

Zaburzenia wzwodu u nieleczonych farmakologicznie młodych mężczyzn z zaburzeniami nastroju a masa ciała

Erection disturbances in young men with mood disorders receiving no pharmacological treatment and body weight

Andrzej Witusik¹, Tadeusz Pietras², Andrzej Felchner³

¹Pracownia Psychologii Instytutu Pedagogiki Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

²Klinika Pneumonologii i Alergologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³Zakład Historii i Teorii Wychowania Instytutu Pedagogiki Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

Streszczenie

Wstęp. Zaburzenia wzwodu stanowią ważne zagadnienie z zakresu seksuologii i psychologii stosunków międzyludzkich. Kluczowym objawem zaburzeń nastroju jest zmniejszenie potrzeb seksualnych. Z drugiej strony leczenie depresji lekami przeciwdepresyjnymi nasila zaburzenia seksualne u pacjentów.

Celem niniejszej pracy jest określenie częstości zaburzeń wzwodu u chorych na depresję pierwszorazowo zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego i po 12 miesiącach leczenia.

Materiał i metody. W pracy przebadano 56 mężczyzn w wieku 19–45 lat zgłaszających się pierwszorazowo do poradni zdrowia psychicznego z rozpoznaniem epizodu depresji łagodnego lub umiarkowanego. Rozpoznanie depresji zoperacjonalizowano przy użyciu badawczych kryteriów Międzynarodowej Klasyfikacji Dziesiątej Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania. U wszystkich badanych oceniano nasilenie depresji za pomocą Skali Depresji Hamiltona w wersji proponowanej przez Pużyńskiego i Wciórkę. Stopień nasilenia wzwodu oceniano za pomocą 4-punktowej skali (0 — brak zaburzeń, 1 — pełna zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji łagodnie obniżona, 2 — pełna zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji umiarkowanie obniżona, 3 — brak możliwości odbycia stosunku z powodu dysfunkcji erekcji).

Wyniki. W pracy wykazano, że epizod depresyjny jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń wzwodu u mężczyzn. Wykazano także, że wskaźnik masy ciała koreluje z zaburzeniami wzwodu w badanej grupie. Stwierdzono ponadto, że zarówno w grupie osób chorych na depresję, jak i zdrowych częstość zaburzeń wzwodu zwiększa się z wiekiem.

Wnioski:

1. Depresja jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń wzwodu u mężczyzn.
2. Wskaźnik masy ciała koreluje z zaburzeniami wzwodu w badanej grupie.
3. Zarówno w grupie osób chorych na depresję, jak i zdrowych częstość zaburzeń wzwodu zwiększa się z wiekiem.

Seksuologia Polska 2009; 7 (1): 15–18

Słowa kluczowe: erekcja, depresja, BMI

Abstract

Introduction. *Erection disturbances are an important problem of sexology and psychology of human relations. The key symptom of mood disturbances is reduction of sexual needs. On the other hand, the treatment of depression with antidepressants aggravates sexual dysfunctions in the patients.*

The aim of the presented study was to determine the prevalence of erection disturbances among depressive patients at the time of their first visit at the Mental Health Department and after 12 months of treatment.

Material and methods. *The study was based on examinations of 56 males aged 19–45 years seen for the first time in the outpatient department of mental health, diagnosed with a mild or moderate depressive episode.*

The diagnosis of depression was established on the basis of ICD-10 criteria. In all the patients, the severity of depression was assessed using Hamilton Depression Scale in the version proposed by Pużyński and Wciórka. The magnitude of erection was assessed according to a 4-grade scale (0 — no disturbances, 1 — mild impairment of the ability to obtain and maintain erection, 2 — moderate impairment of the ability to obtain and maintain erection, 3 — sexual intercourse impossible because of erectile dysfunction.

Results. *The study demonstrated that a depressive episode is a risk factor for erection disturbances in male patients. The body mass index was also demonstrated to correlate with erection disturbances in the analyzed group.*

Additionally, the incidence of erectile dysfunctions was observed to increase with age, both in the group of depressive patients and in healthy subjects.

