

Przeżywanie swojej seksualności przez kobiety chorujące na schizofrenię korzystające z oferty terapeutycznej psychiatrii środowiskowej

Subjective experiences of sexuality of women with schizophrenia in community psychiatry program

Filip Rola¹, Agnieszka Borowska-Turyn², Zuzanna Kowalska³, Anna Studniczek³,
Joanna Marek-Banach⁴

¹Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

²Instytut Psychologii, Uniwersytet Adama Mickiewicza w Poznaniu

³Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

⁴Akademia Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Streszczenie

Wstęp: Celem badania było sprawdzenie, czy pomiędzy kobietami chorymi na schizofrenię a zdrowymi występują różnice w seksualności.

Materiał i metody: Dwie próby badanych: kobiety chore ($n = 30$) oraz zdrowe ($n = 30$) odpowiadały na pytanie kwestionariuszowe dotyczące cech, które sobie przypisują, tego jak postrzegają swoje ciało oraz jak wygląda ich seksualność.

Wyniki: W badaniu nie wykazano różnic pomiędzy grupami w opisywaniu, przeżywaniu, rozwoju seksualności ani w występowaniu zaburzeń seksualnych. Wykazano natomiast zależność między subiektywną oceną ciała przez badane i ocenę istotności życia seksualnego w grupie kobiet zdrowych.

Wnioski: Przeżywanie seksualności przez osoby chorujące psychicznie to bardzo ciekawy temat do dalszych badań ze względu na niedostateczną liczbę dostępnych badań empirycznych. Przeprowadzenie kolejnych, dokładniejszych analiz w większej grupie osób mogłoby pomóc w ustaleniu praktycznych wskazówek dla specjalistów pracujących z osobami chorującymi na schizofrenię, co mogłoby prowadzić w konsekwencji do polepszenia funkcjonowania i poprawy jakości życia chorych.

Słowa kluczowe: seksualność, schizofrenia, płeć psychologiczna, atrakcyjność seksualna, zaburzenia seksualne
Seksuologia Polska 2019; 17: 35–44

Abstract

Introduction: The aim of the study was to describe possible differences in sexuality between women with schizophrenia and healthy women.

Material and methods: Two samples of the respondents: sick women ($N = 30$) and healthy women ($N = 30$) answered a questionnaire about the attributes they attribute, how they perceive their body and how their sexuality looks like.

Results: The study did not show differences between groups in describing, experiencing, developing sexuality and the occurrence of sexual dysfunctions. It showed, however, the influence of the subjective body assessment by the subjects on the assessment of the significance of sexual life in the group of healthy women.

Key words: Sexuality, schizophrenia, psychological gender, sexual attractiveness, sexual dysfunction

Seksuologia Polska 2019; 17: 35–44

Wstęp

W coraz większym stopniu uwaga specjalistów pracujących z pacjentami chorującymi na schizofrenię koncentruje się na problematyce podnoszenia jakości życia. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia jakość życia to „indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi” [1]. Ocena jakości życia na podstawie wskaźników testowych i laboratoryjnych może nie brać pod uwagę ważnych aspektów funkcjonowania jednostki, takich jak: samopoczucie psychologiczne, sytuacja życiowa, funkcjonowanie w relacjach społecznych czy fizyczne samopoczucie [2–5]. Oceniana w subiektywny sposób przez pacjenta jakość życia wydaje się konstruktem bardziej użytecznym. Osoba chorująca może opierać swój osąd na takich czynnikach, jak: indywidualnie zdefiniowany sens życia, hierarchia wartości i indywidualne potrzeby [6]. Na poprawę tak rozumianej jakości życia u chorujących na schizofrenię ma wpływ wiele czynników. Mogą to być: sposób leczenia (w tym stosowana farmakoterapia), przebieg i sposób przeżywania objawów psychopatologicznych oraz środowisko pacjenta [7, 8].

Realizowanie swojej seksualności jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka [9–13]. Zakłócenia w tej sferze funkcjonowania mogą negatywnie wpływać na dobrostan psychologiczny [3, 14–17]. Osoby chorujące na schizofrenię są szczególnie narażone na pojawienie się u nich dysfunkcji, które wpływają na ich życie seksualne [18–23]. Diagnoza schizofrenii nadal jest czynnikiem stygmatyzującym. Chorzy mogą doświadczać dyskryminacji. Wpływa to na ich sposób postrzegania samych siebie. Negatywny obraz siebie może obniżać poczucie własnej wartości, a to z kolei dodatkowo ogranicza motywację do nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi (w tym seksualnych) [18, 19, 24, 25]. Nasilone objawy negatywne choroby również mogą mieć wpływ na obecność i jakość relacji interpersonalnych w życiu pacjentów. Ponadto farmakoterapia stosowana w leczeniu schizofrenii może wpływać na pojawienie się dysfunkcji seksualnych [23, 26–33]. Mimo że prace badawcze pokazują istotność realizowania swojej seksualności przez pacjentów oraz wpływu tej realizacji na jakość ich życia i funkcjonowania, to profesjonalistom leczącym i wspierającym chorych nadal nie udaje się w wystarczającym stopniu dostrzegać potrzeb realizacji seksualności u swoich pacjentów [22, 34]. W dalszym ciągu niewiele jest badań oraz opracowań dotyczących przeżywania seksualności przez osoby chore na schizofrenię. Niniejszy artykuł ma na celu zaprezentowa-

