

## PROPOZYCJA POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W PRZYPADKU ZABURZEŃ EREKCJI. PODEJŚCIE POZNAWCZO-BEHAWIORALNE

### PROPOSED THERAPEUTIC PROCEEDINGS FOR ERECTILE DYSFUNCTION. COGNITIVE-BEHAVORIAL APPROACH.

Poradnia Seksuologiczna Pro Vita w Krakowie  
Dyrektor: dr med. Wojciech Śledziński

*W artykule przedstawiono propozycję zastosowania psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu psychogennych zaburzeń wzwodu. Autorka opisuje w skrócie model CBT, jego odniesienie do dysfunkcji seksualnych oraz szczegółowy protokół stanowiący plan psychoterapii zaburzeń erekcji. Protokół zawiera diagnozę, psychoedukację, techniki poznawcze, ćwiczenia seksuologiczne, treningi psychologiczne i behawioralne oraz zapobieganie nawrotom.*

**Summary.** Current treatment methods of sexual problems are short-term and problem-oriented, therefore it is recommended to treat sexual dysfunctions with cognitive-behavioral approach (CBT). This paper is a compilation of available therapeutic methods, which were here integrated by the author into a ready-to-use erectile dysfunction therapeutic protocol.

### I Wstęp

Zarówno w krajowej, jak i zagranicznej literaturze odnaleźć można wiele opisów technik i metod mających zastosowanie w terapii dysfunkcji seksualnej. Piszą o tym m.in. K. Imieliński [1], Z. Starowicz [2], S. Kratochvil [3], J. H. Semans [4], W. H. Masters i V. E. Johnson [5], A. Annon [6], J. Wolpe i D. Wolpe [7], B. W. McCarthy [8]. Opisywane metody (np. technika ucisku, technika stop-start, systematyczna desensytyzacja) odznaczają się dużą skutecznością potwierdzoną w tychże badaniach. Jednakże bardzo trudno znaleźć rodzime opracowanie, które łączyłoby wszystkie te, skuteczne i przetestowane metody w spójną całość, ujętą w dostępny dla terapeutów kompleksowy zbiór zasad postępowania terapeutycznego w konkretnej dysfunkcji seksualnej (tj. uwzględniający czynniki ryzyka związane z dysfunkcją seksualną, odnoszące się zarówno do samego pacjenta, jak i relacji, w której pozostaje).

Protokół terapeutyczny stanowi istotę terapii poznawczo-behawioralnej, która w swoim fundamentalnym założeniu jest wysoce ustrukturyzowana i ustandaryzowana [9]. Co więcej, badania pokazują, że np. w leczeniu depresji terapeuci uzyskują lepsze efekty terapeutyczne, jeśli trzymają się blisko struktury terapii poznawczo-behawioralnej i ustandaryzowanych procedur [10]. Można więc z dużym prawdopodobieństwem przypuszczać, że posiadanie

i przestrzeganie ustandaryzowanych procedur w leczeniu dysfunkcji seksualnych również zwiększa efektywność terapii.

Niniejsza praca ma na celu przedstawienie możliwości uwzględnienia istniejących metod i technik CBT w kompleksowym planie terapii konkretnej dysfunkcji seksualnej, którą są zaburzenia erekcji.

### 1. Zaburzenia erekcji — definicja, etiologia, leczenie

Zaburzenia erekcji (ang. *erectile dysfunction* — ED) są jednym z najczęściej występujących problemów seksualnych mężczyzn. Cierpią na nie 152 miliony mężczyzn na całym świecie. W Polsce problem ten dotyczy 3 mln mężczyzn [11]. The National Institutes of Health (NIH) definiuje dysfunkcję erekcyjną jako utrzymującą się niezdolność do osiągnięcia i/lub utrzymania wzwodu prącia umożliwiającego prowadzenie satysfakcjonującego współżycia płciowego. Kratochvil [3] definiuje klasycznie dysfunkcję erekcyjną jako problem związany z brakiem stwardnienia męskiego organu płciowego lub ze stwardnieniem niedostatecznym czy też niepewnym, co uniemożliwia lub utrudnia odbycie stosunku seksualnego. W powyższej definicji wyodrębnione zostały różne postacie dysfunkcji, które obowiązująca w Polsce międzynarodowa klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych — X rewizja [12] opisuje w sposób następujący: (1) pełen wzwód pojawia się podczas wstępnych etapów gry miłosnej, lecz znika lub zmniejsza się przy próbie podjęcia stosunku (przed wytryskiem, jeżeli występuje), (2) wzwód występuje, lecz tylko wtedy, gdy stosunek nie jest przewidywany, (3) występuje tylko częściowy wzwód, niewystarczający, (4) nabrzmienie prącia nie występuje zupełnie.

Z analizy literatury przedmiotu wynika, że przyczyn pojawienia się problemów z erekcją jest wiele. Ogólnie można je uporządkować w 4 główne grupy czynników: a) organiczne/biologiczne — m.in. spowodowane zmianami chorobowymi układu naczyniowego, nerwowego, hormonalnego albo miejscowym uszkodzeniem ciał jamistych; b) psychogenne/psychospołeczne — wywołane przez ośrodkowe zablokowanie mechanizmu erekcji, któremu nie towarzyszą żadne zmiany somatyczne; c) mieszane — spowodowane kombinacją czynników organicznych i psychogennych i d) nieznane — wywołane przez nie dające się zidentyfikować czynniki [1, 2, 13]. Zaburzenia erekcji mogą być dolegliwością trwającą przez całe życie (postać pierwotna) lub nabytą po okresie trwania satysfakcjonującego życia płciowego (postać wtórna). Mogą także mieć podłoże sytuacyjne (np. problem z erekcją występuje jedynie w specyficznych sytuacjach lub okolicznościach albo z pewnymi partnerkami/partnerami) lub być uogólnione (dysfunkcja występuje we wszystkich sytuacjach, okolicznościach i z każdą partnerką/z każdym partnerem) [14].

Współczesne metody leczenia zaburzeń erekcji zostały podzielone na 3 grupy, w zależności od etiologii problemu oraz nasilenia dolegliwości u pacjenta [15]:

- terapię pierwszego rzutu obejmującą psychoterapię seksuologiczną, stosowanie leków doustnych oraz urządzeń próżniowych;
- terapię drugiego rzutu polegającą na iniekcjach do ciał jamistych lub podawaniu preparatów docewkowych;
- terapię trzeciego rzutu z wszczepianiem implantów do ciał jamistych.

