

Dysfunkcje seksualne — podejście oparte na teorii poznawczej

Sexual dysfunction — approach based on cognitive theory

Justyna Oettingen

Poradnia Seksuologiczna ProVita w Krakowie

Streszczenie

Celem poniższego artykułu jest zaprezentowanie poznawczego modelu dysfunkcji seksualnych będącego opisem mechanizmu podtrzymującego problem seksualny i wpływającego na trwałość zaburzeń. Autorka dokonuje przeglądu klasycznych koncepcji teoretycznych dotyczących dysfunkcji seksualnych, jak również rezultatów prowadzonych obecnie badań i, czerpiąc z nich, prezentuje autorski zintegrowany model. Dodatkowo, z powodu wysokiej sterogenności sytuacji trudnych w kontekście seksualnym, autorka proponuje uzupełnienie poznawczego modelu dysfunkcji seksualnych o czynnik oceny stresu z wykorzystaniem interakcyjnego modelu radzenia sobie ze stresem autorstwa K. Wrześniewskiego.

Słowa kluczowe: poznawczy model dysfunkcji seksualnych, dysfunkcje seksualne, zaburzenia erekcji, sytuacja trudna, interakcyjny model radzenia sobie ze stresem

Seksuologia Polska 2013; 11 (2): 68–75

Abstract

The aim of this article is to present a cognitive model of sexual dysfunction which serves as a description of a mechanism that sustains a sexual problem and influences its durability. The author conducts an overview of classic theoretical concepts regarding sexual dysfunctions and the results of current research in the field. Drawing from the data, the author formulates an innovative integrated model and proposes complementing the sexual dysfunction cognitive model with the stress self-evaluation factor by utilizing the stress self-coping interactive model developed by Wrzesniewski.

Key words: cognitive model of sexual dysfunction, sexual dysfunction, erectile dysfunction, a difficult situation, interactional model of coping

Polish Sexology 2013; 11 (2): 68–75

Wstęp

Seksualność człowieka stanowi bardzo ważny i nieodłączny element jego funkcjonowania. Satisfakcja z życia seksualnego i spełnienie seksualne, jak wykazały wyniki licznych badań naukowych, są pozytywnie skorelowane z jakością życia w większości jego aspektów. Jest zatem prawdą, że obniżona jakość życia seksualnego i brak spełnienia mogą się przyczyniać do obniżenia jakości życia w ogóle. Jako że powodem słabej jakości życia seksualnego lub obniżonego spełnienia seksualnego są dysfunkcje seksualne, można założyć, że skuteczna terapia tychże, może w istotny

sposób przyczynić się do podniesienia jakości życia. Niniejszy artykuł proponuje terapię dysfunkcji seksualnych przy zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) na podstawie autorskiego modelu poznawczego.

Zanim model zostanie zaprezentowany, warto przybliżyć definicję oraz etiologię dysfunkcji seksualnych, dokonać przeglądu dotychczasowej wiedzy na temat przedmiotowych zagadnień oraz naświetlić istotność nowego elementu — oceny stresu.

Dysfunkcje seksualne

Definicja

Dysfunkcje seksualne stanowią podklasę zaburzeń seksualnych (obok zaburzeń preferencji seksualnych

Adres do korespondencji: Justyna Oettingen
e-mail: justyna.oettingen@gmail.com

Nadesłano: 15.09.2013

Przyjęto do druku: 20.10.2013

czy zaburzeń identyfikacji płciowej) polegającą na nieprawidłowym przebiegu reakcji seksualnych. Dysfunkcje seksualne występują zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn i obejmują zaburzenia pożądania seksualnego (utrata lub osłabienie popędu seksualnego, nadmierny popęd seksualny), podniecenia seksualnego (zaburzenia erekcji u mężczyzn, brak reakcji genitalnej u kobiet), orgazmu (brak orgazmu u kobiet, wytrysk przedwczesny lub wytrysk opóźniony u mężczyzn) oraz zaburzenia seksualne wiążące się z bólem (pochwica, dyspareunia). Zgodnie z obowiązującą w Polsce Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (*ICD-10*) [1], głównym kryterium rozpoznawania dysfunkcji jest długotrwała (co najmniej 6-miesięczna) niezdolność do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednio do swoich pragnień, przy czym:

- dysfunkcja występuje często, lecz w pewnych sytuacjach może się nie ujawnić oraz
- dysfunkcji zupełnie nie można przypisać innym zaburzeniom psychicznym i zaburzeniom zachowania według *ICD-10* (*International Classification of Diseases*) ani schorzeniom somatycznym (jak zaburzenia endokrynologiczne) czy farmakoterapii.

Etiologia

Literatura przedmiotu obfituje w opisy różnorodnych czynników mających wpływ na rozwój i utrzymanie się zaburzeń seksualnych. Autorzy zajmujący się przedmiotową problematyką wprowadzają podział czynników etiologicznych na cztery główne kategorie:

- 1) czynniki biologiczne, między innymi ogólny stan zdrowia, aktualne i przebyte choroby (np. choroby serca, cukrzyca, nadciśnienie, urazy kręgosłupa), wpływ zażywanych leków, wady wrodzone;
- 2) czynniki psychologiczne (np. zmienne osobowościowe, przeżyte traumy seksualne, lęki związane z seksualnością, niska samoocena, kompleksy);
- 3) czynniki interpersonalne (np. konflikty partnerskie, nieprzystosowanie seksualne partnerów, nieprawidłowa komunikacja);
- 4) czynniki środowiskowe czy socjo-kulturowe (np. uwarunkowania religijno – wychowawcze, dysfunkcjonalne przekonania na temat seksualności lub/i siebie w roli partnera seksualnego, mity i stereotypy seksualne, niewiedza/niewłaściwe uświadomienie seksualne, ignorancja).

