

## Zaburzenia seksualne mężczyzn leczonych w oddziale psychiatrycznym

### Sexual disorders in men treated in a psychiatric ward

Michał Błachut<sup>1,2</sup>, Karina Badura-Brzoza<sup>1,2</sup>, Piotr Ścisło<sup>2</sup>,  
Monika N. Bugdol<sup>3</sup>, Krzysztof Świerzy<sup>2</sup>, Magdalena Pięga<sup>1,2</sup>,  
Piotr Gorczyca<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Śląski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,  
Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii

<sup>2</sup>Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy im. B. Hagera w Tarnowskich Górach

<sup>3</sup>Politechnika Śląska Gliwice, Wydział Inżynierii Biomedycznej,  
Katedra Informatyki i Aparatury Medycznej

#### Summary

**Aim.** An attempt to assess the impact of dual diagnosis – mental illness and addiction on the occurrence of sexual dysfunctions, and evaluation of problems with sexual functioning in men treated in a psychiatric ward.

**Material and method.** 140 psychiatrically hospitalized men (mean age  $40.4 \pm 12.7$  years) with the diagnosis of schizophrenia, affective disorders, anxiety disorders, addiction and double diagnosis (schizophrenia and addiction) took part in the study. The Sexological Questionnaire, developed by Professor Andrzej Kokoszka, and the International Index of Erectile Function IIEF-5 were used in the study.

**Results.** The occurrence of sexual dysfunctions in the study group was reported in 83.6% of patients. The most common was reduction in sexual needs (53.6%) and orgasm delay (40%). Depending on the research tool used, erectile dysfunction appeared in 38.6% of respondents (according to Kokoszka's Questionnaire) and 61.4% of patients (IIEF-5). Severe erectile dysfunction was more common in the group of patients without a partner (12.4% vs. 0;  $p = 0.000$ ) compared to people in relationships and in the group with anxiety disorders ( $p = 0.028$ ) compared to groups with other mental disorders. In the group of people with dual diagnosis (DD), sexual dysfunctions were observed more frequently in comparison to patients with schizophrenia ( $p = 0.034$ ). Treatment lasting over 5 years was more often associated with sexual dysfunctions ( $p = 0.007$ ). In the DD group, lack of orgasm and excessive sexual needs were more frequent in comparison to people with one diagnosis ( $p = 0.0145$ ;  $p = 0.035$ ).

**Conclusions.** Sexual dysfunctions are more common in patients with DD in comparison to patients diagnosed with schizophrenia. Lack of a partner and the duration of psychiatric treatment over 5 years is associated with more frequent occurrence of sexual dysfunctions.

**Key words:** dual diagnosis, psychiatric hospitalization, sexual disorders

**Słowa kluczowe:** podwójna diagnoza, hospitalizacja psychiatryczna, zaburzenia seksualne

## Wstęp

Seksualność jest jednym z istotnych aspektów życia, a dysfunkcje seksualne są powszechne u pacjentów cierpiących na choroby przewlekłe. Zaburzenia seksualne najczęściej są efektem współistnienia różnych czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych [1–5]. Wśród pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych najczęstszymi przyczynami zaburzającymi funkcjonowanie seksualne są objawy choroby podstawowej, efekty uboczne leczenia farmakologicznego, trudności w nawiązywaniu relacji z partnerką/partnerem, problemy w relacjach partnerskich związane z istnieniem choroby i sposobem funkcjonowania w codziennym życiu, stygmatyzacja społeczna. Liczne badania dowodzą, że zaburzenia seksualne przyczyniają się do pogorszenia współpracy w leczeniu i obniżają jakość życia chorych [1, 4, 6]. Jednym z najczęstszych zaburzeń seksualnych u mężczyzn są problemy z erekcją, których występowanie szacuje się w populacji ogólnej na 30% (u osób młodszych) do ponad 50% (w wieku 40–70 lat) [7, 8]. W niewielu opracowaniach analizowano natomiast częstość występowania zaburzeń seksualnych u chorych w trakcie hospitalizacji psychiatrycznej, a wyniki tych badań są rozbieżne i wahają się od 17% [6], 38% [9], do 50–76% pacjentów deklarujących różne dysfunkcje seksualne [1, 2, 10, 11]. W części badań analizuje się funkcjonowanie seksualne pacjentów w trakcie leczenia ambulatoryjnego [5, 12–15].

Najczęściej wymienianymi przyczynami zaburzeń seksualnych u pacjentów leczonych psychiatrycznie są objawy zaburzeń psychicznych i związane z nimi pogorszenie funkcjonowania społecznego a także izolacja społeczna, problemy z nawiązywaniem prawidłowych relacji z partnerką/partnerem, używanie substancji psychoaktywnych oraz objawy uboczne stosowanego leczenia farmakologicznego [1, 5, 6, 16–18].

Chorzy z podwójną diagnozą, u których choroba psychiczna współistnieje z uzależnieniem (PD) to około 30–50% pacjentów uzależnionych i około 8% osób hospitalizowanych psychiatrycznie. Grupa ta gorzej współpracuje w leczeniu, często też prezentuje cięższy i bardziej przewlekły przebieg choroby [19, 20]. Nie odnaleziono badań jednoznacznie oceniających częstość występowania zaburzeń seksualnych w grupie chorych z podwójną diagnozą w porównaniu do pacjentów z innymi zaburzeniami psychicznymi. Analiza piśmiennictwa wskazuje, że u osób z PD istnieje większe ryzyko prześladowania i wykorzystywania seksualnego, częściej też podejmowane są ryzykowne zachowania seksualne [21–23]. Fagan i wsp. [24] analizowali grupę 288 pacjentów z różnymi dysfunkcjami seksualnymi, wśród których 30% mężczyzn zdradzało objawy dodatkowo występujących zaburzeń psychicznych; ta grupa też częściej miała problemy związane z używaniem alkoholu. Obserwacje i przeprowadzane badania wykazują, że istniejące dysfunkcje seksualne mogą prowadzić do pogorszenia

jakości życia oraz są powodem przerywania i braku współpracy w leczeniu [4–6]. Dobry kontakt terapeutyczny i psychoedukacja mogą ułatwić pacjentom zrozumienie potrzeby regularnego leczenia psychiatrycznego, jak również umożliwić dostosowanie tego leczenia do istniejących problemów i potrzeb.

