

Wpływ kumulacji urazów seksualnych na życie seksualne i związek pacjenta

Influence of cumulated sexual trauma on sexual life and relationship of a patient

Jerzy A. Sobański¹, Katarzyna Klasa², Katarzyna Cyranka¹,
Łukasz Müldner-Nieckowski¹, Edyta Dembińska¹,
Krzysztof Rutkowski¹, Bogna Smiatek-Mazgaj¹, Michał Mielimąka¹

¹Katedra Psychoterapii UJ CM

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

²Zakład Psychoterapii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

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

Summary

Aim. The assessment of links of accumulated traumatic events of a sexual nature, recollected from the past, with the current functioning of the patients in the area of sexual life and relationship.

Material and methods. Comorbidity of memories of traumatic sexual events from childhood and puberty in patients with the features of their current partner relationships and sexual life were analyzed on the basis of Live Inventory completed by 2,582 women and 1,347 men, before treatment in day hospital (years 1980-2002). The accumulation was evaluated for a combination of two or three selected events.

Results. The presence of relatively numerous traumatic events in the field of sexuality – early initiation or enforced initiation, incest or its attempt, sub-optimal sexual education and punishment for masturbation was indicated. In some patients, these events occurred simultaneously. Especially in women, the presence in the same person of two or three aggravating circumstances of life was associated with a higher risk of among others fleeting, casual sexual contacts, marriage under the influence of environment pressures, reluctance to partner.

Conclusions. Increased accumulation – the presence in the same patient of more than one adverse circumstances associated with sexual development – leads to a higher incidence of interference in relationship with a partner including the elements of sexual dysfunction. The obtained results are generally consistent with clinical observations and literature despite different, simplified methodology of the study based on the analysis of single variables from questionnaire interviews. Finding fewer links in the group of men can be explained by their much lower number in the study group and less frequent burdening with certain traumatic events or different experiencing.

Słowa klucze: urazowe wydarzenia w dzieciństwie i adolescencji, relacja partnerska, problemy seksualne, efekt kumulacji urazów

Key words: childhood and adolescence sexual adversities, partnership relation, sexual functioning, cumulative effect of traumas

Wstęp

Praktyka kliniczna i wyniki licznych badań wskazują na to, że w okresie dzieciństwa pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne (szczególnie kobiet) często mają miejsce rozmaite wydarzenia urazowe, przeważnie o typie nadużyć seksualnych. Rozległe, także w wymiarze czasowym, skutki zdrowotne przemocy seksualnej nie ulegają wątpliwości i są wciąż podnoszone w piśmiennictwie [1, 2]. Wymienia się wśród nich m.in. trudności w relacjach [2], zaburzenia seksualne [3], stosowanie przemocy [4, 5], podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych [6], „deficyty poznawcze”, spektrum zaburzeń lękowych i zaburzenia depresyjne, samouszkodzenia, nadużywanie substancji psychoaktywnych, a także zaburzenia regulacji hormonalnej związanej z reakcją na stres, otyłość czy maltretowanie dzieci i gorszy rozwój w następnym pokoleniu [7, 8]. Niektórzy autorzy uważają urazy z okresu dzieciństwa za czynnik prognostyczny zachorowania na psychozę [9–11].

Przemoc seksualnej często towarzyszy przemocy psychicznej i/lub fizycznej, jednak ten aspekt kumulacji urazów nadal nie jest w pełni zbadany, a najczęściej wyprowadzane wnioski brzmią: „im więcej urazów, tym gorzej dla zdrowia”. Oczywiście taki pogląd jest uproszczeniem, m.in. z uwagi na przypuszczalnie nierówne znaczenia poszczególnych rodzajów urazu (wskazywane w badaniach), a także ich różny wpływ na poszczególne osoby, konieczność uwzględniania innych okoliczności biograficznych z całego życia, a nie tylko z dzieciństwa [12].

Kolejnym ważnym aspektem kumulacji jest gromadzenie się różnych obciążeń u tej samej osoby, przy czym wskazuje się [13], że doznane różne rodzaje nadużycia często są ze sobą powiązane w czasie, np. nadużycie seksualne w dzieciństwie wiąże się z większą podatnością na późniejsze podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych, co również zwiększa ryzyko różnego typu przemocy ze strony osób obcych czy specyficznie dobranej partnerki [14–16]. Podobne wnioski uzyskano w polskich badaniach dla ryzyka występowania objawów u osób narażonych na kilka okoliczności urazowych [17].

Badania pokazują też kumulację urazów przez dowodzenie szczególnego wpływu dodatkowych okoliczności: liczby sprawców, kazirodztwa, ujawnienia faktu nadużycia, zranienia fizycznego i innych skutkujących mniejszym optymizmem co do przyszłości oraz gorszymi strategiami radzenia sobie [18].

Badaczom udało się już określić pewne reguły dotyczące kumulacji urazów, np. Dennerstein i wsp. [2] stwierdzili, iż nadużycia seksualne skumulowane z fizycznymi wiążą się z mniejszą częstością aktywności seksualnej, a połączone z penetracją – z istotnie krótszym czasem trwania związków i istotnie mniejszą liczbą potomstwa.

Narażenie na nadużycie seksualne w dzieciństwie wiąże się z ryzykiem urazów seksualnych w wieku dojrzewania, a to z kolei powiększa dalej kumulację urazów

i ryzyko ponownej wiktyimizacji dorosłych, co zauważyli np. Kimerling i wsp. [8]. Prawdopodobnym mechanizmem narażenia na napaści seksualne w wieku adolescencji jest według Niehaus i wsp. [20] mniejsze zahamowanie seksualne i mniejsza „romantyczność” w seksualnym przeżywaniu siebie przez ofiary, co może też odpowiadać za pewne warianty powstawania związków. Bramsen i wsp. [21] jeszcze inaczej ujęli wpływ nadużycia w dzieciństwie na urazy seksualne w adolescencji, także te zachodzące między rówieśnikami, gdzie uwzględnili liczbę partnerów, zachowania ryzykowne i stawianie granic w seksie. Dowiedli oni większego znaczenia pośredniczącego wpływu aktualnych interakcji z rówieśnikami niż wcześniejszego urazu.

