

## Objawy i problemy związane z seksualnością pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych

### Sexual health symptoms and problems in a population of patients in a day hospital for neurotic disorders

Jerzy A. Sobański<sup>1</sup>, Łukasz Müldner-Nieckowski<sup>1</sup>, Katarzyna Klasa<sup>2</sup>  
Krzysztof Rutkowski<sup>1</sup>, Edyta Dembińska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychoterapii UJ CM

p.o. kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

<sup>2</sup>Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. K. Rutkowski

#### Summary

**Aim.** Analysis of prevalence of symptoms and problems connected with sexuality in patients admitted to a day hospital for neurotic and behavioral disorders' treatment.

**Method.** The results of diagnostics of 2582 women and 1347 men, admitted for psychotherapy in a day hospital, because of neurotic, behavioral and personality disorders.

**Results.** Symptoms from the sexuality area revealed themselves to be frequent in the population of patients entering psychotherapy in a day hospital for neurotic disorders, and they were not directly linked to sexological treatment. Also traumatic events potentially disturbing psychosexual development were reported by patients, however with a different frequency, this being higher for self-assessed lack of sexual education in childhood or forced sexual debut, and low for incest or very early commencement, and for being punished for masturbation.

**Conclusions.** Psychotherapists as well as other professionals treating neurotics, should expect – besides numerous typical symptoms: anxiety, somatization etc. – complaints from area of sexual dysfunctions.

**Słowa kluczowe:** dysfunkcje seksualne, zaburzenia nerwicowe, urazowe wydarzenia seksualne z dzieciństwa, kwestionariusz objawowy

**Key words:** sexual dysfunctions, neurotic disorders, childhood sexual adversities, symptom checklist

#### Wprowadzenie

Od czasu opisywanych przez Zygmunta Freuda przypadków hysterii i nerwic seksualnych, w literaturze psychiatrycznej znaleźć można próby konceptualizacji związków zaburzeń seksualnych z nerwicami [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Generalnie przyjmuje się, że zaburzenia seksualne występujące w obrazie zaburzeń psychicznych nie są objawami podstawowymi, ale współwystępującymi, a czasem poprzedzającymi objawy podstawowe, i wiążą się głównie z zaburzeniami sfery popędowej i uczuciowej [8].

Zasygnalizowane przez Freuda hipotetyczne zależności, uzasadniane głównie opisanymi przypadkami, a rozwijane także przez bardziej współczesne teorie (poznawcze, systemowe, przywiązania), potwierdziła w wybranych grupach zaburzeń statystyka. Jak się wydaje, szczególną uwagę zyskały badania dotyczące występowania zaburzeń seksualnych, zwłaszcza przedwczesnego wytrysku, u pacjentów z fobią społeczną [8, 9, 10, 11]. Wyjaśnienia powiązań fobii społecznej z przedwczesnym wytryskiem autorzy upatrują m.in. we wspólnym podłożu biologicznym obu zaburzeń (nadaktywność adrenergiczna), oraz podobnych mechanizmach psychologicznych, tj. unikaniu i lęku przed oceną, czy mniejszym doświadczeniem seksualnym tej populacji – wtórnym do fobii społecznej [8, 10].

Araszkiewicz i Krzemińska [8], powołując się na przegląd literatury, podają, że choć zaburzenia seksualne występują aż u 75% pacjentów (kobiet i mężczyzn) z lękiem napadowym (najczęściej awersja seksualna, utrata potrzeb seksualnych, wytrysk przedwczesny) i 33% pacjentów z fobią społeczną (najczęściej zaburzenia orgazmu, przedwczesny wytrysk), problem zaburzeń seksualnych występujących w przebiegu zaburzeń nerwicowych jest często pomniejszany. Jodko i wsp. [12] w badaniach własnych stwierdzili m.in., że najczęstszym zaburzeniem w grupie 66 pacjentek oddziałów dziennych leczonych z powodu zaburzeń lękowych była anorgazmia (61%), następnie zaburzenia reakcji genitalnej (55%), lęk przed współżyciem (53%), okresowe wątpliwości co do orientacji seksualnej (11%) oraz orientacja egodystoniczna (12%). Pacjenci mężczyźni (38 osób) najczęściej wskazywali obniżenie popędu seksualnego (57%), lęk przed współżyciem (55%), trudności w utrzymaniu erekcji (45%). Wątpliwości co do orientacji ujawniła nieco ponad jedna czwarta respondentów (26%), a orientację egodystoniczną 23%. Wyniki te, jakkolwiek dotyczące niewielkich grup badanych, wskazują na częste występowanie dysfunkcji seksualnych w populacji pacjentów leczonych z powodu zaburzeń lękowych na oddziałach dziennych. Tejkowski [13] w badaniu przeprowadzonym z wykorzystaniem skal KO<sub>0</sub> w populacji 387 pacjentek i 274 pacjentów, leczonych na oddziale dziennym z powodu zaburzeń nerwicowych i osobowości, również stwierdził rozpowszechnienie „objawów seksualnych” (u ok. 3/4 badanych) oraz powiązanie ich nasilenia z nasileniem innych objawów nerwicowych (ocena za pomocą całych skal nie pozwala na szczegółowe wnioski).

