

Terapia psychoseksualna w ujęciu interdyscyplinarnym

Studium przypadku: pacjentka z zaburzeniami lękowymi i nadmiernym napięciem mięśni dna miednicy

Marta Rawińska*

Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie

0000–0002–5797–6886

Małgorzata Starzec-Proserpio**

Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

0000–0002–5067–8261

STRESZCZENIE

Cel

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie konceptualizacji psychoseksualnej i metod pracy terapeutycznej z pacjentką w ujęciu interdyscyplinarnym. Zastosowane narzędzia były oparte na technikach psychoterapii poznawczo-behawioralnej (cbt) oraz fizjoterapii uroginekologicznej.

Metoda

Przedstawiono najważniejsze elementy wywiadu diagnostycznego oraz techniki pracy bazujące na podejściu CBT oraz fizjoterapii. Obszar pracy terapeutycznej koncentrował się wokół problematyki lęku, poczucia bezradności i złości. Na późniejszych etapach pracy wprowadzono tematykę seksuologiczną i fizjoterapię. Pacjentka pozostawała ponadto pod opieką innych specjalistów: psychiatry i endokrynologa.

Wyniki

Pacjentce udało się osiągnąć część założonych wraz z terapeutą celów, a także zniwelować ból genitalno-miedniczy. Dodatkową korzyścią okazała się pełna diagnoza medyczna pacjentki i podjęcie przez nią leczenia w zakresie zaburzeń hormonalnych.

* Adres do korespondencji: Marta Rawińska, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, ul. Okopowa 59, 01–043 Warszawa, e-mail: m.rawinska@vizja.pl.

** Adres do korespondencji: Małgorzata Starzec-Proserpio, Zakład Położnictwa, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, ul. Żelazna 90, 01–004 Warszawa, e-mail: m.starzec@outlook.com.

Konkluzje

Praca w ujęciu interdyscyplinarnym z pacjentką przyniosła wymierne efekty. Taki rodzaj współdziałania wielu specjalistów w zakresie leczenia pacjentów zgłaszających trudności emocjonalne, psychiczne i seksualne daje najlepsze rezultaty. Wskazuje to na wartość pracy zespołowej i konieczność współpracy specjalistów różnych dziedzin.

Słowa kluczowe: CBT, fizjoterapia uroginekologiczna, interdyscyplinarność, zaburzenia lękowe, zespoły bólowe

