

Zaburzenia seksualne a terapia poznawczo-behawioralna

Cognitive-behavioral therapy versus sexual dysfunction

Daniel Cysarz

Szpital Nowowiejski

Samodzielny Wojewódzki Zespół Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie
Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia w Warszawie

Streszczenie

Celem poniższego artykułu jest ukazanie wyników najnowszych badań, dotyczących efektywności zastosowania metod terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń seksualnych. Terapia poznawczo-behawioralna stała się w ostatnich latach jedną z wiodących i zarazem najdokładniej zbadanych metod terapeutycznych. Oprócz potwierdzanej wieloma badaniami skuteczności w leczeniu zaburzeń psychicznych takich jak: PTSD, fobie, nerwice czy zaburzenia afektywne, w ostatnich latach pojawiają się coraz częstsze doniesienia mówiące o skuteczności zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń seksualnych. Na podstawie analizy zagranicznych doniesień naukowych oraz własnych doświadczeń, autor artykułu chce wskazać obszary (konkretne zaburzenia) pracy specjalistów seksuologów, w których terapia poznawczo-behawioralna może mieć zastosowanie.

Seksuologia Polska 2012; 10 (1): 41–45

Słowa kluczowe: terapia poznawczo-behawioralna, zaburzenia seksualne

Abstract

The aim of this article is to present the results of the latest study concerning to the effectiveness of applying the methods of cognitive-behavioral therapy in treating sexual disorders. In recent years cognitive-behavioral therapy has become one of the leading and most thoroughly researched therapeutic method. In addition to numerous studies confirming efficacy in treating psychiatric disorders such as PTSD, phobias, neurosis or affective disorders, in recent years, there are increasingly frequent reports describing the effectiveness of the application of cognitive-behavioral therapy in treating sexual disorders. Based on the analysis of foreign scientific reports and his own experience, the author of the article wants to point out areas (specific disorders), in which cognitive-behavioral therapy may be applicable.

Polish Sexology 2012; 10 (1): 41–45

Key words: cognitive-behavioral therapy, sexual dysfunction

Wprowadzenie

Według Kratochvila **zaburzenia seksualne** niewywołane dysfunkcją organiczną czy też chorobą somatyczną to rodzaj dysfunkcji, przy których jednostka nie odczuwa pożądania płciowego, albo nie jest zdolna do odbycia stosunku prowadzącego do za-

spokojenia, chociaż ma ku temu anatomiczno-fizjologiczne warunki [1]. Mimo że w dziesiątej rewizji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób znajduje się schematyczne rozróżnienie nieorganicznych i organicznych zaburzeń seksualnych, powszechnie uznaje się dziś, że w powstaniu i utrzymaniu się wielu z nich ważny udział mają także czynniki psychogenne (np.: czynniki sytuacyjne, traumatyczne przeżycia, problemy partnerskie, a także osobowość czy stany i zaburzenia psychiczne), a ich etiologia i patogeneza jest psychosomatyczna i wieloczynnikowa. Już na przełomie XIX i XX wieku, kiedy to Sigmund Freud zaczął

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

Nadesłano: 1.03.2012

Przyjęto do druku: 4.06.2012

szerzej interesować się problematyką seksualności, utarło się twierdzenie, że zaburzenia seksualne są głęboko zakorzenione i wymagają wielu lat intensywnej terapii. Dopiero dwa wydarzenia, które dokonały się w latach pięćdziesiątych ubiegłego stulecia, wyznaczyły początek nowego podejścia do leczenia dysfunkcji seksualnych. Pierwszym z nich było opublikowanie w 1956 roku artykułu Semansa, opisującego proste techniki w leczeniu przedwczesnego wytrysku; drugim — publikacja w 1958 roku „Psychoterapii” Wolpego, w której opisał on procedury leczenia różnych zaburzeń czynności seksualnych. To właśnie Wolpe jako pierwszy zaproponował systematyczną desensytyzację jako skuteczną technikę leczenia. Niestety, w tamtym czasie publikacje te nie otrzymały należytej im uwagi, co zwolniło nieco tempo upowszechnienia innowacyjnych jak na tamte czasy metod. Sytuacja zmieniła się dopiero w 1970 roku, kiedy to Masters i Johnson w książce „Human Sexual Inadequacy” rozszerzyli owe techniki, opisując kompleksowy program leczenia dysfunkcji seksualnych.

