

## Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych – objawy związane i nie związane z seksualnością

### Sexual traumatic events and neurotic disorders picture – sexuality-related and sexuality-unrelated symptoms

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

**Introduction.** There is an ample evidence of the impact of severe traumatic events, such as sexual abuse in childhood, on the formation of disorders - especially the non-psychotic ones: sexual, neurotic and personality. So far, an increase of the risk with the accumulation of traumatic factors has been indicated, but less attention has been paid to adverse events such as lack of sexual education, negative attitudes of the caregivers towards sexuality, etc.

**Aim.** Assessment of the risk of such adverse events in childhood and adolescence, concerning the symptoms from the area of sexuality as well as other neurotic disorders areas.

**Method.** The coexistence of the earlier life circumstances and currently present symptoms was examined on the basis of KO,0” Symptom Checklist and Life Inventory, completed prior to treatment in a day hospital for neurotic disorders

**Results.** In the group of 2582 females and 1347 males, there was a significant prevalence of symptoms related to sexuality, as well as of other neurotic symptoms. Patients reported traumatic events of varying frequency (from a relatively rare incest, to much more frequent sense of lack of sex education). Regression analyses showed a significant relationship between the analyzed events and symptoms, for instance, lack of sexual satisfaction in adulthood co-occurred in women with punishing for childhood sexual plays or masturbation. The other analyzed symptoms – ‘non-sexual’, such as panic attacks, were not so clearly related to the burdensome circumstances.

**Conclusions.** The presence of adverse life events concerning sexuality, not necessarily the most serious ones e.g. abuses, but such as inadequate sex education, child punishing for masturbation or sexual plays, unwanted sexual initiation, are associated with a higher occurrence of most of the analyzed symptoms in the sphere of sexuality. Weaker connection for other than sexual neurotic symptoms suggests that the impact of childhood sexual trauma is mainly focused on the area of sexual dysfunctions.

**Słowa klucze:** wydarzenia urazowe z dzieciństwa, dysfunkcje seksualne, objawy zaburzeń nerwicowych, obraz zaburzeń nerwicowych, etiopatogeneza, czynniki ryzyka

**Keywords:** childhood trauma, sexual dysfunctions, symptoms of neurotic disorders, neurotic disorders' picture, etiopathogenesis, risk factors

## Wstęp

Na pojawianie się, zaostrzenia i nawroty objawów rozmaitych zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń nerwicowych i tych związanych ze stresem, wpływ mają zarówno wydarzenia urazowe z przeszłości, szczególnie wiążących się ze szczególną podatnością na zranienie okresów dzieciństwa i adolescencji, jak i bardziej współczesne konflikty w rodzinach prokreacyjnych oraz inne trudności funkcjonowania społecznego (np. bezrobocie) czy współwystępowanie chorób somatycznych [1–2]. Różne teorie psychologiczne (np. dotyczące mechanizmów obronnych), jak i hipotezy „biologiczne” wyjaśniają taki stan rzeczy, nie zyskując jednak ostatecznego prymatu, raczej zmierzając do wniosków o wieloczynnikowej etiologii zaburzeń nerwicowych i pewnego poszerzania granic grupy zaburzeń związanych ze stresem, już nie ograniczanym do wydarzeń o skrajnym nasileniu.

Niewątpliwie pacjenci zgłaszający się do leczenia z powodu przede wszystkim zaburzeń nerwicowych okazują się często obciążeni zarówno problemami, jak i objawami z zakresu seksualności [3], podobnie zresztą jak ich lekarze i przyszli lekarze [4]. Nie są rzadkością również wydarzenia urazowe z zakresu seksualności, choć ich stopień patogenności (odsetek powodowania zaburzeń) nie jest w pełni określony z uwagi na mniejszą dostępność informacji dotyczących populacji nie leczących się oraz zdrowych osób. Wielokrotnie stwierdzono natomiast, że im cięższe były wydarzenia urazowe (przewlekłość oddziaływania, większa ilość sprawców, ich bliskie lub częstsze kontakty z ofiarą), tym silniejsze objawy [5–6], jednak liczne doniesienia klinicystów i badaczy, pochodzące z wielu dekad, pokazują różnorodność powiązań wydarzenia–objawy, a zatem wielość możliwych kierunków oddziaływania mechanizmów etiopatogenezy.

Wszystkie kategorie takich wydarzeń życiowych, tych potencjalnie najbardziej urazowych (prześladowanie rodziny, nadużycie seksualne w dzieciństwie, maltretowanie) oraz tych patogenicznych w sposób mniej oczywisty (np. wrogi rozwód rodziców pacjenta [7]) powinien zawierać wywiad, szczególnie ten uzyskiwany od pacjentów przygotowywanych do leczenia psychoterapią.

W odniesieniu do najczęściej poddawanych psychoterapii zaburzeń nerwicowych i ich objawów można wyróżnić główne takie grupy powiązań: wydarzenia traumatyczne (różnego rodzaju: nadużycia seksualne, nadużycia fizyczne, urazy fizyczne, obciążające wydarzenia) – objawy dysocjacyjne, seksualne, lękowe o typie fobii, lęk

napadowy, objawy dystymii. Liczne doniesienia wiążą także urazy z obecnością, a nawet nasileniem zaburzeń osobowości [8], szczególnie osobowości borderline [9–11], zaburzeń zachowania (szczególnie odżywiania się [12–16] i seksualnych [17–21]). Spotykane są oczywiście doniesienia wykazujące – obok zaburzeń seksualnych [20] – obecność innych (powiązanych) dysfunkcji psychicznych, takich jak lęk, myślenie katastroficzne, nadmierna czujność itp. lub współwystępowanie objawów lub zespołów odrębnych od dysfunkcji seksualnych. Niektóre badania pokazują powiązania typu uraz seksualny–zaburzenie wtórne (nieseksualne) „zapośredniczone”, np. poprzez zaburzenie osobowości [22] lub zaburzenie depresyjne [23].

Obok nadużycia seksualnego w dzieciństwie, także inne urazy składają się na wzrost ryzyka zaburzeń lękowych, depresyjnych i obu rodzajów jednocześnie [24–25], agorafobii, fobii społecznej i fobii prostych [24–26], lęku napadowego [27–28] (w etiologii tego ostatniego urazu seksualne wydają się mieć mniejszy udział niż fizyczne maltretowanie, dysfunkcje rodziców czy ich utrata), zaburzeń dysocjacyjnych i konwersyjnych [5, 29–35], a także natręctw [36], uzależnień [37–38], a nawet schorzeń pozapsychiatrycznych [39–40] albo upośledzenia radzenia sobie z bólem [41]. Wielu autorów podkreśla niespecyficzność skutków wydarzeń o typie urazów seksualnych [42–44]. Innym ważnym aspektem omawianych powiązań jest, jak się wydaje na podstawie doświadczeń klinicznych, częściowa specyficzność kierunku wpływu urazów. Można domniemywać, że seksualne wydarzenia urazowe są – przynajmniej w pewnym stopniu – bardziej powiązane (nieco częściej powodują?) z zakłóceniami seksualności o typie pełnych dysfunkcji (zaburzeń seksualnych) bądź niepełnych (jedynie szczątkowych objawów towarzyszących zaburzeniom nerwicowym) niż z innymi niż seksualnymi objawami nerwicowymi. Oczywiście niewykluczone są trudniej uchwytnie złożone sekwencje patogenezy, np. uraz seksualny → preferowanie mechanizmu dysocjacji → trudności edukacyjne → bezrobocie → dystymia, a także powiązania wielokierunkowe, równoległe i wieloczynnikowe (tzw. multifactorial stress models [45]).

Niemniej można przypuszczać, że przewaga urazu danego typu (np. nadużycia seksualnego) czy też np. dysfunkcji rodziny pochodzenia (np. wrogiego rozvodu pary rodzicielskiej), niezależnie od czasu wystąpienia tych wydarzeń, wiąże się z większym prawdopodobieństwem współczesnej obecności objawów powiązanego typu (np. trudności separacyjne w dzieciństwie → agorafobia i trudności separacyjne w wieku dorosłym albo uraz seksualny → objawy seksualne). To zwiększone prawdopodobieństwo może być ujawniane w postaci istotnych współczynników ryzyka dopiero w badaniach opartych na bardzo dużych grupach pacjentów o heterogennym składzie, a także w obserwacjach klinicystów (usystematyzowanych jedynie częściowo). Podsumowując, można oczekiwać, że wydarzenia urazowe i niekorzystne okoliczności życiowe, należące do obszaru seksualności (np. represjonujące seksualność wychowanie), będą się wiązały przede wszystkim ze skargami natury seksualnej bardziej niż z innymi objawami, dla których nadal jednak pozostaną częściowe, słabsze, lecz możliwe do zaobserwowania powiązania. Analiza porównująca, które z objawów „nieseksualnych” silniej lub słabiej wiążą się lub nie wiążą z urazami danego rodzaju, także może okazać się źródłem interesujących hipotez dla dalszych badań i praktyki klinicznej.

## Cel

Niniejsze badanie oceniało ryzyko związane z narażeniem pacjentów na niekorzystne potencjalnie urazowe wydarzenia w dzieciństwie, uwzględniając skutki w zakresie wybranych objawów z obszaru seksualności w porównaniu z innymi obszarami zaburzeń nerwicowych.