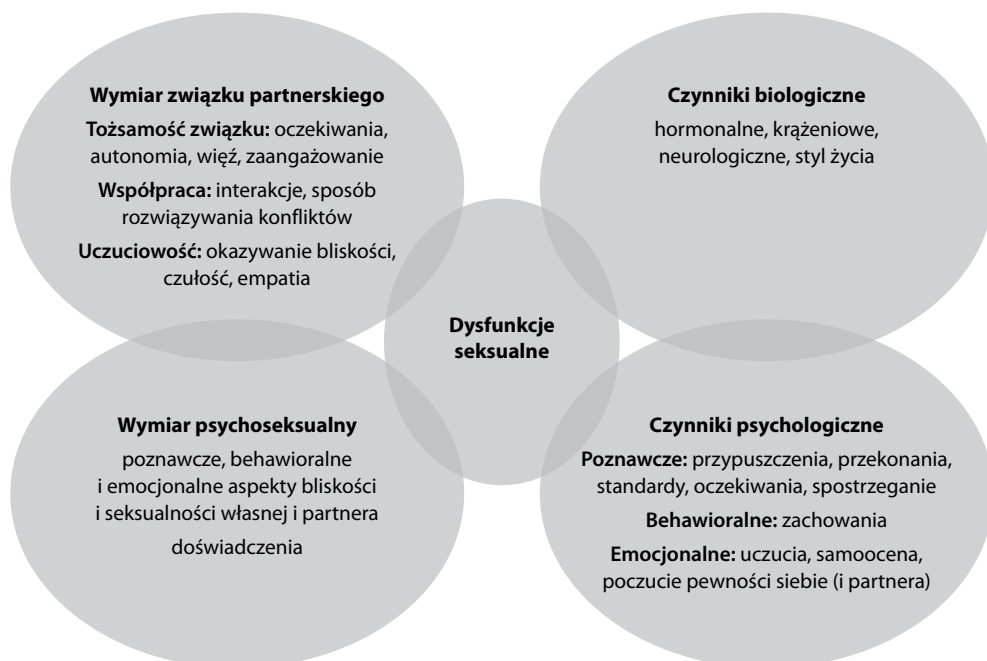
WPROWADZENIE

Terapia zaburzeń seksualnych dotyczy bardzo wielu obszarów ludzkiego funkcjonowania, co stanowi jej siłę, ale jest też pewnego rodzaju trudnością. Metody terapeutyczne oparte wyłącznie na modelu treningowym, tak chętnie stosowane w terapii seksualnej w ubiegłym wieku, skupiały się prawie wyłącznie na technicznym aspekcie czynności seksualnych, co pozbawiało je emocjonalnego wymiaru, chociażby odczuć i pragnień, które towarzyszą każdemu człowiekowi (Masters, Johnson, 1974). Koncentracja wyłącznie na wczesnych doświadczeniach dziecięcych jest z kolei długoterminowa, nierzadko pomija poznawcze aspekty funkcjonowania, nie daje efektów tak szybko, jak pacjent zgłaszający się do seksuologa by sobie tego życzył (Lew-Starowicz, 1997). Praca terapeutyczna skupiona wokół aspektów relacyjnych może np. pomijać elementy biologiczne takie jak choroby układu krążenia lub zaburzenia hormonalne, które mogą stanowić bezpośrednią przyczynę dysfunkcji seksualnych (Rawińska, 2019). Dobry model terapii seksualnej powinien zatem być interdyscyplinarny – zakładać łączenie ze sobą wielu perspektyw: psychologicznej i medycznej. Nierzadko ważnymi elementami leczenia są też farmakoterapia, fizjoterapia uroginekologiczna, a także leczenie endokrynologiczne. Właściwy model pracy, uwzględniający najważniejsze czynniki, które są niezbędne do diagnozy i właściwego postępowania leczniczego w terapii dysfunkcji seksualnych, przedstawia rysunek 1 (s. 43).

Diagnoza seksuologiczna jest procesem złożonym i może trwać nawet przez cały okres terapii. Badanie seksuologiczne, które z reguły poprzedza proces psychoterapeutyczny zawiera zarówno elementy diagnozy psychologicznej, jak i określenie stanu zdrowia somatycznego oraz diagnostyki medycznej, w tym laboratoryjnej (Rawińska, 2017). Bardzo często etiologia zaburzeń seksualnych jest na tyle zróżnicowana, iż trudno określić granicę pomiędzy czynnikami psychogennymi a somatycznymi. Nierzadko za najważniejszy element leczenia uznaje się właściwą diagnozę psychologiczną określającą rozpoznanie pierwotne, a w dalszej kolejności diagnozę seksuologiczną określającą rozpoznanie wtórne, choć, oczywiście, istnieją sytuacje, w których pacjenci w wyniku nieleczonych zaburzeń seksualnych zaczynają doświadczać długotrwałego stresu, napięcia, co prowadzi do negatywnych następstw w obszarze funkcjonowania psychicznego (Lowen, 2022; Rosenbaum, 2011; Sapolsky, 2010).

Terapia poznawczo-behawioralna bywa uznawana za jedną z najlepiej udokumentowanych empirycznie form pracy z pacjentami. Zwraca się uwagę na jej

efektywność wobec wielu zaburzeń o etiologii psychicznej (Chambless, Ollendick, 2001; Ruscio, 2008; Wells, 2010). Leczenie zaburzeń seksualnych w podejściu poznawczo-behawioralnym jest zbieżne ze strategiami stosowanymi w tym nurcie wobec innych rozpoznania klinicznych. Do najczęściej diagnozowanych wśród pacjentów zgłaszających trudności seksualne należą zaburzenia lękowe. Zdarza się, że pacjenci zgłaszając się do terapeuty z problemem dysfunkcji seksualnej, nie łączą lęku przed nieudanym aktem płciowym z lękiem uogólnionym lub społecznym (Hoyer, Uhmann, 2009), nierzadko jednak właśnie ten sam mechanizm działa w sytuacji o charakterze seksualnym.



Rysunek 1. Wielowymiarowy model dysfunkcji seksualnych (Rawińska, 2019).

STUDIUM PRZYPADKU

Pacjentka w wieku 33 lat zgłosiła się na konsultację psychiatryczno-seksuologiczną z powodu „odczuwanych lęków i napadów paniki”. Bezpośrednią przyczyną decyzji o podjęciu konsultacji były doświadczenia intymne związane z jej partnerem, z którym „boi się współżyć, bo towarzyszy tym doświadczeniom ból”. Ponadto w ostatnim czasie kilkakrotnie zdarzyło się jej „stracić oddech, odczuwać silny niepokój, drżenie całego ciała” w sytuacjach społecznych (spotkania towarzyskie, z klientami w pracy). W jej życiu wielokrotnie zdarzały się wcześniejsze napady lęku panicznego w sytuacjach społecznych (także w środkach transportu publicznego), pojawiał się „potworny strach przed samolotami” (pacjentka unika lotów

samolotem, używa alkoholu, jeśli musi gdzieś wyruszyć w taką podróż). Jej obawy dotyczą także wszelkich „ingerencji w ciało” (badania lekarskie, pobieranie krwi).

