

Dominika Kędzierska¹, Marta Dębowska²

¹Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Klinika Psychiatryczna, Wydziału Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Funkcjonowanie seksualne a lęk w grupie pacjentów psychiatrycznych

Sexual function and anxiety in a group of psychiatric patients

Abstract

Introduction: Sexual function is an important level of human functioning, and its satisfactory level necessary to achieve mental well-being. However, according to many reports, in the group of patients treated psychiatrically this is the area particularly exposed to the occurrence of dysfunction, both in the somatic and mental sphere. The aim of the work is to verify the relationship between the level of anxiety felt and the level of sexual functioning among people treated psychiatrically.

Material and methods: The study involved 40 patients treated psychiatrically aged 18–65, fulfilling the criteria for the diagnosis of mental disorders and 40 healthy people who gave informed consent to participate in the study. Self-Sexuality Questionnaire, Sexual Women Function Index (FSFI), erectile dysfunction questionnaire (IIEF), Sexual Disorders Questionnaire and Scale Mell-Krat separate for women and men and Anxiety Questionnaire: STAI Questionnaire, or Inventory State and Characteristics of Anxiety.

Results: Comparison of the research group with the control group showed correlations of the mental state with disorders of sexual function. In the study group, sexual dysfunction was also more common. Significant positive correlation ($r = 0.48$, $p < 0.05$) in the KZS-S study in the category of “sexual dysfunction” indicated that women in the research group achieved a higher result in this section than women in the control group. In men classified as mentally ill, a widespread occurrence of sexual dysfunction was also observed. The results of the IIFE questionnaire showed much more frequent problems with inducing and maintaining an erection ($r = 0.52$, $p < 0.05$).

Conclusions: Psychiatric patients are definitely less satisfied with their sex life than healthy people. In people with comorbid anxiety or anxiety disorders, sexual dysfunctions are more often observed. This proves the need to study the sexual sphere of patients in order to improve their well-being.

Psychiatry 2019; 16, 3: 124–131

Key words: *sexuality, anxiety, mental disorders, sexual dysfunctions*

Wstęp

Funkcjonowanie seksualne stanowi istotny aspekt ludzkiej egzystencji. Z wielu doniesień wynika, że zaburzenia sfery seksualnej występują relatywnie częściej wśród pacjentów leczonych psychiatrycznie w porównaniu ze zdrowymi osobami. Ich funkcjonowanie seksualne jest obniżone zarówno w zakresie fizjologicznym, jak i psychicznym, doprowadzając tym samym do powstawania

dysfunkcji seksualnych [1]. Taki temat wciąż jednak stanowi pewnego rodzaju tabu społeczne [2, 3].

Dla zgłębienia tego problemu bardzo istotne wydaje się poznanie oraz zrozumienie jego przyczyn i korelatów. Szczególny wpływ w tej dziedzinie wykazuje płaszczyzna lęku [4, 5]. Celem niniejszej pracy było zweryfikowanie zależności pomiędzy poziomem odczuwanego lęku a poziomem funkcjonowania seksualnego wśród osób leczonych psychiatrycznie.

Adres do korespondencji:

Marta Dębowska
Klinika Psychiatryczna
WNoZ WUM
e-mail: marta.dagmara.debowska@gmail.com

Seksualność człowieka

Podstaw zrozumienia pojęcia „seksualność” często doszukuje się w łacińskim słowie *sexus*, czyli płeć, przedsta-

wijającym je w dosłownym przekazie jako przynależność do danej płci, tak zwana płciowość [6]. Idąc tym tokiem rozumowania i dołączając do tego definicję płci w języku polskim równoznaczną z grupą cech stanowiącą o podziale osobników na męskie bądź żeńskie w ramach fizjologii reprodukcji [7], można wnioskować o wyłącznym aspekcie biologicznym zjawiska, sprowadzającym go jedynie do pewnego rodzaju czynności fizjologicznych wraz z ich uwarunkowaniami genetycznymi, wspomnianą anatomią narządów rozrodczych czy wpływie gospodarki hormonalnej na przebieg tych procesów [8]. Tymczasem istota seksualności jest bardziej złożona, gdyż wchodzi w całość funkcjonowania człowieka jako jego wrodzona i nierozłączna część obejmująca wszystkie sfery życia, jednocześnie ulegająca ciągłemu rozwojowi. Dlatego rozpatrywanie tego zagadnienia w kontekście biologicznym należy pogłębić o inne płaszczyzny, takie jak psychologiczne, emocjonalne czy społeczno-kulturowe, nadające jej zupełnie odmienny wymiar [9]. Seksualność człowieka w szerokim rozumieniu jest determinowana przez jego indywidualne cechy temperamentne, rzutujące na postrzeganie zarówno otaczającego go świata, jak i bezpośrednio własnej osoby zgodnie z przyjętymi wartościami czy normami zachowań, również w sferze seksualnej (ujęcie psychologiczne). Z kolei potrzeby seksualne jako zintegrowane ze strukturą usposobienia stają się motorem napędowym tworzenia wszelkich relacji, trwałych więzi z podejmowaniem aktywności seksualnej, które nadają wówczas głębszy, bardziej emocjonalny charakter seksualności [10, 11]. Dodatkowo pojawia się warstwa oddziaływań tak zwanych kulturowych czy społeczno-kulturowych. Do tej pory powszechnie obowiązujące normy, obyczaje, rytuały lub wierzenia danego społeczeństwa wywierają ogromny wpływ na pojedynczą jednostkę, jej przekonania i działania w różnych dyscyplinach [12].

