

Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych

Declaring sexual dysfunction symptoms during the psychotherapy of anxiety disorders

Aleksandra Jodko¹, Jacek Głowacz², Andrzej Kokoszka³

¹Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia, Centrum Psychoterapii Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie

²Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

³II Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Streszczenie

Wstęp. Mimo dostępności licznych danych na temat rozpowszechnienia zaburzeń funkcji seksualnych, brak jest całościowych trafnych danych o częstości współwystępowania dysfunkcji seksualnych z innymi zaburzeniami psychicznymi. Nie wiadomo również, jaki odsetek pacjentów doświadczających dysfunkcji seksualnych w przebiegu zaburzeń lękowych, zgłasza dolegliwości natury seksualnej podczas psychoterapii. Celem badania była wstępna ocena częstości występowania subiektywnego poczucia zaburzeń funkcji seksualnych w przebiegu zaburzeń lękowych, częstości ich zgłaszania oraz zidentyfikowanie czynników wpływających na decyzję o zgłaszaniu dysfunkcji seksualnych jako objawu podczas psychoterapii.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono wśród 104 osób (38 mężczyzn i 66 kobiet) — pacjentów oddziałów dziennych, uczestniczących w psychoterapii zaburzeń lękowych. Zastosowano stworzony na potrzeby badania Kwestionariusz Problemów Seksualnych zawierający pytania dotyczące poczucia występowania objawów poszczególnych dysfunkcji seksualnych, subiektywnej oceny wagi doświadczanych dolegliwości i ich podłoża, oraz odpowiedź na pytanie, czy badany zgłosił dolegliwości seksualne podczas terapii grupowej lub indywidualnej.

Wyniki. Występowania objawów jakiegokolwiek dysfunkcji zgłosiło 99% badanych, trzech lub więcej dysfunkcji — 49% badanych, objawy dwóch dysfunkcji zgłosiło 21,2%, jednej — 3,8% badanych, natomiast brak objawów dysfunkcji zgłosiła zaledwie jedna badana osoba. Wśród badanych 80% nie zgłasza objawów seksuologicznych podczas terapii grupowej, prawie 80% kobiet i ponad 60% mężczyzn nie robi tego również podczas konsultacji indywidualnych.

Wnioski. Wnioskiem praktycznym jest potrzeba adresowania kwestii częstego występowania dysfunkcji seksualnych w przebiegu zaburzeń lękowych przez osoby pozostające w relacji terapeutycznej z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia lękowe.

Seksuologia Polska 2008; 6 (1): 26–32

Słowa kluczowe: dysfunkcje seksualne, zaburzenia lękowe, psychoterapia

Abstract

Background. Despite numerous data concerning prevalence of sexual dysfunctions, their frequency in different mental disorders has not been reliably evaluated. There are no reports on the number of patients experiencing dysfunctions in anxiety disorders who decide to bring the sexual problem up during

psychotherapy. The aim of the study was to probe: how frequent the sexual dysfunctions are in the progress of anxiety disorders and what influences the decision to bring them up during psychotherapy.

Material and methods. The study was conducted on a group of 104 patients from daily units undergoing psychotherapy for anxiety disorders. The used tool was created for the purpose of the study and was named — Sexual Problems Questionnaire; it enabled the diagnosis of subjective feeling of experiencing sexual dysfunctions, symptoms' importance, their origin and information concerning dealing with them during group and individual psychotherapy.

Results. 99% of the patients declared having at least one sexual dysfunction, three or more were declared by 49%, two by 21,2%, one by 3,8%, no dysfunctions was declared by just one patient. It turned out that 80% of the study participants do not report sexual symptoms during group therapy, almost 80% of women and over 60% of men do not do it during individual consultations.

Conclusions. A practical indication from the study is that there is a need for clinicians to address the issue of sexual functioning in the progress of anxiety oriented psychotherapy.

Polish Sexology 2008; 6 (1): 26–32

Key words: sexual dysfunctions, anxiety disorders, psychotherapy superstition

Wyniki prezentowane w tekście są częścią projektu badawczego, zaakceptowanego przez Komisję Bioetyczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w kwietniu 2007 roku.