nie przeprowadzonego badania, którego celem była analiza różnic w przeżywaniu seksualności między populacją kobiet zdrowych psychicznie oraz chorych na schizofrenię, rozumianej jako podejmowane zachowania seksualne, występowanie zaburzeń sfery seksualnej, charakterystykę płci psychologicznej i subiektywnego postrzegania własnego ciała jako atrakcyjnego seksualnie.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie między wrześniem 2014 roku a marcem 2015 roku. Wzięło w nim udział 80 kobiet, z czego odpowiedzi udzielone przez 60 z nich zostały zakwalifikowane jako spełniające kryteria badania (wiek poniżej 60 lat oraz powyżej 25 lat dla dwóch grup, diagnoza schizofrenii dla grupy eksperymentalnej oraz brak zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych dla grupy kontrolnej). Było to badanie kwestionariuszowe. Miało na celu znalezienie ewentualnych różnic w przeżywaniu seksualności, w podejmowanych zachowaniach seksualnych oraz występowaniu zaburzeń sfery seksualnej między populacją kobiet zdrowych psychicznie oraz chorych na schizofrenię. Ponadto badanie miało dostarczyć charakterystyki każdej z grup w odniesieniu do płci psychologicznej i subiektywnego postrzegania własnego ciała jako atrakcyjnego seksualnie.

Osoby badane

Osobami badanymi były kobiety chore na schizofrenię korzystające z usług ośrodków, które realizują programy psychiatrii środowiskowej ($n = 30$), oraz kobiety bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych ($n = 30$). W momencie badania najmłodsza kobieta z grupy zdrowych miała 28 lat, natomiast z grupy kobiet chorych 30 lat. W obydwu grupach najstarsze badane kobiety miały 54 lata. Średnia wieku kobiet ze schizofrenią wyniosła około 42 lat. W drugiej grupie średnia wieku była porównywalna, osiągnęła wartość około 41 lat. W grupie badawczej badane najczęściej kończyły edukację na poziomie szkoły średniej (43%) lub zawodowej (33%), jedna piąta kobiet chorych miała wykształcenie wyższe. W grupie kontrolnej niespełna 47% kobiet posiadało wyższe wykształcenie. Uzyskanie wykształcenia średniego zadeklarowało 40% badanych, a zawodowego 13%. Blisko połowa zbadanych kobiet określiła swój stan cywilny jako „panna” (50% w grupie kobiet chorych oraz 46% w grupie kontrolnej). Rozwiedzionych osób badanych była porównywalna liczba w obu grupach (23% kobiet chorujących oraz 20% niemających diagnozy psychiatrycznej). Kobiety zdrowe (33%) częściej niż chorujące (20%) żyją

w związkach małżeńskich. Ponad to 7% kobiet z grupy badawczej okazało się wdowami, co nie znalazło odzwierciedlenia w grupie kontrolnej. Około 30% kobiet w grupach deklaruje posiadanie partnera, z którym tworzą związek nieformalny. Średni czas trwania takich związków to około 4 lata w grupie eksperymentalnej oraz 5 lat w grupie kontrolnej. Badane chorujące na schizofrenię chorują średnio od około 7 lat i mają za sobą 3 hospitalizacje.

Procedura

Badanie miało charakter indywidualny. Każda z uczestniczek miała nieograniczony czas na rozwiązanie kwestionariuszy. Wszystko poprzedzała rozmowa mająca na celu zredukowanie stresu badanych, zapoznanie się z tematyką oraz procedurą badania i rozwianie pojawiających się wątpliwości. W pierwszej kolejności należało wypełnić metryczkę socjologiczną z podstawowymi danymi na swój temat. Następnie badane zostały poproszone o wypełnienie Inwentarza do Oceny Płci Psychologicznej (IPP), Skalę Oceny Ciała (BES, *Body Esteem Scale*) oraz formularz Badania Seksualnego Polaków (BSP). Po rozwiązaniu kwestionariuszy odbywała się rozmowa zamykająca badanie, podczas której jego uczestniczki informowały badacza o trudnościach, niejasnościach oraz samopoczuciu po przebytych badaniu. Badanie odbywało się w środowisku, w którym możliwe dystraktory były zredukowane do minimum — w gabinetach psychologa w ośrodkach, do których uczęszczwały osoby z grupy badanej oraz w sali dydaktycznej w Akademii Pedagogiki Specjalnej w przypadku osób badanych z grupy kontrolnej.

Narzędzia badawcze

Kwestionariusze psychologiczne

Skala Oceny Ciała jest narzędziem pozwalającym określić stosunek badanych do własnego ciała. Skala składa się z 35 itemów, podzielonych według trzech podskal, odmiennych dla kobiet i dla mężczyzn. Na poszczególne pytania BES dotyczące cielesności można udzielić odpowiedzi na pięciostopniowej skali Likerta: gdzie 1 oznacza 'mam silnie negatywne odczucia', 5 — 'mam silnie pozytywne odczucia', 3 to stosunek neutralny. Podskale dla kobiet to: a) Atrakcyjność Seksualna — związana z percepcją tych elementów ciała, których wyglądu nie można zmienić poprzez ćwiczenia fizyczne (np. ocena zadowolenia z wyglądu ust, piersi). Stosunek do tych części ciała wiąże się też z podkreślaniem elementów wyglądu związanych z seksualnością, a ich modelowanie możliwe jest tylko poprzez zastosowanie zabiegów kosmetycznych

(np. makijaż); b) Kontrola Wagi — tu istotne są te części ciała, których wygląd można zmienić dzięki ćwiczeniom fizycznym lub stosowaniu diet; c) Kondycja Fizyczna odwołuje się do oceny takich parametrów, jak wytrzymałość, siła i zwinność [16, 23, 35].