## Material i metoda

Współwystępowanie sprawozdawanych przez pacjentów obciążających okoliczności życiowych z okresu dzieciństwa i adolescencji oraz aktualnie obecnych objawów oceniano za pomocą danych z kwestionariuszy objawowych KO<sub>0</sub> [46] oraz Ankiety Życiorysowej [47] rutynowo wypełnianych przed leczeniem psychoterapią na dziennym oddziale leczenia nerwic w latach 1980–2002 (po tym okresie zmodyfikowano zestaw narzędzi diagnostycznych, a grupy obecnie uzyskiwanych danych nie osiągnęły jeszcze niezbędnej do analiz liczebności).

Uzyskano dane dotyczące pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych, behawioralnych i zaburzeń osobowości (kategorie F4, F5, F6 klasyfikacji ICD-10). Rozpoznanie te przyporządkowano części pacjentów (hospitalizowanych przed wprowadzeniem klasyfikacji ICD-10) w oparciu o analizę równoważności opisanych zespołów objawów, a także – w niektórych przypadkach – na podstawie archiwalnych historii choroby, co umożliwiło użycie jedynie diagnoz mniej szczegółowych (np. kod F42) lub nawet ich połączonych grup (np. F40 i F41). Kwalifikacja do leczenia obejmowała w każdym przypadku przynajmniej dwa badania psychiatryczne, wywiad i badanie psychologiczne oraz baterię kwestionariuszy. Umożliwiło to wyłączenie innych zaburzeń (m.in. zaburzeń afektywnych, psychoz schizofrenicznych, zaburzeń egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich chorób somatycznych), wykluczających podejmowanie psychoterapii na tutejszym oddziale dziennym [48]. Większość badanych miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości i wtórnie występujące zaburzenie nerwicowe (tabela 1 – *na następnej stronie*) [3].

Wydarzenia i okoliczności życiowe pacjenci zgłaszali za pośrednictwem szczegółowego, retrospektywnego kwestionariusza Ankiety Życiorysowej, złożonego ze 138 pytań (z wariantami odpowiedzi do wyboru), dotyczącego 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 [47]. Drugie zastosowane narzędzie – kwestionariusz objawowy KO<sub>0</sub>, pozwala na zebranie informacji o obecności i nasileniu 135 objawów w czasie ostatnich 7 dni. Jest to jedno z niewielu oryginalnych polskich narzędzi utworzonych w oparciu o podejście kryterialne [49] przy użyciu języka potocznego. Umożliwia pacjentom zgłaszanie najpowszechniejszych dolegliwości [50], cechuje się też zadowalającymi właściwościami psychometrycznymi [46, 51].

Spośród zmiennych ujętych w KO<sub>0</sub> wybrano 6 objawów z zakresu dysfunkcji seksualnych i 9 z zakresu dolegliwości innych niż seksualnych („nieseksualnych”), z Ankiety Życiorysowej 5 okoliczności biograficznych (subiektywnie wspomnianych),

mianowicie ocenę edukacji seksualnej przed 18 r.ż., karanie za masturbację lub zabawy seksualne, czas i przebieg inicjacji, kazirodztwo lub jego próbę.

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

Oszacowania różnic między odsetkami przeprowadzono za pomocą dwustronnego testu dla dwóch wskaźników struktury. Oszacowania współczynników ryzyka (OR) dla współwystępowania wartości dwóch zmiennych nominalnych (okoliczności życiowej oraz objawu, zakodowanych w postaci 0-1) dokonano metodą regresji logistycznej. Używano licencjonowanego pakietu statystycznego STATISTICA PL.

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

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Ogólna Wartość Kwestionariusza (OWK): średnia $\pm$ odch. standardowe (mediana)	394 $\pm$ 152 (mediana 387)	349 $\pm$ 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 2. Cechy socjodemograficzne

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Wiek w latach średnia $\pm$ odch. standardowe (mediana)	33 $\pm$ 9 (mediana 33)	32 $\pm$ 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 3. 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%
Dłuższy związek	55%	53%
Przelotne, przypadkowe	3%	7%
Przelotne oraz dłuższe	2%	5%

### Wyniki

W grupie 3 929 pacjentów (2 582 kobiet i 1 347 mężczyzn,) leczonych na oddziale dziennym (średni wiek kobiet to 33 lata, mężczyzn – 32), stwierdzono znaczne (sięgające ponad 50% badanych) rozpowszechnienie objawów i problemów dotyczących seksualności oraz innych objawów zaburzeń nerwicowych. Dolegliwościom tym towarzyszyło zgłaszanie przez pacjentów w ankietach życiorysowych wydarzeń urazowych o różnej częstotliwości (od względnie rzadkich (4% kobiet) przypadków kazirodztwa lub jego próby do poczucia braku uświadomienia seksualnego przed osiągnięciem wieku dorosłego u ponad 20% badanych).

Analizy regresji logistycznej wskazały na istotne powiązania między analizowanymi wydarzeniami a objawami, np. brak zadowolenia z życia seksualnego u kobiet współwystępował z karaniem za masturbację lub zabawy seksualne w dzieciństwie (iloraz szans wynoszący 2,13, u mężczyzn 1,92). Wybrane – inne niż seksualne – objawy typowe dla niektórych zaburzeń nerwicowych, takich jak np. lęk napadowy, nie wiązały się w tak wyraźny sposób z obciążającymi okolicznościami życiowymi.

Tabela 4. Dysfunkcjonalne wychowanie i inne urazy seksualne

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Uświadomienie seksualne przed 18 r.ż.		
Całkowicie uświadomiony/a	23%	22%
Częściowo uświadomiony/a	*30%	*27%
Raczej nie uświadomiony/a	26%	28%
Zupełnie nie uświadomiony/a	21%	23%
Stosunek opiekunów do masturbacji lub zabaw seksualnych		
Nie było masturbacji ani zabaw seksualnych	***69%	***34%
Nie karano, choć wiedziano o tym zachowaniu	***26%	***61%
Karano za masturbację lub zabawy seksualne	5%	5%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Rozpoczęcie współżycia, wiek inicjacji seksualnej		
Dotychczas nie współżył(a)	**14%	**18%
Inicjacja przed 14 r.ż.	1%	1%
Inicjacja w wieku 14–16 lat	*6%	*8%
Ocena inicjacji seksualnej		
Raczej chciana inicjacja	***64%	***76%
Inicjacja raczej niechciana	***17%	***4%
Inicjacja miała charakter gwałtu	***4%	***1%
Kazirodztwo lub jego próba		
Miało miejsce kazirodztwo lub jego próba	4%	3%

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

Jak wynika z tabeli 4, (a także z uprzednich publikacji [3]), represyjnego stosunku rodziców lub opiekunów wobec masturbacji lub zabaw seksualnych doświadczyło 5% pacjentów (niezależnie od płci). Przypuszczenie, że wiedziano o tych zachowaniach, ale nie karano za nie, 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 pierwszego stosunku przed 14 r.ż. 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 gwałtu. Aż jedna piąta spośród pacjentek miała poczucie niechcianej inicjacji (lub zgwałcenia). Zbliżony był odsetek kobiet i mężczyzn, którzy zgłosili bycie ofiarą kazirodztwa lub jego próby (4% vs 3%,  $p > 0,05$ ). Około połowy pacjentów zgłosiło poczucie, że przed 18 r.ż. całkowicie lub częściowo nie zostało uświadomionych, to poczucie było nieco częstsze wśród mężczyzn (47% vs 51%,  $p < 0,05$ ) [3].

Tabela 5. Występowanie i nasilenie objawów z zakresu zdrowia seksualnego

		Kobiety	Mężczyźni
		n = 2582	n = 1347
OBJAWY	odsetek całości	66%	34%
<b>Objawy dysfunkcji seksualnych</b>			
Niezadowolenie z życia seksualnego	maks. nasilenie	19%	20%
	występowanie	***53%	***59%
Trudności we współżyciu seksualnym	maks. nasilenie	**8%	**11%
	występowanie	***25%	***36%
Niechęć do kontaktów heteroseksualnych	maks. nasilenie	***17%	***9%
	występowanie	***43%	***33%

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*



Znaczne osłabienie lub utrata popędu seksualnego	maks. nasilenie	***18%	***9%
	występowanie	53%	50%
Trudności w kontaktach z osobami przeciwnej płci	maks. nasilenie	9%	8%
	występowanie	41%	42%
Przykre uczucia związane z uprawianiem samogwałtu	maks. nasilenie	**3%	**5%
	występowanie	***9%	***22%
<b>Objawy „nieseksualne” – markery wybranych zaburzeń nerwicowych</b>			
Lęk na otwartej przestrzeni	maks. nasilenie	***9%	***4%
	występowanie	***27%	***21%
Lęk społeczny	maks. nasilenie	26%	24%
	występowanie	72%	74%
Ataki paniki	maks. nasilenie	***18%	***10%
	występowanie	***51%	***41%
Natrętne sprawdzanie	maks. nasilenie	**22%	**18%
	występowanie	65%	65%
Przejściowy niedowład	maks. nasilenie	**5%	**3%
	występowanie	**23%	**19%
Bóle serca	maks. nasilenie	*16%	*13%
	występowanie	*63%	*59%
Biegunki	maks. nasilenie	6%	5%
	występowanie	30%	31%
Lęk hipochondryczny	maks. nasilenie	17%	16%
	występowanie	***46%	***55%
Pesymizm	maks. nasilenie	***36%	***24%
	występowanie	***81%	***74%

\*  $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,005$ , \*\*\* $p < 0,0005$  – test dla dwóch wskaźników struktury

Najczęstszą skargą z zakresu zdrowia seksualnego (tabela 5) 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. Najrzadziej 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. W zakresie 9 objawów nieseksualnych najczęściej występowały pesymizm oraz lęk społeczny (u ponad 70% badanych).



