

Monika Czepukojć¹, Weronika Dębowska², Marta Dagmara Dębowska²

Wydział Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Funkcje seksualne a samoocena u osób z depresją

Sexual function and self-esteem in depressive people

Abstract

Introduction: Human sexuality is an essential element of every individual's life, and sexual health is one of human rights. Sexual disorders affect different population groups, but people with depression are particularly at risk, which is becoming an increasingly serious social and medical problem. Both the disease and associated side effects of pharmacological treatment can cause sexual problems and sexual dysfunctions can contribute to the development of depression. Self-esteem, which is understated in people with depression, contributes to the development and maintenance of sexual dysfunctions.

Material and methods: There were 72 respondents included in the research. The research group consisted of 32 respondents with depressive episode, the control group comprised 40 without psychiatric disorders. Research questionnaires have been used: The Female Sexual Function Index (FSFI), International Index of Erectile Function (IIEF-5), polish version of the Mell-Krat Scale, the Questionnaire of Sexuality (KWS), The Questionnaire of Sexual Disorders (KZM), Beck Depression Inventory (BDI), polish version of the Adjective Check List (ACL), Rosenberg Self-Esteem Scale (SES).

Results and conclusion: The results showed a significantly lower level of self-esteem in people diagnosed with depressive episode and inferior sexual functioning, significantly in terms of sexual satisfaction. The relationship between the level of self-esteem and sexual satisfaction was demonstrated.

Psychiatry 2020; 17, 3: 121–129

Key words: sexual function, self-esteem, depression

Wstęp

Seksualność jest jedną z podstawowych składowych życia każdego człowieka — niezbędną do prawidłowym rozwoju i kształtowaniu osobowości. Obejmuje funkcjonowanie seksualne, identyfikację i rolę płciową, orientację seksualną, erotyzm, pożądanie, intymność i reprodukcję [1]. Powstaje na skutek wzajemnych oddziaływań czynników biologicznych (układ płciowy, różnice anatomiczne i fizjologiczne u obu płci, determinacja genetyczna, udział hormonów i neuroprzekaźników), psychologicznych (złożoność osobowości, temperament, emocje jednostki, rozwój psychoseksualny, sposób postrzegania własnej osoby, umiejętności budowania relacji międzyludzkich) oraz społeczno-kulturowych (wpływy

kulturowe, etyczne, religijne, edukacja, przyjęte normy, stereotypy, mity, edukacja) [2].

Zdrowie seksualne według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) jest fundamentalnym prawem człowieka, opierającym się na jedenastu prawach Powszechnej Deklaracji Praw Seksualnych z 2002 roku. Prawa stanowią, iż każdej istocie ludzkiej przysługują wolność, równość, niezależność i bezpieczeństwo ciała seksualnego. Deklaracja wskazuje także na etyczność, rzetelność i charakter naukowy informacji o seksualności człowieka oraz powszechny dostęp zarówno do seksualnej edukacji, jak i opieki zdrowotnej, której celami są profilaktyka i interwencja w przypadku problemów zdrowia seksualnego [3]. Na niemal identycznych postulatach opiera się Deklaracja Praw Seksualnych Człowieka Według Światowej Organizacji Zdrowia Seksualnego z 2014 roku, która porusza także zagadnienia dotyczące dyskryminacji, przemocy seksualnej wraz z dostępem do wymiaru sprawiedli-

Adres do korespondencji:

Marta Dagmara Dębowska

Klinika Psychiatryczna

WNoZ WUM

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

wości w sytuacjach naruszenia lub pogwałcenia praw seksualnych [4].

Obecnie obowiązująca w Polsce dziesiąta edycja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO (ICD-10, *International Classification of Diseases and Related Health Problems*) definiuje dysfunkcję seksualną jako utrzymujące się przez minimum sześć miesięcy „różne zaburzenia, z powodu których pacjent nie jest w stanie uczestniczyć w stosunkach seksualnych w sposób przez siebie pożądany” [5]. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni cierpiący z powodu dysfunkcji seksualnych, wykazują mniej pozytywnych reakcji na myśli automatyczne podczas aktywności seksualnej. Mężczyźni z dysfunkcjami przeżywają znacząco więcej smutku, rozczarowania, lęku, a mniej przyjemności i deklarują niższą satysfakcję seksualną w porównaniu z mężczyznami bez problemów seksualnych. Kobiety cierpiące z powodu dysfunkcji seksualnych również doznają mniej przyjemności i satysfakcji seksualnej przy nasileniu uczucia smutku, rozczarowania, a także winy i złości [6]. Problemy zdrowia seksualnego wpływają na stosunki międzyludzkie, funkcjonowanie zawodowe i społeczne. Odciskają również piętno na samoocenie w roli mężczyzny lub kobiety oraz w ogólnym stanie zdrowia psychicznego, będąc przyczyną różnych zaburzeń psychicznych, w tym depresji [7, 8].

Zaburzenia depresyjne są poważnym problemem społecznym i medycznym, co roku powszechność w populacji wynosi 6,9% [9], a ryzyko wystąpienia depresji w ciągu życia wynosi odpowiednio 5–12% u mężczyzn, 10–25% u kobiet. Początek oraz nawroty chorób afektywnych, w tym depresji, są poprzedzone wydarzeniami stresowymi o typie egzogennym lub endogennym u 30–60% chorych [10]. Według klasyfikacji ICD-10 podstawowe objawy depresyjne to obniżenie nastroju, utrata zainteresowań, zubożenie emocjonalne, zmniejszenie energii prowadzące do zmniejszenia aktywności i zwiększonej męczliwości. Objawy dodatkowe o charakterze poznawczym to osłabienie koncentracji i uwagi, niska samoocena i poczucie własnej wartości, zaburzenia snu i łaknienia, pesymistyczne widzenie przyszłości, tendencje, myśli i czyny samobójcze, wynikające z uporczywego uczucia pustki i utraty sensu życia [5]. W Polsce aż 23% przebadanych pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej spełniło kryteria depresji według ICD-10 [11].

