude ovládaný

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- kromě **objasnění** pacientova přenosu je však důležité věnovat se také dlouhodobým důsledkům pacientových interpersonálních vzorců chování a společnému hledání alternativních způsobů, které by mu pomohly k lepší adaptaci
- vždy je třeba **oddělit maladaptivní vzorce chování od pacientovy osoby jako celku** a najít i adaptivní postoje a vzorce chování, o které se lze opřít, a ty v terapii posilovat a rozvíjet
- pak můžeme pacienta postupně vést k tomu, aby převzal více **zodpovědnosti** za své emoce i chování
- je to však úspěšné jen tehdy, když pacient vidí, že nové chování přináší jemu i jeho vztahům více dlouhodobého prospěchu

F60-69 (Poruchy osobnosti)

- je otázkou, zda mluvit o **diagnóze**, kterou jsme u něj stanovili
- sdělení, že jde o PO, postižený často vnímá jako „značku“ a cítí se zraněn
- může být zbytečné a zavádějící sdělovat mu diagnostickou „nálepku“ na počátku terapie
- raději volíme popis jeho problému nebo mu můžeme sdělit, že jeho problémy souvisejí s některými jeho navyklými pohledy na sebe a druhé lidi, očekáváním od světa a s rysy jeho temperamentu a povahy
- někteří autoři však doporučují opak – pacienta konfrontovat s diagnózou a dát mu přečíst diagnostická kritéria, aby je srovnal se svými projevy (Freeman, 2002í)

F60-69 (Poruchy osobnosti)

■ Skupinová PST

- pacienti se dostávají do skupiny často pro neurotické poruchy
- doporučuje **dlouhodobá skupina** (nad 40 sezení)
- skupina může být prostředkem **interpersonální učení**, poskytnout **korektivní emoční zkušenost**, **zmírnit přenosové reakce** (u emočně nestabilních a narcistických umožní vyjádřit agresi a hněv, u pasivních a vyhýbavých zprostředkuje „rozmražení“ jejich emocí,...)
- pro poruchy osobnosti typická potřeba neomezené pozornosti zde může být identifikována jako nepřiměřená, skupina může **podpořit sebedůvěru** pacienta a **zlepšit kvalitu jeho sebehodnocení**
- tlak skupiny může **zabránit prudkému chování** u emočně nestabilních

F60-69 (Poruchy osobnosti)

■ Skupinová PST

- pacienti se dostávají do skupiny často pro neurotické poruchy
- doporučuje **dlouhodobá skupina** (nad 40 sezení)
- skupina může být prostředkem **interpersonální učení**, poskytnout **korektivní emoční zkušenost**, **zmírnit přenosové reakce** (u emočně nestabilních a narcistických umožní vyjádřit agresi a hněv, u pasivních a vyhýbavých zprostředkuje „rozmražení“ jejich emocí,...)
- pro poruchy osobnosti typická potřeba neomezené pozornosti zde může být identifikována jako nepřiměřená, skupina může **podpořit sebedůvěru** pacienta a **zlepšit kvalitu jeho sebehodnocení**
- tlak skupiny může **zabránit prudkému chování** u emočně nestabilních

F50 – Poruchy příjmu potravy

- **komplexní PST** - řeší vztahové problémy, nízké sebevědomí, nízkou frustrační toleranci vzhledem k prevenci relapsu
- podmínkou je kvalitní terapeutický vztah
- stejně jako u poruch osobnosti je kladen důraz na týmovou spolupráci
- používá se:
 - psychoedukace
 - svépomocné manuály a skupiny
 - psychodynamické směry
 - rodinná terapie a poradenství

F52 – Sexuální dysfunkce

- předpokladem je spolupráce obou partnerů a jejich očekávání – forma skupinová i individuální jednoho z partnerů nebo obou
- **KBT techniky** (symptomatická léčba, nácviky), **hypnoterapie** (bolestivé syndromy, úzkostné prožívání) a **psychodynamické směry** (náhled na skryté konflikty, vztah k vlastnímu mužství/ženství, vztah k sexualitě)

Př:

- **Poruchy sexuální apetence a dysfunkční orgasmus** – často odrážejí hlubší vnitřní konflikty, spojené s výchovou, traumaty v minulosti (zneužíváním), partnerskými problémy – psychoanalýza, matrimoniální poradenství
- **Odpor k sexu** – u mírnějších forem: abreakce, sugesce příjemných představ
- **Poruchy erekce a ejakulace** – KBT techniky: systematická desenzibilizace, hypnóza, autogenní a asertivní trénink (odstraňují např. strach ze selhání)

Literatura

- Bouček, J.: Psychoterapie, LF UP v Olomouci, Olomouc, 2006.
- Gjuričová, Š., Maršálek, M., Mikota, V., Motlová, L., Praško., J., Španiel., F.: Psychoterapie, in: Höschl, Libiger, Švestka: Psychiatrie, Tigis, Praha, 2002.