Terapia poznawczo-behawioralna (CBT)

W latach 70. XX wieku w leczeniu zaburzeń seksualnych powszechnie stosowano głównie dwie koncepcje terapeutyczne: opartą na założeniach teorii Freuda — **psychodynamiczną** oraz opartą na procesach uczenia się — **behawioralną**. Poza tymi, chętnie stosowanymi, modelami prężnie rozwijała się także psychologia poznawcza, często zwana „trzecią psychologią”. Według Kozielskiego powstanie i rozwój tego ważnego nurtu psychologii było wyrazem kryzysu obu wyżej wspomnianych, wówczas popularnych koncepcji: behawiorystycznej i psychodynamicznej. W behawioryzmie wszystkie procesy związane z ludzką aktywnością, na przykład myślenie i emocje, traktuje się jako zachowanie, a każde zachowanie ma swój obserwowalny przejaw [2]. Pod tym właśnie względem założenia behawioryzmu różnią się od założeń koncepcji poznawczej, gdyż według psychologów poznawczych zachowanie i emocje są przejawami procesów poznawczych, takich jak percepcja i myślenie. Tym samym psychologia poznawcza spowodowała zmiany w głównych postulatach behawiorystów, a zarazem wzmocniła zarówno argumenty, jak i postulaty terapii poznawczej. Psychologia poznawcza — tłumacząca ludzkie zachowania złożonymi procesami przetwarzania informacji, których podstawą jest neurobiologia mózgu — wykazała również ograniczenia modelu psychodynamicznego.

Dynamiczny rozwój i ewolucja, zarówno behawioryzmu, jak i psychologii poznawczej oraz psychote-

rapii poznawczej, doprowadziły w latach 60. XX wieku do zbliżenia tych trzech podejść. Lecz prawie trzy dekady trzeba było czekać na wydarzenie, które miało połączyć obydwie nurty. Mowa tutaj o 1990 roku, kiedy to Baucon i Epstein do swojego pojęcia kognitywno-behawioralnej terapii małżeńskiej włączyli teorię kognitywną Becka oraz metodę oddziaływania na emocje i zachowania poprzez zmianę procesów poznawczych [3]. Poza tym, jeszcze kilka innych wydarzeń dało asumpt ku temu, że już rok 1992 można uznać za datę oficjalnego **połączenia koncepcji poznawczej i behawioralnej**. Jest to też rok, w którym założone w 1976 roku *European Association for Behaviour Therapy* (EABT) dodało w swojej nazwie słowo *cognitive*, co doprowadziło do powstania *European Association for Behavioural and Cognitive Therapies* (EABCT).

Według Popiel i Pragłowskiej na obraz współczesnej terapii poznawczo-behawioralnej najsilniej wpłynęły założenia teoretyczne oraz wyniki badań nauk o poznaniu, szczególnie psychologii poznawczej, a także rozwój wiedzy dotyczącej psychofizjologicznych i neuropsychologicznych mechanizmów powstawania i leczenia zaburzeń psychicznych [2]. W praktyce natomiast, psychoterapia poznawcza stosowana jest razem z metodami wywodzącymi się z modelu behawiorystycznego, i o ile techniki behawioralne są stosowane w klinice seksuologicznej od kilku dekad, to **zastosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu dysfunkcji seksualnych** jest nadal dość nowym zagadnieniem.

Poznawczo-behawioralny model dysfunkcji seksualnych

W myśl teorii poznawczo-behawioralnej, dysfunkcja seksualna może być rozumiana jako złożona interakcja poznania (myśli), zachowania, biologii i relacji międzyludzkich, której efektem jest powstanie zaburzenia funkcji seksualnych.