Tymczasem problematyka seksualna, która powinna być uwzględniana w każdym badaniu psychiatrycznym, często bywa w nim pomijana, do czego przyczynia się brak spontanicznego relacjonowania objawów zaburzeń seksualnych przez pacjentów, a także nastawienia klinicystów [1, 12, 14, 15, 16]. Poprawy sytuacji można oczekiwać dzięki stosowaniu kwestionariuszy objawowych, uwzględniających między innymi (lub wyłącznie) objawy z zakresu dysfunkcji życia seksualnego. Mimo niedoskonałości narzędzi kwestionariuszowych i zależności wyniku badań od zestawu zadawanych pytań i konstrukcji skal, na co zwracają między innymi uwagę Hayes i wsp. [17], stosowanie metody ankietowej pozwala uzyskać wiele spójnych informacji o seksualności badanych.

### **Cel pracy**

Analiza częstości występowania objawów i problemów związanych z seksualnością u pacjentów dziennego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Behawioralnych w latach 1980–2002.

### Material i metody

Wykorzystano wyniki badań wstępnych wszystkich pacjentów przyjętych do leczenia na oddziale dziennym w latach 1980–2002. Uzyskano materiał dotyczący 3929 osób, z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości (podrozdziały F4, F5, F6 według aktualnej wersji ICD-10). Ich kwalifikacja do leczenia obejmowała w każdym przypadku dwukrotne badanie psychiatryczne, badanie psychologiczne oraz baterię testów psychologicznych, co umożliwiło wykluczenie innych zaburzeń psychicznych, takich jak choroba afektywna, psychoza schizofreniczna, zaburzenia egzogenne lub rzekomonerwicowe oraz ciężkich schorzeń somatycznych uniemożliwiających podejmowanie psychoterapii. Większość pacjentów miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości z wtórnie występującym zaburzeniem nerwicowym (tabela 1).

Tabela 1. Nasilenie objawów oraz rodzaj zaburzeń wg ICD-10

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Ogólna wartość kwestionariusza (OWK): średnia ± odch. standardowe (mediana)	394±152 (mediana 387)	349±151 (mediana 336)
Rozpoznanie (główne)		
F44/45. Zab. dysocjacyjne lub somatyzacyjne	29%	25%
F60. Zab. osobowości	23%	29%
F40/F41. Zab. lękowe	17%	16%
F48. Neurastenia	7%	14%
F34. Dystymia	7%	5%
F50. Zab. odżywiania się	5%	0%
F42. Zab. obsesyjno-kompulsyjne	2%	2%
F43. Reakcja na stres i zab. adaptacyjne	1%	2%
Inne	3%	2%
Brak danych	6%	6%

Tabela 2A. Cechy socjodemograficzne

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Wiek w latach średnia ± odch. standardowe (mediana)	33 ± 9 (mediana 33)	32 ± 9 (mediana 28)
Wykształcenie		
Brak/podstawowe	9%	12%
Średnie (w tym studenci)	57%	56%
Wyższe	34%	32%
Zatrudnienie		
Pracuje	59%	70%
Nie pracuje	41%	30%
w tym renta	10%	7%
studenci	23%	24%

Tabela 2B. Informacje o związkach i aktywności seksualnej

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Stan cywilny/związek		
Stabilny związek/małżeństwo	43%	47%
Niestabilny związek/małżeństwo	26%	21%
Nie jest w związku	31%	32%
Nie ma kontaktów seksualnych	39%	35%
Ma kontakty seksualne	60%	64%
W stałym związku	55%	53%
Przelotne, przypadkowe	3%	7%
Przelotne oraz dłuższe	2%	5%

Wydarzenia i okoliczności życiowe pacjenci zgłaszali za pośrednictwem szczegółowej retrospektywnej Ankiety Życiorysowej, złożonej ze 138 pytań (z wariantami odpowiedzi do wyboru), dotyczącej m.in. opisu rodziny, warunków życia w okresie dzieciństwa i młodości (przed 18 r.ż.), przebiegu nauki i relacji z rówieśnikami, rozwoju seksualnego, wydarzeń urazowych, okresu dojrzałości, m.in. funkcjonowania zawodowego, warunków materialnych, obecnego związku [18] (tabela 2A i 2B). Drugie zastosowane narzędzie – kwestionariusz objawowy: KO „0”, pozwala na zebranie informacji o obecności i nasileniu 135 objawów podczas ubiegłych siedmiu dni. Jest to jedno z niewielu oryginalnych polskich narzędzi, w których zastosowano podejście kryterialne [19] i język potoczny, umożliwiające pacjentom zgłaszanie najbardziej powszechnych dolegliwości [20, 21]. Cechuje się ono zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi [22, 23, 24]. Spośród zmiennych ujętych w KO „0” wybrano 6 objawów z zakresu dysfunkcji seksualnych (przytoczonych w aneksie) oraz pięciu okoliczności biograficznych: subiektywnej oceny edukacji seksualnej przed 18 r.ż., karaniami za masturbację lub zabawy seksualne, czasu i przebiegu inicjacji, incestu.

Dane uzyskane w wyniku rutynowych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, jednakże przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej.