Farmakologia zaburzeń erekcji oraz leczenie chirurgiczne zostały opisane w literaturze naukowej [3, 16–18] i nie są przedmiotem niniejszego opracowania, dlatego też w dalszej części pracy omówiona zostanie jedynie specyfika pracy terapeutycznej w zaburzeniach erekcji o podłożu psychogennym.

## 2. Psychoterapia zaburzeń seksualnych

Niezależnie od przyczyn wystąpienia dysfunkcji erekcji, jak również od podjętej interwencji (chirurgicznej, farmakologicznej), psychoterapia seksuologiczna odgrywa kluczową rolę w leczeniu różnorodnych problemów seksualnych. W przypadku etiologii psychogennej — psychoterapia może być jedyną podejmowaną formą oddziaływań, w przypadku zaś etiologii organicznej i mieszanej — winna stanowić dopełnienie prowadzonego postępowania medycznego. Psychoterapia zaburzeń seksualnych odgrywa szczególnie znaczenie w trwałych, nieodwracalnych zmianach narządu lub w razie nieskutecznego leczenia farmakologicznego. Zdaniem Dębne i wsp. [19] praca terapeutyczna z pacjentem powinna wtedy zmierzać do zmiany jego hierarchii wartości w taki sposób, żeby był on w stanie zaakceptować niemożność osiągnięcia wzwodu (np. poprzez znalezienie głębszych i wartościowych celów życiowych).

Psychoterapia seksuologiczna obejmuje wiele nurtów, które różnią się pod względem teoretycznym i posługują się różnymi technikami terapeutycznymi. Jednym z nich jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT — cognitive behavioral therapy), która staje się bardzo obiecującą metodą leczenia w zaburzeniach seksualnych, a w zakresie leczenia zaburzeń psychicznych (tj. zaburzeń lękowych czy afektywnych) charakteryzuje się lepszymi podstawami naukowymi oraz rosnącą liczbą poprawnych metodologicznie badań jej efektów niż inne formy terapii.

Na polu seksuologii skuteczność technik CBT została potwierdzona w różnych formach terapii, np. terapii par heteroseksualnych [20, 21], terapii małżeńskiej prowadzonej w formie indywidualnej i grupowej [22] czy terapii mężczyzn nie mających partnerek seksualnych, prowadzonej w formie grupowej lub z pomocą partnerek zastępczych [23]. Potwierdzona w badaniach została ponadto efektywność wykorzystania instrukcji poznawczo-behawioralnych (przy minimalnym wkładzie terapeuty w procesie terapii) w połączeniu z leczeniem farmakologicznym [24], jak również efektywność internetowych form oddziaływań terapeutycznych [25].

Zanim jednak psychoterapia zaburzeń erekcji prowadzona w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej zostanie tutaj szczegółowo omówiona, warto przybliżyć ogólne założenia teoretyczne tego podejścia.

## 3. Terapia poznawczo-behawioralna

W myśl poznawczego modelu powstawania zaburzeń, emocje i zachowanie człowieka są zdeterminowane sposobem, w jaki konstruuje on świat, czyli tym, w jaki sposób myśli i postrzega siebie, innych ludzi i otoczenie [26]. Negatywne myśli o sobie czy otaczającej rzeczywistości wywołują negatywne stany emocjonalne (niepokój, lęk, smutek czy złość), co przekłada się na sposób zachowania czy radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Celem

terapii poznawczo-behawioralnej jest więc zmiana dysfunkcjonalnego (nieadaptacyjnego) sposobu myślenia pacjenta, co w konsekwencji ma przyczynić się do poprawy jego samopoczucia i zmiany w zachowaniu.

Koncepcja poznawcza wyróżnia myśli automatyczne, przekonania (schematy poznawcze) i zniekształcenia poznawcze. Myśli automatyczne (MA) są najbardziej dostępną poznaniu formą, w jakiej odbieramy rzeczywistość i reagujemy na nią. Jak sama nazwa wskazuje, pojawiają się one w kontekście danej sytuacji niezależnie od naszej woli. Myśli automatyczne są wypadkową leżących u ich podłoża głębszych struktur poznawczych — schematów poznawczych, w których zawierają się przekonania o sobie, innych, relacji ja — inni oraz o otaczającej rzeczywistości [27]. Jak podają Popiel i Pragłowska [28], schematy poznawcze nasycone są emocjami i osadzone we wspomnieniach. Przekonania stanowiące o treści schematów poznawczych dotyczą wielu aspektów życia, np. religii, kultury, płci, ról seksualnych. Należą do nich przekonania kluczowe (tj. najgłębsze podstawowe przekonania o sobie i innych, np. Jestem nieudacznikiem) oraz nieco bardziej powierzchowne przekonania pośredniczące, układające się w zdania warunkowe typu „Jeśli ..., to”; na przykład: Jeżeli nie sprawdzam się w łóżku, to znaczy, że nie jestem w pełni facetem. Przekonania takie formułowane są na różnych etapach życia; bardzo silnie utrzymywane są zwłaszcza te, które powstały wcześniej i na których kształtowanie miały wpływ osoby znaczące — rodzice lub inne osoby bliskie. Część przekonań utrzymuje się przez całe życie w niemal niezmienionej formie, tworząc podstawowy system wartości. Inne przekonania stanowią o deficytach, „czułych punktach” w relacjach z innymi osobami [27].

Myśli łączące się z negatywnymi emocjami na ogół mogą zawierać tzw. zniekształcenia poznawcze, czyli błędy w myśleniu. Zazwyczaj są one niezauważalne i powszechne (występują bowiem u wszystkich ludzi). Najczęstszymi zniekształceniami poznawczymi występującymi u osób cierpiących na dysfunkcje seksualne są zdaniem Rosen i wsp. [za: 29] zniekształcenia dotyczące natury seksualnej aktywności, kompetencji seksualnych oraz uczuć partnera związanych z przeżywanymi przez nie trudnościami natury seksualnej. Za przykład może tutaj posłużyć: nadużywanie imperatywów, np. muszę/powinienem (Moja erekcja powinna być niezawodna w 100%); myślenie w kategoriach „wszystko albo nic”, zwane też myśleniem czarno-białym lub dychotomicznym, polegające na tym, że jednostka postrzega sytuację w kategoriach dwóch skrajności, a nie kontinuum (Jestem do niczego, ponieważ nie udało mi się osiągnąć stuprocentowej erekcji; prawdziwy mężczyzna ma niezawodne erekcje) czy nadmierne uogólnianie (Wczoraj nie udało mi się osiągnąć erekcji, to i dziś mi się nie uda). Równie często występuje przepowiadanie przyszłości (Dzisiaj na pewno mi się nie powiedzie), czytanie w myślach (Ona myśli o mnie, że jestem nieudacznikiem) i katastrofizacja (Jeśli zawiodę tym razem, ona znajdzie sobie innego) — polegające na przewidywaniu czarnej przyszłości, bez brania pod uwagę innych, bardziej prawdopodobnych możliwości.