Zdrowie i dysfunkcje seksualne

Według definicji przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) zdrowie seksualne stanowi grupę skonsolidowanych ze sobą biologicznych, psychologiczno-emocjonalnych bądź poglądowych i społecznych podłoży życia seksualnego [13] wywierających wpływ na pogłębianie rozwoju usposobienia, komunikacji czy miłości danej osoby [14]. Definicję tę pogłębia Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka, której 13 podpunktów zalicza się do praw uniwersalnych, zapewniających zdrowie jako wartość fundamentalną [15].

Należy pamiętać, że spadek jakości sfery seksualnej życia w dużym stopniu warunkuje zasadnicze pogorszenie jakości życia człowieka [4]. Dysfunkcje seksualne sta-

nowią rozbudowaną grupę schorzeń, które znacznie utrudniają osiągnięcie pełnej satysfakcji seksualnej. Przyczyn ich powstawania, ale też utrzymywania się, można upatrywać w rozmaitych aspektach — biologicznym, gdzie wpływ ma stan zdrowia, wszystkie przebyte lub obecnie występujące choroby somatyczne i stosowane leczenie [16]; ujęciu psychologicznym, uwzględniającym stan psychiczny osoby, jej samoocenę, kompleksy, lęki, troski; w wymiarze emocjonalnym, związanym z wszelkimi relacjami oraz wpływami społeczno-kulturowymi obejmującymi osobliwe wierzenia kreujące często niewłaściwe zachowania. Najczęściej jednak etiologia zaburzeń seksualnych ma charakter mieszany, a przedstawione czynniki się przeplatają [4, 17].

Funkcjonowanie seksualne osób z zaburzeniami psychicznymi

U osób z zaburzeniami psychicznymi trudności i odchylenia w sferze seksualnej są bardzo częste [18, 19]. Występują u osób z zaburzeniami psychotycznymi [20, 21], zaburzeniami nastroju [22], lękowymi oraz u uzależnionych od substancji psychoaktywnych [23]. Przyczyn można upatrywać w przebiegu choroby, ale także w konsekwencjach jej objawów oraz działaniach niepożądanych leczenia [24–26].

Lęk u osób z zaburzeniami psychicznymi

Lęk często stanowi tło choroby u większości osób z zaburzeniami psychicznymi. Nosi nazwę tak zwanego „lęku wtórnego”. Tylko pozornie przypomina lęk pierwotny, lecz znaczeniowo jest to zupełnie odrębne zjawisko [27]. W zaburzeniach psychotycznych lęk jest prawie nieustannie obecny. Z jednej strony dominuje jego charakter pochodzenia psychotycznego. Urojenia i omamy powodują u chorych przerażenie i budzą lęk. Jest to widoczne zwłaszcza w fazie początkowej oraz zaostrzeń choroby, gdzie pacjent jest wręcz zdezorientowany, nie ma pojęcia ani wpływu na to, co się z nim dzieje w danej chwili [21, 28]. Lęk może nasilać objawy, ewentualnie prowadzić do działań rozładujących [29]. Z drugiej strony w stanach przewlekłych, choć lęk wciąż jest utrzymywany, może przejawiać się w inny sposób. Może wytworzyć się na skutek uzmysłowienia istnienia schorzenia, poczucie dyskryminacji [30] czy wyobcowania w społeczeństwie [31]. Wówczas lęk będzie się skupiać bardziej wokół obawy przed nawrotem negatywnych symptomów psychozy oraz bezsilności w tym zakresie [32].

Natomiast inaczej lęk będzie się przedstawiał w depresji, gdzie jego podwyższony poziom obserwowany jest u większości chorych [26] oraz może przyczyniać się u nich do skrajnych przemian napędu psychoruchowego.

Występuje jako objaw pośredni lub wiodący w przypadku tak zwanej depresji maskowanej, gdzie zakrywa inne przejawy depresyjne [33]. Chociaż lęk depresyjny określany jest ogólnie mianem lęku przed życiem, przed przyszłością, a chory odczuwa go w zasadzie względem wszystkiego, to należy raczej do zjawisk bliżej nieokreślonych jako postać złożona z wielu części składowych. Pierwszym takim istotnym elementem obrazującym lęk w depresji będzie pewnego rodzaju oczekiwanie. Wiąże się ono z odczuwaniem niebezpieczeństwa względem siebie i otaczającego świata. Inną, najbardziej swoistą cechą lęku, w tym zaburzeniu nastroju jest jednak charakter tak zwany wolnopłynący [34]. Odnosi się on do chroniczności przebiegu schorzenia z drobnymi wychyleniami, lokalizowany przez chorych w obszarze sercowym, rzadko w brzuchu czy w innej części klatki piersiowej [35]. W zaburzeniach depresyjnych stosunkowo często pojawiają się nawet napady paniki albo inne oznaki przypisywane diagnozie zaburzeń lękowych [36] — do tego stopnia, że choroby depresyjne i lękowe wręcz współwystępują bądź są sobą wzajemnie poprzedzone [37, 38].

Wpływ lęku na seksualność

Skutki przedłużającego się lęku zarówno jako stanu emocjonalnego u osób bez problemów psychicznych, jak i w przebiegu takich zaburzeń, zwłaszcza lękowych nie pozostają bez wpływu na zdrowie psychiczne człowieka. Mogą one rzutować na zaburzenie poczucia komfortu psychicznego, co w rezultacie niejednokrotnie doprowadza nie tylko do dezorganizacji życia osobistego, a wręcz do uniemożliwienia jego prowadzenia i może przerodzić się w patologiczne stany. Wobec tego logiczne wydaje się stwierdzenie, że poczucie lęku oddziałuje tym samym na seksualność człowieka [39, 40].