Tabela 6. Powiązanie urazowych wydarzeń z dzieciństwa pacjentek, z objawami dysfunkcji seksualnych oraz nieseksualnych symptomów zaburzeń nerwicowych

	Całkowicie uświadomiona	Zupełnie nie uświadomiona	Karano za masturbację lub zabawy seks.	Nie było inicjacji	Inicjacja przed 14 r.ż.	Inicjacja w wieku 14–16 lat	Inicjacja raczej niechciana	Inicjacja miała charakter gwałtu	Miało miejsce kazirodztwo lub jego próba
<b>Objawy dysfunkcji seksualnych</b>									
Niezadowolenie z życia seksualnego	0,73** (0,61–0,88)	1,51*** (1,25–1,83)	2,13*** (1,46–3,13)	0,34*** (0,27–0,43)	1,74 (0,78–3,88)	1,67** (1,18–2,37)	1,67*** (1,35–2,06)	2,11** (1,39–3,21)	1,82** (1,20–2,74)
Trudności podczas stosunku	0,63*** (0,50–0,79)	1,73*** (1,42–2,13)	1,22 (0,83–1,80)	0,19*** (0,12–0,28)	1,01 (0,47–2,18)	1,85*** (1,31–2,61)	1,63*** (1,31–2,03)	1,97** (1,33–2,93)	1,36 (0,90–2,07)
Niechęć do kontaktów seksualnych	0,80* (0,66–0,97)	1,50*** (1,24–1,81)	1,19 (0,84–1,70)	0,51*** (0,40–0,65)	1,20 (0,56–2,58)	1,54* (1,10–2,15)	1,52*** (1,24–1,86)	1,21 (0,82–1,78)	1,24 (0,84–1,82)
Znaczne zmniejszenie pożądania seks.	0,75** (0,62–0,90)	1,58*** (1,30–1,91)	1,06 (0,74–1,50)	0,29*** (0,23–0,37)	1,77 (0,79–3,95)	1,42* (1,01–1,99)	1,50*** (1,22–1,85)	1,29 (0,87–1,91)	1,04 (0,71–1,53)
Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	0,67*** (0,56–0,82)	1,31** (1,09–1,59)	1,47* (1,04–2,09)	2,35*** (1,87–2,94)	0,70 (0,31–1,56)	1,19 (0,85–1,66)	1,06 (0,86–1,31)	1,73* (1,17–2,55)	1,57* (1,06–2,31)
Dyskomfort związany z masturbacją	0,86 (0,62–1,18)	1,13 (0,83–1,54)	2,39*** (1,52–3,75)	1,82*** (1,32–2,51)	0,73 (0,17–3,11)	0,81 (0,44–1,48)	1,08 (0,77–1,52)	1,04 (0,55–1,98)	2,20** (1,33–3,65)
<b>Objawy „nieseksualne” – „markery” wybranych zaburzeń nerwicowych</b>									
Lęk na otwartej przestrzeni	0,65*** (0,52–0,81)	1,28* (1,04–1,57)	0,81 (0,54–1,22)	0,68** (0,52–0,89)	1,12 (0,49–2,58)	1,49* (1,05–2,12)	1,18 (0,95–1,48)	1,13 (0,74–1,72)	0,80 (0,51–1,27)
Lęk społeczny	0,79 (0,58–1,08)	1,14 (0,81–1,60)	2,13 (0,93–4,90)	0,97 (0,66–1,41)	1,24 (0,29–5,26)	0,93 (0,53–1,65)	1,27 (0,86–1,86)	3,57* (1,12–11,35)	1,43 (0,66–3,12)
Ataki paniki	0,72** (0,60–0,87)	1,36** (1,13–1,65)	1,24 (0,87–1,76)	0,62*** (0,50–0,78)	0,89 (0,41–1,91)	1,19 (0,85–1,66)	1,19 (0,97–1,46)	1,47 (0,99–2,19)	1,14 (0,77–1,68)
Natrętne sprawdzanie	0,65*** (0,54–0,79)	1,52*** (1,23–1,87)	0,86 (0,60–1,24)	0,47*** (0,38–0,59)	1,26 (0,55–2,89)	0,93 (0,66–1,32)	1,17 (0,94–1,45)	1,62* (1,04–2,52)	0,78 (0,52–1,16)
Przejęciowy niedowład	0,62*** (0,49–0,78)	1,36** (1,10–1,68)	1,00 (0,95–1,05)	0,54*** (0,40–0,73)	0,74 (0,28–1,96)	1,02 (0,68–1,53)	1,13 (0,90–1,44)	1,04 (0,67–1,60)	1,41 (0,92–2,16)
Bóle serca	0,78* (0,65–0,95)	1,34** (1,09–1,63)	1,02 (0,69–1,52)	0,47*** (0,37–0,58)	0,99 (0,42–2,32)	0,91 (0,65–1,29)	1,28* (1,03–1,59)	1,34 (0,88–2,03)	0,79 (0,54–1,18)
Biegunki	1,02 (0,81–1,28)	1,04 (0,86–1,27)	1,39 (0,96–1,99)	0,80 (0,62–1,02)	0,81 (0,34–1,91)	0,89 (0,61–1,28)	0,96 (0,76–1,20)	1,43 (0,96–2,14)	0,94 (0,62–1,43)
Lęk hipochondryczny	0,61*** (0,51–0,74)	1,17 (0,97–1,42)	0,92 (0,64–1,31)	0,45*** (0,35–0,57)	0,81 (0,37–1,74)	1,31 (0,94–1,83)	1,39** (1,13–1,71)	1,23 (0,84–1,81)	0,92 (0,62–1,36)
Pesymizm	0,86 (0,68–1,08)	1,00 (0,99–1,01)	1,37 (0,84–2,26)	0,97 (0,73–1,28)	1,00 (0,86–1,17)	1,12 (0,72–1,74)	1,42* (1,06–1,89)	1,43 (0,82–2,49)	1,22 (0,72–2,06)

W tabeli zamieszczono ilorazy szans (współczynniki OR) obliczone dla 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną ich oszacowania oznaczono: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$ , \*\*\*  $p < 0,0005$

Dane zawarte w tabeli 6, dotyczące grupy pacjentek, wskazują na większą ilość istotnych statystycznie powiązań urazowych wydarzeń i obciążających okoliczności życiowych z dzieciństwa i adolescencji osób badanych z 6 objawami i problemami seksualnymi niż takich powiązań dla 9 objawów „nieseksualnych”. Nie stwierdzono żadnych powiązań dla biegunek, dla kilku objawów jedynie marginalne. Wyraźne urazowa sytuacja „wychowawcza”, jaką było w zakresie seksualności karanie za masturbację lub zabawy seksualne, nie wiązała się z żadnym analizowanym nieseksualnym objawem zaburzeń nerwicowych. Obciążenie pacjentek pełnym brakiem uświadomienia seksualnego w dzieciństwie i adolescencji oraz okoliczność sprzyjająca – całkowite ich uświadomienie (dwie skrajne spośród 4 odpowiedzi na pytanie Ankiety Życiorysowej) – wiązały się istotnie z 4 z 5 objawów seksualnych (poza masturbacją), natomiast tylko z 5 z 9 objawów nieseksualnych (prawdopodobnie wskazując na ogólnie niesprzyjające adaptacji do rozwoju psychoseksualnego – szczególnie kobiet, lecz nie mężczyzn (tabela 7).