Twierdzenie psychologii poznawczej, że **człowiek jest ekspertem w zakresie znaczeń, jakie nadaje zjawiskom odpowiadającym za doświadczane emocje**, uzasadnia podejście stosowane w psychoterapii poznawczej, gdzie dużą wagę przywiązuje się do znaczenia danej sytuacji dla pacjenta. Nadawanie znaczenia i interpretacja danej sytuacji przez pacjenta zaczęła być traktowana jako swego rodzaju mechanizm spustowy występujący w wielu zaburzeniach, w których to sytuacja pozornie neutralna lub nawet potencjalnie przyjemna, na przykład uśmiechająca się do nas osoba, w zetknięciu z interpretacją,

na przykład: „Pewnie się ze mnie śmieje” lub „Uśmiecha się do mnie z politowaniem”, zaczyna wzbudzać negatywne emocje. Taki rodzaj myślenia nazywany jest myślami automatycznymi (spontanicznie pojawiające się, krótkie myśli niosące spory ładunek emocji i samooceny), które wpisują się w **model ABC stworzony przez Alberta Ellisa**, będący bazą w pracy terapeuty poznawczo-behawioralnego. Jest to model rozumienia problemu pacjenta, w którym A to wydarzenie aktywizujące, B — przekonania, C — konsekwencje, do których zalicza się emocje, objawy fizyczne oraz zachowania. Różne sytuacje, czyli wydarzenia aktywizujące, stanowią w myśl modelu ABC tylko pretekst dla aktywacji myśli, będących odzwierciedleniem bardziej utrwalonych przekonań danej osoby na temat siebie, innych ludzi czy świata i reguł nim rządzących [2]. Na przykład komentarz partnerki mężczyzny, który zgłasza przedwczesny wytrysk: „Następnym razem będzie lepiej” (A), uruchamia u niego myśli: „Jestem beznadziejny”, „Ona na pewno mnie zostawi”, „Znajdzie sobie lepszego kochanka” (B), co może powodować niepokój, spadek nastroju i aktywności seksualnej (C). Model, w takiej formie, może przyczynić się do utrwalania zaburzeń, bo z czasem pacjenci, bojąc się porażki, zaczynają unikać seksu, a pojedyncze nieudane próby są dla nich potwierdzeniem przekonania o swoim braku sprawności seksualnej [2].

CBT w leczeniu dysfunkcji seksualnych

Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń seksualnych składa się z wielu różnych technik i metod koncentrujących się na zmianie negatywnych przekonań i zachowań dotyczących seksu. Podstawową metodą pracy terapeutycznej **jest kognitywna restrukturyzacja**, a jej obiektami są najczęściej: fałszywe rozumienie lub interpretacja wypowiedzi, zachowań i sytuacji oraz błędne przekonania i zniekształcenia poznawcze [4].

Istotnym celem terapii w tym przypadku jest zmiana sposobów myślenia, w których przejawiają się fałszywe uprzedzenia, które to z kolei są przyczyną negatywnych emocji i dysfunkcyjnego zachowania. Technika CBT polega na tym, że w trakcie terapii pacjent uczy się rozpoznawania i reinterpretacji myśli automatycznych, co jest pierwszym krokiem do restrukturyzacji błędnych przekonań na temat siebie, świata i innych [5].

Interwencje terapeutyczne obejmują:

- psychoedukację skupiającą się na powszechnych mitach i błędnych informacjach o seksie;
- planowanie czasu intymnego;

- leczenie oparte na ekspozycji, kiedy to osoba lub para w domu wykonuje wcześniej zaplanowane i zadane prace własne (zadania domowe), opracowane tak, aby zredukować strach w intymnych sytuacjach i pozwolić skoncentrować się na związanych z nimi miłych bodźcach;
- trening w zakresie komunikacji seksualnej;
- restrukturyzację poznawczą negatywnych myśli związanych z seksem;
- rozszerzenie seksualnego repertuaru zachowań tak, aby zminimalizować nudę i maksymalizować zainteresowanie i pobudzenie;
- propagowanie stylu życia, obejmującego aktywność fizyczną i higienę snu, co może mieć wpływ na reakcje seksualne;
- terapię małżeńską, mającą na celu budowanie umiejętności rozwiązywania konfliktów interpersonalnych i zwiększenie intymności;
- terapię indywidualną związaną z zaburzeniami psychologicznymi, takimi jak depresja;
- skierowanie do odpowiedniego lekarza specjalisty w celu oceny lub leczenia zaburzeń, które mogły przyczynić się do powstania dysfunkcji seksualnej

Badania dotyczące skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej

Terapia poznawczo-behawioralna jako stosunkowo nowy twór jest jednym z najlepiej przebadanych podejść terapeutycznych, wykazującym dużą skuteczność w leczeniu wielu zaburzeń psychologicznych. W ostatnich latach pojawia się coraz więcej doniesień mówiących o skuteczności stosowania terapii CBT w leczeniu zaburzeń seksualnych, zarówno jako samodzielnej, jak i jednej z kilku stosowanych metod.