Narzędziem, za pomocą którego określano poziom kobiecości, męskości oraz typ płci psychologicznej, był IPP autorstwa Alicji Kuczyńskiej [36, 37]. Jest to kwestionariusz samoopisowy. Zawiera 35 pozycji, które odnoszą się do pewnych cech osobowości. W inwentarzu znajdują się 15 cech charakteryzujących mężczyzn i tyle samo charakteryzujących kobiety oraz 5 pozycji neutralnych. Cechy te są zgodne z treścią polskiego stereotypu kulturowego odnośnie do płci. Do oceny natężenia każdej z cech została użyta pięciostopniowa skala (1–5 pkt). Osoba badana ma za zadanie ustosunkować się do podanych stwierdzeń i określić, w jakim stopniu dana cecha opisuje jej osobowość. Uzyskane wyniki pozwalają określić jeden z czterech możliwych typów płci psychologicznej:

1. Typ androgyniczny (*androgynous*): 53–75 punktów w skali kobiecości i 49–75 punktów w skali męskości.
2. Typ zgodny z płcią biologiczną (*sex typed*): dla kobiet 53–75 punktów w skali kobiecości i 0–48 punktów w skali męskości, a dla mężczyzn 0–52 punktów w skali kobiecości i 49–75 punktów w skali męskości.
3. Typ niezgodny z płcią biologiczną (*cross-typed sex*): dla kobiet 0–52 punktów w skali kobiecości i 49–75 punktów w skali męskości, dla mężczyzn 0–48 punktów w skali męskości i 53–75 punktów w skali kobiecości.
4. Typ niezróżnicowany (*undifferentiated*): 0–52 punktów w skali kobiecości i 0–48 punktów w skali męskości [37].

Kwestionariusze seksuologiczne

Formularz BSP utworzony na podstawie „Raportu seksualności Polaków” Zbigniewa Lwa-Starowicza z 2002 roku, niebędący strukturalizowanym wywiadem seksuologicznym, ma na celu ogólne scharakteryzowanie życia seksualnego badanej grupy lub populacji [38]. Narzędzie to obejmuje 38 zróżnicowanych pozycji testowych przybierających maksymalnie zakres dziesięciostopniowy od „a” do „j”, kilka skal z odpowiedziami „tak”, „nie” lub „nie wiem” oraz skalę Likerta mierzącą natężenie poszczególnych stwierdzeń w zakresie światopoglądu i wpływu życia seksualnego na pozostałe sfery funkcjonowania. Pytania dotyczą również rozwoju psychoseksualnego osoby badanej, źródła uświadomienia w kwestiach seksu, wieku i charakteru inicjacji płciowej, opinii na temat własne-

Tabela 1. Testy normalności rozkładów zmiennych ilościowych

Zmienna	Skośność		Kurtoza		S-W	
	Kobiety chore (n = 30)	Kobiety zdrowe (n = 30)	Kobiety chore (n = 30)	Kobiety zdrowe (n = 30)	Kobiety chore (n = 30)	Kobiety zdrowe (n = 30)
Skala kobiecości	-0,903	-0,324	1,415	-0,502	0,937	0,971
Skala męskości	-0,449	-0,158	-0,304	0,024	0,965	0,970
Atrakcyjność seksualna	-0,870	-0,011	0,419	-1,021	0,934	0,957

S-W — test Shapiro-Wilka

go życia seksualnego oraz seksu w ogóle, aktualnej i preferowanej ekspresji zachowań seksualnych — w tym także z przedstawicielami tej samej płci, relacji erotyczno-uczuciowych z ewentualnym partnerem seksualnym, aktywności seksualnej, fantazji erotycznych, doświadczania przemocy seksualnej, przekonań oraz postaw dotyczących różnych zachowań seksualnych czy obyczajowości seksualnej [39]. Kwestionariusz umożliwia ogląd, na które pytania częściej odpowiadali przedstawiciele danej zbiorowości, a przez to pozwala też na charakterystykę poszczególnych tendencji do odpowiedzi między różnymi grupami.

Pytanie badawcze:

1. Czy istnieją różnice między kobietami chorymi na schizofrenię a kobietami zdrowymi w zakresie spostrzeganej kobiecości, męskości i atrakcyjności seksualnej?
2. Czy istnieją różnice między kobietami chorymi na schizofrenię a kobietami zdrowymi w zakresie momentu rozpoczęcia masturbacji, wieku inicjacji seksualnej, doświadczeń wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych?
3. Czy istnieje zależność pomiędzy wymiarami płci psychologicznej a poczuciem atrakcyjności seksualnej?

