

Anna Zaniewska¹, Marta Dagmara Dębowska²

¹Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Wybrane aspekty funkcjonowania seksualnego a samoocena u osób ze schizofrenią

Selected aspects of sexual functioning and self-esteem in patients with schizophrenia

Abstract

Introduction: Sexuality is an essential element of every human being's life. Getting satisfaction from sexual activity has a big impact on the increase quality of life. Despite this, a large percentage of the population complains of various disorders of sexual functions. Additionally among people with schizophrenia, these disorders depend on the severity and stage of the disease.

Aim was to study the sexual activity of people with schizophrenia, with particular emphasis on their self-esteem.

Material and methods: The group of respondents consisted of 40 men and 40 women aged from 18 to 65. Half of them were people suffering from schizophrenia and the other half were not subject to psychiatric treatment, selected to the research group using the 1:1 method. The study used an original sociodemographic survey, the Self-Esteem Scale (SES), Adjective Check List (ACL), Personal Sexuality Questionnaire (KWS), International Index of Erectile Function (IIEF), Female Sexual Function Index (FSFI) and Mell Krat Scale and Sexual Disorder Questionnaire (KZS) both in versions for women and men respectively.

Results: Only one variable (Adapted child) was significantly more often chosen by people with schizophrenia in comparison to healthy people ($M -1,75$) from the ACL Adjectival Check List. Schizophrenic women achieved a lower score ($M 33.95$) than healthy women ($M 55.45$) in sexual function scale. The most significant differences between groups of women occur in such features as orgasm ($M 6.15$ vs. $M 11.85$, $p < 0.001$) and sexual satisfaction ($M 7.30$ vs. $M 12.30$, $p < 0.001$). When assessing their own sexuality Satisfaction with sex life was the best assessed feature in both group, $M 53.52$ in patients with schizophrenia and $M 64.08$ in healthy subjects ($p < 0.001$).

Conclusions: People with schizophrenia assessed their sexual life as less satisfying than in healthy people, with no significant differences in self-esteem. Among female patients, sexual dysfunctions appeared much frequent often than in healthy women. There was no significant difference between the study and control group among men.

Psychiatry 2019; 16, 4: 193–200

Key words: *sexuality, sexual function, sexual disorders, schizophrenia*

Wstęp

Światowa Organizacja Zdrowia Seksualnego (WAS, *World Association for Sexual Health*) w Deklaracji Praw Seksualnych Człowieka utworzonej w 1997 roku w Wa-

lencji, a przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w sierpniu 2002 roku, wskazuje, że: „seksualność jest kluczowym aspektem życia człowieka przez całą długość jego trwania, [...]. Uznaje, że seksualność stanowi źródło przyjemności i dobrostanu oraz przyczynia się do osiągnięcia ogólnego spełnienia i satysfakcji” [1, 2].

Zgodnie z powyższym satysfakcja seksualna jest wymagana do osiągnięcia całkowitego zaspokojenia własnych

Adres do korespondencji:

Marta Dagmara Dębowska

WNoZ WUM

e-mail: marta.dagmara.debowska@gmail.com

potrzeb. Jak wiadomo z badań naukowych [3], wiele ludzi dobrowolnie wyrzeka się jednak aktywności seksualnej, jednocześnie nie skarżąc na jakiegokolwiek wynikające z tego życiowe deficyty.

W sferze seksualnej występują liczne dysfunkcje, które nawet u zdrowych osób kształtują się u kobiet według Clayton i Harsh na poziomie 42,3%, a u mężczyzn według Sorochynskiego i wsp. na poziomie 52–56% [3, 4]. U osób z zaburzeniami psychicznymi jest ich jeszcze więcej. W badaniu McMillan i wsp. [5] zbadano grupę młodych ludzi między 15. a 26. rokiem życia z zaburzeniami psychicznymi. Zaobserwowano tam występowanie klinicznie istotnych zaburzeń seksualnych w 38% przypadków [5]. Sobański i wsp. [6] wskazują, że osoby z zaburzeniami nerwicowymi odczuwają niezadowolenie z życia seksualnego w 53% wśród kobiet i 59% wśród mężczyzn. Kokoszka i wsp. [7], badając osoby chore na schizofrenię, wykazali, że 93% badanych odczuwa przynajmniej jedną dysfunkcję seksualną, a na jakiegokolwiek zaburzenia seksualne skarży się około 53% pacjentów. Udowodniono występowanie zależności między zaawansowaniem choroby, zastosowanym leczeniem a sprawnością w życiu seksualnym u osób ze schizofrenią. Dowiedziono, że farmakoterapia lekami przeciwpsychotycznymi ma znaczny wpływ na wydzielanie hormonów, głównie prolaktyny z przedniego płata przysadki mózgowej, co skutkuje między innymi zmniejszeniem libido czy impotencją [8].

