

# PST u jednotlivých psychiatrických diagnóz

Hana Přikrylová Kučerová  
kucerovahanka@gmail.com

# Indikace PST

- PSYCHICKÉ PORUCHY PŘI ZÁVISLOSTECH NA NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH (F10-19)
- SCHIZOFRENNÍ PORUCHY (F20-29)
- AFEKTIVNÍ PORUCHY (F30-39)
- PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY (F50-...)
- 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, zvládnání 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 soustřeďuje 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 svým 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)

- – 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)

## TERAPY

- **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, zvládání 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)

HY

- 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)

Y

- **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)

- **NEJHODNĚJŠÍ** – **NEJVAŽNÝ STRES A PORUCHY PŘIZPŮSOBENÍ**
- nejvhodnější je krizová intervence
- 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)
- 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)

## ASOCIATIVNÍ 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)

**TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY** – 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)

- počáteční 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. Teď 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 přilnavou 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 průběžským 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, 2002)

# F60-69 (Poruchy osobnosti)

- - 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
- > podrobněji viz přednáška PPP

# 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:

- erektilní dysfunkce, vaginismus, anorgasmus – často odrážejí hlubší vnitřní konflikty, spojené s výchovou, traumaty v minulosti (zneužíváním), partnerskými problémy – psychoanalýza, matřní poradenství
- anorgasmus – u mírnějších forem: abreakce, sugesce příjemných představ
- erektilní dysfunkce – 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.