Hipotezy badawcze

1. Wystąpią różnice między kobietami w zakresie opisywania swojej płci psychologicznej. Kobiety chorujące na schizofrenię częściej będą opisywały się niezgodnie z płcią metrykalną. Będą również uzyskiwały niższe wyniki w skali atrakcyjności seksualnej.
2. Wystąpią różnice między kobietami w zakresie momentu rozpoczęcia masturbacji, wieku inicjacji seksualnej, doświadczeń wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych. Kobiety chorujące będą później rozpoczynały masturbację oraz przeżywały inicjację seksualną oraz częściej będą doświadczały wymuszeń i przemocy w kontaktach seksualnych.
3. Zakładam obecność zależności pomiędzy wymiarami płci psychologicznej a poczuciem atrakcyjności seksualnej. Kobiety chore, które uzyskują wyższe wyniki na skali kobiecości, będą również miały wyższe wyniki na skali atrakcyjności seksualnej.

Wyniki

W celu sprawdzenia normalności rozkładów zmiennych ilościowych (wyników poszczególnych skal testów IPP oraz BES) obliczono wartości skośności, kurtozy oraz testu Shapiro-Wilka odpowiedniego dla prób badawczych poniżej 2000 respondentów (tab. 1). Miary skośności i kurtozy oraz wyniki testu Shapiro-Wilka pozwalają stwierdzić, że rozkłady wszystkich zmiennych ilościowych zastosowanych w badaniu są normalne zarówno w grupie kobiet chorych, jak i zdrowych. Jedynie miara kurtozy w przypadku skali Atrakcyjności seksualnej u kobiet zdrowych (poniżej wartości 1) wskazuje na nieco platokurtyczny rozkład, co oznacza, że w zbiorze danych zaobserwowano dużo wyników skrajnych. Jednak miara skośności i test Shapiro-Wilka wskazują na normalność tego rozkładu. Przeprowadzone obliczenia oraz, przede wszystkim, równoliczność badanych grup pozwalają na zastosowanie testów parametrycznych w toku dalszych analiz z udziałem zmiennych ilościowych.

Weryfikacja hipotezy 1

W celu sprawdzenia istnienia istotnych różnic między kobietami chorującymi na schizofrenię i kobietami zdrowymi, pod względem zmiennych ilościowych, to jest: skali kobiecości, skali męskości oraz atrakcyjności seksualnej, obliczono statystyki opisowe (średnie i odchylenia standardowe) dla tychże zmiennych oraz przeprowadzono parametryczny test porównań międzygrupowych t-Studenta dla dwóch grup niezależnych (tab. 2).

Analizy wykazały obecność istotnych różnic pomiędzy porównywanymi grupami. Kobiety chorujące i zdrowe różnią się istotnie pod względem wyników skali kobiecości oraz męskości, przy czym w przypadku skali kobiecości różnica między grupami jest na poziomie tendencji statystycznej ($p < 0,1$), a w przypadku skali męskości stwierdzono różnicę istotną statystycznie ($p < 0,05$). W przypadku obydwu wymienionych skal kobiety zdrowe uzyskiwały wyższe wyniki niż kobiety chore. Nie stwierdzono istotnej różnicy między grupami pod względem skali atrakcyjności seksualnej.

Tabela 2. Statystyki opisowe i test t-Studenta

Zmienna	Średnia		Odchylenie standardowe		t
	Kobiety chore (n = 30)	Kobiety zdrowe (n = 30)	Kobiety chore (n = 30)	Kobiety zdrowe (n = 30)	
Skala kobiecości	50,1333	54,4000	9,69085	7,21397	-1,934**
Skala męskości	43,7667	51,1000	12,38654	7,64447	-2,760*
Atrakcyjność seksualna	43,8667	47,7333	12,43114	7,67411	-1,450

t — statystyka testu t-Studenta; *p < 0,05 (istotność dwustronna); **p < 0,1 (różnica na poziomie tendencji statystycznej)

Tabela 3. Test U Manna-Whitneya

Zmienna	Średnia ranga		U
	Kobiety chore (n = 30)	Kobiety zdrowe (n = 30)	
Rozpoczęcie masturbacji	25,15	35,85	289,5*
Wiek inicjacji seksualnej	27,75	33,25	367,5
Rola seksu w życiu	33,43	27,57	362
Liczba partnerów seksualnych	28	33	375
Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego	28,17	32,83	380
Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego	27,13	33,87	349
Wymuszenie kontaktów seksualnych	32,88	28,12	378,5**
Przemoc w kontaktach seksualnych	32,92	28,08	377,5**

U — statystyka testu U Manna-Whitneya; *p < 0,05 (istotność dwustronna); **p < 0,1 (różnica na poziomie tendencji statystycznej)

Weryfikacja hipotezy 2

W celu sprawdzenia istnienia istotnych różnic między kobietami chorymi i zdrowymi, pod względem zmiennych porządkowych (moment rozpoczęcia masturbacji, wiek inicjacji seksualnej, rola seksu w życiu, liczba partnerów seksualnych, satysfakcja fizyczna z życia seksualnego, satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego, doświadczenie wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych) przeprowadzono nieparametryczny test rangowy U Manna-Whitneya (tab. 3). Analizy wykazały istnienie istotnych różnic między grupami. Kobiety chore i zdrowe różnią się istotnie pod względem wieku rozpoczęcia inicjacji seksualnej. Kobiety zdrowe rozpoczynały masturbację później, lub wcale jej nie podejmowały, w porównaniu do kobiet chorych. Wykazano również dwie różnice na poziomie tendencji statystycznej — pod względem częstości doświadczeń wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych. Kobiety chore częściej doświadczały zarówno wymuszania, jak i przemocy w kontaktach seksualnych. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami pod względem pozostałych zmiennych.