Od 7 roku życia pacjentka wychowywana była przez matkę, która odeszła od męża ze względu na jego uzależnienie od alkoholu. Matka związała się z nowym partnerem, gdy pacjentka była w wieku nastoletnim. Ojczyzna opisuje jako spokojnego, dobrego człowieka. Ojciec pacjentki próbował się z nią kontaktować we wczesnych latach, po rozwodzie. Zawsze podczas tych kontaktów był pijany. Pacjentka przestała odbierać od niego telefony. Kontakt ustał. Niedawno dowiedziała się od ciotki, że jej ojciec nie żyje. Matkę opisuje jako nerwową, chwiejną, złośczącą się. Zdarzało się, że matka biła ją i wyzywała. Pacjentka wspomina także, że w domu było brudno, panował bałagan; „matce nie chciało się ani sprzątać, ani gotować”. Wielokrotnie zdarzały się kłótnie pomiędzy nią a matką. Często czuła się bezradna, bezsilna, unikała kontaktów z matką; „nigdy nie wiadomo było, za co znów dostanę ochrzan, albo czy mnie nie uderzy”. Pacjentka zamykała się w swoim pokoju, rysowała, pisała – w ten sposób czuła, że robi coś dobrego, panuje nad swoimi emocjami. W późniejszych latach konflikty z matką nasilały się i kończyły się agresją ze strony pacjentki – buntowała się, często wyzywała matkę, była agresywna.

We wczesnych doświadczeniach pacjentki pojawiają się liczne badania lekarskie związane z diagnostyką (miała zdiagnozowaną anemię, była chudym i chorowitym dzieckiem). Matka często zgłaszała się z nią do szpitala na badania. Pacjentka opisuje te sytuacje jako bolesne, pełne przemocy, krzyku ze strony personelu medycznego, przyciskania do krzesła w celu pobrania krwi i zbadania. Najgorzej wspomina wizyty u stomatologa, gdzie była przywiązywana do fotela dentystycznego i „na siłę było wiercenie”. Uważa te sytuacje za „najgorszy przejaw bezradności, jakiego doświadczyła”. Dodaje jeszcze przemoc ze strony matki. W jednym ze wspomnień opisuje:

To było jakoś w pierwszych latach podstawówki. Bardzo lubiłam, gdy mama myła mi włosy, to było takie przyjemne. Kiedyś gdy splukiwała mi głowę, zaczęłam na nią chlapać wodą i się wiercić. Wtedy ona boleśnie pociągnęła mnie za włosy, wyrwała ich sporo i krzyczała, żebym przestała, bo ona zwariuje. Od tamtego czasu już nigdy nie chciałam, żeby była w łazience. Była taka nieprzewidywalna. Bałam się jej.

W wieku nastoletnim pacjentka stała się wobec matki oschłą, a nawet agresywna w swoich reakcjach. Zdarzyło się jej matkę popychać i uderzać pięściami ze złości.

W kontaktach z rówieśnikami w okresie szkolnym często była pomijana w zabawie, odtrącana ze względu na gwałtowne reakcje, skłonność do konfrontacji w sytuacjach konfliktowych – „mówiłam, co myślę, a to się nie podobało”. Zdarzało się też, że jawnie odmawiała uczestniczenia w jakimś projekcie szkolnym czy towarzyskim. Z czasem zaczęła unikać większych grup. Aktualnie ma niewielu bliskich znajomych.

Pacjentka pracuje zawodowo (ma swoją firmę), od kilku lat jest w związku partnerskim, mieszka wraz z partnerem, planują zawrzeć związek małżeński.

Poznali się na gruncie zawodowym. Z matką ma sporadyczny kontakt, „raczej formalny niż ciepły”. Twierdzi, że matka nie pamięta, jak ją biła i wyzywała. Wszystkiemu zaprzecza, co bardzo boli i złości pacjentkę. W aktualnym związku partnerskim zdarza się pacjentce krzyżeć i wyzywać swojego chłopaka: „zwłaszcza wtedy jak mnie nie słucha albo robi coś, co według mnie jest głupie”. Pacjentka nie lubi czuć się bezradna, unika sytuacji, w których nie ma kontroli, stara się unikać stresujących dla siebie kontaktów z innymi ludźmi, jednocześnie bywa wobec nich nastawiona konfrontacyjnie: „zwłaszcza gdy ktoś mnie denerwuje”.

Na przestrzeni kilku lat sporadycznie dochodziło do aktów seksualnych w formie penetracji. Za każdym razem pacjentka odczuwała silny ból, niepokój, czuła się spięta, unikała zbliżeń. Zdarzało się, że skurcz mięśni wejścia do pochwy uniemożliwiał stosunek. Pomimo podejmowanych wielu prób współżycia aktualnie nie dochodzi do nich od ponad roku. Nigdy nie była na wizycie ginekologicznej.

Wywiad lekarski i farmakoterapia

Leczenie pacjentki rozpoczęło się od skierowania na psychoterapię związaną z napadami lęku panicznego i wprowadzenia farmakoterapii w celu obniżenia poziomu niepokoju. Lekarz zdiagnozował F41.0, F52.5 w ujęciu nozologicznym i zalecił leczenie:

- Wenlafaksyna 75 mg (1–0–0)
- Trazodon 150 mg (0–0–1)
- Lamotrygina do 200 mg (później odstawiono)
- Alprazolam 0,25 mg w razie napadu lęku.

Na późniejszych etapach leczenia pacjentka przyjmowała Velaxin 150 mg oraz Trittico 50 mg i była konsultowana endokrynologicznie, gdzie poza diagnozą zaburzeń nastroju stwierdzono niedoczynność tarczycy, oligomenorrhoea (nieregularne miesiączkowanie). Przepisano Euthyrox 75 mg.