Conclusions:

1. *Depression episode is a risk factor for erection disturbances in male patients.*
2. *Body mass index correlates with erection disturbances in the analyzed group.*
3. *The incidence of erectile dysfunctions increases with age, both in the group of depressive patients and in healthy subjects.*

Polish Sexology 2009; 7 (1): 15–18

Key words: erection, depression, BMI

Wstęp

Zaburzenia erekcji stanowią jedno z kluczowych zagadnień współczesnej psychologii społecznej relacji międzyludzkich i seksuologii [1]. Potrzeba seksualna i erotyzm jest jednym z podstawowych czynników motywujących do interakcji międzyludzkich. Zatem wszystkie zaburzenia sfery seksualnej stanowią nie tylko przedmiot zainteresowania psychiatrii i seksuologii, ale również psychologii społecznej [2, 3]. Rozumienie i terapia zaburzeń wzwodu wymaga zintegrowanego podejścia wielu różnych specjalistów — seksuologów, psychiatrów, psychologów społecznych i klinicznych [1]. Wśród epidemiologicznych czynników ryzyka zaburzeń wzwodu wymienia się składowe zespoły metabolicznego (nadciśnienie tętnicze [4], cukrzycę [4, 5], niskie stężenie cholesterolu frakcji HDL, wysokie stężenie cholesterolu całkowitego [4, 5], otyłość [4, 5]) oraz uszkodzenia nerwów obwodowych i rdzenia kręgowego, a także niewydolność nerek [4, 5]. Również niektóre zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania sprzyjają wystąpieniu dysfunkcji erekcji, w tym szczególnie zaburzenia nastroju i schizofrenia [6]. Leki stosowane w leczeniu nadciśnienia tętniczego i depresji paradoksalnie nasilają zaburzenia erekcji, co w przypadku współwystępowania obu zaburzeń utrudnia terapię dysfunkcji erekcji [4–6].

Uzyskanie zadowolającej erekcji jest dla większości mężczyzn warunkiem dobrej jakości życia i satysfakcji płynącej z życia seksualnego [7]. Szczególnie

u młodych mężczyzn problemy ze wzwodem mogą utrudniać tworzenie w pełni satysfakcjonujących relacji interpersonalnych o charakterze erotycznym. Rozumiano to już w starożytności. Powstały około 1900 roku p.n.e. jeden z najstarszych medycznych tekstów egipskich wspomina o mężczyźnie, który nie mógł spełniać swych obowiązków małżeńskich i którego „męskość miękką” w obecności partnerki. Podobne problemy nie były obce także mieszkańcom Imperium Rzymskiego, a w kulturze chińskiej w starożytności znano różne „afrodyzjaki” mające zapobiec trudnościom we współżyciu płciowym, w tym doprowadzić do właściwego wzwodu [8]. W naszej kulturze dobra jakość wzwodu traktowana jest jako atrybut męskości, stąd pełna erekcja stanowi ważny wyznacznik samorealizacji kulturowej mężczyzny. Prawdopodobnie poczucie sprawności seksualnej jest jednym ze zinterioryzowanych schematów płci narzuconych na drodze socjalizacji dziecka i uczenia społecznego w okresie adolescencji. Uzewewnętrznione schematy ról i zadań płciowych stanowią o płci psychicznej u człowieka [9, 10]. Utrudniony wzwód lub jego brak wywołuje u mężczyzn poczucie małej wartości i wycofywanie się z relacji o charakterze diady erotycznej. To poczucie małej wartości może, z jednej strony jako przewlekły stresor, sprzyjać rozwojowi zaburzeń nastroju, z drugiej lęk towarzyszący podjęciu kolejnego stosunku seksualnego nasila często zaburzenia erekcji. Powstaje mechanizm błędnego koła.

Leczenie zaburzeń wzrodu jest bardzo ważnym problemem, z którym spotyka się w pracy lekarz psychiatra i społeczny psycholog kliniczny. Dysfunkcje erekcji zaburzają bowiem w znacznym stopniu tworzenie diady, na podstawie której funkcjonuje rodzina nuklearna [10, 11]. Leczenie zaburzeń wzrodu wymaga nie tylko delikatności, taktu i skrupulatności badania, lecz również terapii związku erotycznego chorego i, w pewnym sensie, mikrośrodowiska społecznego w jakim funkcjonuje pacjent [12].