Weryfikacja hipotezy 3

Aby sprawdzić, czy istnieją istotne związki między skalą kobiecości, skalą męskości oraz atrakcyjnością seksualną, obliczono korelacje między zmiennymi. Zastosowano w tym celu współczynnik korelacji r-Pearsona. Obliczenia wykonano oddzielnie dla całej grupy badawczej (tab. 4), a także w grupie kobiet chorych

Tabela 4. Korelacje między zmiennymi w całej grupie badawczej (n = 60)

Zmienne	Skala męskości	Atrakcyjność seksualna
Skala kobiecości	0,178	0,099
Skala męskości	BD	0,685*

*p < 0,05 (istotność dwustronna); **p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

(tab. 5) i zdrowych (tab. 6). Wykazano średnią korelację dodatnią między skalą męskości i skalą atrakcyjności seksualnej w całej grupie badawczej. Nie stwierdzono korelacji między pozostałymi zmiennymi. Wykazano wysoką korelację dodatnią między skalą męskości i skalą atrakcyjności seksualnej w grupie kobiet chorych. Nie stwierdzono korelacji między pozostałymi zmiennymi. Wykazano średnią korelację dodatnią między skalą męskości i skalą atrakcyjności seksualnej w grupie kobiet zdrowych. Nie stwierdzono korelacji między pozostałymi zmiennymi. Aby sprawdzić, czy istnieją istotne związki między zmiennymi ilościowymi (skala kobiecości, skala męskości i atrakcyjność seksualna) a zmiennymi porządkowymi (moment rozpoczęcia masturbacji, wiek inicjacji seksualnej, rola seksu w życiu, liczba partnerów seksualnych, satysfakcja fizyczna z życia seksualnego, satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego, doświadczenie wymuszania i przemocy w kontaktach seksualnych) oraz pomiędzy poszczególnymi zmiennymi porządkowymi, obliczono korelacje, stosując w tym celu nieparametryczny

współczynnik korelacji rho-Spearmana. Obliczenia wykonano oddzielnie dla całej grupy badawczej (tab. 7), a także oddzielnie w grupie kobiet chorych (tab. 8)

Tabela 5. Korelacje między zmiennymi w grupie kobiet chorych (n = 30)

Zmienne	Skala męskości	Atrakcyjność seksualna
Skala kobiecości	0,161	0,050
Skala męskości	BD	0,721*

*p < 0,05 (istotność dwustronna); **p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

Tabela 6. Korelacje między zmiennymi w grupie kobiet zdrowych (n = 30)

Zmienne	Skala męskości	Atrakcyjność seksualna
Skala kobiecości	-0,023	0,069
Skala męskości	BD	0,547*

*p < 0,05 (istotność dwustronna); **p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

Tabela 7. Korelacje między zmiennymi w całej grupie badawczej (n = 60)

Zmienne	Rozpoczęcie masturbacji	Wiek inicjacji seksualnej	Rola seksu w życiu	Liczba partnerów seksualnych	Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego	Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego	Wymuszenie kontaktów seksualnych	Przemoc w kontaktach seksualnych
Skala kobiecości	0,324*	0,091	-0,145	0,021	0,181	0,197	0,027	-0,126
Skala męskości	0,107	-0,098	-0,393*	0,330*	0,159	0,189	0,026	-0,008
Atrakcyjność seksualna	-0,126	-0,143	-0,321*	0,354*	-0,053	-0,080	0,083	0,030
Rozpoczęcie masturbacji	BD	0,226**	0,039	-0,174	0,201	0,119	-0,199	-0,238**
Wiek inicjacji seksualnej	BD	BD	0,190	-0,393*	-0,076	-0,165	-0,257*	-0,069
Rola seksu w życiu	BD	BD	BD	-0,464*	-0,117	-0,241**	-0,094	-0,155
Liczba partnerów seksualnych	BD	BD	BD	BD	-0,102	-0,020	0,187	0,216**
Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego	BD	BD	BD	BD	BD	0,925*	0,003	-0,096
Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego	BD	BD	BD	BD	BD	BD	0,007	-0,127
Wymuszenie kontaktów seksualnych	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD	0,731*
Przemoc w kontaktach seksualnych	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD

*p < 0,05 (istotność dwustronna); **p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

i zdrowych (tab. 9). Wyniki obliczeń są zaprezentowane w tabelach. Wykazano następujące istotne korelacje między zmiennymi w grupie kobiet chorych.

Rozpoczęcie masturbacji

Dodatnia korelacja ze skalą kobiecości — im później (lub wcale) badane próbowały masturbacji, tym wyższe wyniki uzyskiwały w skali kobiecości. Dodatnia korelacja z satysfakcją fizyczną z życia seksualnego — im później (lub wcale) badane podejmowały się masturbacji, tym mniejsza była ich satysfakcja fizyczna z życia seksualnego.

Wiek inicjacji seksualnej

Ujemna korelacja z liczbą partnerów seksualnych — im później (lub wcale) badane przeżywały inicjację seksualną, tym mniej miały partnerów seksualnych. Ujemna korelacja z doświadczeniem wymuszania kontaktów seksualnych — im później (lub wcale) badane przeżywały inicjację seksualną, tym rzadsze były ich doświadczenia wymuszeń kontaktów seksualnych.