Dodatkowo należy zaznaczyć, że pogorszenie funkcji seksualnych może mieć negatywny wpływ nie tylko na fizyczny wymiar zdrowia, ale również na jego psychiczne aspekty, takie jak postrzeganie samego siebie czy spadek satysfakcji z relacji partnerskiej, bądź nasilenie lęku dotyczącego pogorszenia jakości relacji, co skutkuje pogorszeniem jakości życia [9].

Zaburzenia funkcji seksualnych nie zawsze objawiają się ich upośledzeniem. Niekiedy mogą być wyrażone wzmożonym popędem seksualnym. U pacjentów ze schizofrenią tego typu reakcje występują głównie u osób w czasie ostrego epizodu psychotycznego. Wysokie natężenie popędu może przyjmować realizację poprzez nieprawidłowe zachowania, takie jak silnie wzmożona aktywność masturbacyjna (do zachowań może dochodzić również w nieakceptowanych społecznie warunkach) oraz podejmowaniu nieadekwatnych do powszechnie przyjętych norm społecznych praktyk seksualnych [10].

U osób chorych na schizofrenię można wskazać na występowanie międzyplciowych różnic w zakresie funkcjonowania relacyjnego — kobiety wykazują lepsze przystosowanie do życia społecznego, ale także ich związki, również te seksualne, są dłuższe. Nie oznacza to jednak, że choroba nie ma wpływu na jakość ich życia seksualnego. Problemy

wynikają głównie z deficytów w sferze kontaktów interpersonalnych oraz funkcjonowania w społeczeństwie, a nie z pierwotnych, strukturalnych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego specyficznych dla schizofrenii [10, 11]. Porównując różne aspekty życia, chorzy zdecydowanie wskazują, że to właśnie życie seksualne jest dla nich najbardziej niesatysfakcjonującym obszarem [12].

Celem pracy było zbadanie aktywności seksualnej osób chorych na schizofrenię, ze szczególnym uwzględnieniem ich samooceny w tym zakresie.

Materiał i metody

Grupa badanych osób składała się z 40 mężczyzn oraz 40 kobiet w wieku 18–65 lat. Połowę z nich stanowiły osoby chore na schizofrenię, drugą zaś osoby niepodlegające leczeniu psychiatrycznemu dobrane do grupy badawczej metodą 1:1.

W badaniu wykorzystano komplet ankiet, na które składały się: autorska ankieta socjodemograficzna, Skala Samooceny Rosenberga (SES, *Rosenberg Self-Esteem Scale* w polskiej adaptacji I. Dzwonkowskiej, K. Lachowicz-Tabaczek i M. Łaguny), Lista Przymiotnikowa H. G. Gough (ACL, *The Adjective Check List* w polskiej adaptacji Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego), Skala Mell Krat w wersji odpowiednio dla kobiet i mężczyzn, Kwestionariusz Własnej Seksualności (KWS), Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych (KZS) w wersji odpowiednio dla kobiet i mężczyzn, Kwestionariusz Zaburzeń Erekcji (IIEF, *International index of erectile function*) oraz Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI, *International Index of Erectile Function*).

Wyniki

W badaniu wzięło udział 80 osób podzielonych na dwie równoliczne grupy: badawczą i kontrolną. Grupę badawczą stanowiły osoby chore na schizofrenię, które były hospitalizowane.

W grupie badawczej najwięcej (35%) osób miało 31–40 lat, a nieco mniej 41–50 lat (27,5%) lub 18–30 lat (25%). Z kolei w grupie kontrolnej aż 40% miało 18–30 lat, 30% 31–40 lat, a 20% 51–60 lat (tab. 1).

Statystycznie nie wskazano istotnych różnic między grupą badawczą a kontrolną, jeżeli chodzi o poziom samooceny. Stwierdzono natomiast wiele istotnych różnic pomiędzy grupami pod względem zmiennych z kwestionariusza ACL (tab. 2).

