

# Terapia poznawczo-behawioralna seksualnych dysfunkcji bólowych u kobiet

## Cognitive behavioral therapy of female sexual pain dysfunctions

Jolanta Gniatkowska-Rutkowska<sup>1</sup>, Patrycja Satkiewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gabinet psychoterapii i pomocy psychologicznej w Warszawie

<sup>2</sup>Gabinet psychoterapii i terapii seksuologicznej w Warszawie

### Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie seksualnych dysfunkcji bólowych u kobiet na przykładzie diagnozy pochwy i dyspareunii: definicji, różnicowania dysfunkcji, charakterystyki na podstawie klasyfikacji ICD-10 i ICD-11 oraz leczenia. W niniejszym przeglądzie przedstawiono podejście do leczenia psychoterapeutycznego przy zastosowaniu wybranych metod i technik terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) oraz metod opartych na uważności (mindfulness) w kompleksowym postępowaniu terapeutycznym w przypadku diagnozy dysfunkcji seksualnej kobiet. Autorki zaprezentują odniesienie do teorii oraz metod pracy terapeutycznej wymienionych dysfunkcji, zwracając uwagę na konieczność edukacji seksualnej i uwzględnienie perspektywy partnerskiej. Seksualność stanowi nieodłączną część życia człowieka i odgrywa w nim ważną rolę, determinuje jego jakość i wpływa na inne sfery funkcjonowania, a seksualne dysfunkcje bólowe uniemożliwiają wielu kobietom nie tylko czerpanie satysfakcji z kontaktów intymnych, ale również często stanowią blokadę do zawarcia szczęśliwych związków i starania się o potomstwo.

**Słowa kluczowe:** pochwica, dyspareunia, dysfunkcje seksualne, desensytyzacja, uważność, psychoterapia

*Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 37–48*

### Abstract

The aim of this article is to present female sexual pain dysfunctions on the example of the diagnosis of vaginismus and dyspareunia: definition, differentiation of dysfunction, characteristics based on ICD-10 and ICD-11, and treatment. The review presents an approach to psychotherapeutic treatment using selected methods and techniques of cognitive behavioral therapy (CBT) and methods based on mindfulness in complex therapeutic treatment for the diagnosis of female sexual dysfunction. The authors will present a reference to the theory and methods of the therapeutic work of these dysfunctions, paying attention to the need for sex education and considering the partnership perspective. Sexuality is an integral part of human life and plays an important role, determines its quality and affects other spheres of functioning, while sexual pain dysfunctions prevent many women from not only deriving satisfaction from intimate contacts, but also often constitute a blockage to enter into happy relationships and having children.

**Key words:** vaginismus, dyspareunia, sexual dysfunctions, desensitization, mindfulness, psychotherapy

*Journal of Sexual and Mental Health 2022; 20: 37–48*

### Wstęp

Człowiek jest istotą seksualną od narodzin aż do śmierci. Niezależnie od wieku, płeć towarzyszy na każdym etapie rozwoju, a aktywność seksualna jest naturalną częścią życia od momentu osiągnięcia doj-

rzałości aż do późnej starości. Seksualność stanowi więc nieodłączną część życia człowieka i determinuje jego jakość, wpływając na inne sfery funkcjonowania. Co więcej, polskie badania eksplorujące temat seksualności potwierdzają tezę, że aktywność seksualna odgrywa ważną rolę w życiu człowieka [1]. We wskazanym raporcie dotyczącym seksualności Polaków, ponad połowa mężczyzn i kobiet określiła, iż seks pełni w ich życiu rolę zdecydowanie istotną lub dość

**Adres do korespondencji:** Patrycja Satkiewicz, Gabinet psychoterapii i terapii seksuologicznej w Warszawie, e-mail: Psatkiewicz@st.swps.edu.pl

Nadesłano: 03.05.2021

Przyjęto do druku: 04.08.2021

istotną, choć wartości te były wyższe dla populacji mężczyzn. Jedynie 20,6% kobiet uznało aktywność seksualną w swoim życiu za mało ważną lub nieważną. I choć wiele kobiet korzysta z satysfakcjonujących relacji seksualnych i czerpie z nich przyjemność, inne doświadczają gros trudności, takich, jak doznanie bólu w trakcie stosunku (17%), małą potrzebę współżycia w porównaniu z potrzebami partnera/partnerki (16%) czy niewystarczający poziom lubrykacji podczas zbliżenia (13%) [1]. Zazwyczaj wpływa na to wiele czynników, zarówno psychologicznych (m.in. wiedza seksualna lub jej brak, zaburzenia nastroju, doświadczenie przemocy seksualnej itp.), interpersonalnych (jakość relacji z partnerem i/lub trudności komunikacyjne), biologicznych (menopauza, choroby somatyczne, przyjmowanie i używanie alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych) czy kulturowych (takich jak postawy wobec seksualności, mity i wartości religijne) [2].

Z uwagi na rozpiętość towarzyszących trudności, kompilację wpływających elementów na obraz dysfunkcji seksualnej, niezbędne wydaje się zastosowanie zintegrowanego podejścia w terapii, dobrego rozumienia problemu i prawidłowej diagnozy, jak również uwzględnienia perspektywy partnerskiej. Niniejszy artykuł przedstawia podejście do leczenia psychoterapeutycznego przy zastosowaniu terapii poznawczo-behawioralnej i prezentuje możliwości zastosowania wybranych metod i technik terapii poznawczo-behawioralnej (CBT, *cognitive-behavioral therapy*) w kompleksowym postępowaniu terapeutycznym w przypadku diagnozy dysfunkcji seksualnej kobiet, na przykładzie zespołów bólowych takich jak pochwica i dyspareunia.

## Dysfunkcje seksualne — zespoły bólowe u kobiet, definicje

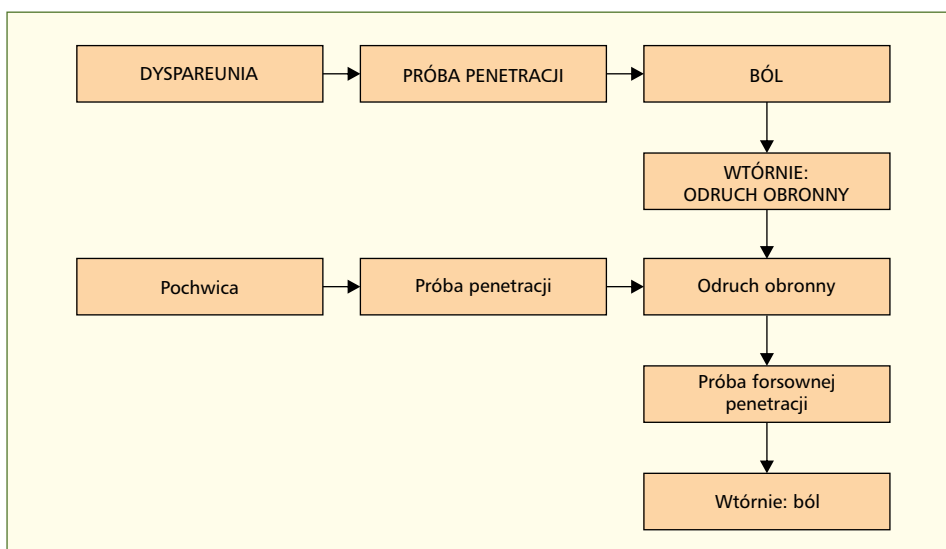
U części kobiet dojrzałych płciowo występują zaburzenia seksualne związane z bólem, które międzynarodowa klasyfikacja chorób i zaburzeń psychicznych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health related problems*) rozróżnia na: pochwicę nieorganiczną i dyspareunię nieorganiczną. Według ICD-10 warunkiem występowania dysfunkcji seksualnej jest niezdolność do uczestniczenia w związkach seksualnych odpowiednio do swoich pragnień, a dysfunkcja musi występować często (choć w pewnych sytuacjach może się nie ujawniać), ponadto musi trwać przez co najmniej 6 miesięcy. Dodatkowo kryterium wykluczenia według ICD-10 jest występowanie u pacjenta zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, jak również zaburzeń somatycznych (takich jak endokrynologiczne) oraz farmakoterapii