Oszacowania różnic między odsetkami przeprowadzono za pomocą dwustronnego testu dla dwóch wskaźników struktury. Oszacowania współczynników ryzyka dokonano metodą regresji logistycznej. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

## Wyniki

Najczęstszą skargą związaną z seksualnością było w badanej grupie niezadowolenie z życia seksualnego, którego zarówno obecność, jak i znaczna uciążliwość były zgłaszane przez najwyższe odsetki kobiet i mężczyzn. Drugim symptomem obecnym u przynajmniej połowy badanych było osłabienie popędu seksualnego. Najbardziej zgłaszanym objawem był dyskomfort towarzyszący masturbacji. Mężczyźni zgłaszali istotnie częściej niż kobiety: niezadowolenie z życia seksualnego (59% vs 53%,  $p < 0,05$ ), trudności we współżyciu seksualnym (36% vs 25%,  $p < 0,05$ ), dyskomfort

towarzyszący masturbacji (22% vs 9%,  $p < 0,05$ ). Kobiety częściej zgłaszały niechęć do kontaktów heteroseksualnych (43% vs 33%,  $p < 0,05$ ), także w maksymalnym nasileniu (tabela 3).

Tabela 3. Występowanie i nasilenie objawów związanych z seksualnością

		Kobiety	Mężczyźni
		n = 2582	n = 1347
OBJAWY	odsetek całości	66%	34%
7. Niezadowolenie z życia seksualnego	maks. nasilenie	19%	20%
	występowanie	***53%	***59%
27. Trudności we współżyciu seksualnym	maks. nasilenie	**8%	**11%
	występowanie	***25%	***36%
47. Niechęć do kontaktów heteroseksualnych	maks. nasilenie	***17%	***9%
	występowanie	***43%	***33%
67. Znaczone osłabienie lub utrata popędu seksualnego	maks. nasilenie	***18%	***9%
	występowanie	53%	50%
70. Trudności w kontaktach z osobami przeciwnej płci	maks. nasilenie	9%	8%
	występowanie	41%	42%
87. Przykre uczucia związane z uprawianiem samogwałtu	maks. nasilenie	**3%	**5%
	występowanie	***9%	***22%

\*\* $p < 0,005$ , \*\*\*  $p < 0,0005$  – test dla dwóch wskaźników struktury

Występowanie przynajmniej jednego z sześciu analizowanych objawów w tygodniu poprzedzającym badanie (przed terapią) zgłosiło 2131 (83%) kobiet i 1133 (84%) mężczyzn.

Oszacowano własności psychometryczne skali utworzonej z sześciu zmiennych opisujących obecność objawów dotyczących seksualności. Wyniki tej analizy podsumowują współczynniki rzetelności (tabela 4 na następnej stronie), których względnie niskie wartości wskazują, że należy zmiennie te rozpatrywać osobno.

Powiązania między objawami zbadano przez oszacowanie współczynników ryzyka (OR) współwystępowania objawów parami, odrębnie w grupach kobiet i mężczyzn (tabele 5, 6 na następnych stronach).

Wszystkie współczynniki OR były istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ), poza zaznaczonymi cieniowaniem.

Okazało się, że niemal wszystkie objawy z zakresu seksualności u kobiet i wszystkie u mężczyzn miały istotną statystycznie tendencję do współwystępowania, choć z różnym prawdopodobieństwem. W grupie kobiet (tabela 5) najsilniejsze powiązania stwierdzono między zmniejszeniem się pożądania seksualnego a niechęcią do kontaktów seksualnych (współczynnik ryzyka OR = 11,98;  $p < 0,0001$ ) oraz między brakiem zadowolenia z życia seksualnego a trudnościami podczas stosunku (OR = 8,95;  $p < 0,0001$ ).

W grupie mężczyzn związek braku satysfakcji z seksu z dyskomfortem dotyczącym masturbacji okazał się nawet silniejszy niż u kobiet i to pomimo mniejszej liczebności mężczyzn (tabela 6).

Tabela 4. Rzetelność skali utworzonej z sześciu dolegliwości seksualnych

	Kobiety n = 2582		Mężczyźni n = 1347	
	Korelacja pozycji ze skalą	Alfa po usunięciu pozycji	Korelacja pozycji ze skalą	Alfa po usunięciu pozycji
Niezadowolenie z życia seksualnego	0,444	0,556	0,452	0,566
Trudności podczas stosunku	0,446	0,559	0,430	0,576
Niechęć do kontaktów seksualnych	0,500	0,531	0,415	0,582
Znaczne zmniejszenie pożądania	0,478	0,540	0,450	0,566
Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	0,180	0,662	0,223	0,654
Dyskomfort związany z masturbacją	0,132	0,654	0,265	0,633
alfa Cronbacha dla całej skali	0,633		0,641	

Tabela 5. Wzajemne powiązania między objawami w grupie kobiet określone przez współczynniki ryzyka (OR) oraz ich 95% przedziały ufności

