

# Zaburzenia psychoseksualne osób zakażonych wirusem HIV

Psychosexual dysfunction patients with HIV

Robert Kowalczyk<sup>1, 2</sup>, Wiesław Folwarczny<sup>3</sup>, Rafał Szpak<sup>3</sup>, Violetta Skrzypulec<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Zakład Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Zakład Problemów Społecznych, Psychoterapii i Rehabilitacji Seksualnej Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego

<sup>3</sup>Katedra Zdrowia Kobiety Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

## Streszczenie

**Wstęp.** Dane epidemiologiczne wskazują, że liczba osób zakażonych wirusem HIV w Polsce ciągle wzrasta i pod koniec 2008 roku wynosiła ponad 12 000. Intensywna terapia antyretrowirusowa pozwala obecnie osobom zakażonym na przeżycie wielu lat w dobrej kondycji fizycznej. Wydaje się, że dla chorych we wczesnych etapach choroby, z dostępem do leczenia, ważnymi elementami życia są ich zdrowie psychiczne oraz sprawność seksualna. Celem badania była ocena zaburzeń sfery psychoseksualnej osób zakażonych wirusem HIV.

**Materiał i metody.** Badaniem ankietowym objęto grupę 35 osób. Do oceny zdrowia psychicznego użyto skali General Health Questionnaire (GHQ-28), ocenę reakcji i potrzeb seksualnych przeprowadzono za pomocą skali Mell-Krat (wersja kromieżycka) oraz własnego kwestionariusza zbudowanego na podstawie Badania Seksualności Polaków z 2002 roku (Pfizer).

**Wyniki.** Średni wiek badanych wynosił 36,2 roku. Większość respondentów stanowili mężczyźni (75%), średni okres zakażenia wynosił 8,2 roku, duży odsetek badanych (37,5%) nie wiedział, w jaki sposób doszło do infekcji. Większość chorych była dodatkowo zakażona wirusem zapalenia wątroby typu C (81,25%). Terapię antyretrowirusową stosowała większość badanych (51%). Średni wynik uzyskany w skali Mell-Krat wyniósł 35,3 pkt. u mężczyzn (optymalny to 39 pkt.), natomiast u kobiet 46,25 pkt. (optymalny to 55 pkt.). Uzyskano następujące wyniki w skali GHQ-28: objawy somatyczne — 13,06; niepokój/bezsenność — 10,7; zaburzenia sfery społecznej — 11,5; objawy depresyjne — 7,38. Większość badanych posiadała stałego partnera (81%), partner był zakażony wirusem HIV w 57% przypadków. Dla prawie 50% badanych współżycie seksualne stanowi nadal istotną rolę w ich życiu.

**Wnioski.** Wynik pilotażowego badania potwierdza zarówno hipotezę o braku pełnego zdrowia psychicznego, jak i hipotezę dotyczącą obecności zaburzeń seksualnych lub problemów w sferze seksualnej osób zakażonych wirusem HIV. Na podstawie wyników uzyskanych w grupie 35 osób nie można wyciągnąć miarodajnych wniosków, dlatego też badanie przeprowadzono na większej grupie osób (100 osób). Wynik pilotażowego badania potwierdza zarówno hipotezę o braku pełnego zdrowia psychicznego, jak i hipotezę dotyczącą obecności zaburzeń seksualnych lub problemów w sferze seksualnej osób zakażonych wirusem HIV.

*Seksuologia Polska 2009; 7 (2): 52–58*

**Słowa kluczowe:** zaburzenia psychoseksualne, HIV, skala Mell-Krat

## Abstract

**Introduction.** Epidemiological data analysis proves that in the last quarter of 2008 the number of HIV infected people in Poland reached nearly 12,000. Antiretroviral therapy helps infected patients live longer in a good state of health. For those patients in early stages, who have access to the therapy, important things

Adres do korespondencji: dr n. med., mgr psych. Robert Kowalczyk  
Zakład Problemów Społecznych, Psychoterapii i Rehabilitacji Seksualnej  
Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego  
w Warszawie  
ul. Marymoncka 34, 00–968 Warszawa  
e-mail: kowalczyk.robert@wp.pl

Nadesłano: 28.05.2009

Przyjęto do druku: 17.08.2009

are psychological and sexual wellness. The purpose of the study was to assess the psychosexual problems of the patients infected with HIV.