Wstęp

Precyzyjne ustalenie częstości współwystępowania dysfunkcji seksualnych z innymi zaburzeniami psychicznymi stanowi wyzwanie dla współczesnej medycyny. W tym temacie brakuje rzetelnych danych opartych na badaniach przeprowadzonych na reprezentatywnych próbach populacji. Ogólna liczba doniesień na ten temat jest stosunkowo niewielka [1]. Na podstawie doświadczenia klinicznego wskazuje się, że osoby z dysfunkcjami seksualnymi często zgłaszają swoje dolegliwości lekarzom, którzy nie są specjalistami w seksuologii — mężczyźni z zaburzeniami erekcji i z wytryskiem przedwczesnym poszukują pomocy u urologów, w przypadku spadku pożądania zgłaszają się do endokrynologów, kobiety natomiast swoje problemy seksualne zgłaszają ginekologom. Zagadnienie to nie było jednak do tej pory przedmiotem badań naukowych w Polsce. W wielu państwach nie ma specjalizacji z seksuologii i zaburzenia seksualne leczą urolodzy, ginekolodzy i psychiatry oraz psychoterapeuci zajmujący się tą problematyką.

Doświadczenie kliniczne z długoterminowych terapii pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi wskazujące na bardzo dużą częstość współwystępowania zaburzeń seksualnych w tej grupie chorych, przy jednoczesnej niskiej częstości zgłaszania problemów dotyczących życia seksualnego w trakcie terapii grupowej prowadzonej w warunkach oddziału dziennego, skłoniło do przeprowadzenia anonimowych badań na ten temat [2]. Wykazano w nich, że 87,5% z 96 badanych w kwestionariuszowym badaniu potwierdziło subiektywne poczucie występowania jakiegoś zaburzenia seksualnego. Wyniki potwierdzono

w badaniu w grupie powiększonej do 114 osób, w których występowanie w pełnoobjawowego jakiegokolwiek zaburzenia seksualnego podawało 80,4%, a częściowo — 90,1%, występowanie objawów dysfunkcji seksualnych — odpowiednio 83,8% i 96,3% [1]. Ponieważ uzyskane dane dotyczące częstości występowania dysfunkcji wśród osób leczonych z powodu zaburzeń nerwicowych były ewidentnie znacznie wyższe niż częstość dysfunkcji zgłaszanych przez pacjentów terapeutom, zdecydowano przeprowadzić badanie mające na celu wyjaśnienie tego zjawiska.

Głównym celem niniejszej pracy było ustalenie czynników wpływających na decyzję o zgłaszaniu/niezgłaszaniu dysfunkcji seksualnych jako objawu podczas psychoterapii.

Materiał i metody

Osobami badanymi byli pacjenci uczestniczący w terapii grupowej, w warunkach oddziału dziennego w Centrum Psychoterapii Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie oraz ośrodka psychoterapeutycznego w Białymstoku, współpracującego z II Kliniką Psychiatryczną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Badaniem objęto ponad 120 osób, po odrzuceniu kwestionariuszy z licznymi brakami w danych, analizie poddano wyniki 104 osób, w tym 38 mężczyzn, 66 kobiet, średnia wieku wyniosła 30,5 lat. W grupie badanej znaleźli się pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń lękowych (F40-F49 według ICD-10 [*International Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision*]), w wieku 18–62 lat (odchylenia standardowe). Diagnozy dokonywano przy użyciu

ustrukturalizowanego wywiadu psychiatrycznego (MINI, *The Mini International Neuropsychiatric Interview*).

Badanie było w pełni anonimowe — pacjenci otrzymywali w kopertach instrukcje–kwestionariusze; po wypełnieniu inwentarzy zamknięte koperty wrzucali do urny stojącej na terenie ośrodka. Badanie przeprowadzono w tym samym czasie na wszystkich osobach przebywających na oddziale. Pacjenci wypełniali również świadomą zgodę na udział w badaniu klinicznym, jednak umieszczali ją w innej urnie niż anonimowo wypełnione kwestionariusze.