Wyraźnie zaznaczyła się tendencja, zgodnie z którą osoby z grupy badawczej zaznaczały mniej cech niż te z grupy kontrolnej. Dodatkowo okazało się, że w grupie kontrolnej odnotowano istotnie wyższe wyniki niż w grupie badawczej w zakresie takich zmiennych, jak: Liczba wskazanych przymiotników, Przymiotniki pozy-

Tabela 1. Wiek badanych osób**Table 1.** Age of study participants

Wiek (lata)	Grupy				Ogółem	
	Badawcza		Kontrolna		n	%
	n	%	n	%		
18–30	10	25,0	16	40,0	26	32,5
31–40	14	35,0	12	30,0	26	32,5
41–50	11	27,5	3	7,5	14	17,5
51–60	5	12,5	8	20,0	13	16,3
> 60	0	,0	1	2,5	1	1,3
Ogółem	40	100,0	40	100,0	80	100,0

Tabela 2. Porównanie grup pod względem zmiennych z kwestionariusza *Adjective Check List* (ACL)**Table 2.** Comparison between groups based on the *Adjective Check List* (ACL)

ACL	Grupy						Test U	
	Badawcza			Kontrolna			Manna-Whitneya	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Liczba wskazanych przymiotników	40,12	30,00	29,75	68,75	68,50	28,06	-5,121	<,001***
Przymiotniki pozytywne (Fav)	14,40	11,50	14,48	33,23	35,00	16,60	-4,809	<,001***
Przymiotniki negatywne (Unfav)	5,53	3,00	6,36	3,70	3,00	3,74	-1,119	,263
Typowość (Com)	2,10	2,00	4,10	6,78	7,00	3,99	-4,521	<,001***
Potrzeba osiągnięć (Ach)	2,55	2,00	4,44	8,05	8,00	5,12	-4,402	<,001***
Potrzeba dominacji (Dom)	-,12	,00	3,31	3,25	4,00	4,30	-3,494	<,001***
Potrzeba wytrwałości (End)	2,22	1,50	5,32	9,73	9,50	6,94	-4,496	<,001***
Potrzeba porządku (Ord)	2,40	2,00	4,53	8,18	7,50	6,23	-4,124	<,001***
Potrzeba rozumienia siebie i innych (Int)	3,05	2,50	4,91	9,20	9,00	5,44	-4,629	<,001***
Potrzeba opieki nad sobą (Nur)	1,83	,50	5,44	6,80	8,00	6,19	-3,655	<,001***
Potrzeba afiliacji (Aff)	6,15	4,00	6,19	14,35	14,50	7,57	-4,790	<,001***
Potrzeba kontaktów heteroseksualnych (Het)	1,83	1,50	3,45	5,63	5,50	4,04	-4,107	<,001***
Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego (Exh)	-,10	,00	2,94	2,68	2,00	4,36	-2,978	,003**
Potrzeba autonomii (Aut)	1,17	1,00	2,48	1,73	2,00	3,52	-0,940	,347
Potrzeba agresji (Agg)	-2,45	-1,50	4,37	-4,02	-5,00	5,02	-1,819	,069
Potrzeba zmian (Cha)	,78	,50	2,69	-,35	,00	3,54	-1,138	,255
Potrzeba doznawania opieki i wsparcia (Suc)	,28	,00	2,93	-,98	-1,00	2,17	-1,892	,058
Potrzeba poniżania się (Aba)	1,70	2,00	3,50	,25	,00	3,61	-1,590	,112
Potrzeba podporządkowania (Def)	,80	1,00	3,09	2,63	3,50	4,52	-2,300	,021*
Gotowość do terapii (Crs)	-,38	,50	4,75	-2,85	-1,00	6,82	-1,362	,173
Samokontrola (S-Cn)	1,00	1,00	3,05	1,47	,50	4,64	-0,222	,824
Zaufanie do siebie (S-Cfd)	1,45	1,00	4,36	6,82	7,50	6,21	-3,918	<,001***



Tabela 2. cd.
Table 2. cont.

