

Terapia poznawczo-behawioralna a przedwczesny wytrysk

*Cognitive-behavioral therapy
 versus premature ejaculation*

Daniel Cysarz

Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia w Warszawie

Streszczenie

Autor artykułu przedstawia argumenty świadczące o tym, że wykorzystanie metod terapii poznawczo-behawioralnej przy leczeniu przedwczesnego wytrysku może być skuteczne. Opisując konkretne techniki pracy terapeutycznej, autor udowadnia, że stosowanie metod poznawczo-behawioralnych może być dobrym uzupełnieniem dotychczas stosowanych metod, takich jak: leczenie farmakologiczne czy techniki behawioralne.

Seksuologia Polska 2010; 8 (2): 60–63

Słowa kluczowe: przedwczesny wytrysk, terapia poznawczo-behawioralna, techniki poznawcze i behawioralne

Abstract

An author of this article shows the arguments, that using the cognitive-behavioral therapy method in a treatment of a premature ejaculation can be an efficient method of treatment this dysfunction. By describing particular techniques of the therapy, the author proves that using the cognitive-behavioral techniques can be a good complement to the currently methods in use such as pharmacological treatment or behavioral techniques.

Polish Sexology 2010; 8 (2): 60–63

Key words: premature ejaculation, cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral techniques

Wstęp

Terapia poznawczo-behawioralna a zaburzenia seksualne

Zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej (CBT, *cognitive-behavioral therapy*) w leczeniu zaburzeń seksualnych jest coraz częstsze, choć nadal powszechne wydaje się przekonanie, że w terapii seksuologicznej mają zastosowanie głównie metody

behawioralne. Jest wiele badań dotyczących skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu różnych zaburzeń psychicznych, natomiast wiedza na temat jej wykorzystania w zaburzeniach seksuologicznych wydaje się być nadal bardzo znikoma. Może to wynikać z braku powszechnej wiedzy na temat mechanizmów powstawiania i podtrzymywania zaburzeń seksuologicznych, których etiologia jest bardzo zbliżona i często powiązana z najczęściej występującymi zaburzeniami psychicznymi.

Terapia poznawczo-behawioralna jest obecnie powszechnie stosowana w Polsce, jednak jej zastosowanie w leczeniu przedwczesnego wytrysku to dość nowy temat.

Aby rozpocząć rozważania o zastosowaniu metod tej terapii, najpierw należy przybliżyć jej podstawowe założenia.

Adres do korespondencji: mgr Daniel Cysarz
 Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia
 Al. Jana Pawła II 66/1, 00–170 Warszawa
 tel.: 608 694 731, faks: (22) 831 30 25
 e-mail: daniel.cysarz@gmail.pl

Nadesłano: 15.04.2010

Przyjęto do druku: 16.06.2010

Terapia poznawczo-behawioralna

Terapia poznawczo-behawioralna jest stosunkowo nową dyscypliną — liczy około 30 lat, jednak rozwija się bardzo szybko, a skuteczność jej metod potwierdzają setki badań naukowych. Jej twórcą jest Aron T. Beck, który początkowo zajmował się pracą nad leczeniem depresji. Wkrótce po publikacji *Cognitive therapy of depression*, rozpoczął prace nad taką modyfikacją terapii, aby móc zastosować ją także przy leczeniu innych powszechnie występujących zaburzeń.

Terapia poznawczo-behawioralna bazuje na założeniu, że to nie same zdarzenia i doświadczenia mają na nas wpływ, ale to, jakie nadajemy im znaczenie. Terapia ta koncentruje się przede wszystkim na tym, by pomóc pacjentowi zmienić jego negatywne, dezadaptacyjne wzory myślenia. Jest usystematyzowana, krótkoterminowa i zorientowana na teraźniejszość, nastawiona na rozwiązanie aktualnych problemów. Model poznawczy terapii opiera się na przekonaniu, że zniekształcone i nieprzystosowawcze myśli (wpływają na nastrój i zachowanie pacjenta) są nieodłączną cechą wszystkich zaburzeń psychicznych. Dlatego tylko realistyczna ocena rzeczywistości i zmiana myślenia prowadzą do poprawy nastroju i zachowania, a utrzymująca się poprawa jest wynikiem zmiany głębokich przekonań pacjenta, z powodu których z trudem przystosowuje się do dziejącej się rzeczywistości.

