

Radovan Vaškoveký

DEPRESE, ANTIDEPRESIVA A JEJICH VLIV NA SEXUÁLNÍ FUNGOVÁNÍ



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



Děkuji rodičům a všem blízkým osobám, které mi pomáhaly na mé cestě, stály u mě a v příznivém směru mě ovlivnily v mém rozvoji. Rád bych jim poděkoval za jejich podporu a pochopení, také za pomoc u zrodu této knížky, kterou bych jim rád s láskou a úctou věnoval.

Děkuji mnohokrát,

Radovan

MUDr. Radovan Vaškovský

**DEPRESE, ANTIDEPRESIVA A JEJICH VLIV NA SEXUÁLNÍ
FUNGOVÁNÍ**

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 2941. publikaci

Odpovědná redaktorka Jana Jandovská Kubínová
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 124
Vydání 1., 2007

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2007
Cover Photo © isifa.com

ISBN 978-80-247-2163-7 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6041-4 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

1. Fyziologie sexuálního fungování	7
1.1 Sexuální odpověď muže	9
1.2 Sexuální odpověď ženy	10
2. Definice sexuálních dysfunkcí	11
3. Rozdělení sexuálních dysfunkcí	13
3.1 Všeobecné rozdělení	13
3.2 Rozdělení podle klasifikace MKCH 10 a DSM IV	14
4. Diferenciální diagnostika psychogenních a organických sexuálních dysfunkcí	17
4.1 Psychogenní faktory sexuálních dysfunkcí	19
5. Nejčastější sexuální dysfunkce	21
5.1 Poruchy erekce	21
5.2 Předčasná ejakulace	23
5.3 Opožděná až chybějící ejakulace	24
5.4 Anorgasmie a snížení sexuální touhy	24
6. Etiologie sexuálních dysfunkcí	27
7. Biologické aspekty sexuálního fungování	31
7.1 Endokrinní faktory a sexuální fungování mužů a žen	31
7.1.1 Androgeny	31
7.1.2 Estrogeny	32
7.1.3 Progesteron	33
7.1.4 Prolaktin	33
7.1.5 Oxytocin	34
7.1.6 Kortizol	34
7.1.7 Feromony	34
7.2 Neurotransmitery a neuropeptidy	35
7.2.1 Oxid dusnatý	35
7.2.2 Serotonin	36
7.2.3 Dopamin	38
7.2.4 Adrenalin	40