ACL	Grupy						Test U	
	Badawcza			Kontrolna			Manna-Whitneya	
	M	Me	SD	M	Me	SD	Z	p
Przystosowanie osobiste (P-Adj)	1,78	1,50	3,81	6,48	7,00	4,06	-4,881	<,001***
Ja idealne (Iss)	1,65	1,50	4,61	6,45	5,50	5,50	-3,896	<,001***
Osobowość twórcza (Cps)	,23	-1,00	3,09	2,05	2,00	4,47	-2,113	,035*
Przywództwo (MIs)	1,40	1,50	4,43	7,00	7,50	4,65	-4,718	<,001***
Męskość (Mas)	2,68	1,50	2,96	6,55	6,00	4,11	-4,624	<,001***
Kobiecość (Fem)	3,53	2,50	4,04	6,98	8,00	4,47	-3,333	,001**
Rodzic krytyczny (CP)	2,05	2,00	2,28	1,88	1,00	3,25	-1,277	,202
Rodzic opiekuńczy (NP)	1,72	,50	5,20	8,48	10,00	6,90	-4,175	<,001***
Dorosły (A)	1,18	,50	4,16	7,45	8,00	5,74	-4,679	<,001***
Dziecko spontaniczne (FC)	-,63	-1,00	4,57	3,07	3,00	5,89	-2,887	,004**
Dziecko uległe (AC)	-1,75	-2,00	4,50	-7,75	-7,50	5,83	-4,335	<,001***
Wysoka oryginalność – Niska inteligencja (A-1)	1,90	2,00	1,63	2,70	2,00	2,31	-1,312	,189
Wysoka oryginalność – Wysoka inteligencja (A-2)	3,23	3,00	2,44	3,88	4,00	1,80	-1,803	,071
Niska oryginalność – Niska inteligencja (A-3)	3,05	1,00	3,88	7,40	7,50	3,93	-5,051	<,001***
Niska oryginalność – Wysoka inteligencja (A-4)	3,80	3,00	4,12	8,30	9,50	4,04	-4,859	<,001***

M (mean) — średnia arytmetyczna; Me (median) — mediana; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; Z — statystyka testu U Manna-Whitneya; p — istotność testu U Manna-Whitneya; *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

tywne (Fav) Typowość (Com), Potrzeba osiągnięć (Ach), Potrzeba dominacji (Dom), Potrzeba wytrwałości (End), Potrzeba porządku (Ord), Potrzeba rozumienia siebie i innych (Int), Potrzeba opiekowania się (Nur), Potrzeba afiliacji (Aff), Potrzeba kontaktów heteroseksualnych (Het), Potrzeba ekshibicjonizmu psychicznego (Exh), Potrzeba podporządkowania (Def), Zaufanie do siebie (S-Cfd), Przystosowanie osobiste (P-Adj), Ja idealne (Iss), Osobowość twórcza (Cps), Przywództwo (MIs), Męskość (Mas), Kobiecość (Fem) Rodzic opiekuńczy (NP), Dorosły (A), Dziecko spontaniczne (FC), Niska oryginalność — Niska inteligencja (A-3), Niska oryginalność — Wysoka inteligencja (A-4). Większość z wyżej wymienionych przymiotników wskazuje na pozytywne postrzeganie samego siebie w grupie kontrolnej. Uwidaczniają się tutaj również potrzeby: kontaktów z innymi ludźmi oraz działania. Z kolei istotnie wyższy wynik w grupie badawczej niż kontrolnej odnotowano jedynie w zakresie zmiennej Dziecko uległe (AC), co może wskazywać na gorszą samoocenę oraz zaburzenia w kontaktach interpersonalnych niż w grupie kontrolnej.

Wśród kobiet z grupy kontrolnej odnotowano istotnie wyższe wyniki w Skali funkcjonowania seksualnego niż wśród kobiet z grupy badawczej, co wskazuje na mniejsze zaburzenia życia seksualnego wśród kobiet zdrowych. Z kolei wśród mężczyzn nie stwierdzono istotnej różnicy między grupami. W grupie kontrolnej zaobserwowano również mniejsze zaburzenia funkcji seksualnych u kobiet niż u mężczyzn. W grupie badawczej brakowało istotnych różnic w tym zakresie (tab. 3). Wśród kobiet zdrowych odnotowano istotnie wyższe wyniki w takich wymiarach FSFI, jak: Pożądanie, Podniecenie, Lubrykacja, Orgazm, Satysfakcja seksualna oraz Dolegliwości bólowe. Funkcje seksualne kobiet z grupy kontrolnej są zatem na istotnie wyższym poziomie niż funkcje seksualne kobiet z grupy badawczej. Można tu wskazać, że najistotniejsze różnice między grupami kobiet występują pod względem przeżywanego orgazmu, który jest znaczącym miernikiem wpływającym na satysfakcję seksualną, ocenianą również zdecydowanie niżej w grupie badawczej (tab. 4). Osoby z grupy badawczej charakteryzują się istotnie niższym poziomem zadowolenia z życia seksualnego