	7. Niezadowolenie z życia seksualnego	27. Trudności podczas stosunku	47. Niechęć do kontaktów seksualnych	67. Znaczne zmniejszenie pożądania seksualnego	70. Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	87. Dyskomfort związany z masturbacją
7. Niezadowolenie z życia seksualnego	-	8,95 (7,03–11,41)	4,20 (3,55–4,97)	4,51 (3,82–5,32)	1,62 (1,38–1,90)	1,85 (1,41–2,43)
27. Trudności podczas stosunku	8,95 (7,03–11,41)	-	4,95 (4,08–6,01)	5,53 (4,46–6,85)	1,83 (1,53–2,19)	2,15 (1,64–2,81)
47. Niechęć do kontaktów seksualnych	4,20 (3,55–4,97)	4,95 (4,08–6,01)	-	11,98 (9,87–14,54)	1,72 (1,47–2,02)	1,59 (1,22–2,06)
67. Znaczne zmniejszenie się pożądania seksualnego	4,51 (3,82–5,32)	5,53 (4,46–6,85)	11,98 (9,87–14,54)	-	1,43 (1,23–1,67)	1,26 (0,97–1,63)
70. Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	1,62 (1,38–1,90)	1,83 (1,53–2,19)	1,72 (1,47–2,02)	1,43 (1,23–1,67)	-	2,40 (1,84–3,13)
87. Dyskomfort związany z masturbacją	1,85 (1,41–2,43)	2,15 (1,64–2,81)	1,59 (1,22–2,06)	1,26 (0,97–1,63)	2,40 (1,84–3,13)	---

Wszystkie współczynniki OR były istotne statystycznie ( $p < 0,05$ ), poza zaznaczonymi cieniowaniem

Tabela 6. Wzajemne powiązania między objawami w grupie mężczyzn określone przez współczynniki ryzyka (OR) oraz ich 95% przedziały ufności

	7. Niezadowolenie z życia seksualnego	27. Trudności podczas stosunku	47. Niechęć do kontaktów seksualnych	67. Znaczne zmniejszenie się pożądania seksualnego	70. Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	87. Dyskomfort związany z masturbacją
7. Niezadowolenie z życia seksualnego	-	7,96 (5,94–10,67)	3,50 (2,70–4,54)	3,50 (2,78–4,40)	2,03 (1,62–2,55)	3,41 (2,52–4,63)
27. Trudności podczas stosunku	7,96 (5,94–10,67)	-	3,41 (2,69–4,34)	6,38 (4,94–8,24)	1,48 (1,18–1,86)	1,57 (1,21–2,05)
47. Niechęć do kontaktów seksualnych	3,50 (2,70–4,54)	3,41 (2,69–4,34)	-	8,47 (6,41–11,18)	1,65 (1,31–2,07)	2,09 (1,60–2,72)
67. Znaczne zmniejszenie się pożądania seks.	3,50 (2,78–4,40)	6,38 (4,94–8,24)	8,47 (6,41–11,18)	-	1,48 (1,19–1,84)	1,70 (1,31–2,21)
70. Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	2,03 (1,62–2,55)	1,48 (1,18–1,86)	1,65 (1,31–2,07)	1,48 (1,19–1,84)	-	3,75 (2,85–4,92)
87. Dyskomfort związany z masturbacją	3,41 (2,52–4,63)	1,57 (1,21–2,05)	2,09 (1,60–2,72)	1,70 (1,31–2,21)	3,75 (2,85–4,92)	-

Wszystkie współczynniki OR były istotne statystycznie ( $p < 0,05$ )

Poza zgłaszaniem objawów analizowano występowanie w badanej grupie pacjentów takich potencjalnie patogennych czynników jak niekorzystne okoliczności oraz urazy związane z seksualnością (tabela 7 na następnej stronie).

Około połowy pacjentów zgłosiło poczucie, że przed 18 r.ż. całkowicie lub częściowo nie zostali uświadomieni – było ono nieco częstsze wśród mężczyzn (47% vs 51%,  $p < 0,05$ ).

Z represyjnym stosunkiem rodziców lub opiekunów do masturbacji lub zabaw seksualnych spotkało się 5% pacjentów (niezależnie od płci). Przypuszczenie, że wiadano o ich zachowaniach, ale nie karano, zostało zgłoszone przez istotnie większy odsetek mężczyzn ( $p < 0,0001$ ). Badani mężczyźni istotnie rzadziej ( $p < 0,005$ ) niż kobiety przeszli inicjację. Rozpowszechnienie zdecydowanie przedwczesnego rozpoczęcia życia seksualnego w postaci penetracji przed 14 r.ż. (pierwszy stosunek) było względnie rzadkie; dotyczyło około 1% kobiet i mężczyzn. Kobiety istotnie częściej ( $p < 0,0001$ ) oceniły obecnie pierwszy stosunek jako raczej niechciany lub mający charakter zgwałcenia. Aż jedna piąta spośród pacjentek miała poczucie przynajmniej niechcianej inicjacji. Zbliżony był odsetek kobiet i mężczyzn, którzy zgłosili, że byli ofiarą incestu lub jego próby (4% vs 3%,  $p > 0,05$ ).