**Material and methods.** A questionnaire study has been performed in a group of 35 HIV infected patients. The research has been based on a personal questionnaire. To assess the psychological wellness the General Health Questionnaire (GHQ-28) scale has been applied. To assess the sexual problems we have applied Mell-Krat scale kromieżycka version alongside the author's own questionnaire to assess sexual biography, based upon the research of the Sexuality of Polish Society (Pfizer, 2002).

**Results.** Average age of the respondents was 36,2 years, most of them were men (75%), average infection period was 8,2 years and many of respondents (37,5%) didn't know how they had been infected. Most of them were co-infected with HCV (81,25%). Antiretroviral therapy was applied by the majority of patients (51%). The average result obtained in Mell-Krat scale was 35,3 for men (optimal is 39), women result was 46,25 (optimal for women is 55). Mell-Krat scale is used to assess the sexual needs and reactions. We have obtained following mean results in GHQ-28 scale: somatic symptoms — 13,06, anxiety/insomnia — 10,7, social dysfunction — 11,5, severe depression — 7,38. The outcomes were similar for both women and men. Most of the respondents had permanent partners (81%), in most cases partners were infected with HIV (57%). For nearly 50% patients sexual acts play a very important role in their lives.

**Conclusions.** The preliminary study seems to confirm our hypothesis about lack of full mental wellbeing and presence of sexual disorders or sexual problems psychosexual disturbances in HIV infected people. The group of 35 patients, however, is too small to draw conclusions, thus, the study on bigger group (100 patients) is going to be performed.

*Polish Sexology 2009; 7 (2): 52–58*

**Key words:** psychosexual dysfunction, HIV, Mell-Krat scale

## Wstęp

W 1978 roku wyizolowano ludzkiego wirusa odpowiedzialnego za powstawanie zespołu nabytego braku odporności (AIDS, *acquired immune deficiency syndrome*), charakteryzującego się wtórnymi zaburzeniami układu immunologicznego [1].

Czynnik etiologiczny AIDS należy do rodziny *Retroviridae*. Posiada specyficzny enzym, odwrotną transkryptazę, umożliwiającą przepisanie wirusowego RNA na DNA, który to z kolei może zostać wbudowany do materiału genetycznego gospodarza. Wirus HIV wiąże się specyficznie z receptorem CD<sub>4</sub> znajdującym się na komórkach limfocytów T. Może także zakażać inne typy komórek, takie jak: makrofagi, limfocyty B, komórki dendrytyczne czy komórki tkanki mózgowej. W efekcie zakażenia dochodzi do stopniowego obniżenia odporności gospodarza, w wyniku niszczenia komórek układu immunologicznego, co w konsekwencji prowadzi do rozwoju wielu zakażeń oportunistycznych i rozwoju nowotworów, które są bezpośrednio odpowiedzialne za zgon chorych [1, 2].

Obecnie wirus HIV powoduje zmienny wzrost zachorowalności wśród wielu społeczeństw, w krajach zarówno rozwiniętych, jak i rozwijających się. W Polsce według opublikowanych danych, do końca 2008 roku zakażonych wirusem było ogółem 12 068

osób. Około 45% (5476 osób), jako główne źródło zakażenia podaje się używanie niesterylnych igieł przy dożylnym przyjmowaniu narkotyków, prawie 40% zakażonych nie potrafi wskazać konkretnej drogi transmisji wirusa do organizmu. U 2189 osób rozwinęło się AIDS, z czego 962 chorych zmarło [2, 3]. Z badań wynika, że do grupy osób narażonych na transmisję wirusa HIV należą: osoby przyjmujące narkotyki dożylnie, hetero- i homoseksualiści, szczególnie ci posiadający wielu partnerów seksualnych. W bardzo dużym stopniu wyeliminowano zakażenia związane z transmisją wirusa podczas transfuzji krwi, poprzez wprowadzenie rutynowych badań kontrolnych. Nieznaczny odsetek nosicieli wirusa HIV stanowią także dzieci zakażonych matek [3].

Obecnie brakuje skutecznej terapii eliminującej wirusa z organizmu gospodarza. Wiąże się to z właściwością wirusa, w którego materiale genetycznym dochodzi do bardzo dużej liczby mutacji, co z kolei skutkuje brakiem stabilnego punktu uchwytu dla opracowanych preparatów leczniczych. Stosowane obecnie leczenie ma na celu ograniczenie w jak największym stopniu aktywnej wirerii oraz zmniejszenie replikacji wirusa w organizmie gospodarza. Szczególnie skuteczna jest metoda *High Active Antiretroviral Therapy* (HAART), dzięki której chorzy przeżywają wiele lat. Spowodowało to, że AIDS stało się chorobą przewlekłą. W Polsce terapią antyretrowirusową było leczonych w 2008 roku 3777 osób [2].