Satysfakcjonujące życie seksualne odgrywa istotną rolę w osobistym i społecznym zdrowieniu chorych [25]. Ocena częstości występowania zaburzeń seksualnych u pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie i związku tych dysfunkcji z różnymi zaburzeniami psychicznymi pozwoli na zwrócenie uwagi na wagę tego problemu oraz wpłynie na sposób prowadzenia terapii w trakcie hospitalizacji oraz dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Celem pracy była ocena wpływu choroby psychicznej i uzależnienia (podwójnej diagnozy) na występowanie zaburzeń seksualnych i częstości występowania tych zaburzeń u mężczyzn hospitalizowanych w oddziale psychiatrycznym. Porównano także występowanie zaburzeń seksualnych pomiędzy chorymi z różnymi zaburzeniami psychicznymi w powiązaniu z wiekiem, pozostawaniem w związku z partnerką/partnerem i czasem leczenia.

## Material

Na udział w badaniu wyraziło zgodę 161 pacjentów Klinicznego Oddziału Psychiatrii w Tarnowskich Górach. Ostatecznie do badania zakwalifikowano 140 hospitalizowanych mężczyzn (średnia wieku  $40,4 \pm 12,7$  roku), którzy poprawnie wypełnili kwestionariusze diagnostyczne w ostatnim dniu pobytu w oddziale. Następnie grupę podzielono na mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, zaburzeń afektywnych jedno – i dwubiegunowych, zaburzeń lękowych, uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych oraz pacjentów z podwójną diagnozą schizofrenii i uzależnienia od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych zgodnie z kryteriami klasyfikacji ICD-10. Badanie było prowadzone w okresie od maja 2017 do września 2018 roku. Uczestnicy otrzymali do podpisania informacje o prowadzonym badaniu i formularz świadomej zgody na udział.

Kryteria włączenia do badania:

- pacjenci leczeni w oddziale psychiatrycznym,
- funkcjonowanie poznawcze pozwalające na samodzielne wypełnienie kwestionariusza,
- wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu.

Kryteria wyłączenia z udziału w badaniu:

- pacjenci z objawami upośledzenia umysłowego i otępienia,
- brak lub wycofanie zgody na udział w badaniu, niepoprawnie wypełnione kwestionariusze diagnostyczne.

Na przeprowadzone badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego nr KNW/0022/KB1/12/19.

## Metoda

Do badań użyto:

1. Skróconej wersji Międzynarodowego Indeksu Funkcji Seksualnych Mężczyzn (International Index of Erectile Function-5) IIEF-5. Jest to wypełniana przez pacjenta skrócona wersja skali oceny życia płciowego, zawierająca 4 pytania oceniające występowanie zaburzeń erekcji i jedno pytanie o satysfakcję z podejmowanego kontaktu seksualnego. Pytania są oceniane w skali 0–5, ocena 0 wskazuje na brak prób lub aktywności seksualnej [26].
2. Kwestionariusza Seksuologicznego autorstwa profesora Kokoszki. Kwestionariusz składa się z 30 pozycji i służy do samooceny częstości występowania objawów zaburzeń seksualnych zgodnie z kryteriami Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Część A kwestionariusza zawiera pytania dotyczące podstawowych danych socjodemograficznych, część B zawiera 12 pytań dotyczących dysfunkcji seksualnych, 2 pytania odnoszące się do występowania objawów o typie zaburzeń identyfikacji płciowej, 13 pytań związanych z istnieniem objawów o typie nieprawidłowych preferencji seksualnych oraz 3 pytania dotyczące orientacji seksualnej. Odpowiedzi zaznaczano w skali Likerta – od „zawsze”, przez „często”, do „nigdy”. Pytania obejmują dowolnie ustalony w danym badaniu okres [27].

## Statystyczna analiza danych

Analizy wykonano przy użyciu pakietu R (wersja 3.6.2). Tabele kontyngencji zmiennych na skali nominalnej były sprawdzane testem dokładnym Fishera. Test ten wybrano w celu zachowania spójności, jako że nie dla wszystkich tabel były spełnione założenia testu niezależności chi-kwadrat. Kiedy porównywano poziom zmiennej na skali interwałowej, wówczas w przypadku trzech lub więcej grup najpierw sprawdzano założenia analizy wariancji (normalność – test Shapiro-Wilka, równoliczność – test zgodności chi-kwadrat, homogeniczność wariancji – test Levene’a). Ze względu na fakt, że w przypadku żadnego z wykonanych porównań nie były spełnione założenia ANOVA, każdorazowo wykonywano test Kruskala-Wallisa. Jeśli wynik tego testu był statystycznie istotny, wówczas obliczano wielkość efektu (epsilon-kwadrat) i wykonywano test post-hoc (test porównań par wielokrotnych Wilcoxon z poprawką Holma).

## Wyniki

### Charakterystyka grupy badanej

W grupie badanej 55,7 % (78) mężczyzn pozostawało w stałym związku małżeńskim lub partnerskim, a 44,3% (62 pacjentów) nie miało partnera/ki. Struktura wykształcenia przedstawiała się następująco: 18,6% grupy miało wykształcenie wyższe (> 15 lat nauki), 29,3% wykształcenie średnie, a 52,1% zawodowe i podstawowe (8–12 lat nauki). Grupę chorych z rozpoznaniem schizofrenii stanowiło 23 pacjentów (średnia wieku  $36,3 \pm 10,8$  roku), z rozpoznaniem chorób afektywnych (jedno lub

dwubiegunowych) 20 pacjentów (średnia wieku  $48,5 \pm 10,4$ ), zaburzeń lękowych – 14 osób (średnia wieku  $41,7 \pm 14,4$  roku), uzależnionych od różnych substancji psychoaktywnych – 53 osoby (średnia wieku  $40,0 \pm 11,0$ ) i pacjentów z podwójną diagnozą schizofrenii i uzależnienia – 30 osób (średnia wieku  $38,4 \pm 14,0$ ).

Osoby, które leczyły się psychiatrycznie do jednego roku stanowiły 37,1 % grupy, a 49 osób [35%] było w trakcie leczenia psychiatrycznego od co najmniej 5 lat (tab. 1).

