

# Życie seksualne pacjentów cierpiących na wybrane zaburzenia nerwicowe

Sexual life in patients with selected neurotic disorders

Sławomira Kwiatkowska<sup>1</sup>, Dagna Kocur<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej ALTERMED w Katowicach

<sup>2</sup>Zakład Psychologii Społecznej i Środowiskowej, Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach

## Streszczenie

**Wstęp:** Choroby przewlekłe i zaburzenia psychiczne często są przyczyną zaburzeń i niepowodzeń w życiu seksualnym. Mimo to wciąż relatywnie mało uwagi zwraca się na sferę seksualną pacjenta. Celem badania była odpowiedź na pytanie, jak różni się sfera funkcjonowania seksualnego pacjentów cierpiących na zaburzenia klasyfikowane jako inne zaburzenia lękowe (F41) oraz reakcję na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) w porównaniu z grupą kontrolną.

**Materiał i metody:** W badaniu wykorzystano Wielowymiarowy Test Seksualności, Kwestionariusz Emocjonalnych i Motywacyjnych Orientacji Związanych z Pobudzeniem Erotycznym, ankietę dotyczącą seksualności oraz rozszerzoną metryczkę. Do grupy badanej zakwalifikowane zostały 33 osoby (25 kobiet oraz 8 mężczyzn), które leczyły się w poradni zdrowia psychicznego. Wśród nich znalazło się 18 osób z rozpoznaniem F41 oraz 15 osób z rozpoznaniem F43.

**Wyniki:** Osoby z grupy badanej uzyskały niższe wyniki w zakresie wewnętrznej kontroli własnej seksualności oraz satysfakcji seksualnej w porównaniu z grupą kontrolną. Grupa badana uzyskała wyższe wyniki w zakresie lęku przed aktem seksualnym oraz lęku przed związkami seksualnymi. Osoby cierpiące na zaburzenia lękowe wykazywały się niższą ogólną motywacją do podejmowania aktywności seksualnej. Charakteryzuje je także niższa ocena własnego życia seksualnego, większa pożądana częstotliwość życia seksualnego oraz większa różnica między aktualną a pożądaną częstotliwością aktywności seksualnej. Zaobserwowano również ujemne korelacje czasu leczenia z prokreacją jako motywem podejmowania aktywności seksualnej.

**Wnioski:** Istotne jest, aby badać sferę funkcjonowania seksualnego pacjentów psychiatrycznych oraz zachęcać i edukować personel medyczny w celu zwiększania otwartości i uważności skierowanej na problematykę seksualności pacjentów.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia nerwicowe, zaburzenia lękowe, satysfakcja seksualna, motywacja seksualna, terapia, życie seksualne

Seksuologia Polska 2017; 15 (1): 9–16

## Abstract

**Introduction:** Chronic diseases and mental disorders frequently cause disorders and failures within sexual life. In spite of that, relatively little attention has been paid to the sexual sphere of patients' lives. The aim of this study was to address the question in what ways the sexual functioning sphere is different for patients with disorders classified as other anxiety disorders (F41) and acute stress reaction and adjustment disorders (F43) in comparison with the control group.

**Material and methods:** The study involved the Multidimensional Sexuality Questionnaire, The Affective and Motivational Orientation Related to Erotic Arousal Questionnaire, a survey concerning sexuality and an extended demographics section. The sample comprised 33 people (25 females and 8 males) who were treated in an outpatient clinic. Among the subjects, 18 people were diagnosed with F41 and 15 were diagnosed with F43.

**Results:** Subjects in the research group scored lower in internal control over one's sexuality and sexual satisfaction than did participants in the control group. The research group scored higher in fear of sex and fear of sexual relationships. People with anxiety disorders revealed a lower overall motivation for becoming involved in sexual activity. Participants from the research group also demonstrated a lower assessment of their sexual lives, a higher desired sexual life frequency and a higher discrepancy between their current and desired sexual activities' frequency. A negative correlation was also observed between treatment duration and procreation as a motive for becoming involved in sexual activity.

**Conclusions:** It is essential to examine the sphere of sexual functioning in psychiatric patients as well as to encourage and educate the medical personnel towards increasing their openness to and awareness of the issues linked with patients' sexuality.

**Key words:** neurotic disorders, anxiety disorders. sexual satisfaction, sexual motivation, therapy, sexual life

*Seksuologia Polska 2017; 15 (1): 9–16*

## Wstęp

Zaburzenia nerwicowe to jedne z częściej diagnozowanych chorób w Polsce. Wśród zaburzeń psychicznych leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominują zaburzenia nerwicowe (1120 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (840 leczonych na 100 tys. ludności). W sumie te dwie grupy diagnoz postawiono u prawie 47% ogółu pacjentów leczonych w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz dla uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Porównując dane z lat 2011 i 2012, można stwierdzić, że w 2013 roku wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju oraz zaburzenia nerwicowe, łącznie o ponad 50 tys. [1]. Ta grupa chorych stanowi zatem znaczny i wciąż rosnący odsetek pacjentów korzystających z pomocy poradni zdrowia psychicznego.