Konceptualizacja problematyki pacjentki

Pacjentka wykazuje objawy lęku społecznego, a także napadowego w sytuacjach, które interpretuje jako zagrażające, niebezpieczne. W okolicznościach, w których traci poczucie kontroli, złości się lub wycofuje, w ostatnich latach zaczęła unikać „wszelkich sytuacji nieprzewidywalnych” (takich, które są zagrażające emocjonalnie lub fizycznie). Bardzo silny wzrost stężenia glikokortykoidów, specyficzny dla okoliczności zagrażających życiu (niekoniecznie obiektywnie, lecz subiektywnie w ocenie pacjentki), powoduje dwie możliwości zachowania: walkę lub ucieczkę (Sapolsky, 2010). Wprawdzie pacjentka nie została zdiagnozowana w tym obszarze (co mogłoby stanowić element pogłębiający diagnostykę i wersyfikujący tezę), ale wiele z jej zachowań i reakcji wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo występowania dużych wahań w zakresie tzw. hormonów stresu.

Zmierzono poziom lęku za pomocą skali *Testu lęku społecznego* Leibowitza (LSAS). Pacjentka uzyskała 84 punkty, co świadczy o nasilonej fobii społecznej.

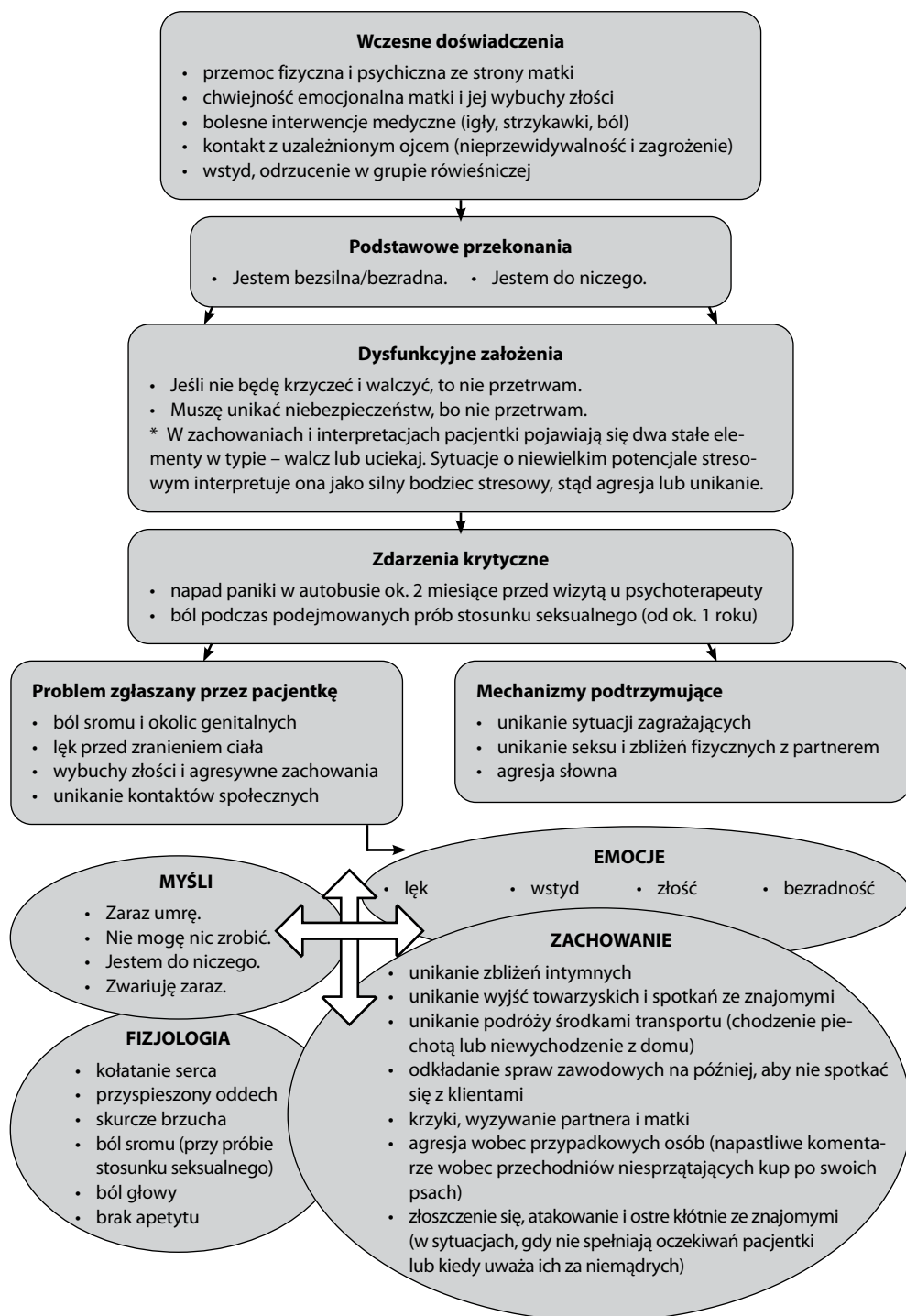
Dodatkowo zaproponowano dzienniczek myśli automatycznych (NAM) wraz z towarzyszącymi im uczuciami.