Osoby wykazujące objawy depresyjne znacznie rzadziej pozostają aktywne seksualnie w porównaniu z resztą populacji. Depresja wykazuje większy związek z brakiem aktywności seksualnej niż inne choroby będące czynnikami ryzyka występowania dysfunkcji seksualnych, takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze [12, 13]. Wyniki badań przeprowadzonych przez Becka pokazały, że 61% pacjentów chorych na ciężką depresję nie wykazuje zainteresowania sferą seksualną. Zaburzenia depresyjne

występują częściej u osób pierwotnie zdiagnozowanych w kierunku dysfunkcji seksualnych. Wśród kobiet leczonych z powodu depresji zaburzenia seksualne występują u 50%, a u mężczyzn 40% [14]. Obniżenie popędu seksualnego, które towarzyszy depresji, objawia się u mężczyzn zaburzeniami erekcji, które mogą nawet przybrać formę impotencji. U chorych mężczyzn w starszym wieku występowanie zaburzeń erekcji wynosi 100%. Natomiast u kobiet występują hipolibidemia oraz anorgazmia (25%) [12]. Mężczyźni cierpiący z powodu depresji mają mniej partnerek seksualnych, wykazują niższe poczucie własnej wartości w roli partnera seksualnego i satysfakcji seksualnej [15]. Wykazano, że dysfunkcje seksualne oraz zaburzenia depresyjne korelują ze sobą, mogą wywoływać lub nasilać się wzajemnie, a leczenie jednego schorzenia wpływa na poprawę drugiego [16, 17]. Dysfunkcje seksualne mogą być również skutkiem ubocznym farmakoterapii w przebiegu depresji i są często powodem przedwczesnego przerwania terapii [15]. Samoocena jest definiowana przez Jamesa [18], twórcę tego terminu, jako „subiektywna ocena powstająca na bazie dokonania bilansu osobistych sukcesów i porażek”. Samoocena polega na porównaniu siebie ze wzorcem, pod kątem różnych domen — społecznych, psychicznych i fizycznych. Wzorcem mogą być inne osoby lub „Ja idealne”. Wyróżnia się samoocenę cząstkową, która cechuje się zmiennością zależną od czynników sytuacyjnych i dotyczy konkretnych aspektów, cech, osiągnięć osoby, oraz samoocenę globalną, która jest względnie stała i reprezentuje ogólny stosunek do siebie [8, 19]. Samoocena globalna, rozumiana jako poczucie własnej wartości jest całościową oceną własnej osoby, na którą składa się wiele komponentów od atrakcyjności fizycznej, poprzez kompetencje, aż do samoakceptacji i poczucia bycia kochanym. Samoocena koreluje z wieloma płaszczyznami życia człowieka, warunkując codzienne funkcjonowanie, a także wpływając na jakość życia [19, 20]. Wykazano, że niska samoocena, która towarzyszy zaburzeniom depresyjnym, jest czynnikiem wpływającym na rozwój i utrzymanie dysfunkcji seksualnych [21].

Celem pracy jest analiza zależności samooceny ogólnej oraz funkcjonowania seksualnego u osób z depresją. Postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Osoby w trakcie epizodu depresyjnego będą prezentować niższą ogólną samoocenę niż osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych.
2. U osób z rozpoznaniem epizodem depresyjnym częściej niż w grupie bez diagnozy zaburzeń psychicznych będą występowały dysfunkcje seksualne.
3. W grupie osób bez diagnozy zaburzeń psychicznych poziom satysfakcji z życia seksualnego będzie większy niż u osób z rozpoznaniem epizodem depresyjnym.

4. Poziom samooceny kształtuje poziom satysfakcji seksualnej, a zależność ta jest szczególnie widoczna w grupie osób z zaburzeniami depresyjnymi.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 32 badanych z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (grupa badawcza) oraz 40 osób bez diagnozy zaburzeń psychicznych (grupa kontrolna). Grupa badawcza liczy 21 kobiet w wieku 18–45 lat (M [mean] = 26,86, SD [standard deviation] = 7,53) oraz 11 mężczyzn w wieku 20–63 lat (M = 38, SD = 16,93), grupa kontrolna 20 kobiet w wieku 20–42 lat (M = 24,85, SD = 5,48) oraz 20 mężczyzn w wieku 21–51 lat (M = 27,75, SD = 8,33). Grupy nie różniły się znacząco pod względem posiadania dzieci (grupa kontrolna 82,5%, grupa badawcza 71,9%), wykształcenia (grupa kontrolna — wykształcenie wyższe 52,5%, średnie 45%; grupa badawcza — wyższe 40,6%; średnie 43,2%) oraz liczby osób pozostających w związku (grupa kontrolna 72,5%, grupa badawcza 53,1%).

W pracy wykorzystano łącznie dziesięć kwestionariuszy oraz ankietę socjodemograficzną, w tym siedem kwestionariuszy seksuologicznych. Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet (FSFI, *The Female Sexual Function Index*) — narzędzie samooceny służące do określenia funkcjonowania na różnych płaszczyznach seksualnych w okresie ostatnich czterech tygodni. Narzędzie jest wystandaryzowane i posiada wiele wersji językowych. Jest przeznaczone dla kobiet w przedziale wiekowym 18–70 lat. Kwestionariusz zawiera dziewiętnaście pozycji w sześciu podskalach — pożądanie (1 i 2 pytanie), podniecenie (3–6 pytanie), lubrykacja (7–10 pytanie), orgazm (11–13 pytanie), satysfakcja seksualna (13–16 pytanie), bolesność (17–19 pytanie). Punkt odciążenia, który wskazuje na dysfunkcje seksualne kobiet wynosi 26 punktów [21]. Międzynarodowy Indeks Funkcji Seksualnych Mężczyzn wersja skrócona — IIEF-5 (*International Index of Erectile Function*) — wystandaryzowany instrument samooceny funkcji seksualnych, powszechnie uznany za męski odpowiednik FSFI. Indeks składa się z pięciu pozycji, które mają na celu wykrycie zaburzeń erekcji. Jest przeznaczony dla mężczyzn w wieku 19–82 lat [21, 22]. Skala *Mell-Krat K/M* — skale oceniające potrzeby seksualne oraz reaktywność osoby badanej. To najczęstsze narzędzie stosowane w polskich badaniach empirycznych. Istnieją dwa warianty skali — dla kobiet i mężczyzn. Wykorzystano skale w adaptacji Sławomira Jakimy. Możliwe jest uzyskanie od 10 do 80 punktów, gdzie wyniki poniżej 55 informują o dysfunkcji seksualnej [23]. Kwestionariusz Własnej Seksualności KWS — narzędzie stworzone przez dr Martę Dębowską, oceniające psychologiczne aspekty seksualności osób ze