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanej grupy pacjentów wg Kwestionariusza Seksuologicznego Kokoszki i rodzaj ich zaburzeń psychicznych

	Liczba pacjentów	% grupy
Liczba badanych	140	
Średnia wieku	40,4 (SD 12,7)	
Czas leczenia psychiatrycznego do 1 roku	52	37,1
Czas leczenia psychiatrycznego 1–5 lat	39	27,9
Czas leczenia psychiatrycznego powyżej 5 lat	49	35
Wykształcenie podstawowe	20	14,3
Wykształcenie zawodowe	53	37,9
Wykształcenie średnie	41	29,3
Wykształcenie wyższe	26	18,6
Związek z partnerką/rem	78	55,7
Zamieszkanie z partnerką/rem	52	37,1
Brak partnerki/ra	62	44,3
Rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej	23	16,4
Rozpoznanie zaburzenia afektywnego	20	14,3
Rozpoznanie zaburzenia lękowego	14	10,0
Rozpoznanie uzależnienia	53	37,9
Podwójna diagnoza schizofrenia-uzależnienie	30	21,4

#### *Analiza wyników Kwestionariusza Seksuologicznego Kokoszki*

Analiza wykazała obecność zaburzeń seksualnych u 117 osób stanowiących 83,6% grupy. Do najczęściej występujących dysfunkcji zaliczano obniżenie potrzeb seksualnych (53,6%), opóźnienie orgazmu (40%), brak orgazmu (35,7%), przedwczesny wytrysk (30,7%), zaburzenia erekcji (38,6%). Występowanie podniecenia seksualnego w zależności od obecności określonych przedmiotów podało 18 badanych (12,9%), zainteresowanie seksualne dziećmi przed lub w trakcie okresu dojrzewania występowało u 10 osób (7,1%), potrzeba przeżywania bólu i upokorzenia w trakcie stosunku występowała u 11 pacjentów (7,9%) (Tab. 2).

Tabela 2. Zaburzenia seksualne wg Kwestionariusza Seksuologicznego Kokoszki

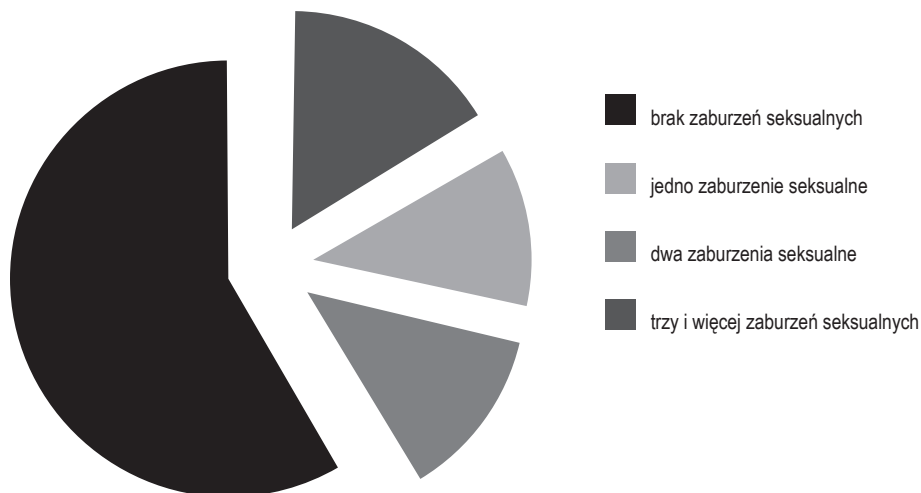
	Liczba osób n	Procent wszystkich badanych	Procent grupy z zaburzeniami seksualnymi
Obniżenie potrzeb seksualnych	75	53,6	64,1
Zaburzenia erekcji przed stosunkiem i w trakcie kontaktu	54	38,6	46,2
Nadmierny popęd seksualny	50	35,7	42,7
Wytrysk przedwczesny	43	30,7	36,8
Brak orgazmu	50	35,7	42,7
Orgazm opóźniony	56	40	47,9
Niechęć, lęk przed współżyciem	50	35,7	42,7
Ból w trakcie stosunku seksualnego	12	8,57	10,3
Pragnienie, aby być jako kobieta i aby odpowiednio zoperować swoje ciało	7	5	5,98
Uzależnienie podniecenia seksualnego od określonych przedmiotów	18	12,86	15,4
Tendencja do pokazywania narządów płciowych innym osobom	9	6,43	7,7
Zainteresowania chłopcami lub dziewczynkami przed lub w trakcie okresu dojrzewania	10	7,14	8,5
Potrzeba zadawania bólu, upokorzenia w trakcie stosunku	8	5,71	6,8
Potrzeba przeżywania bólu, upokorzenia w trakcie stosunku	11	7,86	9,4
Potrzeba ocierania się o ludzi	7	5	5,98
Potrzeba kontaktów seksualnych ze zwierzętami	2	1,43	1,7
Pożądanie osób tej samej płci zawsze lub często	5	3,57	4,3

U 58,6% grupy występowały trzy lub więcej zaburzeń seksualnych, tylko u 12,1% występował jeden problem seksuologiczny, a u 16,4% badanych nie wykazano istnienia zaburzeń seksualnych (ryc. 1).

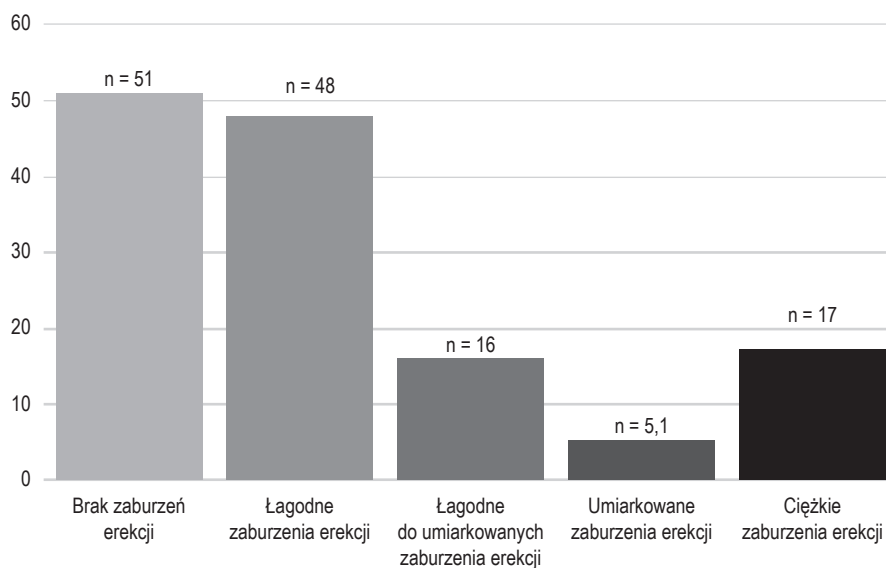
Spośród badanych wykazujących trzy i więcej zaburzeń sfery seksualnej, aż 28% stanowili pacjenci z podwójnym rozpoznaniem, 39% pacjenci z uzależnieniem, 13,4% ze schizofrenią i chorobami afektywnymi, 6% z zaburzeniami lękowymi.