Wyniki badań wskazują na istotne połączenia pomiędzy problemami natury psychicznej i sferą seksualną funkcjonowania człowieka. W obrazie klinicznym wielu zaburzeń psychicznych obserwuje się dysfunkcje seksualne, które mogą się pojawiać także jako efekt uboczny farmakoterapii. Warto jednak zwrócić uwagę również na odwrotny kierunek tych zależności. Nierzadko zaburzenia seksualne czy traumy dotyczące sfery seksualnej bywają przyczyną problemów psychicznych, takich jak zaburzenia nastroju czy zaburzenia lękowe [2].

Literatura przedmiotu jest stosunkowo bogata w analizy dotyczące związków zaburzeń nastroju, w tym szczególnie depresji, z funkcjonowaniem seksualnym. Przykładowo porównanie następstw depresji z konsekwencjami innych schorzeń medycznych pokazało, że 63% pacjentów z depresją doświadczało zmniejszenia aktywności seksualnej w stosunku do 39% pozostałych pacjentów [3]. Badania Becka [4] dowiodły, że 61% pacjentów cierpiących na silną depresję doświadcza utraty zainteresowania sferą seksualną. Natomiast Woodruff i wsp. [5] stwierdzili zaburzenia

erekcji u 23% mężczyzn cierpiących na zaburzenia afektywne. Kolejne badania pokazały, że kobiety z nawracającą głęboką depresją doświadczały mniejszej przyjemności fizycznej z kontaktów seksualnych w porównaniu z grupą kontrolną [6, 7].

Warto podkreślić, że zależności opisujące zaburzenia lękowe i funkcjonowanie seksualne nie są tak częstym przedmiotem dociekań [7]. Ware i wsp. [8] zaobserwowali częstsze dysfunkcje seksualne u kobiet i mężczyzn z zaburzeniami lękowymi w porównaniu z grupą kontrolną. Natomiast zależności między lękiem napadowym a funkcjonowaniem seksualnym nie są jednoznaczne. W badaniach Angst [9] wykazano, że utrata zainteresowania seksualnego była powiązana z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi, nie łączyła się jednak bezpośrednio z napadami lęku, lękiem przestrzennym czy też fobią. Z kolei badania Van Minnen i Kampman [10] dowiodły, że kobiety doświadczające napadów lękowych częściej doświadczały jednocześnie zespołu obniżonego odczuwania pożądania seksualnego i awersji seksualnej niż grupa kontrolna. Wyniki badań Figueiry i wsp. [11] ujawniły znaczące powiązania wybranych zaburzeń lękowych ze specyficznymi zaburzeniami seksualnymi. Wykazano, że pacjenci doświadczający napadów lękowych częściej zmagali się z awersją seksualną niż osoby cierpiące na fobię społeczną. Natomiast mężczyźni cierpiący na fobię społeczną znacznie częściej doświadczali przedwczesnego wytrysku.

Analiza zależności zaburzeń lękowych i sfery seksualnej dowodzi, że nie zawsze prowadzą one do obniżenia zainteresowania aktywnością seksualną. Badania Mathew i Weinmana [12] pokazały, że 31% pacjentów doświadczało utraty zainteresowania seksualnego, podczas gdy 22% deklarowało jego wzrost. Także badania Angst [9] pokazały, że 26% mężczyzn poinformowało o obniżeniu zainteresowania seksem, a 23% o jego wzroście. Ten odwrotny trend rzadziej był obserwowany u kobiet: tylko 9% z nich deklarowało wzrost zainteresowania seksualnego, podczas gdy

35% kobiet informowało o spadku zainteresowania seksem. Wyniki badań dowiodły, że aktywność seksualna i samo zainteresowanie tą sferą życia często nasilają się w takich zaburzeniach afektywnych, jak mania i hipomania, co następnie może skutkować odhamowaniem seksualnym i prowadzić do przypadkowych kontaktów seksualnych lub innych zachowań społecznie nieakceptowalnych [7, 13, 14].

Wyniki niezależnych badań jednoznacznie dowodzą, że choroby przewlekłe i zaburzenia psychiczne mają istotny wpływ na zaburzenia i niepowodzenia w życiu seksualnym. Mimo to nadal relatywnie mało uwagi zwraca się na sferę seksualną pacjenta. Zapewne w dużej mierze jest to spowodowane ograniczeniami czasowymi. Wydaje się jednak, że ów brak zainteresowania życiem seksualnym pacjenta, a tym samym brak efektywnej pomocy jest wynikiem niechęci lub niewiedzy, a także towarzyszącego im pewnego rodzaju „skrępowania” niektórych klinicystów w odniesieniu do tematów związanych ze sferą seksualną człowieka [15].

## Cel pracy

Celem badania była odpowiedź na pytanie, w jaki sposób różni się sfera funkcjonowania seksualnego pacjentów z diagnozą inne zaburzenia lękowe (F41) oraz reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) w porównaniu z grupą kontrolną. W niniejszej pracy w zakresie sfery seksualnej człowieka zwrócono szczególną uwagę na motywacje seksualne, częstotliwość aktywności seksualnej, lęk seksualny oraz satysfakcję seksualną.