Zastosowano szereg narzędzi — inwentarzy, autorskich ankiet i wystandaryzowanych kwestionariuszy. Do badania części projektu przedstawionej w tym tekście zastosowano dwa narzędzia:

1. Inwentarz Socjodemograficzny dotyczący podstawowych danych demograficznych na temat osób badanych — płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, diagnozy, występujących chorób somatycznych, stosowanych leków, czasu trwania terapii.
2. Kwestionariusz Problemów Seksualnych (autor: A. Kokoszka) [3].

Pierwsza część kwestionariusza daje możliwość zdiagnozowania subiektywnego poczucia występowania objawów poszczególnych dysfunkcji seksualnych oraz subiektywnej oceny wagi doświadczanych dolegliwości i ich podłoża (biologiczne vs. psychiczne). Zastosowanie drugiej części narzędzia, stworzonej na potrzeby tego badania, daje wiedzę na temat tego, z kim pacjent konsultował swoje objawy, czy zgłosił dolegliwości seksualne jako objaw podczas terapii grupowej lub konsultacji indywidualnych — jeżeli tego nie uczynił — jakie były powody (ulożone w sobie, w osobie terapeuty czy w innych okolicznościach terapii); jaki był wiek inicjacji seksualnej pacjenta oraz jaki jest jego stosunek do zachowań autoerotycznych i jego orientacja seksualna.

Wyniki

Badanie częstotliwości występowania dysfunkcji seksualnych u osób z rozpoznaniem zaburzeń lękowych, ujawniło, że subiektywne poczucie występowania objawów jakiegokolwiek dysfunkcji zgłosiło 99% badanych, trzech lub więcej dysfunkcji wystąpiło u 49% badanych ($n = 51$); objawy dwóch dysfunkcji u 21,2% badanych ($n = 22$); jednej dysfunkcji u 3,8% badanych ($n = 4$). Brak objawów dysfunkcji zgłosiła zaledwie jedna badana osoba (1%, $n = 1$). Rozkład liczbowy oraz procentowy zaprezentowano w tabeli 1.

Mężczyźni z badanej grupy najczęściej deklaruwali występowanie objawów obniżenia popędu seksualnego (57%, $n = 22$), lęku przed współżyciem (55%,

Tabela 1. Liczba deklarowanych dysfunkcji seksualnych

Liczba dysfunkcji	Częstość	Odsetek	Procent skumulowany
0	1	1%	1,0%
1	4	3,8%	4,8%
2	22	21,2%	26,0%
3	24	23,1%	49,0%
4	16	15,4%	64,4%
5	27	26,0%	90,4%
6	3	2,9%	93,3%
7	4	3,8%	97,1%
8	2	1,9%	99%
10	1	1,0%	100%

$n = 21$) oraz trudności w utrzymaniu erekcji (44,7%, $n = 17$). Kobiety najczęściej doświadczały objawów anorgazmii (61,5%, $n = 40$), zaburzeń reakcji genitalnej (55,3%, $n = 36$), lęku przed współżyciem (53,3%, $n = 36$). W tabeli 2 przedstawiono te oraz pozostałe wyniki.

Swoją orientację seksualną jako heteroseksualną określiło 71% mężczyzn i 84,5% kobiet, jako homoseksualną — 29% mężczyzn i 15,5% kobiet. Występujące okresowo wątpliwości dotyczące orientacji seksualnej zgłosiło 26,3% mężczyzn i 10,7% kobiet; nieakceptowanie swojej orientacji seksualnej było cechą 23% badanych mężczyzn i 12,5% badanych kobiet. Żadna z tych osób nie zgłosiła podczas terapii grupowej egodystonii wynikającej z orientacji seksualnej, 2 mężczyźni uczyniło to podczas konsultacji indywidualnej (tab. 3).

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że dolegliwości o charakterze dysfunkcji seksualnych w procesie psychoterapii nie zgłasza w trakcie psychoterapii grupowej 80% kobiet ($n = 52$) i 79% mężczyzn ($n = 30$) oraz 78,5% kobiet ($n = 51$) i 63% mężczyzn ($n = 24$) podczas konsultacji indywidualnych (ryc. 1).