[3]. Klasyfikacja ICD-11, która ma obowiązywać w Polsce od 2022 roku, nieco się różni w obrębie kwestii związanych z seksualnością, nadążając za postępem wiedzy na temat patogenezy zaburzeń seksualnych. W nowej, jeszcze nie przetłumaczonej na język polski (stan na styczeń 2021 rok), części dotyczącej dysfunkcji seksualnych klasyfikacji ICD-11 dysfunkcje będą częścią nowego rozdziału dotyczącego uwarunkowań związanych ze zdrowiem seksualnym. Stworzono także odrębną grupę „Seksualnych zaburzeń bólowych” [4]. Istotną i bardzo ważną różnicą między ICD-10 i ICD-11 w kryteriach diagnostycznych dysfunkcji seksualnych jest kryterium czasu, bo o ile w obecnej klasyfikacji dysfunkcja musi występować od co najmniej 6 miesięcy, o tyle w nowszej klasyfikacji kryterium czasowe jest bardziej płynne i zalecane jest obserwowanie objawów przynajmniej kilka miesięcy (*at least several months*). Co ciekawe, ale też bardziej uzasadnione diagnostycznie (zwłaszcza w przypadku dysfunkcji o wtórnym podłożu), w ICD-11 nie mamy do czynienia z kryterium czasowym w przypadku zaburzeń seksualnych związanych z bólem.

Pochwicę nieorganiczną (ICD-10: F52.5) i dyspareunię nieorganiczną (ICD-10: F52.6) w ICD-11 usunięto z grupy dysfunkcji seksualnych i przeniesiono do osobnej kategorii w „zdrowiu seksualnym” HA20 [5]. Pochwica nieorganiczna i dyspareunia nieorganiczna zostały zaklasyfikowane do: Zaburzeń seksualnych związanych z bólem i zaburzeń penetracji (HA20 w ICD-11) i tym samym powstała nowa jednostka dotycząca bólu w obszarze aktywności seksualnej [5].

W ICD-11 wprowadzono dodatkowe kategorie uzależnione od czynników etiologicznych dysfunkcji seksualnych. Na uwagę zasługuje czynnik związany z brakiem wiedzy lub doświadczenia (*associated with lack of knowledge or experience*), który jest ważnym predyktorem zaburzeń seksualnych między innymi tych związanych z bólem u kobiet. Nowa klasyfikacja ICD-11 w obrębie kwestii związanych z seksualnością jest spójna z obecną wiedzą naukową oraz holistycznym patrzeniem na aktywność seksualną człowieka, obejmującą kulturę, środowisko, określony stan zdrowia, relacje, aktualne zdrowie somatyczne i psychiczne. Durna, Ulbe, Dirik [2], powołując się na badania Yasana i Gürgena nad czynnikami kulturowymi wpływającymi na problemy seksualne par, wskazują, że w tradycyjnych społeczeństwach, gdzie seksualność stanowi tabu i nie zapewnia się edukacji seksualnej, zaburzenia seksualne, takie jak niechęć seksualna czy pochwica u kobiet diagnozowane są częściej.

Zarówno pochwica jak i dyspareunia mają punkty wspólne, takie jak: ból, duża komponenta lęku i subiektywne doznanie cierpienia, co dobrze obrazuje rycina 1.



Rycina 1. Diagnostyka różnicowa bólu przy stosunku (dyspareunia) i pochwy — inny przebieg [6]

Według ICD-10 pochwica nieorganiczna związana jest ze skurczem mięśni okołopochwowych, które uniemożliwiają wprowadzenie członka do pochwy lub bardzo to utrudniają. Możemy mieć do czynienia z pochwicą pierwotną (prawidłowa reakcja nigdy nie miała miejsca u pacjentki) lub wtórną (zaburzenie rozwinęło się po okresie prawidłowej reakcji).

Według klasyfikacji ICD-10 dyspareunia nieorganiczna u kobiet związana jest z odczuwaniem bólu przy próbach penetracji albo przez cały czas stosunku seksualnego lub też wyłącznie przy próbach głębokiej penetracji. Pacjentka kojarzy stosunek seksualny jako coś niebezpiecznego, zagrażającego, co powoduje lęk i w obu dysfunkcjach unika kontaktów waginalnych, a to często przekłada się na jakość związku i negatywne przekonania o sobie jako kobiety (zwłaszcza jeśli marzeniem kobiet jest macierzyństwo).

Wśród przyczyn dyspareunii można wymienić między innymi: czynniki psychogenne, ale również somatyczne takie jak: infekcje sromu i pochwy, atrofia śluzówki, endometrioza, torbiele jajników, niedorozwój przedsionka pochwy, zaburzenia statyki narządu rodnego i inne. W przypadku, gdy mamy do czynienia z dolegliwością w obrębie przedsionka pochwy — klasyfikujemy dyspareunię jako powierzchowną, w obrębie sklepienia pochwy — jako dyspareunię głęboką [7].

W klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) nie mamy podziału na pochwicę i dyspareunię, zostały one bowiem ujęte w jedną kategorię: Bolesność genitalno-miednicza/zaburzenie penetracji (302.76) ze względu na różnicę, która jest dość mała pomiędzy obiema dysfunkcjami. Kryteria diagnostyczne w DSM-5 są podobne jak w ICD-10 jeśli chodzi np. o czas trwania dysfunkcji

i ogólne rozumienie pojęcia. W DSM-5 podkreślona została rola cierpienia pacjentki oraz wyszczególniono postać uogólnioną bądź sytuacyjną, jak również czas trwania dysfunkcji i uszczegółowiono jej ciężkość: łagodna/umiarkowana/ciężka [8].

Według badaczy dysfunkcji podstawową różnicą pomiędzy pochwicą nieorganiczną i dyspareunią nieorganiczną jest lęk przed bólem, który odgrywa szczególną rolę w pochwy i występuje wśród dość dużego odsetka kobiet: od 74% do 88%. Nadmiarowy, nieuzasadniony lęk przed bólem w pochwy jest podstawową przyczyną unikania przez kobiety aktywności seksualnej, a unikanie to jest większe w porównaniu z odczuciami kobiet z diagnozą dyspareunii, co jest jedną z podstawowych różnic w tych dolegliwościach. Osoby doświadczające pochwy charakteryzują się zdecydowanie większą skłonnością do unikania penetracji waginalnej podczas aktywności seksualnej i badań ginekologicznych w porównaniu do osób z dyspareunią [9].

## Psychoterapia dysfunkcji seksualnych

Podejście do leczenia dysfunkcji seksualnych zmieniało się w czasie. Początkowo problemy seksualne postrzegano wyłącznie w kategoriach psychoanalitycznych. Równolegle rozwijało się podejście behawioralne, w którym przyjmowano, że zaburzenia seksualne związane są z nieprawidłową reakcją na bodźce seksualne. Dzięki uwzględnieniu zasad uczenia się, na plan pierwszy wysunęły się techniki behawioralne, obejmujące rozluźnianie mięśni czy systematyczną desensytyzację [10]. Podwaliny pod terapię seksualną stworzyli William Masters i Virginia Johnson, wprowadzili

dzając w latach 50. i 60. terapię opartą na modyfikacji zachowania. Oddziaływania terapeutyczne polegały na wprowadzaniu zadań behawioralnych, które para wykonywała pomiędzy sesjami. Podczas terapii wykorzystywali tzn. *sensate focus*, czyli ćwiczenia skupienia się na sensualności [11]. W latach 90. ubiegłego wieku rozszerzono repertuar oddziaływań o treningi asertywności, komunikacji między partnerami, interwencje oparte na ćwiczeniach, takich jak psychoedukacja, koncentracja na zmysłach, których celem było przede wszystkim obniżenie poziomu lęku przed ponownym doświadczeniem seksualnym [2].