Zakażenia wirusem HIV stanowią coraz większy problem medyczny, ale także społeczny, kulturowy

i psychologiczny. W Stanach Zjednoczonych czy w krajach Europy Zachodniej, a także w Polsce, istnieje bardzo duże ryzyko znacznego wzrostu zachorowań związanego z niską kulturą seksualną, a także z brakiem wykazywania zrozumienia oraz nawet brakiem tolerancji wobec osób zakażonych wirusem HIV (chęć odwetu na społeczeństwie). Bardzo często wynikiem opisanych zjawisk jest ukrywanie faktu nosicielstwa. Znaczne wydłużenie życia powoduje, że chorzy zakażeni wirusem HIV prowadzą w miarę „normalny” styl życia. Wydłużony okres życia dzięki stosowaniu nowych terapii retrowirusowych stawia przed chorymi/społeczeństwem nowe wyzwania, takie jak: określenie pozycji i sposobu funkcjonowania osób z HIV/AIDS w społeczeństwie (stygmatyzacja), decyzja czy i jakie kontakty seksualne podejmować i tym podobne [2, 4].

W ostatnich latach w Polsce obserwuje się niepokojące zjawiska, takie jak: zwiększenie liczby zakażeń wśród kobiet, zbyt późna wykrywalność nowych zachorowań, brak odniesienia ryzyka zakażenia do własnej osoby oraz wzrost kosztów związanych z profilaktyką i leczeniem osób zakażonych. Z podobnymi problemami borykają się też inne kraje europejskie. W związku z powyższym zaczęto podejmować liczne działania mające na celu ograniczenie w znacznym stopniu epidemii AIDS. W tym celu przeprowadzono wiele różnych prób na temat problematyki związanej z omawianym zespołem chorobowym, analizując zjawisko między innymi pod kątem funkcjonowania psychoseksualnego zakażonych osób. W ostatnich latach w Polsce ukazała się obszerna publikacja będąca skutkiem raportów z badań poświęconych seksualności Polaków: „Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS” profesora Zbigniewa Izdebskiego [4], która stanowiła punkt wyjścia do konstrukcji niniejszego badania.

Autorzy niniejszej pracy podjęli się próby określenia szczegółowego profilu psychospołecznego nosicieli wirusa HIV w populacji Śląska. Zbadano następujące aspekty: ogólny stan zdrowia psychicznego, rozwój psychoseksualny, opinie na temat własnego życia seksualnego i seksu w ogóle, aktualnej i preferowanej ekspresji zachowań seksualnych, przekonań dotyczących różnych zachowań seksualnych, obyczajności seksualnej oraz potrzeby i reakcji seksualnych.

Niniejsze doniesienie jest wynikiem przeprowadzonych badań pilotażowych, mających na celu narkreślenie istnienia problemu. Docelowo badaniem ma być objęta populacja osób z HIV/AIDS korzystająca z pomocy placówek medycznych zajmujących się leczeniem tej grupy chorych.

Celem pracy była ocena zaburzeń psychoseksualnych w powiązaniu ze zdrowiem ogólnym osób zakażonych wirusem HIV.

## Materiał i metody

Badaniem pilotażowym objęto grupę 35 pacjentów (7 kobiet i 28 mężczyzn) zakażonych wirusem HIV, diagnozowanych i leczonych w Poradni Diagnostyki i Terapii AIDS Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie. Narzędzie badawcze stanowił kwestionariusz składający się z części ogólnej, która zawierała pytania dotyczące danych demograficznych, sposobu, w jaki doszło do zakażenia, posiadania partnerów i ich liczby, sposobu leczenia oraz z trzech kwestionariuszy *General Health Questionnaire* (GHQ-28), Mell-Krat (wersja kromieżycka) oraz *Badania Seksualności Polaków* (BSP).