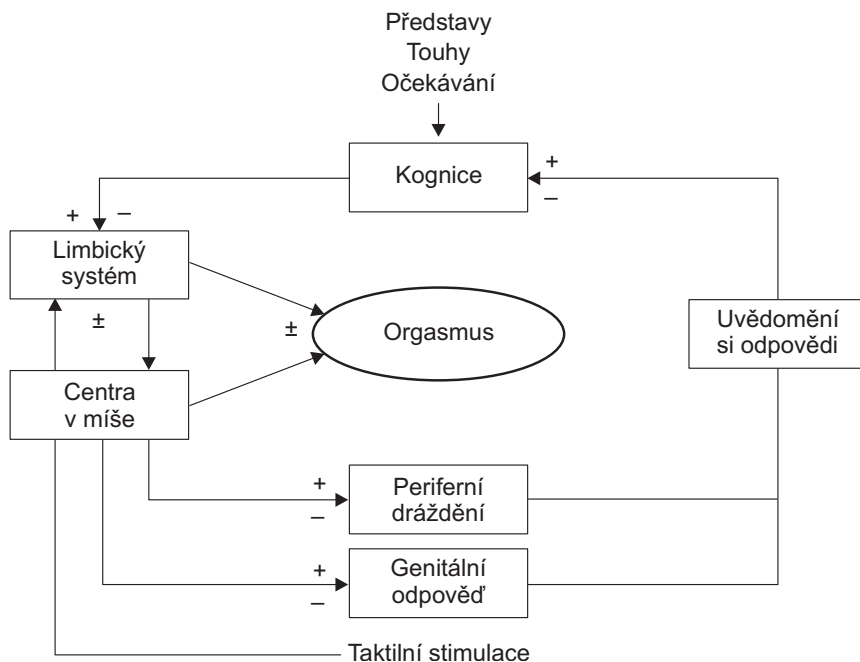
7.2.5	Noradrenalin	41
7.2.6	Opioidy	42
7.2.7	Acetylcholin	43
7.2.8	Histamin	44
7.2.9	Gamaaminomáslová kyselina	44
7.2.10	Nové neurotransmitery	44
7.3	Shrnutí vlivu neuromediátorů na sexuální fungování	45
8.	CNS a modelování sexuálního fungování	49
8.1	Mozkový kmen	49
8.2	Hypotalamus	50
8.3	Přední mozek	50
9.	Jednotlivé fáze normálního sexuálního fungování a jejich patofyziologie	53
10.	Sexuální funkce u depresivních pacientů	55
10.1	Výskyt sexuálních dysfunkcí ve vztahu k depresi	55
10.2	Deprese a sexuální dysfunkce	59
10.3	Mýty o sexuálním fungování depresivních pacientů	60
10.4	Základní otázky a stanovení sexuálních dysfunkcí	61
10.5	Bariéry vyšetření	64
11.	Sexuální dysfunkce při léčbě antidepressivy	67
11.1	Vliv antidepressiv na jednotlivé fáze sexuálního fungování	68
12.	Incidence, frekvence a intenzita sexuálních dysfunkcí navozených antidepressivy	71
12.1	Pohlavní rozdíly v sexuálních dysfunkcích navozených antidepressivy	75
13.	Strategické postupy terapeutických opatření v léčbě antidepressivy navozených sexuálních dysfunkcí	77
13.1	Redukce dávky antidepressiva	79
13.2	Čekání na adaptaci	79
13.3	Změna antidepressiva	79
13.4	Lékové prázdniny	81
13.5	Použití farmakologických antidot	81
13.6	Nefarmakologické, psychoterapeutické intervence	84
14.	Pozitivní vliv antidepressiv na sexuální fungování	85
15.	Závěr	89
	Seznam použitých zkratk	93
	Literatura	95

1. FYZIOLOGIE SEXUÁLNÍHO FUNGOVÁNÍ

Lidská sexuální odpověď se dělí do čtyř fází: touha, vzrušení, orgasmus a uvolnění (Masters W. H., Johnson V. E., 1966, Kaplan H. S., 1974).

Fáze sexuálního fungování	
Touha	Spontánní výskyt sexuální touhy, fantazií, snů a přání, současně se zájmem o iniciování nebo o sexuální aktivitu
Vzrušení periferní-tělesné centrální-subjektivní	Genitální (cévní) prokrvení a lubrikace, následná odpověď (tachykardie, hyperventilace, atd.) vedoucí k sexuální stimulaci Psychologické zážitky a vzrušení
Orgasmus	Intenzivní vrchol sexuální radosti provázený rytmickými kontrakcemi genitálních a reprodukčních orgánů
Uvolnění	Návrat k základu, nevzrušivý stav charakterizovaný ztrátou vaso-kongesce v penisu a vulvě

Jednotlivé fáze odpovědi a sexuálního fungování ovlivňují různé faktory, jako jsou subjektivní prožívání, emoce, kognitivní a interpersonální vlivy, kulturní faktory. Fungování je přiblíženo v obrázku 1.1.



Obr. 1.1 Psychologické a tělesné vlivy na sexuální odpověď. Zpracování podle Bacrofta, 1989.

1.1 SEXUÁLNÍ ODPOVĚĚ MUŽE

Tabulka nám blíže znázorňuje tělesné reakce u muže v průběhu sexuální stimulace v jednotlivých fázích sexuálního fungování.