Aby lepiej zrozumieć specyfikę powstawania i utrzymywania się problemów seksualnych, pomocne może się okazać odwołanie do poznawczego modelu dysfunkcji seksualnych.

#### 4. Poznawczo-behawioralny model dysfunkcji seksualnych

Centralnym punktem poznawczo-behawioralnego modelu dysfunkcji seksualnej jest wzajemne oddziaływanie myśli, zachowań, biologii i stosunków międzyludzkich [30]. Negatywne myśli, które niekorzystnie wpływają na funkcje seksualne, często wiążą się z niepokojem dotyczącym sprawności seksualnej. Mogą one rozpraszać sygnały erotyczne i obniżać reaktywność i przyjemność seksualną. Ponieważ wpływają na reakcję emocjonalną — doświadczenia seksualne zaczynają iść w parze z negatywnymi emocjami, takimi jak niepokój, lęk, smutek lub złość.

Powyższy model dobrze ilustruje przykład podany przez Althofa [31], opisującego mężczyznę, który obawia się przyszelego niepowodzenia na podstawie wcześniejszej porażki w osiągnięciu lub utrzymaniu erekcji na odpowiednim poziomie. Po pierwszym, częstokroć przypadkowym niepowodzeniu, może on obarczać się coraz większymi wymaganiami wobec siebie w roli partnera seksualnego, co skutkuje obawą, że znowu zawiedzie. Pojawiające się wówczas w jego głowie w sposób automatyczny negatywne myśli idące w parze z negatywnym nastrojem zaburzają jego zdolność do koncentracji na doznaniach zmysłowych (zaczyna przeżywać stosunki seksualne z pozycji obserwatora, a nie uczestnika). Niepokój oraz inne negatywne stany emocjonalne, które przeżywa, powodują, że usiłuje osiągnąć erekcję siłą woli, a to ogranicza w sposób znaczny zdolność do uzyskania pobudzenia seksualnego i prowadzi do kolejnej porażki. Po kilku niepowodzeniach mężczyzna zaczyna unikać kontaktów seksualnych i traci poczucie pewności w roli partnera seksualnego. To może być źle zinterpretowane przez jego partnerkę/partnera jako wskazówka np. własnej niskiej atrakcyjności, co z kolei może generować dalsze problemy.

Pomimo możliwości uchwycenia pewnych charakterystycznych zależności w mechanizmie powstawania i utrzymywania się zaburzeń seksualnych, poznawczy model dysfunkcji seksualnych jest w wysokim stopniu zindywidualizowany [32]. Swoistość przebiegu reakcji i zachowań seksualnych u danej osoby jest zdeterminowana interakcją czynników biologicznych, psychologicznych, społeczno-kulturowych oraz interpersonalnych. I tak, osoba, u której obserwujemy wysokie nasilenie negatywnych czynników predysponujących do zaburzeń seksualnych (np. w zakresie czynników biologicznych: wpływ zażywanych leków; środowiskowych: rygorizm religijny; psychologicznych: zahamowania seksualne; partnerskich: walka o dominację w związku), jest bardziej narażona na powstanie dysfunkcyjnej odpowiedzi seksualnej.

#### 5. Terapia poznawczo-behawioralna dysfunkcji seksualnych w praktyce klinicznej — ogólne założenia

Opisany powyżej model i praktyka kliniczna autorki wskazują, że pacjenci z dysfunkcją erekcyjną żyją w lęku przed niespełnieniem w trakcie aktu płciowego, niezaspokojeniem partnerki, co istotnie wpływa na ich nastrój i samoocenę w roli partnera seksualnego. Traktują oni swe zaburzenia jako nieodwracalne, nieuleczalne. Negatywne myśli o sobie częstokroć nacechowane są zniekształceniami poznawczymi. Spotęgowane dodatkowo licznymi mitami i stereotypami dotyczącymi seksualności, powodują, że pacjent narzuca sobie nierealistyczne wymagania związane z zachowaniami seksualnymi, mogące w konsekwencji prowadzić do unikania współżycia seksualnego.

Terapia dysfunkcji seksualnych, podobnie jak terapia innych zaburzeń (np. lękowych, emocjonalnych), prowadzona w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej, jest oparta na bliskiej współpracy pacjenta i terapeuty; jest dynamiczna, ustrukturowana i zorientowana na rozwiązanie problemu. Beck [9] proponuje, aby każda sesja rozpoczynała się od oceny nastroju pacjenta i nawiązania do zdarzeń z minionego tygodnia, następnie omówienia pracy własnej oraz ustalenia istotnych dla pacjenta zagadnień i ich przepracowania w trakcie sesji terapeutycznej. Wdrażane techniki poznawcze czy behawioralne winny być dobrze przemyślane i dostosowane zarówno do formy zaburzenia, jak i osobowości pacjenta oraz zgłaszanych przez niego dolegliwości i problemów, tak bowiem dostosowana terapia maksymalizuje współpracę między terapeutą a pacjentem i pozytywnie wpływa na relację terapeutyczną [10].

Terapia może zawierać kilka komponentów: edukację, restrukturyzację poznawczą, treningi umiejętności (komunikacji, budowania bliskości, umiejętności seksualnych — zależnie od zdiagnozowanych deficytów) oraz interwencje behawioralne (koncentracja na doznaniach zmysłowych, trening masturbacyjny, technika ucisku, metoda stop-start, kierowane wyobrażenia erotyczne i in.). Spotkanie terapeutyczne powinno być zakończone wyznaczeniem zadania domowego oraz podsumowaniem przebiegu bieżącej sesji terapeutycznej.

Pomimo szerokiej gamy problemów związanych z występowaniem dysfunkcji seksualnej (np. problemy w związku, niska samoocena, stres), terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń seksualnych jest terapią stosunkowo krótkotrwałą. W zależności od nasilenia objawów oraz motywacji pacjenta do współpracy w procesie leczenia, terapia zaburzeń seksualnych, zdaniem autorki, powinna obejmować od trzech do około dwudziestu pięciu spotkań z terapeutą. Sesje terapeutyczne mogą się odbywać indywidualnie, w parze (terapia partnerska) lub w grupach. Każda sesja trwa od 50 minut (spotkania indywidualne) do 90–120 minut (terapia par, spotkania grupowe).