Osoby bez zaburzeń psychicznych najczęściej odczuwają lęk jako krótkotrwałą, fizjologiczno-emocjonalną reakcję organizmu występującą w odpowiedzi na stresor [41]. Lęk jest niewątpliwie zaliczany do czołowych uwarunkowań podłoża dysfunkcji seksualnych [18, 42]. Należy do stanów szczególnie intensywnie zatrzymujących mechanizmy seksualne bądź zakłócających prowadzenie nadzoru nad nimi i własną fizjologią. Takie zjawisko zachodzi w przypadku lęku o efektywność podejmowanych aktywności seksualnych w celu zadowolenia partnera [4]. Przykładem może być fakt pojawiania się tak zwanego lęku zadaniowego, występującego częściej u mężczyzn. Ma on istotny udział w etiologii problemów z erekcją [43–45]. Mężczyzna nadmiernie skupia się na sprostaniu wysoko wykreowanych przez siebie samego oczekiwań, co w rezultacie działa odwrotnie poprzez utratę podniecenia i brak możliwości przeprowadzenia stosunku [18]. Dlatego negatywne oddziaływanie lęku przekłada się

również na tworzenie i podtrzymywanie nie tylko relacji międzyludzkich, ale także związków z partnerami. Predyspozycje do ciągłego odczuwania wzmożonego napięcia oraz wszelkie dążenia do samokontroli znacząco obniżają poziom osiąganego pożądania, podniecenia bądź orgazmu [43].

W zaburzeniach psychicznych lęk może zarówno poprzedzać, jak i współtowarzyszyć innym symptomom schorzeń psychicznych, nie stanowiąc objawów klinicznych danego rozpoznania. Skoro ma wpływ na stan psychofizyczny i aktywność seksualną jednostek bez rozpoznanych schorzeń psychicznych, to tym bardziej nie pozostaje obojętny dla pacjentów psychiatrycznych, których dobrostan ogólny jest już zachwiany [2].

Korelacje pomiędzy funkcjonowaniem seksualnym a zaburzeniami lękowymi są rzadko opisywane [46]. Nieliczne doniesienia wskazują jednak, że zaburzeniami natury psychicznej, gdzie bardzo często pojawiają się problemy na tle seksualnym, są głównie zaburzenia lękowe (z lękiem jako objawem klinicznym tej grupy) oraz depresja (lęk współtowarzyszący) [47].

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 40 pacjentów psychiatrycznych w wieku 18–65 lat, spełniających kryteria rozpoznania zaburzeń psychicznych, oraz 40 osób bez zaburzeń psychicznych dobrane do grupy badawczej metodą 1:1 pod względem wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania i relacji (związków).

Badanie miało charakter ankietowy. Po wyrażeniu zgody na udział w badaniu uczestnicy otrzymali zestaw poniższych ankiet:

1. Ankieta socjodemograficzna składająca się ze standardowych pytań demograficznych, takich jak wiek, płeć, zamieszkanie itd. Dodatkowo zawarto pytania dotyczące obecnych związków ankietowanych.
2. Kwestionariusz lęku : Kwestionariusz STAI (*State-Trait Anxiety Inventory*), czyli Inwentarz Stanu i Cechy Lęku — narzędzie badawcze obejmujące dwie podskale, X-1 oraz X-2, odnoszące się do pomiaru lęku jako stanu emocjonalnego oraz lęku pojmowanego jako cechy. Badany musi odpowiedzieć łącznie na 40 pozycji, mając do dyspozycji po cztery kategorie odpowiedzi.
3. Kwestionariusz Własnej Seksualności (KWS) składający się z 67 pytań oceniających funkcjonowanie seksualne. Każde pytanie ma aż 5 podtypów odpowiedzi.
4. Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych (KZS-K) dla kobiet prezentujący symptomy diagnostyczne dysfunkcji seksualnych na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

5. Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych (KZS-M) — odpowiednik męski badania ankietowego opisanego w punkcie 4.
6. Skala Mell-Krat, posiadająca oddzielne wersje dla kobiet i mężczyzn — obie skupiające się na analizie potrzeb seksualnych badanych.
7. Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI, *Female Sexual Function Index*) dziewiętnastopunktowe badanie dotyczące funkcjonowania seksualnego kobiet w okresie ostatnich 4 tygodni, pozwala na wyróżnienie zaburzeń seksualnych z sfery pożądania, podniecenia, orgazmu i satysfakcji.
8. Kwestionariusz zaburzeń erekcji (IIEF, *International Index of Erectile Function*), Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Mężczyzn, stanowi męski odpowiednik FSFI, został skrócony do 5 pozycji obejmujących zaburzenia erekcji [38].

Komisja Bioetyczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego pozytywnie rozpatrzyła przeprowadzenie badań.