CBT a *Post Traumatic Stress Disorder* o podłożu seksualnym

Najwięcej badań, a co za tym idzie — największa udokumentowana skuteczność technik poznawczo-behawioralnych dotyczy zaburzenia psychicznego, którego przyczyny często mają podłoże seksualne. Mowa tutaj o *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD) — **zaburzenie stresowe pourazowe**. Wyniki badań potwierdzają dużą skuteczność terapii CBT w pracy z:

- pacjentami z PTSD powstałym na skutek gwałtu [6] czy
- kobietami z PTSD powstałym na skutek wykorzystywania seksualnego [7];
- kobietami z PTSD powstałym na skutek wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie [6].

Biorąc pod uwagę fakt, że zaburzenie PTSD, szczególnie o podłożu seksualnym, często implikuje powstawanie zaburzeń seksualnych, prowadząc terapię nakierowaną na zaburzenie stresowe pourazowe, możemy spodziewać się ustąpienia ewentualnych zaburzeń w sferze seksualnej. Tezę tą potwierdzają badania Hoyerera, w którym zredukowanie dysfunkcji seksualnych było efektem prowadzonego w nurcie poznawczo-behawioralnym leczenia innych zaburzeń psychicznych [8].

CBT a seksualność kobiet

Wyniki badań potwierdzają również skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu wielu dysfunkcji seksualnych występujących u kobiet m.in. zaburzeń orgazmu [9], czy zaburzeń pożądania seksualnego w formie indywidualnej [10] oraz grupowej [11]. Doniesienia z ostatnich lat potwierdzają również skuteczność wykorzystywania technik CBT w leczeniu zespołu przetrwałego pobudzenia seksualnego [12]. Połączenie terapii poznawczo-behawioralnej z ćwiczeniami mięśni dna miednicy pomaga usunąć ból występujący w takich zaburzeniach seksualnych jak: pochwica i dyspareunia [13].

CBT a seksualność mężczyzn

U mężczyzn, podobnie jak u kobiet, terapię poznawczo-behawioralną stosuje się w leczeniu zaburzeń pożądania seksualnego [10]. Założenia terapii poznawczo-behawioralnej są także skuteczne w leczeniu przedwczesnego wytrysku [14]. Od kilku lat te techniki są wykorzystywane w terapii przedwczesnego wytrysku również w Polsce [15].

CBT a terapia sprawców przestępstw seksualnych na dzieciach

Założenia CBT są stosowane również jako jedna z metod programu terapii sprawców przestępstw seksualnych na dzieciach, którego twórcą jest Bill Marshall. W tym przypadku wyznacznikiem skuteczności terapii jest zmniejszenie ryzyka recydywy. Ryzyko recydywy oscylujące — przed podjęciem terapii — na granicy 80%, po trzyletniej terapii spada do 30% [16]. Autor powyższego artykułu brał udział w pilotażowym w Polsce programie 3-letniej terapii grupowej sprawców przestępstw seksualnych na dzieciach opartym na powyższych założeniach. Pilotażowe grupy terapeutyczne uzyskały zadawalające

wyniki, jednak do potwierdzenia skuteczności terapii niezbędne jest przeprowadzenie badania w większej populacji.

Podsumowanie

Na trafność stosowania modelu poznawczo-behawioralnego w leczeniu dysfunkcji seksualnych wskazują badania, według których występowanie określonych przekonań może być predyktorem do wnioskowania o powstaniu konkretnych zaburzeń seksualnych [17]. Stąd większość kobiet z dysfunkcjami seksualnymi aktywuje schemat mówiący o własnej niekompetencji, kiedy stykają się z intymną sytuacją, która nie kończy się sukcesem (orgazmem partnera lub/i swoim). Konserwatywne przekonania seksualne pań są blisko związane z niskim pobudzeniem seksualnym i trudnościami w uzyskaniu podniecenia. Natomiast negatywne przekonania na temat własnego ciała i myśli automatyczne skoncentrowane na wyglądzie, często są związane z zaburzeniami orgazmu. Emocje związane ze strachem są jednym z najlepszych predyktorów występowania pochwicy, a smutek i poczucie winy wiążą się z niskim pobudzeniem seksualnym. Wszystkie te elementy w jednoznaczny sposób wpisują się w model terapii CBT.