Tabela 3. Porównanie grup pod względem Skali Funkcjonowania Seksualnego kobiet i mężczyzn (Mell-Krat)**Table 3.** Comparison between groups based on Mell-Krat Scale

Mell-Krat	Grupy						Test U Manna-Whitneya	
	Badawcza			Kontrolna			Z	p
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Kobiety	33,95	35,50	17,05	55,45	59,00	15,18	-3,640	<,001***
Mężczyźni	34,00	38,50	12,45	39,35	42,00	10,57	-1,246	,213

M (mean) — średnia arytmetyczna; Me (median) — mediana; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; Z — statystyka testu U Manna-Whitneya; p — istotność testu U Manna-Whitneya; *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Tabela 4. Porównanie grup pod względem wymiarów Indeksu Funkcji Seksualnych kobiet (FSFI)**Table 4.** Comparison between groups based on Female Sexual Function Index (FSFI) questionnaire

FSFI	Grupy						Test U Manna-Whitneya	
	Badawcza			Kontrolna			Z	p
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Pożądanie	4,80	5,00	2,17	6,80	7,00	2,07	-2,697	,007**
Podniecenie	7,80	9,00	6,23	14,90	16,50	6,14	-3,472	,001**
Lubrykacja	8,15	8,00	6,91	16,05	18,00	6,07	-3,458	,001**
Orgazm	6,15	7,50	4,96	11,85	13,50	4,53	-3,667	<,001***
Satysfakcja seksualna	7,30	7,00	3,70	12,30	12,00	2,89	-3,908	<,001***
Dolegliwości bólowe	8,80	9,50	3,61	12,70	13,00	1,87	-3,473	,001**

M (mean) — średnia arytmetyczna; Me (median) — mediana; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; Z — statystyka testu U Manna-Whitneya; p — istotność testu U Manna-Whitneya; *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

od osób z grupy kontrolnej. Jednocześnie jest to aspekt oceniany spośród wszystkich wymiarów najlepiej w obu grupach. W zakresie pozostałych wymiarów Kwestionariusza Własnej Seksualności nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie (tab. 5).

Dyskusja

W badaniu wzięło udział 80 osób: 40 kobiet i 40 mężczyzn. Połowę z każdej grup stanowili chorzy na schizofrenię przebywający w szpitalu psychiatrycznym. Drugą reprezentowali ludzie zdrowi.

Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że największe zaburzenia w życiu seksualnym obserwuje się w grupach kobiet oraz mężczyzn ze zdiagnozowaną schizofrenią, odpowiednio na poziomie M 33,95 oraz M 34,00. Nieznacznie lepszy wynik osiągnęli zdrowi mężczyźni na poziomie M 39,35. Wśród całej grupy badanych najmniejsze zaburzenia wykazują zdrowe kobiety. Ich wynik znacząco odbiega od pozostałych i utrzymuje się na poziomie M 55,45.

Według badań Rubio-Abadal [13] i innych dysfunkcje seksualne obserwuje się u 60% kobiet i 76,1% mężczyzn

stosujących leczenie przeciwpsychotyczne. Są to głównie osoby hospitalizowane oraz w przewlekłym stadium schizofrenii. Wykazano, że rodzaj stosowanego leczenia ma istotny wpływ na pojawienie się zaburzeń.

Na podstawie wyników można zauważyć istotną różnicę w częstości występowania zaburzeń seksualnych między grupą chorych i zdrowych kobiet. Wśród mężczyzn ta różnica jest minimalna i nieistotna statystycznie.

De Boer i wsp. [10] ukazują, że wśród osób chorych na schizofrenię to właśnie kobiety lepiej radzą sobie w życiu seksualnym, potrafią lepiej funkcjonować w społeczeństwie, tworzą trwalsze związki i mają więcej potomstwa niż mężczyźni. Może to wyjaśnić często późniejszy początek choroby wśród kobiet, a co za tym idzie, mniejsze zmiany w centralnym układzie nerwowym. Jednocześnie autorzy wskazują, że bez względu na płeć i leczenie, osoby chore zasadniczo wykazują mniejsze pożądanie. Może to wynikać z ogólnego poczucia braku motywacji do działania często powiązanego z występowaniem objawów negatywnych [10].