Terapia poznawczo-behawioralna jest jedną z najczęściej wykorzystywanych podejść w leczeniu dysfunkcji seksualnych [12]. Jest bowiem jedną z najskuteczniejszych metod krótkotrwałego oddziaływania terapeutycznego, którego efekty widzimy po mniej więcej 12–24 sesjach w zależności od złożoności problemu [13]. Koncentruje się zarówno na czynnikach poznawczych, takich jak mity na temat seksualności, automatyczne negatywne myśli, przekonania na temat seksualności, krytyczne przekonania o sprawności seksualnej, zniekształcenia poznawcze, schematy, jak również na czynnikach behawioralnych związanych z unikaniem aktywności seksualnej, rozproszeniem podczas aktywności seksualnej czy problemami w komunikacji, odpowiadając za powstanie i podtrzymanie zaburzeń seksualnych [14]. Innymi słowy, podejście poznawczo-behawioralne wykorzystuje cały repertuar różnych technik, takich jak psychoedukacja, restrukturyzacja poznawcza, wzmocnienie komunikacji, różnorodne techniki behawioralne i relaksacyjne, czy interwencje oparte na uważności (stanowiąc obiecujące uzupełnienie leczenia kobiet z dysfunkcjami seksualnymi).

Czynnikiem leczącym w CBT jest również praca osobista, stanowiąca niezbędny element leczenia dysfunkcji seksualnych. Aktywność pacjenta pomiędzy sesjami może się ograniczać do obserwacji np. swojego zachowania, zapisywania myśli, szukania dowodów, ale też do ekspozycji na sytuację lękotwórcze, tak jak w przypadku seksualnych zaburzeń bólowych. Niezwykle istotną kwestią dotyczącą seksualności jest dobra relacja terapeutyczna. Pacjent musi się czuć komfortowo z terapeutą, aby rozmawiać o intymnej sferze życia. W terapii, w której klient czuje sprawczość, wie, że to od jego działania zależeć będzie realizacja celów terapeutycznych [13].

### Psychoterapia poznawczo-behawioralna zespołów bólowych

Psychoterapia poznawczo behawioralna jest skuteczną formą terapii dysfunkcji seksualnych związa-

nych z bólem u kobiet. Jej celem jest redukcja objawów oraz poprawa funkcjonowania — w tym wypadku seksualnego oraz zapobieganie nawrotom zaburzenia. Techniki pracy poznawczo behawioralnej pomagają pacjentom wziąć odpowiedzialność za proces leczenia, a ich aktywny udział przyczynia się do szybszej poprawy dobrostanu i likwidację (bądź redukcję) objawów i wywołanych nim cierpienia [13]. W przypadku dysfunkcji seksualnych mamy do czynienia z połączeniem czynników somatycznych i psychologicznych. Dlatego tak ważne jest postawienie diagnozy przez lekarza ginekologa, celem wykluczenia przyczyny medycznej (należy przeprowadzić diagnostykę różnicową między innymi w kierunku schorzeń ginekologicznych lub endokrynologicznych), psychologiczna oraz eliminacja ewentualnych zaburzeń towarzyszących połączona z diagnostyką różnicową [15]. Do leczenia seksualnych zespołów bólowych u kobiet możliwe jest stosowanie leczenia farmakologicznego, obejmującego np. stosowanie miejscowych środków znieczulających i rozluźniających, miejscowej terapii hormonalnej jak również przyjmowania leków przeciwłękowych. W przypadku psychoterapii już sam wywiad psychologiczno-seksuologiczny jest częścią terapii, ponieważ postawa terapeuty i prezentowany na konsultacji stosunek do seksualności, jest często ważnym odzwierciedleniem dla pacjenta. Podczas zbierania wywiadu ważne jest, aby dopytać o: lokalizację bólu, moment wystąpienia dolegliwości, czas wystąpienia objawów oraz częstość ich występowania [7].

Wśród istotnych elementów postępowania terapeutycznego dysfunkcji seksualnych należy wyróżnić:

1. Wywiad psychologiczno-seksuologiczny, obejmujący określenie problemów i celów, kontrakt oraz nawiązanie dobrej relacji terapeutycznej, niezbędnej do rozmów na wrażliwe tematy.
2. Konceptualizacja problemu pacjenta w oparciu o model poznawczo behawioralny, zapoznanie pacjenta z modelem, praca nad myślami i zachowaniem.
3. Praca poznawcza obejmująca pracę osobistą pomiędzy sesjami.
4. Praca behawioralna — eksperymenty i ekspozycje behawioralne *in vivo* i *in vitro*.
5. Etap zapobiegania nawrotom, podsumowanie [13].

### Model poznawczo-behawioralny dyspareunii i pochwicy

Podstawą terapii poznawczej jest model poznawczy A. Becka, w którym najważniejszą komponentą jest to, że sposób myślenia wpływa na emocje oraz zachowanie człowieka. To nie sytuacja stanowi trudność, ale jej subiektywna interpretacja. W zależności od nadawa-

nej interpretacji, ludzie mogą się w tej samej sytuacji zachowywać inaczej, a znaczenie jakie nadadzą owej sytuacji będzie bezpośrednio wpływać na ich nastrój [16]. Powyższa koncepcja poznawcza ma zastosowanie również w seksuologii.

Według klasycznej teorii pionierów badań nad seksuologią W. Mastersa i V. Johnsona, a potem H. Kaplana, lęk stanowi główny czynnik hamujący podniecenie seksualne [17], co przełożyło się na włączanie w postępowanie terapeutyczne strategii redukcji lęku [12]. Obecne ustalenia wskazują jednak, że lęk może ułatwiać, hamować, ale także nie mieć zupełnie wpływu na podniecenie seksualne [18], co sugerowałoby ostrożność w stosowaniu interwencji CBT związanych z lękiem. Barlow [17] zwrócił uwagę na jeszcze inny aspekt, zakładając, że za dysfunkcje seksualne odpowiadają procesy poznawcze, a dokładniej ich zakłócenia w interakcji z lękiem i to obniżony, depresyjny nastrój może odpowiadać za hamowanie podniecenia seksualnego, na skutek aktywowania negatywnego schematu poznawczego [19]. W przypadku omawianych dysfunkcji stwierdzono, że kobiety z dyspareunią częściej doświadczają wyższego poziomu lęku i depresji, a u kobiet z pochwicą częściej diagnozuje się współistniejące zaburzenia lękowe [12], co by potwierdzało powyższe ustalenia, ukierunkowując metody leczenia.

W roku 1986 Barlow stworzył model dysfunkcji seksualnych, który później został uzupełniony o perspektywę bio-psycho-społeczną, kładąc nacisk na czynniki sprzyjające powstawaniu dysfunkcji seksualnej. Dysfunkcje seksualne mają wpływ zarówno na daną osobę, ale również na relacje w związku, funkcjonowanie w rolach zawodowych i społecznych, samoocenę w roli kobiecej lub męskiej i ogólny stan zdrowia psychicznego. Opierając się na koncepcji poznawczej A. Becka oraz na modelu funkcjonalnej i dysfunkcjonalnej sprawności Barlowa, Justyna Oettingen przedstawiła propozycje swojego modelu dysfunkcji seksualnych (zaprezentowany poniżej). Wyszła ona z założenia, że zachowania seksualne człowieka zdeterminowane są uwarunkowaniami biologicznymi (np. choroby, wady w budowie ciała, wpływ farmakoterapii), psychologicznymi (np. zaburzenia psychiczne, stresy), środowiskowymi (np. edukacja seksualna, przekazy rodzinne dotyczące seksualności, nabycie w trakcie socjalizacji przesądów i stereotypów, religia) i relacjami partnerskimi (np. problemy komunikacyjne) (ryc. 2) [20].