Zastosowano konceptualizację funkcjonowania pacjentki z uwzględnieniem obszarów problemowych w nurcie CBT (rysunek 2, s. 47). Konceptualizacja odnosi się zarówno do kwestii zaburzeń lękowych, jak i sytuacji o charakterze seksualnym. Obszar seksualny stanowi jeden z elementów reaktywności pacjentki, choć nie jest wiodący. W sytuacjach intymnych pacjentka doświadcza myśli automatycznych i stanów emocjonalnych analogicznych do sytuacji społecznych.

Psychoterapia

Proces psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym podzielono na kilka etapów i był on skoncentrowany wokół problematyki lękowej (ze szczególnym uwzględnieniem napadów paniki, zachowań i reakcji agresywnych) oraz dysfunkcji seksualnych na późniejszym etapie pracy. Opierał się na ww. konceptualizacji. Konsultacji z fizjoterapeutą, a także podjęcia regularnej fizjoterapii nie planowano od samego początku pracy z pacjentką. Wprowadzono je na określonym etapie psychoterapii. Decyzja ta została w dużym stopniu podyktowana faktem, iż pacjentka nigdy nie była konsultowana ginekologicznie, a wszelkie próby dotyku przez partnera w miejscach intymnych były dla niej bolesne. Ponadto obniżenie poziomu lęku i gotowość pacjentki do pracy nad obszarem fizykalnym oraz intensywność psychoterapii wokół kwestii seksualnych zwiększyły prawdopodobieństwo efektywności pracy fizjoterapeuty.

1. Nawiązanie kontaktu z pacjentką; szczegółowy wywiad, zawiązanie relacji terapeutycznej. Stworzenie konceptualizacji i jej omówienie wraz z pacjentką. Przyglądanie się konkretnym sytuacjom.
2. Identyfikacja problemów (dotyczyła zarówno trudności seksualnych, jak i lękowych pacjentki w różnych sytuacjach). Był to ważny etap diagnostyczny określający, iż trudności pacjentki są nabyte. Pacjentka doświadczyła wielu sytuacji odrzucenia ze strony grupy rówieśniczej, była obiektem przemocy ze strony matki (zarówno psychicznej, jak i fizycznej). Zaburzenia lękowe miały zatem charakter pierwszego rozpoznania, a dysfunkcje seksualne – wtórnego.
3. Identyfikacja myśli automatycznych w sytuacjach społecznych oraz seksualnych (dzienniczek, zapisy).
4. Zapoznanie pacjentki z modelem CBT. Edukacja i psychoedukacja związana z zaburzeniami lękowymi i dysfunkcjami seksualnymi. Dodatkowo dokonano pomiarów poziomu lęku (LSAS), skalowania w określonych sytuacjach.
5. Określono cel terapii: obniżenie poziomu lęku w sytuacjach napięciotwórczych, odbycie wizyty ginekologicznej, latanie samolotem bez paraliżującego strachu, brak odczuwania dyskomfortu w czasie stosunku.
6. Praca z myślami automatycznymi i zachowaniami w sytuacjach społecznych (techniki pytań sokratejskich, „strzałki w dół”, praca na konkretnych sytuacjach bieżących z partnerem, rozmowy telefoniczne z matką).



Rysunek 2. Konceptualizacja funkcjonowania pacjentki.

7. Praca z myślami i zachowaniami (zwłaszcza unikowymi) w sytuacjach seksualnych.
8. Praca poznawcza (zastosowanie specyficznych technik modyfikujących negatywne automatyczne myśli i zniekształcenia poznawcze) plus wprowadzenie fizjoterapii jako równoległa praca z trudnościami natury seksualnej.
9. Ekspozycje i eksperymenty behawioralne lub wspólnie z pacjentką uzgodnione ćwiczenia i zadania domowe (np. zadania w sytuacjach z klientami w pracy, odgrywanie scenek towarzyskich na sesjach terapeutycznych, ekspozycje na sytuacje, których pacjentka do tej pory unikała, i omawianie rezultatów, zadania seksualne z partnerem).
10. Ze względu na nieregularność miesiączkowania zastosowano dodatkową diagnostykę medyczną (ginekolog, endokrynolog).
11. Podsumowanie procesu zmian (dyskusja z pacjentką).
12. Utworzenie strategii utrzymania zmian i strategii radzenia sobie z nawrotami*.
13. Zakończenie psychoterapii (kierunkowanie uwagi pacjentki na „życie bez terapii”, zaproponowanie okresu monitorującego zmiany u pacjentki**).

*, ** etapy te nie zostały zrealizowane, gdyż pacjentka ze względów finansowych musiała zrezygnować z dalszego leczenia.

Fizjoterapia

W procesie diagnostyki fizjoterapeutka uroginekologiczna stwierdziła:

1. Lęk przed umieszczeniem czegoś w pochwie, trudne wizyty ginekologiczne, tylko kilka stosunków (bolesne i związane z dyskomfortem psychicznym).
2. Parcia naglące, szczególnie w sytuacjach nasilonego stresu, częstomocz, nykturia.
3. Problemy gastryczne, częste biegunki.