Między grupami osób zgłaszających i niezgłaszających objawów dysfunkcji seksualnych podczas terapii nie wystąpiły istotne różnice w zakresie: płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, bycia/niebycia w związku partnerskim w chwili, gdy odbywało się badanie.

Uzasadnieniem niezgłaszania dolegliwości natury seksualnej podczas spotkań psychoterapeutycznych jest fakt, że 48% kobiet i 41% mężczyzn uważa, że nie stanowią one dla nich ważnego problemu; 51% kobiet i 49% mężczyzn uważa, że są to inne problemy niż te, którymi zajmują się podczas terapii; 54% kobiet i 52,5% mężczyzn deklaruje, że zamierza się zająć problemami natury seksualnej po zakończeniu terapii. Częstotliwość udzielania niektórych odpowiedzi różniła się w zależności od płci badanych: 17%

Tabela 2. Częstotliwość występowania objawów dysfunkcji seksualnych u osób z diagnozą zaburzeń lękowych

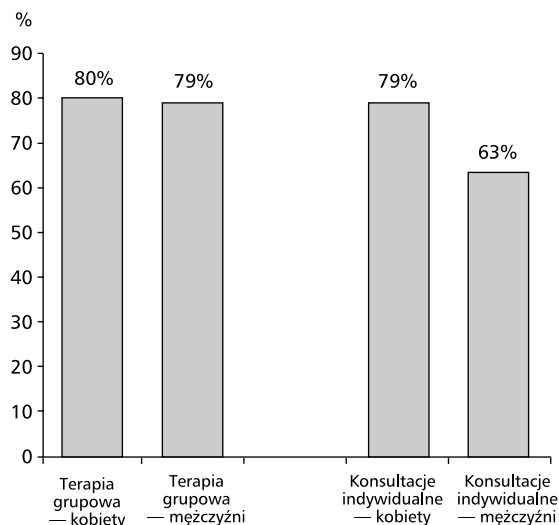
Dysfunkcja	Mężczyźni (n = 38)	Kobiety (n = 65)
Obniżenie potrzeb seksualnych	57% n = 22	47,5% n = 31
Niechęć/Lęk przed współżyciem	55% n = 21	53,8% n = 35
Brak przyjemności	26,3% n = 10	44,5% n = 29
Trudności w uzyskaniu erekcji	44,7% n = 17	
Trudności w utrzymaniu erekcji	29% n = 11	
Suchość pochwy		55,3% n = 36
Brak orgazmu	26,3% n = 10	61,5% n = 40
Znaczne opóźnienie występowania orgazmu	21% n = 8	29,2% n = 19
Wytrysk przedwczesny	34,2% n = 13	
Pochwica		12,5% n = 8
Dyspareunia	10,5% n = 4	18,5% n = 12
Nadmierny popęd seksualny	29% n = 11	13,8% n = 9

Tabela 3. Orientacja seksualna osób badanych

Orientacja seksualna	Mężczyźni (n = 38)	Kobiety (n = 65)
Orientacja heteroseksualna	71% n = 27	84,5% n = 55
Orientacja homoseksualna	29% n = 11	15,5% n = 10
Występujące czasowo wątpliwości dotyczące orientacji seksualnej	26,3% n = 10	10,7% n = 7
Orientacja ego-dystoniczna	23,5% n = 9	12,5% n = 8

kobiet i 55% mężczyzn jako powód podaje fakt, że terapeuta jest innej płci; 39% kobiet i 71% mężczyzn uznaje problemy seksualne za temat zbyt intymny, by omawiać go podczas spotkań grupowych; 44% kobiet i 13% mężczyzn udzieliło odpowiedzi, że ich dysfunkcje są problemem ich związku partnerskiego i nikt nie jest w stanie im w nich pomóc (tab. 4 i 5).