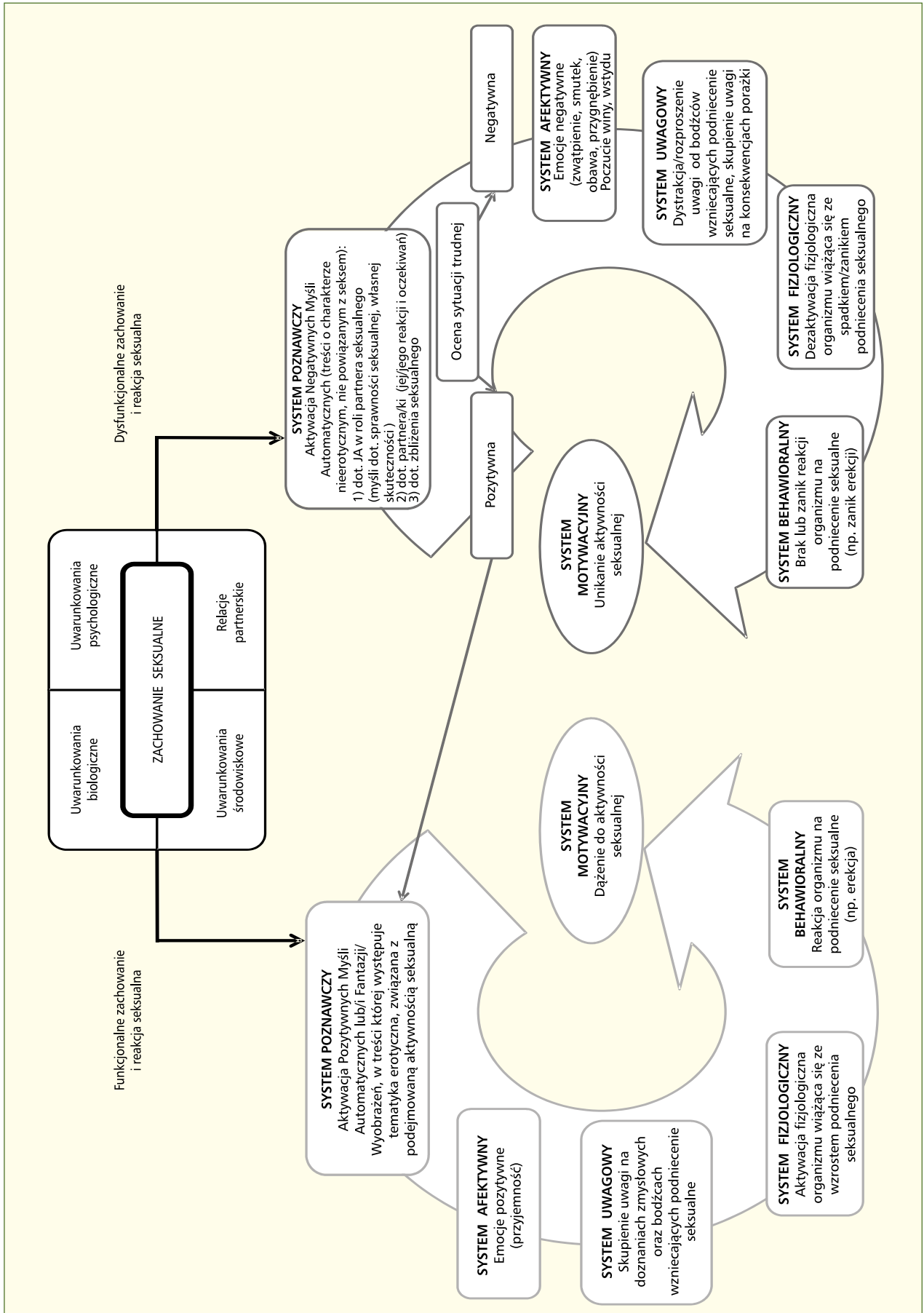
Bardziej szczegółowe, odnoszące się już bezpośrednio do omawianych dysfunkcji w niniejszym artykule są propozycje okrągłego modelu CBT dyspareunii oraz okrągłego modelu unikania strachu w pochwy [12], zaprezentowane poniżej. W okrągłym modelu poznawczo-behawioralnym dyspareunii przyjmuje się, że

ból, którego kobieta doświadczała podczas aktywności seksualnej wpływa na uaktywnienie katastroficznych myśli o bólu, co w efekcie prowadzi do wzrostu lęku przed bólem i nadmiernej czujności, obniżając podniecenie seksualne i wywołując suchość pochwy (niski poziom nawilżenia), jak również na zwiększone napięcie mięśni dna miednicy (co stanowi reakcję ochronną przed spodziewanym lub realnym bólem). Na skutek mechanicznego tarcia w trakcie aktywności seksualnej dochodzi do uszkodzenia tkanek, co powoduje nasilenie dolegliwości bólowych. Jak wyjaśnia ter Kuile [12], obniżona reakcja seksualna może stanowić zarówno przyczynę, jak i konsekwencję towarzyszących dolegliwości bólowych (ryc. 3).

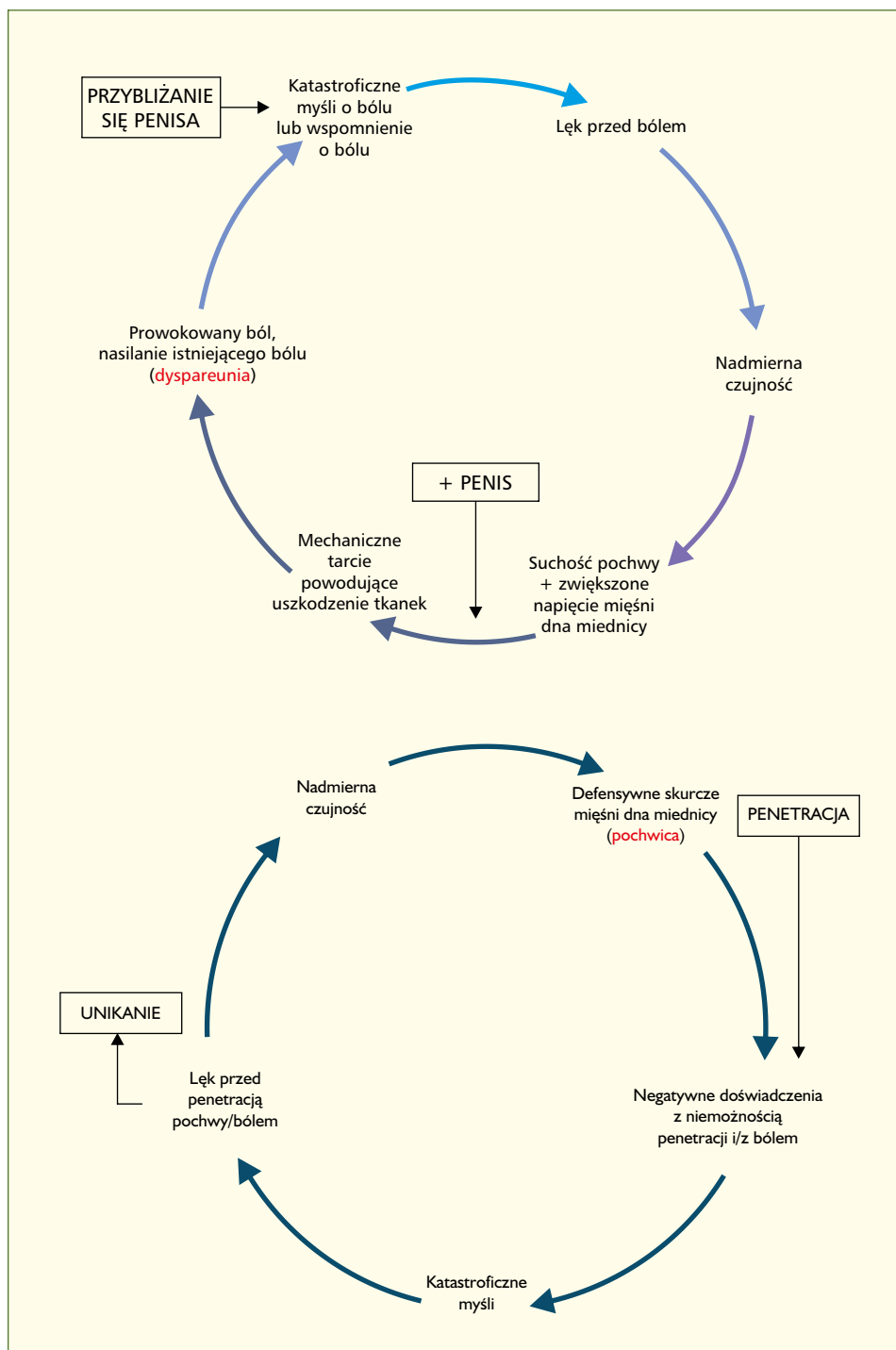
W okrągłym modelu unikania strachu proponowanym dla pochwy towarzyszące dysfunkcyjne przekonania nasilają poziom lęku przed penetracją i/lub spodziewanym bólem, co prowadzi do unikania aktywności seksualnej lub pozostawania w nadmiernym wzbudzeniu w związku z oczekiwanym wystąpieniem dolegliwości bólowych. Podjęcie próby penetracji w takim stanie będzie z kolei wiązało się z wystąpieniem skurczu mięśni dna miednicy i w efekcie niezdolności do penetracji. Nieudane próby penetracji przyczyniają się do nasilenia negatywnych przekonań i potwierdzenia przewidywanych scenariuszy. Jak pokazują powyższe modele, wydaje się, że zarówno lęk, jak i uruchomienie depresyjnego nastroju na skutek niepowodzeń, może odpowiadać na powstanie i rozwój dysfunkcji seksualnej.