Celem niniejszej pracy była próba określenia częstotliwości zaburzeń wzrodu u chorych na depresję pierwszorazowo zgłaszających się do poradni zdrowia psychicznego i po 12 miesiącach leczenia.

Materiał i metody

W pracy przebadano 56 mężczyzn w wieku 19–45 lat zgłaszających się pierwszy raz do poradni zdrowia psychicznego z rozpoznaniem epizodu depresji łagodnego lub umiarkowanego. Rozpoznanie depresji zoperacjonalizowano przy użyciu badawczych kryteriów Międzynarodowej Klasyfikacji Dziesiątej Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10, *International Classification of Diseases*) [13]. U wszystkich badanych oceniano nasilenie depresji za pomocą Skali Depresji Hamiltona w wersji proponowanej przez Pużyńskiego i Wciórkę [14]. Stopień nasilenia wzrodu oceniano za pomocą 4-punktowej skali (0 — brak zaburzeń, 1 — pełna zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji łagodnie obniżona, 2 — pełna zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji umiarkowanie obniżona, 3 — brak możliwości odbycia stosunku z powodu dysfunkcji erekcji) (tab. 1). Grupę kontrolną stanowiło 56 zdrowych mężczyzn rekrutowanych w czasie badań kontrolnych w poradni lekarzy rodzinnych. Z badania wykluczono osoby chorujące na cukrzycę typu 1. Kwalifikowano natomiast chorych na nadciśnienie tętnicze, cukrzycę typu 2 i osoby uzależnione od nikotyny. U wszystkich bada-

nych mierzono dwukrotnie ciśnienie tętnicze oraz oceniano wskaźnik masy ciała (BMI, *body mass index*).

Wyniki

Średni wiek badanych chorych na depresję wynosił 29 lat \pm 7,5, w grupie kontrolnej 31,01 roku \pm 7,5 i nie różnił się ($p = 0,263$). Mediana wieku u osób chorych na depresję wyniosła 29 lat, w grupie zdrowych natomiast 30 lat.

Średni wynik uzyskany za pomocą skali mierzącej zaburzenia wzrodu wynosił 1,64 \pm 1,39, w grupie kontrolnej 0,45 \pm 0,73 i różnił się na poziomie istotności $p = 0,000004$. W grupie osób chorych intensywność zaburzeń wzrodu korelowała dodatnio z wiekiem pacjentów ($r = 0,51$, $p < 0,0007$). W grupie zdrowych mężczyzn również zaobserwowano podobną zależność ($r = 0,59$, $p < 0,0009$). W grupie mężczyzn chorych na depresję średni wynik uzyskany za pomocą Skali Hamiltona wyniósł 22,91 \pm 3,3, wśród osób zdrowych 6,32 \pm 3,0, $p = 0,0$. W grupie osób chorych na depresję stwierdzono korelację pomiędzy wynikami uzyskanymi za pomocą Skali Hamiltona ($r = 0,56$, $p < 0,001$). U osób zdrowych nie zaobserwowano zależności pomiędzy liczbą punktów uzyskanych za pomocą Skali Hamiltona a nasileniem zaburzeń wzrodu ($r = 0,16$, $p = 0,23$). Średnia wartość wskaźnika BMI w obu grupach nie różniła się (grupa osób chorych 23,77 \pm 2,62, wobec 23,75 \pm 3,39 u zdrowych, $p = 0,6$). U osób chorych wartość wskaźnika BMI nie korelowała, wbrew oczekiwaniom, z wiekiem ($r = 0,07$, $p = 0,6$) ani z nasileniem zaburzeń wzrodu ($r = 0,19$, $p = 0,7$), ani z liczbą punktów uzyskanych przez chorych przy użyciu Skali Hamiltona ($r = 0,12$, $p = 0,7$). Podobnie w grupie osób zdrowych nie uzyskano statystycznie istotnych zależności pomiędzy wartościami wskaźnika BMI a wiekiem ($0,20$, $p = 0,12$) oraz wynikami uzyskanymi za pomocą Skali Hamiltona ($r = 0,23$, $p = 0,12$). Stwierdzono natomiast korelację pomiędzy mierzonym BMI a nasileniem zaburzeń wzrodu ($0,48$, $p = 0,0017$).