Kwestionariusz GHQ-28 jest przesiewowym testem służącym do oceny zdrowia psychicznego. Zamierzeniem autorów kwestionariusza nie jest postawienie wnikliwej diagnozy psychiatrycznej, ale określenie prawdopodobieństwa, występowania i możliwości rozwoju zaburzenia psychicznego. Kwestionariusz GHQ-28 z powodzeniem umożliwia wyłonienie z danej populacji osób, u których występuje ryzyko rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego. Wersja GHQ-28 posiada 4 skale, z których każda obejmuje 7 pytań: A: symptomy somatyczne, B: niepokój/bezsenność, C: zaburzenia funkcjonowania, D: symptomy depresji. Kwestionariusz GHQ-28 należy do tak zwanych samoopisowych, w których osoba badana samodzielnie odpowiada na zawarte w nim pytania przez wybór jednej z podanych możliwości (tj.: lepiej niż zwykle, tak jak zwykle, gorzej niż zwykle, znacznie gorzej niż zwykle). Za każde pytanie można było uzyskać od 0–3 pkt. Im suma wyników wyższa, tym większe prawdopodobieństwo istnienia zaburzeń psychicznych [5].

Skala Mell-Kraft dla kobiet i mężczyzn (wersja kromieżycka) służy do oceny potrzeb i reakcji seksualnych. Kwestionariusz składa się z 20 cech punktowanych w skali 0–4. Wyniki badanych mieszczą się w przedziale 0–80. Optymalny poziom w przypadku kobiet wynosi 55 pkt; w przypadku mężczyzn — odpowiednio 52 i 38 pkt. U kobiet ocenia się reakcje seksualne w następującej kolejności: libido, częstość potrzeby kontaktów seksualnych, występowanie orgazmu, częstotliwość stosunków i orgazmu w stosunkach, odsetek stosunków z orgazmem, podniecenie przed stosunkiem, odczucia podczas stosunku, szybkość osiągnięcia orgazmu, zgranie z partnerem

Tabela 1. Charakterystyka ogólna populacji badanej

	Mężczyźni	Kobiety	p
Wiek	34,85 (± 9,4)	34,29 (± 8,56)	
Czas od zakażenia	7,33 (± 3,93)	9,57 (± 6,55)	
Stężenie CD <sub>4</sub>	315,83 (± 158,65)	628,6 (± 360,63)	
Mell-Kratt (suma)	34,2 (± 7,9) (n = 38)	46,46 (± 11,3) (n = 55)	
Wiek inicjacji seksualnej	15,57	16,7	0,0006
Stały partner przed zakażeniem	85%	100%	0,04
Partner wie o zakażeniu	88,24%	100%	
Partner jest HIV+	52,94%	50%	
Znajomi wiedzą o zakażeniu	55%	85,71%	0,007
Zakażenie HCV	70%	86%	
Zakażenie HBV	25%	0%	
Nie wiem jak doszło do zakażenia	35%	42,86%	NS
Stały związek	58,82%	71,43%	0,04
Leki antyretrowirusowe	40%	28,5%	

NS — nieistotne statystycznie

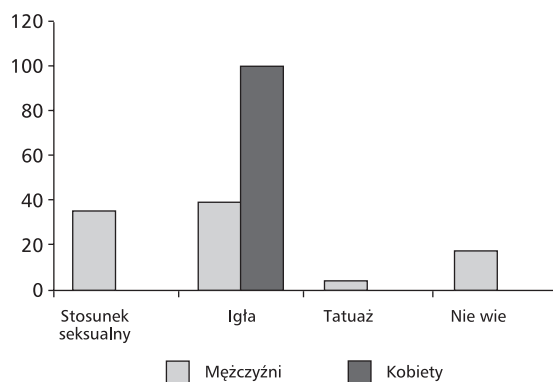
w orgazmie, nastrój przed i po stosunku, samoocena, aktywność w stosunku, pozycje, zachowanie podczas orgazmu, skurcze pochwy w trakcie orgazmu, częstota reakcji pochwy podczas orgazmu, orgazmy nocne, czas trwania zaburzeń seksualnych. U mężczyzn ocenia się: chęć podejmowania kontaktów seksualnych, częstotliwość stosunków płciowych, częstota osiągnięcia orgazmu/wytrysku, jakość erekcji. Wyniki poniżej 55 punktów w przypadku kobiet oraz 38 punktów w przypadku mężczyzn wskazują na możliwość istnienia zaburzeń reakcji seksualnych [6, 7].