Tab. 1.1 Sexuální odpověď u muže

Orgán	Vzrušení	Orgasmus	Uvolnění
Kůže	Začervenání.	Pokračování začervenání pokožky především na bříše, zádech, tváři a krku.	Začervenání se uvolňuje, postupně mizí.
Penis	Erekcce během 10–30 s. Velikost glansu a průměr penisu se zvyšuje se stupňujícím vzrušením.	Emise: 3–4 kontrakce vas deferens, seminálních vezikul a prostaty. Ejakulace: kontrakce uretry v intervalu 0,8 s.	Detumescence během 5–30 min. po orgasmu, nebo do hodiny bez orgasmu.
Skrótum a testes	Napínání skrotálního vaku se zdvihnutím a 50% zvětšením testes.	Beze změn.	Zmenšení na normální velikost v 2–15 minutách.
Jiné, další	Zvýšení napětí kosterního svalstva, tachykardie, hyperventilace, zvýšení sekrece z Coperových žláz, nekonzistentní erekce bradavek.	Tachykardie, hyperventilace, ztráta volní kontroly svalstva, rytmické kontrakce rektálního svěrače.	Utišení hyperventilace a tachykardie.

1.2 SEXUÁLNÍ ODPOVĚĚ ŽENY

Tabulka nám blíže znázorňuje tělesné reakce u ženy v průběhu sexuální stimulace v jednotlivých fázích sexuálního fungování.

Tab. 1.2 Sexuální odpověď u ženy

Orgán	Vzrušení	Orgasmus	Uvolnění
Kůže	Začervenání u některých žen.	Pokračování začervenání pokožky především na břicho, tváři a krku.	Začervenání se uvolňuje, postupně mizí.
Prsa	Erekce bradavek u dvou třetin žen.	Začínají se třást.	Návrat do původního stavu do půl hodiny.
Klitoris	Zvětšení průměru glansu i kmene klitoris.	Před orgasmem, zmenšení glansu do preputia.	Detumescence za 5–30 min. po orgasmu, nebo několik hodin bez orgasmu.
Velké pysky	Zdvihnutí a retrakce, sekundární vasokongesce.	Beze změn.	Zmenšení na normální velikost za 2–15 min.
Malé pysky	Dvoj- až trojnásobné zvětšení, změna barvy z růžové na tmavočervenou.	Kontrakce.	Návrat do normálu za 2–15 min.
Vagina	Prodloužení a nafouknutí, transudát se dostaví za 10–30 s po začátku vzrušení, změna barvy z růžové na tmavočervenou.	V dolní třetině 3–15 kontrakcí, trvají v 0,8 s intervalech.	Vasokongesce se sníží během několika sekund po orgasmu, nebo 20–30 s bez orgasmu.
Děloha	Zdvihnutí, kontrakce těsně před orgasmem.	Kontrakce v průběhu orgasmu.	Poklesnutí ke klidovému stavu.
Jiné, další	Zvýšení napětí kosterního svalstva, tachykardie, hyperventilace, zvýšení sekrece z Bartoliniho žláz a žláz předsíně.	Tachykardie, hyperventilace, ztráta volní kontroly svalstva, rytmické kontrakce rektálního svěrače.	Utišení hyperventilace a tachykardie.

2. DEFINICE SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

Sexuálními dysfunkcemi je nazývána taková skupina poruch, která zahrnuje různé stavy, kdy se jedinec nemůže podílet na sexuálním styku tak, jak by si představoval. Může chybět zájem, uspokojení, jedinec postrádá fyziologické reakce potřebné pro účinný sexuální vztah nebo není schopný ovládat a prožívat orgasmus (Smolík, P., 1996).