Tabela 8. Korelacje między zmiennymi w grupie kobiet chorych (n = 30)

Zmienne	Rozpoczęcie masturbacji	Wiek inicjacji seksualnej	Rola seksu w życiu	Liczba partnerów seksualnych	Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego	Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego	Wymuszenie kontaktów seksualnych	Przemoc w kontaktach seksualnych
Skala kobiecości	0,451*	0,046	0,061	0,045	0,065	0,016	−0,050	−0,167
Skala męskości	0,143	−0,048	−0,243	0,175	0,314**	0,355	0,055	0,082
Atrakcyjność seksualna	−0,182	−0,070	−0,229	0,333**	0,046	0,033	0,205	0,199
Rozpoczęcie masturbacji	BD	0,168	0,037	−0,161	0,400*	0,291	−0,285	−0,244
Wiek inicjacji seksualnej	BD	BD	0,211	−0,540*	−0,120	−0,274	−0,409*	−0,122
Rola seksu w życiu	BD	BD	BD	−0,469*	−0,158	−0,285	−0,080	−0,262
Liczba partnerów seksualnych	BD	BD	BD	BD	0,024	0,127	0,337**	0,387*
Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego	BD	BD	BD	BD	BD	0,917*	−0,117	−0,241
Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego	BD	BD	BD	BD	BD	BD	−0,147	−0,277
Wymuszenie kontaktów seksualnych	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD	0,713*
Przemoc w kontaktach seksualnych	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD

*p < 0,05 (istotność dwustronna); **p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

Rola seksu w życiu

Ujemna korelacja z liczbą partnerów seksualnych — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym bardziej znacząca była rola seksu w ich życiu.

Liczba partnerów seksualnych

Dodatnia zależność na poziomie tendencji ze skalą atrakcyjności seksualnej — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym wyższy wynik osiągały w skali atrakcyjności seksualnej. Ujemna korelacja z wiekiem inicjacji seksualnej — im później (lub wcale) badane przeżywały inicjację seksualną, tym mniej miały partnerów seksualnych. Ujemna korelacja z rolą seksu w życiu — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym bardziej znacząca była rola seksu w ich życiu. Dodatnia zależność na poziomie tendencji z doświadczeniem wymuszania kontaktów seksualnych — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym częstsze były ich doświadczenia wymuszenia kontaktów seksualnych. Dodatnia korelacja z doświadczeniem przemocy seksualnej — im więcej badane

miały partnerów seksualnych, tym częstsze były ich doświadczenia przemocy seksualnej.

Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego

Dodatnia zależność na poziomie tendencji ze skalą męskości — im większa była satysfakcja fizyczna z życia seksualnego badanych, tym wyższe były wyniki badanych w skali męskości.

Dodatnia korelacja z rozpoczęciem masturbacji — im większa była satysfakcja fizyczna z życia seksualnego badanych, tym później (lub wcale) rozpoczynały one masturbację. Dodatnia korelacja z satysfakcją emocjonalną z życia seksualnego — im większa była satysfakcja fizyczna z życia seksualnego badanych, tym większa była ich satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego.

Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego

Dodatnia korelacja z satysfakcją fizyczną z życia seksualnego — im większa była satysfakcja fizyczna z życia seksualnego badanych, tym większa była ich satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego.

Tabela 9. Korelacje między zmiennymi w grupie kobiet zdrowych (n = 30)

Zmienne	Rozpoczęcie masturbacji	Wiek inicjacji seksualnej	Rola seksu w życiu	Liczba partnerów seksualnych	Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego	Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego	Wymuszenie kontaktów seksualnych	Przemoc w kontaktach seksualnych
Skala kobiecości	0,110	0,059	−0,308**	−0,051	0,244	0,303	0,273	0,075
Skala męskości	−0,111	−0,380*	−0,543*	0,559*	−0,143	−0,135	0,134	−0,011
Atrakcyjność seksualna	−0,117	−0,276	−0,412*	0,329**	−0,160	−0,221	−0,081	−0,279
Rozpoczęcie masturbacji	BD	0,249	0,140	−0,318**	−0,119	−0,161	0,078	−0,133
Wiek inicjacji seksualnej	BD	BD	0,239	−0,302	−0,045	−0,032	0,032	0,198
Rola seksu w życiu	BD	BD	BD	−0,446*	0,013	−0,077	−0,255	−0,090
Liczba partnerów seksualnych	BD	BD	BD	BD	−0,295	−0,223	0,079	0,055
Satysfakcja fizyczna z życia seksualnego	BD	BD	BD	BD	BD	0,942*	0,292	0,310**
Satysfakcja emocjonalna z życia seksualnego	BD	BD	BD	BD	BD	BD	0,377*	0,310**
Wymuszenie kontaktów seksualnych	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD	0,719*
Przemoc w kontaktach seksualnych	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD	BD

*p < 0,05 (istotność dwustronna); **p < 0,1 (korelacja na poziomie tendencji statystycznej); BD — brak danych

Doświadczenie wymuszenia kontaktów seksualnych

Ujemna korelacja z wiekiem inicjacji seksualnej — im później (lub wcale) badane przeżywały inicjację seksualną, tym rzadsze były ich doświadczenia wymuszeń kontaktów seksualnych.