### Wybrane interwencje terapeutyczne w postępowaniu poznawczo-behawioralnym w przypadku dysfunkcji bólowych

W terapii poznawczo behawioralnej nie mamy wystandaryzowanego protokołu terapeutycznego dla pochwy i dyspareunii. W zależności od etiologii, przebiegu dysfunkcji oraz osobniczych cech kobiety, postępowanie powinno być zindywidualizowane, ale też oparte o metody terapii poznawczo behawioralnej. Leczenie pochwy i dyspareunii czasami może nie należeć do prostych, a bez odpowiedniej terapii dysfunkcje mogą utrzymywać się przewlekłe i dawać wtórne zaburzenia. Zazwyczaj nie dochodzi do samodzielnego wyleczenia, dlatego tak ważny jest dobór odpowiednich metod terapeutycznych [6]. Oddziaływania poznawczo-behawioralne przy seksualnych zespołach bólowych zakładają włączenie partnera w proces terapii, co powinno być poprzedzone wspólną sesją terapeutyczną, mającą charakter głównie psychoedukacyjny. Brak zrozumienia partnera dla problemu kobiety



Rycina 2. Propozycja modelu dysfunkcji seksualnych J. Oettingen [20]



Rycina 3. Okrągły model poznawczo behawioralny dyspareunii i pochwicy [12]

może pogłębić dysfunkcję i spowodować wtórnie inne zaburzenia jak np. zaburzenia nastroju czy lękowe.

### Psychoedukacja

Psychoedukacja dotycząca seksualności jest niezwykle ważną częścią procesu terapeutycznego, ponieważ brak wiedzy w tym obszarze może przyczyniać się do nierealistycznych oczekiwań względem siebie

i partnera/partnerki, obwiniania siebie za rzeczy, które są niezależne od partnerów (ważny jest tutaj kontekst kulturowy i religijny), co w konsekwencji prowadzi do błędnych przekonań o samym akcie seksualnym, roli w związku czy powinnościach w zależności od płci. Jak wskazuje ter Kuile [12], kobiety z dyspareunią częściej przejawiają nie tylko konserwatywne postawy wobec seksu, ale także mają bardziej katastroficzne przekonania na temat aktywności seksualnej, co może nasilać

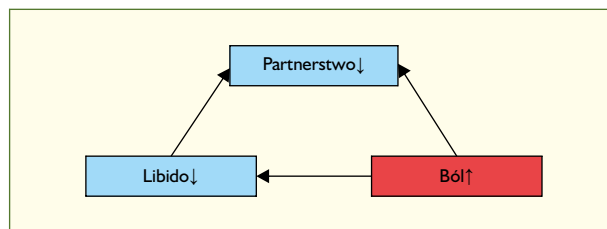
istniejące trudności. Edukacja seksualna pozwala również na lepsze poznanie fizjologii i anatomii narządów płciowych, a tym samym na zastosowanie w praktyce wiedzy o reakcjach seksualnych swoich i partnera/partnerki. Znaczące miejsce podczas edukacji seksualnej powinno zająć identyfikacja stereotypów i szkodliwych mitów dotyczących seksualności oraz podjęcie starań, aby zmienić ten sposób myślenia [11].

Istotną częścią uzupełniającej edukacji seksualnej stanowi biblioterapia, czyli wykorzystywanie literatury dotyczącej konkretnego problemu we współpracy z terapeutą [21]. W przypadku seksualnych dysfunkcji bólowych biblioterapia może dotyczyć na przykład metod relaksacyjnych stosowanych pomiędzy sesjami. Dwie dotychczas przeprowadzone metaanalizy przez Goulda i Cluma oraz Marrsa dotyczące biblioterapii wskazały na dobre efekty ich zastosowania w terapii dysfunkcji seksualnych w porównaniu do innych zaburzeń np. depresji [22]. Także badania van Lankvelda i wsp. [23] wskazują na poprawę funkcjonowania seksualnego po zastosowanych 10-tygodniowym programie samopomocy w formie biblioterapii między innymi dla kobiet z pochwicą. Ustalenia te nie potwierdziły się dla kobiet z dyspareunią, co może być powiązane, jak wskazują autorzy, z organicznym charakterem zaburzenia, zbyt krótkim oddziaływaniem terapeutycznym dla tego rozpoznania lub nieadekwatnym postępowaniem terapeutycznym z uwagi na charakter samopomocowy, bez udziału terapeuty.

Wykorzystanie literatury może być pomocne przy wspomaganiu terapii, ale też w przypadku poszerzania wiedzy dotyczącej seksualności lub rozwoju osobistego [21]. W podobnym tonie wypowiadają się Mintz i wsp. [22], wskazując, że biblioterapia może stanowić uzupełnienie w leczeniu, prowadząc do poprawy funkcjonowania seksualnego, ale także stanowiąc swego rodzaju samopomoc, w efekcie wzmocnić niezdecydowanych w poszukiwaniu specjalistów zdrowia psychicznego (co w rezultacie wpłynie na poradzenie sobie z towarzyszącymi trudnościami).

### Restrukturyzacja poznawcza

W przypadku terapii poznawczo behawioralnej podstawą pracy jest omówienie z pacjentem modelu ABC, aby pokazać zależność między myślami, emocjami, zachowaniem i reakcjami fizjologicznymi, na których koncentruje się kobieta doświadczająca bólowych dysfunkcji seksualnych. Tu zaczyna się psychoedukacja, która często polega na normalizacji tego, co się dzieje. W przypadku dyspareunii i pochwicy pacjentce można również pokazać, jak dysfunkcja wpływa na poszczególne aspekty jej życia seksualnego i partner-



Rycina 4. Krąg negatywnych interakcji w dyspareunii [6]

skiego, na przykład na podstawie kręgu negatywnych interakcji w dyspareunii.

Powyższy krąg negatywnych interakcji w dyspareunii (ryc. 4) pokazuje zależność pomiędzy poszczególnymi komponentami niezbędnymi do udanego kontaktu seksualnego. Ból podczas stosunku powoduje obniżenie libido i wpływa na zmniejszenie pobudzenia seksualnego oraz wpływa negatywnie na partnerstwo w związku. Obniżone libido sprzyja małemu (lub braku) podniecenia seksualnego, a to z kolei przyczynia się do powstania bólu (np. poprzez brak reakcji genitalnej w postaci lubrykacji).