Obecnie większość badaczy i klinicystów, sugeruje występowanie etiologii mieszanej i podchodzi do dysfunkcji seksualnych z perspektywy interakcyjnej. Rozwój myśli i koncepcji dotyczących dysfunkcji seksualnych w zakresie diagnozy i terapii również przebiegał od perspektywy jednoczynnikowej do obecnej,

wieloczynnikowej i zintegrowanej, uwzględniającej wieloaspektowość rozwoju człowieka w zakresie biologicznym, psychologicznym, środowiskowym oraz relacji międzyludzkich (partnerskich).

Koncepcje teoretyczne dotyczące dysfunkcji seksualnych

Klasyczna perspektywa teoretyczna oparta na podstawie obserwacji klinicznych między innymi Masters i Johnson [2] oraz Kaplan [3], bazuje na przekonaniu, że czynnikiem hamującym podniecenie seksualne jest lęk. Podobnie Wolpe [4] uznał niepokój za najczęstszą przyczynę seksualnych niepowodzeń u obu płci, hamującą wszystkie zachowania seksualne. Źródłem lęku zdaniem tych autorów jest kompleks wydolności seksualnej (Masters i Johnson) i strach przed porażką (Wolpe).

Lęki o wydolność seksualną uniemożliwiają zdaniem Masters i Johnson [2] odbycie stosunku seksualnego, albowiem mężczyzna, będąc całkowicie zaangażowany tego rodzaju lękiem koncentruje się na swojej osobie ignorując obecność partnerki. Uwagę kobiety zaś zaprzęta stale wątpliwość, czy podczas danego kontaktu seksualnego partner będzie zdolny do osiągnięcia i utrzymania erekcji. Zdaniem Wolpe [4] u mężczyzn głównym źródłem seksualnych lęków jest strach przed porażką, zaś u kobiet lęki mogą być spowodowane wieloma bodźcami: „od samego widoku penisa, do przekonania, że kara boska jest zapłatą za przyjemność seksualną”.

Późniejsze wyniki badań wskazały jednak, że lęk ma neutralny lub nawet pozytywny (ułatwiający) efekt w pobudzeniu seksualnym zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Uznano, że odpowiedzialnym za hamowanie podniecenia seksualnego jest nie lęk, a depresyjny nastrój. Na przykład Beck i Barlow [5] odkryli, że osoby z dysfunkcją seksualną odnotowali znacząco mniej pozytywnego afektu podczas ekspozycji na treści erotyczne. Podobnie, w wielu badaniach wykazano, że pozytywny afekt i subiektywne odczuwane podniecenie są dodatnio skorelowane zarówno u mężczyzn zdrowych, jak i zaburzonych seksualnie podczas ekspozycji na treści erotyczne.

Znaczącą pracą dotyczącą dysfunkcji seksualnych były badania Norbe i Pinto-Gouveia [6] nad różnicami w odpowiedzi emocjonalnej na myśli automatyczne pojawiające się podczas aktywności seksualnej między kobietami a mężczyznami dysfunkcjonalnymi i funkcjonalnymi seksualnie. Rezultaty tych kompleksowych badań wykazały, że:

- zarówno kobiety, jak i mężczyźni dysfunkcjonalni seksualnie mają znacząco mniej emocjonalnie pozytywnych reakcji na myśli automatyczne podczas aktywności seksualnej;

- mężczyźni z dysfunkcją seksualną przeżywają znacząco więcej emocji smutku, rozczarowania, lęku oraz mniej przyjemności i satysfakcji w porównaniu z mężczyznami, którzy nie wykazują trudności natury seksualnej;
- kobiety z dysfunkcją seksualną przeżywają znacząco mniej przyjemności i satysfakcji oraz więcej smutku, rozczarowania, winy i złości.

Wyniki tych badań wskazały również, że emocje powiązane z depresyjnym afektem (smutek, rozczarowanie, deficyt przyjemności) w przeciwieństwie do emocji negatywnych (w większości związane z lękiem) są mocniej skorelowane z seksualną dysfunkcją.

Rozważania na temat znaczenia emocji w życiu seksualnym człowieka są o tyle istotne, że w myśl poznawczego modelu powstawania zaburzeń emocje i zachowanie człowieka są zdeterminowane sposobem, w jaki jednostka konstruuje świat, czyli tym, w jaki sposób postrzega ona i myśli o sobie i świecie. Z badań bowiem wynika [7], że treść myśli pojawiających się w trakcie aktywności seksualnej (pozytywne bądź negatywne myśli automatyczne, a także przekonania pojawiające się w formie seksualnych mitów czy błędnych wyobrażeniach) znacząco determinuje jakość przebiegu współżycia.