#### *Analiza wyników Międzynarodowego Indeksu Funkcji Seksualnych Mężczyzn IIEF-5*

Brak zaburzeń erekcji deklarowało 51 pacjentów (36,4% grupy badanej), natomiast 61,4% badanej grupy (86 osób) potwierdziło różnego stopnia zaburzenia erekcji (ryc. 2).



Ryc. 1. Podział badanej grupy ze względu na występowanie zaburzeń seksualnych wg Kwestionariusza Seksuologicznego Kokoszki

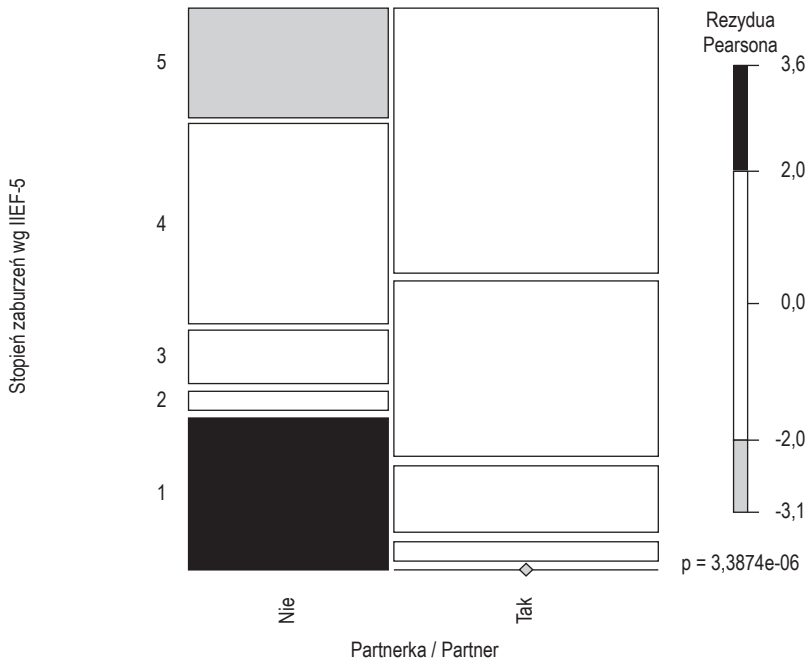


Ryc. 2. Występowanie zaburzeń erekcji w badanej grupie wg IIEF

### Związek zaburzeń seksualnych ze zmiennymi badanymi

Ciężkie zaburzenia erekcji występowały częściej w grupie chorych nie mających partnerki/ra w porównaniu do osób pozostających w związku (12,4% vs 0%;  $p = 0,000$ ), podobnie częściej w grupie pacjentów mających stałą partnerkę/partnera

nie obserwowano dysfunkcji seksualnych w porównaniu do pacjentów nie mających małżonki/ka lub partnerki/a (28,5% vs 8,8%;  $p = 0,0028$ ) (ryc. 3).



Ryc. 3 Zaburzenia erekcji a posiadanie stałej partnerki/partnera

Obniżenie potrzeb seksualnych i zaburzenia erekcji były obserwowane najczęściej w grupie osób z chorobami afektywnymi (80%; 45%), następnie u osób z podwójną diagnozą (53,3%, 50%) oraz u uzależnionych (52,8%; 37,7%) w porównaniu do osób z innymi zaburzeniami, ale różnice te nie były znamienne statystycznie (tab. 3).

Tabela 3. Zaburzenia psychiczne a rodzaj i częstość wybranych dysfunkcji seksualnych wg Kwestionariusza Seksuologicznego Kokoszki

	Schizofrenia [% grupy]	Podwójna diagnoza (schizofrenia i uzależnienie)	Uzależnienia	Choroby afektywne	Zaburzenia lękowe	Wartość p testu dokładnego Fishera
Liczba badanych [% grupy]	23 [100]	30 [100]	53 [100]	20 [100]	14 [100]	
Obniżenie potrzeb seksualnych	10 [43,48]	16 [53,33]	28 [52,83]	16 [80]	5 [35,71]	0,0741
Zaburzenia erekcji przed lub w trakcie stosunku	7 [30,43]	15 [50]	20 [37,74]	9 [45]	3 [21,43]	0,3708

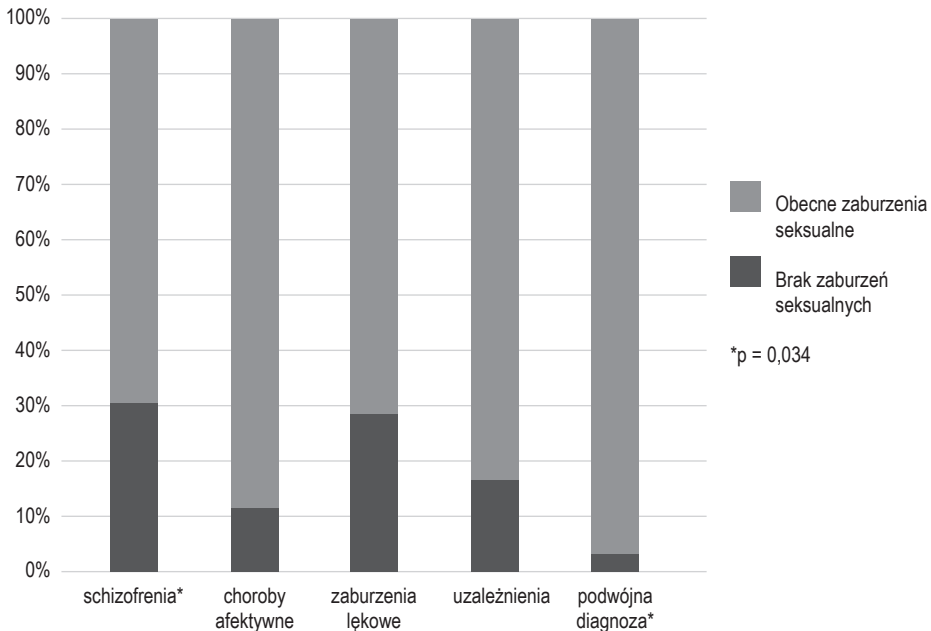
dalszy ciąg tabeli na następnej stronie



Przedwczesny wytrysk	6 [26,08]	12 [40]	19 [35,85]	3 [15]	3 [21,43]	0,3074
Opóźniony orgazm	8 [34,78]	15 [50]	18 [33,96]	9 [45]	6 [42,86]	0,6303
Brak orgazmu	5 [21,74]	18 [60]*	14 [26,42]	9 [45]	4 [28,57]	0,0145
Nadmierny popęd seksualny	5 [21,74]	16 [53,33]*	22 [41,51]	5 [25]	2 [14,29]	0,0347
Trzy i więcej zaburzeń seksualnych	11 [47,83]	23 [76,67]	32 [60,38]	11 [55]	5 [35,7]	0,0774

Porównując grupy pacjentów z poszczególnymi rozpoznaniami ujawniono więcej osób z podwójną diagnozą (schizofrenii i uzależnienia), które zdradzały objawy zaburzeń seksualnych w Kwestionariuszu Seksuologicznym Kokoszki w porównaniu do grupy chorych na schizofrenię ( $p = 0,034$ ) (ryc. 4).