Istotnym wkładem w rozumienie zależności pomiędzy treścią myśli automatycznych a reakcją emocjonalną w trakcie aktywności seksualnej są badania Nobre i Pinto-Gouveia [19], z których jasno wynika, że jakość odpowiedzi seksualnej jest ściśle powiązana z treścią towarzyszących negatywnych przekonań, wpływając na znacząco mniej pozytywne reakcje emocjonalne podczas aktywności seksualnej, doświadczenie smutku i rozczarowania czy przyjemności i satysfakcji. Zgodnie z ustaleniami Alforda i Becka, rozwijanie wadliwych, zniekształconych konstrukcji poznawczych predysponuje do rozwoju specyficznych zespołów psychopatologicznych, np. takich jak depresja, determinując nie tylko dysfunkcję seksualną, ale także aktywując negatywne schematy poznawcze z obszaru niekompetencji zwłaszcza podczas nieudanej aktywności seksualnej [24, 25]. Z kolei, aktywacja negatywnych schematów poznawczych będzie odpowiadać za rozwijanie, podtrzymywanie i ukierunkowywanie uwagi na zgodne z nimi bodźce, prowadząc do formułowania negatywnych myśli automatycznych i konsekwencji w postaci stosowanych strategii behawioralnych (np. unikania aktywności seksualnej), zmian emocjonalnych i fizjologicznych. W przypadku zespołów bólowych istotne znaczenie mają przekonania z obszaru ortodoksji religijnej, niskiej samooceny, obrazu siebie, przeszłych traumatycznych doświadczeń seksualnych czy stosowane strategie unikania, będące skutkiem towarzyszącego lęku przed doświadczeniem bólu (uruchomienie katastroficznych myśli o bólu w trakcie aktywności seksualnej), niepowodzeń penetracji czy



potrzeby odłączenia myśli podczas aktywności seksualnej [24, 28]. Do charakterystycznych przekonań, jakie można spotkać u kobiet doświadczających seksualnych dysfunkcji bólowych należą: jestem gorsza, jestem nieważna, nie zasługuje na miłość [15]. Pacjentki obawiają się zawieść partnerów, obwiniają się o swoją dysfunkcję, obawiają się, że partner od nich odejdzie i zostaną same. Stosują również liczne zniekształcenia poznawcze, przede wszystkim: katastrofizowanie (*nasz kolejny stosunek znowu okazał się tragedią*), myślenie dychotomiczne (*albo jestem prawdziwą kobietą i normalnie współżyje, albo partner mnie zostawi*), filtr mentalny (*jestem nic nie warta przez to, że nie mogę normalnie współżyć*), nadmierne uogólnianie (*nigdy nie będę miała dzieci*). Restrukturyzacja poznawcza ma za zadanie przeformułowanie dysfunkcyjnych przekonań.

## Techniki behawioralne

Leczenie behawioralne seksualnych zaburzeń bólowych polega przede wszystkim na osobistych ćwiczeniach pacjentki pomiędzy sesjami przy wsparciu oraz zwróceniu uwagi terapeuty na ewentualne błędy i planowanie kolejnych etapów leczenia. Wśród wybranych oddziaływań behawioralnych wykorzystywanych w leczeniu zespołów bólowych u kobiet należy wskazać m.in. systematyczną desensytyzację, trening masturbacyjny czy techniki relaksacyjne. W modelu behawioralnym, przyjmuje się, że aktywność seksualna jest możliwa po obniżeniu poziomu lęku poprzez zredukowanie unikania oraz poprzez stopniową ekspozycję na bodźce wywołujące lęk [28]. Systematyczna desensytyzacja jest metodą opartą na stopniowym przyzwyczajaniu się pacjentki do bodźca wywołującego lęk, której towarzyszy relaksacja. Ekspozycje *in vivo* i *in vitro* muszą odbywać się w bezpiecznych dla kobiety warunkach, w stanie odprężenia [26]. Stanislav Kratochvil, czeski profesor psychologii, badacz seksualności człowieka, opisał trening funkcjonalny w leczeniu pochwy, który ma charakter systematycznej desensytyzacji. Polega on na wprowadzaniu do pochwy przez kobietę dilatorów (specjalnych przedmiotów o falcicznym kształcie wykonanych z odpornego, nieco giętkiego tworzywa sztucznego) o coraz większym rozmiarze: zaczynając od grubości ołówka, a kończąc na grubości penisa w trakcie erekcji. Dilator ma pozostać w pochwie przez 10–15 minut, a kobieta ma w tym czasie przyzwyczajając się do jego obecności [10]. Dilatory mogą być zamienione na tańsze odpowiedniki np. kobieta może zastosować ginekologiczne hegary. Na wstępnym etapie treningu można również zastosować palec pacjentki lub partnera. Powyższe

ćwiczenie behawioralne powinno stanowić podstawę leczenia pacjentek z pochwicą, aby kobieta mogła skoncentrować się na redukcji skurczu mięśni pochwy. Ostatnim etapem ćwiczeń jest wprowadzenie członka partnera do pochwy. Podczas treningu niezbędne jest użycie lubrykantu. Celem opisanego treningu ma być zmiana nastawienia pacjentki do penetracji oraz oswojenie i zmniejszenie lęku. Trening powinien odbywać się codziennie samodzielnie lub przy współpracy partnera [15]. Uzupełnieniem treningu jest napinanie mięśni dna miednicy podczas ćwiczeń lub w różnych porach dnia, bez użycia dilatorów. Przy aktywnej współpracy pacjentki pomiędzy sesjami, terapia seksualnych dysfunkcji bólowych przynosi trwale rezultaty niemalże w 100% przy zastosowaniu systematycznej desensytyzacji [26]. Potwierdzają to również pionierskie badania Mastersa i Johnson z 1970, w których wskaźnik niepowodzeń przy terapii pochwy wyniósł zero [10]. Ważną częścią technik obniżających lęk podczas penetracji i ćwiczeń osobistych z ekspozycjami jest relaksacja [27]. Pomocne wydaje się wprowadzenie instrukcji progresywnej relaksacji mięśni Jacobsona czy treningu autogenego Schulza [28].

Uzupełnieniem psychoterapii i systematycznej desensytyzacji może być fizjoterapia uroginekologiczna, której zadaniem jest rozluźnienie mięśni w obrębie miednicy. Z powodzeniem stosuje się także interwencję behawioralną, polegającą na napinaniu mięśni dna miednicy przy użyciu elektromiografii biofeedback [12]. Stosowanie technik CBT i treningu mięśni dna miednicy ma swoje uzasadnienie i oparcie w badaniach, wskazując, że oddziaływania te powodują znaczącą klinicznie poprawę redukcji bólu i funkcjonowania psychoseksualnego [29, 12], przy czym uznaje się, że w przypadku dyspareunii zupełnie bezbolesna aktywność seksualna może nie stanowić realistycznego celu terapeutycznego dla niektórych kobiet [30, 12]. Stąd, wydaje się konieczne włączenie w proces terapii partnera, jego edukacja, jak i uzyskanie aktywnego wsparcia z jego strony [30].

Innego typu techniką behawioralną, mającą za zadanie zwiększenie uważności na odczucia płynące z ciała, również z pozagenitalnych części ciała, jest trening masturbacyjny. Może być on też częścią ćwiczeń uważności (*mindfulness*), służy odkrywaniu tego co sprawia przyjemność, znalezieniu najmniej i najbardziej lubianych części ciała, eksploracji preferowanego dotyku, jego siły itp. Trening masturbacyjny kładzie nacisk na bycie „tu i teraz” i skupienie uwagi na doświadczaniu odczuć płynących z ciała [11]. Celem tej techniki jest zatem wywołanie pobudzenia narządów płciowych, a następnie koncentracja i utrzymywanie w pamięci wszystkich odczuć płynących z tej konkret-

nej stymulacji (przy użyciu wszystkich zmysłów), aby doświadczyć wzrostu pobudzenia [31].