Tabela 7. Powiązanie urazowych wydarzeń z dzieciństwa pacjentów płci męskiej z objawami dysfunkcji seksualnych oraz nieseksualnych zaburzeń nerwicowych

	Całkowicie uświadomiony	Zupełnie nie uświadomiony	Karano za masturbację lub zabawy seks.	Nie było inicjacji	Inicjacja przed 14 r.ż.	Inicjacja w wieku 14–16 lat	Inicjacja raczej niechętna	Inicjacja miała charakter gwałtu	Miało miejsce kazirodztwo lub jego próba
<b>Objawy dysfunkcji seksualnych</b>									
Niezadowolenie z życia seksualnego	0,58*** (0,45–0,76)	1,91*** (1,45–2,52)	1,92* (1,12–3,29)	0,83 (0,62–1,09)	2,45 (0,80–7,49)	0,96 (0,65–1,44)	1,44 (0,82–2,53)	2,08 (0,42–10,38)	1,72 (0,85–3,51)
Trudności podczas stosunku	0,58*** (0,44–0,78)	1,34* (1,03–1,74)	1,30 (0,79–2,11)	0,33*** (0,23–0,47)	2,28 (0,89–5,83)	1,44 (0,96–2,17)	0,74 (0,42–1,32)	1,08 (0,26–4,55)	1,32 (0,69–2,55)
Niechęć do kontaktów seksualnych	0,70* (0,53–0,93)	1,56** (1,20–2,03)	1,79* (1,10–2,90)	0,78 (0,58–1,06)	2,08 (0,82–5,27)	0,79 (0,51–1,24)	N/A	2,06 (0,51–8,30)	1,07 (0,54–2,10)
Znaczne zmniejszenie pożądania seks.	0,65** (0,50–0,84)	1,65*** (1,27–2,13)	1,84* (1,12–3,04)	0,43*** (0,32–0,57)	N/A	0,89 (0,60–1,34)	1,07 (0,63–1,80)	0,99 (0,14–6,96)	0,72 (0,37–1,38)
Trudności w kontaktach z płcią przeciwną	0,58*** (0,44–0,76)	1,61*** (1,25–2,09)	0,96 (0,59–1,56)	2,94*** (2,20–3,92)	0,68 (0,25–1,82)	0,56* (0,36–0,87)	1,03 (0,61–1,74)	2,28 (0,54–9,61)	1,38 (0,72–2,62)
Dyskomfort związany z masturbacją	0,74 (0,53–1,02)	1,56** (1,16–2,08)	1,55 (0,91–2,63)	3,12*** (2,32–4,21)	1,01 (0,45–2,26)	0,68 (0,40–1,16)	1,49 (0,83–2,66)	2,12 (0,50–8,95)	2,11* (1,07–4,13)
<b>Objawy „nieseksualne” – „markery” wybranych zaburzeń nerwicowych</b>									
Lęk na otwartej przestrzeni	0,85 (0,61–1,17)	0,98 (0,71–1,35)	1,09 (0,62–1,94)	0,53** (0,36–0,79)	1,42 (0,50–4,02)	1,27 (0,79–2,02)	1,30 (0,71–2,37)	2,22 (0,53–9,35)	0,83 (0,36–1,90)
Lęk społeczny	0,71 (0,49–1,04)	1,11 (0,74–1,67)	0,56 (0,30–1,05)	1,15 (0,74–1,80)	N/A	0,65 (0,37–1,12)	2,51 (0,77–8,12)	N/A	0,87 (0,33–2,28)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Ataki paniki	1,06 (0,82–1,38)	1,10 (0,85–1,43)	0,95 (0,58–1,57)	0,67* (0,50–0,89)	0,71 (0,27–1,92)	1,87** (1,25–2,80)	1,81* (1,07–3,08)	1,44 (0,36–5,79)	1,17 (0,61–2,24)
Natrętnie sprawdzanie	0,74* (0,56–0,96)	1,17 (0,89–1,53)	0,95 (0,58–1,57)	1,03 (0,76–1,39)	0,83 (0,32–2,16)	1,32 (0,85–2,05)	0,86 (0,50–1,49)	0,53 (0,13–2,13)	0,58 (0,30–1,11)
Przejściowy niedowład	1,02 (0,74–1,42)	1,10 (0,80–1,51)	1,07 (0,58–1,96)	0,43*** (0,27–0,66)	1,65 (0,58–4,68)	1,85* (1,18–2,90)	0,88 (0,44–1,77)	7,22* (1,71–30,47)	0,49 (0,17–1,40)
Bóle serca	0,84 (0,65–1,08)	0,96 (0,74–1,24)	1,36 (0,82–2,26)	0,49*** (0,37–0,64)	0,87 (0,34–2,22)	1,77* (1,14–2,75)	0,74 (0,44–1,25)	1,17 (0,28–4,90)	0,40* (0,20–0,77)
Biegunki	1,19 (0,90–1,56)	1,02 (0,78–1,34)	1,27 (0,77–2,11)	0,76 (0,55–1,04)	0,64 (0,21–1,97)	1,55* (1,03–2,34)	1,40 (0,81–2,42)	3,80 (0,90–16,01)	0,70 (0,33–1,48)
Lęk hipochondryczny	0,72* (0,55–0,93)	0,81 (0,63–1,04)	0,86 (0,53–1,40)	0,52*** (0,40–0,69)	0,41 (0,15–1,09)	1,51 (0,99–2,29)	1,17 (0,69–2,00)	1,37 (0,33–5,76)	0,73 (0,38–1,40)
Pesymizm	0,99 (0,81–1,22)	1,42* (1,05–1,94)	1,75 (0,93–3,31)	1,01 (0,42–2,43)	1,78 (0,51–6,19)	1,51 (0,91–2,50)	1,24 (0,66–2,32)	2,49 (0,30–20,32)	1,14 (0,54–2,44)

W tabeli zamieszczono ilorazy szans (współczynniki OR) obliczone dla 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną ich oszacowania oznaczono: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$ , \*\*\*  $p < 0,0005$

Dane dotyczące grupy mężczyzn (tabela 7), w większym nawet stopniu niż dla grupy kobiet (tabela 6), wskazują na większą ilość statystycznie istotnych powiązań wydarzeń urazowych z dzieciństwa z zakresu życia seksualnego z sześcioma objawami i dysfunkcjami dotyczącymi seksualności niż dziewięcioma innymi objawami „markerowymi” dla innych obszarów zaburzeń nerwicowych. Także ochronny, korzystny związek sprzyjającej okoliczności, jaką jest pełne uświadomienie seksualne z nieobecnością dolegliwości, odnotowano znacznie rzadziej dla symptomów innych niż seksualne. Uwagę zwraca także niepowiązanie badanych wydarzeń urazowych z dzieciństwa i adolescencji pacjentów – mężczyzn z objawami lęku społecznego oraz lęku na otwartej przestrzeni.

Istotnie statystycznie powiązania między niechcianą inicjacją seksualną (opisywaną jako „raczej” niechciana oraz jako „mającą charakter gwałtu”) zaobserwowano dla większości objawów i dysfunkcji seksualnych w grupie kobiet (tabela 6), lecz już nie w grupie mężczyzn (tabela 7), natomiast dla objawów „nieseksualnych” w nielicznej jednak grupie mężczyzn wyróżnia się bardzo znaczne ryzyko niedowładów konwersyjnych (OR = 7,22,  $p < 0,05$ ); takim wyróżnionym symptomem wysokiego ryzyka w grupie zgwałconych podczas inicjacji kobiet wydaje się natomiast lęk w sytuacjach społecznych (OR = 3,57,  $p < 0,05$ ).

Rozpoczęcie współżycia seksualnego przed 14 r.ż. nie zdarzało się wystarczająco często, aby powiązania go dotyczące uzyskały istotności statystyczne ani w odniesieniu do objawów seksualnych, ani analizowanych symptomów nieseksualnych. Godne uwagi wydaje się jednak, że w grupie mężczyzn rozpoczęcie współżycia w wieku 14–16 lat nie wiązało się ze wzrostem współwystępowania żadnej z 6 analizowanych dolegliwości seksualnych, wiązało się natomiast z jego wzrostem czterech objawów nieseksualnych (prawdopodobnie z uwagi na odmienne przeżywanie inicjacji zależnie od płci – ambiwalentnie przez kobiety, natomiast jako sukcesu – przez mężczyzn). W tym kontekście także nie jest zaskakujące, że wczesna inicjacja mężczyzn wiązała

się z istotnie mniejszym ryzykiem „lęku przed kontaktem z płcią przeciwną” (OR = 0,56;  $p < 0,01$ ). Pacjenci obojga płci, którzy nie przeszli jeszcze inicjacji, obciążeni byli większym ryzykiem dwóch objawów: trudności w kontakcie z płcią przeciwną i dyskomfortu związanego z masturbacją, jednakże w odniesieniu do pozostałych czterech objawów seksualnych oraz dziewięciu objawów nieseksualnych ryzyko ich występowania okazało się niezmienione lub nawet mniejsze (prawdopodobnie nie weszli oni w niektóre rodzaje bliskości z innymi osobami, wiążące się bezpośrednio z narażeniem na te dolegliwości, takie jak ból przy stosunku).

W celu sprawdzenia rzetelności wyników, a szczególnie ich niezależności od potencjalnie zakłócających czynników socjodemograficznych, takich jak np. wiek, stan cywilny, doświadczenia seksualne, okresu zbierania danych itp., przeprowadzono analizy przedstawionych powyżej powiązań w podgrupach utworzonych z uwagi na te zmienne. Ograniczono się do prezentacji wyników tych analiz jedynie dla objawu niezadowoloności z życia seksualnego w grupach kobiet i mężczyzn (tabele 8 i 9). Dominującą obserwacją dla wszystkich skontrolowanych czynników okazuje się ich marginalny wpływ na przedstawiony wcześniej obraz, a zarazem wpływ spójny z obiektywnymi okolicznościami i wiedzą kliniczną (np. pewne powiązania okazały się silniejsze dla grupy osób wychowanych w małych miejscowościach i na wsiach).