W badaniu fizykalnym w układzie ruchu zaobserwowano podwyższone napięcie mięśniowe w obrębie grup mięśni przywodzicieli uda, pasma biodrowo-piszczelowego, krótkich rotatorów stawu biodrowego oraz bolesność uciskową w obrębie więzadeł krzyżowo-biodrowych. Ze względu na problem pacjentki nie wykonano przezpochwowego badania mięśni dna miednicy (MDM). Przeprowadzono badanie pośrednie – ocena aktywacji MDM na podstawie oceny ruchu struktur krocza. Pacjentka miała zdolność do izolowanej aktywacji MDM (bez współaktywacji brzucha, pośladków i ud) oraz w koordynacji z oddechem. Czucie ruchu było zachowane, amplituda ruchu zmniejszona, a faza relaksacji zaburzona (niepełna relaksacja).

Biorąc pod uwagę obraz dolegliwości pacjentki, fizjoterapia została oparta na modelu biopsychospołecznym. Oprócz tradycyjnych działań z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej, zaplanowano wykorzystanie adaptacji zasad CBT na obszar fizjoterapii w formie kognitywnej terapii funkcjonalnej (z ang. *Cognitive*

Functional Therapy, O'Sullivan i in., 2018). Podjęta praca w ramach fizjoterapii uroginekologicznej obejmowała edukację pacjentki, reedukację dna miednicy, stopniową ekspozycję oraz zadania domowe. Była prowadzona równoległe z terapią CBT, etapowo.

Edukacja. Polegała na:

- omówieniu neurofizjologii przewlekłej reakcji bólowej (z ang. *Pain Neuroscience Education*, King i in., 2017; Nijs i in., 2020)
- edukacji na temat anatomii i funkcji dna miednicy, wspólnym oglądaniu modelu miednicy, pracy z lusterkiem.

„Remapowanie” okolic miednicy. To odnajdywanie punktów kostnych, lokalizacja mięśni, na modelu oraz ciele pacjentki, zadania i doświadczenia ruchowe z obserwacją napięcia MDM:

- „usiądź na krześle «tył do przodu»”
- „utrzymując dłoń blisko tkliwego miejsca, zarysuj jego kształt w powietrzu nad nim; rysuj w powietrzu litery alfabetu i różne kształty”
- „usiądź na podłokietniku fotela/kanapy”
- „wyobraź sobie zegar i dotknij w miejscu każdej godziny; zaobserwuj występowanie uczuć takich jak lęk/dyskomfort/ból”.

Reedukacja dna miednicy. Zaproponowano trening świadomościowy i koordynacji, ćwiczenia rozluźniające i relaksacyjne, trening propriocepcji – nauka odczuwania poziomów napięcia MDM, nauka koordynacji pracy MDM z oddechem, ekscentryczna praca MDM – nauka technik kontroli dna miednicy i oddechu, ułatwiających wprowadzenie czegoś do pochwy, elementy delikatnego treningu wzmacniającego MDM – po uzyskaniu dobrej kontroli nad MDM i normalizacją napięcia (Morin i in., 2021; Gentilcore-Saulnier i in., 2010; Haugstad i in., 2018; Haugstad i in., 2019).

Stopniowa ekspozycja (Ariza-Mateos i in., 2019). Przeprowadzono ją w formie asystowanej ekspozycji na bodziec (z ang. *therapist-aided exposure*, Ter Kuile i in., 2013). Polegała na odtworzeniu doświadczenia lęku i próby penetracji w czasie rzeczywistym. Skoncentrowana była wokół przygotowania pacjentki do badania i terapii, z planem przygotowania do badania ginekologicznego (Rosenbaum, 2011) oraz nauki technik „uziemiających” do wykorzystywania podczas trudnych momentów stopniowanej ekspozycji (techniki oddechowe, odczuwanie napięcia i rozluźnienia w różnych częściach ciała) (Rosenbaum, 2011; Rosenbaum, 2013). Na tym etapie wprowadzono następujące elementy:

- techniki odczulające i zmniejszające allodynię (nadwrażliwość dotykową)
- stopniowane wyobrażenia (z ang. *Graded Imagery*): wyobrażanie sobie wprowadzania dilatora do pochwy z jednoczesną kontrolą oddechu i napięcia MDM

- stopniowane wprowadzanie: wykonywane za pomocą palców (jednego następnie dwóch), dilatorów (gradacja rozmiarów), sprzętu do terapii biofeedback (perineometr, elektroda do elektromiografii powierzchniowej i elektrostymulacji dna miednicy) (Morin i in., 2021; Gentilcore-Saulnier i in., 2010)
- pracę z dilatorami in vivo (dilator wprowadzany przez fizjoterapeutkę) i in vitro (dilator wprowadzany przez pacjentkę) (Schnyder i in., 1998; Morin i in., 2021)
- desensytyzację obszarów bólowych z wykorzystaniem elektrostymulacji (Gentilcore-Saulnier i in., 2010).