Reasumując, ścisłe przestrzeganie struktury terapii oraz jej ustandaryzowanego charakteru, a także dostosowanie wszelkich interwencji do formy zaburzenia, osobowości pacjenta i zgłaszanych przez niego problemów wydają się najistotniejszym elementem terapii.

## II Protokół terapeutyczny<sup>1</sup> dla zaburzeń erekcji w podejściu CBT

### 1. Diagnoza i wprowadzenie (Etap 1)

Celem postępowania diagnostycznego jest postawienie diagnozy klinicznej lub opis problemu seksualnego, a także ustalenie etiologii dysfunkcji zakończone wyborem i propozycją odpowiedniej metody leczenia. Najistotniejszą kwestią w tej początkowej części terapii jest nawiązanie relacji terapeutycznej [9, 33] opartej na zaufaniu i porozumieniu, ponieważ warunkuje ona nie tylko jakość uzyskiwanych od pacjenta informacji, ale też cały przebieg terapii. Proces zbierania informacji o pacjencie obejmuje: wywiad biograficzny, wywiad seksuologiczny, ewentualnie wywiad uzupełniający od partnerki seksualnej. Dodatkowo terapeuta może skorzystać z narzędzi pomocniczych, takich jak testy, kwestionariusze seksuologiczne, których przedmiotem jest ocena funkcjonowania seksualnego pacjenta:

<sup>1</sup> Protokół terapeutyczny (ang. treatment protocol) — to zbiór zasad postępowania w ramach danej formy terapii, obejmujący plan leczenia, sekwencje technik i warunki ich zastosowania [28, s. 33].

Są to m.in. Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Mężczyzn (IIEF), Skala Mell-Krat (wersja kromieżyska — SFK-M), Kwestionariusz Dysfunkcyjnych Przekonań Seksualnych<sup>2</sup>, a także bateria testów psychologicznych mających zastosowanie w klinice seksuologicznej (testy służące do oceny osobowości, psychopatologii, inteligencji i zmian organicznych).

W większości przypadków dobrze zebrany wywiad (obejmujący m.in.: szczegółowy opis problemu seksualnego z jego początkiem i dynamiką; biografię seksualną pacjenta; informacje dotyczące przebytych chorób, operacji, urazów, aktualnych schorzeń, przyjmowanych leków, a także — popędu seksualnego, podniecenia, orgazmu, aktywności seksualnej, preferencji tożsamości seksualnej) umożliwi różnicowanie między etiologią psychogenną a somatyczną zaburzeń erekcji. Jednakże w przypadku jakichkolwiek wątpliwości możliwe jest również skierowanie pacjenta na dodatkowe konsultacje (np. do urologa, seksuologa, psychiatry), na badania laboratoryjne (testosteron, prolaktyna, FSH, TSH, LH, SHBG, antygen sterczowy PSA) lub inne, takie jak badanie przepływu krwi (USG Doppler) w naczyniach zaopatrujących prącie w krew, ciśnienia tętniczego w prąciu, badanie kontrastowe ciał jamistych, test prostaglandynowy służący do oceny zdolności fizjologicznej erekcji prącia, test wydolności krążenia w prąciu, ocena nocnych erekcji prącia — RigiScan.

Po zebraniu wywiadu i postawieniu wstępnej diagnozy (w tym dotyczącej układu partnerskiego, zasobów i deficytów pacjenta oraz zasobów i deficytów związku), należy przejść do części edukacyjnej terapii, podczas której wdrażane są pierwsze interwencje terapeutyczne polegające na udzielaniu pacjentowi niezbędnych informacji. Podkreślić należy, że informacje te winny być przekazywane w sposób przystępny i zrozumiały, a także zgodny z aktualną wiedzą medyczną.

## 2. Psychoedukacja i interwencja (Etap 2)

Psychoedukacja opiera się na założeniu, że podstawą zmiany jest informacja na temat stanu faktycznego. W leczeniu zaburzeń seksualnych w programie edukacji winna być uwzględniona:

### 2. 1. Psychoedukacja w modelu poznawczym

Polega ona na zapoznaniu pacjentów z modelem terapii poznawczo-behawioralnej (ogólne założenia, przebieg terapii i cele), omówieniu zadań domowych (przeznaczenie i zasadność), wyjaśnieniu zależności pomiędzy myślami a emocjami, zachowaniami a stanem wzbudzenia autonomicznego układu nerwowego, jak również roli zniekształceń i schematów poznawczych w funkcjonowaniu człowieka.

Wymienione powyżej zagadnienia najlepiej omawiać podczas sesji terapeutycznej w kontekście zgłaszanych przez pacjenta problemów.

---

<sup>2</sup> Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire autorstwa Nobre, Pinto-Gouveia, Gomes (2003) [34, 35] służy do oceny seksualnie dysfunkcyjnych przekonań jako wskaźników czynników podatności na zaburzenia seksualne u mężczyzn i kobiet.

## *2. 2. Edukacja seksualna dotycząca funkcjonowania seksualnego oraz fizjologii i anatomii dysfunkcji erekcyjnej*

Podczas spotkań dostarczane są informacje o rozpowszechnieniu, etiologii, diagnozie, naturze zaburzenia, typowych objawach, wpływie czynników biologicznych, stresorach oraz sposobach leczenia zaburzeń erekcji. Pacjent uczy się terminologii użytecznej podczas rozmów o seksie, jak również konfrontuje swe przekonania o seksualności poprzez podważanie mitów i stereotypów seksualnych.

Pomocne może okazać się tutaj wykorzystanie lektury. Choć nie ma jednoznacznych dowodów na skuteczność tej metody w leczeniu dysfunkcji seksualnych [36], biblioterapia może pełnić rolę pośrednią we wzmocnieniu efektywności terapii jako całości poprzez: zwiększenie u pacjenta świadomości problemów (tym samym zwiększenie jego samoświadomości); bardziej efektywną komunikację z terapeutą (posługiwanie się tym samym językiem); głębsze zaangażowanie pacjenta w proces leczenia (wzmocnienie motywacji).

Jak wynika z doświadczeń klinicznych Kratochvila [3], informacje, porady, wskazówki, a także przyzwolenie lub instruktaż mogą okazać się wystarczającą interwencją terapeutyczną do przezwyciężenia łagodnych i mniej skomplikowanych przypadków zaburzeń erekcji. Dlatego też niekiedy zakończenie terapii może nastąpić właśnie na tym etapie.