Tabela 7. **Dysfunkcjonalne wychowanie i inne urazy seksualne**

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Uświadomienie seksualne przed 18 r.ż.		
65.1. Całkowicie uświadomiony/a	23%	22%
65.2. Częściowo uświadomiony/a	*30%	*27%
65.3. Raczej nie uświadomiony/a	26%	28%
65.4. Zupełnie nie uświadomiony/a	21%	23%
Stosunek opiekunów do masturbacji lub zabaw seksualnych		
66.0. Nie było masturbacji ani zabaw seksualnych	***69%	***34%
66.1. Nie karano, choć wiedziano o tym zachowaniu	***26%	***61%
66.2. Karano za masturbację lub zabawy seksualne	5%	5%
Rozpoczęcie współżycia, wiek inicjacji seksualnej		
72.0. Dotychczas nie współżył(a)	**14%	**18%
72.1. Inicjacja przed 13 r.ż.	1%	1%
72.2. Inicjacja w wieku 14–16 lat	*6%	*8%
Ocena inicjacji seksualnej		
73.1. Raczej chciana inicjacja	***64%	***76%
73.2. Inicjacja raczej niechciana	***17%	***4%
73.3. Inicjacja miała charakter gwałtu	***4%	***1%
Incest lub próba incestu		
74.2. Miał miejsce incest lub jego próba	4%	3%

\*\*\*p < 0,0005, \*\*p < 0,005, \*p < 0,05; dwustronny test dla dwóch wskaźników struktury

## Dyskusja

Seksualność jest sferą życia szczególnie podatną na wszelkie zakłócenia funkcjonowania psychicznego. Pobudzenie seksualne i zdolność do czynności seksualnych wymagają bowiem spokoju psychofizycznego, na którego tle rodzi się podniecenie, poczucia bezpieczeństwa i swobody w relacji z partnerem, nastawienia na odczuwanie przyjemności, adekwatnej samooceny itp. Wszystkie te aspekty są zazwyczaj w przebiegu zaburzeń nerwicowych zakłócone. Pojawienie się problemów w życiu seksualnym często bywa też powiązane z brakiem nawet podstawowej wiedzy o tej sferze funkcjonowania, obniża samoocenę, nasila lęk przed negatywną oceną, powodując unikanie lub wycofanie się z relacji. Nie bez znaczenia są tu również mniej czy bardziej świadome konflikty wewnętrzne pacjentów, dotyczące np. wyznawanych wartości, religii, posiadania dzieci, brania odpowiedzialności etc. Warto tu zaznaczyć, że badana populacja – pacjentów młodych, bez poważnych schorzeń somatycznych, pozwala na koncentrację na psychogennych przyczynach objawów seksualnych.



Jeżeli przynajmniej jeden z sześciu objawów dysfunkcji związanych z życiem seksualnym zgłasza przeważająca większość badanych, pojawia się pytanie o znaczenie seksualności we wszystkich zaburzeniach nerwicowych. Jednocześnie znacznie większe rozpowszechnienie w badanej populacji objawów z zakresu seksualności niż sytuacji z okresu dzieciństwa i adolescencji potencjalnie seksualność zaburzających (nawet przy wzięciu pod uwagę niedoszacowania tego drugiego czynnika) pozwala sądzić, że prawdopodobnie nie wyłącznie one decydują o powstawaniu zakłóceń życia seksualnego osób chorych na zaburzenia nerwicowe. Nie jest to wniosek nowy. Winid [25], dla „nerwicowych zaburzeń seksualnych”, podkreślał to w postaci konfliktów małżeńskich, podobnie Jabłoński [26], opisując pary z „psychogennymi dysfunkcjami seksualnymi” jako „zaburzeniami przede wszystkim nerwicowymi choć powikłanymi lub wyrażającymi się objawami seksualnymi”, zaliczył je do „symptomów zespołu nerwicowego”. Dominik i Żuchowicz [27, 28] także opisały liczne konflikty seksualne (obwinianie partnerów lub siebie np. o „sabotaż seksualny” związku, o karanie przez odmawianie współżycia) u pacjentów oddziałów nerwic. Danych podkreślających znaczenie problemów seksualnych dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi oraz dla ich partnerów dostarcza także współczesna publikacja Jodko i wsp. [12]. Zaskakująco niewielka liczba współczesnych publikacji naukowych na temat współwystępowania nerwic i dysfunkcji seksualnych pokazuje, jak często problematyka seksualności pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi jest marginalizowana.

Trudności może sprawiać określenie relacji przyczynowo-skutkowej dla ujawnionych powiązań. Dolegliwość najczęściej zgłaszana przez badanych – niezadowolenie z życia seksualnego – może być albo związana z aktualnym ograniczeniem możliwości realizowania potrzeb seksualnych (częstym także w populacji ogólnej) albo wynikać z problemów w życiu seksualnym, obniżających jego jakość. W przypadku osób z zaburzeniami nerwicowymi należy uwzględnić jeszcze aspekt nieprawidłowych schematów poznawczych, kiedy negatywna subiektywna ocena funkcjonowania seksualnego wiąże się np. z nadmiernymi wymaganiami wobec siebie lub oczekiwaniami od innych.