Dodatnia zależność na poziomie tendencji z liczbą partnerów seksualnych — im częstsze były doświadczenia wymuszenia kontaktów seksualnych badanych, tym większa była liczba ich partnerów seksualnych. Dodatnia korelacja z doświadczeniem przemocy seksualnej — im częstsze były doświadczenia wymuszenia kontaktów seksualnych badanych, tym częstsze były również ich doświadczenia przemocy seksualnej.

Doświadczenie przemocy seksualnej

Dodatnia korelacja z liczbą partnerów seksualnych — im więcej badane miały partnerów seksualnych, tym częstsze były ich doświadczenia przemocy seksualnej.

Dodatnia korelacja z doświadczeniem wymuszenia kontaktów seksualnych — im częstsze były doświadczenia wymuszenia kontaktów seksualnych badanych, tym częstsze były również ich doświadczenia przemocy seksualnej.

Dyskusja i wnioski

Podsumowując przeprowadzone badanie i uzyskane w nim wyniki, nie można jednoznacznie opisać różnic w przeżywaniu, ocenie, uwarunkowaniach rozwoju seksualności kobiet chorych na schizofrenię w odniesieniu do grupy kobiet zdrowych. Zauważono, że kobiety zdrowe częściej uzyskiwały wyższe wyniki niż kobiety chore w skalach badających płęć psychologiczną. Ponadto kobiety zdrowe biorące udział w badaniu później rozpoczynały swoją aktywność seksualną. Natomiast kobiety chore częściej doświadczały wymuszeń i przemocy w obszarze seksualności. Brak znaczących różnic pomiędzy grupami w pozostałych obszarach może wynikać z faktu, że

wszystkie kobiety z grupy chorych na schizofrenię w chwili badania znajdowały się pod opieką placówek psychiatrii środowiskowej. Oferta terapeutyczna placówek tego typu kładzie nacisk na poprawę jakości życia swoich klientów, w związku z czym przyglądają się jak największej liczbie aspektów funkcjonowania i ustalają zindywidualizowany plan terapii. Pacjentki objęte taką opieką są być może bardziej świadome swojej seksualności. Należy również pamiętać, że narzędzie, które posłużyło do badania seksualności, bada tylko występowanie zaburzeń seksualnych. Nie można zatem na podstawie tego badania stwierdzić charakteru zaburzeń seksualnych, to jest, czy są wynikiem stanu medycznego, przyjmowanych leków, czy zależą od sytuacji. Badanie seksualności jest trudnym zadaniem z powodu dużej niechęci społeczeństwa do dzielenia się intymnymi szczegółami swojego życia. Badanie takie powinno być prowadzone na większej populacji, a podstawowym narzędziem badawczym powinien być pogłębiony wywiad seksuologiczny. Słabą stroną badania była mała grupa badawcza. Temat przeprowadzonego badania jest jeszcze obarczony tabu, dlatego utrudniony był dostęp do większej liczby osób chętnych do wzięcia udziału w badaniu. Pytania zawarte w kwestionariuszu seksuologicznym wymagały od badanych dzielenia się intymnymi szczegółami życia seksualnego. Taka sytuacja mogła być pretekstem do zaznaczania odpowiedzi niezgodnych z prawdą, aby lepiej wypaść w oczach osoby badającej. Mogło to zaburzyć wyniki badania. Na podstawie rozmów z badanymi przeprowadzanych przed i po wypełnieniu kwestionariusza, można wnioskować, że jest to temat ważny dla obu grup badanych. Kobiety chorujące na schizofrenię, które zauważały różnice w życiu seksualnym po zachorowaniu, często skarżyły się na brak odwagi na rozmowę z lekarzem dotyczącą seksualności lub bagatelizowanie przez lekarzy dolegliwości sfery seksualnej.

Przeżywanie swojej seksualności przez osoby chorujące psychicznie to bardzo ciekawy temat do dalszych badań ze względu na niedostateczną liczbę dostępnych badań empirycznych. Przeprowadzenie kolejnych, dokładniejszych analiz na większej grupie osób mogłoby pomóc w ustaleniu praktycznych wskazówek dla specjalistów pracujących z osobami chorującymi na schizofrenię, co mogłoby prowadzić w konsekwencji do polepszenia funkcjonowania i poprawy jakości życia chorych.

Piśmiennictwo:

1. WHOQOL Group (1995). The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organisation. *Soc. Sci. Med.*, 41:, 1403–1409. 1995.