Formularz BSP zbudowany został przez autorów badań na podstawie kwestionariusza profesora Zbigniewa Lwa-Starowicza do badania seksualności Polaków. Narzędzie to służy do ukierunkowanego, standaryzowanego wywiadu dotyczącego rozwoju psychoseksualnego, uświadomienia seksualnego, inicjacji seksualnej, opinii na temat własnego życia seksualnego i seksu w ogóle, aktualnej i preferowanej ekspresji zachowań seksualnych, przekonań dotyczących różnych zachowań seksualnych, obyczajności seksualnej. Na zmiany w pierwotnym kwestionariuszu oraz na jego użycie uzyskano zgodę autora.

Opracowania statystycznego dokonano na podstawie programu Statistica 6.0 firmy Statsoft.

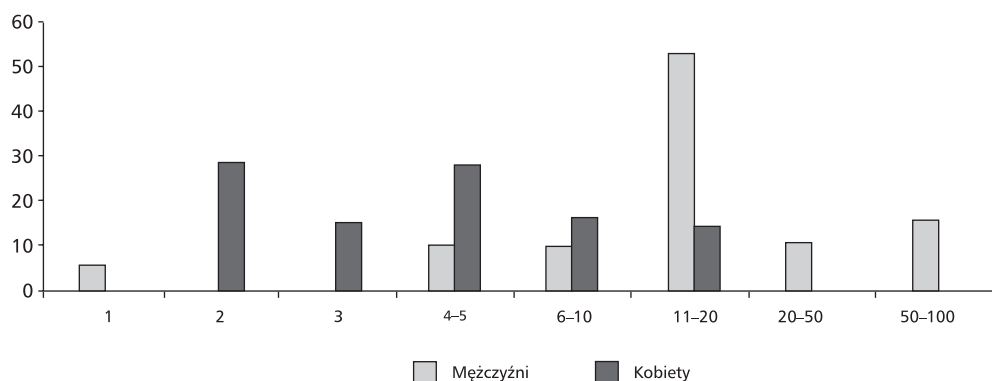
## Wyniki

Średni wiek badanych wynosił u kobiet 34,29 (± 8,56) roku, a u mężczyzn 34,85 (± 9,4) roku. Większość respondentów to mieszkańcy miast (50–500 000), 50% mężczyzn i 82% kobiet była w stanie cywilnym wolnym. Czas od zakażenia wirusem HIV wy-



Rycina 1. Sposób zakażenia (p &lt; 0,0001)

nosiła dla mężczyzn 7,33 (± 3,93) roku, dla kobiet z kolei 9,57 (± 6,55) roku. Wiek inicjacji seksualnej był różny dla obu płci, u mężczyzn wynosił 15,57 roku, u kobiet 16,7 roku (p < 0,0006). Stałego partnera przed zakażeniem miało 100% kobiet i 85% mężczyzn (p < 0,004), 100% kobiet poinformowało swojego partnera o nosicielstwie wirusa HIV, z kolei 22% mężczyzn nie poinformowało o tym swoich partnerów/partnerek. W połowie przypadków partner badanych był zakażony wirusem HIV. Duży odsetek badanych nie wie, w jaki sposób doszło do zakażenia wirusem HIV (35% mężczyzn i 42,86% kobiet). Wszystkie kobiety, które znały źródło zakażenia, podały jako przyczynę używanie zakażonych strzykawek czy igieł (tab. 1). U mężczyzn drogi zakażenia były różne: 35% przez stosunek seksualny, 41% przez zakażoną igłę, natomiast 5% uważa, że podczas wykonywania tatuazu (ryc. 1). U większo-



Rycina 2. Liczba partnerów seksualnych

Tabela 2. Wyniki kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28

GHQ-28	Mężczyźni	Kobiety
A	11,61 (± 5,02)	11,24 (± 3,84)
B	9,90 (± 6,20)	10,42 (± 5,44)
C	9,71 (± 4,64)	10,28 (± 3,01)
D	5,58 (± 6,27)	4,42 (± 3,69)
SUMA	<b>37,07</b>	<b>36,54</b>