Zadania domowe. Tu zaproponowano:

- techniki autoterapii skierowane na wzmożone napięcie mięśniowe w obrębie dna miednicy (rolowanie z wykorzystaniem piłeczki do masażu i rollera, pozycje uelastyczniające okolicę miednicy i dna miednicy, trening autogeny)
- modyfikację nawyków toaletowych (prawidłowa mikcja, defekacja)
- techniki odwrażliwiające – przyjemny dotyk, remapping, automasaż
- kontynuację pracy z dilatorem – konkretne techniki do powtórzenia w domu.

Wyniki

Pacjentka odbyła 30 spotkań terapeutycznych oraz 10 spotkań z fizjoterapeutką w okresie półtora roku. Była konsultowana endokrynologicznie. Pozostawała pod stałą opieką psychiatry. Niewątpliwie stosowana farmakoterapia mogła przyczynić się do zmniejszenia reakcji chwiejnych emocjonalnie, a zwłaszcza obniżyć poziom odczuwanego lęku. Farmakologiczne obniżenie poziomu lęku przyczyniło się także do tego, że pacjentka zaczęła podejmować ekspozycje i eksperymenty behawioralne w sytuacjach do tej pory interpretowanych jako zagrażające. Jest prawdopodobne, iż bez włączenia farmakoterapii nie byłaby w stanie podjąć zachowań ekspozycyjnych w sytuacjach dla siebie trudnych. Efektem pracy zespołowej były następujące osiągnięcia pacjentki:

- odbycie pełnego badania ginekologicznego wraz z badaniem cytologicznym
- opieka nad pacjentką ze względu na zaburzenia hormonalne
- zmiana leków na mniej inwazyjne oraz stosowanie leków doraźnych
- na ostatnim spotkaniu z fizjoterapeutką pacjentka była w stanie bez bólu i lęku wprowadzić największy dilator
- podróż samolotem na wakacje (bez użycia substancji psychoaktywnych, w tym leków!)
- zwiększenie liczby kontaktów towarzyskich
- poprawa relacji intymnej z partnerem; wzrost bliskości, więzi emocjonalnej, uważności na potrzeby własne i partnera
- wizyta u stomatologa.

Pacjentka zawiesiła dalsze spotkania terapeutyczne i fizjoterapię ze względu na niepewną sytuację finansową. Możliwe także, że opór przed dalszą pracą był

jednym z czynników, które wpłynęły na jej decyzję. Etap zapobiegania nawrotom i powtórnych pomiarów poziomu lęku oraz funkcjonowania w sytuacjach intymnych z partnerem nie został wprowadzony. Pacjentka nadal pozostaje pod stałą opieką endokrynologiczną i psychiatryczną.

WNIOSKI I OGRANICZENIA MODELU INTERDYSCYPLINARNEGO

W literaturze światowej nadal brakuje badań biorących pod uwagę wszystkie aspekty ważne przy diagnozie i leczeniu dysfunkcji seksualnych (Bancroft, 2012). Najwięcej danych opiera się wyłącznie na efektywności farmakoterapii, gdzie aspekt pracy terapeutycznej jest w niewielkim stopniu uwzględniany, a skuteczność fizjoterapii ignorowana (Ariza-Mateos i in., 2019; Chambless, Ollendick, 2001; Nijs i in., 2020). Czynniki psychologiczne, emocjonalne, relacyjne i kontekstualne powinny być brane pod uwagę, zwłaszcza że w nielicznych pracach można odnaleźć znakomite efekty leczenia terapeutycznego w modelu interdyscyplinarnym (Chambless, Ollendick, 2001; Gentilcore-Saulnier i in., 2010; Nobre, 2009; Nobre, Pinto-Gouveia, 2006). Fizjoterapeuta uroginekologiczny dzięki swoim kompetencjom może pełnić aktywną rolę w wielodyscyplinarnej terapii zaburzeń seksualnych związanych z lękiem i bólem. Wydaje się, że integralna oraz spójna forma pracy (multi > inter) przynosi najlepsze efekty.

Podstawowymi i najważniejszymi ograniczeniami stosowania modelu interdyscyplinarnego w leczeniu pacjentów z zespołami bólowymi jest mała liczba wielospecjalistycznych ośrodków oraz wysokie koszty. Ponadto bardzo ograniczona dostępność specjalistycznych szkoleń z zakresu terapii seksualnej i fizjoterapii uroginekologicznej sprawia, że wciąż mało specjalistów zajmuje się kompleksową pomocą wszystkim pacjentom z dysfunkcjami seksualnymi. Nierzadko też u pacjentów zgłaszających trudności emocjonalne (np. zaburzenia lękowe, depresyjne) aspekt seksualny jest całkowicie pomijany lub pojawia się bezradność specjalisty w odniesieniu do życia intymnego pacjenta. Wielu psychoterapeutów z powodu braku wiedzy lub dostępności do fizjoterapeuty uroginekologicznego mierzy się z trudnościami pacjenta samodzielnie, pomijając tym samym tak istotny element, jakim jest fizyczny aspekt funkcjonowania człowieka. Sama diagnostyka lekarska może być niewystarczająca do osiągnięcia dobrych efektów terapeutycznych. Działanie kompleksowe polega zaś na oddziaływaniu zarówno na sferę psychiczną, jak i fizyczną (Lowen, 2022). Wartość pracy zespołowej jest nieoceniona, a efektem zdrowy, zadowolony i prawidłowo funkcjonujący człowiek.