Aby lepiej zrozumieć zastosowanie CBT w leczeniu przedwczesnej ejakulacji, warto trochę przybliżyć to zaburzenie i nawiązać do jego etiologii.

Ejaculatio praecox

Kratochvíl podaje, że „o przedwczesnej ejakulacji (*ejaculatio praecox*) mówimy wtedy, gdy mężczyzna nie może przedłużyć stosunku na okres dłuższy niż jedna minuta” [1].

W definiowaniu pojęcia przedwczesnej ejakulacji brakuje jednak w literaturze zgodności. Oprócz kryterium czasowego, istnieją dwa różniące się znacznie od siebie stanowiska. Masters i Johnson mówią o przedwczesnej ejakulacji wtedy, kiedy mężczyzna nie jest zdolny panować nad wytryskiem na tyle, aby przynajmniej w 50% stosunków zaspokoić partnerkę [2]. Za przedwczesną ejakulację uważa brak swobodnej kontroli nad odruchem ejakulacyjnym, niezdolność mężczyzny do znoszenia wysokiego poziomu podniecenia bez ejakulacji odruchowej [3]. Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (ICD-10, *International Classification of Diseases, Tenth Revision*) oprócz wymienionych kryteriów dodaje granicę czasową, czyli wytrysk przed lub do 15 sekund po rozpoczęciu stosunku.

Wyróżnia się trzy rodzaje zaburzeń w tej sferze: **wytrysk zbyt przedwczesny** (jeszcze przed grą miłosną), występujący u 2% populacji, **wytrysk przedwczesny** (na początku gry miłosnej, przed stosunkiem), występujący u 7% populacji oraz **wytrysk zbyt wczesny** (w momencie wprowadzania członka do pochwy lub po kilku ruchach), który jest najczęściej spotykany — aż u 30% populacji [4].

Przyczyny zaburzenia

Do przyczyn przedwczesnej ejakulacji należą: niska częstotliwość stosunków płciowych, strach podczas stosunku płciowego, nawyk szybkiej ejakulacji (spowodowany np. niesprzyjającymi warunkami), czynniki organiczne oraz czynniki konstytucyjne, które są prawdopodobnie najczęstszą przyczyną (różne rodzaje pobudliwości seksualnej i niższy próg odruchu ejakulacyjnego u danej jednostki). Jak podaje Kratochvíl, wraz z wiekiem orgiastyczna latencja przedłuża się i problemy z ejakulacją stopniowo zanikają [1]. Jednak u niektórych mężczyzn odruch ejakulacji działa zbyt szybko bez względu na wiek, a nawet bez względu na powtarzanie stosunków w krótkich odstępach czasu.

Leczenie farmakologiczne

W leczeniu przedwczesnego wytrysku udokumentowano skuteczność leków przeciwdepresyjnych działających na układ serotoninowy. Obecnie stosuje się: klomipraminę (10–50 mg/d.), selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitors*): paroksetynę jako najskuteczniejszą z tej grupy (20–40 mg/d.), sertralinę (50–100 mg/d.), fluoksetynę (20–40 mg/d.).

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych ma jednak swoje objawy uboczne, dlatego CBT wydaje się nieodzownym komponentem skutecznej terapii tego zaburzenia [5].

Warto tutaj wspomnieć także o skuteczności maści z lidokainą i prilokainą. W przeprowadzonym przez Morale badaniu wśród 11 osób — pokrycie owymi maściami powierzchni żołądki penisa na 15 minut przed stosunkiem spowodowało, że średni czas stosunku wzrósł z 1 minuty i 24 sekund do 11 minut i 21 sekund [6].