**Tabela 8. Powiązania niezadowoloności z życia seksualnego z urazowymi wydarzeniami w grupie kobiet (po skontrolowaniu, ze względu na wybrane cechy socjodemograficzne)**

	Zupełnie nie-uświadomiona	Karano za masturbację lub zabawy seksualne	Inicjacja przed 14 r.ż.	Inicjacja w wieku 14–16 lat	Inicjacja raczej niechciana	Inicjacja miała charakter gwałtu	Miało miejsce kazirodztwo lub jego próba
Kobiety – łącznie	1,51*** (1,25–1,83)	2,13*** (1,46–3,13)	1,74 (0,78–3,88)	1,67** (1,18–2,37)	1,67*** (1,35–2,06)	2,11** (1,39–3,21)	1,82** (1,20–2,74)
Leczone przed 1991 r.	1,97*** (1,37–2,85)	3,69** (1,49–9,10)	0,85 (0,12–6,05)	1,40 (0,65–3,01)	---	---	---
Leczone po 1990 r.	1,37* (1,09–1,72)	1,91** (1,24–2,92)	2,06 (0,84–5,04)	1,81** (1,22–2,69)	1,82*** (1,40–2,35)	1,83* (1,10–3,04)	1,84* (1,18–2,88)
Młodsze niż 26 lat	1,06 (0,65–1,74)	1,89 (0,85–4,20)	2,04 (0,34–12,34)	1,52 (0,83–2,78)	1,50 (0,89–2,54)	2,20 (0,71–6,82)	1,17 (0,53–2,57)
Starsze niż 25 lat	1,47*** (1,19–1,82)	2,15** (1,38–3,35)	1,60 (0,65–3,95)	1,90** (1,22–2,96)	1,30* (1,04–1,63)	1,93** (1,22–3,04)	2,19** (1,32–3,63)
Pracujące	1,58*** (1,26–1,98)	2,07** (1,31–3,27)	2,08 (0,74–5,86)	1,74* (1,11–2,74)	1,55** (1,21–1,98)	2,03** (1,26–3,27)	2,42** (1,42–4,11)
Pracownice umysłowe	1,80*** (1,32–2,46)	2,02* (1,13–3,60)	1,90 (0,49–7,39)	1,30 (0,70–2,41)	1,80*** (1,30–2,48)	1,91 (0,99–3,71)	2,35* (1,17–4,72)
Pracownice fizyczne	1,43 (0,88–2,32)	2,61 (0,82–8,29)	---	2,52* (1,14–5,60)	1,18 (0,71–1,97)	1,33 (0,50–3,54)	3,19 (0,87–11,71)
Studentki	1,06 (0,56–2,00)	2,00 (0,78–5,10)	---	1,56 (0,50–4,89)	2,27* (1,13–4,56)	0,96 (0,06–15,72)	0,68 (0,27–1,75)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Wychowane w wielkim mieście	1,18 (0,89–1,56)	2,63** (1,47–4,70)	0,89 (0,31–2,57)	1,78* (1,15–2,76)	1,38* (1,02–1,88)	1,47 (0,78–2,77)	1,15 (0,65–2,03)
Wychowane w małym mieście lub na wsi	1,87*** (1,43–2,45)	1,79* (1,08–2,98)	4,63* (1,02–21,02)	1,55 (0,86–2,79)	1,96*** (1,46–2,63)	2,72** (1,53–4,84)	2,94** (1,57–5,51)
Panny	1,08 (0,74–1,57)	1,83* (1,02–3,27)	1,33 (0,33–5,36)	1,81* (1,02–3,20)	1,39 (0,94–2,04)	1,34 (0,65–2,78)	1,27 (0,64–2,49)
Mężatki, rozwódki i wdowy	1,51** (1,20–1,90)	2,54** (1,49–4,32)	1,90 (0,68–5,31)	1,60* (1,02–2,50)	1,66*** (1,28–2,16)	2,51** (1,45–4,35)	2,25** (1,30–3,92)
Dziewice	0,88 (0,42–1,84)	1,63 (0,64–4,18)	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	---
Długotrwały związek	1,50** (1,16–1,95)	2,88** (1,52–5,47)	1,20 (0,40–3,60)	1,09 (0,71–1,68)	1,66*** (1,25–2,21)	2,15* (1,14–4,06)	1,61 (0,89–2,91)
Częste stosunki	1,64* (1,22–2,20)	2,98** (1,47–6,06)	0,93 (0,28–3,07)	1,31 (0,83–2,07)	1,75** (1,27–2,40)	2,09* (1,03–4,24)	1,29 (0,70–2,39)
Obecnie bez kontaktów seksualnych	1,32 (0,96–1,81)	1,82* (1,04–3,16)	1,31 (0,26–6,52)	3,21** (1,57–6,59)	1,50* (1,06–2,14)	2,41* (1,24–4,70)	1,64 (0,86–3,15)
Dzietne	1,37* (1,07–1,75)	2,24* (1,25–4,03)	2,36 (0,65–8,49)	1,67* (1,03–2,71)	1,52** (1,15–2,01)	2,52** (1,41–4,50)	2,06* (1,12–3,79)
Bezdzietne	1,31 (0,94–1,82)	2,25** (1,34–3,78)	1,26 (0,40–3,94)	1,68* (1,00–2,81)	1,61* (1,14–2,27)	1,34 (0,68–2,64)	1,59 (0,88–2,86)

W tabeli zamieszczono ilorazy szans (współczynniki OR) obliczone dla 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną ich oszacowania oznaczono: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$ , \*\*\*  $p < 0,0005$   
(--- oznaczono sytuacje, gdzie niemożliwe było obliczenie współczynników OR)

Tabela 9. Powiązania niezadowolenia z życia seksualnego z urazowymi wydarzeniami w grupie mężczyzn (po skontrolowaniu, ze względu na wybrane cechy socjodemograficzne)

	65.4. Zupełnie nie- uświadomiona	66.2. Karano za ma- sturbacje lub zabawy seksualne	72.1. Inicjacja przed 14 r.ż.	72.2. Inicjacja w wieku 14–16 lat	73.2. Inicjacja raczej niechciana	73.3. Inicjacja miała charakter gwałtu	74.2. Miało miejsce kazirozdwo lub jego próba
Mężczyźni – łącznie	1,91*** (1,45–2,52)	1,92* (1,12–3,29)	2,45 (0,80–7,49)	0,96 (0,65–1,44)	1,44 (0,82–2,53)	2,08 (0,42–10,38)	1,72 (0,85–3,51)
Leczeni przed 1991 r.	1,98** (1,31–2,99)	2,13* (1,01–4,47)	2,95 (0,62–14,07)	0,84 (0,47–1,51)	1,73 (0,65–4,56)	1,83 (0,35–9,54)	3,23 (0,91–11,50)
Leczeni po 1990 r.	1,86** (1,28–2,69)	1,74 (0,79–3,82)	2,01 (4,03–10,07)	1,11 (0,62–1,97)	1,30 (0,65–2,58)	---	1,17 (0,49–2,83)
Młodszy niż 26 lat	3,68 (0,94–14,35)	3,60 (0,30–43,52)	---	3,83 (0,63–23,18)	---	---	3,83 (0,63–23,18)
Starszy niż 25 lat	1,75 (0,95–3,25)	1,52 (0,41–5,74)	0,90 (0,08–10,13)	0,68 (0,38–1,21)	1,69 (0,45–6,26)	---	---
Pracujący	1,68** (1,24–2,27)	1,83* (1,02–3,28)	4,25 (0,95–18,95)	1,00 (0,76–1,32)	1,45 (0,76–2,75)	1,29 (0,23–7,08)	1,96 (0,83–4,66)
Pracownicy umysłowi	1,31 (0,80–2,13)	2,51 (0,93–6,79)	1,36 (0,26–7,14)	1,51 (0,62–3,68)	1,09 (0,36–3,25)	1,08 (0,10–12,08)	1,36 (0,26–7,14)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Pracownicy fizyczni	2,05** (1,32–3,17)	1,42 (0,62–3,22)	---	0,89 (0,49–1,61)	1,25 (0,54–2,89)	---	2,30 (0,83–6,38)
Studenci	4,39** (1,70–11,33)	1,97 (0,49–7,92)	1,64 (0,14–18,71)	0,53 (0,09–3,31)	1,09 (0,23–5,06)	---	---
Wychowani w wielkim mieście	2,04** (1,35–3,10)	1,35 (0,69–2,63)	3,47 (0,40–29,96)	1,14 (0,65–1,98)	1,60 (0,77–3,32)	2,77 (0,31–24,98)	1,15 (0,41–3,21)
Wychowani w małym mieście lub na wsi	1,82** (1,26–2,63)	3,49* (1,31–9,28)	2,12 (0,57–7,90)	0,78 (0,43–1,44)	1,23 (0,51–2,97)	1,40 (0,13–15,53)	2,43 (0,89–6,67)
Kawalerowie	2,55*** (1,67–3,90)	1,90 (0,78–4,64)	1,08 (0,18–6,55)	0,76 (0,37–1,53)	1,79 (0,73–4,40)	---	1,79 (0,73–4,40)
Żonaci, rozwodnicy i wdowcy	1,52* (1,05–2,19)	1,91 (0,97–3,76)	3,75 (0,82–17,08)	1,07 (0,65–1,78)	1,24 (0,60–2,55)	1,01 (0,29–3,47)	1,69 (0,52–5,45)
Przed inicjacją	3,17** (1,62–6,20)	1,88 (0,56–6,31)	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy	1,65 (0,40–6,79)
Długotrwały związek	1,41 (0,97–2,04)	1,94 (0,97–3,87)	2,62 (0,71–9,64)	0,97 (0,57–1,62)	1,04 (0,48–2,22)	1,55 (0,14–17,28)	1,73 (0,59–5,03)
Częste stosunki	1,42 (0,97–2,07)	2,66* (1,23–5,75)	3,46 (0,97–12,40)	1,05 (0,63–1,74)	1,06 (0,49–2,30)	1,69 (0,15–18,84)	1,71 (0,63–4,63)
Obecnie bez kontaktów seksualnych	2,86*** (1,76–4,65)	1,47 (0,59–3,68)	1,35 (0,12–15,08)	0,86 (0,32–2,36)	2,52 (0,92–6,93)	2,03 (0,21–19,80)	2,07 (0,66–6,53)
Dzietni	1,55* (1,04–2,31)	1,68 (0,76–3,69)	2,59 (0,54–12,35)	1,03 (0,61–1,74)	1,07 (0,51–2,24)	1,28 (0,12–14,26)	1,29 (0,38–4,33)
Bezdzietni	2,29*** (1,56–3,36)	2,15* (1,03–4,51)	2,24 (0,45–11,21)	0,81 (0,42–1,57)	2,06 (0,85–4,97)	2,98 (0,33–26,92)	2,06 (0,85–4,97)