Struktury poznawcze a dysfunkcje seksualne

Z obserwacji klinicznych, jak również nielicznych badań empirycznych wynika, że mężczyźni z dysfunkcjami seksualnymi prezentują zestaw mitów i błędnych przekonań dotyczących seksualności (np. „Prawdziwy mężczyzna jest zawsze gotowy na seks i musi być w stanie zaspokoić każdą kobietę”). Według Zilbergeld [za: 8], mężczyzna, który prezentuje zestaw błędnych przekonań na temat seksualności jest bardziej podatny na rozwój katastroficznych wyobrażeń o potencjalnych konsekwencjach ewentualnej seksualnej porażki. W związku z tym, przekonania te i wynikający z nich negatywny obraz siebie w roli partnera seksualnego, nie tylko predysponują tych mężczyzn do rozwoju trudności seksualnych, ale także odgrywają centralną rolę w utrzymywaniu się problemów seksualnych.

Już Rosen i wsp. [za: 9], dokonując przeglądu istniejących badań klinicznych, wskazali, że mężczyźni, którzy mieli powtarzające się trudności z erekcją, zwykle wykazują zniekształcenia poznawcze dotyczące natury seksualnej aktywności, kompetencji seksualnych oraz uczuć partnera związanych z przeżywanymi przez nich trudnościami natury seksualnej. Autor sugerował, że te dysfunkcyjne postawy mogły zwiększać niepokój o sprawność seksualną i obniżać samoocenę.

Andersen i wsp. [10] na podstawie uzyskanych wyników badań zaproponowali koncepcję Schematu seksualnego Ja, oznaczającego poznawcze reprezen-

tacje dotyczące aspektu własnej seksualności, które wynikają z osobistych doświadczeń, przyjętych norm społecznych (wpływ rodziny, otoczenia) i religijnych. Schematy seksualne Ja według autorów manifestują się w obecnym postrzeganiu przez jednostkę własnej seksualności i wpływają na jej zachowanie i ekspresję seksualną. Oznacza to, że struktury poznawcze mogą odgrywać istotną rolę w procesach seksualnie dysfunkcyjnych.

Nobre i Pinto-Gouveia [8] przeprowadzili badania dotyczące różnic w zakresie przekonań seksualnych prezentowanych przez kobiety i mężczyzn funkcjonalnych seksualnie, a kobiety i mężczyzn dysfunkcyjnych seksualnie. Wyniki wykazały, że zarówno dysfunkcyjni seksualnie mężczyźni, jak i kobiety wykazują więcej dysfunkcyjnych seksualnie przekonań niż funkcjonalni seksualnie mężczyźni i kobiety (różnica istotna statystycznie dotyczyła jednak grupy kobiet). Kobiety prezentowały znacząco więcej przekonań związanych z wiekiem (np. „Po menopauzie kobiety tracą pożądanie seksualne”; „Z wiekiem przyjemność z seksu zmniejsza się”) i przekonań związanych z wyglądem (np.: „Kobiety, które nie są fizycznie atrakcyjne, nie mogą być usatysfakcjonowane seksualnie”). Dodatkowo, mężczyźni dysfunkcyjni seksualnie prezentowali wyższe wyniki (aczkolwiek nieistotne statystycznie) w przekonaniach związanych z typem „Macho” (np. „Prawdziwy mężczyzna często odbywa stosunki seksualne”) oraz w przekonaniach związanych z satysfakcją seksualną kobiet (np. „Erekcja u mężczyzny jest konieczna dla osiągnięcia satysfakcji seksualnej przez kobietę”).

Ogólnie rzecz ujmując, prezentowane powyżej wyniki potwierdzają ideę, że seksualne przekonania poznawcze mogą odgrywać istotną rolę jako czynniki podatności dysfunkcji seksualnej.

Kolejne badania, przeprowadzone przez Nobre i Pinto-Gouveia [11] dotyczyły różnic w zakresie uaktywnianych podczas aktywności seksualnej negatywnych myśli automatycznych (NMA) występujących pomiędzy seksualnie zdrowymi osobami a osobami z rozpoznaniem dysfunkcji seksualnych. W badaniach wykazano, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni dysfunkcyjni seksualnie odnotowują znacząco więcej negatywnych myśli podczas aktywności seksualnej w porównaniu z jednostkami zdrowymi seksualnie. Mężczyźni z dysfunkcją seksualną prezentują znacząco wyższe wyniki w myślach skoncentrowanych na erekcji („Muszę być zdolny do odbycia stosunku seksualnego”, „Muszę osiągnąć erekcję”), w myślach związanych z porażką („To na nic, jestem skazany na porażkę”), ponadto cechują się deficytem myśli erotycznych w porównaniu z grupą mężczyzn zdrowych seksualnie. Kobiety dysfunkcyjne seksualnie w porównaniu z kobietami

funkcjonalnymi seksualnie prezentują zaś więcej myśli skoncentrowanych na porażce i odłączeniu („Nie satysfakcjonuję mojego partnera”; „Nie odczuwam podniecenia... kiedy się to wreszcie skończy?”), myśli skoncentrowanych na nadużyciu seksualnym („To obrzydliwe, on tylko chce zaspokoić siebie”) oraz brak myśli o charakterze erotycznym.

Z powyższego wynika, że dystraktory poznawcze (tj. negatywne myśli automatyczne), które odciągają jednostkę od bodźców seksualnych są silnie skorelowane z dysfunkcjami seksualnymi.