Do pojmu sexuální dysfunkce lze také zahrnout nedostatky v chování a prožívání, které jsou provázené neúplnou a/nebo neobvyklou fyziologickou reakcí muže na sexuální stimulaci. Sexuální dysfunkce má podobu psychosomatického syndromu, který postihuje současně celou osobnost pacienta. Muž reaguje na svou chybějící či oslabenou sexuální výkonnost individuálně, rozličnou odezvou, která může být až neurotické povahy. I nepochybně somatogenní sexuální porucha je provázena více či méně závažnou odpovědí na ni (Baštecký, J. et al., 1993).

Nejsrozumitelněji definuje pojem sexuálních dysfunkcí Kratochvíl (Kratochvíl, S., 1999, 2003), jenž za sexuální dysfunkce nevyvolané organickými poruchami nebo chorobami považuje poruchy, při kterých jedinec nepociťuje sexuální touhu nebo není schopný uskutečnit soulož vedoucí k uspokojení, přestože má k tomu základní anatomicko-fyziologické předpoklady a není zaměřen na neobvyklé sexuální cíle.

3. ROZDĚLENÍ SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

3.1 VŠEOBECNÉ ROZDĚLENÍ

Dysfunkce **organické** jsou dysfunkce, jejichž patogeneze má organický původ, jako například úraz pánve a míchy, cévní poranění, plastická indurace penisu, stavy po operacích prostaty, močového měchýře, pánevních cév, pánevních orgánů, diabetes mellitus, neurologické onemocnění, jako sclerosis multiplex, paraplegie, syringomyelie, operace mozku, onemocnění kardiovaskulárního systému, respiračního traktu, infekční onemocnění, endokrinní poruchy, psychovegetativní poruchy, depresivní stavy, intoxikace, farmakoterapie a další. (Organické léze CNS, i když nepostihují přímo limbický systém a míšní reflexní systém, se mohou projevat depresivitou a následnou sexuální dysfunkcí.) Jde o dysfunkce symptomatické, při biologických poruchách, proto se označují také jako dysfunkce **biogenní**.

Dysfunkce vznikající důsledkem intrapsychických nebo interpersonálních problémů jsou dysfunkce **psychogenní**. Nevylučuje se ani kombinace obou typů. Sexuální funkce mohou být snadno ovlivněné stresem jakéhokoli typu, poruchami nálady, rovněž je ovšem může ovlivňovat i neznalost sexuálních funkcí i jejich fyziologie. Bez ohledu na etiologii jejich vzniku bývají dysfunkce provázené úzkostnými stavy, které se vážou k sexuální výkonnosti.

Když dysfunkce trvá od začátku pohlavního života, je trvalá a označuje se jako dysfunkce **primární** (prvotní). Když vznikne po určitém období normálního, bezproblémového sexuálního života, jedná se o dysfunkci **sekundární** (druhotnou).

Mezi další posuzovací kritéria lze zařadit selektivnost výskytu, tj. zda se uvedená sledovaná dysfunkce vyskytuje jen s jedním (stálým) sexuálním partnerem, nebo se vyskytuje s více sexuálními partnery. Obdobně je důležité zjistit, zda se sexuální dysfunkce vyskytuje jen u jednoho, nebo u obou partnerů. Na základě daných sledování potom můžeme mluvit o dysfunkci **generalizované** (kompletní), tzn. že dysfunkce je přítomná vždy, nezávisle

na výběru partnera, na době a způsobu sexuálního styku i jeho okolností. Dysfunkce tzv. **selektivní** (nekompletní, situační) jsou vázány na určitou situaci, způsob nebo na konkrétního sexuálního partnera/-ku.

Úplnými dysfunkcemi se rozumí, že zahrnují všechny čtyři komponenty sexuálního vztahu, jako je sexuální apetence, vzrušivost, orgasmus a uvolnění. **Částečné** jsou takové, jež postihují jen jednu nebo několik fází sexuálního styku.