## Materiał i metody

Narzędzia badawcze:

1. **Rozszerzona metryczka** zawierała klasyczne pytania demograficzne (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie oraz orientacja seksualna). Została uzupełniona o pytanie dotyczące bliskich związków (możliwe odpowiedzi: a) jestem singlem/singielką; b) jestem w związku nieformalnym krócej niż rok; c) jestem w związku nieformalnym dłużej niż rok; d) jestem w związku małżeńskim; e) inne, jakie?).
2. **Ankieta dotycząca seksualności** zawierała następujące pytania i polecenia: 1. Czy realizujesz swoje fantazje seksualne? (możliwe odpowiedzi: a: nigdy; b: bardzo rzadko; c: rzadko; d: czasami; e: często; f: prawie zawsze) 2. Jak często dochodzi między Tobą a Twoim partnerem/Twoją partnerką do stosunku lub aktywności seksualnej? (możliwe odpowiedzi: a: częściej niż raz dziennie; b: raz dziennie; c: trzy lub cztery razy w tygodniu; d: dwa razy w tygodniu;

e: raz w tygodniu; f: raz na dwa tygodnie; g: raz na miesiąc; h: rzadziej niż raz w miesiącu; i: w ogóle).

3. Jak często chciał(a)byś odbywać stosunek lub być aktywny/a seksualnie? (możliwe odpowiedzi jak w pytaniu 2).
  4. Kto zazwyczaj rozpoczyna stosunek lub aktywność seksualną? (możliwe odpowiedzi: a: zawsze ja; b: zazwyczaj ja; c: mój partner/moja partnerka i ja równie często; d: zazwyczaj mój partner/moja partnerka; e: zawsze mój partner/moja partnerka).
  5. Oceń swój związek na skali (nie dotyczy, bardzo nieudany, nieudany, nie mam zdania, udany, bardzo udany);
  6. Oceń swoje życie seksualne na skali (nie dotyczy, bardzo nieudane, nieudane, nie mam zdania, udane, bardzo udane).
3. **Kwestionariusz Emocjonalnych i Motywacyjnych Orientacji Związanych z Pobudzeniem Erotycznym** (AMORE, *The Affective and Motivational Orientation Related to Erotic Arousal Questionnaire*) [16] (tłumaczenie własne). Jest to kwestionariusz dotyczący uczuciowej i motywacyjnej orientacji związanej z podnieceniem seksualnym. Składa się z 8 skal: Doświadczanie Siły Partnera (10 itemów), Okazywanie Uznania Wartości Partnera (8 itemów), Złagodzenie Stresu (10 itemów), Prokreacja (6 itemów), Wzmacnianie Poczucia Władzy (10 itemów), Poczucie Bycia Cenionym przez Partnera (7 itemów), Okazywanie Troski (6 itemów), Przyjemność (5 itemów). Badany udziela odpowiedzi na 5-stopniowej skali (od 1 — zupełnie do mnie nie pasuje, do 5 — bardzo do mnie pasuje). Rzetelność metody waha się w zależności od badania od  $\alpha = 0,76$  do  $\alpha = 0,93$  [16].
  4. **Wielowymiarowy Test Seksualności** (*The Multidimensional Sexuality Questionnaire*) [17]; polska wersja: [18]. Jest narzędziem mierzącym 12 obszarów seksualności. W niniejszym badaniu wykorzystano wersję skróconą, składającą się z 6 następujących skal: Wewnętrzna Kontrola Seksualności, Zewnętrzna Kontrola Seksualności, Lęk przed Seksem, Lęk przed Związkami Seksualnymi, Motywacja do Uprawiania Seksu oraz Satysfakcja Seksualna. Wersja skrócona składa się z 30 itemów prezentowanych w formie twierdzeń. Wykorzystywanie poszczególnych skal jest dozwolone [18]. Badany ustosunkowuje się do nich na 5-punktowej skali Likerta od 1 — zupełnie do mnie nie pasuje do 5 — bardzo do mnie pasuje. Rzetelność skali jest zadowalająca (od  $\alpha = 0,75$  do  $\alpha = 0,88$ ) [19–21].

## Sposób przeprowadzenia badania

Badania zrealizowano w okresie od marca do czerwca 2016 roku wśród pacjentów Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej ALTERMED w Katowicach.

Tabela 1. Podskale Wielowymiarowego Testu Seksualności w grupie badanej i grupie kontrolnej

	Grupa badana (n = 33)		Grupa kontrolna (n = 33)		U	Z	p	r
	M	SD	M	SD				
Wewnętrzna kontrola seksualności	2,44	0,63	3,72	0,76	103	-5,656	< 0,001	-0,696
Motywacja do uprawiania seksu	2,19	0,61	3,39	0,91	150,5	-5,046	< 0,001	-0,621
Lęk przed seksem	2,65	0,67	2,09	0,88	310	3,001	0,002	0,369
Zewnętrzna kontrola seksualności	2,46	0,72	1,95	0,77	321,5	2,853	0,004	0,351
Lęk przed związkami seksualnymi	2,73	0,49	2,19	0,77	305	3,065	0,002	0,377
Satysfakcja seksualna	2,65	0,93	3,53	0,77	264	-3,591	< 0,001	-0,442