W grupie osób z zaburzeniami lękowymi było znamienne więcej chorych z ciężkimi zaburzeniami erekcji w kwestionariuszu IIEF-5 w porównaniu do pozostałych grup ( $p = 0,028$ ).



Ryc. 4. Występowanie zaburzeń seksualnych u chorych z różnymi rozpoznaniami wg Kwestionariusza Seksuologicznego Kokoszki

Porównanie grup chorych w zależności od czasu leczenia psychiatrycznego wykazało, iż czas leczenia jest dłuższy u osób, które zdradzają obecność zaburzeń

seksualnych. Pacjenci leczeni powyżej 5 lat zdradzają częściej objawy zaburzeń seksualnych ( $p = 0,007$ ) (tab. 4).

Tabela 4. Czas leczenia a występowanie zaburzeń seksualnych

	Leczenie psychiatryczne do 1 roku	Leczenie powyżej 5 lat
Liczba chorych z zaburzeniami seksualnymi	38	46*
Liczba chorych bez zaburzeń seksualnych	14	3*

$p = 0,007^*$

Osoby z podwójną diagnozą deklarowały występowanie braku orgazmu oraz nadmiernych potrzeb seksualnych częściej niż osoby z tylko jednym rozpoznaniem ( $p = 0,0145$ ;  $p = 0,035$ )

Tabela 5. Dane socjodemograficzne a zaburzenia psychiczne

	Liczba (% grupy)	Średnia wieku	Czas leczenia 1 rok i mniej	Czas leczenia 2-4 lata	Czas leczenia 5-10 lat	Związek z partnerką/ rem w ostatnich kilku miesiącach	Wykształcenie podstawowe i zawodowe	Wykształcenie średnie	Wykształcenie wyższe	$p^*$
Schizofrenia	23 (16,43)	36,26* (10,8)	5 (3,57)	9 (6,43)	9 (6,43)	8 (5,71)	9 (6,43)	9 (6,43)	5 (3,57)	$p$ testu Kruskala-Wallisa = 0,0200 wielkość efektu: epsilon-kwadrat = 0,08
Zaburzenia afektywne	20 (14,29)	48,45* (10,4)	6 (4,29)	6 (4,29)	8 (5,71)	11 (7,86)	7 (5)	4 (2,86)	9 (6,43)	
Zaburzenia lękowe	14 (10)	41,71 (14,4)	8 (5,71)	2 (1,43)	4 (2,86)	7 (5)	8 (5,71)	2 (1,43)	4 (2,86)	
Uzależnienia	53 (37,86)	39,98 (12,0)	23 (16,43)	14 (10)	16 (11,4)	31 (22,14)	30 (21,43)	16 (11,4)	7 (5)	
Podwójna diagnoza [schizofrenia i uzależnienia]	30 (21,43)	38,37 (14,0)	10 (7,14)	8 (5,71)	12 (8,57)	21 (15)	19 (13,57)	10 (7,14)	1 (0,71)	

Nie ujawniono istotnych zależności między wiekiem badanych a występowaniem zaburzeń seksualnych.

## Dyskusja

Satysfakcja z życia seksualnego jest istotnym czynnikiem wpływającym na jakość życia. Zaburzenia funkcji seksualnych występują bardzo często u pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi. W przeprowadzonym badaniu udział wzięło 161 osób, prawidłowo wypełnione kwestionariusze, które pozwoliły na ocenę wyników uzyskano od 140 mężczyzn. Średnia wieku, wykształcenie oraz pozostawanie w związku z partnerką/rem w grupie badanej miały podobną strukturę do grup analizowanych przez innych badaczy [1, 5, 12–14, 28, 29]. Badanych podzielono na 5 grup w zależności od diagnozy psychiatrycznej. Poza grupą z diagnozą schizofrenii paranoidalnej, zaburzeń afektywnych, zaburzeń lękowych oraz uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, wyszczególniono też grupę osób z podwójną diagnozą (schizofrenii i uzależnienia). Utworzenie osobnej grupy pacjentów z podwójnym rozpoznaniem spośród innych leczonych psychiatrycznie wiąże się z faktem szczególnie trudnego postępowania terapeutycznego, znacznie gorszą współpracą i rokowaniem wśród tych osób [20]. Analiza rozpoznań wśród badanych pokazuje, iż dominowały w niej osoby uzależnione od alkoholu i narkotyków w różnych fazach choroby, co ma istotny wpływ na uzyskane wyniki. Osoby uzależnione zwykle nie wymagają długotrwałego stosowania leków psychotropowych, co może eliminować jeden z istotnych czynników wpływających na obniżenie jakości życia seksualnego. Z drugiej strony przewlekłe używanie substancji psychoaktywnych oraz degradacja społeczna i inne społeczne skutki uzależnienia mogą istotnie wpływać na powstawanie dysfunkcji seksualnych [29, 30]. W grupie badanej u 58,6% pacjentów (82 osób) odnotowano występowanie trzech lub więcej problemów seksuologicznych. Wśród tych pacjentów najczęściej było osób leczonych z powodu uzależnień – 32 osoby, następnie z podwójnym rozpoznaniem uzależnienia i schizofrenii – 23 osoby. Ponad 76% pacjentów z podwójną diagnozą podawało występowanie trzech i więcej zaburzeń seksualnych. Fakt ten może wskazywać na istotny wpływ nadużywania alkoholu i innych substancji na stan zdrowia i funkcjonowanie seksualne wśród wielu innych czynników etiologicznych, co dostrzegają także inni badacze [29, 30]. Uzyskane przez autorów niniejszego opracowania wyniki wskazują na występowanie dysfunkcji seksualnych u 83,6 % osób. Podobne dane zawarte są w pracach innych badaczy [1–3, 5, 29, 31]. Badania Kokoszki i wsp. [15] z użyciem tego samego kwestionariusza co w niniejszej pracy, wykazały istnienie dysfunkcji seksualnych u 90% badanych mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii. Jednak pacjenci ci byli leczeni w oddziale dziennym. Perlman i wsp. [6] badali 3717 pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie w 34 oddziałach i szpitalach, potwierdzili istnienie dysfunkcji seksualnych jedynie u 17% badanych, znacznie mniej niż w populacji ogólnej. Zauważyli także istotny wpływ pozostawania w związku i innych czynników psychologicznych oraz społecznych na występowanie dysfunkcji seksualnych. Niewielką częstotliwość dysfunkcji seksualnych tłumaczono niewielką świadomością istnienia problemu w grupie osób samotnych, z objawami cho-