Dla znacznej części badanych omawiane objawy nie stanowią dużego problemu (deklaruje to prawie 50% kobiet i prawie 40% mężczyzn), co według DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*) nie pozwala na rozpoznanie dysfunkcji. Znaczny odsetek z nich bagatelizuje te problemy w kontekście innych spraw, co sugeruje, że nie dostrzegają oni związków między dysfunkcjami a innymi problemami, które mają. Potwierdza to fakt, że połowa kobiet i około 30% mężczyzn twierdzi, że nie zgłasza objawów dysfunkcji w trakcie terapii, ponieważ ich zdaniem nie stanowią one w danym czasie ważnego problemu. Około 1/3 badanych spostrzega dysfunkcje jako problem medyczny, a nie psychologiczny, a połowa uczestników terapii grupowej, 50% mężczyzn oraz 80% kobiet korzystających z indywidualnych konsultacji uważa, że dysfunkcje nie są problemem, którym warto zajmować się podczas terapii.

**Rycina 1.** Odsetek osób niezgłaszających dysfunkcji seksualnych jako objawu podczas konsultacji indywidualnych i terapii grupowej zaburzeń lękowych

Zdecydowana większość badanych, zarówno kobiet (76%), jak i mężczyzn (48%) uznaje, że podłoże doświadczanych przez nich zaburzeń jest mieszane (somatyczno-psychiczne), podłoża soma-

Tabela 4. Subiektywna ocena charakteru dolegliwości seksualnych

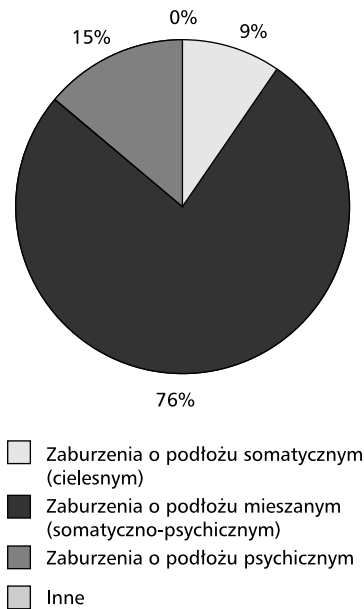
Subiektywna ocena dolegliwości	Kobiety	Mężczyźni
Nie stanowią dla mnie dużego problemu	13,8% n = 9	10,5% n = 4
Nie stanowią dla mnie dużego problemu, bo nie stanowią problemu dla partnera/partnerki	10,7% n = 7	10,5% N = 4
Nie stanowią dla mnie dużego problemu, bo mam inne ważniejsze sprawy	24,6% n = 16	18,4% n = 7
Są dla mnie umiarkowanym problemem	21,5% n = 14	15,8% n = 6
Są dla mnie dużym problemem	9,2% n = 6	36,8% n = 14
Są dla mnie bardzo dużym problemem	9,2% n = 6	10,5% n = 4
Są moją cechą, z którą muszę się pogodzić	7,7% n = 5	2,6% n = 1
Są problemem, który sam przejdzie	7,7% n = 5	10,5% n = 4
Są problemem, którego rozwiązanie zależy od tego, jak się układa w moim związku	23% n = 15	13,15% n = 5
Są problemem, z którym powinienem zgłosić się do lekarza ogólnego	6,15% n = 4	7,9% n = 3
Są problemem, z którym powinienem zgłosić się do lekarza urologa/ginekologa	10,7% n = 7	5,2% n = 2
Są problemem, z którym powinienem zgłosić się do lekarza seksuologa	13,8% n = 9	10,5% n = 4
Są problemem, z którym powinienem zgłosić się do lekarza psychiatry	4,5% n = 3	29% n = 11
Są problemem, z którym powinienem zgłosić się do psychologa	24,6% n = 16	23,7% n = 9

Tabela 5. Powody nieporuszania kwestii występowania objawów dysfunkcji podczas terapii