3.2 ROZDĚLENÍ PODLE KLASIFIKACE MKCH 10 A DSM IV

Klasifikace MKCH 10: revize definuje sedm poruch, které by neměly souviset vůbec, nebo jen druhotně s organickými faktory (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. SZO Ženeva, Psychiatrické centrum, Praha, 1992).

Klasifikace DSM IV rozlišuje v oddílu Sexuální dysfunkce čtyři skupiny poruch, které souvisejí se stadii sexuální odezvy a s poruchami způsobenými somatickými nemocemi nebo vyvolanými substancemi (American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington, DC, APA, 1994, s. 493–538).

Klasifikace MKCH 10:

- Poruchy sexuální apetence (hypoaktivní porucha sexuální apetence, sexuální averzivní porucha)
- Poruchy sexuální vzrušivosti (porucha ženské sexuální vzrušivosti, porucha mužské erekce)
- Poruchy orgasmu (porucha orgasmu u žen, porucha orgasmu u mužů, předčasná ejakulace)
- Sexuální bolestivé poruchy (dyspareunie, vaginismus)
- Sexuální dysfunkce způsobené somatickým onemocněním
- Sexuální dysfunkce vyvolané substancemi
- Sexuální dysfunkce více nespecifikované

Praktické rozdělení stadií sexuální odezvy podle **DSM IV**:

- Apetence (nedostatek nebo ztráta sexuální apetence F 52.0, odpor k sexualitě F 52.10)
- Vzrušení (nedostatečné prožívání sexuální slasti F 52.11, selhání genitální odpovědi F 52.2)
- Orgasmus (dysfunkční orgasmus F 52.3, předčasná ejakulace F 52.4)
- Uvolnění (u tohoto stadia nejsou definovány poruchy)

Obě klasifikace jsou kompatibilní.

Nezávislé na stadiích sexuální odpovědi jsou sexuální bolestivé poruchy. K nim patří neorganický vaginismus F 52.5 a neorganická dyspareunie F 52.6.

V kontrastu ke všem předcházejícím dysfunkcím, vyznačujícím se úbytkem schopnosti sexuálního kontaktu, je definovaná hypersexualita jako zvýšený sexuální pud: hypersexualita F 52.7.

4. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA PSYCHOGENNÍCH A ORGANICKÝCH SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

K odlišení **psychogenních** sexuálních dysfunkcí od **organických** se využívá zachování nočních, masturbačních a pettingom navozených tumescencí penisu u psychogenních poruch. Pravděpodobný poměr psychogenní a organické impotence se odhaduje v poměrech od 20:1 do 1:7 (Wagner, G. et al., 1981). Tento poměr však kolísá v různých částech světa a v různých sociálních a kulturních oblastech.

Monitorování nočních tumescencí penisu se považuje za objektivní metodu měření erekční poruchy penisu a za velmi vhodnou metodu diferenciálně diagnostického rozlišení organické a psychogenní impotence (Marshall, P. et al., 1981). Tato metoda vychází ze zkušeností, že v průběhu hlubokého spánku REM se vyskytují noční erekce jako projev intenzivní aktivity autonomního nervstva. Na noční erekce nemají vliv emocionální faktory a noční erekce možno kvantitativně měřit a vyhodnocovat parametry odrážejícími erektilní kapacitu penisu, resp. erektilní dysfunkci (Karacan a spol., 1978, 1984, Schwarz, 1983). Na základě monitorování nočních erekcí se dospělo k diagnostickému předpokladu, že normální, resp. věku přiměřené noční erekce u pacientů s erektilní poruchou svědčí o psychogenní příčině impotence, a naopak nepřítomnost nočních erekcí je patognomická pro organickou příčinu impotence. Případy méně častých a pouze částečných erekcí mohou být následkem kombinovaných příčin. Noční tumescence penisu se vyskytují v průběhu spánku rytmicky přibližně každých 90 minut. Jsou integrovanou součástí fyziologie spánku (Bohlen, J. G., 1981). Monitorování nočních erekcí v domácím prostředí umožňuje přenosný monitorovací přístroj (Kenepp D., Gonick, P., 1979). Kromě změn v obvodu penisu vznikají při tumescenci i změny v jeho délce. Earls a kol. (Earls, C. et al., 1983) zjistili, že u pacientů s organickou impotencí se při vizuální erotické stimulaci nemění obvod a délka penisu, zatímco pro pacienty s psychogenní impotencí je typická elongace penisu, která vzniká