Wyniki

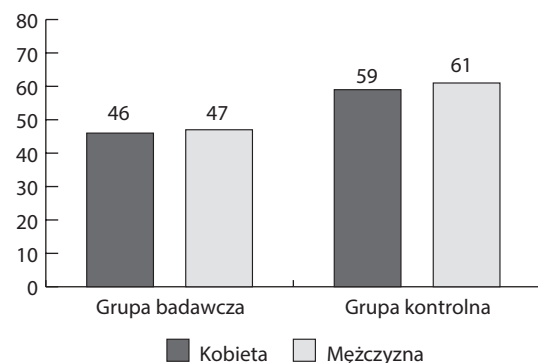
Wyniki analizy statystycznej przeprowadzonych badań ankietowych w obu grupach potwierdziły założone hipotezy. Współwystępowanie chorób psychicznych ma w dużym stopniu wpływ na zadowolenie w życiu seksualnym. W związku z tym pacjenci mają o wiele niższy poziom psychologicznych wskaźników dobrostanu seksualnego. Istotnym czynnikiem okazał się lęk, który dodatkowo współdziałał na niekorzyść pojawiania się trudności sfery funkcjonowania seksualnego pod postacią dysfunkcji. Pacjenci z diagnozą zaburzeń psychicznych w zdecydowanej większości odczuwali niższe zadowolenie z życia seksualnego niż osoby bez zaburzeń. Wysokie odchylenie standardowe (dla gr. badawczej SD [standard deviation] = 16,75, n = 46,25; dla gr. kontrolnej SD = 11,70, n = 61,55) świadczy o dużej rozpiętości otrzymanych wyników, co wskazuje na wysokie zróżnicowanie grupy pod względem tej badanej cechy (tab.1).

Na rycinie 1 przedstawiono zestawienie średnich wyników badania cechy „zadowolenie z życia seksualnego”

w kwestionariuszu KWS nie tylko z podziałem na grupę badawczą i kontrolną, ale również z wyłonieniem zróżnicowania pod tym względem płci.

Analizując ankiety przeznaczone dla płci żeńskiej, badane respondentki, które zgłaszały leczenie psychiatryczne, znacznie częściej przejawiały tendencje do braku odczuwania bądź odczuwania, o wiele niższej intensywności, satysfakcji seksualnej. Przemawia za tym korelacja, gdzie r wynosił 0,44, pokazana na wynikach skali w kwestionariuszu FSFI dla czynnika „zdiagnozowania psychiatrycznego”.

W grupie badawczej równie częściej występowały zaburzenia seksualne. Istotna korelacja dodatnia ($r = 0,48$, $p < 0,05$) w badaniu KZS-S w kategorii „zaburzenia seksualne” wskazywała, że kobiety znajdujące się w grupie badawczej osiągały wyższy wynik w tej sekcji niż kobiety w grupie kontrolnej. Świadczy to o przeważającej tendencji do zaburzeń seksualnych u kobiet z zaburzeniami psychicznymi. U mężczyzn sklasyfikowanych jako chorzy psychicznie też zaobserwowano powszechne występowanie dysfunkcji seksualnej. Wyniki kwestionariusza IIFE wykazały u nich znacznie częstsze problemy z wywołaniem i utrzymaniem erekcji ($r = 0,52$, $p < 0,05$). Natomiast analiza wyników Mell-Krat wyodrębniła



Rycina 1. Statystyczne wyniki Kwestionariusza Własnej Seksualności z kategorii „zadowolenie z życia seksualnego” w grupie pacjentów psychiatrycznych i osób zdrowych
Figure 1. Results of ‘satisfaction with sex life’ in psychiatric patients and in control group

Tabela 1. Wyniki grup w zakresie badania cechy „zadowolenie z życia seksualnego”

Table 1. Comparison of group results of ‘satisfaction with sex life’

	Średnia (n)	Odchylenie standardowe (SD)	Minimalna wartość	Maksymalna wartość
Grupa badawcza	46,25	16,75	18	83
Grupa kontrolna	61,55	11,70	33	82
Suma	53,9	16,29	18	83

w tej grupie kolejną też istotną statystycznie korelację ($r = 0,43$, $p < 0,05$) — niższy popęd seksualny lub całkowity brak interakcji seksualnych wśród chorych. Za pomocą kwestionariusza FSFI wykazano wysoką korelację pomiędzy poziomem lęku a satysfakcją seksualną oraz zadowoleniem z życia seksualnego. W pierwszym przypadku siła korelacji wyniosła $r = -0,5$ ($p < 0,05$), co oznacza, że poziom lęku jest istotnym czynnikiem wpływającym na satysfakcję seksualną. Taka zależność mówi, że wraz ze wzrostem poziomu lęku satysfakcja seksualna jest niższa. Zależność nie ma ustalonego kierunku, może więc zachodzić w odwrotną stronę — osoby odczuwające mniejszą satysfakcję seksualną odczuwają według ankiet wyższy poziom lęku. W kolejnym przypadku siła korelacji $r = -0,4$ ($p < 0,05$), wskazuje na zależność poziomu odczuwanego lęku do zadowolenia z życia seksualnego — pacjenci osiągający wyższe wyniki w sekcji mówiącej o poziomie odczuwanego lęku osiągnęli niższe wyniki w sekcji dotyczącej zadowolenia z życia seksualnego. Tutaj również zależność nie ma zdefiniowanego kierunku, tak więc związek przyczynowo-skutkowy nie może być jednoznacznie określony, aczkolwiek zależność wyników osiąganych przez pacjentów jest oczywista. Wykonanie analiz udowodniło, że lęk jako cecha był skorelowany ujemnie z zadowoleniem z własnego życia seksualnego niezależnie od obecności chorób psychicznych. Im bardziej dana jednostka deklarowała występowanie wysokiego poziomu lęku w jej codziennym funkcjonowaniu, tym mniej była usatysfakcjonowana z tej sfery. Lęk jako cecha korelował również ujemnie ($r = 0,41$, $p < 0,05$) z zadowoleniem z własnego wyglądu. Im bardziej jednostka odczuwa lęk, tym mniej jest zadowolona ze swojego wyglądu, lub im jednostka jest mniej zadowolona ze swojego wyglądu, tym bardziej odczuwa lęk (jest mniej pewna siebie). Zestawienie lęku z występowaniem zaburzeń seksualnych przyniosło wysokie wyniki potwierdzające, że lęk ma wpływ na funkcjonowanie seksualne, a tym samym na całokształt dobrostanu psychicznego ($r = 0,55$).