Potwierdzają to również otrzymane wyniki, według których poziom pożądanie w grupie badawczej u kobiet

Tabela 5. Porównanie grup pod względem wymiarów Kwestionariusza Własnej Seksualności (KWS)
Table 5. Comparison between groups based on Own Sexuality Questionnaire KWS (Kwestionariusz Własnej Seksualności)

KWS	Grupy						Test U Manna-Whitneya	
	Badawcza			Kontrolna			Z	p
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Zadowolenie z życia seksualnego	53,52	50,50	10,85	64,08	66,00	10,89	-3,866	<,001***
Zadowolenie z własnego wyglądu	42,15	41,00	4,77	40,37	40,00	3,87	-1,646	,100
Seksualizacja	40,95	40,50	6,41	38,30	39,00	4,24	-1,928	,054
Otwartość seksualna	37,83	38,00	5,62	37,62	37,00	2,85	-0,765	,444

M (mean) — średnia arytmetyczna; Me (median) — mediana; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; Z — statystyka testu U Manna-Whitneya; p — istotność testu U Manna-Whitneya; *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

wyniósł M 4,80 i jest istotnie niższy niż wśród kobiet zdrowych, gdzie M wynosi 6,80 (p < 0,01).

Największe różnice wśród kobiet w ocenie funkcji seksualnych odnotowano w takich aspektach jak orgazm oraz satysfakcja seksualna, gdzie różnica między grupą badawczą i kontrolną odnośnie do orgazmu wygląda odpowiednio M 6,15 do M 11,85 (p < 0,001), a odnośnie do satysfakcji seksualnej M 7,30 do M 12,30 (p < 0,001). Pozostałe wymiary (pożądanie, podniecenie, lubrykacja oraz dolegliwości bólowe) również były oceniane wyżej w grupie kontrolnej niż badawczej kobiet (p < 0,01). Simiyon i wsp. [14] przeprowadzili badania wśród kobiet chorych na schizofrenię korzystających z poradni psychiatrycznej. Wykazano, że aż 70% badanych skarżyło się na zaburzenia funkcji seksualnych. W powyższej pracy odnotowano znaczący wpływ spadku jakości życia małżeńskiego na pojawianie się zaburzeń w takich aspektach, jak lubrykacja, orgazm, satysfakcja czy ból podczas stosunku. Autorzy podkreślają, że dysfunkcje nie muszą wynikać z samej choroby bądź przyjmowanego leczenia, ale mogą być skutkiem samej relacji z partnerem [14]. W badaniu nie wykazano istotnych różnic między samooceną między grupami, co wskazuje, że nie stanowi ona predyktora poziomu jakości życia seksualnego. Jednak w opracowaniu Peitl i innych odkryto, że postrzeganie samego siebie w sferze seksualnej wśród pacjentów w ostrym napadzie oraz przewlekłym stadium schizofrenii negatywnie wpływa na emocjonalność chorego. Może to być wynikiem poczucia niepewności w sferze seksualnej, odrzucenia bądź izolacji. Dodatkowo te elementy zdecydowanie skutkują pogorszeniem ogólnej jakości życia [15, 16].

W opozycji do powyższego można powołać się na badania przeprowadzone przez Cai-Lan Hou i innych. Według nich dysfunkcje w życiu seksualnym nie miały wpływu na poziom jakości życia. Zaburzenia wynikają jednak istotnie z takich zmiennych, jak płeć żeńska, nieposiadanie partnera, starszy wiek oraz przyjmowanie

leków przeciwpsychotycznych pierwszej generacji. Dysfunkcje wśród kobiet stwierdzono u 80,6% badanych, a u mężczyzn wśród 60,7% [17].

Laxhman [12] dowiódł w swoim opracowaniu, że u chorych na schizofrenię satysfakcja seksualna jest oceniana na najniższym poziomie spośród nawet takich aspektów życia, jak sfera finansowa oraz zdrowie psychiczne. Osoby szczególnie narażone na poczucie niezadowolenia to mężczyźni niebędący w związku małżeńskim oraz ci z bardziej nasilonymi objawami afektywnymi.