współistniejącymi zaburzeniami psychicznymi, zawiera 67 stwierdzeń — badany ocenia, w jakim stopniu zgadza się z nimi lub nie za pomocą skali od 1 do 5 w trzech okresach: przed wystąpieniem, po wystąpieniu choroby psychicznej oraz w trakcie farmakoterapii. Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych KZS-K/M — narzędzie stworzone również przez dr Martę Dębowską przeznaczone osobom z zaburzeniami psychicznymi, oceniające występowanie objawów dysfunkcji seksualnych zgodnie z kryteriami Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 (F52.0–F52.7). Dostępne są dwa warianty kwestionariusza — dla kobiet i mężczyzn. Pozycje są oceniane w trzech okresach czasu: przed i po wystąpieniu objawów zaburzeń psychicznych oraz w trakcie farmakoterapii. Skala Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Scale*) — instrument służy do pomiaru natężenia objawów depresji, monitorowania dynamiki zmian w nasileniu poszczególnych objawów depresji, oceny jej przebiegu i zmian w trakcie leczenia farmakoterapii i psychoterapii w leczeniu depresji. Skala Depresji Becka składa się z 21 stwierdzeń, które badany musi ocenić w skali od 0 (nie występuje) do 3 (silny objaw). Liczba kolejnych punktów wskazuje na 0–11 brak depresji, 12–19 depresja łagodna, 20–25 depresja umiarkowana, 26–63 depresja ciężka [23]. Lista Przymiotnikowa (ACL, *Adjective Check List*) — wielowymiarowy kwestionariusz stworzony przez Gough i Heilbrun, zestaw 300 określeń przymiotnikowych, spośród których badany wybiera te, które jego zdaniem, opisują go. Jest przeznaczony do badania różnych cech osobowości. Przedmiotem badania mogą być także grupy. Wykorzystuje się go podczas indywidualnej diagnozy, ale także do badania stereotypów lub archetypów kulturowych. Wyniki można opracować w 37 skalach, w których są między innymi skale potrzeb, kontrolne, tematyczne [24]. Skala Samooceny Rosenberga (SES, *Self-Esteem Scale*) — pozwala na zmierzenie ogólnej samooceny, która jest traktowana jako względnie stała cecha. Przeznaczona jest dla młodzieży i dorosłych, zarówno zdrowych, jak i pacjentów psychiatrycznych. Stanowi bardzo popularne na świecie narzędzie. Składa się z dziesięciu stwierdzeń o charakterze diagnostycznym. Za pomocą czterostopniowej skali osoba wskazuje, w jakim stopniu zgadza się lub nie z danym stwierdzeniem. W polskiej adaptacji możliwe jest uzyskanie 10–40 punktów [25]. Do analizy statystycznej wykorzystano program StatSoft, Inc. STATISTICA.

Wyniki

Osoby z rozpoznaniem epizodem depresyjnym osiągnęły M = 29,65 punktów, natomiast w osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych M = 20,27 punktów w skali SES. Mniejsza liczba punktów wskazuje na większy poziom

Tabela 1. Porównanie poziomu samooceny ogólnej mężczyzn w grupach kontrolnej i badawczej**Table 1.** Comparison of self-esteem level in men (research and control group)

Zmienna	Grupa	N	M	SD	TestU Manna- -Whitneya	Test W Wilcoxon	Z	p
SES	Kontrolna	20	19,20	5,48	16,00	226,00	-3,89	0,000
	Badawcza	11	28,45	2,70				

M (mean) — średnia; p — istotność statystyczna dwustronna; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; SES (Self-Esteem Scale) — Skala Samooceny Rosenberga; Z — wynik testu Z

Tabela 2. Porównanie poziomu samooceny ogólnej kobiet w grupach kontrolnej i badawczej**Table 2.** Comparison of self-esteem level in women (research and control group)

Zmienna	Grupa	N	M	SD	TestU Manna- -Whitneya	Test W Wilcoxon	Z	p
SES	Kontrolna	20	21,35	4,65	21,00	231,00	-4,95	0,000
	Badawcza	21	30,29	3,50				

M (mean) — średnia; p — istotność statystyczna dwustronna; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; SES (Self-Esteem Scale) — Skala Samooceny Rosenberga; Z — wynik testu Z

Tabela 3. Samoocena i istotne cechy w grupie kobiet z epizodem depresyjnym (n = 21)**Table 3.** Self-esteem in woman with depressive episode (n = 21)

SES	Zadowolenie seksualne		Potrzeba dominacji		„Ja idealne”		Przymiotniki pozytywne		Potrzeba osiągnięć		Zaufanie do siebie	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p
	-0,812**	0,002	-0,544**	0,009	-0,488*	0,025	-0,457*	0,037	-0,492*	0,024	-0,502*	0,020

ρ — współczynnik korelacji ρ Spearmana; p — istotność statystyczna dwustronna; SES (Self-Esteem Scale) — Skala Samooceny Rosenberga

Tabela 4. Samoocena i istotne cechy w grupie mężczyzn z epizodem depresyjnym (n = 11)**Table 4.** Self-esteem in man with depressive episode (n = 11)

SES	Zaburzenia erekcji		Przystosowanie osobiste		Potrzeba wytrwałości	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p
	-0,611*	,046	-0,642*	,033	-0,605*	,049

ρ — współczynnik korelacji ρ Spearmana; p — istotność statystyczna dwustronna; SES (Self-Esteem Scale) — Skala Samooceny Rosenberga

samooceny. W tabelach 1 i 2 przedstawiono porównanie wyników samooceny ogólnej mężczyzn oraz kobiet w obu grupach.

Samoocena kobiet z depresją była istotnie ($p < 0,05$) ujemnie skorelowana z zadowoleniem seksualnym ($\rho = -0,812$), potrzebą dominacji ($\rho = -0,544$) oraz „Ja idealnym” ($\rho = -0,488$), przymiotnikami pozytywnymi ($\rho = -0,457$), potrzebą osiągnięć ($\rho = -0,492$) a także z zaufaniem do siebie ($\rho = -0,502$) przy $p = 0,01$, natomiast u mężczyzn z zaburzeniami erekcji ($\rho = -0,611$), przystosowaniem osobistym ($\rho = -0,642$) oraz potrzebą wytrwałości ($\rho = -0,605$) przy $p = 0,01$.