i tehdy, kdy není přítomná tumescence. V roce 1980 navrhli Barry a kol. (Barry, J. M. et al., 1980) na testování změn v obvodu a v rigiditě penisu (rigidita je nejdůležitější parametr kvality erekce, je funkcí intrakavernózního tlaku) jednoduchou a levnou metodu. Na tělo penisu nalepili pásek z menších poštovních známek v očekávání, že takto vytvořený prstenec se při dosažení úplné erekce ve spánku roztrhne. Ukázalo se však, že roztrhnutí prstence poštovních známek má nízkou diagnostickou výtěžnost. V případě, že se pásek v průběhu noci neroztrhne, je důvodné podezření na organickou impotenci (Marshall, P. et al., 1983). Test s trhacími páskami (snap-gauge test) je malým testem na rozlišení organické a psychogenní impotence.

Erekce penisu možno kvantitativně měřit volumetrickou metodou. Měření obvodu penisu jako ekvivalentu erekce dává méně přesné výsledky. Je totiž známé, že zvětšení obvodu penisu při jeho expanzi přitékající krve nekoreluje přesně s intrakavernózním tlakem, respektive rigiditou penisu potřebnou pro vaginální penetraci (Godec, C. J., Cass, A. S., 1981, Schwarz, D. T., 1983).

V diferenciatní diagnostice psychogenní a organické impotence se rovněž používá intrakavernózní aplikace vasoaktivních látek. Intrakavernózní aplikace papaverinu nebo prostaglandinu E1 způsobuje erekci už v průběhu 10 minut, umožňuje ambulantním vyšetřením nahradit monitorování nočních tumescencí penisu. Intrakavernózní aplikace papaverinu nebo prostaglandinu E1 se v současnosti podle některých autorů považuje za nejlepší screeningovou metodu v diferenciatní diagnostice vaskulogenní impotence (Abber, J. C. et al., 1986, Buvat, J. et al., 1986). Jiní autoři ji nepovažují za nejvhodnější, neboť nepřináší dostatečně spolehlivé výsledky u psychogenních sexuálních dysfunkcí (Baštecký, J. et al., 1993). V určitých případech není možné na základě farmakologického testování s jistotou diferencovat psychogenní a organickou impotenci. Asi u 10 % pacientů s psychogenní impotencí může být úplná erekce i při velkých dávkách papaverinu nebo prostaglandinu E1 inhibovaná nervozitou nebo anxiitou pacientů. Cestou sympatické stimulace při nervozitě a anxiositě se totiž intrakavernózně zvyšuje hladina adrenergních látek (noradrenalinu), což vede k tonické kontrakci hladkých svalů a k falešně pozitivnímu testu po intrakavernózní aplikaci vasoaktivních látek (Allen, R. P., Brendler, C. B., 1988).

Odlišení organických a psychogenních poruch erekce je dokumentované i v následující tabulce.

Tab. 4.1 *Orientační charakteristiky organických a psychogenních poruch erekce*

Charakteristika	Organická porucha	Psychogenní porucha
Náhlý začátek	–	+
Pomalý začátek	+	–
Věk nad 30 let	+	–
Psychopatologie	+	+
Partnerské konflikty	+	+

4.1 PSYCHOGENNÍ FAKTORY SEXUÁLNÍCH DYSFUNKCÍ

U mužů postižených sexuální dysfunkcí Benedetti (in Baštecký J. a kol., 1993) nachází tři okruhy psychických problémů:

- Potřeba úspěchu a strach ze selhání, žena je vnímána jako nástroj a sex jako příležitost vyniknout.
- Ambivalence vůči ženě a matce, kdy muž třídí ženy na „šlapky“ a „světiče“ a projevuje strach ze ženy-vládkyně.
- Ambivalence vůči mužům a otci s výraznou snahou o identifikaci a se žárlivostí na silnějšího muže.