roby oraz niechęcią do ujawniania problemu przez pacjentów [6]. Natomiast w swoim doniesieniu Ma i wsp. [1] wykazali istnienie dysfunkcji u 59,3% pacjentów leczonych w szpitalu z powodu schizofrenii. Zbliżone dane w grupie chorych na schizofrenię uzyskał Souaiby i wsp. [4], z kolei Ahmadzadeh i wsp. [9] wykazali, iż u 38% z 600 pacjentów oddziału psychiatrycznego z różnymi rozpoznaniem występowały dysfunkcje seksualne, jednak wykluczono z badania osoby niepozostające w związkach małżeńskich, co może przyczynić się do obserwowanych różnic. Nie znaleziono informacji o badaniach oceniających występowanie dysfunkcji seksualnych w grupie PD, chociaż w doniesieniach Meade i wsp. [22, 23] zwrócono uwagę na ryzykowne zachowania seksualne w tej grupie chorych. Podobnie, na istnienie problemów seksuologicznych wskazuje Fagan i wsp. [24], a większe ryzyko wykorzystania seksualnego pacjentów z podwójną diagnozą akcentuje de Waal i wsp. [21].

W naszym badaniu 38,6% osób deklarowało występowanie zaburzeń erekcji przed lub w trakcie stosunku (kwestionariusz Kokoszki), podobne wyniki opisano w innych pracach [4, 5, 10]. Natomiast 61,4% mężczyzn badanych kwestionariuszem IIEF-5 zdradzało objawy zaburzeń erekcji. Obserwowane różnice mogą być związane z zastosowaniem kwestionariusza IIEF-5 wśród chorych z długim okresem przerwy w kontaktach z partnerką/rem, którzy ocenę swojego funkcjonowania mogli odnosić do czasu przebywania w szpitalu jak również fakt, że IIEF-5 może być niemiarodajny dla osób nieaktywnych seksualnie w 4 tygodniach poprzedzających badanie [11]. Podobne wątpliwości co do wyników testu IIEF-5 u osób nieaktywnych seksualnie wyrażano w doniesieniach Forbesa i Westheide [11, 32]. Różnica w częstości zgłaszania zaburzeń w Kwestionariuszu Seksuologicznym Kokoszki i kwestionariuszu IIEF-5 może być związana z różną czułością obu testów. Bardziej szczegółowe pytania dotyczące nasilenia i częstości występowania zaburzeń erekcji w IIEF-5 mogły spowodować, iż pacjenci deklarujący brak zaburzeń erekcji w kwestionariuszu Kokoszki, znaleźli się w grupie zakwalifikowanej do łagodnych zaburzeń erekcji wg kwestionariusza IIEF-5.

Należy wziąć również pod uwagę sposób interpretacji pytań w kwestionariuszu Kokoszki, dotyczących czasu przeszłego. Istnieją publikacje, które podają bardzo wysoki odsetek zaburzeń erekcji (86%, 96%) mierzonych testem IIEF-5 [13, 14]. W pracy Mosaku i wsp. [14] wskazano na wiek, stosowane leki i stan cywilny jako czynniki istotnie wpływające na występowanie zaburzeń erekcji w badanej grupie. Ong i wsp. [13] badali 111 chorych na schizofrenię w remisji objawowej w trakcie leczenia ambulatoryjnego (96% grupy zdradzało istnienie zaburzeń erekcji) i odnotowali 68,5% osób bez partnera i związku małżeńskiego. W badaniach Mosaku i wsp. [14] wskazano, iż rodzaj rozpoznania psychiatrycznego w analizowanej grupie chorych psychicznie nie wiązał się z częstotliwością obserwowanych dysfunkcji seksualnych, natomiast w innej pracy podkreślano, iż nasilenie objawów schizofrenii (wg skali PANSS) nie miało istotnego związku z występowaniem dysfunkcji [10]. Z doniesienia Westheide i wsp. [11] wynika, że dysfunkcje seksualne nie są ograniczone do ostrej fazy choroby i występują częściej w grupie osób z zaburzeniami psychicznymi w porównaniu do populacji ogólnej.

Najczęściej występujące dysfunkcje seksualne w niniejszej pracy to: obniżenie potrzeb seksualnych u 53,6% osób, opóźnienie orgazmu u 40% badanych, zaburzenia erekcji przed lub w trakcie stosunku (wg kwestionariusza Kokoszki) u 38,6% pacjen-

tów. Podobne wyniki podają także inni badacze [2, 4, 10]. Badanie Olisah i wsp. [5] wykazało istnienie zaburzeń pożądania u 25%, zaburzenia erekcji u 40% badanych, a różnice te mogą być związane ze stabilnym stanem psychicznym pacjentów w trakcie leczenia ambulatoryjnego. Znacznie wyższe wartości uzyskała Onga i wsp. [13], który odnotował obniżenie libido u 93% a zaburzenia erekcji u 95% pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Co istotne, w tej grupie 70% pacjentów nie było w stałym związku. U osób z rozpoznaniem schizofrenii akcentuje się problemy z nawiązywaniem relacji partnerskich i seksualnych, które wynikają z objawów choroby i pogarszającego się funkcjonowania społecznego [13]. W pracy Kokoszki i wsp. [15] odnotowano obniżenie popędu seksualnego u 71% mężczyzn, zaburzenia erekcji u 45,2%, opóźniony wytrysk u 43,3%, a nadmierny popęd seksualny deklarowało 19,4% badanych z rozpoznaniem schizofrenii leczonych w oddziale dziennym. Różnice w wynikach obecne w naszej pracy, mimo użycia tego samego narzędzia, wynikają zapewne z doboru innej grupy, tzn. analizowania problemów osób hospitalizowanych z różnymi rozpoznaniem, w większości z kilkutygodniową przerwą w aktywności seksualnej. Jak wynika z dostępnej literatury, obniżenie potrzeb seksualnych może wiązać się często z objawami choroby lub stosowanym leczeniem [1, 4, 33]. Znaczna część przebadanej przez nas grupy (35%), która w kwestionariuszu zaznaczyła istnienie problemów związanych z nadmiernym popędem seksualnym, była od kilkunastu dni, do kilku tygodni hospitalizowana w zamkniętym oddziale psychiatrycznym, bez możliwości nawiązania kontaktu seksualnego z partnerką/em, co może tłumaczyć istnienie zwiększonej potrzeby seksualnej w trakcie przeprowadzania badania. Zwraca uwagę liczba osób opisujących występowanie objawów zaburzeń preferencji seksualnych – fetysyzm 12,86%, ekshibicjonizm 6,4%, pedo-efebofilia 7,14%, masochizm 7,86% osób. Inni autorzy [15, 34] w swoich doniesieniach opisali podobnie dużą częstość występowania zaburzeń preferencji seksualnych. Zjawisko to można wytłumaczyć współistnieniem objawów choroby psychicznej, specyficzną treścią doznań psychotycznych sugerujących parafilię, współistnieniem uzależnienia i parafilii.