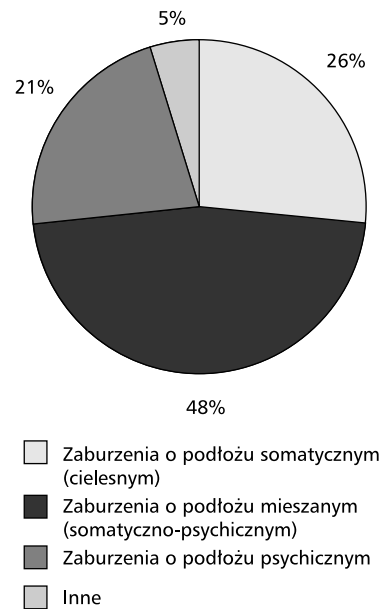
Powody niezgłaszania objawów dysfunkcji podczas terapii	Terapia grupowa		Terapia indywidualna	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Nie jest to obecnie ważny problem dla mnie	49,2% n = 32	39,3% n = 16	47,5% n = 31	26,3% n = 10
Bo jest to problem medyczny, a nie psychologiczny	31% n = 20	32% n = 12	25% n = 18	23,7% n = 9
Bo to problem mojego partnera/partnerki	40% n = 26	13,15% n = 5	34% n = 22	13,15% n = 5
Bo jest to problem praktyczny, a nie psychologiczny	13,8% n = 9	50% n = 19	13,8% n = 9	39,3% n = 16
Jest to inny problem niż to, czym się zajmuję podczas psychoterapii	52% n = 34	50% n = 19	80% n = 52	50% n = 19
Wydaje mi się, że nikt w grupie nie ma takiego problemu	4,5% n = 3	10,5% n = 4	–	–
Terapia grupowa nie jest metodą leczenia problemów seksualnych	52% n = 34	44,7% n = 17	–	–
Jest to temat zbyt intymny	35,5% n = 23	71,1% n = 27	71% n = 46	21% n = 8
Bo terapeuta jest innej płci niż ja, a takie problemy lepiej rozumieją osoby tej samej płci	17% n = 11	55% n = 21	31,5% n = 21	44,7% n = 17
Bo terapeuta jest w innym wieku niż ja, a takie problemy lepiej rozumieją osoby w podobnym wieku	31,5% n = 21	18,4% n = 7	21,5% n = 14	26,3% n = 10
Bo zamierzam się tym zająć później, po zakończeniu terapii grupowej	53,8% n = 35	52,6% n = 20	38,5% n = 25	34,2% n = 13
Inne	n = 0	7,9% n = 3	4,5% n = 3	13,15% n = 5

tycznego dopatruje się 9% kobiet i 26% mężczyzn, psychicznego — 15% kobiet i 21% mężczyzn (ryc. 2 i 3).

Interesujące wyniki uzyskano również, pytając — z kim badani rozmawiali na temat swoich dolegliwości. Z nikim problemu tego nie poruszyło dotych-



Rycina 2. Postrzegany charakter doświadczanych dolegliwości — kobiety



Rycina 3. Postrzegany charakter doświadczanych dolegliwości — mężczyźni

czas 32% kobiet i 50% mężczyzn. Z seksuologiem dolegliwości konsultowało jedynie 4,5% kobiet; z psychiatrą — 9,2% kobiet i 23,6% mężczyzn; z lekarzem ogólnym — jedynie 7,9% mężczyzn, z ginekologiem — 13,8% kobiet, z urologiem nie konsultował się żaden z badanych mężczyzn. Dla porównania: z przyjaciółką problem ten omówiło 12% kobiet i 8% mężczyzn, ze współmałżonkiem — 21% mężczyzn i 17% kobiet.

Dyskusja

Zjawisko niezgłaszania objawów dysfunkcji seksualnych podczas psychoterapii jest niezwykle istotne głównie ze względu na bardzo dużą częstość współwystępowania zaburzeń lękowych i zaburzeń funkcji seksualnych. Niewątpliwie istnieje potrzeba dalszych badań idących w kierunku łączenia współwystępowania konkretnych dysfunkcji seksualnych ze specyficznymi zaburzeniami lękowymi, bardziej wnikliwe badanie przyczyn, dla których osoby uczestniczące w terapii grupowej i indywidualnej nie decydują się na ujawnianie swoich objawów oraz powodów niełączenia funkcjonowania w sferze seksualnej z ogólnym funkcjonowaniem psychicznym. Nieprzwiązywanie wagi do dysfunkcji może wynikać z konsekwencji ich współwystępowania z zaburzeniami lękowymi lub depresyjnymi, zwłaszcza że, jak sugerują wyniki, wiele osób nie widzi związku pomiędzy tymi zaburzeniami a dysfunkcjami seksualnymi. Wy-

daje się, że rozumienie i postępowanie kliniczne w dysfunkcjach, które występują oddzielnie od innych zaburzeń, mogą być inne.