Należy mieć jednak na uwadze, że powyższe badanie nie jest całkowicie pozbawione kilku zasadniczych ograniczeń, to może stanowić istotny powód do dalszych rozważań w zakresie funkcjonowania seksualnego — szczególnie i w większym zakresie w grupie pacjentów psychiatrycznych. Respondenci nie podawali prawdziwych informacji przede wszystkim ze względu na swój obszar tematyczny, który nadal należy do wstydliwych aspektów życia czy też z powodu natłoku sporej ilości i długości zastosowanych kwestionariuszy ankietowych. Dodatkowo terytorium badania ograniczono do jednej placówki, nie można więc odnieść się całkowicie do ogólnokrajowej sytuacji.

Dyskusja

W literaturze wątki całościowego oglądu na stan psychofizyczny pacjenta i jego zdrowie psychiczne czy choroby wpływające w konsekwencji na życie seksualne, a przede wszystkim na zaistnienie dysfunkcji seksualnych, poruszane są niezwykle rzadko [11]. Jednak z zaprezentowanych efektów badania jasno wynika, że nie należy pomijać tematu problemów sfery seksualnej u osób ze schorzeniami psychicznymi.

Jeżeli zdrowie seksualne składa się na jakość funkcjonowania człowieka, to oczywistym jest, że obniżenie zadowolenia ze sfery seksualnej będzie również wynikać z zaburzeń stanu zdrowia psychicznego jednostki [42]. Potwierdzeniem tego są rezultaty powyższych badań ankietowych mówiące, że pacjenci psychiatryczni uzyskali zdecydowanie niższe wyniki w obszarze satysfakcji ze swojego życia seksualnego. Porównując takie wnioski z przemyśleniami uzyskanych w innych badaniach niejednokrotnie odnajduje się takie same konkluzje. Jest to widoczne zarówno w niniejszej pracy, jak i na przykład badaniach z lat 80. ubiegłego wieku u chorych na schizofrenię. Kobiety klasyfikowane jako chore psychiczne miały znacznie mniej satysfakcjonujące życie seksualne [48, 49]. Innym potwierdzającym przykładem są badania pacjentów z 2016 roku odbyte w NPOZ ALTERMED w Katowicach. Tam również okazało się, że osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych charakteryzowało wyraźne obniżenie poziomu satysfakcji seksualnej i negatywne oceny swojego życia seksualnego [46].

U osób z różnymi schorzeniami psychicznymi zaobserwowano nie tylko brak zadowolenia, ale również powszechność współwystępowania trudności w sferze seksualnej. Grupa badawcza przejawiała znacznie większą tendencję do rozwoju dysfunkcji seksualnych niż grupa kontrolna. Istotna była korelacja umiarkowana dwóch zmiennych, a mianowicie grupy badawczej z zaburzenia seksualnymi. Udowodniła, że pacjenci psychiatryczni wskazują znaczne tendencje do rozwijania różnych dysfunkcji erotycznych. Tutaj grupa mężczyzn, zaliczanych do grupy chorych, częściej doświadczała problemów z potencją oraz popędem. w ankietach pacjentek również wykryto częstsze występowanie różnorodnych zaburzeń. Stwierdzenie, że zdiagnozowane zaburzenia psychiczne są poniekąd odpowiedzialne za zwiększoną obecność zaburzeń w funkcjonowaniu seksualnym [5, 50] widać na przykład w badaniach Kennedy'ego i Rizvi [51]. Wykazali oni, że u objętych badaniem zgromadzeniu osób z depresją aż 50% kobiet oraz 40% mężczyzn rozwinęło takie problemy [47, 51]. Podobne wyniki występują w badaniach prowadzonych wśród osób chorujących na schizofrenię [52, 53].

Głównym celem niniejszej pracy była przede wszystkim weryfikacja zależności pomiędzy poziomem odczuwane-

go lęku (jako cechy i jako stanu bieżącego) a poziomem funkcjonowania seksualnego zwłaszcza wśród osób leczonych psychiatrycznie. Miało to zwrócić uwagę na istotne czynniki występowania. Oprócz tego, że osoby leczone psychiatrycznie częściej w ogóle miały styczność z przeżywaniem lęku, to w wyniku tego wykazano u nich zwiększone predyspozycje w kierunku odchylenia w sferze seksualnej. Ciekawa była też zależność mówiąca o tym, że osoby odczuwające lęk mają większe predyspozycje do rozwinięcia chorób psychicznych. Niezależnie od tego, czy występował jako jedynie chwilowy stan czy ciągła cecha, wywierał silny wpływ w funkcjonowaniu seksualnym pacjentów. Chociaż odkryto znaczące powiązanie obecności lęku z zaburzeniami sfery seksualnej jednocześnie w grupie chorych, to rozróżnienie na płci pokazało już odmienne zależności [17]. U kobiet nie zauważono konkretnych problemów seksualnych. Natomiast w grupie mężczyzn lęk jako tymczasowy stan wiązał się z potencją — im intensywniejszy lęk, tym większe problemy z potencją lub odwrotnie. Lęk przejawiający się regularnie oddziaływał negatywnie na popęd. Istnieje wiele przykładów prac udowadniających powyższe zależności. Doświadczenie kliniczne, w którym w 2007 roku wzięło udział ostatecznie 104 pacjentów z zaburzeniami lękowymi, uczęszczających na terapie grupowe, także potwierdziło założenia jednoczesnego występowania obu zjawisk. W badanej grupie aż 57% mężczyzn deklaroowało obecność objawów obniżenia popędu seksualnego, a trudności w utrzymaniu erekcji 47%. Natomiast kobiety najbardziej doświadczały objawów anorgazmii [2]. Te tendencje są powielane w badaniach prowadzonych na większą skalę. Badanie Tejkowskiego [54] wśród pacjentów zarówno z zaburzeniami nerwicowymi, jak i osobowości pozwoliło na przykład potwierdzić związek rozpowszechniania problemów seksualnych z lękiem. Z kolei Araszkievicz i Krzemińska [55] w swoich rozważaniach podają, że odchylenia seksualne zdiagnozowano aż u 75% cierpiących z powodu lęku napadowego, a fobię społeczną u 33%. Spore trudności w aspekcie seksualnym życia badanych wynikające w dużej mierze z wysokiego wskaźnika wpływu lęku były widoczne we wcześniej przytoczonym badaniu w ALTERMED. Rezultaty wykazały, że osoby z grupy pacjentów dużo bardziej odczuwały lęk przed