W niniejszym opracowaniu w grupie chorych na schizofrenię paranoidalną obniżenie potrzeb seksualnych występowało u 43,5% badanych, a zaburzenia erekcji u 30,4% tej grupy, wśród chorych z zaburzeniami afektywnymi obniżenie potrzeb seksualnych dotyczyło 80% leczonych, a zaburzenia erekcji 45%. Duża część pacjentów z podwójną diagnozą schizofrenii i uzależnienia zdradzała obecność różnych zaburzeń seksualnych w porównaniu do chorych z rozpoznaniem jedynie schizofrenii. Fakt ten może wskazywać na wpływ uzależnienia na przebieg choroby psychicznej i częstość występowania zaburzeń seksualnych. U osób z diagnozą uzależnienia 52,8% deklarowało obniżenie potrzeb seksualnych, a 37,7% zaburzenia erekcji. Podobne wyniki uzyskano w innych publikacjach [1, 2, 4, 10, 12].

Analiza dostępnej literatury ujawnia rozbieżność w badaniach dotyczących częstości występowania dysfunkcji seksualnych u pacjentów leczonych z powodu różnych zaburzeń psychicznych. W niektórych doniesieniach publikowane są dane o braku zależności między rozpoznaniem psychiatrycznym a częstotliwością występowania dysfunkcji [14], w innych zaburzenia afektywne i lękowe są chorobami, którym najczęściej towarzyszą dysfunkcje [2, 6, 9].

Wyniki obecnej pracy wskazujące na istotny wpływ obecności lub braku partnerki/ra na występowanie zaburzeń seksualnych u badanych chorych są spójne z pracą Martina i wsp [35], natomiast Perlman i wsp. [6] opisali w swoich badaniach, że osoby w związkach małżeńskich trzy razy częściej rozwijały objawy dysfunkcji. Autorzy ci wysunęli wniosek o nieświadomości istnienia problemu wśród grupy osób samotnych. Nie odnaleziono badań, które oceniałyby wpływ czasu trwania leczenia psychiatrycznego na częstość występowania dysfunkcji seksualnych, w dostępnym piśmiennictwie podkreśla się mnogość i różnorodność czynników etiologicznych zaburzeń seksualnych w tej grupie chorych [1, 2, 5, 18, 31, 35].

Głównymi ograniczeniami naszego opracowania jest mała liczebność poszczególnych grup badanych oraz brak oceny wpływu leczenia psychotropowego na funkcjonowanie seksualne pacjentów. Skale samooceny zazwyczaj obarczone są ryzykiem niezgodności oceny subiektywnej z obiektywną interpretacją stanu faktycznego dokonaną przez lekarza, dlatego uzyskane wyniki należy interpretować z ostrożnością. Jednak pomimo tych ograniczeń, ważnym aspektem przeprowadzonej przez nasz analizy jest zwrócenie uwagi na problem funkcjonowania seksualnego osób z podwójną diagnozą, a przytoczone wyniki uświadamiają większe rozpowszechnienie problemów seksualnych w tej specyficznej grupie chorych. Konieczne jest rozważne planowanie leczenia w tej grupie pacjentów tak by nie pogarszać już i tak istniejących zaburzeń seksualnych oraz dołożeni wszelkich starań, by polepszyć ich jakość życia.

## Wnioski

1. Zaburzenia seksualne występują częściej w grupie chorych z podwójną diagnozą w porównaniu do pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii bez współistniejącego uzależnienia.
2. Brak partnera/ki oraz czas leczenia psychiatrycznego powyżej 5 lat wiążą się z częstszym występowaniem zaburzeń seksualnych.
3. Badanie funkcji seksualnych u chorych z zaburzeniami psychicznymi oraz właściwe dostosowanie leczenia jest bardzo istotnym elementem prawidłowej opieki psychiatrycznej i może wpływać na prawidłową współpracę pacjenta i lekarza w leczeniu.

## Piśmiennictwo

1. Ma MC, Chao JK, Hung JY, Sung SC, Chao IC. *Sexual activity, sexual dysfunction, and sexual life quality among psychiatric hospital inpatients with schizophrenia*. J. Sex. Med. 2018 Mar; 15(3):324–333.
2. Cohen S, Kühn KU, Bender S, Erfurth A, Gastpar M, Murafi A i wsp. *Sexual impairment in psychiatric inpatients: focus on depression*. Pharmacopsych. 2007; 40(2): 58–63. DOI: 10.1055/s-2007-970143.
3. Chojnowski J, Więdłocha M, Mosiołek A. *Zaburzenia seksualne u pacjentów ze schizofrenią*. Psychiatry 2017; 14, 1: 35–39