Nobre i Pinto-Gouveia [9], opierając się na koncepcji poznawczej Becka uzupełnionej o model trybów¹, opracowali model dysfunkcji erekcyjnej. Za zintegrowanym charakterem funkcji seksualnej przemawia zdaniem badaczy współzależny charakter stosunków między systemem poznawczym, emocjonalnym, motywacyjnym i behawioralnym. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że osoby dysfunkcyjne seksualnie istotnie różnią się od osób funkcjonalnych seksualnie i w odniesieniu do sytuacji seksualnych prezentują inne reakcje w ramach tych systemów. Co istotne, wyniki badań Nobre i Pinto-Gouveia potwierdziły jednocześnie koncepcję Barlowa z 1986 roku [12], opisaną w uaktualnionym modelu funkcjonalnej i dysfunkcyjnej sprawności seksualnej. W teorii tej, treści poznawcze zostały uznane za czynnik podatności w rozwoju trudności seksuologicznych. Zgodnie z tym modelem, poznawcza dystrakcja napędzana przez fizjologiczne pobudzenie powiązane z lękiem, jest odpowiedzialna za dysfunkcję seksualną. Natura tej dystrakcji u osób dysfunkcyjnych seksualnie zdaje się w dużej mierze krążyć wokół koncentrowania się na tzw. „zajęciach nieistotnych” lub zajmowania się takowymi. Oznacza to, że osoby dysfunkcyjne nie koncentrują się na sygnałach o naturze seksualnej, a jedynie na treściach nieerotycznych, związanych z wydolnością seksualną lub na myślach niepowiązanych z seksem. Ta nieerotyczna koncentracja uwagi następnie nasila się z powodu fizjologicznych aspektów pobudzenia. Pobudzenie zawęża więc koncentrację uwagi na informacjach nieistotnych, co skutkuje dalszemu pogorszeniu wydolności seksualnej. Analogicznie, koncentracja na sygnałach o naturze erotycznej u osób seksualnie sprawnych jest wzmocniona poprzez zawężanie koncentracji, do pewnego momentu. Dlatego pobudzenie erotyczne generalnie ułatwia wydolność seksualną u osób sprawnych seksualnie.

W 2003 roku opisany powyżej model Barlowa został zaktualizowany. Nowy model [13] uwzględnia wyniki prowadzonych w ostatnich latach badań empirycznych

(dot. schematów poznawczych, pozytywnego i negatywnego afektu, koncentracji na sobie i nakazu zamartwiania się) i oparty jest w głównej mierze na „modelu lękowej świadomości” (*model of anxious apprehension*) oraz oryginalnym modelu dysfunkcji seksualnej Barlowa z 1986 roku. Główne zmiany dotyczą uzupełnienia modelu o bio-psycho-społeczną perspektywę, uwzględniając czynniki które predysponują niektóre osoby do powstania dysfunkcji seksualnej na przykład czynniki relacyjne, fizjologiczne i poznawczo-emocjonalne. Kolejna istotna zmiana dotyczy zapożyczonego z „modelu lękowej świadomości”, a wykazanego w badaniach: czynnika koncentracji uwagi na sobie. Czynnik ten wiąże się z wewnętrznym samoocenianiem i wraz ze wzrostem autonomicznego pobudzenia, intensyfikuje doświadczanie negatywnego afektu, przez co obniża zdolność do radzenia sobie i przyczynia się do „hiperczujności” i uprzedzeń poznawczych.

Rozdzielenie afektu na obniżony pozytywny i podwyższony negatywny prezentuje kolejną zmianę w modelu. Następnie zamartwianie się jako próba radzenia sobie oraz czynnik podtrzymujący w seksualnej dysfunkcji zostały dodane jako dodatkowa reakcja sprzyjająca unikaniu.

Dysfunkcja seksualna a stres i ocena stresu

Niezależnie od etiologii dysfunkcji seksualnej oraz dotychczasowych badań nad dysfunkcjami seksualnymi, faktem jest, że utrzymywanie się trudności (zaburzeń) w sferze życia seksualnego stanowi przyczynę subiektywnie odczuwanego stresu, cierpienia i *obniża jakość życia* jednostki, mając ogromny wpływ na samoocenę, obraz siebie (m.in. w zakresie możliwości pełnienia roli mężczyzny i kobiety, budowania szczęśliwych związków, odczuwania przyjemności i satysfakcji w intymnych kontaktach) a także na obraz własnej choroby. Wydaje się jednak, że mimo jego niepodważalnej obecności i istotności w sytuacji trudnej w kontekście seksualnym, rola stresu w zaburzeniach seksualnych nie została dostatecznie doceniona w dotychczasowych badaniach.

Na przykład zdaniem Zdrojewicz i Lelakowskiej [14] powiązania między stresem a seksem są bardzo znaczące, a jednocześnie złożone. Autorzy zajmujący się przedmiotowym zagadnieniem, utrzymują, że stres z jednej strony może być przyczyną trudności i zaburzeń w sferze seksualnej, z drugiej strony wystąpienie u jednostki trudności w życiu seksualnym może prowadzić do powstania zaburzeń w obrębie

¹Tryb jest to zintegrowana sieć systemów: poznawczego, emocjonalnego, motywacyjnego i behawioralnego. Tworzy zsynchronizowaną odpowiedź na zewnętrzne potrzeby i stanowi mechanizm wdrażania wewnętrznych nakazów i celów.

zdrowia psychicznego (zaburzenia psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe, itp.) i poczucia niskiej wartości. Podobnie stresse wywołane innymi przyczynami (np. praca) mogą zniechęcać do inicjowania aktywności seksualnej, a nawet do unikania współżycia, co może poprzez negatywny wpływ na relację pomiędzy partnerami generować kolejne stresujące sytuacje (np. konflikty i napięcia w relacjach partnerskich, a także drażliwość w kontaktach międzyludzkich).