2. Baumeister RF. Gender differences in erotic plasticity: the female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychol Bull.* 2000; 126(3): 347–74; discussion 385, indexed in Pubmed: [10825779](#).
3. Beisert M. Rozwój psychoseksualny człowieka. In: Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. ed. *Podstawy seksuologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 83–90.
4. Kelly DL. Treatment Considerations in Women with Schizophrenia. *Journal of Women's Health.* 2006; 15(10): 1132–1140.
5. DSM-5 (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association.
6. Sęk H. Jakość życia a zdrowie. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*. 1993; 55(2): 110–117.
7. Bronowski P. Środowiskowe systemy wsparcia w procesie zdrowienia osób chorych psychicznie. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa 2012.
8. Wciórka J. Psychozy schizofreniczne. In: Bilikiewicz A. ed. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (wyd. 3 zm. i uzup.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
9. Klasa K, Sobański J, Sobański Ł, et al. Dyskusja nad klasyfikacją zaburzeń seksualnych w DSM-5 a trendy badawcze w obszarze seksuologii w Polsce. *Psychiatria Polska*. 2013; 47(6): 1133–1142.
10. Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock V. *Psychiatria kliniczna*. Wydanie drugie polskie (red.) Sidorowicz SK. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2004: 152–177.
11. Kratochvíl S. *Leczenie zaburzeń seksualnych*. Wydawnictwo Iskra, Warszawa 2002.
12. Lew-Starowicz Z, Skrzypulec V. *Podstawy seksuologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa: 2010.
13. Lew-Starowicz Z. Zaburzenia seksualne. In: Jarema M, Rabe-Jabłońska J. ed. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 385–403.
14. Incedere A, Küçük L. Sexual Life and Associated Factors in Psychiatric Patients. *Sexuality and Disability*. 2017; 35(1): 89–106, doi: [10.1007/s11195-017-9475-y](#).
15. Beisert M. W poszukiwaniu modelu seksualności człowieka. In: Beisert M. ed. *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006: 7–32.
16. Izdebski Z. Seksualność Polaków na początku XXI wieku. *Studium badawcze*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
17. Miluska J. Tożsamość kobiet i mężczyzn w cyklu życia. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1996.
18. Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction. *Obstet Gynecol.* 2001; 98(2): 350–353, indexed in Pubmed: [11506856](#).
19. Basson R. Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *CMAJ.* 2005; 172(10): 1327–1333, doi: [10.1503/cmaj.1020174](#), indexed in Pubmed: [15883409](#).
20. Basson R, Brotto LA, Laan E, et al. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med.* 2005; 2(3): 291–300, doi: [10.1111/j.1743-6109.2005.20346.x](#), indexed in Pubmed: [16422860](#).
21. Byerly MJ, Nakonezny PA, Bettcher BM, et al. Sexual dysfunction associated with second-generation antipsychotics in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder: an empirical evaluation of olanzapine, risperidone, and quetiapine. *Schizophr Res.* 2006; 86(1-3): 244–250, doi: [10.1016/j.schres.2006.04.005](#), indexed in Pubmed: [16730951](#).
22. Chojnowski J, Więdołcha M, Mosiołek A. Zaburzenia seksualne u pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria*. 2017; 14(1): 35–39.
23. Fortier P, Mottard JP, Trudel G, et al. Study of sexuality-related characteristics in young adults with schizophrenia treated with novel neuroleptics and in a comparison group of young adults. *Schizophrenia Bulletin*. 2003; 29(3): 559–572, doi: [10.1093/oxfordjournals.schbul.a007028](#).

24. Brytek-Matera A. Obraz ciała — obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, Warszawa 2008.
25. Kasperek-Zimowska B, Brodniak WA, arol-Kulka SA. Zaburzenia seksualne w schizofrenii — przegląd badań. *Psychiatria Polska*. 2008; XLII(1): 97–105.
26. Bem SL. Probing the promise of androgyny. In: Kaplan AG, Bean P. ed. *Beyond sex-role stereotypes. Reading toward a psychology of androgyny*. Little, Brown and Company, s, Boston-Toronto 1976: 47–62.
27. Bem SL. Męskość, kobiecość. O różnicach wynikających z płci. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne., Gdańsk 2000.
28. Gierowski JK. Motywacja zabójstw (rozprawa habilitacyjna). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1989: 157–167.
29. Jakima S, Murawiec S. Problemy seksualne w schizofrenii. *Seksuologia Polska*. 2008; 6(2): 83–90.
30. Kuczyński W, Rzewuska M, Luks M. Wpływ leków przeciwpsychotycznych na funkcje seksualne. *Seksuologia Polska*. 2003; 1(1): 23–29.
31. Kuczyński W, Rzewuska M, Luks M, et al. Zaburzenia seksualne u chorych na schizofrenię leczonych neuroleptykami. *Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii*. 2001(1): 126–140.
32. Rzewuska M. Układ dopaminergiczny i leki przeciwpsychotyczne. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*. 2009; 2(3): 115–123.
33. Strauss B, Gross J. [Psychotropic drug-induced changes in sexuality—frequency and relevance in psychiatric practice]. *Psychiatr Prax*. 1984; 11(2): 49–55, indexed in Pubmed: [6718602](#).
34. McCann E. The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2010; 17(4): 295–303, doi: [10.1111/j.1365-2850.2009.01522.x](#), indexed in Pubmed: [20529179](#).
35. Iniewicz G, Strzelczak A. Pożądanie w odpowiedzi — nowe spojrzenie na hipolibidemię u kobiet. *Psychiatria Polska*. 2013; 47(6): 1123–1132.
36. Kuczyńska A. Płeć psychologiczna. Podstawy teoretyczne, dane empiryczne oraz narzędzie pomiaru. *Przegląd Psychologiczny*. 1992; 35(2): 237–247.
37. Kuczyńska A. Inwentarz do oceny płci psychologicznej IPP: podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012.
38. Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z. Seksualność Polek. Raport: Seksualność Polaków 2002. *Przegląd Menopauzalny*. 2002(4): 64–73.
39. Kowalski JA. *Homo eroticus*. Instytut Badań Seksualnych, Opole 2011: 94–98.