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; U — statystyka U testu Manna-Whitneya; Z — statystyka Z testu Manna-Whitneya; r — wielkość efektu zaproponowana przez V. Glassa. Pogrubiono wartości istotne statystycznie

Tabela 2. Motywacje seksualne w grupie badanej i grupie kontrolnej

Zmienne	Grupa badana (n = 33)		Grupa kontrolna (n = 33)		U	Z	p	r
	M	SD	M	SD				
Doświadczenie siły partnera	2,39	0,91	2,61	1,08	491	-0,679	0,497	-0,084
Okazywanie uznania wartości partnera	3,55	1,09	3,51	0,84	496,5	0,609	0,542	0,075
Złagodzenie stresu	2,1	0,82	2,24	1,1	537	-0,09	0,928	-0,011
Prokreacja	1,97	0,44	1,91	0,68	515,5	0,366	0,715	0,045
Wzmacnianie poczucia siły	2,19	0,75	2,42	0,9	471	-0,936	0,349	-0,115
Poczucie bycia cenionym przez partnera	2,82	0,88	2,85	0,83	540	-0,051	0,959	-0,006
Okazywanie troski	2,8	1,01	2,94	0,99	506,5	-0,481	0,631	-0,059
Przyjemność	3,07	0,96	3,1	0,86	538,5	0,071	0,944	0,009

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; U — statystyka U testu Manna-Whitneya; Z — statystyka Z testu Manna-Whitneya; r — wielkość efektu zaproponowana przez V. Glassa

Lekarz prowadzący przekazywał pacjentom szczegółowe informacje o badaniu i jego celach. Pacjenci byli informowani, że badanie jest dobrowolne oraz anonimowe.

## Badana grupa

Do grupy badanej zakwalifikowane zostały 33 osoby (25 kobiet oraz 8 mężczyzn), które leczyły się w PZP. Wśród uczestników badania znalazło się 18 osób z rozpoznaniem F41 (inne zaburzenia lękowe) oraz 15 osób z rozpoznaniem F43 (reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne). Badana grupa obejmowała 25 osób leczących się regularnie oraz 8 kontaktujących się z psychiatrą nieregularnie. Wśród osób, które leczyły się regularnie, 61% (n = 20) leczyło się zarówno farmakologicznie, jak i psychoterapeutycznie, 6% badanych (n = 2) leczyło się tylko farmakologicznie, a 9% (n = 3) korzystało jedynie z psychoterapii. Średnia wieku w grupie badanej to 43,39 (SD = 10,93). Wykształcenie wyższe posiadało 40% badanych (n = 13); wykształcenie średnie 36% (n = 12), a 24% (n = 8) badanych dysponowało wykształceniem podstawowym i/lub zawodowym. W grupie badanej 55%

uczestników (n = 18) było w związku małżeńskim, 27% (n = 9) w związku nieformalnym dłużej niż rok, 9% (n = 3) w związku nieformalnym krócej niż rok, a 9% (n = 3) nie było w stałym związku.

Do grupy kontrolnej zostały dobrane osoby pod kątem wieku i płci, niekorzystające z pomocy psychiatrycznej lub psychologicznej.

## Wyniki

Osoby z grupy badanej uzyskały niższe wyniki w zakresie wewnętrznej kontroli własnej seksualności (p < 0,001), ogólnej motywacji seksualnej (p < 0,001) oraz satysfakcji seksualnej (p < 0,001) niż osoby z grupy kontrolnej. Grupa badana uzyskała wyższe wyniki w zakresie lęku przed seksem oraz przed związkami seksualnymi (p = 0,002) oraz zewnętrznej kontroli własnej seksualności (p = 0,004). Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Nie zaobserwowano różnic między osobami cierpiącymi na zaburzenia z grupy F41 i F43 oraz grupą kontrolną w zakresie różnych motywów podejmowania aktywności seksualnej. Wyniki zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 3. Wybrane zmienne opisujące życie seksualne w grupie badanej i grupie kontrolnej

	Grupa badana (n = 33)		Grupa kontrolna (n = 33)		U	Z	p	r
	M	SD	M	SD				
Aktualna częstotliwość życia seksualnego	4,18	2,16	4,49	1,46	509,5	-0,442	0,658	-0,054
Pożądana częstotliwość życia seksualnego	<b>5,46</b>	<b>1,92</b>	<b>4,03</b>	<b>1,91</b>	<b>307</b>	<b>3,039</b>	<b>0,002</b>	<b>0,374</b>
Różnica	<b>-1,27</b>	<b>2,28</b>	<b>0,45</b>	<b>1,42</b>	<b>231,5</b>	<b>-4,008</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>-0,493</b>
Skłonność do inicjowania aktywności seksualnej	2,85	1,06	2,97	0,85	499	-0,577	0,564	-0,071
Realizowanie fantazji seksualnych	2,33	1,69	2,91	1,13	431	-1,449	0,147	-0,178
Ocena własnego życia seksualnego	<b>3</b>	<b>1,48</b>	<b>4,15</b>	<b>1</b>	<b>267</b>	<b>-3,552</b>	<b>&lt; 0,001</b>	<b>-0,437</b>