Terapia

W terapii przedwczesnego wytrysku często dużą rolę odgrywają pewne deficyty psychoseksualne oraz brak umiejętności interpersonalnych. Główną trudno-

ścią jest fakt, że mężczyzna podczas aktu seksualnego ma problem ze skupieniem uwagi na odczuciach płynących z własnego ciała oraz ze zrelaksowaniem się podczas stosunku. Zwykle jest zbyt skoncentrowany na reakcjach swojej partnerki i jej ciele. Często podczas aktu seksualnego mężczyznom tym towarzyszy lęk i dysfunkcyjne przekonania dotyczące swojej seksualności [5].

Mężczyźni cierpiący na przedwczesny wytrysk doświadczają uczuć: strachu, frustracji, rozczarowania, poczucia porażki, winy, upokorzenia i zaprzeczania [7].

Ten sam autor pisze, że przedwczesna ejakulacja może prowadzić do obniżonego poczucia wartości (60%) i pewności siebie (68%) i wpływać na relacje w związku (50%). Jeden na trzech mężczyzn (36%) czuje lęk związany z przedwczesnym wytryskiem, a 2/3 (67%) nigdy nie szukało specjalistycznej pomocy, jako powód zgłaszając wstyd. Również partnerki odczuwają dyskomfort, gniew i poczucie frustracji. Mogą postrzegać swoich partnerów jako samolubnych, szczególnie przy zaburzonej komunikacji w związku.

Metz i Pryor, zbierając wieloletnie doświadczenia z pracy behawioralnej z tego typu pacjentami, dodając do tego elementy pracy poznawczej, stworzyli „Strategie poznawczo-behawioralne w terapii przedwczesnego wytrysku” [5].

Cała procedura rozpoczyna się od pracy poznawczej. Na początku stosuje się psychoedukację dotyczącą rozpowszechnienia, etiologii oraz sposobów leczenia przedwczesnego wytrysku. Często w pracy z tym zaburzeniem zdarza się, że zgłasza się kobieta czy para, anonsując: obniżony popęd lub jego brak u partnerki, niezdolność przeżywania orgazmu, bolesne spółkowanie czy pochwicę. Dopiero w toku terapii okazuje się, że powodem zaburzeń seksualnych u kobiety bywa przedwczesny wytrysk jej partnera, dlatego w pracy z tym zaburzeniem często pracuje się z parą. W pracy seksuologicznej psychoedukacja, a często także *coaching*, wydają się być szczególnie istotne, ponieważ seks, szczególnie trudny, jest obciążony setkami mitów i błędnych przekonań, a trudności partnerów mogą umacniać pozycję seksu jako tabu w związku.

Często podstawą jest praca partnerów nad otwartą komunikacją w sferze seksu oraz wyrażaniem emocji, ponieważ trudności jednego z partnerów mogą spowodować i podtrzymywać zaburzenia u drugiej osoby, działające na zasadzie błędnego koła.

W procedurach opisanych przez wymienionych autorów terapię rozpoczyna się zwykle od pracy in-

dywidualnej, na którą składa się wiele technik. Od początku terapii pacjent uczony jest technik relaksacji, które pozwolą mu skupić się na odczuciach własnego ciała oraz zrelaksować się podczas stosunku. Na kolejnym etapie pacjent uczy się swojego ciała, jego budowy, funkcjonowania i reakcji na różne bodźce. Dzięki czemu podczas seksu łatwiej będzie mu skupić się na własnych doznaniach, a co za tym idzie — świadomie kontrolować wytrysk. W tym samym czasie pacjent rozpoczyna trening mięśni Kegla, najczęściej podczas oddawania moczu. Mięśnie te są związane z kontrolowaniem wytrysku, dlatego ich ćwiczenie daje pacjentowi dodatkowe poczucie kontroli.