Osłabienie popędu seksualnego – drugi co do częstości objaw w opisywanej grupie pacjentów – jest wprawdzie trudne do oszacowania w populacji ogólnej (odsetki leżą w szerokich granicach 17%–33%), ale zauważono, że u fizycznie zdrowych i młodych pacjentów jest zaskakująco powszechne. Tu ponownie znajdujemy wiele możliwych kierunków interpretacji: być może w zaburzeniach nerwicowych, podobnie jak w depresji, potrzeby seksualne są hamowane przez podwyższony poziom lęku i stresu, lub przeciwnie – np. w ujęciu psychoanalitycznym – obniżenie się popędu seksualnego stanowi pierwotne zahamowanie libido, a rozładowanie wynikających z tego napięć odpowiada za powstawanie objawów lękowych.

U kobiet zmniejszenie się pożądania było powiązane z niechęcią do seksualnych kontaktów z mężczyznami, jednak analiza przyczynowo-skutkowa (kierunku) tego powiązania nie była możliwa, ponadto być może oba zjawiska współwystępują z innych powodów (np. nieuświadomionej orientacji homoseksualnej części badanych).

Kazirodczy stosunek seksualny lub jego próby są jednym z rzadszych wydarzeń urazowych podawanych przez badanych pacjentów. W Polsce doświadczenia takie dotyczą

2–3% kobiet i niecałego 1% mężczyzn [29], a wg wielu autorów [30] są to wartości zaniżone, i kazirodztwa (przed 18 r.ż.) doświadczyło ok. 15% kobiet i 5% mężczyzn.

Interesujące jest powiązanie braku satysfakcji z życia seksualnego z przykrymi odczuciami związanymi z masturbacją, dużo silniejsze wśród mężczyzn niż u kobiet. Masturbacja jest zachowaniem mającym duże znaczenie dla rozwoju psychoseksualnego i integralnym elementem zestawu zachowań seksualnych zdrowych osób. Wprawdzie często omawiana jest ona w kontekście większego rozpowszechnienia wśród mężczyzn (co potwierdzają także nasze wyniki badań), równie ważne znaczenie może mieć dla kobiet – często negatywnie do niej nastawionych, także z uwagi na większą akceptację społeczną wyrażania seksualności mężczyzn przez masturbację [31, 32]. Tym bardziej karanie za masturbację i inne zabawy seksualne stanowi poważne obciążenie rozwoju psychoseksualnego.

Badanie niniejsze oparte jest na danych z codziennej praktyki klinicznej, uzyskanych od licznej grupy pacjentów. Stanowi to zarazem zaletę pracy – daje możliwość uogólnienia wyników i wniosków, jak i jej ograniczenie – utrudnia m.in. zapewnienie precyzyjnej diagnozy. Retrospektywny charakter badania, nieuchronna subiektywność ocen pacjentów, zawężenie populacji wyłącznie do osób zakwalifikowanych do psychoterapii – czynią wyniki istotnymi przede wszystkim dla terapeutów przyjmujących podobne kryteria włączenia do leczenia. Ograniczenie do pacjentów z lat 1980–2002 było wymuszone zmianą narzędzia badawczego w 2002 r. Koncentracja na pojedynczych zmiennych kwestionariusza objawowego i wywiadu pozwala na uwzględnienie ich odmienności, czyniącej użycie całej skali zaburzeń seksualnych mało adekwatnym.

Z uwagi na cechy Kwestionariusza Objawowego „0” i materiału pochodzącego z analiz retrospektywnych, nie można ocenić subiektywnego rozumienia zmiennych. Zdaniem autorów tej pracy dopuszczalne jest tylko interpretowanie wprost sensu pytań na podstawie ich treści (podobnie jak czynią to respondenci) lub ewentualnie dociekanie ich pogłębionego znaczenia w statystycznych związkach odpowiedzi z wynikami innych narzędzi. Kolejną nieścisłość powoduje trudność respondentów w dostosowaniu się do instrukcji o opisywaniu dolegliwości występujących w trakcie ubiegłego tygodnia. Dlatego analizy samego występowania objawów należy uznać za bardziej wartościowe niż dotyczące ich nasilenia lub ściśle określonego czasu występowania (ubiegły tydzień).

### Wnioski

1. Stwierdzono znaczne rozpowszechnienie wszystkich analizowanych objawów z zakresu seksualności, mimo że grupa badana była leczona z powodów innych niż zaburzenia seksualne.
2. Najczęstsze było niezadowolenie z życia seksualnego oraz osłabienie popędu seksualnego, które występowały u ponad połowy respondentów. Najrzadszą zgłaszaną dolegliwością były przykre uczucia związane z masturbacją.
3. Pacjenci mężczyźni zgłaszali nieco częściej niż kobiety niezadowolenie z życia seksualnego, trudności podczas stosunku oraz dyskomfort towarzyszący masturbacji. Kobiety częściej zgłaszały niechęć do kontaktów seksualnych z mężczyznami.

2. Niektóre obciążenia wydarzeniami urazowymi w badanej grupie były bardzo częste (poczucie nieświadomości w zakresie seksualności przed 18 r.ż. zgłosiła 1/5 badanych), inne znacznie rzadsze: incest, wymuszona inicjacja lub przedwczesne rozpoczęcie współżycia.
5. Problematyka seksualna powinna być uznana za istotną dla populacji pacjentów poddanych psychoterapii z powodu objawów nerwicowych, zaburzeń osobowości i zachowania.
6. Wskazane jest tworzenie ustrukturuowanych narzędzi badawczych i klinicznych obejmujących zarówno objawy, jak i wydarzenia urazowe.