W tabeli zamieszczono ilorazy szans (współczynniki OR) obliczone dla 95% przedziałów ufności, istotność statystyczną ich oszacowania oznaczono: \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,005$ , \*\*\*  $p < 0,0005$

(--- oznaczono sytuacje, gdzie niemożliwe było obliczenie współczynników OR)

## Dyskusja

Czynniki ryzyka dysfunkcji seksualnych i innych objawów wchodzących w skład zaburzeń nerwicowych to nie tylko nadużycia seksualne w dzieciństwie czy wieku dorosłym. Zgodnie z teorią wieloczynnikowej etiologii zarówno nerwic, jak i zaburzeń seksualnych, są nimi także niedostateczna edukacja seksualna, represyjne nastawienie rodziców i opiekunów wobec seksualności oraz inne niekorzystne wydarzenia życiowe z zakresu rozwoju seksualnego, takie jak np. niechciana inicjacja. Niniejsze badanie potwierdza powiązanie takich okoliczności, szczególnie silne z objawami seksualnymi, a także niektórymi nieseksualnymi, takimi jak lęk społeczny u zgwałconych podczas inicjacji kobiet lub niedowład konwersyjny u mężczyzn. W tym zakresie uzyskane wyniki są zbieżne z piśmiennictwem, najczęściej jednak odnoszącym się do najbardziej urazowych przeżyć z dzieciństwa, opisywanych za pomocą szczegółowych narzędzi badawczych i klinicznych (np. Childhood Trauma Questionnaire; Abuse Inventory), ujmujących nasilenie i lokalizację urazów w czasie, osoby sprawców itp. [6, 52–53]. Tymczasem wyniki niniejszej pracy pokazują także możliwość przeprowadzenia analizy danych uzyskiwanych od pacjentów podczas rutynowego wywiadu poprzedzającego

leczenie w codziennej praktyce. Informacje te są mniej szczegółowe i systematyczne niż kwestionariuszowe, obejmują też okoliczności pozornie mniej urazowe: takie jak niedobory edukacji seksualnej (uświadczenia) czy też przeżywania inicjacji seksualnej jako niechcianej, są też rzadziej omawiane w najnowszej literaturze przedmiotu (jak np. karanie za masturbację). Pomimo tego udało się wykazać spójne i istotne statystycznie powiązania tych obciążeń z obecnością objawów seksualnych i w mniejszym stopniu nieseksualnych, co stanowi potwierdzenie „seksualnych” teorii nerwic formułowanych m.in. przez psychopatologię psychodynamiczną. Istotnym aspektem niniejszego badania wydaje się znaczna liczebność grupy badanej, a zarazem oparcie na subpopulacji pacjentów leczonych z powodu zaburzeń innych niż seksualne. Pozwala to podkreślić znaczenie zarówno cięższych urazów (traumatic events), jak i niekorzystnych wydarzeń (adversities) zakłócających rozwój psychoseksualny, w etiopatogenezie nie tylko zaburzeń seksualnych, lecz także nerwicowych, w tym w kształtowaniu ich obrazu – w postaci zestawu objawów. Wyniki przemawiają tym samym za zwiększeniem nacisku w wywiadach wstępnych i innych narzędziach diagnostycznych (np. kwestionariuszowych) na problematykę nadużyć seksualnych, kazirodztwa, jak również mniej obecnych w literaturze aspektów wychowania, nastawienia rodziców i opiekunów, wieku i przebiegu inicjacji itp. Wyniki te są zgodne np. z uzyskanymi przez Martinsa i Abdo [54], wiążących większą częstość zaburzeń erekcji z brakiem edukacji seksualnej oraz trudnościami rozpoczęcia życia seksualnego.

Powiązanie objawów z bardziej współczesnymi wydarzeniami życiowymi (dotyczącymi związków i życia seksualnego) będzie przedmiotem następnych badań, podobnie jak rozszerzenie analiz na oddziaływanie jednoczesne wielu zmiennych.

Na koniec należy podkreślić, że analizowana grupa pacjentów nie jest reprezentatywna dla lecznictwa psychiatrycznego (raczej dla dziennych oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych i osobowości), jest stosunkowo młoda (średnia wieku wynosi ok. 30 lat) i wolna od poważnych schorzeń somatycznych oraz intensywnej farmakoterapii. Inne badania zazwyczaj dotyczyły również ograniczonych populacji [18–19, 55] lub poszczególnych dysfunkcji [21, 56], rzadziej opisywały większe grupy, np. wszystkich ubezpieczonych z większego regionu [18]. Z drugiej strony, badania węższych i bardziej homogennych grup pacjentów umożliwią uogólnianie wyników także w zakresie oceny mechanizmów istotnych dla poszczególnych osób i przebiegów terapii.

Drugim istotnym ograniczeniem jest oparcie się w tym retrospektywnym badaniu na materiale kwestionariuszowym, stanowiącym mimo wszystko pewne uproszczenie i przybliżenie pełnego wywiadu oraz badania psychiatrycznego lub psychologicznego. Z drugiej strony, wielu pacjentów preferuje udzielanie informacji dotyczących seksualności za pośrednictwem kwestionariuszy, co powoduje konieczność ich adaptacji i opracowywania także dla zastosowania w terapii [4, 57].

Badanie niniejsze potwierdza opisywane przez wielu autorów w różnych grupach i kulturach (za pomocą odmiennych narzędzi i metod) powiązanie urazów seksualnych różnego stopnia z objawami z zakresu seksualności. Powiązanie to okazuje się zgodnie z oczekiwaniami silniejsze niż dla innych – nieseksualnych – objawów. Innym ważnym aspektem jest potwierdzenie tych obserwacji we względnie dużej grupie pacjentów z różnorodnymi zaburzeniami – przeważnie z grupy nerwic i zaburzeń osobowości.



Drugim, jak się wydaje, wartym uwagi aspektem jest udana weryfikacja hipotez za pomocą statystycznej oceny ryzyka współwystępowania prostego powiązania par informacji: 1) pochodzących z wywiadu wspomnień na temat obecności poszczególnych wydarzeń urazowych lub niekorzystnych okoliczności życiowych z 2) symptomami zgłaszanymi przez pacjentów przy przyjęciu w kwestionariuszach objawowych. Metoda ta stwarza obiecujące możliwości dalszego zastosowania w analizach symptomatologii nerwic, przygotowywanych do odrębnych publikacji. Podobnie analizy połączonego wpływu licznych czynników urazowych zawarte zostaną w innym doniesieniu.

### Wnioski

1. Obecność niekorzystnych, traumatycznych wydarzeń życiowych dotyczących seksualności, niekoniecznie z grupy najcięższych nadużyć, lecz także czynników ryzyka takich jak przeżycie kazirodztwa, zbyt wczesne rozpoczęcie współżycia, niewystarczająca edukacja seksualna w dzieciństwie i adolescencji, karanie dziecka za masturbację lub zabawy seksualne, niechciana lub wymuszona inicjacja seksualna, wiąże się z istotnie częstszym występowaniem większości spośród kilku objawów z zakresu seksualności.
2. Dla wybranych, innych niż seksualnych, objawów zaburzeń nerwicowych powiązanie to nie okazało się tak często istotne statystycznie, co pozwala przypuszczać, że wpływ obciążeń urazami seksualnymi z dzieciństwa jest silny, jednakże koncentruje się – specyficznie – przede wszystkim na sferze dysfunkcji seksualnych.
3. Wyjątki od obserwacji opisanych w pkt. 2. wydają się istotne dla rozumienia psychopatologii zaburzeń nerwicowych, w tym różnic związanych z płcią, np. „reakcji” osób zgwałconych podczas inicjacji – niedowładem u mężczyzn albo lękiem społecznym u kobiet.
4. Wyraźne – choć jedynie w grupie kobiet – powiązanie wspomnienia pełnej edukacji seksualnej w dzieciństwie i adolescencji z mniejszym ryzykiem występowania w wieku dorosłym objawów nie tylko seksualnych lecz również nieseksalnych, wybranych objawów nerwicowych, jak również zjawisko przeciwne – powiązanie poczucia całkowitego braku „uświadomienia” z większym ryzykiem dolegliwości, wskazuje prawdopodobnie także na odmienną „pozycję startową” rozwoju psychoseksualnego obu płci.