ści respondentów (70% kobiet i 86% mężczyzn) wykazano koinfekcję wirusem HCV, natomiast u co czwartego badanego dodatkową infekcją HBV. Rola kontaktów seksualnych dla 35% badanych mężczyzn była zdecydowanie istotna, dla 25% średnio istotna, natomiast 44% kobiet wskazywało na średnio istotną rolę seksu w ich życiu, a dla 35% była ona bardzo istotna. Wyniki różniły się także w zakresie liczby partnerów seksualnych. Większość kobiet miała od 2 (30%) do 5 (30%) partnerów seksualnych, natomiast większość mężczyzn (53%) miała średnio 11–20 partnerów/partnerek seksualnych (ryc. 2). Przed potwierdzeniem zakażenia wirusem HIV 50% mężczyzn i 42% kobiet wskazywało na częste współżycie bez zabezpieczenia w postaci prezerwatywy. Po potwierdzeniu zakażenia niespełna 60% mężczyzn wcale nie współżyło bez prezerwatywy, natomiast 30% kobiet przyznało się do takich sporadycznych kontaktów. Do kontaktów homoseksualnych przyznało się 10% mężczyzn i niespełna 30% kobiet. Ocena funkcji seksualnych wykazała, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety uzyskiwali niższe wyniki niż przyjęte normy dla populacji polskiej. Średni wynik mężczyzn wyniósł 34,2 pkt. (± 7,9; n = 38), natomiast u kobiet 46,46 pkt. (± 11,3; n = 55). Suma wyniku w skali GHQ-28 w grupie mężczyzn wyniosła 37,07

pkt., natomiast dla kobiet 36,54 pkt. (punkt odcięcia — 39) (tab. 2). Punktacja powyżej wartości progowej sugeruje nasilenie zaburzeń psychicznych i obniżenie wskaźnika ogólnego stanu zdrowia.

## Dyskusja

Zaburzenia sfery psychicznej i seksualnej osób zakażonych wirusem HIV są coraz częściej poruszanym tematem. Wiąże się to głównie z faktem szerszego dostępu do HAART i związanego z tym dłuższego okresu przeżywalności osób zakażonych. Przykładowo w Dani analizowano długość przeżycia osób zakażonych HIV po ukończeniu 25 lat i wykazano, że w czasach stosowania terapii antyretrowirusowej przeżywalność wzrosła do 35 lat, co jest porównywalne do przeżywalności chorych na cukrzycę. Stąd coraz częściej zwraca się uwagę także na jakość życia osób zakażonych wirusem HIV, w tym na jakość życia seksualnego. Oszacowanie czynników odpowiedzialnych za występowanie zaburzeń seksualnych w populacji osób zakażonych wirusem HIV jest trudnym zagadnieniem. Publikowane prace różnią się regionem, badaną populacją, typem pacjentów, ocenianymi objawami. Ponadto brakuje jednorodnych instrumentów pomocnych w ocenie zaburzeń. W prezentowanych badaniach sumaryczny wynik skali Mell-Krat oscylował poniżej średniej w populacji, co sugeruje obecność problemów w sferze seksualnej. Ze względu na charakter badania (pilotaż) za wcześnie, aby przeprowadzać analizę szczegółową pytań ze skali, której celem byłoby nazwanie konkretnych dysfunkcji sfery seksualnej. Hipotezę o obecności zaburzeń seksualnych potwierdzają dane pochodzące z literatury światowej. Najczęściej wymieniane zaburzenia seksualne to: zaburzenia erekcji, spadek libido, przedwczesna lub opóźniona ejakulacja, zaburze-



nia osiągnięcia orgazmu, priapizm czy dyspareunia [8]. Szacuje się, że średnio połowa populacji zakażonej HIV posiada takie zaburzenia, wśród badanych były głównie młode osoby, średnio w wieku 38 lat [9]. Liczby te są znacznie większe niż obserwowane w ogólnej populacji u osób w tym samym wieku [10–12].

Przyczyny zaburzeń seksualnych w tej grupie chorych wydają się być wieloczynnikowe — natury czynnościowej, neurologicznej, polekowej, hormonalnej, jak też psychicznej. Ponadto wiele z tych czynników nakłada się wzajemnie wśród różnych grup chorych. Czynniki psychiczne wiążą się występowaniem depresji, zespołu stresu pourazowego czy lęku. Obecność zaburzeń sfery psychicznej w badanej populacji mogą sugerować dane pochodzące z kwestionariusza GHQ-28 (podwyższony stan napięcia, bezsenność i stany depresyjne/depresja). Czynniki socjologiczne również nie pozostają bez wpływu. Objawy niepożądane leczenia przeciwretrowirusowego mogą także oddziaływać na stan psychiczny. Stąd wskazuje się na duży wpływ tych czynników na funkcje seksualne zarówno u mężczyzn [13–17], jak i u kobiet [17, 18]. Zaburzenia seksualne obserwowano już w czasach, gdy nie było dostępu do HAART i wiązano je głównie z zaawansowaniem procesu chorobowego oraz występowaniem hipogonadyzmu [19, 20]. W kilku pracach wykazano, że głównie inhibitory proteazy mogą mieć istotny wpływ na zaburzenia seksualne, niemniej jednak kwestia ta pozostaje nie do końca wyjaśniona [9]. Istnieją zarówno badania potwierdzające związek HAART z zaburzeniami seksualnymi [13, 15, 21–30], jak i negujące go [14, 18, 31–34].