## *2. 3. Psychoedukacja dotycząca modelu zaburzeń (tj. zapoznanie pacjenta z modelem poznawczym dysfunkcji seksualnej)*

Podczas tej części edukacji seksualnej omawiany jest mechanizm powstawania dysfunkcji erekcyjnej na podstawie stworzonego wraz z pacjentem „indywidualnego modelu zaburzenia”. Model ten powinien obejmować rekonstrukcję przebiegu ostatnich epizodów dotyczących trudności seksualnych pacjenta.

Na zakończenie pierwszych dwóch etapów terapii (diagnozy i edukacji) opracowujemy listę zgłaszanych przez pacjenta problemów (na przykład: strach przed niepowodzeniem w utrzymaniu erekcji, krytyczna samoobserwacja, problemy ze stabilizacją erekcji podczas współżycia seksualnego, obniżona samoocena w roli partnera seksualnego) oraz listę celów terapeutycznych (na przykład: usunięcie obaw seksualnych, poprawa funkcjonowania seksualnego, zmniejszenie nasilenia objawów, powiązanie uczuć pozytywnych z zachowaniami seksualnymi). Spotkania diagnostyczno-edukacyjne powinny być zwieńczone sformułowaniem wstępnej conceptualizacji problemu (tj. poznawczego modelu funkcjonowania seksualnego pacjenta), obejmującej m.in.: hipotezy tłumaczące mechanizmy zachowania pacjenta, determinujące jego przeszłe funkcjonowanie, wpływające na obecne i mające potencjalny wpływ na przyszłe zachowania (m.in. wszelkie informacje o negatywnych myślach automatycznych, dysfunkcjonalnych przekonaniach, stosowanych przez pacjenta zniekształceniach poznawczych, a także sposobach radzenia sobie w sytuacjach trudnych).

## 3. Terapia właściwa (Etap 3)

W trakcie trzeciego etapu terapii wykorzystujemy do pracy z pacjentem wachlarz technik poznawczo-behawioralnych. Zaczynamy zazwyczaj od technik poznawczych,



chyba że nasilenie objawów, z którymi zgłosił się pacjent, jest duże — wówczas najpierw wdrażamy techniki behawioralne.

Kluczową metodą pracy poznawczej w tej części terapii jest restrukturyzacja poznawcza [28] stanowiąca zespół technik mających pomóc pacjentowi w byciu bardziej świadomym swych myśli oraz w modyfikowaniu ich, gdy są zniekształcone lub nieużyteczne. Irracjonalne myśli, zazwyczaj obarczone zniekształceniami poznawczymi, powinny być zastępowane myślami bardziej realistycznymi, wiarygodnymi i funkcjonalnymi.

Wprowadzeniem do metody restrukturyzacji poznawczej jest technika „zapisu myśli” [37], dzięki której pacjent uczy się rozpoznawać i wyłapywać dysfunkcyjne myśli automatyczne towarzyszące aktywności seksualnej; następnie uczy się z nimi dyskutować identyfikując przy tym błędy i zniekształcenia w ich treści (zapis dowodów, które potwierdzają, i dowodów, które podważają słuszność tezy zawartej w automatycznej myśli). Efektem zapisu myśli jest sformułowanie tzw. myśli równoważącej, czyli myśli obejmującej alternatywny sposób patrzenia na analizowaną sytuację. Przykładowo, w pracy z pacjentem mającym trudności z erekcją, należy najpierw określić, w którym momencie seksualnego zbliżenia pojawiają się u niego negatywne stany emocjonalne i jakie czynniki go zwiększają. W tym celu można przeanalizować pojawiające się wówczas negatywne myśli automatyczne, sprawdzić ich wiarygodność, po czym podważyć błędne przekonania i zastąpić je prawdziwymi.

Techniką pomocną w zmianie dysfunkcyjnych przekonań, które są przyczyną rozmaitych problemów emocjonalnych i behawioralnych, jest dialog kierowany (pytania sokratejskie, ukierunkowane na dochodzenie do prawdy) [28]. Technika ta polega na zadawaniu pacjentowi specjalnie dobranych pytań w celu odkrycia niedostępnych dotychczas informacji i znaczeń, a następnie poddaniu ich weryfikacji i krytycznej ocenie. W ramach dialogu sokratejskiego możemy stosować elementy różnych technik, np. dekatastrofizację (technikę pomocną w podważaniu werbalizowanych przez pacjenta katastroficznych ocen sytuacji za pomocą pytań: „Co najgorszego może się zdarzyć?”, „Jeśli to nastąpi, to co w Pana życiu ulegnie zmianie za np. 5 miesięcy?”), klaryfikację (mającą na celu zdefiniowanie i zrozumienie pojęć używanych przez pacjenta oraz poprawę wzajemnego zrozumienia, np.: „Co ma Pan na myśli mówiąc o swych „problemach z erekcją?”), technikę strzałki w dół (dochodzenia do przekonań kluczowych za pomocą pytań dotyczących znaczenia pojawiających się w sposób automatyczny myśli, np.: „Jeśli rzeczywiście nie udałoby się Panu osiągnąć erekcji, co by to dla Pana oznaczało/ co by to o Panu mówiło?”), a także inne, dobrze opisane w literaturze przedmiotu, tj. technikę sondowania, skalowania, poszukiwania alternatywnych rozwiązań, rozpraszania, technikę analizy zysków i strat.

Za nieocenioną technikę w terapii zaburzeń seksualnych uznaje się ponadto biblioterapię oraz pracę własną. Biblioterapia polega na wykorzystywaniu broszur, ulotek oraz filmów czy publikacji popularnonaukowych z zakresu seksuologii. Wybór materiałów winien być dostosowany do formy zaburzenia oraz zgłaszanych przez pacjenta problemów. Praca osobista (własna) polega na poleceniu pacjentowi wykonania określonych działań pomiędzy sesjami, logicznie wynikających z problemów omawianych podczas sesji terapeutycznej [28]. Technika ta służy testowaniu i weryfikowaniu własnych przekonań, jak również utrwalaniu i rozwijaniu nowych umiejętności i sposobów radzenia sobie.

Omówione powyżej techniki poznawcze winny być w sposób przemyślany i staranny dobrane (m.in. w zależności od problemu, osoby pacjenta, jego możliwości) i wykorzystane w celu zapoczątkowania i utrwalenia zmian dotyczących reagowania emocjonalnego, myślenia i zachowania. Pracę nad zmianą poznawczą rozpoczynamy od analizy krytycznych myśli oceniających oraz wygórowanych oczekiwań seksualnych. Następnie przedmiotem badań czynimy identyfikację i modyfikację dysfunkcyjnych poglądów wiążących się ze sferą seksualną (mity i stereotypy seksualne) oraz weryfikację nieprawidłowych informacji, dotyczących własnej seksualności. Skuteczna identyfikacja, a także modyfikacja ww. treści pozwala na prawidłowe zdefiniowanie dysfunkcyjnych przekonań, które pacjent przypisuje zdarzeniom o charakterze seksualnym, a także schematów seksualnych — Ja<sup>3</sup>.