M (mean) — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; U — statystyka U testu Manna-Whitneya; Z — statystyka Z testu Manna-Whitneya; r — wielkość efektu zaproponowana przez V. Glassa. Pogrubiono wartości istotne statystycznie

Tabela 4. Czas leczenia a motywacje seksualne

	Czas leczenia	
	r	p
Doświadczenie siły partnera	<b>-0,382</b>	<b>0,028</b>
Okazywanie uznania wartości partnera	-0,150	0,403
Złagodzenie stresu	0,098	0,587
Prokreacja	-0,368	0,035
Wzmacnianie poczucia siły	-0,077	0,669
Poczucie bycia cenionym przez partnera	-0,083	0,645
Okazywanie troski	0,001	0,994
Przyjemność	-0,106	0,556

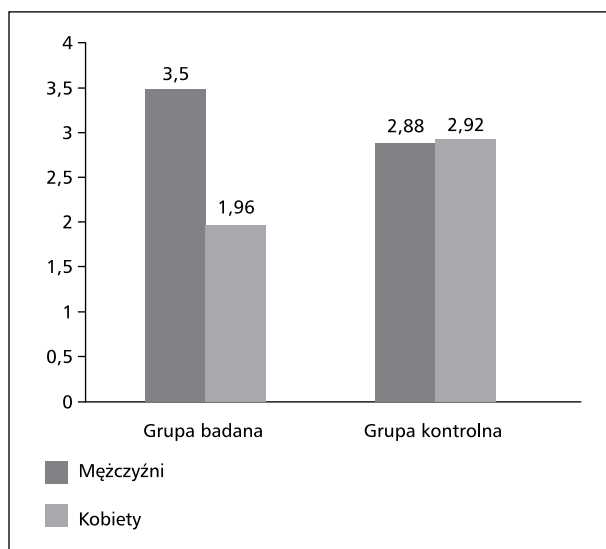
r — współczynnik r Pearsona. Pogrubiono wartość istotną statystycznie

Osoby z grupy badanej charakteryzowały się także niższą oceną własnego życia seksualnego ( $p < 0,001$ ), większą pożądaną częstotliwością życia seksualnego ( $p = 0,002$ ) oraz większą różnicą między aktualną a pożądaną częstotliwością aktywności seksualnej ( $p < 0,001$ ). Wyniki zaprezentowano w tabeli 3.

Zaobserwowano ujemne korelacje czasu leczenia z doświadczaniem siły partnera oraz prokreacją jako motywami seksualnymi. W przypadku prokreacji wyniki te nie były spowodowane korelacją z wiekiem badanych. Motyw prokreacji nie korelował z wiekiem ( $r = -0,04$ ;  $p = 0,76$ ). Wyniki zaprezentowano w tabeli 4. Nie zaobserwowano korelacji między czasem leczenia a podskalami wielowymiarowego testu seksualności i zmiennymi opisującymi życie seksualne.

Przeprowadzono dodatkowe analizy zależności między rozpoznaniem F41 i F43. Nie zaobserwowano różnic między badanymi osobami. Analizie poddano także zależności między regularnością leczenia oraz formami terapii (farmakoterapia lub psychoterapia lub farmakoterapia + psychoterapia). Nie zaobserwowano zależności.

Analizie poddano także zależność płci osób z grupy badanej ze zmiennymi opisującymi seksualność. Jedyną zmienną, która ujawniła różnice płciowe, to



Rycina 1. Realizowanie własnych fantazji seksualnych w grupach badanej i kontrolnej

realizowanie własnych fantazji erotycznych. Kobiety (M [mean] = 1,96; SD [standard deviation] = 1,67) uzyskały tu znacznie niższe wyniki niż mężczyźni (M = 3,5; SD = 1,2) z  $z = -2,205$ ;  $p = 0,027$ . Analogiczne analizy przeprowadzone w grupie kontrolnej nie ujawniły różnic między kobietami i mężczyznami (ryc. 1).

## Dyskusja

Osoby z grupy badanej uzyskały niższe wyniki w zakresie wewnętrznej kontroli własnej seksualności niż osoby z grupy kontrolnej. Miały zatem mniejsze poczucie kontroli nad własnym życiem seksualnym. Może to być spowodowane ogólnymi zależnościami pomiędzy zaburzeniami lękowymi a zewnętrznym umiejscowieniem kontroli [22, 23]. Taki wynik wiąże się także z wyższym poziomem lęku w obszarze seksualności wśród osób cierpiących na zaburzenia lękowe. Może to powodować zamknięte koło polegające na wzroście poczucia lęku w sytuacji, którą osoba postrzega jako niezależną od niej samej.