Samoocenę i istotne cechy w grupach kobiet i mężczyzn z epizodem depresyjnym przedstawiono w tabelach 3 i 4. Wystąpienie epizodu depresyjnego u kobiet istotnie ujem-

nie skorelowało z satysfakcją seksualną, „Ja idealnym”, przymiotnikami pozytywnymi i zaufaniem do siebie, jednak nie wykazano żadnych istotnych korelacji w grupie mężczyzn. Istotne różnice pomiędzy badanymi grupami mężczyzn dotyczą zaś zadowolenia seksualnego, zadowolenia z własnego wyglądu, zaburzeń erekcji, potrzeb seksualnych oraz reaktywności seksualnej (tab. 5). Różnice w funkcjonowaniu seksualnym kobiet bez zaburzeń psychicznych i z rozpoznaniem epizodem depresyjnym widoczne są na poziomie satysfakcji seksualnej, zadowolenia z życia seksualnego, pożądania oraz w występowaniu zaburzeń seksualnych. Kobiety z grupy badawczej były zdecydowanie bardziej zadowolone z własnego wyglądu niż kobiety z grupy kontrolnej oraz prezentowały mniej dolegliwości bólowych związanych z seksualnością (tab. 6).

Tabela 5. Funkcjonowanie seksualne mężczyzn w grupach kontrolnej i badawczej**Table 5.** Sexual functioning in men (research and control group)

Zmienna	Grupa	N	M	SD	TestU Manna- -Whitneya	Test W Wilcoxona	Z	p
Zadowolenie seksualne	Kontrolna	16	61,81	9,65	5,50	4,50	-279	,005
	Badawcza	8	55,75	7,61				
Zadowolenie z własnego wyglądu	Kontrolna	16	39,13	5,34	,00	39,00	-3,75	,000
	Badawcza	8	49,00	3,78				
Seksualizacja	Kontrolna	16	9,13	3,20	3,00	99,00	-,062	,951
	Badawcza	8	40,62	5,90				
Otwartość seksualna	Kontrolna	16	41,19	2,79	1,50	87,50	-,773	,440
	Badawcza	8	41,62	5,20				
Zaburzenia erekcji	Kontrolna	20	21,30	5,04	4,00	0,00	-3,57	,000
	Badawcza	11	15,09	5,13				
Zaburzenia seksualne KZS-M	Kontrolna	20	37,50	3,80	2,50	48,50	-1,14	,253
	Badawcza	11	36,73	4,03				
Zaburzenia seksualne Mell-Krat M	Kontrolna	20	44,40	5,49	3,50	9,50	-3,58	,000
	Badawcza	11	35,36	5,24				

b — nieskorygowane ze względu na wiązania; KZS-M — Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych, wersja dla mężczyzn; M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; Z — wynik testu Z

W celu wykazania wpływu poziomu samooceny na poziom satysfakcji seksualnej przeprowadzono analizę regresji liniowej. Zmienną zależną było zadowolenie seksualne, mierzone w skali KWS, a predyktorami grupa (0 — bez zaburzeń psychicznych, 1 — z rozpoznaniem epizodem depresyjnym) oraz samoocena mierzona w skali SES. Wpływ poziomu samooceny na poziom satysfakcji seksualnej okazał się istotny statystycznie ($t(69) = -3,41$, $p < 0,01$). Wynik SES większy o 1 pkt, to poziom zadowolenia z satysfakcji seksualnej mniejsze przeciętnie o 0,95 pkt przy założeniu, że pozostałe czynniki pozostają na niezmiennym poziomie. Fakt wystąpienia epizodu depresyjnego lub jego brak okazał się nieistotny statystycznie ($t(69) = -1,03$, $p = 0,307$).

Dyskusja

Istnieje wiele badań opisujących seksualność człowieka w przebiegu chorób somatycznych, a nawet psychicznych, w tym depresji, jednak jest w nich uwzględniany przede wszystkim aspekt biologiczny i wpływ farmakoterapii, a niewiele wiadomo na temat funkcjonowania psychoseksualnego. Niniejsza praca miała na celu przybliżenie właśnie tego aspektu, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu samooceny.

Pierwsza z postawionych hipotez zakłada niższy poziom samooceny osób z rozpoznaniem epizodem depresyjnym niż osób bez zaburzeń psychicznych. Różnica ta została potwierdzona w przeprowadzonym badaniu, jak również w wielu innych, prowadzonych w różnych

grupach wiekowych na przestrzeni lat. Wyniki badań przeprowadzonych wśród nastolatków wskazują na współwystępowanie niskiego poziomu samooceny oraz objawów depresyjnych, ta zależność była szczególnie obserwowana wśród płci żeńskiej [26 i 27]. W kolejnych badaniach wśród zamężnych kobiet i żonatych mężczyzn chorujących na depresję, również potwierdza się silną zależność między omawianymi zmiennymi [28]. Znacząco niższy poziom samooceny u osób z zaburzeniami depresyjnymi wynika z obniżonego nastroju i towarzyszących zniekształconych schematów poznawczych. Mimowolne myśli osób chorujących na depresję mają negatywny wydźwięk, dotyczą zarówno środowiska, przyszłości, jak i obrazu własnej osoby, a ich uwaga jest skupiona szczególnie na bodźce negatywne [29]. Zaburzenia poznawcze w depresji występują u 94% chorych w trakcie epizodu depresyjnego, a nawet po ustąpieniu objawów depresyjnych utrzymują się u 44% chorych [30].

Wynik badania potwierdził również drugą hipotezę dotyczącą częstotliwości występowania dysfunkcji seksualnych — ich poziom jest istotnie wyższy u osób z zaburzeniami depresyjnymi. Na podstawie badania można stwierdzić, że kobiety bez rozpoznania zaburzeń psychicznych lepiej funkcjonują seksualnie od kobiet chorych na depresję, mimo to nie osiągnęły punktu odcięcia (55 pkt.) w kwestionariuszu Mell-Krat K ($M = 50,30$, $SD = 12,88$), co ma związek z występowaniem zaburzeń seksualnych u około ¼ kobiet w polskiej populacji [30].