**Podziękowania:** Autorzy dziękują dr. Maciejowi Sobańskiemu za pomoc w statystycznym opracowaniu wyników.

**Informacje o sponsorowaniu badań:** Część badań przeprowadzono w ramach realizacji programów: K/ZDS/000422 (501/NKL/270/L) oraz K/ZBW000126. Uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJ CM.

#### Симптомы и проблемы в области сексуального здоровья в популяции пациентов дневного отделения лечения неврозов

##### Содержание

**Задание.** Анализ частоты появления симптомов и проблем, связанных с сексуальностью у пациентов, принятых в дневное отделение лечения бихевиоральных нарушений.

**Метод.** Использование Глоссария симптомов КО „О” и Анкеты автобиографии, заполненные 2582 женщинами и 1347 мужчинами, принятых на лечение психотерапией в дневном отделении по поводу невротических, бихевиоральных и личностных нарушений.

**Результаты.** В популяции пациентов, обращающихся для лечения в отделении, не связанном непосредственно с сексуологическим лечением, симптомы в области сексуологии оказались более частыми, как и причины, потенциально повреждающие психосексуальное развитие, в том числе чувство отсутствия сексуальной эдукции, принудительной инициации. Реже указывались опыты инициации, ее очень ранней, а также наказания за мастурбацию.

**Вывод.** Психотерапевты и иные специалисты проводящие лечение невротических нарушений, должны принимать во внимание, наряду с типичными фобийными симптомами, соматических и других, появление в клинической картине нарушений сексуальных дисфункций.

#### Symptome und Probleme des Sexullebens in der Population der Patienten aus der Tagesabteilung für Behandlung der Nervenstörungen

##### Zusammenfassung

**Ziel.** Analyse der Häufigkeit der mit der Sexualität verbundenen Symptome und Probleme bei den Patienten, die in die Tagesabteilung für die Behandlung der Nervenstörungen und behavioralen Störungen aufgenommen wurden.

**Methode.** Symptomen – Fragebögen KO „0“ und Lebenslauf – Umfragen wurden durch 2582 Frauen und 1347 Männer ausgefüllt. Diese Personen wurden in die Tagesabteilung zur Behandlung der Nerven-, Persönlichkeitsstörungen und behavioralen Störungen mit Psychotherapie aufgenommen.

**Ergebnisse.** In der Population der Patienten, die in die Tagesabteilung zur Behandlung erschienen, die keinen direkten Zusammenhang mit der sexuellen Behandlung hatte, zeigten sich oft sexuelle Symptome, so wie auch die Ereignisse, die die psychosexuelle Entwicklung störten, darunter u.a.

Mangel an sexuelle Bildung, erzwungene Initiation. Seltener wurden der Inzest, eine sehr frühe sexuelle Initiation, oder Strafe für Masturbation gemeldet.

**Schlussfolgerungen.** Die Psychotherapeuten und andere Fachärzte, die die Nervenstörungen behandeln, sollten neben den typischen Symptomen wie: Angst, somatische Symptome, auch die Störungen der sexuellen Dysfunktion in Betracht nehmen.

### Les symptômes et les problèmes de la santé sexuelle de la population des patients névrotiques de l'hôpital de jour

#### Résumé

**Objectif.** Analyser la prévalence des symptômes et des problèmes liés avec la sexualité des patients névrotiques de l'hôpital de jour.

**Méthode.** On examine les questionnaires KO »0 » et les enquêtes de 2582 femmes et de 1347 hommes hospitalisés de jour à cause des troubles nerveux.

**Résultats.** Chez ces patients les symptômes liés avec la sexualité sont très fréquents. Il en est de même avec les événements troublant potentiellement le développement psychosexuel : par ex. sentiment du manque de l'éducation sexuelle, de l'initiation forcée ; plus rarement on note l'inceste, l'initiation sexuelle très précoce ou la masturbation punie.

**Conclusions.** Les psychothérapeutes et les autres spécialistes en question doivent prendre en considération les dysfonctions sexuelles coexistant avec les symptômes typiques tels que l'anxiété ou la somatisation.