Osoby cierpiące na zaburzenia nerwicowe uzyskały wyższe wyniki w zakresie lęku przed seksem oraz lęku przed związkami seksualnymi. Wiąże się to z ogólnie wyższym poziomem lęku w całościowym funkcjonowaniu osób cierpiących na zaburzenia lękowe. Taki wynik jest także zgodny z badaniami Jodko i wsp. [24], według których 55% mężczyzn i 54% kobiet cierpiących na zaburzenia lękowe zgłosiło niechęć lub lęk przed współżyciem. Może się to także wiązać z zaburzeniami seksualnymi, które w grupie osób cierpiących na zaburzenia psychiczne są częstsze. Pacjenci mogą obawiać się funkcjonowania seksualnego, ponieważ doświadczyli już problemów w tej dziedzinie. W niniejszych badaniach problem ten nie był poruszany, jednak inne analizy potwierdzają te zależności. Częstość występowania dysfunkcji seksualnych jest wyższa u osób cierpiących na zaburzenia psychiczne, szczególnie wśród osób leczonych lekami psychotropowymi. Na przykład zaburzenia seksualne zaobserwowano u 30–60% pacjentów cierpiących na schizofrenię, leczonych lekami przeciwpsychotycznymi [25], u 78% osób z depresją leczonych lekami przeciwdepresyjnymi [26, 27] i nawet do 80% pacjentów cierpiących z powodu zaburzeń lękowych [28, 29]. Zaburzenia lękowe najczęściej łączą się zatem z występowaniem zaburzeń seksualnych w porównaniu z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Nie zaobserwowano różnic między osobami cierpiącymi na zaburzenia lękowe oraz grupą kontrolną w zakresie różnych motywów podejmowania aktywności seksualnej. Miały one jednak niższą ogólną motywację do podejmowania aktywności seksualnej. Zbliżone wyniki uzyskał Angst [9]. W jego badaniach utrata zainteresowania seksualnego była powiązana z uogólnionymi zaburzeniami lękowymi. Wyniki badań Van Minnen i Kampman [10] pokazały, że kobiety doświadczające napadów lękowych częściej doświadczają także zespołu obniżonego odczuwania pożądania seksualnego i awersji seksualnej niż grupa kontrolna. W niniejszych badaniach kobiety stanowiły większość grupy badanej.

Prawidłowe funkcjonowanie seksualne jest jednym z najważniejszych elementów jakości życia i utrzymania satysfakcjonującego bliskiego związku. Osoby z grupy badanej charakteryzowały się niższą oceną własnego życia seksualnego oraz mniejszą satysfakcją seksualną, większą pożądaną częstotliwością życia seksualnego oraz większą różnicą między aktualną a pożądaną częstotliwością aktywności seksualnej. Zestawienie wyników pokazuje, jak dużym problemem jest seksualność osób cierpiących na zaburzenia lękowe. Większa pożądana częstotliwość aktywności seksualnej może się także wiązać ze wzrostem potrzeb seksualnych, który został potwierdzony na przykład w badaniach Mathew i Weinmana [12], według których 22% pacjentów odczuwało wzrost pożądania seksualnego. Także w badaniach Angst [9] pokazano, że 23% mężczyzn doświadczało wzrostu pożądania seksualnego. Taka tendencja jest jednak częściej obserwowana u mężczyzn niż u kobiet.

Zaobserwowano ujemne korelacje czasu leczenia z prokreacją jako motywem seksualnym. W przypadku prokreacji wyniki badań przeprowadzonych w tej grupie badanej nie były spowodowane korelacjami z wiekiem badanych. Zatem doświadczenie długiego epizodu choroby lub nawracających epizodów zniechęca badanych do prokreacji. Prawdopodobnie nie czują się na siłach, aby sprostać wymaganiom, jakie stawia rodzicielstwo. Taki wynik wydaje się dość intuicyjny, stoi jednak w sprzeczności z wynikami badań Nicholson i wsp. [30], dotyczących rodzicielstwa wśród osób cierpiących na zaburzenia psychiczne. Wyniki ich analiz (przeprowadzonych na danych uzyskanych przez *The National Comorbidity Survey*) sugerują, że osoby dorosłe z zaburzeniami psychicznymi nieco częściej zostają rodzicami niż osoby niedoświadczające zaburzeń psychicznych. Odsetki kobiet będących matkami w badanych grupach przedstawiały się następująco: PTSD (*posttraumatic stress disorder*) — 72,8%, zaburzenia lękowe — 68,2%, zaburzenia afektywne — 66,8%, psychozy przebiegające bez zaburzeń nastroju — 61,8% w porównaniu z grupą bez zaburzeń psychicznych i nadużywania substancji; pośród badanych matek było 62,4% kobiet. Odsetki mężczyzn będących ojcami w badanych grupach przedstawiały się następująco: PTSD — 67,9%, zaburzenia lękowe — 56,4%, zaburzenia afektywne — 58%, psychozy przebiegające bez zaburzeń nastroju — 55,2% w porównaniu z grupą bez zaburzeń psychicznych i nadużywania substancji gdzie ojcami było 52,9% mężczyzn.

Przeprowadzono dodatkowe analizy zależności między rozpoznaniem F41 i F43. Nie zaobserwowano różnic między badanymi osobami. Analizie poddano także zależności między regularnością leczenia oraz

formami terapii (farmakoterapia lub psychoterapia lub farmakoterapia + psychoterapia). Nie zaobserwowano zależności. Taki wynik jest prawdopodobnie spowodowany zbyt małą grupą badaną. Wyniki badań Monteiro i wsp. [31] wskazały wysoki odsetek patologii seksualnej u pacjentów nieleczonych z OCD, spośród których 24% było przed inicjacją seksualną, a 9% nie odbywało stosunków seksualnych od lat.