Tabela 6. Funkcjonowanie seksualne kobiet w grupach kontrolnej i badawczej
Table 6. Sexual functioning in women (research and control group)

Zmienna	Grupa	N	M	SD	Test U Manna-Whitneya	Test W Wilcoxon	Z	p																																																																																																																																																							
Zadowolenie seksualne	Kontrolna	15	67,26	12,62	3,50	09,50	-2,03	,043																																																																																																																																																							
	Badawcza	11	58,00	9,46					Zadowolenie z własnego wyglądu	Kontrolna	17	37,70	5,79	6,00	89,00	-2,70	,007	Badawcza	11	44,36	4,67	Seksualizacja	Kontrolna	15	38,13	4,14	8,50	34,50	-0,733	,464	Badawcza	11	36,09	3,70	Otwartość seksualna	Kontrolna	17	41,59	3,30	1,50	47,00	-0,593	,553	Badawcza	11	40,18	3,52	Pożądanie	Kontrolna	20	4,38	0,91	04,00	35,00	-2,79	,005	Badawcza	21	3,14	1,44	Podniecenie	Kontrolna	20	4,07	1,93	38,50	69,50	-1,87	,061	Badawcza	21	2,94	2,01	Lubrykacja	Kontrolna	20	4,35	1,99	55,50	86,50	-1,43	,152	Badawcza	21	3,24	2,30	Orgazm	Kontrolna	20	3,58	1,98	61,00	92,00	-1,29	,197	Badawcza	21	2,70	2,16	Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104	Badawcza	16	2,81	1,64	Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36
Zadowolenie z własnego wyglądu	Kontrolna	17	37,70	5,79	6,00	89,00	-2,70	,007																																																																																																																																																							
	Badawcza	11	44,36	4,67					Seksualizacja	Kontrolna	15	38,13	4,14	8,50	34,50	-0,733	,464	Badawcza	11	36,09	3,70	Otwartość seksualna	Kontrolna	17	41,59	3,30	1,50	47,00	-0,593	,553	Badawcza	11	40,18	3,52	Pożądanie	Kontrolna	20	4,38	0,91	04,00	35,00	-2,79	,005	Badawcza	21	3,14	1,44	Podniecenie	Kontrolna	20	4,07	1,93	38,50	69,50	-1,87	,061	Badawcza	21	2,94	2,01	Lubrykacja	Kontrolna	20	4,35	1,99	55,50	86,50	-1,43	,152	Badawcza	21	3,24	2,30	Orgazm	Kontrolna	20	3,58	1,98	61,00	92,00	-1,29	,197	Badawcza	21	2,70	2,16	Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104	Badawcza	16	2,81	1,64	Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33								
Seksualizacja	Kontrolna	15	38,13	4,14	8,50	34,50	-0,733	,464																																																																																																																																																							
	Badawcza	11	36,09	3,70					Otwartość seksualna	Kontrolna	17	41,59	3,30	1,50	47,00	-0,593	,553	Badawcza	11	40,18	3,52	Pożądanie	Kontrolna	20	4,38	0,91	04,00	35,00	-2,79	,005	Badawcza	21	3,14	1,44	Podniecenie	Kontrolna	20	4,07	1,93	38,50	69,50	-1,87	,061	Badawcza	21	2,94	2,01	Lubrykacja	Kontrolna	20	4,35	1,99	55,50	86,50	-1,43	,152	Badawcza	21	3,24	2,30	Orgazm	Kontrolna	20	3,58	1,98	61,00	92,00	-1,29	,197	Badawcza	21	2,70	2,16	Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104	Badawcza	16	2,81	1,64	Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																					
Otwartość seksualna	Kontrolna	17	41,59	3,30	1,50	47,00	-0,593	,553																																																																																																																																																							
	Badawcza	11	40,18	3,52					Pożądanie	Kontrolna	20	4,38	0,91	04,00	35,00	-2,79	,005	Badawcza	21	3,14	1,44	Podniecenie	Kontrolna	20	4,07	1,93	38,50	69,50	-1,87	,061	Badawcza	21	2,94	2,01	Lubrykacja	Kontrolna	20	4,35	1,99	55,50	86,50	-1,43	,152	Badawcza	21	3,24	2,30	Orgazm	Kontrolna	20	3,58	1,98	61,00	92,00	-1,29	,197	Badawcza	21	2,70	2,16	Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104	Badawcza	16	2,81	1,64	Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																		
Pożądanie	Kontrolna	20	4,38	0,91	04,00	35,00	-2,79	,005																																																																																																																																																							
	Badawcza	21	3,14	1,44					Podniecenie	Kontrolna	20	4,07	1,93	38,50	69,50	-1,87	,061	Badawcza	21	2,94	2,01	Lubrykacja	Kontrolna	20	4,35	1,99	55,50	86,50	-1,43	,152	Badawcza	21	3,24	2,30	Orgazm	Kontrolna	20	3,58	1,98	61,00	92,00	-1,29	,197	Badawcza	21	2,70	2,16	Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104	Badawcza	16	2,81	1,64	Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																															
Podniecenie	Kontrolna	20	4,07	1,93	38,50	69,50	-1,87	,061																																																																																																																																																							
	Badawcza	21	2,94	2,01					Lubrykacja	Kontrolna	20	4,35	1,99	55,50	86,50	-1,43	,152	Badawcza	21	3,24	2,30	Orgazm	Kontrolna	20	3,58	1,98	61,00	92,00	-1,29	,197	Badawcza	21	2,70	2,16	Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104	Badawcza	16	2,81	1,64	Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																																												
Lubrykacja	Kontrolna	20	4,35	1,99	55,50	86,50	-1,43	,152																																																																																																																																																							
	Badawcza	21	3,24	2,30					Orgazm	Kontrolna	20	3,58	1,98	61,00	92,00	-1,29	,197	Badawcza	21	2,70	2,16	Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104	Badawcza	16	2,81	1,64	Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																																																									
Orgazm	Kontrolna	20	3,58	1,98	61,00	92,00	-1,29	,197																																																																																																																																																							
	Badawcza	21	2,70	2,16					Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104	Badawcza	16	2,81	1,64	Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																																																																						
Satysfakcja seksualna FSFI	Kontrolna	20	3,58	1,93	22,00	53,00	-2,31	,104																																																																																																																																																							
	Badawcza	16	2,81	1,64					Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021	Badawcza	21	2,81	2,10	Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																																																																																			
Dolegliwości bólowe	Kontrolna	20	4,32	2,02	22,00	53,00	-2,31	,021																																																																																																																																																							
	Badawcza	21	2,81	2,10					Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000	Badawcza	20	17,40	4,74	Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																																																																																																
Satysfakcja seksualna KZS-K	Kontrolna	20	26,00	6,23	7,50	67,50	-3,86	,000																																																																																																																																																							
	Badawcza	20	17,40	4,74					Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017	Badawcza	19	16,10	4,29	Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																																																																																																													
Zaburzenia seksualne KZS-K	Kontrolna	20	12,80	5,51	05,50	15,50	-2,39	,017																																																																																																																																																							
	Badawcza	19	16,10	4,29					Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018	Badawcza	21	36,19	18,33																																																																																																																																										
Zaburzenia seksualne Mell-Krat K	Kontrolna	20	50,30	12,88	19,5	50,50	-2,36	,018																																																																																																																																																							
	Badawcza	21	36,19	18,33																																																																																																																																																											