*PODZIĘKOWANIA: Konsultacje statystyczne dr Maciej Sobański. Badanie było częściowo realizowane w ramach grantów: K/ZDS/000422 and 501/NKL/270/L (dr J.A. Sobański), K/DSC/000018 (dr Ł. Müldner-Nieckowski) oraz K/ZDS/002318 (dr hab. K. Rutkowski).*

### Травматические сексуальные переживания и картина невротических нарушений

#### Содержание

**Вступление.** Известны многочисленные доказательства влияния травматических ситуаций, таких как сексуальная нагрузка в детстве, которая приводит к нарушениям – особенно непсихотичных – а именно: сексуальных, невротических и личностных. До сего времени известно утяжеление риска с коммуляцией травматических факторов, но посвящено мало

внимания некоторым отрицательным событиям, таких как отсутствие сексуальной эдкации, негативное отношение опекунов к проблемам сексуальности и т.д.

**Задание.** Проведение оценки риска, связанного с такими некоторыми ситуациями в детстве и подростковом возрасте, относящихся к симптомам в радиусе сексуальности и иных областей невротических нарушений.

**Метод.** Сосуществование давнейших жизненных ситуаций и актуально настоящих симптомов исследованы при помощи опросника КО „0” и биографических анкет, заполняемых перед лечением в дневном отделении лечения невротиков.

**Результаты.** В группе 2582 женщин и 1347 мужчин отмечено значительное накопление симптомов, относящихся к сексуальности и иных невротических проявлений. Пациенты указывали на травматические ситуации различной частоты их наличия (от относительно редких случаев кровосмешения до довольно частого отсутствия сексуальной осведомленности). Анализы регрессии показали существенные связи между анализированными событиями и симптомами, нп. отсутствие удовлетворения сексуальной жизнью у взрослых людей, а сопуствовал женщинам с наказанием за детские игры сексуальные или мастурбации. Иные анализированные симптомы т.н. „не сексуальные”, как например параксизмальный страх, не были связаны непосредственно с травматическими ситуациями.

**Выводы.** Присутствие негативных жизненных ситуаций относящихся к сексуальности, не обязательно важных нп. перегрузки, но таких как недостаточная сексуальная эдкация, наказание ребенка за мастурбацию или сексуальные забавы, непотребная ранняя инициация сексуальной жизни, связываются с более частым появлением большинства анализированных симптомов в области сексуальности. Более слабые связи, чем сексуальные, невротических симптомов позволяет предположить, что влияние сексуальных травм в детстве, концентрируется, г.о. на сфере сексуальных дисфункций.

**Ключевые слова:** травматические переживания в детстве, сексуальные дисфункции, симптомы невротических нарушений, картина невротических нарушений, этиопатогнез, факторы риска

## **Sexuelle traumatischen Ereignisse und Bild von Neurosen. Symptome, die mit der Sexualität verbunden und nicht verbunden sind**

### **Zusammenfassung**

**Einleitung.** Es gibt viele Beweise zum Einfluss der ernsthaften traumatischen Ereignisse, solcher wie sexueller Missbrauch im Kindesalter auf die Entstehung von Störungen: sexuelle Störungen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Bisher wurde die Erhöhung von Risiko mit der Anhäufung der traumatischen Faktoren nachgewiesen, aber man schenkte weniger Aufmerksamkeit den ungünstigen Ereignissen, solchen wie z.B. Mangel an Sexualbildung, negative Einstellung der Betreuer gegenüber der Sexualität etc.

**Ziel.** Die Beurteilung von Risiko, das mit solchen ungünstigen Ereignissen in der Kindheit und Adoleszenz verbunden ist, und das die Symptome im Bereich der Sexualität und anderer Bereiche der Neurosen betrifft.

**Methode.** Komorbidität von ehemaligen Lebensumständen und aktuell auftretenden Symptomen wurde mittels der Fragebögen КО „0” und Umfragen zum Lebenslauf untersucht, die vor der Behandlung in der Tagesabteilung für Neurosenbehandlung ausgefüllt wurden.

**Ergebnisse.** In der Gruppe von 2582 Frauen und 1347 Männern wurde eine signifikante Verbreitung der Symptome, die die Sexualität und andere Neurosensymptome betreffen, nachgewiesen. Die Patienten meldeten traumatischen Ereignisse von unterschiedlicher Häufigkeit (von relativ seltenen Fällen von Inzest bis viel häufigerem Mangel an Sexualaufklärung). Die Regressionsanalysen wiesen auf signifikante Abhängigkeiten zwischen den analysierten Ereignissen und Symptomen hin, z.B. Unzufriedenheit mit dem Sexualleben als Erwachsener trat bei Frauen auf, die für kindliche Sexualspiele oder Masturbation bestraft wurden. Die anderen analysierten Symptome - „nicht sexuell“, z.B. Panik, hingen so deutlich mit den belastenden Umständen nicht zusammen.

**Schlussfolgerungen.** Die ungünstigen Lebensereignisse, die die Sexualität betreffen, und die nicht immer sehr ernsthaft erscheinen, z.B. mangelnde Sexualaufklärung, Strafe für das Kind für Masturbation oder Sexualspiele, ungewollte Sexualinitiation, hingen mit häufigerem Auftreten von den meisten analysierten Symptomen im Bereich der Sexualität zusammen. Ein schwächerer Zusammenhang der anderen Neurosensymptome lässt anzunehmen, dass der Einfluss der sexuellen Traumata aus der Kindheit sich hauptsächlich auf die Ebene der sexuellen Dysfunktionen konzentriert.

**Schlüsselwörter:** Traumata aus der Kindheit, sexuelle Dysfunktionen, Symptome von Neurosen, Neurosenbild, Ätiopathogenese, Risikofaktoren

### Les événements sexuels traumatisants et l'image des troubles névrotiques. Les symptômes liés et non liés avec la sexualité

#### Résumé

**Introduction.** Il y plusieurs preuves que les événements traumatisants tels que l'abus sexuel durant l'enfance causent plusieurs troubles, surtout non psychotiques : sexuels, névrotiques, de personnalité. On a prouvé que l'accumulation des facteurs traumatisants augmente ce risque mais on ne porte pas beaucoup d'attention aux événements défavorables tels que : manque de l'éducation sexuelle, attitudes négatives des soignants envers la sexualité etc.

**Objectif.** Evaluer le risque résultant de tels événements défavorables durant l'enfance et l'adolescence concernant les symptômes du champ de la sexualité et d'autres troubles névrotiques.

**Méthode.** On analyse la coexistence de ces circonstances défavorables du passé et la présence actuelle des symptômes avec les questionnaires KO »0 « Symptom Checklist and Life Inventory, effectués avant le traitement à l'hôpital de jour.

**Résultats.** Dans le groupe de 2582 femmes et dans le groupe de 1347 hommes on note la prévalence signifiante des symptômes concernant la sexualité et les symptômes névrotiques. Les patients examinés décrivent les événements traumatisants de diverse fréquence – de très rares cas de l'inceste jusqu'à très fréquents cas du sentiment de manque de l'éducation sexuelle. La régression démontre les corrélations des événements analysés et les symptômes par ex. chez les femmes le manque de la satisfaction sexuelle durant la vie adulte coexiste avec la punition de jeu sexuel durant l'enfance ou la masturbation infantine. Les autres symptômes – « non sexuels » par ex. attaque de panique - ne se lient pas si fortement avec ces événements traumatisants.

**Conclusions.** La présence des événements traumatisants concernant la sexualité, pas nécessairement les plus graves – les abus, mais seulement tels que : manque de l'éducation sexuelle, punition des jeux enfantins sexuels ou la masturbation infantine, initiation sexuelle non désirée, se lient avec la fréquence plus grande des symptômes examinés concernant la sexualité. Les relations plus faibles d'autres symptômes névrotiques suggèrent que les répercussions des traumatismes sexuels durant l'enfance se concentrent principalement aux dysfonctions sexuelles.

**Mots clés :** traumatisme durant l'enfance, dysfonctions sexuelles, symptômes névrotiques, image des troubles névrotiques, étiopathogénie, facteurs du risque

#### Piśmiennictwo

1. Potoczek A. *Związek mechanizmów obronnych osobowości z nasileniem objawów zespołu lęku napadowego i depresji u kobiet i mężczyzn z astmą ciężką i trudną oraz astmą aspirynową.* Psychiatr. Pol. 2011; 45: 21–33.
2. Pawlak A, Krejca M, Janas-Kozik M, Krupka-Matuszczyk I, Rajewska J, Bochenek A. *Ocena lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym u pacjentów poddawanych rewaskularyzacji mięśnia sercowego.* Psychiatr. Pol. 2012; 46: 63–74.
3. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. *Objawy i problemy związane z seksualnością pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych.* Psychiatr. Pol. 2012; 46: 21–34.

4. Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Sobański JA, Rutkowski K, Dembińska E. *Seksualność studentów medycyny – rozwój i realizacja potrzeb seksualnych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46: 35–49.
5. Draijer N, Langeland W. *Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients*. Am. J. Psychiatry 1999; 156 (3): 379–385.
6. Miller DA, McCluskey-Fawcett K, Irving LM. *The relationship between childhood sexual abuse and subsequent onset of bulimia nervosa*. Child Abuse Negl. 1993; 17 (2): 305–314.
7. Czerederecka A. *Potrzeba profesjonalnej dyskusji na temat PAS*. Psychiatr. Pol. 2010; 44: 13–26.
8. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, Siever LJ. *Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses*. CNS Spectr. 2003; 8 (10): 737–754.
9. Weaver TL, Clum GA. *Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder*. J. Consult. Clin. Psychol. 1993; 61 (6): 1068–1075.
10. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A i in. *Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls*. Psychiatry Res. 2005; 134 (2): 169–179.
11. Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J i in. *Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients*. J. Nerv. Ment. Dis. 2002; 190 (6): 381–387.
12. Léonard S, Steiger H, Kao A. *Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: prevalences and psychological correlates*. Int. J. Eat. Disord. 2003; 33 (4): 397–405.
13. Hartt J, Waller G. *Child abuse, dissociation, and core beliefs in bulimic disorders*. Child Abuse Negl. 2002; 26 (9): 923–938.
14. Wonderlich SA, Wilsnack RW, Wilsnack SC, Harris TR. *Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample*. Am. J. Public Health 1996; 86 (8): 1082–1086.
15. Everill JT, Waller G. *Reported sexual abuse and eating psychopathology: a review of the evidence for a causal link*. Int. J. Eat. Disord. 1995; 18 (1): 1–11.
16. Connors ME, Morse W. *Sexual abuse and eating disorders: a review*. Int. J. Eat. Disord. 1993; 13 (1): 1–11.
17. Sarwer DB, Durlak JA. *Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy*. Child Abuse Neglect. 1996; 20 (10): 963–972.
18. Lutfey KE, Link CL, Litman HJ, Rosen RC, McKinlay JB. *An examination of the association of abuse (physical, sexual, or emotional) and female sexual dysfunction: results from the Boston Area Community Health Survey*. Fertil. Steril. 2008; 90 (4): 957–964.
19. Swaby AN, Morgan KAD. *The relationship between childhood sexual abuse and sexual dysfunction in Jamaican adults*. J. Child Sex. Abuse 2009; 18 (3): 247–266.
20. Desrochers G, Bergeron S, Landry T, Jodoin M. *Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review*. J. Sex Marital Ther. 2008; 34 (3): 198–226.
21. Leclerc B, Bergeron S, Binik YM, Khalife S. *History of sexual and physical abuse in women with dyspareunia: association with pain, psychosocial adjustment, and sexual functioning*. J. Sex. Med. 2010; 7 (2): 971–980.
22. Waller G. *Sexual abuse and eating disorders. Borderline personality disorder as a mediating factor?* Br. J. Psychiatry 1993; 162: 771–775.
23. Gerke CK, Mazzeo SE, Klierer W. *The role of depression and dissociation in the relationship between childhood trauma and bulimic symptoms among ethnically diverse female undergraduates*. Child Abuse Negl. 2006; 30 (10): 1161–1172.
24. Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ i in. *Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls*. Acta Psychiatr. Scand. 2010; 122 (1): 66–74.

25. Young EA, Abelson JL, Curtis GC, Nesse RM. *Childhood adversity and vulnerability to mood and anxiety disorders*. *Depress. Anxiety* 1997; 5 (2): 66–72.
26. Bandelow B, Charimo Torrente A, Wedekind D, Broocks A i in. *Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2004; 254 (6): 397–405.
27. Friedman S, Smith L, Fogel D, Paradis C i in. *The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: a comparison with other psychiatric outpatients*. *J. Anxiety. Disord.* 2002; 16 (3): 259–272.
28. Bandelow B, Späth C, Tichauer GA, Broocks A i in. *Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder*. *Compr. Psychiatry* 2002; 43 (4): 269–278.
29. Lochner C, Seedat S, Hemmings SMJ, Kinnear CJ i in. *Dissociative experiences in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: Clinical and genetic findings*. *Compr. Psychiatry* 2004; 45 (5): 384–391.
30. Favaro A, Dalle Grave R, Santonastaso P. *Impact of a history of physical and sexual abuse in eating disordered and asymptomatic subjects*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 97 (5): 358–363.
31. Maaranen P, Tanskanen A, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H i in. *Somatoform dissociation and adverse childhood experiences in the general population*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004; 192 (5): 337–342.
32. Nijenhuis ER, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. *Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma*. *J. Trauma. Stress* 1998; 11 (4): 711–730.
33. Hall JM. *Dissociative experiences of women child abuse survivors: a selective constructivist review*. *Trauma Violence Abuse* 2003; 4 (4): 283–308.
34. Sar V, Akyüz G, Kundakçi T, Kiziltan E, Dogan O. *Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder*. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161 (12): 2271–2276.
35. Chu JA, Frey LM, Ganiel BL, Matthews JA. *Memories of childhood abuse: dissociation, amnesia, and corroboration*. *Am. J. Psychiatry* 1999; 156 (5): 749–755.
36. Maier S, Kuelz AK, Voderholzer U. *Traumatization and dissociation in patients with obsessive-compulsive disorder: An overview*. *Verhaltenstherapie* 2009; 19 (4): 219–227.
37. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP i in. *Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood experiences study*. *Pediatrics* 2003; 111 (3): 564–572.
38. Ellason JW, Ross CA, Sainton K, Mayran LW. *Axis I and II comorbidity and childhood trauma history in chemical dependency*. *Bull. Menninger. Clin.* 1996; 60 (1): 39–51.
39. Potoczek A. *Pleć i obecność doznanych urazów psychicznych a współwystępowanie zespołu lęku napadowego i depresji w astmie ciężkiej i trudnej oraz w astmie aspirynowej*. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44: 785–799.
40. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF i in. *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *Am. J. Prev. Med.* 1998; 14 (4): 245–258.
41. Fillingim RB, Edwards RR. *Is self-reported childhood abuse history associated with pain perception among healthy young women and men?* *Clin. J. Pain* 2005; 21 (5): 387–397.
42. Maniglio R. *The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews*. *Clin. Psychol. Rev.* 2009; 29 (7): 647–657.
43. Ellason JW, Ross CA. *Childhood trauma and psychiatric symptoms*. *Psychol. Rep.* 1997; 80 (2): 447–450.

44. Pribor EF, Dinwiddie SH. *Psychiatric correlates of incest in childhood*. Am. J. Psychiatry 1992; 149: 52–56.
45. Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KA. *The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder*. J. Nerv. Ment. Dis. 2005; 193 (8): 508–514.
46. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnozie i w badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicznych*. Psychiatr. Pol. 1994; 28 (6): 667–676.
47. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E, Martyniak J, Micyńska A, Meus J, Miś L, Niwicki J, Paluchowski J, Pytko A, Trzcieniecka A, Wojnar M, Romejko A, Romanik O, Zgud J. *Minimum informacji o pacjentach nerwicznych i ich leczeniu*. Psychoter. 1981; 37: 3–10.
48. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia nerwic*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7 (4): 20–34.
49. Zawadzki B. *Kwestionariusze osobowości. Strategie i procedura konstruowania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2006.
50. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K i in. *Kwestionariusze objawowe „S” i „0” – narzędzia służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicznych*. Psychoter. 1981; 37: 11–27.
51. Rewer A. *Skale kwestionariusza objawowego „O”*. Psychiatr. Pol. 2000; 34 (6): 931–943.
52. Roy A. *Childhood trauma and hostility as an adult: relevance to suicidal behavior. Brief report*. Psychiatr. Res. 2001; 102 (1): 97–101.
53. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. *Somatization in abused women*. J. Womens Health (Larchmt) 2007; 16 (6): 909–918.
54. Martins FG, Abdo CHN. *Erectile dysfunction and correlated factors in Brazilian men aged 18–40 years*. J. Sex. ed. 2010; 7 (6): 2166–2173.
55. Binzer M, Eisemann M. *Childhood experiences and personality traits in patients with motor conversion symptoms*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 98 (4): 288–295.
56. Harlow BL. *Adult-onset vulvodynia in relation to childhood violence victimization*. Am. J. Epidem. 2005; 161 (9): 871–880.
57. Jodko A, Głowacz J, Kokoszka A. *Zgłaszanie zaburzeń funkcji seksualnych jako objawu podczas terapii zaburzeń lękowych*. Seksuol. Pol. 2008; 6 (1): 26–32.

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

Otrzymano: 29.09.2012  
Zrecenzowano: 5.11.2012  
Otrzymano po poprawie: 1.12.2012  
Przyjęto do druku: 22.02.2013  
Adiustacja: A. K.