#### Piśmiennictwo

1. Lew-Starowicz Z, red. *Problemy seksualne w różnych specjalnościach lekarskich*. Warszawa: PZWL; 1992.
2. Figueira I, Possidente E, Marques C, Hayes K. *Sexual dysfunction: A neglected complication of panic disorder and social phobia*. Arch. Sex. Behav. 2001; 30, 4: 369–377.
3. van Lankveld JJDM, Grotjohann Y. *Psychiatric comorbidity in heterosexual couples with sexual dysfunction assessed with the Composite International Diagnostic Interview*. Arch. Sex. Behav. 2000; 29, 5: 479–498.
4. Elliott AN, O'Donohue WT. *The effects of anxiety and distraction on sexual arousal in a non-clinical sample of heterosexual women*. Arch. Sex. Behav. 1997; 26, 6: 607–624.
5. Norton GR, Jehu D. *The role of anxiety in sexual dysfunctions: A review*. Arch. Sex. Behav. 1984; 13, 2: 165–183.
6. Hale VE, Strassberg DS. *The role of anxiety on sexual arousal*. Arch. Sex. Behav. 1990; 19, 6: 569–581.
7. Katz RC, Jardine D. *The relationship between worry, sexual aversion, and low sexual desire*. J. Sex. Marital Ther. 1999; 25: 293–296.
8. Araszkievicz A, Krzemińska A. *Zaburzenia seksualne u pacjentów z zespołem lęku napadowego i zespołem lęku społecznego*. Psychiatr. Prakt. Ogólnolek. 2003; 3, 1: 27–31.
9. Tignol J, Martin-Guehl C, Aouizerate B, Grabot D, Auriacombe M. *Social phobia and premature ejaculation: A case-control study*. Depr. Anx. 2006; 23, 3: 153–157.
10. Corretti G, Pierucci S, de Scisciolo M, Nisita C. *Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: Study on 242 males affected by sexual disorders*. J. Sex. Mari. Ther. 2006; 32, 2: 183–187.
11. Bodinger L, Hermesh H, Aizenberg D i in. *Sexual function and behavior in social phobia*. J. Clin. Psychiatry 2002; 63, 10: 874–879.
12. Jodko A, Głowacz J, Kokoszka A. *Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych*. Seksuol. Pol. 2008; 6, 1: 26–32.

13. Tejkowski S. *Zaburzenia seksualne u pacjentów chorujących na nerwicę i zaburzenia osobowości*. Psychoter. 1986; 3, 58: 39–46.
14. Lew-Starowicz Z, Krajka K, Darewicz B, Ciesielska B, Robacha A, Jakima S, Windak A, Haczyński J. *Zdrowie seksualne – trudny problem dla lekarzy*. Seksuol. Pol. 2004; 2, 2: 33–38.
15. Feldhaus-Dahir M. *Female sexual dysfunction: barriers to treatment*. Urol. Nurs. 2009; 29, 2: 81–86.
16. Goldstein I, Lines C, Pyke R, Scheld JS. *National differences in patient-clinician communication regarding hypoactive sexual desire disorder*. J. Sex. Med. 2009; 6, 5: 1349–1357.
17. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, and Fairley CK. *What is the „true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact?* J. Sex. Med. 2008; 5: 777–787.
18. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K i in. *Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu*. Psychoter. 1981; 37: 3–10.
19. Zawadzki B. *Kwestionariusze osobowości. Strategie i procedura konstruowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
20. Aleksandrowicz JW. *Zarys teorii zaburzeń nerwicowych*. Niepublikowana praca habilitacyjna. Kraków: Akademia Medyczna, Wydział Lekarski; 1978.
21. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K i in. *Kwestionariusze objawowe „S” i „O” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych*. Psychoter. 1981; 37: 11–27.
22. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28, 6: 667–676.
23. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34, 6: 931–943.
24. Aleksandrowicz JW, Sobański JA. *Skuteczność psychoterapii poznawczej i psychodynamicznej*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2004.
25. Winid B. *Psychosomatyczne zaburzenia seksualne w życiu rodzinnym*. Psychiatr. Pol. 1978; 12, 5–6: 607–612.
26. Jabłoński Z. *Optymalne podejście w leczeniu psychogennych dysfunkcji seksualnych*. Psychoter. 2002; 1, 120: 41–46.
27. Dominik M, Żuchowicz T. *Porównanie sytuacji nerwicowych i obrazu chorobowego u kobiet i mężczyzn leczonych z powodu nerwicy*. Psychoter. 1977; 23: 3–12.
28. Dominik M, Żuchowicz T. *Problemy mężczyzn leczonych w oddziale nerwic*. Psychoter. 1976; 19: 14–20.
29. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. PZWL; Warszawa: 2000, s. 272.
30. Smoczyk-Lucka I. *Kazirodztwo jako jedna z form nadużyć seksualnych wobec dzieci*. Psychiatr. Pol. 1995; 29, 2: 181–192.
31. Chodecka D. *Masturbacja – czynnik rozwoju czy ryzykowne zachowanie w psychoseksualnym funkcjonowaniu chłopców*. Przegl. Seks. 2009; 17: 7–13.
32. Hogarth H, Ingham R. *Masturbation among young women and associations with sexual health: an exploratory study*. J. Sex. Res. 2009; 46, 6: 558–567.

## ANEKS

### Wybrane zmienne Kwestionariusza Objawowego „0” dotyczące życia seksualnego

7. Niezadowolenie z życia seksualnego.
27. Trudności we współżyciu seksualnym, np. z powodu bolesnego skurczu mięśni u kobiet, braku wzwodu lub przedwczesnego wytrysku u mężczyzn itp.

- 
47. Niechęć do podejmowania kontaktów seksualnych z osobami przeciwnej płci.
  67. Znaczne osłabienie lub utrata popędu seksualnego.
  70. Zawstyżenie i skrępowanie w obecności osób płci przeciwnej.
  87. Przykre uczucia związane z uprawianiem samogwałtu.

Adres: Jerzy A. Sobański  
Katedra Psychoterapii UJ CM  
31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14

Otrzymano: 11.02.2011  
Zrecenzowano: 28.11.2011  
Otrzymano po poprawie: 30.11.2011  
Przyjęto do druku: 12.12.2011