Podsumowanie

Wyniki badań pokazują, że osoby chore na schizofrenię mają większe problemy z życiem seksualnym [14, 18]. Jest to rezultatem głównie podjętego leczenia przeciwpsychotycznego, co ma bezpośredni wpływ na zaburzenia hormonalne, prowadzące między innymi do zmniejszenia popędu seksualnego, ale również może być skutkiem samej choroby i związanych z nią problemów w kontaktach interpersonalnych, izolacji społecznej, nieprawidłowym postrzeganiu siebie i innych. Dowiedziono, że poziom samooceny nie odgrywa znaczącej roli w funkcjonowaniu seksualnym, jednak postrzeganie samego siebie różni się w grupie badawczej oraz grupie kontrolnej. Grupa kontrolna ogólnie odnosi do siebie zdecydowanie więcej określeń, ale także są to określenia bardziej pozytywne. Osoby ze schizofrenią są bardziej krytyczne w stosunku do samych siebie, czego możliwym efektem jest trudność w podejmowaniu jakichkolwiek kontaktów interpersonalnych, w tym również tych seksualnych a co za tym idzie zmniejszona satysfakcja z życia seksualnego. Seksualność jest znaczącym elementem życia i ma wpływ na jego jakość. Jednocześnie jest to zazwyczaj najbardziej krytycznie oceniany aspekt spośród innych wymiarów życia. Tym bardziej należy wziąć pod uwagę poszerzenie świadomości społeczeństwa oraz podejmowanie rozmów na ten temat z osobami chorymi podczas procesu terapeutycznego.

Wnioski

Samoocena grupy badawczej nie różni się w sposób istotny od samooceny grupy kontrolnej:

- kobiety chore wykazują większe zaburzenia seksualne oraz mniejszy poziom satysfakcji seksualnej niż zdrowe;
- wśród mężczyzn brakuje istotnych różnic w występowaniu zaburzeń seksualnych między grupami;
- osoby z grupy badawczej mają ogólnie niższy poziom

zadowolenia z życia seksualnego niż osoby z grupy kontrolnej.

Istotnym ograniczeniem pracy była niewielka liczba respondentów. Grupa badawcza została reprezentowana przez osoby w stabilnym stanie psychicznym, co automatycznie wykluczyło innych — w gorszym okresie życia. Należy pamiętać, że mogło to znacząco wpłynąć na wyniki badania.

Streszczenie

Wstęp: Seksualność jest istotnym elementem życia każdego człowieka. Czerpanie satysfakcji z aktywności seksualnej ma duży wpływ na wzrost jakości życia. Mimo to duży odsetek populacji uskarża się na różne zaburzenia funkcji seksualnych. Wśród osób chorych na schizofrenię te zaburzenia zależą dodatkowo od zaawansowania i stadium choroby. Celem pracy było zbadanie aktywności seksualnej osób chorych na schizofrenię, ze szczególnym uwzględnieniem ich samooceny.

Materiał i metody: Grupa badanych osób to 40 mężczyzn oraz 40 kobiet w wieku od 18 do 65 lat. Połowę z nich stanowiły osoby chore na schizofrenię, drugą zaś osoby niepodlegające leczeniu psychiatrycznemu dobrane do grupy badawczej metodą 1:1. W badaniu wykorzystano: autorską ankietę socjodemograficzną, Skalę Samooceny (SES), Listę Przymiotnikową (ACL), Kwestionariusz Własnej Seksualności (KWVS), Kwestionariusz Zaburzeń Erekcji (IIEF), Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI) oraz Skalę Mell Krat i Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych (KZS) w wersjach odpowiednio dla kobiet i mężczyzn.

Wyniki: Osoby chore na schizofrenię znacznie częściej w porównaniu z osobami zdrowymi wybierały spośród Listy Przymiotnikowej ACL jedynie zmienną Dziecko uległe (AC) (M-1, 75).

Kobiety chore na schizofrenię osiągały niższy wynik (M 33,95) niż kobiety zdrowe (M 55,45). Najistotniejsze różnice między grupami kobiet występują w takich wymiarach jak orgazm (M 6,15 v. M 11,85, $p < 0,001$) oraz satysfakcja seksualna (M 7,30 v. M 12,30, $p < 0,001$). Oceniając własną seksualność najlepiej ocenianym wymiarem u wszystkich badanych było Zadowolenie z życia seksualnego, u osób chorych na poziomie M 53,52, a u zdrowych znacznie wyżej, na poziomie M 64,08 ($p < 0,001$).

Wnioski: Osoby chore na schizofrenię oceniały swoje życie seksualne na mniej satysfakcjonujące niż osoby zdrowe przy jednoczesnym braku istotnych różnic w samoocenie. Wśród kobiet chorych zaburzenia funkcji seksualnych pojawiały się znacznie częściej niż u kobiet zdrowych. Wśród mężczyzn nie zaobserwowano znaczącej różnicy między grupą badawczą i kontrolną.