Pomocna może okazać się też dyskusja o strategiach wzmacniania więzi partnerskiej, wzajemnej komunikacji oraz poprawie tudzież wzbogaceniu form stymulacji erotycznej.

Na tym etapie terapii możemy także wykorzystać różnego rodzaju interwencje terapeutyczne ukierunkowane na poprawę funkcjonowania seksualnego pacjenta.

### 3. 1. *Treningi i ćwiczenia seksuologiczne*<sup>4</sup>

Zalecane są one pacjentowi do wykonania w domu, pomiędzy sesjami terapeutycznymi (w ramach „pracy własnej”). Istotne jest poprzedzenie każdego ćwiczenia szczegółową instrukcją, a po wykonaniu zadania — staranne omówienie go na kolejnej sesji celem sprawdzenia, jak sobie z nim poradził. Niektóre z ćwiczeń mogą być wykonywane przez pacjenta indywidualnie (np. trening masturbacyjny) inne przez partnerkę lub wraz z partnerką (tzw. ćwiczenia w układzie partnerskim, np. metoda ułożenia ginekologicznego).

W terapii zaburzeń erekcji szczególnie pomocne wydają się następujące treningi:

- Trening komunikacji seksualnej, podczas którego partnerzy pracują nad otwartą komunikacją w sferze seksu, uczą się wyrażać uczucia i emocje, werbalizować swe potrzeby seksualne, mówić o preferencjach seksualnych. Trening ma na celu pogłębienie intymnej więzi, sprzyja porozumieniu, służy wymianie informacji, ułatwia prowadzenie szczerych, otwartych rozmów na tematy seksualne w sposób dla partnerów nieskrępowany, a także jest bodźcem erotycznym (tzn. działa erotycznie przez stworzenie swobodnego nastroju).
- Trening świadomości seksualnej, w trakcie którego pacjent stopniowo dokonuje zmian w zakresie sposobu myślenia o sprawach związanych z seksualnością i cielesnością, co w konsekwencji przyczynia się do poprawy jego samopoczucia i zmiany w zachowaniu; zarówno w aspekcie jednostkowym (etap autoerotyczny), jak i partnerskim (etap heteroseksualny) [2].

<sup>3</sup> Schemat seksualny — Ja, stanowi poznawczą reprezentację, która dotyczy aspektu własnej seksualności. Wynika on zarówno z osobistych doświadczeń podmiotu, jak i z obowiązujących norm społecznych (wpływ rodziny i otoczenia) oraz religijnych przekonań. Dysfunkcyjne konstrukty poznawcze na temat własnej seksualności mogą stanowić zagrożenie dla pacjenta. Zdaniem Andersen i wsp. [38] Schemat seksualny — Ja manifestuje się jako dysfunkcja w postrzeganiu przez jednostkę własnej seksualności, która w sposób znaczący wpływa na jej zachowanie i ekspresję seksualną.

<sup>4</sup> Ćwiczenia zostały opisane szczegółowo w podręcznikach seksuologicznych uznanych w Polsce specjalistów, m.in. K. Imielińskiego [cyt. za: 1], Z. Lwa-Starowicza [2, 39], Kratochvila [3].

- Trening psychoseksualny — składający się z serii ćwiczeń, podczas których partnerzy poznają odczucia towarzyszące wzajemnemu dotykaniu ciała, narządów płciowych i ich pobudzeniu. Stopniowo oswiają się ze swoimi ciałami, uczą się odczuwać przyjemność płynącą z pieszczot, z pobudzania narządów płciowych i ze zjednoczenia seksualnego. Trening należy prowadzić w odpowiednich warunkach, tj. zacisza domowego, zamkniętych drzwi, w odpowiedniej temperaturze, przy intymnym oświetleniu, ewentualnie z nastrojową muzyką oraz w atmosferze wzajemnego zrozumienia i życzliwego nastawienia. Dominującą formą wzajemnej aktywności partnerów powinno być poczucie bliskości i obdarzania siebie pieszczotami. Orgazm ma być jednym z elementów kontaktu seksualnego, a nie jego celem, dlatego też w początkowych etapach terapii należy zakazać odbywania stosunków, a zalecać pacjentowi niewymuszone pieszczoty z partnerką. Kluczowym treningiem dla par często opisywanym w literaturze [1, 2] jest tutaj metoda koncentracji na doznaniach zmysłowych opracowana w 1970 r. przez Mastersa i Johnson [5] czy powstały na jej bazie psychoseksualny trening interpersonalny Kratochvila [3]. W obrębie treningu można wykorzystywać następujące ćwiczenia seksuologiczne, tj.:
- Mapa ciała — partnerzy zaznaczają kolorowymi flamastrami na rysunku postaci ludzkiej miejsca, których dotykание sprawia im przyjemność (kolor zielony) i nie dostarcza takiej przyjemności (kolor czerwony). Na drugiej kartce próbują w ten sam sposób odgadnąć preferowane miejsca partnera/ki.
- Pobudzanie ognisk zmysłowych [2] — ćwiczenie polegające na poszukiwaniu obszarów (stref erogennych), które umożliwiają osiąganie orgazmu i testowanie różnych form pobudzania (np. palcami, ustami, członkiem), kierunku (np. w linii prostej/ruchy obrotowe/na boki) i siły (silne/delikatne/szybkie/wolne ruchy frykcyjne członka w pochwie).
- Pozakoitalne aktywności seksualne — w ramach tego ćwiczenia partnerzy zapewniają sobie nawzajem czułość oraz pieszczoty poprzez aktywność oralną lub/i manualną stymulację. Pacjent powinien być świadomy, że erekcja nie jest warunkiem koniecznym do osiągnięcia przez kobietę orgazmu. Partnerka może uzyskać zaspokojenie seksualne poprzez stymulację oralną lub manualną [40];
- Stopniowa aktywność seksualna — w której zaleca się partnerom, by koncentrowali się na tych formach aktywności seksualnej, które sprawiają im obustronną radość (przedłużona gra wstępna, pieszczoty, pocałunki). W razie pojawienia się czynników patogennych (negatywne stany emocjonalne, postawa obserwatora, negatywne myśli automatyczne) należy chwilowo przerwać pieszczoty i podjąć relaksującą aktywność zastępczą (np. miła rozmowa, wspólny prysznic), po czym w stanie rozluźnienia podjąć aktywność seksualną od nowa.
- Metoda przedłużania linii pochwy, polegająca na poleceniu partnerce, by w trakcie stosunku seksualnego przedłużyła linię pochwy swą dłońią, obejmując członka w trakcie wysuwania go z pochwy.
- Metoda ułożenia ginekologicznego, polegająca na odbywaniu stosunków seksualnych w tzw. pozycji ginekologicznej<sup>5</sup>, umożliwiającej wprowadzenie członka do pochwy