Kolejnym krokiem w leczeniu przedwczesnego wytrysku jest trening masturbacyjny, podczas którego stosuje się kolejne metody, mające dać pacjentowi dodatkowe narzędzia pomocne przy kontrolowaniu wytrysku. Techniki typowo behawioralnymi są: technika „start-stop” [5, 7, 8] oraz „technika uciskowa” [2].

Mają one nauczyć pacjenta rozpoznawania momentu zbliżającego się wytrysku, w którym zatrzymując stymulację lub uciskając żołędź, będzie potrafił zatrzymać zbliżający się wytrysk.

Poznawczą techniką stosowaną na tym etapie jest „technika kontinuum pobudzenia” [5, 7, 9], polegająca na obserwowaniu i rozróżnianiu fantazji, uczuć oraz możliwych scenariuszy, które charakteryzują indywidualny wzór pobudzenia, po to, by zidentyfikować i uszeregować te, które mają największy i najmniejszy wpływ na stopień pobudzenia.

Na tym etapie zwykle wprowadza się pracę z myślami automatycznymi, które często są związane z lękiem przed i złością po stosunku. Pacjenci, bardzo często nie potrafiąc rozmawiać ze swoimi partnerkami, przeżywają wewnętrzną frustrację i rozdarcie pomiędzy chęcią zaspokojenia siebie i partnerki a strachem przed upokorzeniem. Zdarza się, że na tym etapie terapii ujawniają przekonania dotyczące niskiego poczucia wartości oraz poczucie bycia nie w pełni wartościowym mężczyzną. Wtedy uczy się pacjenta rozpoznawania i wyłapywania dysfunkcyjnych myśli automatycznych, dyskusji z nimi oraz formułowania myśli alternatywnych. Kiedy pacjent jest w stanie wyłapywać i przeformułowywać myśli automatyczne, na przykład myśl dysfunkcyjną „znowu zawalę” na myśl „jeśli nie spróbuję, to się nie przekonam”, wtedy nadchodzi czas na restrukturyzację poznawczą dysfunkcyjnych przekonań na własny temat.

Kiedy pacjent potrafi osiągać już stan relaksacji, skupiać się i rozpoznawać odczucia własnego ciała oraz formułować myśli alternatywne, dekatastrofizy-

jąc niepomysłne scenariusze, to znak, że można rozpocząć pracę w parze, choć nie oznacza to, że do tej pory para nie pracowała, ponieważ zanim rozpoczną się ich wspólne ćwiczenia, musi wytworzyć się zaufanie oparte na otwartej komunikacji na temat seksu. Każda para w tym czasie powinna stworzyć sobie własny język dotyczący sfer intymnych oraz aktu seksualnego.

W pracy partnerów zaczyna się od techniki poznawczej „wprowadzenie pobudzenia”, gdzie zadaniem partnerów są wspólne rozmowy na temat własnych myśli, fantazji oraz potrzeb seksualnych. Podczas rozmów mówią także o swoich oczekiwaniach i obawach dotyczących seksu. Odpowiednio podana szczerość na tym etapie potrafi zaowocować większym poczuciem bezpieczeństwa, akceptacji i zaufania, które są niezbędne w udanych kontaktach seksualnych.

W miłej atmosferze nastawionej na akceptację odmienności oraz zrozumienie potrzeb drugiej osoby partnerzy uczą się wspólnej relaksacji. W takiej atmosferze mogą poznawać swoje ciała, by poczuć się bardziej pewnie i komfortowo podczas obserwowania narządów płciowych partnera. Pacjenci gładzą i dotykają swoje narządy, uczą się czerpania przyjemności z wzajemnego dotyku.