Psychiatria 2019; 16, 4: 193–200

Słowa kluczowe: seksualność, funkcjonowanie seksualne, zaburzenia funkcji seksualnych, schizofrenia

Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z, Długolecka A. Edukacja Seksualna. Świat Książki, Warszawa 2006.
2. Libera A, Misiuda M, Leszczyńska-Go, et al. Selected psychological aspects of married couples' life in the context of infertility causes. *Gin Pol Med Project*. 2013; 4(30): 65–73.
3. Sorochynski I, Sorochynska S, Sorochynska B, et al. Rating sexual life of men. *European Journal of Medical Technologies*. 2015; 1(6): 43–49.
4. Clayton AH, Harsh V. Sexual function across aging. *Curr Psychiatry Rep*. 2016; 18(3): 28, doi: 10.1007/s11920-016-0661-x, indexed in Pubmed: 26830886.
5. McMillana E, Sancheza A, Bhaduria A, et al. Sexual functioning and experiences in young people affected by mental health disorders. *Psychiatry Research*. 2017; 253: 249–255.
6. Sobański J, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, et al. Objawy i problemy związane z seksualnością pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych. *Psychiatria Polska*. 2012; XLVI(1): 21–34.
7. Kokoszka A, Abd El Aal M, Jodko A, et al. [Frequency of subjectively assessed symptoms of sexual dysfunction and sexual disorders]. *Psychiatr Pol*. 2009; 43(6): 705–718, indexed in Pubmed: 20209882.
8. Konarzewska B, Wołczyński S, Szulc A, et al. Effect of risperidone and olanzapine on reproductive hormones, psychopathology and sexual functioning in male patients with schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*. 2009; 34(1): 129–139, doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.08.015, indexed in Pubmed: 18838228.
9. Malik P, Kemmler G, Hummer M, et al. EUFEST Study Group. Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients: results from European First Episode Schizophrenia Trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2011; 31(3): 274–280, doi: 10.1097/JCP.0b013e3182199bcc, indexed in Pubmed: 21508850.
10. de Boer MK, Castelein S, Wiersma D, et al. The facts about sexual (Dys)function in schizophrenia: an overview of clinically relevant findings. *Schizophr Bull*. 2015; 41(3): 674–686, doi: 10.1093/schbul/sbv001, indexed in Pubmed: 25721311.

11. Jakima S, Murawiec S. Problemy seksualne w schizofrenii. *Seksuologia Polska*. 2008; 6: 83–90.
12. Laxhman N, Greenberg L, Priebe S. Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2017; 190: 63–67, doi: [10.1016/j.schres.2017.03.005](https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.03.005), indexed in Pubmed: [28270338](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28270338/).
13. Rubio-Abadal E, Del Cacho N, Saenz-Navarrete G, et al. PROLACT Group. How hyperprolactinemia affects sexual function in patients under antipsychotic treatment. *J Clin Psychopharmacol*. 2016; 36(5): 422–428, doi: [10.1097/JCP.0000000000000539](https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000539), indexed in Pubmed: [27433851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27433851/).
14. Chojnowski J, Wiedłocha M, Mosiołek A. Zaburzenia seksualne u pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria*. 2017; 14(1): 35–39.
15. Peitl MV, Rubesa G, Peitl V, et al. Aspects of sexual self-perception in schizophrenic patients. *Eur J Psych*. 2009; 23: 37–46.
16. Bushong ME, Nakonezny PA, Byerly MJ. Subjective quality of life and sexual dysfunction in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Sex Marital Ther*. 2013; 39(4): 336–346, doi: [10.1080/0092623X.2011.606884](https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.606884), indexed in Pubmed: [23421823](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23421823/).
17. Cai-Lan Hou, Yu Zang, Rosen R. C. Sexual dysfunction and its impact on quality of life in Chinese patients with schizophrenia treated in primary care. *Comprehensive Psychiatry*. 2016; 65: 116–121.
18. Simiyon M, Chandra PS, Desai G. Sexual dysfunction among women with Schizophrenia-A cross sectional study from India. *Asian J Psychiatr*. 2016; 24: 93–98, doi: [10.1016/j.ajp.2016.08.022](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.08.022), indexed in Pubmed: [27931918](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27931918/).