FSFI (*The Female Sexual Function Index*) — Indeks Funkcji Seksualnych Kobiet; KZS-K — Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych, wersja dla mężczyzn; M (*mean*) — średnia; p — istotność statystyczna dwustronna; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Z — wynik testu Z

Średni wynik FSFI pacjentek z zaburzeniami psychicznymi wynosił $M = 17,67$ ($SD = 10,11$), co wskazuje na występowanie cech dysfunkcji seksualnych. Wynik ten jest w porównywalny z rezultatami innych badań przeprowadzonych u osób z depresją, na przykład w trakcie długoterminowego leczenia przeciwdepresyjnego ($M = 15,22$, $SD = 11,26$) [31]. W podskalach kwestionariusza FSFI, wykazano istotne różnice międzygrupowe, dotyczące dwóch obszarów — pożądania i dolegliwości bólowych związanych z seksualnością. Różnice te świadczą o zdecydowanie niższym poziomie odczuwanego pożądania pacjentek z depresją. Natomiast nietypowa zależność dotyczy dyspraneurii. Opracowany Raport Seksualności Polaków 1992–2016 pokazuje, że ból związany z seksualnością dotyczy 10%

przebadanych kobiet, wynik niniejszego badania pokazuje częstsze występowanie tej dolegliwości u kobiet bez zaburzeń psychicznych, co może wynikać z większej liczby podejmowanych stosunków seksualnych z partnerem w porównaniu z kobietami z depresją lub mieć związek z przyjmowaniem antybiotyków lub leków przeciwhistaminowych [1]. Mężczyźni bez zaburzeń psychicznych w omawianym badaniu deklarują mniej problemów seksualnych, zwłaszcza w zakresie erekcji ($M = 21,30$, $SD = 5,03$), które są najczęściej zgłaszanym problemem męskiej seksualności w ogólnej populacji [30]. Średnia liczba punktów w grupie badawczej wynosi ($M = 15,09$, $SD = 5,13$) i jest to wynik wyraźnie niższy w porównaniu z grupą kontrolną, co świadczy o wystąpieniu zaburzeń erekcji, które towarzyszą depresji. Podobnie niski wynik

uzyskano u mężczyzn hemodializowanych, którzy prezentują objawy depresyjne [32], a także u mężczyzn z zaburzeniami erekcji na innych podłożach somatycznych i psychicznych [33]. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu Mell-Krat M, również potwierdzają większą tendencję występowania dysfunkcji seksualnych w przebiegu depresji, co jest spójne z powszechną literaturą.

Najgorzej ocenianym wskaźnikiem jakości życia wśród pacjentów z zaburzeniami psychicznymi jest satysfakcja seksualna [33], zgodnie z tym postawiono hipotezę, która zakłada niższy poziom w grupie osób z rozpoznany epizodem depresyjnym. W otrzymanych wynikach widoczne jest większe zadowolenie i satysfakcja z życia seksualnego osób w grupie bez zaburzeń psychicznych niż w grupie osób z depresją, zarówno u kobiet jak i u mężczyzn, co potwierdza powyższą hipotezę. Wynik jest zgodny z dostępną literaturą, która pokazuje, że kobiety, które nie oceniają swojego zdrowia jako dobre (na tle biologicznym lub psychicznym), oraz mężczyźni, szczególnie w młodszym wieku, cierpiący z powodu depresji lub zaburzeń lękowych, mają niższą satysfakcję z życia seksualnego w porównaniu do osób deklarujących doskonałe zdrowie. Warto dodać, że satysfakcja seksualna kobiet nie jest zawsze zależna od dysfunkcji seksualnych [34].

Kolejnym założeniem było wykazanie zależności pomiędzy poziomem samooceny a satysfakcją seksualną. Wynik badania wykazał istotną zależność pomiędzy zadowoleniem z życia seksualnego a samooceną ($p < 0,01$), co jest spójne z innymi badaniami z użyciem kwestionariusza SES, chociażby przeprowadzonych wśród osób otyłych ($p = 0,022$) [35, 36]. Nie wykazano jednak, że ta zależność szczególnie dotyczy osób z rozpoznany epizodem depresyjnym. Na podstawie analizy można stwierdzić, że osoby z niską samooceną odczuwają mniejszą satysfakcję seksualną niż osoby z wyższą samooceną ogólną. Istnieją jednak badania, których wyniki wskazały wyższe funkcjonowanie seksualne kobiet z wysoką samooceną w porównaniu z kobietami o niższej samoocenie [37, 38]. Istnieje także związek wysokiej samooceny z osiąganiem orgazmu i odczuwaniem pożądania u kobiet, a te elementy nakładają się na wyższy poziom satysfakcji seksualnej [39, 40]. Poziom samooceny wpływa również na związek partnerski, gdzie negatywne postrzeganie partnera wiąże się z niższą samooceną a ogólną i seksualną samoocenę uznaje się za wskaźnik jakości relacji seksualnych [41], co przekłada się na ocenę satysfakcji seksualnej [42].

W związku z tym, że obniżony nastrój jest nieodłączną składową zaburzeń depresyjnych, należy wspomnieć, że wyniki badań wskazują na występowaniu związku zaburzonego funkcjonowania seksualnego, szczególnie mężczyzn [42]. W niniejszym badaniu wskazano wśród

mężczyzn nie uzyskano żadnych istotnych korelacji między nastrojem depresyjnym oraz zaburzonym funkcjonowaniem seksualnym, co z kolei może być spowodowane niską liczebnością badanych grup, szczególnie badawczej. Nietypową zależnością jest również większe zadowolenie z własnego wyglądu w grupie badawczej niż w grupach kontrolnych, ponieważ w dostępnej literaturze obserwuje się odwrotną zależność.