BIBLIOGRAFIA

- Ariza-Mateos, M. J., Cabrera-Martos, I., Ortiz-Rubio, A., Torres-Sánchez, I., Rodríguez-Torres, J., Valenza, M. C. (2019). Effects of a patient-centered graded exposure intervention added to manual therapy for women with chronic pelvic pain:

- a randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(1), 9–16. DOI: 10.1016/j.apmr.2018.08.188.
- Bancroft, J. (2012). *Seksualność człowieka*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.
- Chambless, D. L., Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.685.
- Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L., Goldfinger, C., Pukall, C. F., Chamberlain, S. (2010). Pelvic floor muscle assessment outcomes in women with and without provoked vestibulodynia and the impact of a physical therapy program. *Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 1003–1022. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01642.x.
- Haugstad, G. K., Wojniesz, S., Kirschner, R., Kirste, U., Lilleheie, I., Haugstad, T. S. (2019). Somatocognitive therapy of women with provoked vulvodynia: a pilot study. *Scandinavian Journal of Pain*, 19(4), 725–732. DOI: 10.1515/sjpain-2019-0011.
- Haugstad, G. K., Wojniesz, S., Kirste, U. M., Kirschner, R. S., Lilleheie, I., Haugstad, T. S. (2018). Pain, psychological distress and motor pattern in women with provoked vestibulodynia (PVD) – symptom characteristics and therapy suggestions. *Scandinavian Journal of Pain*, 18(2), 221–227. DOI: 10.1515/sjpain-2017-0173.
- Hoyer, J., Uhmann, S., Rambow, J., Jacobi, F. (2009). Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological disorders? *Sexual and Relationship Therapy*, 24(1), 64–73. DOI: 10.1080/14681990802649938.
- King, R., Robinson, V., Ryan, C. G., Martin, D. J. (2017). A novel interactive diagram to explain pain neurophysiology to patients with chronic musculoskeletal pain (CMP): A practical guide. *Pain and Rehabilitation*, 42(9), 24–32.
- Lew-Starowicz, Z. (1997). *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Lowen, A. (2022). *Zdrada ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1974). *The Pleasure Bond*. Toronto, New York: Bantam Books.
- Morin, M., Dumoulin, C., Bergeron, S., Mayrand, M. H., Khalifé, S., Waddell, G., Dubois, M. F., & PVD Study Group. (2021). Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(2), 189.e1–189.e12. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.08.038.
- Nijs, J., Wijma, A. J., Willaert, W., Huysmans, E., Mintken, P., Smeets, R., ... Donaldson, M. (2020). Integrating motivational interviewing in pain neuroscience education for people with chronic pain: A practical guide for clinicians. *Physical Therapy*, 100(5), 846–859. DOI: 10.1093/ptj/pzaa021.
- Nobre, P. (2009). Determinants of sexual desire problems in women: Testing a cognitive-emotional model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(5), 360–377. DOI: 10.1080/00926230903065716.
- Nobre, P., Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sex Behavior*, 35, 8–15. DOI: 10.1007/s10508-006-9047-1.
- O’Sullivan, P. B., Caneiro, J. P., O’Keeffe, M., Smith, A., Dankaerts, W., Fersum, K., O’Sullivan, K. (2018). Cognitive functional therapy: An integrated behavioral approach for

- the targeted management of disabling low back pain. *Physical Therapy*, 98(5), 408–423. DOI: 10.1093/ptj/pzy022.
- Rawińska, M. (2017). Badanie seksuologiczne. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia* (s. 199–208). Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Rawińska, M. (red.). (2019). *Zaburzenia seksualne a psychoterapia poznawczo-behawioralna*. Warszawa: Wydawnictwo PZWL.
- Rosenbaum, T. (2011). Addressing anxiety in vivo in physiotherapy treatment of women with severe vaginismus: a clinical approach. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(2), 89–93. DOI: 10.1080/0092623X.2011.547340.
- Ruscio, A., Brown, T., Chiu, W., Sareen, J., Stein, M., Kessler, R. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15–28. DOI: 10.1017/S0033291707001699.
- Sapolsky, R. M. (2010). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów*. Warszawa: PWN.
- Schnyder, U., Schnyder-Lüthi, C., Ballinari, P., Blaser, A. (1998). Therapy for vaginismus: in vivo versus in vitro desensitization. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(9), 941–944. DOI: 10.1177/070674379804300910.
- Rosenbaum, T. Y. (2013). An integrated mindfulness-based approach to the treatment of women with sexual pain and anxiety: promoting autonomy and mind/body connection. *Sexual and Relationship Therapy*, 28(1–2), 20–28. DOI: 10.1080/14681994.2013.764981.
- Ter Kuile, M. M., Melles, R., de Groot, H. E., Tuijnman-Raasveld, C. C., van Lankveld J. J. D. M. (2013). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list control trial of efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1127–1136. DOI: 10.1037/a0034292.
- Wells, A. (2010). *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych*. Kraków: Wydawnictwo UJ.