samym stosunkiem seksualnym, jak i w ogóle przed związkami seksualnymi, co przekładało się na trudności w prawidłowym funkcjonowaniu seksualnym [46]. Z występowaniem lęku dotyczącego funkcjonowania seksualnego mogą się również wiązać aspekty relacyjne, takie jak na przykład obawa przed zdradą [56]. Aspekty te powinny być również uwzględniane w analizie nastawienia lękowego pacjenta.

Wnioski

1. Osoby z grupy badawczej oceniają życie seksualne powszechnie jako mniej satysfakcjonujące niż przedstawiciele grupy kontrolnej.
2. Pacjenci psychiatryczni znacznie częściej przejawiają występowanie dysfunkcji seksualnych niż osoby zdrowe.
3. U osób ze współwystępowaniem lęku czy zaburzeń lękowych dosyć często obserwuje się dysfunkcje seksualne, a w związku z tym poziom zadowolenia z życia jest u nich znacząco niższy.
4. Osoby z grupy badawczej wykazały niższy poziom psychologicznych wskaźników dobrostanu seksualnego niż osoby z grupy kontrolnej.
5. Z powyższych rozważań wynika, że do osiągnięcia dobrostanu psychicznego niezbędne jest zadbanie o każdą sferę funkcjonowania człowieka, w tym również sferę seksualną i związane z nią funkcje seksualne populacji.

Powyższe rozważania wraz z zaprezentowanymi wynikami, dyskusją i wnioskami ukazują istotność obszaru ludzkiego życia, jaki stanowi funkcjonowanie seksualne względem utrzymywania bądź odzyskiwania jego ogólnego dobrostanu. Osobom z diagnozą psychiatryczną znacznie trudniej jest go osiągnąć. Są dużo bardziej narażone na brak zadowolenia z życia seksualnego, dysfunkcje seksualne, co wpływa na ich ogólne samopoczucie, a przede wszystkim na przebieg rekonwalescencji. Chociaż korelacje lęku z życiem seksualnym pacjentów jest nadal rzadko poruszany tematem, wykazano, że lęk jest przewodnim czynnikiem wpływającym dodatkowo na zaburzenia seksualne zwłaszcza w tej grupie osób. Zaniechanie lub pominięcie może wręcz dodatkowo nasilać lub zapoczątkowywać rozwój innych zaburzeń psychicznych. Dlatego tak istotne jest zwrócenie uwagi na ten aspekt życia zarówno u chorych, jak i zdrowych.

Streszczenie

Wstęp: *Funkcjonowanie seksualne to ważna płaszczyzna funkcjonowania człowieka, a jego satysfakcjonujący poziom jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu psychicznego. Jednak według wielu doniesień, w grupie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest to płaszczyzna szczególnie narażona na występowanie dysfunkcji, zarówno w sferze somatycznej, jak i psychicznej. Celem pracy jest zweryfikowanie zależności pomiędzy poziomem odczuwanego lęku a poziomem funkcjonowania seksualnego wśród osób leczonych psychiatrycznie.*

Materiał i metody: W badaniu wzięło udział 40 pacjentów leczonych psychiatrycznie w wieku 18–65 lat, spełniających kryteria rozpoznania zaburzeń psychicznych, oraz 40 zdrowych osób, które wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu. Wykorzystano Kwestionariusz Własnej Seksualności (KWS), Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI), Kwestionariusz zaburzeń erekcji (IIEF), Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych (KZS-K, KZS-M) oraz Skalę Mell-Krat oddzielne dla kobiet i mężczyzn oraz kwestionariusz lęku: STAI, czyli Inwentarz Stanu i Cechy Lęku.

Wyniki: Porównanie grupy badawczej z grupą kontrolną wykazało korelację stanu psychicznego z zaburzeniami funkcji seksualnych. W grupie badawczej równie częściej występowały zaburzenie seksualne. Istotna korelacja dodatnia ($r = 0,48$, $p < 0,05$) w badaniu KZS-S w kategorii „zaburzenia seksualne” wskazywała, że kobiety znajdujące się w grupie badawczej osiągały wyższy wynik w tej sekcji niż kobiety w grupie kontrolnej. U mężczyzn sklasyfikowanych jako chorzy psychicznie też zaobserwowano powszechne występowanie dysfunkcji seksualnej. Wyniki kwestionariusza IIFE wykazały u nich znacznie częstsze problemy z wywołaniem i utrzymaniem erekcji ($r = 0,52$, $p < 0,05$).