Powyższe rozważania przedstawiają jednak zależność między stresem a seksem w sposób bardzo ogólnikowy i enigmatyczny. Zarówno przyczyna, jak i konsekwencja zależności stres — seks może, ale nie musi być prawdopodobna. Nie u każdej bowiem osoby, która odczuwa nasilony stres powstaną trudności i zaburzenia w sferze seksualnej, tak samo jak nie u każdej osoby cierpiącej na zaburzenia seksualne pojawi się w następstwie choroba. Co zatem warunkuje u danej jednostki powstanie zaburzeń seksualnych w kontekście stresu? Kluczowym zagadnieniem wydaje się tutaj zrozumienie specyfiki sytuacji, w której znalazła się jednostka doświadczająca zakłócenia sprawności seksualnej.

Należy mianowicie podkreślić, że zaburzenia seksualne nie są jedynie problemem danej osoby, lecz zataczają znacznie szersze kręgi: mają znaczący wpływ na relacje partnerskie, trwałość i harmonię związków, stosunki międzyludzkie, funkcjonowanie w rolach zawodowej i społecznej, samoocenę w roli męskiej i kobiecej oraz ogólny stan zdrowia psychicznego [15]. W świetle tego, wyępienie problemu natury seksualnej staje się być sytuacją dla jednostki trudną, dochodzi wówczas bowiem do nierównowagi pomiędzy potrzebami jednostki (np.: potrzeba seksualna) i jej zadaniami (np. budowanie więzi) a sposobami i warunkami ich realizacji. Pojawienie się trudnej sytuacji nie determinuje jednak jeszcze reakcji danej osoby. Sposób, w jaki dana osoba poradzi sobie ze sytuacją stresującą, w dużej mierze zależy od tego, jak ta trudna sytuacja zostanie przez nią oceniona. A więc to ocena sytuacji trudnej determinować będzie reakcję osoby na daną sytuację trudną.

Odwołując się do interakcyjnego modelu radzenia sobie ze stresem autorstwa Wrześniewskiego [16], ocena sytuacji stresowej określana może być przez jednostkę za pomocą 4 możliwych wymiarów: zagrożenie, krzywda/strata, wyzwanie-aktywność lub wyzwanie-pasywność. To, w jaki sposób dana jednostka oceni sytuację trudną zależy od dyspozycyjnych (podmiotowych) oraz sytuacyjnych uwarunkowań radzenia sobie ze stresem. Dyspozycyjna ocena stresu będąca wyrazem różnic indywidualnych w zakresie spostrzegania i interpretowania zachodzących wydarzeń, jest definiowana jako „trwała, osobowościowa tendencja

jednostki do oceny w podobny sposób różnych sytuacji stresowych”. Rodzaj tej oceny pozwala ustalić dlaczego różni ludzie spostrzegają tę samą sytuację w odmienny sposób i dlaczego ten sam człowiek spostrzega różne sytuacje stresowe w podobnych kategoriach. Sytuacyjna ocena stresu uwzględnia zaś tak zwaną zmienność sytuacyjną i jest zależna przede wszystkim od aktualnych cech zdarzenia, tj. nowość, kontrolowalność, przewidywalność itp. Badanie rodzaju tejże oceny pozwala wyjaśnić, dlaczego tę samą sytuację różni ludzie spostrzegają i wartościują w podobny sposób, a ta sama osoba ocenia różne sytuacje stresowe w różny sposób.