4. Souaiby L, Kazour F, Zoghbi M, Khalil RB, Richa S. *Sexual dysfunction in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder and its association with adherence to antipsychotic medication*. J. Ment. Health 2019. DOI: 10.1080/09638237.2019.1581333.
5. Olisah VO, Sheikh TL, Abah ER, MahmudAjeigbe AF. *Sociodemographic and clinical correlates of sexual dysfunction among psychiatric outpatients receiving common psychotropic medications in a Neuropsychiatric Hospital in Northern Nigeria*. Niger J. Clin. Pract. 2016; 19: 799–806.
6. Perlman CM, Martin L, Hirdes JP, Curtin-Telegdi N, Pérez E, Rabinowitz T. *Prevalence and predictors of sexual dysfunction in psychiatric inpatients*. Psychosom. 2007 Jul–Aug; 48(4): 309–318.
7. Nguyen HM, Gabrielson AT, Hellstrom WJ. *Erectile dysfunction in young men—a review of the prevalence and risk factors*. Sex. Med. Rev. 2017 Oct; 5(4): 508–520. DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.05.004.
8. Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB. *Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study*. J. Urol; 1994; 151: 54–61.
9. Ahmadzadeh G, Shahin A. *Sexual dysfunctions in the patients hospitalized in psychiatric wards compared to other specialized wards in Isfahan, Iran, in 2012*. Adv. Biomed. Res. 2015; 4: 225.
10. Johnsen E, Kroken R, Loberg EM, Kjelby E, Jorgensen HA. *Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in male psychotic inpatients: a cross-sectional study*. Adv. Urol. 2011; 2011: 686924. DOI: 10.1155/2011/686924.
11. Westheide J, Helmstaedter C, Elger C, Cooper-Mahkorn D, Sträter B, Maier W i wsp. *Sexuality in male psychiatric inpatients. A descriptive comparison of psychiatric patients, patients with epilepsy and healthy volunteers*. Pharmacopsych. 2007 Sep; 40(5): 183–190.
12. Hocaoglu C, Celik FH, Kandemir G, Guveli H, Bahceci B. *Sexual dysfunction in outpatients with schizophrenia in Turkey: a cross-sectional study*. Shanghai Arch. Psych. 2014; 26(6): 347–356. DOI:10.11919/j.issn.1002-0829.214101.
13. Ong KY, Muhd Ramli ER, Che Ismail H. *Remitted male schizophrenia patients with sexual dysfunction*. J. Sex. Med. 2014; 11: 956–965.
14. Mosaku K, Ukpong D. *Erectile dysfunction in a sample of patients attending a psychiatric outpatient department*. Int. J. Impotence Res. 2009; 21: 235–239. DOI:10.1038/ijir.2009.16.
15. Kokoszka A, Abd El Aal M, Jodko A, Kwiatkowska A. *Rozpowszechnienie subiektywnie ocenianych objawów dysfunkcji i zaburzeń seksualnych w schizofrenii*. Psych. Pol. 2009; tom XLIII, 6: 705–718.
16. Vilar GC, Concepción E, Galynker I, Tanis T, Ardalán F, Yaseen Z, Cohen LJ. *Assessment of sexual fantasies in psychiatric inpatients with mood and psychotic disorders and comorbid personality disorder traits*. J. Sex. Med. 2016; 13: 262–269.
17. Hamilton I, Pringle R, Hemingway S. *Psychotropic induced sexual dysfunction for people with a dual diagnosis*. Adv. Dual Diagn. 2015; 8(4): 167–178.
18. Dumontaud M, Korchia T, Khouani J i wsp. *Sexual dysfunctions in schizophrenia: beyond antipsychotics. A systematic review*. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry 2020; 98: 109804. DOI:10.1016/j.pnpbp.2019.109804.
19. Kessler RC. *The epidemiology of dual diagnosis*. Biol. Psychiatry; 2004, 56(10): 730–737. DOI: 10.1016/j.biopsych.2004.06.034.
20. Błachut M, Badura-Brzoza K, Jarzab M, Gorczyca P, Hese RT. *Podwójna diagnoza u osób uzależnionych lub szkodliwie używających substancji psychoaktywnych*. Psych. Pol. 2013; XLVII, 2: 335–352.



21. de Waal MM, Dekker JM, Kikkert MJ, Kleinhesselink MD, Goudriaan AE. *Gender differences in characteristics of physical and sexual victimization in patients with dual diagnosis: a cross-sectional study*. BMC Psychiatry 2017; 17: 270. DOI: 10.1186/s12888-017-1413-0.
22. Meade CS, Sikkema KJ. *HIV risk behavior among persons with severe mental illness: A systematic review*. Clin. Psychol. Rev. 2005; 25(4): 433–457.
23. Meade CS. *Sexual risk behavior among persons dually diagnosed with severe mental illness and substance use disorder*. J. Subst. Abuse Treat. 2006; 30(2): 147–157.
24. Fagan PJ, Schmidt CW Jr, Wise TN, Derogatis LR. *Sexual dysfunction and dual psychiatric diagnose*. Compr. Psychiatry 1988; 29(3): 278–284.
25. Shalev A, Weil G, Rubinstein L. *Sexuality in psychiatric hospitalization: reality versus policy*. Harefuah. 2016; 155(12): 762–766.
26. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. *The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction*. Urology 1997; 49: 822–830.
27. Kokoszka A, Czernikiewicz W, Radzio R, Jodko A. *Kwestionariusz Seksuologiczny – narzędzie do badań przesiewowych: założenia i trafność*. Psych. Pol. 2011, XLV, 235–244.
28. Gonzalez-Torres MA, Salazar MA, Inchausti L, Ibañez B, Pastor J, Gonzalez G i wsp. *Lifetime sexual behavior of psychiatric inpatients*. J. Sex. Med. 2010; 7: 3045–3056.
29. Pandey AK, Sapkota N, Tambi A, Shyangwa PM. *Clinico-demographic profile, sexual dysfunction and readiness to change in male alcohol dependence syndrome inpatients in a tertiary hospital*. Nepal Med. Coll. J. 2012;14(1): 35–40.
30. Dissiz M, Oskay ÜY. *Evaluation of sexual functions in Turkish alcohol-dependent males*. J. Sex. Med. 2011; 8: 3181–3187.
31. Acuña MJ, Martín JC, Graciani M, Cruces A, Gotor F. *A comparative study of the sexual function of institutionalized patients with schizophrenia*. J. Sex. Med. 2010; 7: 3414–3423.
32. Forbes MK, Baillie AJ, Schniering CA. *Critical flaws in the Female Sexual Function Index and the International index of Erectile Function*. J. Sex. Res. 2014; 51(5): 485–491. DOI: 10.1080/00224499.2013.876607.
33. Kasperek-Zimowska B, Brodnyak WA, Sarol-Kulka A. *Zaburzenia seksualne w schizofrenii – przegląd badań*. Psych. Pol. 2008, XLII, 1: 97–105.
34. Marsh PJ, Odlaug BL, Thomarios N, Davis AA, Buchanan SN, Meyer CS i wsp. *Paraphilias in adult psychiatric inpatients*. Ann. Clin. Psych. 2010; 22(2):129–134.
35. Martín JC, Acuña MJ, Labrador J, Blanco M, Casas C. *Sexual dysfunction factors in patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: not only prolactin*. Actas Esp. Psiquiatr. 2018; 46(6):217–225.

Adres: Piotr Ścisło

Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy im. B.Hagera w Tarnowskich Górach

42-612 Tarnowskie Góry, Pyskowicka 47-51

e-mail: pioscil@poczta.onet.pl

Otrzymano: 10.09.2020

Zrecenzowano: 8.03.2021

Otrzymano po poprawie: 28.03.2021

Przyjęto do druku: 25.04.2021