Wnioski: Pacjenci psychiatryczni są zdecydowanie mniej zadowoleni ze swojego życia seksualnego niż osoby zdrowe, częściej dochodzi u nich do dysfunkcji seksualnych. U osób ze współwystępowaniem lęku czy zaburzeń lękowych znacznie częściej obserwuje się dysfunkcje seksualne. Udowadnia to potrzebę badania sfery seksualnej pacjentów w celu poprawy ich samopoczucia.

Psychiatria 2019; 16, 3: 124–131

Słowa kluczowe: seksualność, lęk, zaburzenia psychiczne, dysfunkcje seksualne

Piśmiennictwo

- McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, et al. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 2016; 13(2): 135–143, doi: [10.1016/j.jsxm.2015.12.019](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.019), indexed in Pubmed: [26953828](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26953828/).
- Jodko A, Łowacz J, Kokoszka J. Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych. *Seksuologia Polska.* 2008; 26–32.
- Clayton AH, Alkis AR, Parikh NB, et al. Sexual dysfunction due to psychotropic medications. *Psychiatr Clin North Am.* 2016; 39(3): 427–463, doi: [10.1016/j.psc.2016.04.006](https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.006), indexed in Pubmed: [27514298](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27514298/).
- Oettingen J. Dysfunkcje seksualne — podejście oparte na teorii poznawczej. *Seksuologia Polska.* 2013; 68–70.
- Colón Vilar G, Concepción E, Galyner I, et al. Assessment of sexual fantasies in psychiatric inpatients with mood and psychotic disorders and comorbid personality disorder traits. *J Sex Med.* 2016; 13(2): 262–269, doi: [10.1016/j.jsxm.2015.12.020](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.020), indexed in Pubmed: [26803456](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26803456/).
- Izdębski Z. Wprowadzenie do seksualności człowieka. In: *Seksuologia Polaków na początku XXI wieku. Studium badawcze.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012: 48–49.
- Internetowa encyklopedia PWN. [https://encyklopedia.pwn.pl/\(26.02.2018\)](https://encyklopedia.pwn.pl/(26.02.2018)).
- Kucz EA. Biologiczne aspekty seksualności człowieka. In: Beisert M. ed. *Seksualność w cyklu życia człowieka.* Zakład wydawniczy K. Domke, Poznań 2004: 29–35.
- Beisert M. Psychofizjologia Seksualności. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 83–84.
- Lew-Starowicz Z. Seksuologia psychospołeczna. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 25–33.
- Żalustowicz A. Osoby z zaburzenia psychicznymi mieszkające w domu pomocy społecznej—niektóre właściwości rozwoju i funkcjonowania seksualnego. *Nowiny Lekarskie.* 2011: 373–382.
- Lew-Starowicz, Z. Zaburzenia seksualne uwarunkowane kulturowo. W: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz i V. Skrzypulec-Plinta, redaktorzy *Seksuologia.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 525–531.
- Flatow E. Zdrowie seksualne w podstawach i zachowaniach studentów. Studium porównawcze na przykładzie Angli i Francji., Poznań 2011.
- Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne. *Termedia, Poznań 2017: 11–13.*
- Brzeska A, Marcinek P. Problematyka seksuologiczna w szpitalu psychiatrycznym. *Seksuologia Polska.* 2008: 57–58.
- Kuczyński W, Rzewuska M, Luks M. Wpływ leków przeciwpsychotycznych na funkcje seksualne. *Seksuologia Polska.* 2003: 23–29.
- Basson R, Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond).* 2018; 14: 1745506518762664, doi: [10.1177/1745506518762664](https://doi.org/10.1177/1745506518762664), indexed in Pubmed: [29649948](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29649948/).
- Lew-Starowicz M. Problemy seksualne w psychiatrii. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec-Plinta V. ed. *Seksuologia.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 425–438.
- Waldinger MD. Psychiatric disorders and sexual dysfunction. *Handb Clin Neurol.* 2015; 130: 469–489, doi: [10.1016/B978-0-444-63247-0.00027-4](https://doi.org/10.1016/B978-0-444-63247-0.00027-4), indexed in Pubmed: [26003261](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26003261/).
- Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol.* 2008; 23(3): 201–209, doi: [10.1002/hup.924](https://doi.org/10.1002/hup.924), indexed in Pubmed: [18338766](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18338766/).
- 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](https://doi.org/10.1093/schbul/sbv001), indexed in Pubmed: [25721311](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25721311/).
- Williams K, Reynolds M. Sexual Dysfunction in Major Depression. *CNS Spectrums.* 2014; 11(S9): 19–23, doi: [10.1017/s1092852900026729](https://doi.org/10.1017/s1092852900026729).
- Grover S, Mattoo SK, Pendharkar S, et al. Sexual dysfunction in patients with alcohol and opioid dependence. *Indian J Psychol Med.* 2014; 36(4): 355–365, doi: [10.4103/0253-7176.140699](https://doi.org/10.4103/0253-7176.140699), indexed in Pubmed: [25336765](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25336765/).
- Małus A, Galińska-Skok B, Konarzewska B, et al. Podejmowanie tematów seksualnych w rozmowie lekarza z pacjentem w ambulatoryjnym leczeniu psychiatrycznym. *Seksuologia Polska.* 2014: 51–57.
- Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosom Med.* 2008; 29: 89–106, doi: [10.1159/000126626](https://doi.org/10.1159/000126626), indexed in Pubmed: [18391559](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18391559/).
- Berner M. [Sexual dysfunction associated with psychotropic drugs and treatment options]. *Nervenarzt.* 2017; 88(5): 459–465, doi: [10.1007/s00115-017-0307-1](https://doi.org/10.1007/s00115-017-0307-1), indexed in Pubmed: [28321467](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28321467/).
- Gmitrowicz A, Kropiwnicki P. Zaburzenia lękowe. <http://a.umed.pl/psychiatria/dydaktyka/2016/Zaburzenia%20lekowe>. (12.03.2019).
- Chuchra M, Pawłowska B. Współzależności między lękiem a przedchorobowym i aktualnym obrazem siebie u chorych na schizofrenię paranoidalną. *Psychiatria Polska.* 2005: 327–336.
- Kozłowska I, Świąćki Ł. Lęk w przebiegu innych zaburzeń psychicznych. In: *Nie bój się lęku.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 88–94.