Kolejne metody są rozwinięciem technik używanych w pracy indywidualnej: „stop-start” oraz „ucisku”. Polegają na tym, że partnerka stymuluje ręką prącie partnera, a kiedy zbliża się wytrysk, na jego umówiony znak, zatrzymuje stymulację i uciska żołędź partnera do czasu, kiedy pacjent poczuje, że ejakulacja została wstrzymana. Kolejnym etapem jest wprowadzenie penisa do pochwy i wykonywanie powolnych ruchów frykcyjnych, do czasu, gdy partner da umówiony znak, wtedy partnerka zatrzymuje ruchy, odprowadzając jądra partnera w dół.

Kolejną techniką behawioralną jest „aklimatyzacja”, polega na wprowadzeniu członka do pochwy, bez ruchów frykcyjnych, następnie wykonywanie delikatnych ruchów do czasu, kiedy zbliża się wytrysk, na znak partnera partnerka wstrzymuje ruch, partner pozostaje w niej przez około 10 minut, wykonując delikatne ruchy niezbędne do utrzymania erekcji, następnie cała akcja jest powtarzana.

Ćwiczenia te muszą być powtarzane wielokrotnie, a ich skuteczność zależy w dużej mierze od zaangażowania obydwójga partnerów oraz stopnia akceptacji i poczucia bezpieczeństwa w związku.

Stern i Drummond, pisząc o CBT w leczeniu przedwczesnego wytrysku, dochodzą do wniosku, że wyżej opisane ćwiczenia zaczynają odnosić skutek już po trzech tygodniach regularnych ćwiczeń obojga partnerów [10].

Podsumowanie

Konkludując, terapia przedwczesnego wytrysku, która skupiałaby się jedynie na behawioralnych formach pracy pacjenta, wydaje się być silnie niekompletna. Specyfiką przedwczesnego wytrysku jest fakt częstego współwystępowania z innymi zaburzeniami, takimi jak: zaburzenia lękowe, nerwicowe, zaburzenia afektu czy zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne [11]. Przez to tym bardziej uzasadniona wydaje się kompleksowa terapia uwzględniająca zarówno model pracy poznawczej, jak i behawioralnej, bo skuteczność terapii CBT w wymienionych zaburzeniach została wielokrotnie potwierdzona w badaniach naukowych.

Obecnie nie ma badań, które świadczyłyby o skuteczności CBT w leczeniu przedwczesnego wytrysku. Jednak zarówno praca kliniczna autora, jak i wszystkie przesłanki, które znalazły się w tym artykule, świadczą o tym, że zastosowanie CBT w leczeniu przedwczesnego wytrysku jest obecnie jedną z najskuteczniejszych form terapii tego zaburzenia.

Piśmiennictwo

1. Kratochvil S. Przedwczesna ejakulacja. W: Leczenie zaburzeń seksualnych. Czicbor-Piotrowski A. (tłum.), Jakima S. (red.). Iskry, Warszawa 2002: 65–74.
2. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual inadequacy. Little, Brown and Co, Boston 1970.
3. Kaplan H.S. The New sex therapy. Bruner/Mazel, New York 1970.
4. Imieliński K. Medycyna seksualna. Oficyna Wydawnicza POLCZEK Polskiego Czerwonego Krzyża, Warszawa 1992.
5. Metz M.E., Pryor J.I. Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management. *Journal of Sex & Marital therapy* 2000; 26: 293–320.
6. Henry R., Morales A. Topical lidocaine-prilocaine spray for the treatment of premature ejaculation: a proof of concept study. *Int. J. Impot. Res.* 2003; 15 (4): 277–281.
7. Althof S. The psychology of premature ejaculation: therapies and consequences. *Journal of Sexual Medicine* 2006; 6: 324–331.
8. Semans J.H. Premature ejaculation: a new approach. *South Medical Journal* 1956; 49: 353–358.
9. Metz M.E. The styles of conflict inventory for personal relationships (SCI). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press 1993.
10. Stern R., Drummond L. The practice of behavioral and cognitive psychotherapy sex therapy. Cambridge University Press 1991; 9: 113–132.
11. Hale V.E., Strassburg, D.S. The role of anxiety of sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior* 1990; 19: 569–581.