### Alternatywne techniki leczenia dysfunkcji seksualnych

Zupełnie alternatywne podejście w leczeniu dysfunkcji seksualnych stanowią techniki wschodnie, takie jak uważność, czy joga [32]. Obecne dane empiryczne dotyczące praktyk uważności wskazują, że techniki te mogą stanowić unikalne, ale zarazem obiecujące uzupełnienie w podejściu do leczenia problemów seksualnych [14]. W dotychczasowych badaniach wykazano, że praktyka uważności związana jest z wyższym poziomem satysfakcji seksualnej [31]. Chivers i wsp. [34], zwrócili uwagę na bardzo ważny aspekt funkcjonowania seksualnego kobiet dotyczący niezgody pomiędzy pobudzeniem fizjologicznym w ciele, a subiektywnym jego odczuwaniem w ekspozycji na bodźce seksualne. Innymi słowy, mimo oznak obiektywnego pobudzenia fizjologicznego przy współistnieniu barier psychologicznych (jak np. krytycznych przekonań o byciu nieadekwatną, doświadczenia poczucia winy, lęku, zakłopotania), kobiety mogą nie doświadczać subiektywnego odczucia pobudzenia seksualnego (obejmującego m.in. trudności w rejestrowaniu doznań fizycznych), co może wpływać na pogłębienie dolegliwości bólowych, odczucia spięcia i nasilać trudności w byciu „tu i teraz”, determinować negatywną samoocenę czy kliniczne objawy depresji i lęku. Przeprowadzone badania wykazały, że praktyki uważności w znaczący sposób mogą poprawiać świadomość interceptywną w ciele, jak i modyfikować problemy psychologiczne [34], ale także wpływać na poprawę relacji partnerskich poprzez zmniejszenie rozproszenia poznawczego podczas aktywności seksualnej i poprzez bardziej świadomą regulację emocji adekwatnie kierować tą aktywnością [35]. O ile, klasyczne metody CBT zachęcają do kwestionowania negatywnych automatycznych myśli poprzez ich restrukturyzację i identyfikowanie zniekształceń poznawczych, o tyle techniki uważności przekierowują uwagę do aktualnych doznań, prowadząc do rozpoznania i akceptowania doświadczenia seksualnego we wszystkich aspektach bez oszczędzania, ale także wpływając pozytywnie na inne dziedziny życia.

Dodatkowo, z uwagi na szerokie zastosowanie uważności i jej przetestowanie w dotychczasowych badaniach empirycznych dotyczących innych zaburzeń (zespołów bólowych, depresji, lęku, ale także związków uważności z dysregulacją w zaburzeniach osobowości borderline, zaburzeniach odżywiania, używania substancji) Brotto i Heiman [31] włączyli uważność

do swojego programu leczenia kobiet z dysfunkcjami seksualnymi, wykazując także cenne jego znaczenie dla procesu leczenia. Pierwsze interwencje mają obejmować instrukcje dotyczące wprowadzenia uważności do codziennego, nie seksualnego życia [32]. Mogą to być ćwiczenia wprowadzone przez Kabat-Zinna, takie jak obserwacja uczuć i doznań zmysłowych podczas degustacji rodzynek, uważność podczas spożywania posiłków, jazdy samochodem, uprawiania sportu, grania na instrumencie czy skanowanie ciała. Ćwiczenia skanowania obejmują trening podczas sesji, który trwa około 20–30 min, po czym następuje włączenie tych oddziaływań w codziennej praktyce kilka razy w tygodniu (po około 10 min). Oprócz wskazanych interwencji na dalszych etapach dołącza się ćwiczenia dotyczące koncentracji na własnym ciele poprzez dbanie o swoje ciało podczas i po kąpielach, z uwzględnieniem użycia listy sformułowań do powtórzenia w trakcie ćwiczeń dotyczących pozytywnych aspektów ciała, ćwiczenia obserwacji ciała i narządów płciowych przy użyciu lustra, wykorzystanie schematu anatomicznego żeńskich narządów płciowych, który ma ułatwić nazywanie poszczególnych części ciała kobiety, czy dotykanie własnych narządów płciowych w nieseksualnym charakterze [32]. Po kilku tygodniach praktyki plan oddziaływań jest nieco modyfikowany i oprócz już zastosowanych ćwiczeń, dołącza się techniki wyobrazeniowe (dotyczące własnej seksualności czy zmysłowości), których celem jest wzmocnienie pozytywnego schematu seksualnego, a wtórnie wzrost reakcji seksualnej na bodźce seksualne.

Interesujące podejście w kontekście leczenia dysfunkcji seksualnych prezentuje również terapia akceptacji i zaangażowania, której celem jest zwiększenie elastyczności psychologicznej poprzez rozwijanie bycia obecnym „tu i teraz”, akceptację i otwartość na własne myśli, bolesne emocje czy działania zgodne ze swoimi wartościami [33]. Wydaje się, że bodźce seksualne w postaci wyobrażeń, słów czy myśli stanowią ważny aspekt w zarządzaniu aktywnością seksualną. Nieprzydatne myśli seksualne, uczucia, wyobrażenia czy negatywne scenariusze mogą determinować poziom reakcji seksualnej, prowadząc do jej pełnego zablokowania. Rozwijanie elastyczności psychologicznej pozwala odsunąć nieprzydatne myśli i wyobrażenia podczas aktywności seksualnej, pozwalając na świadome przeżywanie doznań, ale również na działania zgodnie z własnymi wartościami czy potrzebami w relacji.

Inną nefarmakologiczną praktyką stanowiącą uzupełnienie terapii jest joga, która obejmuje tak zwane postawy fizyczne „asany”, jak również techniki oddechowe [32]. Mimo pozytywnych skutków włączenia

jej w asortyment oddziaływań terapeutycznych obserwowanych w praktyce klinicznej, nie doczekała się poparcia w danych empirycznych w zakresie wpływu na poprawę funkcjonowania seksualnego. Sugeruje się jednak, że świadomość ciała, jak również komponent poznawczy, obejmujący medytację i koncentrację w znaczący sposób mogą przyczynić się do wzrostu odpowiedzi seksualnej na bodźce seksualne, ale także złagodzenie objawów bólowych czy zmniejszenie nieprzyjemnego dyskomfortu w postaci napięcia w ciele [32, 36]. Wydaje się, że na ten moment, mimo, że nie nowe, techniki uważności wymagają dalszych badań.

## Podsumowanie

Skuteczne leczenie zespołów bólowych kobiet nie może przebiegać bez zintegrowanego podejścia, uwzględniającego czynniki biologiczne, psychologiczne i interpersonalne. Diagnoza pochwy i dyspareunii musi być poprzedzona wnikliwym wywiadem psychologiczno-seksuologicznym oraz medycznym. Wskazane postępowanie jest zgodne z obecnie przyjmowanym rozumieniem dysfunkcji seksualnych w modelu biopsychospołecznym, uwzględniającym zależność odpowiedzi seksualnej od stanu centralnego i obwodowego układu nerwowego, hormonów czy układu krążenia, ale również obejmującym ocenę współistniejących zaburzeń nastroju i lęku, ocenę występujących stresogennych czynników środowiskowych (stresory związane z pracą, problemy finansowe, zmęczenie, opieka nad małym dzieckiem), czy ocenę jakości relacji [30]. Przez wielu specjalistów z dziedziny seksuologii pochwa nieorganiczna i dyspareunia nieorganiczna są dysfunkcjami, które najłatwiej wyleczyć w procesie psychoterapii. Należy jednak pamiętać, że problemy te mogą być raptem wierzchołkiem góry lodowej i mogą stanowić przejaw poważniejszych zaburzeń, np. niechęci do uczestnictwa w kontaktach seksualnych z powodu problemów osobowościowych. Wtedy terapia seksualnych zaburzeń bólowych może nie przynieść oczekiwanych rezultatów, będzie to bowiem praca nad objawem, a nie nad przyczyną trudności [10].

Psychoterapia poznawczo-behawioralna oferuje szereg interwencji ukierunkowanych zarówno na procesy poznawcze, jak i/lub zachowania, które mogą determinować rozwój i podtrzymywanie dysfunkcji seksualnych. Podważając negatywne przekonania na temat towarzyszących trudności seksualnych i identyfikując zachowania podtrzymujące problem, można opracować inne, bardziej adekwatne sposoby myślenia o problemie i włączyć skuteczne strategie, łagodząc objawy i podnosząc jakość życia. Stosowane interwencje poznawczo-behawioralne prowadzą do

formułowania adekwatnych postaw wobec aktywności seksualnej, redukują lęk przy użyciu zadań behawioralnych, takich jak ukierunkowana masturbacja, praktyka uważności i systematyczna desensytyzacja, obejmując psychoedukację, jak i wzmacniają umiejętności komunikacyjne między partnerami [29].