Wpływ na zaburzenia seksualne osób zakażonych wirusem HIV mają liczne choroby towarzyszące: cukrzyca, neuropatie, choroby wątroby, hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, zapalenie wątroby typu C. Częstymi czynnikami zaburzającymi są palenie tytoniu i alkohol, które niejednokrotnie występują w tej grupie chorych [12, 35–38]. Ponadto istnieje wiele leków, które mają potencjalny wpływ na seksualność, a są często stosowane w tej grupie chorych. Wśród nich można wymienić: megestrol, ketokonazol, leki hipotensyjne, diuretyki, benzodiazepiny, antydepresanty, leki przeciwpsychotyczne oraz opioidy [12, 15, 36, 39, 40].

Autorzy niniejszej pracy podkreślają, że celem pilotażowego badania nie było na tym etapie szukanie czynników odpowiedzialnych za występowanie określonych zaburzeń seksualnych, a jedynie wskazanie na istnienie problemu oraz wykazanie pewnych tendencji.

## Wnioski

1. Infekcja HIV wiąże się z zaburzeniami sfery psychicznej u kobiet i mężczyzn seropozytywnych.
2. Zachowania seksualne zakażonych kobiet i mężczyzn są odmienne.

## Piśmiennictwo

1. Collier L., Oxford J. *Wirusologia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001; 333–348.
2. <http://aids.gov.pl>; 10.05.2009.
3. <http://www.pzh.gov.pl>; 10.09.2009.
4. Izdebski Z. *Ryzykowna dekada. Seksualność Polaków w dobie HIV/AIDS. Studium porównawcze 1997–2001–2005*. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2006.
5. Goldberg D., Williams P. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001.
6. Kratochvil S. *Leczenie zaburzeń seksualnych*. ISKRY, Warszawa 2002; 13–15, 86–132.
7. Lew-Starowicz Z. *Metodologia pracy biegłego sądowego*. W: Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000; 380–385.
8. Lue T., Giuliano F., Montorsi F. i wsp. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in men. *J. Sex. Med.* 2004; 1: 6–23.
9. Sexual dysfunction in the highly active antiretroviral therapy era Julio Collazos. Section of Infectious Diseases, Hospital de Galdácano-Usánsolo, Galdácano, Vizcaya, Spain.
10. NIH Consensus Conference. Impotence. NIH Consensus Development Panel on Impotence. *JAMA* 1993; 270: 83–90.
11. Feldman H., Goldstein I., Hatzichristou D., Krane R., McKinlay J. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging study. *J. Urol.* 1994; 151: 54–61.
12. Martín-Morales A., Sánchez-Cruz J., Sáenz de Tejada I. i wsp. Prevalence and independent risk factors for erectile dysfunction in Spain: results of the Epidemiología de la Disfunción Eréctil Masculina Study. *J. Urol.* 2001; 166: 569–574.
13. Colson A., Keller M., Sax P., Pettus P., Platt R., Choo P. Male sexual dysfunction associated with antiretroviral therapy. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2002; 30: 27–32.
14. Cove J., Petrak J. Factors associated with sexual problems in HIV-positive gay men. *Int. J. STD AIDS* 2004; 15: 732–736.
15. Asboe D., Catalan J., Mandalia S. i wsp. Sexual dysfunction in HIV-positive men is multifactorial: a study of prevalence and associated factors. *AIDS Care* 2007; 19: 955–965.
16. Catalan J., Meadows J. Sexual dysfunction in gay and bisexual men with HIV infection: evaluation, treatment and implications. *AIDS Care* 2000; 12: 279–286.
17. Hijazi L., Nandwani R., Kell P. Medical management of sexual difficulties in HIV-positive individuals. *Int. J. STD AIDS*. 2002; 13: 587–592.
18. Florence E., Schrooten W., Dreezen C. i wsp. Prevalence and factors associated with sexual dysfunction among HIV-positive women in Europe. *AIDS Care* 2004; 16: 550–557.
19. Schambelan M., Grunfeld C. Endocrine abnormalities associated with HIV infection and AIDS. W: Broder S., Merigan T.C., Bolognesi D. (red.). *Textbook of AIDS Medicine*. Williams & Wilkins, Baltimore 1994; 629–636.
20. Raffi F., Brisseau J., Planchon B., Remi J., Barrier J., Grolleau J. Endocrine function in 98 HIV-infected patients: a prospective study. *AIDS* 1991; 5: 729–733.
21. Colebunders R., Smets E., Verdonck K., Dreezen C. Sexual dysfunction with protease inhibitors. *Lancet* 1999; 353: 1802.
22. Patroni A., Castelli F., Compostella S., El-Hamad I., Airoidi M., Carosi G. Sexual dysfunctions in HAART treated HIV+ patients. XIII IAC. Durban, South Africa, July 9–14, 2000 [abstract WePeB4243].
23. Sollima S., Osio M., Muscia F. i wsp. Protease inhibitors and erectile dysfunction. *AIDS* 2001; 15: 2331–2333.
24. Schrooten W., Colebunders R., Youle M. i wsp. Sexual dysfunction associated with protease inhibitor-containing HAART. *AIDS* 2001; 15: 1019–1023.
25. Collazos J., Martínez E., Mayo J., Ibarra S. Sexual dysfunction in HIV-infected patients treated with HAART. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2002; 31: 322–326.
26. Martínez E., Collazos J., Mayo J., Blanco M. Sexual dysfunction with protease inhibitors. *Lancet* 1999; 353: 810–811.