Analizie poddano także zależności płci osób z grupy badanej ze zmiennymi opisującymi seksualność. Jedyną zmienną, która ujawniła różnice płciowe, to realizowanie własnych fantazji erotycznych. Kobiety uzyskały tu znacznie niższe wyniki niż mężczyźni. Analogiczne analizy przeprowadzone w grupie kontrolnej nie ujawniły różnic między kobietami i mężczyznami. Zmienne, które mają wpływ na częstotliwość snucia fantazji seksualnych, to: wiek — wraz z wiekiem spada skłonność do fantazjowania; płeć — mężczyźni częściej mają fantazje seksualne niż kobiety; częstotliwość kontaktów seksualnych — im częstsze kontakty, tym częstsze fantazje seksualne [32]. Rzadsze realizowanie własnych fantazji seksualnych wśród kobiet cierpiących na zaburzenia lękowe może się jednak wiązać także z ich niższą samooceną, a ta wywołuje niepokój dotyczący sfery seksualnej zarówno w stosunku do siebie, jak i własnego partnera. Może to doprowadzić do zmian behawioralnych u pacjenta — unikania intymności [33]. Lęk i poczucie niepewności w sferze seksualnej mogą też sprawiać, że pacjentki są bardziej przywiązane do stereotypowej seksualnej roli kobiety i mają mniejszą gotowość do postępowania bardziej ekspansywnego i niezgodnego ze schematem. W kulturze zachodnioeuropejskiej rola kobieca w sferze seksualnej łączy się z biernością i służebnością wobec potrzeb seksualnych mężczyzny. Kobieta stereotypowa jest skromna, uległa i pozbawiona doświadczeń seksualnych [34–36].

Wyniki niniejszej analizy pokazują, jak istotnym problemem jest seksualność osób cierpiących na zaburzenia lękowe. Problem zdaje się być potęgowany przez stosunek personelu medycznego do sfery seksualności pacjenta. Wynika to między innymi z natłoku obowiązków i przeciążenia pracą, ale nierzadko jest spowodowane także skrepowaniem, niechęcią do poruszania tematu seksu czy niewiedzą pewnej grupy klinicystów [15]. Istotne jest zatem, aby badać sferę funkcjonowania seksualnego pacjentów psychiatrycznych oraz zachęcać i edukować personel medyczny w kierunku większej świadomości i otwartości na seksualność pacjentów.

## Wnioski

1. Osoby z grupy badanej uzyskały niższe wyniki w zakresie wewnętrznej kontroli własnej seksual-

ności oraz satysfakcji seksualnej niż osoby z grupy kontrolnej.

2. Grupa badana uzyskała wyższe wyniki w zakresie lęku przed seksem oraz lęku przed związkami seksualnymi.
3. Osoby cierpiące na zaburzenia lękowe uzyskały niższą ogólną motywację do podejmowania aktywności seksualnej.
4. Osoby z grupy badanej charakteryzowały się także niższą oceną własnego życia seksualnego, większą pożądaną częstotliwością życia seksualnego oraz większą różnicą między aktualną a pożądaną częstotliwością aktywności seksualnej.
5. Zaobserwowano ujemne korelacje czasu leczenia z prokreacją jako motywem podejmowania aktywności seksualnej.

## Piśmiennictwo:

1. GUS, Zdrowie i Ochrona Zdrowia w 2014. Warszawa 2015. <http://www.stat.gov.pl/>.
2. Lew-Starowicz M. Zaburzenia seksualne w psychiatrii. In: Lew-Starowicz M, Skrzypulec V. ed. Podstawy seksuologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 274–276.
3. Cassidy WL, Flanagan NB, Spellman M, et al. Clinical observations in manic-depressive disease; a quantitative study of one hundred manic-depressive patients and fifty medically sick controls. *J Am Med Assoc.* 1957; 164(14): 1535–1546, indexed in Pubmed: [13448904](#).
4. Beck AT. Depression. Clinical, experimental, and theoretical aspects. University of Pennsylvania Press. 1967.
5. Woodruff RA, Murphy GE, Herjanic M. The natural history of affective disorders. I. Symptoms of 72 patients at the time of index hospital admission. *J Psychiatr Res.* 1967; 5(3): 255–263, indexed in Pubmed: [5583006](#).
6. Cyranowski JM, Bromberger J, Youk A, et al. Lifetime depression history and sexual function in women at midlife. *Arch Sex Behav.* 2004; 33(6): 539–548, doi: [10.1023/B:ASEB.0000044738.84813.3b](#), indexed in Pubmed: [15483368](#).
7. Bancroft J. Human sexuality and its problems. [wyd. pol. Z. Lew-Starowicz (red.). Seksualność człowieka. Elsevier Urban and Partner, Wrocław. 2011; 560.
8. Ware MR, Emmanuel NP, Johnson MR, et al. Self-report sexual dysfunction in anxiety disorder patients. *Psychopharmacol Bull.* 1996; 32: 530.
9. Angst J. Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int Clin Psychopharmacol.* 1998; 13 Suppl 6: S1–S4, indexed in Pubmed: [9728667](#).
10. Minnen AV, Kampman M. The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy.* 2000; 15(1): 47–57, doi: [10.1080/14681990050001556](#).
11. Figueira I, Possidente E, Marques C, et al. Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav.* 2001; 30(4): 369–377, indexed in Pubmed: [11446198](#).
12. Mathew RJ, Weinman ML. Sexual dysfunctions in depression. *Arch Sex Behav.* 1982; 11(4): 323–328, indexed in Pubmed: [7149967](#).
13. Clayton PJ, Pitts FN. Affect disorder. IV. Mania. *Compr Psychiatry.* 1965; 6(5): 313–322, indexed in Pubmed: [5825998](#).
14. Segraves RT. Psychiatric illness and sexual function. *Int J Impot Res.* 1998; 10 Suppl 2: S131–3; discussion S138, indexed in Pubmed: [9647976](#).