Tabela 1. Skala oceny zaburzeń wzrodu

Brak zaburzeń wzrodu	Pełna zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji — brak zaburzeń wzrodu
Łagodne zaburzenia wzrodu	Pełna zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji jest łagodnie obniżona. Mężczyźni z łagodnymi zaburzeniami wzrodu typowo uzyskują satysfakcję ze stosunku jedynie okazjonalnie
Umiarkowane zaburzenia wzrodu	Pełna zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji jest umiarkowanie obniżona. Mężczyźni z umiarkowanymi zaburzeniami wzrodu rzadko uzyskują satysfakcję ze stosunku
Ciężkie zaburzenia wzrodu	Pełna zdolność do uzyskania i utrzymania erekcji jest ciężko obniżona. Mężczyźni z ciężkimi zaburzeniami wzrodu nigdy lub prawie nigdy nie uzyskują satysfakcji ze stosunku

Dyskusja

Związek zaburzeń wzwodu u chorych na depresję z nasileniem objawów choroby zaobserwowany w badanej grupie potwierdza powszechnie uznawany pogląd, że epizodowi depresji towarzyszą dysfunkcje erekcji [6, 7]. Zaburzenia wzwodu stwierdzono przed włączeniem leczenia przeciwdepresyjnego. Problem jest istotny o tyle, że większość leków stosowanych w depresji upośledza jakość wzwodu i zaburza przeżycia orgazmu [15]. Powstaje mechanizm błędnego koła, który utrudnia terapię zaburzeń nastroju i obniża jakość życia u mężczyzn [16]. Zarówno zaburzenia wzwodu, jak i obniżony nastrój zmniejszają satysfakcję z życia, pogarszając jakość relacji interpersonalnych o charakterze erotycznym i przyczyniając się do poczucia małej wartości u mężczyzny [17]. Jedną z metod korekty zaburzeń u chorych z dysfunkcjami wzwodu chorych na depresję może być psychoterapia [17] lub stosowanie inhibitorów piątego izoenzymu fosfodiesterazy [18–20]. Na rynku leków dostępne są trzy preparaty polepszające jakość wzwodu: Sildenafil, Tadalafil i Wardenafil [18–20]. Leki te są jednak nadal zbyt drogie, aby mogły być stosowane każdego dnia przez pacjentów dotkniętych zaburzeniami wzwodu.

Wiek jest powszechnie uznanym czynnikiem ryzyka wystąpienia dysfunkcji wzwodu [15, 16, 21]. Wiedzano o tym już w najdawniejszych cywilizacjach, na przykład w Chinach, gdzie z tego powodu zalecano ograniczenie częstotliwości współżycia [8]. Proces ten związany jest zarówno z fizjologicznym starzeniem się, chorobami gruczołu krokowego oraz z nadciśnieniem tętniczym i zespołem metabolicznym [22, 23]. W badaniach autorów niniejszej pracy wykazano związek pomiędzy BMI a nasileniem zaburzeń wzwodu w grupie osób zdrowych, ale nie stwierdzono związku pomiędzy wartością wskaźnika BMI a wiekiem. W pracy brakuje natomiast badań nad związkiem zaburzeń wzwodu z ciśnieniem tętniczym i określenia związku pomiędzy występowaniem nadciśnienia a depresji.

Z punktu widzenia psychologa społecznego leczenie zaburzeń wzwodu wymaga terapii związku interpersonalnego mężczyzny dotkniętego zaburzeniem [12, 24]. Terapia ta wymaga zrozumienia problemów przez współpartnerów i zmiany stereotypu społecznego, w którym dobra jakość wzwodu jest warunkiem zaspokojenia seksualnego.

Znaczenie jakości wzwodu jest w naszej kulturze przeceniane. Każdy intymny związek zawiera według koncepcji Sternberga trzy składowe: intymność, namiętność i zobowiązanie [2, 3]. Dobra jakość wzwodu nie jest wcale warunkiem koniecznym ani zaspokojenia seksualnego współpartnerów, ani tworzenia się silnej więzi [25]. Zaburzenia wzwodu mogą mieć natomiast wpływ na zapłodnienie i płodność [25].