27. Lamba H., Goldmeier D., Mackie N.E., Scullard G. Antiretroviral therapy is associated with sexual dysfunction and with increased serum estradiol levels in men. *Int. J. STD AIDS* 2004; 15: 234–237.
28. Crum N., Wallace M., Powell T. i wsp. Prevalence and correlates of erectile dysfunction and hypogonadism among HIV-infected men: a prospective study. 12<sup>th</sup> CROI, Boston 2005 [abstract 875].
29. Schrooten W., Dreezen C., Asboe D., Gordillo M., Schönnesson L., Colebunders R. Sexual dysfunction in people treated with antiretroviral treatment. XIV IAC, Barcelona 2002 [abstract MoPeB3254].
30. Colson A., Sax P., Keller M., Platt R., Choo P. Sexual dysfunction in protease inhibitors recipients. 7<sup>th</sup> CROI; January 30–February 2, 2000; San Francisco, California [abstract 63].
31. Lallemand F., Salhi Y., Linard F., Giami A., Rozenbaum W. Sexual dysfunction in 156 ambulatory HIV-infected men receiving HAART combinations with and without protease inhibitors. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2002; 30: 187–190.
32. Lambert S., Keegan A., Petrak J. Sex and relationships for HIV positive women since HAART: a quantitative study. *Sex Transm. Infect.* 2005; 81: 333–337.
33. Ende A., Lo Re V., DiNubile M., Mounzer K. Erectile dysfunction in an urban HIV-positive population. *AIDS Pat Care STDS* 2006; 20: 75–78.
34. Crum-Cianflone N., Bavaro M., Hale B. i wsp. Erectile dysfunction and hypogonadism among men with HIV. *AIDS Pat Care STDS* 2007; 21: 9–19.
35. Levine L.A. Diagnosis and treatment of erectile dysfunction. *Am. J. Med.* 2000; 109: 3–12S.
36. Wagner G., Sáenz de Tejada I. Update on male erectile dysfunction. *Br. J. Med.* 1998; 316: 678–682.
37. Srilatha B., Adaiyan P. Estrogen and phytoestrogen predispose to erectile dysfunction: do ER-alpha and ER-beta in the cavernosum play a role? *Urology* 2004; 63: 382–386.
38. Danoff A., Khan O., Wan D. i wsp. Sexual dysfunction is highly prevalent among men with chronic hepatitis C virus infection and negatively impacts healthrelated quality of life. *Am. J. Gastroenterol.* 2006; 101: 1235–1243.
39. Lue T. Drug therapy: erectile dysfunction. *N. Engl. J. Med.* 2000; 342: 1802–1813.
40. Daniell H. Hypogonadism in men consuming sustained-action oral opioids. *J. Pain.* 2002; 3: 377–384.