Podsumowując, celem pracy było zbadanie zależności samooceny ogólnej i funkcjonowania seksualnego osób z zaburzeniami depresyjnymi. Analiza statystyczna wykazała niższy poziom samooceny ogólnej osób z depresją, co jest widoczne także w dostępnej literaturze. Funkcjonowanie seksualne osób z rozpoznany epizodem depresyjnym i osób bez diagnozy zaburzeń psychicznych, znacznie się różni, dysfunkcje seksualne są częściej deklarowane w grupie osób z depresją, co nie wyklucza ich występowania w grupie osób bez zaburzeń psychicznych. Szczególnymi problemami zaburzonego funkcjonowania seksualnego osób z depresją, zdaje się być poczucie zadowolenia i satysfakcji seksualnej, których poziom jest oceniany zdecydowanie niżej niż w grupie osób zdrowych, co świadczy o istocie aspektu psychoseksualnego.

Wnioski

1. Grupa osób w trakcie epizodu depresyjnego prezentuje niższą ogólną samoocenę niż osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych.
2. Osoby w trakcie epizodu depresyjnego deklarują częściej dysfunkcje seksualne niż w grupie osób bez zaburzeń psychicznych.
3. Osoby z rozpoznany epizodem depresyjnym wykazują niższy poziom satysfakcji seksualnej niż w grupie osób bez zaburzeń psychicznych.
4. Poziom samooceny wpływa istotnie na poziom satysfakcji seksualnej, a ta zależność jest taka sama zarówno w grupie osób bez diagnozy, jak i u osób z rozpoznany epizodem depresyjnym.

Niniejsze badanie i wyciągnięte wnioski udowadniają potrzebę dalszego zgłębiania czynników psychologicznych i ich wpływu, zarówno na sferę seksualną, jak i w zaburzeniach depresyjnych. W związku z nieliczną grupą badawczą, podobne badanie mogłoby zostać przeprowadzone wśród większej liczby osób, co dałoby jeszcze bardziej wiarygodny obraz populacji z rozpoznany epizodem depresyjnym. W dodatku wynik badania wskazuje na istotność utrzymania życia seksualnego na zadowalającym poziomie, niezależnie od stanu zdrowia psychicznego, jednak zdiagnozowanym pacjentom zdecydowanie trudniej jest to uzyskać. Większe znaczenie przybiera w tym kontekście zaangażowanie ochrony zdrowia w sferę seksualną i powszechny dostęp do pomocy

seksuologicznej, a wdrożenie odpowiednich procedur umożliwiłoby wczesną diagnozę zaburzeń seksualnych, które wpływają na jakość życia człowieka. W leczeniu depresji zwykle ogromny nacisk kładzie się na farmakote-

rapię, niekiedy zapominając o domenie psychologicznej, która jak się okazuje, znacząco oddziałuje na codzienne funkcjonowanie osób z depresją, wpływając tym samym na każdą sferę życia oraz przebieg leczenia.

Streszczenie

Wstęp: Seksualność człowieka jest jednym z podstawowych elementów życia każdej jednostki, a zdrowie seksualne stanowi jedno z praw człowieka. Zaburzenia na tle seksualnym dotyczą różne grupy populacji, ale szczególnie obciążone ryzykiem są osoby z depresją, która staje się coraz poważniejszym problemem społecznym i medycznym. Zarówno choroba jak i związane z nią skutki uboczne leczenia farmakologicznego mogą wywołać problemy seksualne, jak i dysfunkcje seksualne mogą przyczynić się do rozwinięcia depresji. Samoocena, która jest zaniżona u osób z depresją, przyczynia się do rozwoju i utrzymania dysfunkcji seksualnych.

Materiał i metody: W badaniu wzięły udział 72 osoby — grupa badawcza złożona z 32 respondentów z rozpoznanym epizodem depresyjnym oraz grupa kontrolna 40 bez zaburzeń psychicznych. Wykorzystano kwestionariusze badawcze: Indeks Funkcji Seksualnych (FSFI), Kwestionariusz Zaburzeń Erekcji wersja skrócona (IIEF-5), Skala Mell-Krat, Kwestionariusz Własnej Seksualności (KWS), Kwestionariusz Zaburzeń Seksualnych (KZS-K/M), Skala Depresji Becka (BDI), Lista Przymiotnikowa ACL, Skala Samooceny Rosenberga.

Wyniki i wnioski: Wyniki wykazały istotnie niższy poziom samooceny oraz gorsze funkcjonowanie seksualne osób z rozpoznanym epizodem depresyjnym. Wykazano związek pomiędzy poziomem samooceny a satysfakcją seksualną.

Psychiatria 2020; 17, 3: 121–129

Słowa kluczowe: funkcje seksualne, samoocena, depresja

Piśmiennictwo:

- Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne. Termedia, Poznań 2017.
- Kowalczyk R, Lew-Starowicz Z. Definicja i koncepcja normy w seksuologii. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. Podstawy seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018: 21–35.
- Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z, Skrzypulec-Plinta V. Seksuologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017.
- Declaration of Sexual Rights. http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf (11.05.2019).
- Wciórka J, Pużyński S. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2000.
- Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Emotions during sexual activity: differences between sexually functional and dysfunctional men and women. Arch Sex Behav. 2006; 35(4): 491–499, doi: 10.1007/s10508-006-9047-1, indexed in Pubmed: 16909318.
- Lew-Starowicz Z. Zarys seksuologii sądowej dla prawników. Wydawnictwo Zrzeszenia Prawników Polskich, Warszawa 2000.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology. 2011; 21: 655–679.
- Rybakowski J. Choroby afektywne. In: Jarema, MM, Rabe-Jabłońska J. ed. Psychiatria — podręcznik dla studentów medycyny. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011 : 235–244.
- Drożdż W, Wojnar M, Araszewicz A, et al. The study of the prevalence of depressive disorders in primary care patients in Poland. Wiadomości Lekarskie. 2007; 60: 109–113.
- Bossini L. Dysfunkcje seksualne, choroby psychiczne a jakość życia — praca przeglądowa. Psychiatria Polska. 2014; 48(4): 715–726.
- Mitchell KR, Mercer CH, Ploubidis GB, et al. Associations between health and sexual lifestyles in Britain: findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3) The Lancet, 30 November-6 December. 2013; 382(9907): 1817–1829.
- 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, indexed in Pubmed: 19512977.
- Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne. In: Bilkiewicz A. ed. Psychiatria. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009: 401–414.
- Licitsyna OG, Anseau M, Gernay P, et al. [Sexual dysfunction and antidepressants]. Rev Med Liege. 2011; 66(2): 69–74, indexed in Pubmed: 21661201.
- Reynaert C, Zdanowicz N, Janne P, et al. Depression and sexuality. Psychiatr Danub. 2010; 22 Suppl 1: S111–S113, indexed in Pubmed: 21057415.
- Niebrzydowski L. Kształtowanie się samooceny w okresie dorastania. Wydawnictwo UG, Gdańsk 1973: 30–33.
- Kulas H. Samoocena młodości. WSiP, Warszawa: 1986: 23–33.
- Fecenc D. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008.
- Oettingen JE. Dysfunkcje seksualne — podejście oparte na teorii poznawczej. Seksuologia Polska. 2013; 11(2): 68–75.
- Janus M, Agata S. Seksuologiczne narzędzia diagnostyczne w Polsce i na świecie. Seksuologia Polska. 2015; 13(1).
- Kokoszka A, Czernikiewicz W, Radzio R, Jodko A. Kwestionariusz Seksuologiczny — narzędzie do badań przesiewowych: założenia i trafność. Psychiatria Polska. 2011; XLV(2): 235–244.
- Zawadzki B, Popiel A, Pragłowska E. Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka. Psychologia Etiologia Genetyka. xxx; 9: 71–95.
- Porzak R. Wykorzystanie Testu Przymiotnikowego ACL-37 do badania obrazu „szkoły” i „ucznia”. In: Gaś Z. ed. Szkoła i nauczyciel w percepcji uczniów. IBE, Warszawa 1999: 49–70.
- Łąguna M, Lachowicz-Tabaczek K, Dzwonkowska I. Skala samooceny SES Morrissa Rosenberga — polska adaptacja metody. Psychologia Społeczna. 2007; 2(4): 164–176.
- Smokowski PR, Evans CBR, Cotter KL, et al. Ecological correlates of depression and self-esteem in rural youth. Child Psychiatry Hum Dev. 2014; 45(5): 500–518, doi: 10.1007/s10578-013-0420-8, indexed in Pubmed: 24242288.

27. Schafer R, Wickrama K, Keith P. Stress in Marital Interaction and Change in Depression. *Journal of Family Issues*. 2016; 19(5): 578–594, doi: [10.1177/019251398019005005](https://doi.org/10.1177/019251398019005005).
28. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*. 2008; 165(8): 969–977, doi: [10.1176/appi.ajp.2008.08050721](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721), indexed in Pubmed: [18628348](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18628348/).
29. Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med*. 2011; 41(6): 1165–1174, doi: [10.1017/S0033291710001911](https://doi.org/10.1017/S0033291710001911), indexed in Pubmed: [20932356](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20932356/).
30. Janus M, Szulc A. Dysfunkcje seksualne jako problem XXI wieku. In: Maciąg K, Olszówka M. ed. *Choroby XXI wieku: wybrane zagadnienia*. Fundacja na rzecz promocji nauki i rozwoju TYGIEL, Lublin 2015.
31. Franchini L, Ciraci M, Redaelli C. Sexual dysfunction during longterm treatment with antidepressants in unipolar disorder: clinical and management. *Journal of Psychopathology*. 2012; 18(2): 131–137.
32. Lew-Starowicz M, Gellert R. The sexuality and quality of life of hemodialyzed patients--ASED multicenter study. *J Sex Med*. 2009; 6(4): 1062–1071, doi: [10.1111/j.1743-6109.2008.01040.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.01040.x), indexed in Pubmed: [19175866](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19175866/).
33. Tang Z, Li D, Zhang X, et al. Comparison of the simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) in patients of erectile dysfunction with different pathophysiologies. *BMC Urol*. 2014; 14: 52, doi: [10.1186/1471-2490-14-52](https://doi.org/10.1186/1471-2490-14-52), indexed in Pubmed: [24996819](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24996819/).
34. Eklund M, Ostman M. Belonging and doing: important factors for satisfaction with sexual relations as perceived by people with persistent mental illness. *Int J Soc Psychiatry*. 2010; 56(4): 336–347, doi: [10.1177/0020764008101635](https://doi.org/10.1177/0020764008101635), indexed in Pubmed: [19617283](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19617283/).
35. Flynn KE, Lin Li, Bruner DW, et al. Sexual Satisfaction and the Importance of Sexual Health to Quality of Life Throughout the Life Course of U.S. Adults. *J Sex Med*. 2016; 13(11): 1642–1650, doi: [10.1016/j.jsxm.2016.08.011](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.011), indexed in Pubmed: [27671968](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27671968/).
36. Thabet JB, Sallemi R, Bouali MM, et al. 2330 — Obesity, self-esteem and sexuality: a comparative study about 40 cases. *European Psychiatry*. 2013; 28: 1, doi: [10.1016/s0924-9338\(13\)77174-8](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(13)77174-8).
37. Rehbein-Narvaez R, García-Vázquez E, Madson L. The relation between self-esteem and sexual functioning in collegiate women. *J Soc Psychol*. 2006; 146(2): 250–252, doi: [10.3200/SOCP.146.2.250-252](https://doi.org/10.3200/SOCP.146.2.250-252), indexed in Pubmed: [16673851](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16673851/).
38. Borissova AM, Kovatcheva R, Shinkov A, et al. A study of the psychological status and sexuality in middle-aged Bulgarian women: significance of the hormone replacement therapy (HRT). *Maturitas*. 2001; 39(2): 177–183, doi: [10.1016/s0378-5122\(01\)00191-8](https://doi.org/10.1016/s0378-5122(01)00191-8).
39. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, et al. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychol Sci Public Interest*. 2003; 4(1): 1–44, doi: [10.1111/1529-1006.01431](https://doi.org/10.1111/1529-1006.01431), indexed in Pubmed: [26151640](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26151640/).
40. Oattes MK, Offman A. Global self-esteem and sexual self-esteem as predictors of sexual communication in intimate relationships. *Can J Hum Sex*. 2007; 16: 89–100.
41. Peixoto M, Nobre P. Trait-affect, depressed mood, and male sexual functioning: a preliminary study. *J Sex Med*. 2012; 9(8): 2001–2008, doi: [10.1111/j.1743-6109.2012.02779.x](https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02779.x), indexed in Pubmed: [22613020](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22613020/).
42. Jankowiak B, Waszyńska K. Postawy wobec związków intymnych mężczyzn hetero-, homo- i biseksualnych. *Psychiatria*. 2017; 14(4): 232–241.