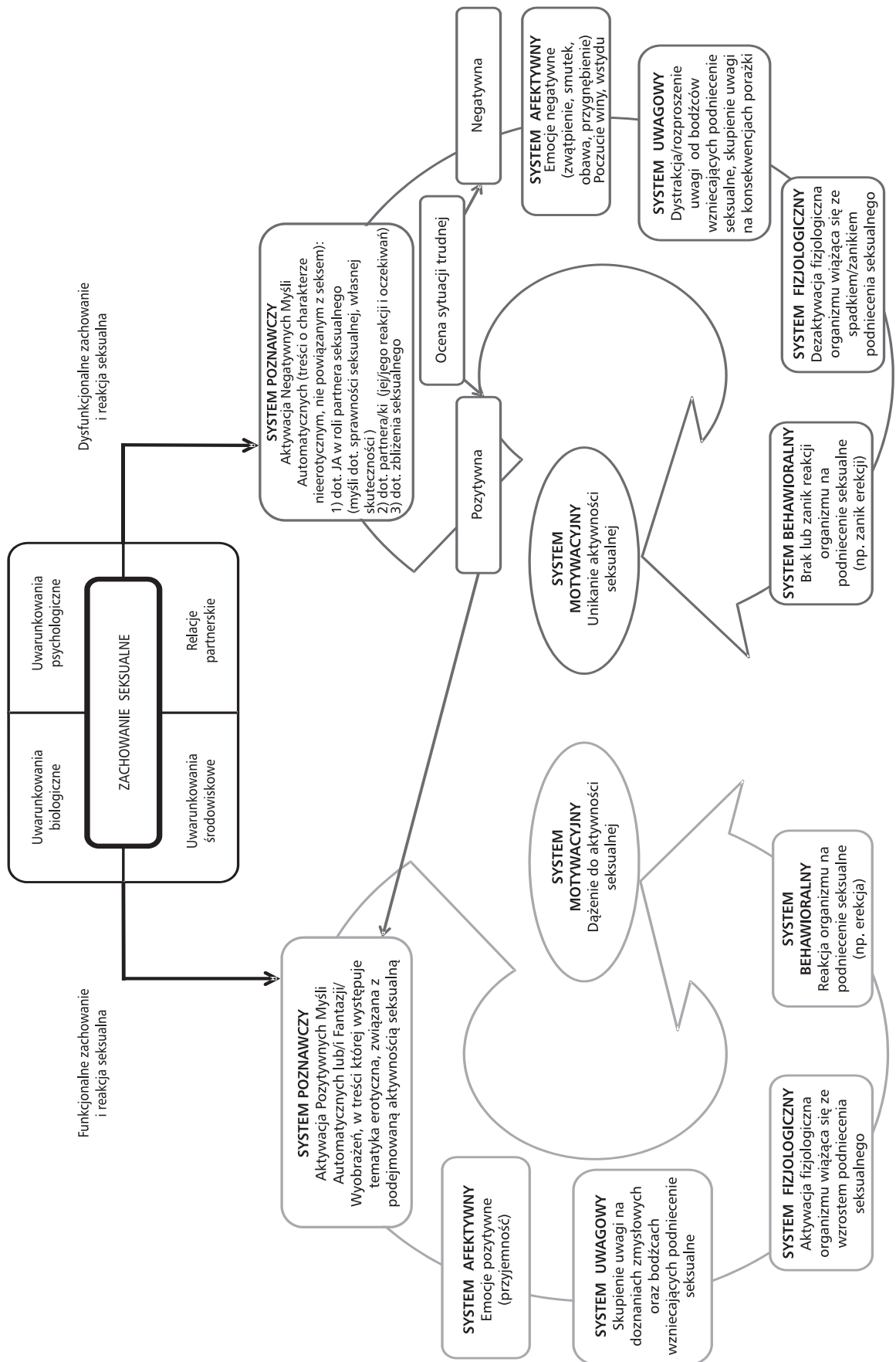
Zarówno dyspozycyjne, jak i sytuacyjne uwarunkowania radzenia sobie ze stresem wydają się więc mieć istotne znaczenie w problematyce powstawania i utrzymywania się problemów seksualnych. Analiza sytuacji trudnych pod kątem oceny poznawczej pozwala na pełniejsze i bardziej spójne wyjaśnienie psychologicznego funkcjonowania osób z rozpoznaniem zaburzeń seksualnych.

Poznawczy model dysfunkcji seksualnych

Tworzenie teoretycznych modeli zaburzeń jest niezwykle użyteczne zarówno w praktyce klinicznej, jak i w badaniach naukowych. Dzięki takim modelom można uzyskać usystematyzowaną wiedzę, która pozwala zrozumieć, jak dane procesy czy interakcje pomiędzy poszczególnymi czynnikami w modelu oddziałują na siebie w podtrzymywaniu zaburzenia [17]. Będąc w posiadaniu takiej wiedzy, można formułować przewidywania dotyczące nie tylko tego, co należy zrobić w terapii, ale także tego, jak najlepiej osiągnąć zmianę w terapii (będącą w terapii poznawczej częstokroć kluczowym jej elementem).

Punktem wyjścia konstruowania modeli poznawczych różnych zaburzeń jest model poznawczy Becka, który opiera się na założeniu, że zniekształcone lub nieprzystosowawcze myślenie wpływa na nastrój i zachowanie człowieka. Zakłada się, że to nie sytuacja sama w sobie wywołuje trudności, ale jej subiektywna interpretacja. W odniesieniu do tej samej sytuacji, różne osoby mogą zachowywać się i odczuwać w zupełnie inny sposób. Różnice w zakresie zachowań i odczuć zdeterminowane są właśnie znaczeniem jakie konkretna jednostka im nadaje. Z badań wynika [11], że koncepcja poznawcza ma zastosowanie również na polu seksuologii.

Czerpiąc z analizy literatury przedmiotu, przedstawionych powyżej koncepcji, jak również własnych doświadczeń zawodowych, autorka proponuje model poznawczy dysfunkcji seksualnej (ryc. 1). Centralnym odniesieniem teoretycznym prezentowanego modelu jest koncepcja poznawcza Becka oraz omówiony powy-



Rycina 1. Propozycja poznawczego modelu dysfunkcji seksualnej. Opracowanie Oettingen J. (2013) na podstawie Modelu trybów Becka (Modes model, 1996) oraz Modelu funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej sprawności seksualnej Barlowa (1986)

żej model funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej sprawności seksualnej Barlowa.

Zachowanie seksualne człowieka uwarunkowane jest splotem czynników biologicznych, psychologicznych, społeczno-kulturowych oraz interpersonalnych, przez co w wysokim stopniu jest zindywidualizowane.