Obecnie nie istnieje uniwersalne podejście skuteczne w leczeniu dyspareunii i pochwy, jednak zastosowanie metod leczenia CBT i/lub biofeedback dla dyspareunii a technik behawioralnych, obejmujących redukcję unikania i systematyczną desensytyzację dla pochwy, stanowi obiecujące procedury leczenia, decydujące o zmniejszeniu bólu i poprawie funkcjonowania psychoseksualnego [12]. Włączenie alternatywnych interwencji, takich jak praktyka uważności wydaje się wspierającą opcją leczenia w przypadku zespołów bólowych, wpływając na poprawę reakcji seksualnej i wzrost jakości życia, na co wskazują dotychczasowe badania. Uwzględnienie perspektywy partnerskiej wydaje się kluczowe dla powodzenia procesu terapeutycznego.

## Piśmiennictwo

1. Izdebski Z. Seksualność Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
2. Durna G, Ülbe S, Dirik G. Kadında Cinsel İşlev Bozukluğunun Tedavisinde Bilingü Farkındalık Temelli Müdahaleler: Sistematik Bir Derleme. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*. 2020; 12(1): 72–90, doi: [10.18863/pgy.470683](https://doi.org/10.18863/pgy.470683).
3. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD- 10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1998 r.
4. Gaebel W, Zielasek J, Reed G. Mental and Behavioural Disorders in the ICD-11: Concepts, Methodologies, and Current Status. *Psychiatria Polska*. 2017; 51(2): 169–195, doi: [10.12740/pp/69660](https://doi.org/10.12740/pp/69660).
5. Jąderek I, Lew-Starowicz M. Zmiany w diagnostyce dysfunkcji seksualnych kobiet w klasyfikacji ICD-11. *Przegląd Seksuologiczny* 2:2-11; 2018.
6. Kossat J. Seksualność. Elsevier Urban&Partner 2019.
7. Droszdol-Cop A, Stojko R, Skowronek K, et al. Zaburzenia seksualne kobiet związane z bólem. *Forum Późnictwa i Ginekologii*. 2020; 55: 2020.
8. Kryteria diagnostyczne z DSM-5. Edra Urban&Partner 2013.
9. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, et al. Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Womens Health (Lond)*. 2010; 6(5): 705–719, doi: [10.2217/whe.10.46](https://doi.org/10.2217/whe.10.46), indexed in Pubmed: [20887170](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20887170/).
10. Bancroft J. Seksualność człowieka. Elsevier Urban&Partner 2011.
11. Rawińska M. Zaburzenia seksualne a psychoterapii poznawczo-behawioralna. PZWL, Warszawa 2019: 17–36.
12. Kuile Mt, Both S, Lankveld Jv. Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010; 33(3): 595–610, doi: [10.1016/j.psc.2010.04.010](https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.010).
13. Kitłowska M. Założenia psychoterapii poznawczo — behawioralnej. In: Rawińska M. ed. Zaburzenia seksualne a psychoterapii poznawczo — behawioralna. PZWL, Warszawa 2019: 3–15.
14. Stephenson KR, Kerth J. Effects of Mindfulness-Based Therapies for Female Sexual Dysfunction: A Meta-Analytic Review. *J Sex Res*. 2017; 54(7): 832–849, doi: [10.1080/00224499.2017.1331199](https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1331199), indexed in Pubmed: [28617103](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28617103/).

15. Bilejczyk A, Bilejczyk A, Pogorzelska M. Psychoterapia zespołów bólowych u kobiet. In: Rawińska MA, Bilejczyk A, Pogorzelska M. ed. Zaburzenia seksualne a psychoterapii poznawczo-behavioralna. PZWL, Warszawa 2019: 289–310.
16. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behavioralna. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Paradygmat 2008.
17. Barlow D. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986; 54(2): 140–148, doi: [10.1037/0022-006x.54.2.140](https://doi.org/10.1037/0022-006x.54.2.140).
18. Kane L, Dawson SJ, Shaughnessy K. A review of experimental research on anxiety and sexual arousal: Implications for the treatment of sexual dysfunction using cognitive behavioral therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2019: 1–24.
19. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Arch Sex Behav*. 2006; 35(4): 491–499, doi: [10.1007/s10508-006-9047-1](https://doi.org/10.1007/s10508-006-9047-1), indexed in Pubmed: [16909318](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16909318/).
20. Oettingen J. Dysfunkcje seksualne — podejście oparte na teorii poznawczej. *Seksuologia Polska*. 2013 ; 11(2): 68–75.
21. Chatzipentidis K. Zastosowanie biblioterapii w leczeniu zaburzeń seksualnych. *Doniesienia z wybranych badań. Przegląd Biblioterapeutyczny*. 2014; IV.
22. Mintz LB, Balzer AM, Zhao X, et al. Bibliotherapy for low sexual desire: evidence for effectiveness. *J Couns Psychol*. 2012; 59(3): 471–478, doi: [10.1037/a0028946](https://doi.org/10.1037/a0028946), indexed in Pubmed: [22774869](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22774869/).
23. van Lankveld J, Everaerd W, Grotjohann I. Cognitive-behavioral Bibliotherapy for Sexual Dysfunctions in Heterosexual Couples: A Randomized Waiting-list Controlled Clinical Trial in the Netherlands. *The Journal of Sex Research* . 2001; 38(1): 51–67.
24. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther*. 2008; 34(4): 325–342, doi: [10.1080/00926230802096358](https://doi.org/10.1080/00926230802096358), indexed in Pubmed: [18576234](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18576234/).
25. Nobre J. Pedro, Pinto-Gouveia Jose, Cognitive Schemas Associated with Negative Sexual Events: A Comparison of Men and Women with and Without Sexual Dysfunction, *Arch Sex Behav* 2009; 38: 842–851.
26. Kratochvil S. Leczenie zaburzeń seksualnych. *Iskry*, 2002 .
27. Jakima S. Dysfunkcje seksualne. Poradnik dla lekarzy. Jakima S Dysfunkcje seksualne Poradnik dla lekarzy, Warszawa PZWL: 2019.
28. ter Kuile Moniek M., van Lankveld Jacques J.D.M., de Groot Elle, Melles Reinilde, Neffs Janneke, Zandbergenb Maartje, Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors, *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45(2): 359-373.
29. Dahlen H. Female Sexual Dysfunction: Assessment and Treatment. *Urologic Nursing*. 2019; 39(1): 39, doi: [10.7257/1053-816x.2019.39.1.39](https://doi.org/10.7257/1053-816x.2019.39.1.39).
30. Leiblum SR, Wiegel M. Psychotherapeutic interventions for treating female sexual dysfunction. *World J Urol*. 2002; 20(2): 127–136, doi: [10.1007/s00345-002-0266-3](https://doi.org/10.1007/s00345-002-0266-3), indexed in Pubmed: [12107544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12107544/).
31. Brotto Lori A., Heiman Julia R., Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer, *Sexual and Relationship Therapy* 2007; 22: 1.
32. Brotto LA, Krychman M, Jacobson P. Eastern approaches for enhancing women’s sexuality: mindfulness, acupuncture, and yoga (CME). *J Sex Med*. 2008; 5(12): 2741–2748, doi: [10.1111/j.1743-6109.2008.01071.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01071.x), indexed in Pubmed: [19090937](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19090937/).
33. Harris R. Zrozumieć ACT. GWP, Sopot 2018.
34. Silverstein R, Brown AC, Roth H, et al. Effects of Mindfulness Training on Body Awareness to Sexual Stimuli. *Psychosomatic Medicine*. 2011; 73(9): 817–825, doi: [10.1097/psy.0b013e318234e628](https://doi.org/10.1097/psy.0b013e318234e628).
35. Leavitt C, Lefkowitz E, Waterman E. The role of sexual mindfulness in sexual wellbeing, Relational wellbeing, and self-esteem. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2019; 45(6): 497–509, doi: [10.1080/0092623x.2019.1572680](https://doi.org/10.1080/0092623x.2019.1572680).
36. Villena A, Gimeno E, Blazquez M, et al. 643 Mindfulness in sex therapy: a comprehensive review. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018; 15(7): S371–S372, doi: [10.1016/j.jsxm.2018.04.550](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.04.550).