30. Jackowska E. Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*. 2009; 655–670.
31. Herek G. Confronting sexual stigma and prejudice: theory and practice. *Journal of Social Issues*. 2007; 63(4): 905–925, doi: [10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00544.x).
32. Lipczyński, A. Lęk dezintegracyjny u chorych na schizofrenię- [www.psychiatria.pl](http://www.psychiatria.pl/artyku/lek-dezintegracyjny-u-chorych-na-schizofrenie/732). <http://www.psychiatria.pl/artyku/lek-dezintegracyjny-u-chorych-na-schizofrenie/732> (2.05.2019).
33. Koszewska I, Świącicki Ł. Rodzaje zaburzeń lękowych. In: Nie bój się lęku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 36–55.
34. Zięba A, Siwek M, Wróbel A, et al. Miejsce lęku w obrazie psychopatologicznym depresji. Lęk i depresja. 2003: 87–97.
35. Jaeschke R, Siwek M, Grabski B, et al. Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. *Psychiatria*. 2010; 189–197.
36. Preeti S, Jayaram SD, Chittaranjan A. Sexual Dysfunction in Patients with Antidepressant-treated Anxiety or Depressive Disorders: a Pragmatic Multivariable Longitudinal Study. *East Asian Arch Psychiatry*. 2018; 28(1): 9–16, indexed in Pubmed: [29588433](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29588433/).
37. Koszewska I, Świącicki Ł. Lęk a osobowość. In: Nie bój się lęku. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008: 83–87.
38. Hammen C. Definiowanie i diagnozowanie depresji. In: Trzebiatowska M. ed. *Depresja*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006: 29–33.
39. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev*. 2009; 29(7): 573–585, doi: [10.1016/j.cpr.2009.06.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.007), indexed in Pubmed: [19632022](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19632022/).
40. McCabe M, Althof SE, Assalian P, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med*. 2010; 7(1 Pt 2): 327–336, doi: [10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x), indexed in Pubmed: [20092442](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092442/).
41. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, et al. Lęk – cecha i lęk – stan u pacjentów leczonych intensywną, krótkoterminową psychoterapią grupową z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości. *Psychiatria Polska*. 2017; 1165–1179.
42. Kayhan F, Küçük A, Satan Y, et al. Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12: 349–355, doi: [10.2147/NDT.S99160](https://doi.org/10.2147/NDT.S99160), indexed in Pubmed: [26937190](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26937190/).
43. Lew-Starowicz M. Zaburzenia erekcji. In: Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z, Skrzypulec-Plinta V. ed. *Seksuologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 260–275.
44. Zhang X, Tang D, Xu C, et al. The relationship between self-estimated intravaginal ejaculatory latency time and International Prostate Symptom Score in middle-aged men complaining of ejaculating prematurely in China. *J Sex Med*. 2015; 12(3): 705–712, doi: [10.1111/jsm.12811](https://doi.org/10.1111/jsm.12811), indexed in Pubmed: [25630352](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25630352/).
45. Corretti G, Baldi I. The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatric Times*. 2007.
46. Kwiatkowska S, Kocur D. Życie seksualne pacjentów cierpiących na wybrane zaburzenia nerwicowe. *Seksuologia Polska*. 2017: 9–16.
47. Bossini L, Fortini V, Casolaro I, et al. Dysfunkcje seksualne, choroby psychiczne jakość życia – praca przeglądowa. *Psychiatria Polska*. 2014: 715–726.
48. Janus M, Szulc A. Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie. *Seksuologia Polska*. 2015: 31–35.
49. Brodniak WA, Kasperek-Zimowska B B, Sarol-Kulka A. Zaburzenia seksualne w chorobach psychicznych. In: Ostrowska A. ed. *O seksualności osób niepełnosprawnych*. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2007: 65.
50. Wróbel M, Mosiołek A. Dysfunkcje seksualne w przebiegu zaburzeń depresyjnych. *Psychiatria*. 2018; 15(1): 39–44.
51. Kennedy SH, Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *J Clin Psychopharmacol*. 2009; 29(2): 157–164, doi: [10.1097/JCP.0b013e31819c76e9](https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e31819c76e9), indexed in Pubmed: [19512977](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19512977/).
52. Jakima S, Murawiec S. Problemy seksualne w schizofrenii. *Seksuologia Polska*. 2008; 2: 83–90.
53. Chojnowski J, Wiedłocha M, Mosiołek A. Zaburzenia seksualne u pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria*. 2017; 14(1): 35–39.
54. Tejkowski S. Zaburzenia seksualne u pacjentów chorujących na nerwicę i zaburzenia osobowości. *Psychoter*. 1986; 58(3): 39–46.
55. Araszkievicz A, Krzemińska A. Zaburzenia seksualne u pacjentów z zespołem lęku napadowego i zespołem lęku społecznego. *Psychiatria Ogólna*. 2013; 27: 31.
56. Jankowiak B, Waszyńska K. Postawy wobec związków intymnych mężczyzn hetero-, homo- i biseksualnych. *Psychiatria*. 2017; 14(4): 232–241.