W zakresie czynników środowiskowych, ludzie różnią się między sobą stopniem i jakością uzyskanej edukacji seksualnej, wyniesionych z domu komunikatów na temat seksualności czy przyswojonych w środowisku przekonań przybierających częstokroć postać przesądów i stereotypów. Ludzie różnią się ponadto stosunkiem do religii, który w skrajnych przypadkach (rygoryzm religijny) może prowadzić do ascetyzmu seksualnego. Czynniki te mogą mieć nieoceniony wpływ na kształtowanie własnej seksualności.

Również w obrębie czynników biologicznych, wszelkie wady budowy, występujące choroby (np. cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia hormonalne, uzależnienia, depresja) oraz wpływ zażywanych leków, a także składające się na uwarunkowania psychologiczne (kompleksy, fobie, lęki, zahamowania, stresy oraz doświadczenia traumy seksualnej) oraz uwarunkowania partnerskie (zaburzone relacje partnerskie, niewłaściwa *ars amandi*, nieprzystosowanie seksualne partnerów, nieprawidłowa komunikacja) w wysokim stopniu determinować mogą jakość współżycia seksualnego oraz sposób podejścia do spraw związanych z współżyciem seksualnym.

Indywidualna biografia każdej osoby, w której wkład wchodzi występowanie lub współwystępowanie omówionych powyżej czynników, w znaczącym stopniu determinuje swoistość przebiegu reakcji i zachowań seksualnych. Osoby, u których obserwuje się wysokie nasilenie negatywnych czynników predysponujących, mogą być bardziej narażone na powstanie dysfunkcjonalnej odpowiedzi seksualnej.

Rycina 1 ilustruje zarówno funkcjonalny (lewa strona), jak i dysfunkcjonalny (prawa strona) przebieg zachowań i reakcji seksualnej. Model ten składa się z zespołu pozostających we wzajemnej zależności systemów: poznawczego, emocjonalnego, uwagowego, fizjologicznego, behawioralnego, motywacyjnego i opisuje, jak poznawcze postrzeganie, lub spontaniczne myśli o danej sytuacji wpływają na emocjonalne, behawioralne i fizjologiczne reakcje człowieka.

Dysfunkcjonalne zachowanie i reakcja seksualna — opis modelu

Dysfunkcjonalny przebieg zachowań i reakcji seksualnej zachodzi wówczas, gdy jednostka nada sytuacji intymnej pejoratywne znaczenie. Na poziomie poznawczym dochodzi wówczas do sytuacji, w której

osoba ocenia napływający bodziec jako zagrażający (przykładowo stresogenna myśl automatyczna: „Miałem trudność z uzyskaniem erekcji zeszłej nocy, więc nie uda mi się i teraz”). Bodziec ten jednostka odnosi do własnego systemu przekonań, osobistych standardów na temat sprawności seksualnych, systemu wartości, aspiracji, i na tej podstawie formułuje, czy jest dla niej zagrażający czy nie. Ocenie tej mogą towarzyszyć oczywiście inne przekonania dotyczące siebie samego i sytuacji, w jakiej jednostka się znalazła, na przykład przekonanie o posiadaniu deficytów w zakresie umiejętności seksualnych, przekonania o braku atrakcyjności czy nawet przekonania o niewystarczającej męskości („Jako mężczyzna jestem do niczego”). Należy nadmienić, że to, w jaki sposób dana jednostka oceni sytuację trudną, zależy od dyspozycyjnych (podmiotowych) oraz sytuacyjnych uwarunkowań radzenia sobie ze stresem.

Jeśli na poziomie poznawczym zapadnie decyzja, że bodziec jest zagrażający (tzw. negatywna ocena sytuacji stresowej), to pojawia się reakcja na poziomie emocjonalnym. Objawia się to wystąpieniem negatywnych emocji: z wątplenia, smutku, obawy, przygnębienia, a nawet poczucia winy, wstydu — gdy osoba ma poczucie, że nie radzi sobie z trudną sytuacją.

W wyniku aktywacji negatywnych stanów emocjonalnych dochodzi do rozproszenia uwagi od bodźców wzniecających seksualnie i jednostka zaczyna koncentrować się na informacjach nieistotnych (tj. treści nieerotyczne, związane ze sprawnością seksualną lub myśli niepowiązane z seksem) i konsekwencjach ewentualnej porażki (tj. wiążącej sobie z brakiem sprawności seksualnej). Osoba zaczyna przeżywać stosunek seksualny z pozycji obserwatora, a nie uczestnika. Wizja porażki prowadzi do spadku bądź zaniku podniecenia seksualnego, w wyniku czego w obrębie systemu behawioralnego dochodzi do zaniku reakcji genitalnej (np. obniżenie/zanik reaktywności seksualnej np. brak erekcji) i w konsekwencji do unikania współżycia seksualnego.

Funkcjonalne zachowanie i reakcja seksualna — opis modelu

W tej części modelu możliwe są dwa scenariusze (A i B) zdeterminowane sposobem, w jaki jednostka postrzega sytuację intymną.

W pierwszym wariantcie (A) osoba ocenia napływające bodźce seksualne (myśl automatyczna, fantazja/wyobrażenie) w sposób pozytywny lub neutralny, w wyniku czego pojawia się dodatnia reakcja na poziomie emocjonalnym (przyjemność). Pozytywne emocje sprzyjają koncentracji na doznaniach zmysłowych oraz bodźcach wzniecających podniecenie seksual-

ne, w wyniku czego dochodzi do wzrostu podniecenia seksualnego i reakcji genitalnej organizmu (np. erekcja). Udany przebieg współżycia seksualnego zostaje (zwłaszcza w wyniku przeżytego orgazmu) wzmocniony pozytywnie i jednostka dąży do aktywności seksualnej.