Wartość przedstawionych wyników jest ograniczona ze względu na niereprezentatywność badanej próby, która ograniczona jest do 2 ośrodków, do których zgłaszają się pacjenci z objawami nerwicowymi nasilonymi w takim stopniu, że decydują się oni na trzymiesięczne zwolnienie lekarskie z pracy. Są to prawdopodobnie osoby z bardzo niekorzystnym przebiegiem zaburzeń nerwicowych.

Niewprowadzanie problematyki dysfunkcji do analizy psychoterapeutycznej relacji z partnerem powoduje poważne zniekształcenia spostrzegania i rozumienia tych relacji oraz ich związków z innymi objawami chorobowymi. Dotyczy to również sytuacji, w których dysfunkcje nie są spostrzegane przez pacjenta jako poważny problem, ponieważ mogą one mieć ważne znaczenie dla partnera/partnerki.

Uzyskane wyniki wskazują również potrzebę rozważenia, czy dysfunkcje seksualne nie stanowią jednego z objawów ogólnego zespołu nerwicowego, opisywanego dotychczas jako zespół (o przewlekłym przebiegu i z niewielkim prawdopodobieństwem remisji), w którym współwystępuje podwyższony poziom lęku, słabsze radzenie sobie ze stresem, zaburzenia depresyjne, niepokój oraz określone zaburzenia osobowości [4]. Hipotezę tę zdają się potwierdzać również wyniki badań amerykańskich — Katz i Jardine

[5], wykazali związek między częstym martwieniem się, zaburzeniami osobowości i hipolibidemią oraz awersją seksualną.

Wnioski

1. Prawdopodobnie wielu pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi doświadcza jednocześnie objawów dysfunkcji seksualnych i nie dostrzega możliwych związków pomiędzy symptomami tych zaburzeń; postrzegają oni zaburzenia funkcji seksualnych jako problem odrębny od innych zaburzeń psychicznych. Towarzyszy im również przekonanie, że zaburzenia funkcji seksualnych nie są tematem, który należy omawiać podczas terapii grupowej. Warto eksplorować stereotypy i obawy leżące u podstaw takiego przeświadczenia.
2. Wskazane jest zweryfikowanie stwierdzonych prawidłowości w większej liczbie ośrodków psychoterapeutycznych. Miejsce realizacji badania jest bowiem ośrodkiem specjalizującym się w terapii osób, wobec których oddziaływania terapeutyczne w innych placówkach nie dały zadowalających rezultatów.
3. Wskazane jest podjęcie oddziaływań edukacyjnych w stosunku do psychoterapeutów, uświa-

damiające im duże ryzyko niewprowadzania przez pacjentów problematyki ich dysfunkcji do psychoterapii, oraz szeroka popularyzacja wiedzy na temat związków objawów dysfunkcji z innymi zaburzeniami nerwicowymi wśród społeczeństwa. Istotnym wydaje się też aktywne eksplorowanie tematu funkcjonowania seksualnego podczas konsultacji indywidualnych klasyfikujących do udziału w grupach terapeutycznych, co może wstępnie przygotowywać pacjentów do kontynuowania tematu podczas psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Kokoszka A., Jodko A., Czernikiewicz W. Comorbidities of sexual disorders patients treated due to neurotic disorders. Paper sent to a journal 2008.
2. Kokoszka A. Sexual disorder among patients with neurotic disorders. 8th Congress of European Federation of Sexology. Prague, 2006. Abstract in: *European Journal of Sexual Health* 2006; 15: 27–28.
3. Kokoszka A. Kwestionariusz Problemów Seksualnych. Maszynopis nieopublikowany, 2006.
4. Kokoszka A., Krótkiewicz H., Rosati A., Oziemski S., Staniszewski K., Sochacki J. Ogólny zespół nerwicowy — koncepcja i jej zastosowanie w praktyce klinicznej. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 4: 153–157.
5. Katz R.C., Jardine D. The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire. *Journal of Sex&Marital Therapy* 1999; 25: 293–296.