15. Leiblum SR, Rosen R. Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005: 609.
16. Hill C, Preston L. Individual differences in the experience of sexual motivation: Theory and measurement of dispositional sexual motives. *Journal of Sex Research*. 1996; 33(1): 27–45, doi: [10.1080/00224499609551812](https://doi.org/10.1080/00224499609551812).
17. Snell W, Fisher T, Walters A. The multidimensional sexuality questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*. 1993; 6(1): 27–55, doi: [10.1007/bf00849744](https://doi.org/10.1007/bf00849744).
18. Janda LH. Love and sex tests: 24 revealing love, sex and relationship tests developed by psychologists. [wyd. pol. Przeł. M. Adamkiewicz. Twój miłosny autoportret: 24 testy psychologiczne dotyczące miłości, seksu i związków]. Jacek Santorski, Warszawa 2003.
19. Snell W, Papini D. The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*. 1989; 26(2): 256–263, doi: [10.1080/00224498909551510](https://doi.org/10.1080/00224498909551510).
20. Snell W, Fisher T, Miller R. Development of the Sexual Awareness Questionnaire: Components, reliability, and validity. *Annals of Sex Research*. 1991; 4(1): 65–92, doi: [10.1007/bf00850140](https://doi.org/10.1007/bf00850140).
21. Snell W, Fisher T, Schuh T. Reliability and validity of the sexuality scale: A measure of sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *Journal of Sex Research*. 1992; 29(2): 261–273, doi: [10.1080/00224499209551646](https://doi.org/10.1080/00224499209551646).
22. Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998; 13(10): 717–726, indexed in Pubmed: [9818308](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9818308/).
23. Hoehn-Saric R, McLeod DR. Locus of control in chronic anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 1985; 72(6): 529–535, indexed in Pubmed: [4083058](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4083058/).
24. Jodko A, Głowacz J, Kokoszka A. Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych. *Seksuol. Pol*. 2008; 6(1): 26–32.
25. Peuskens J, Sienaert P, De Hert M, et al. Sexual dysfunction: the unspoken side effect of antipsychotics. *Eur Psychiatry*. 1998; 13 Suppl 1(1 Suppl 1): 23s–30s, indexed in Pubmed: [19698670](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19698670/).
26. Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRIs on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol*. 1999; 19(1): 67–85, indexed in Pubmed: [9934946](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9934946/).
27. Osváth P, Fekete S, Vörös V, et al. Sexual dysfunction among patients treated with antidepressants — a Hungarian retrospective study. *Eur Psychiatry*. 2003; 18(8): 412–414, indexed in Pubmed: [14680718](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14680718/).
28. Bartlik BD, Kaplan P, Kaplan HS, et al. Thyroid dysfunction after radiotherapy in children with Hodgkin's disease. *Cancer*. 1984; 53(4): 878–883, indexed in Pubmed: [6692289](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6692289/).
29. Letourneau EJ, Schewe PA, Frueh BC. Preliminary evaluation of sexual problems in combat veterans with PTSD. *J Trauma Stress*. 1997; 10(1): 125–132, indexed in Pubmed: [9018683](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9018683/).
30. Nicholson J, Biebel K, Katz-Leavy J, et al. The prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policymakers, programs, and providers. *Community Mental Health Journal*. 2002; 38(2): 167–172.
31. Monteiro WO, Noshirvani HF, Marks IM, et al. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A controlled trial. *Br J Psychiatry*. 1987; 151: 107–112, indexed in Pubmed: [3315086](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3315086/).
32. Lew-Starowicz Z. *Encyklopedia erotyki*. Muza, Warszawa; 2001: 547.
33. Zemishlany Z, Weizman A. The impact of mental illness on sexual dysfunction. *Sexual Dysfunction*. 2008; 29: 89–106.
34. Lips HM. *Women, men, and power*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company. 1991: 245.
35. Dulko S. *Saga o płci*. *Rocznik Lubuski*. 2006; 32(2): 87–93.
36. Mandal E. *Miłość, władza i manipulacja w bliskich związkach*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa; 2008: 323.