Drugi wariant (B) rozpoczyna się podobnie jak opisany wcześniej dysfunkcyjny przebieg zachowań i reakcji seksualnej: w reakcji na podejmowaną aktywność seksualną, w obrębie systemu poznawczego u jednostki zaczynają dominować negatywne myśli lub/i wyobrażenia seksualne. Sposób w jaki osoba postrzega i interpretuje zachodzące wydarzenia doprowadza do oceny sytuacji intymnej w kategoriach: pozytywna v. negatywna. W przeciwieństwie do dysfunkcyjnego przebiegu reakcji seksualnej, jednostka ocenić może tutaj sytuację trudną jako niezagrażającą, pozytywną (np. wyzwanie–aktywność) w wyniku czego pojawiająca się na poziomie emocjonalnym reakcja jest pozytywna. Odczuwane emocje związane z przyjemnymi doznaniem (podobnie jak w wariancie A) pomagają osobie skoncentrować się na doznaniach zmysłowych i bodźcach wzniecających podniecenie seksualne, w wyniku czego pojawia się reakcja fizjologiczna (wzrost podniecenia seksualnego) i behawioralna (erekcja, lubrykacja). Udany przebieg współżycia seksualnego, zostaje pozytywnie wzmocniony i jednostka dąży do aktywności seksualnej.

Podsumowanie

Specyfika funkcjonowania poznawczego osób cierpiących z powodu dysfunkcji seksualnych obejmuje wiele dysfunkcyjnych przekonań nacechowanych zniekształceniami poznawczymi. Najczęściej przekonania te wiążą się z błędnymi wyobrażeniami, które dotyczą siebie w roli partnera seksualnego lub założeń w odniesieniu do pożądaných lub oczekiwanych zachowań seksualnych. Nauka rozpoznawania i oceny „myśli automatycznych” oraz dysfunkcyjnych przekonań ma wpływ na poprawę sposobu myślenia człowieka (tj. sposobu myślenia bardziej przypominającego rzeczywistość), w wyniku czego niepokój obniża się i jednostka jest w stanie zachować się w bardziej funkcjonalny sposób.

Zaprezentowany w artykule model poznawczy ma szerokie zastosowanie w terapii dysfunkcji seksualnych o psychogennym podłożu. Model ten pomocny jest nie tylko pacjentowi w lepszym zrozumieniu mechanizmu

dysfunkcji seksualnej, ale też terapeutę, zarówno na etapie konstruowania indywidualnych konceptualizacji przypadku, jak i w całym procesie terapeutycznym (np. psychoedukacja pacjenta w modelu poznawczym zaburzenia, identyfikacja myśli automatycznych i nieprzystosowawczych przekonań, monitorowanie wzorców podtrzymujących występowanie problemu seksualnego).

Piśmienictwo:

1. Pużyński S., Wciórka J. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Vesalius, Kraków 2000.
2. Master W., Johnson V. Niedobór seksualny człowieka. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1975.
3. Kaplan H.S. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel, New York, 1974.
4. Wolpe J., Wolpe D. Wolni od lęku. WiR, Kraków 1999.
5. Beck J.G., Barlow D.H. The effects of anxiety and attentional focus on sexual responding — II: Cognitive and affective patterns in erectile dysfunction. *Behaviour Research and Therapy* 1986; 24: 19–26.
6. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually dysfunctional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*. 2006(a); 35: 491–499.
7. Baker C. A cognitive-behavioural model for the formulation and treatment of sexual dysfunction”. W: Ussher J., Baker C. (red.). *Psychological perspectives on sexual problems: new directions in theory and practice*. Routledge, London, 1993; 110–128.
8. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. (2006b). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of Sex Research* 2006(b); 43: 68–75.
9. Nobre P. J., Pinto-Gouveia J. Erectile dysfunction: an empirical approach based on Beck’s cognitive theory. *Sexual and Relationship Therapy* 2000; 15(4): 351–366.
10. Andersen B., Cyranowski J., Espindle D. Men’s sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999; 76: 645–661.
11. Nobre P.J., Pinto-Gouveia J. Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Journal of Cognitive Therapy and Research* 2008; 32: 37–49.
12. Barlow D.H. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 140–148.
13. Wiegel M., Scepkowski L.A., Barlow D.H. Cognitive-Affective Processes in Sexual Arousal and Sexual Dysfunction. Materiały konferencyjne Kinsey Institute Conference: Methodological Approaches In Reproductive Psychophysiology Bloomington, Indiana, USA 2003; 1–34 (http://www.indiana.edu/~kinres/chapters/Wiegel_Scepkowski_Barlow.pdf).
14. Zdrojewicz Z., Lelakowska K. Rola stresu w problemach, zaburzeniach i preferencjach seksualnych. *Seksuologia Polska* 2006; 4: 69–79.
15. Lew-Starowicz Z. Zarys seksuologii sądowej dla prawników. Wydawnictwo Zrzeszenia Prawników Polskich, Warszawa 2010.
16. Włodarczyk D., Wrześniewski K. Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS). *Przegląd Psychologiczny* 2010; 53: 479–496.
17. Wells A. Terapia poznawcza zaburzeń lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po terapii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.