<sup>5</sup> Kobieta leży w pozycji, jaką przyjmuje w czasie badania ginekologicznego. Mężczyzna stoi między udami kobiety. Pozycja taka zapewnia dobry dostęp do pochwy (narządy płciowe obojga partnerów winny znajdować się mniej więcej na tej samej wysokości).

bez wzwodu lub z częściowym wzwodem. Po dokonaniu penetracji pacjent zachowuje postawę wyczekującą (z członkiem tkwiącym w pochwie), po to, by z upływem czasu przeminęły napięcia emocjonalne oraz zaabsorbowanie związane z dokonywanymi czynnościami. W miarę przedłużania się bezpośredniego kontaktu członka z otaczającą go pochwą u wielu mężczyzn dochodzi do stopniowego nasilania się wzwodu członka, który często osiąga taki stopień sztywności, że umożliwia wykonywanie ruchów frykcyjnych.

- Metoda miodowego miesiąca, w której pacjent ma zakaz odbywania stosunków przez pewien czas (np. miesiąc) z poleceniem częstego przebywania z partnerką w łóżku, obcowania z jej ciałem (dotyk, wzajemne pieszczoty). Celem tej metody jest obniżenie lęku związanego z „powinnością odbycia stosunku”.
- Metoda stosunku udowego — wykonywanie ruchów imitujących stosunek seksualny w pozycji bocznej, w której uda partnerki obejmują członka. Stymulacja bez zagrożenia związanego z dopochwowym kontaktem prowadzić ma do poprawy stanu wzwodu.

### 3. 2. Treningi psychologiczne mające zastosowanie na polu seksuologii

W terapii zaburzeń seksualnych istotną rolę odgrywają treningi umiejętności społecznych, często bowiem zdarza się, że źródłem problemów z seksualnością jest nieśmiałość, lęki, kompleksy seksualne czy brak umiejętności w nawiązywaniu lub/i podtrzymywaniu relacji interpersonalnych (intymnych). Poprawa funkcjonowania pacjenta w sferach deficytowych lub/i poprawa ogólnego samopoczucia może doprowadzić do poprawy funkcjonowania w sferze seksualnej — na co wskazywać mogą badania przeprowadzone przez Hoyerę i wsp. [41]. W terapii problemów związanych z seksualnością najczęściej stosowane są następujące treningi rozwojowe:

- Trening relaksacji, w trakcie którego pacjent nabywa umiejętności usuwania napięcia, osiągania stanu odprężenia, panowania nad swoimi stanami psychicznymi oraz regulowania pewnych reakcji wegetatywnych [3]. W przypadku zaburzeń erekcji główną korzyścią w stosowaniu takich treningów jest zmniejszenie u pacjenta napięcia, obaw, strachu, które wiążą się z aktywnością seksualną.
- Trening asertywności, którego celem jest poznanie spraw osobistych (w tym seksualnych) oraz wyuczenie lub też doskonalenie zachowań i umiejętności związanych np. z wyrażaniem oczekiwań, potrzeb, uczuć, opinii; nieszczerdzeniem i przyjmowaniem pochwał i komplementów, a także radzeniem sobie z krytyką, naciskiem, wyrażaniem sprzeciwu i asertywnym odmawianiem. Partnerzy pracują ponadto nad komunikacją werbalną i niewerbalną — po to, by poprawić jakość swej relacji.
- Trening umiejętności interpersonalnych umożliwia pacjentowi uzyskanie wglądu w siebie w zakresie sposobu budowania oraz pozostawiania w relacjach z innymi ludźmi; ponadto konfrontuje go z jego umiejętnościami społecznymi (m.in. rozwiązywania konfliktów interpersonalnych, wyrażania uczuć, emocji, potrzeb i preferencji).

— Trening rozwiązywania problemów interpersonalnych — jego celem jest nauczenie pacjenta radzenia sobie w trudnych sytuacjach międzyludzkich pojawiających się w codziennym życiu (w tym: w życiu seksualnym), jak również kształcenie umiejętności rozwiązywania konfliktów partnerskich.

### 3. 3. Ćwiczenia behawioralne

W obrębie technik behawioralnych stosować można różnego typu eksperymenty polegające na prowadzeniu dzienników aktywności seksualnej, przewidywaniu konsekwencji własnych zachowań, a także planowaniu i monitorowaniu aktywności seksualnej. W przypadku występowania zaburzeń erekcji połączonych z reakcjami lękowymi i/lub dużym napięciem szczególnie zaleca się ćwiczenia wyobrażeniowe (wizualizację), systematyczną desensytyzację (odwrażliwianie) [7] oraz technikę implozywną. Lęki i niepokoje dotyczące sprawności seksualnej lub/i niezaspokojenia partnerki są częstą dolegliwością pacjentów z zaburzeniem erekcji.

### 4. Zapobieganie nawrotom (Etap 4)

Celem ostatniego etapu jest utrwalenie uzyskanych podczas terapii efektów oraz zapobieżenie ponownemu wystąpieniu trudności i problemów seksualnych. Poprzez określenie sytuacji wysokiego ryzyka oraz identyfikację mechanizmu powstawania trudności (indywidualnych bądź w układzie partnerskim) pacjent uczy się radzenia sobie z nimi wykorzystując wyuczone podczas terapii umiejętności. Ten etap terapii wydaje się szczególnie ważny dla pacjentów z dysfunkcją erekcyjną, którzy często wyrażają swe obawy związane z nieuleczalnością swej choroby i boją się ewentualnego nawrotu. Przykładowy trening profilaktyki nawrotów został zaproponowany przez McCarthy'ego [8] i bazuje na metodach podobnych do stosowanych w terapii uzależnień.

## III Podsumowanie

Psychoterapia seksuologiczna odgrywa kluczową rolę w leczeniu zaburzeń seksualnych niezależnie od etiologii wystąpienia problemu. Może być prowadzona jako jedyna podejmowana forma oddziaływań lub stanowić dopełnienie postępowania medycznego (farmakologia, leczenie chirurgiczne).