Wnioski

1. Depresja jest czynnikiem ryzyka wystąpienia zaburzeń wzwodu u mężczyzn.
2. Wskaźnik masy ciała koreluje z zaburzeniami wzwodu w badanej grupie.
3. Zarówno w grupie osób chorych na depresję, jak i zdrowych częstość zaburzeń wzwodu zwiększa się z wiekiem.

Piśmiennictwo

1. Wang R., Hellstrom W.J. Men's health is evolving. *Asian J. Androl.* 2008; 10: 3–5.
2. Wojciszke B. Psychologia miłości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1993.
3. Wojciszke B. Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2002.
4. Bener A., Al-Ansari A., Al-Hamaq A.O., Elbagi I.E., Afifi M. Prevalence of erectile dysfunction among hypertensive and nonhypertensive Qatari men. *Medicina (Kaunas)* 2007; 43: 870–878.
5. Reffellmann T., Kloner R.A. Sexual function in hypertensive patients receiving treatment. *Sexual function in hypertensive patients receiving treatment. Vasc. Health. Risk Manag.* 2006; 2: 447–455.
6. Makhlof A., Kparker A., Niederberger C.S. Depression and erectile dysfunction. *Urol. Clin. North. Am.* 2007; 34: 565–574.
7. Sand M.S., Fisher W., Rosen R., Heiman J., Eardley I. Erectile dysfunction and constructs of masculinity and quality of life in the multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study. *J. Sex. Med.* 2008; 5: 583–594.
8. Tannahill R. Historia seksu. Książka i Wiedza, Warszawa 2001.
9. Kuczyńska A. Inwentarz do oceny płci psychologicznej. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1992.
10. Wylie K. Erectile dysfunction. *Adv. Psychosom. Med.* 2008; 29: 33–49.
11. De Barbaro B. (red.). Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
12. Leiblum S.R., Rossen R.C. Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
13. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, IPIŃ, Kraków–Warszawa 1998.
14. Pużyński S., Wciórka J. Narzędzia oceny stanu psychicznego. W: *Psychiatria. Tom I. Podstawy psychiatrii.* Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław, 2002: 453–538.
15. Stimmel G.L., Gutierrez M.A. Sexual dysfunction and psychotropic medications. *C.N.S. Spectr.* 2006; 11 (8 suppl. 9): 24–30.
16. Akhtar-Danesh N., Landeen J. Relation between depression and sociodemographic factors. *Int. J. Ment. Health. Syst.* 2007; 1: 4.
17. Feifer A., Carrier S. Pharmacotherapy for erectile dysfunction. *Expert. Opin. Investig. Drugs* 2008; 17: 679–690.
18. Hatzimouratidis K. Sildenafil in the treatment of erectile dysfunction: an overview of the clinical evidence. *Clin. Interv. Aging.* 2006; 1: 403–14.
19. Frajese G.V., Pozzi F., Frajese G. Tadalafil in the treatment of erectile dysfunction; an overview of the clinical evidence. *Clin. Interv. Aging.* 2006; 1: 439–49.
20. Reffellmann T., Kloner R.A. Vardenafil: a selective inhibitor of phosphodiesterase-5 for the treatment of erectile dysfunction. *Expert. Opin. Pharmacother.* 2007; 8: 965–974.
21. Andrews C.N., Piterman L. Sex and the older man-GP perceptions and management. *Aust. Fam. Physician.* 2007; 36: 867–9.
22. Jackson G. The importance of risk factor reduction in erectile dysfunction. *Curr. Urol. Rep.* 2007; 8: 463–466.
23. Vlachopoulos C., Rokkas K., Ioakeimidis N., Stefanadis C. Inflammation, metabolic syndrome, erectile dysfunction, and coronary artery disease: common links. *Eur. Urol.* 2007; 52: 1590–1600.
24. Goldenberg H., Woldenberg I. Terapia rodzin. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
25. Imieliński K. Seksuologia społeczna. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1984.