W wyborze metody leczenia zaburzeń seksualnych należy pamiętać o wielkim dorobku światowej seksuologii, postrzegając podejście poznawczo-behawioralne jedynie jako rozwinięcie modeli i metod stosowanych do tej pory z dużym sukcesem. Bo jak piszą Rosen i Leiblum, **odkąd kliniczny obraz wielu zaburzeń seksualnych staje się coraz bardziej kompleksowy, pomysł, żeby używać jednej słusznej metody terapeutycznej do leczenia wszystkich zaburzeń, wydaje się być absurdalny** [18]. Stąd warto, nie zapominając o dotąd sprawdzonych i skutecznych metodach, rozszerzyć perspektywę i spojrzeć na dysfunkcje seksualne również poprzez pryzmat poznawczo-behawioralny, bo jak pokazują wyniki powyższych badań, techniki terapii poznawczo-behawioralnej mogą mieć zastosowanie w leczeniu wielu zaburzeń seksualnych.

Piśmiennictwo

1. Kratochvil S. Leczenie zaburzeń seksualnych. Czycibor-Piotrowski A. (tłum.), Jakima S. (red.). Iskry, Warszawa 2002.
2. Popiel A., Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Paradygmat, Warszawa 2008.
3. Kratochvil S. Terapia małżeńska. Biuro tłumaczeń ITAMAR (tłum.). Jakima S. (red. nauk.), Kordek A. (red.). Via Medica, Gdańsk 2006.
4. Stern R., Drummond, L. Part 9: Sex Therapy. W: The practice of Behavioural and cognitive psychotherapy. Cambridge University Press, Cambridge 1991; 113-132.

5. McCarthy B., McCarthy E. *Rekindling desire: A step-by-step program to help low sex and no sex marriages*. Taylor & Francis Books, New York 2003.
6. McDonagh A. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73: 515–524.
7. Foa E.B., Dancu C.V., Hembree E.A., Jaycox L.H., Meadows E.A., Street, G.P. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reduction posttraumatic stress disorder in female assault victim. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67: 194–200.
8. Hoyer J., Uhlmann S., Rambow J., Jacobi F. Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders. *Sexual and Relationship Therapy* 2009; 24: 64–73.
9. Meston C., Hull E., Levin R. Disorders of orgasm in woman. *Journal of Sexual Medicine* 2004; 1: 85–97.
10. Ravart M., Trudel G., Marchand A., Turgeon L., Aubin S. The efficacy of a cognitive behavioural treatment model for hypoactive desire disorder: an outcome study. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 1996; 5: 112–121.
11. Trudel G., Marchand A., Ravart M., Aubin S., Turgeon L., Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sexual and Relationship Therapy* 2001; 16: 145–164.
12. Hiller J., Hekster B. Couple therapy with cognitive behavioural techniques for persistent sexual arousal syndrome. *Sexual and Relationship Therapy* 2007; 22: 142–154.
13. Bergeron S., Morin M., Lord M.J. Integrating pelvic floor rehabilitation and cognitive-behavioural therapy for sex pain: what have we learned and where do we go from here? *Sexual and Relationship Therapy* 2010; 25: 289–298.
14. Metz M.E., Prior J.I. Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management. *Journal of Sex and Marital Therapy* 2000; 26: 293–320.
15. Cysarz D. *Terapia poznawczo-behawioralna a przedwczesny wytrysk*. *Seksuologia Polska* 2010; 8: 60–63.
16. Laws D.R., Marshall W.L. A brief history of behavioural and cognitive-behavioural approaches to sexual offender treatment: Part 1. Early Developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2003; 15: 75–92.
17. Nobre P., Pinto-Gouveia J. Cognitive and Emotional Predictors of female sexual dysfunction: Preliminary Findings. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2008; 34: 325–342.
18. Rosen R.C., Leiblum S.R. Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995; 63: 877–890.