Celem artykułu było zaprezentowanie autorskiego modelu terapii zaburzeń erekcji o psychogenym podłożu, stanowiącego kompilację i integrację uznanych metod terapii poznawczo-behawioralnej. Przedstawiona w artykule propozycja protokołu terapeutycznego oparta jest na doświadczeniach klinicznych autorki zdobytych podczas wieloletniej aktywności zawodowej w dziedzinie psychoterapii i seksuologii.

W ocenie autorki, dotychczasowe doświadczenia w stosowaniu protokołu dają pozytywne rezultaty terapeutyczne, co zachęca do empirycznego potwierdzenia jego skuteczności.

## Piśmiennictwo

1. Imieliński K. Seksjatria. Patologia seksualna. Tom 2. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 1990.
2. Lew-Starowicz Z. Leczenie zaburzeń seksualnych. Warszawa: Wydawnictwo PZWL; 1997.

3. Kratochvil S. Leczenie zaburzeń seksualnych. Tłumaczenie A. Czcibor-Piotrowski A. W: Jakima S, red. Warszawa: Iskry, 2002, s. 65–74.
4. Semans J. H. Premature ejaculation: a new approach. *South. Med. J.* 1956; 49: 353–358.
5. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown and Co, 1970.
6. Annon J. *The behavioral treatment of sexual problems: Brief therapy*, New York: Harper & Row; 1976.
7. Wolpe J, Wolpe D. *Wolni od lęku. Lęki i ich terapia*. Kraków: WiR, Partner, 1999.
8. McCarthy BW. Relapse prevention strategies and techniques in sex therapy. *J. Sex Marit. Ther.* 1993; 19: 142–147.
9. Beck J. *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2005.
10. Padesky ChA. *Developing cognitive therapist competency: teaching and supervision models*. W: Salkovskis PM, red. *Frontiers of cognitive therapy*. NY, London: The Guilford Press; 1996.
11. Sipiński A. Zaburzenia erekcji. W: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V, red. *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010, s. 192–209.
12. World Health Organization. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius; 1998.
13. Beisert M. *Psychologia zaburzeń seksualnych*. W: Sęk H, red. *Psychologia kliniczna*. Tom 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005, s. 202–221.
14. American Psychiatric Association. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
15. Pawlicki B. Leczenie zaburzeń erekcji iniekcjami do ciał jamistych. *Seksuol. Pol.* 2003; 1(1): 31–34.
16. Lew-Starowicz Z. Inhibitory fosfodiesterazy typu 5 — podobieństwa i różnice. *Seksuol. Pol.* 2003; 1(2): 79–82.
17. Kałużny K. Leczenie zaburzeń erekcji za pomocą aparatu próżniowego. *Seksuol. Pol.* 2007; 5(1): 13–17.
18. Darewicz B, Darewicz J. *Chirurgiczne leczenie impotencji. Zagadnienia wybrane*. W: Gapik L, Woźniak A, red. *Terapia w seksuologii*. Poznań: Wydawnictwo: P.W. „Interfund”; 2001, s. 22–31.
19. Dębke K, Jasik M, Karnafel W. Zaburzenia erekcji jako problem diagnostyczny i terapeutyczny u pacjentów chorujących na cukrzycę. *Diabetologia na co dzień* 2007; 5: 29–32.
20. Dekker J, Everaerd W. A long-term follow-up study of couples treated for sexual dysfunction. *J. Sex Marit. Ther.* 1983; 9: 99–112.
21. McCabe M P. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J. Sex Marit. Ther.* 2001; 27: 259–271.
22. Sarwer JE, Durlak JA. A field trial of the effectiveness of behavioral treatment for sexual dysfunctions. *J. Sex Marit. Ther.* 1997; 23: 87–97.
23. Reynolds B. Psychological treatment of erectile dysfunction in men without partners: outcome results and a new direction. *J. Sex Marit. Ther.* 1991; 17(2): 136–146.
24. Bach AK, Barlow DH, Wincze JP. The enhancing effects of manualized treatment for erectile dysfunction among men using sildenafil: A preliminary investigation. *Beh. Ther.* 2004; 35: 55–73.
25. McCabe MP, Price E, Piterman L, Lording D. Evaluation of an internet-based psychological intervention for the treatment of erectile dysfunction. *Int. J. Impotence Res.* 2008; 20: 324–330.

26. Beck J. Cognitive behavior therapy, second edition: Basics and beyond. New York: Guilford Press; 2011.
27. Pragłowska E. Zbrodnia doskonała. Mechanizm działania przemocy emocjonalnej — podejście poznawczo-behawioralne. Warszawa: Niebieska linia 2006, 1/42: 3–4.
28. Popiel A, Pragłowska E. Psychoterapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka. Warszawa: Paradygmat; 2008.
29. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Erectile dysfunction: an empirical approach based on Beck's cognitive theory. *Sex. Rel. Ther.* 2000; 15(4): 351–366.
30. Baker C. A cognitive-behavioural model for the formulation and treatment of sexual dysfunction. W: Ussher J, Baker C, red. *New directions in theory and practice*. London: Routledge; 1993, s. 110–128.
31. Althof SE. Zaburzenia wzwodu. Psychoterapia indywidualna i partnerska. W: Leiblum S, Rosen R, red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005, s. 283–319.
32. Oettingen J. Dysfunkcje seksualne — podejście oparte na teorii poznawczej. *Seksuol. Pol.* 2013; 11 (2): 68-75.
33. Beck A, Wright F, Newman C, Liese B. *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2007.
34. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *J. Sex Res.* 2006; 43(1): 68–75.
35. Nobre PJ, Pinto Gouveia J., Gomes FA. Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sex. Relat. Ther.* 2003; 18(2): 171–204.
36. van Lankveld JJ. Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: a meta-analysis. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1998; 66(4): 702–708.
37. Padesky ChA, Greenberger D. *Umysł ponad nastrojem. Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2004.
38. Andersen B, Cyranowski J, Espindle D. Men's sexual self-schema. *J. Person. Soc. Psychol.* 1999; 76: 645–661.
39. Lew-Starowicz Z. *Leczenie nerwic seksualnych*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1991.
40. Rosen RC. Medyczne i psychologiczne postępowanie przy zaburzeniach wzwodu. W: Leiblum SR, Rosen RC, red. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005, s. 320–351.
41. Hoyer J, Uhmman S, Rambow J, Jakobi F. Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorder? *Sex. Rel. Ther.* 2009; 24(1): 64–73.

Adres: justyna.oettingen@gmail.com