Kratochvíl (Kratochvíl, S., 1982) poukazuje na různé příčiny psychogenního charakteru, které se dají shrnout do pěti okruhů.

- Nedostatek stimulace
- Rušivé prožitky a aktuální psychické stavy
 - Traumatizující vlivy z minulosti (výchovné, rodinné)
 - Problémy v partnerském vztahu
 - Osobnostní rysy, neurózy a psychopatie

Rozšířenější a podrobnější verze těchto psychogenních příčin nacházíme v jeho knížce Léčení sexuálních dysfunkcí (Kratochvíl, S., 1999). Poukazuje a rozebírá více situačních faktorů: nevhodné podmínky k pohlavnímu styku, nedostatek soukromí, obavy z prozrazení či vyrušení jinou osobou,

strach z otěhotnění partnerky či pohlavní nákazy (AIDS i jiná pohlavní onemocnění).

- **Traumatizující zážitky** – souvisejí se sexuální činností v předcházejícím období, různé události, které vyvolávaly u pacienta strach, pocit viny, méněcennosti, trapnosti a blamáže. Tyto zážitky či pocity se potom mohou v současných sexuálních situacích obnovovat a tlumit rozvojem sexuálního vzrušení. Psychoterapeuticky orientovaní autoři předpokládají, že podkladem sexuálních poruch jsou konflikty mezi pudovými přáními, normami a zájmy ega, které sahají hluboko do dětství a v současnosti nejsou uvědomovány. Doporučují dlouhodobé psychoanalytické léčení, zaměřené na uvědomování vytěsněných intrapsychických konfliktů (Sigusch, V., (Hrsg), 1997). Partnerské problémy, jako jsou závažné konflikty a hádky, zásadní rozpory, zlostné chování ženy, zahrnující muže výčitkami, jeho podceňování, výsměch nebo chladné a odmítavé chování vůči němu, zřetelně projevový nezájem mohou vést často k poruchám potence u partnera. Mezi další partnerské problémy patří boj o moc mezi partnery, podezření z nevěry, úplné zevšednění a ochladnutí ve vztahu a absence vzájemného porozumění.
- **Osobnost muže** – mnozí muži jsou schopni uskutečnit soulož i v nepříznivých podmínkách a ani příležitostný neúspěch v nich nevyvolá strach nebo očekávání dalších neúspěchů. U některých však v tomto směru existuje značná zranitelnost. Jedná se spíše o muže pedantické, úzkostné, nejisté, s pocitem méněcennosti, se sklonem k hypochondrii, nutkavým myšlenkám a zvýšenému sebezpozorování, s nedostatkem sebedůvěry, nebo o muže hypersenzitivní. Jedná se o muže, kteří pociťují nadměrnou zodpovědnost za úspěšný průběh pohlavního styku, ať už kvůli vlastní prestiži, nebo kvůli uspokojení ženy. Poruchy potence se mohou častěji objevovat u akcentovaných a anomálních osobností, které mají problémy v navazování sociálního a emočního kontaktu.
- **Psychické stavy a psychické poruchy**, jako jsou stavy únavy, vyčerpání, přepracovanosti a deprese, bývají často spojené s různými sexuálními dysfunkcemi. U deprese je třeba rozlišit, zda je deprese důsledkem, nebo příčinou sexuálního selhání. Těžká deprese vede k snížení celkové vitality a tím i sexuální reaktivity. U neuróz může být porucha erektilní potence jedním z orgánových příznaků sexuálních poruch.