Osoba sprawcy jest istotnym aspektem kumulacji urazu: sprawca kazirodztwa lub, jak to opisał Golding [22], sprawca-partner zwiększa ryzyko wielu zaburzeń psychicznych (depresji, prób samobójczych, uzależnień i PTSD), przy czym dla depresji i PTSD udało się nawet stwierdzić wzorzec krzywej dawka-efekt (dose-response), czyli zwiększania się ryzyka wraz z kumulacją przemocy. Badania Lilly i wsp. [23] pokazują też, że większa przemoc ze strony partnerów seksualnych dorosłych kobiet wiąże się z większym ryzykiem PTSD, szczególnie przy dominującej koncentracji na emocjach.

Ponowna wiktyimizacja i kumulacja obciążających wydarzeń zachodzi szczególnie często u kobiet, czego dowodzą badania wielotysięcznych grup Kimerlinga [8] pokazujące, że nadużycie fizyczne lub seksualne w dzieciństwie wiąże się ze zwielokrotnionym ryzykiem (OR 5,8) fizycznej lub seksualnej rewiktyimizacji w wieku dorosłym, z następowymi objawami lęku, depresji i PTSD. Jednak Aosved i wsp. [24] udowodnili w grupie ponad tysiąca studentów, że ryzyko ponownej napaści seksualnej na dorosłego dotyczy także mężczyzn, z konsekwencjami podobnymi jak u kobiet (stres pourazowy, depresja oraz trudności w przystosowaniu). Podobne wnioski wysnuł Turchik [25], wskazując na zwiększone spożycie alkoholu, tytoniu, większą częstość ryzykownych zachowań seksualnych oraz trudności w życiu seksualnym u ofiar gwałtu lub przemocy seksualnej. Walker i wsp. [26] na podstawie badania ponad 10 000 par donoszą o większym narażeniu mężczyzn na skutki nadużycia seksualnego w dzieciństwie dla ich wchodzenia w relacje partnerskie.

Lau i Kristensen [27] wykazali większe ryzyko rewiktyimizacji dla nadużyć z penetracją oraz udziałem licznych sprawców, ale podkreślili, że nie wiadomo, czy obarczenie ofiar m.in. stresem, lękiem, nieufnością jest skutkiem czy przyczyną narażenia na urazy w wieku dorosłym. Watson i wsp. [28], przy użyciu ściślej metodologii, w czteroletnim prospektywnym badaniu kohortowym prawie 10 tysięcy młodych kobiet w Australii wykazali silne powiązania wczesnego rozpoczęcia aktywności seksualnej (pierwszego stosunku przed 17 r.ż.) z późniejszą przemocą ze strony partnera (im wcześniejszy stosunek, tym silniejsze było to powiązanie: OR w przedziale 7–14). W badaniu tym zaobserwowano, że aż 32% kobiet, u których miała miejsce przedwczesna inicjacja seksualna (przed 14 r.ż.), doświadczyło przemocy w związku partnerskim, podczas gdy u kobiet, które rozpoczęły współżycie w późniejszym wieku (po 18 r.ż.), odsetek ten wynosił tylko 5%. Australijscy badacze wykazali również, iż kobiety, u których konsekwencją przedwczesnej inicjacji seksualnej była ciąża w okresie nastoletnim, znacząco częściej doświadczały w późniejszym okresie przemocy w związku partnerskim w porównaniu z kobietami, u których pierwszy

poród miał miejsce po 18 r.ż. Nieco starsze kobiety (studentki) także okazały się według Lemieux i wsp. [29] narażone na ryzyko dysfunkcji seksualnych w wyniku niegdysiejszego nadużycia seksualnego w dzieciństwie, jednakże ciężkość urazu w dzieciństwie musiała przekraczać wyłącznie dotykanie (pieszczoty), a obejmować penetrację (lub jej próbę) i dopiero wówczas wiązała się ona z ryzykiem ponownej wiktyimizacji, uprawiania przygodnego seksu, współżycia bez zabezpieczenia albo przeciwnie – dobrowolnej abstynencji seksualnej (unikania seksu), a także mniejszego zadowolenia z seksu przy wyższych jego „kosztach” w przeżywaniu oraz obniżonej samoocenie (w zakresie seksualności) wydającej się najważniejszym mechanizmem pośredniczącym. Nie wszyscy autorzy uznają zaburzenia seksualne dorosłych jako efekt zaburzeń pourazowych wywołanych nadużyciem w dzieciństwie, np. Zolman i wsp. [30] podkreślają wpływ codziennego stresu.

Odrębnym nurtem rozumienia konsekwencji nadużycia seksualnego w dzieciństwie kobiet wydają się teorie zakorzenione w feminizmie [31], które podkreślają, obok już opisywanych, także inne mechanizmy zakłóceń dorosłego funkcjonowania seksualnego ofiar, mianowicie lęku przed byciem „normalną” lub życiem według standardów kulturowych, nierówności sił w relacjach seksualnych, niskiego statusu ekonomicznego kobiet i ich ograniczonego dostępu do opieki zdrowotnej i edukacji seksualnej.

Ciężkość i przewlekłość skutków nadużyć seksualnych w dzieciństwie w czasie potwierdzają studia pojedynczych przypadków, które opisują długotrwałe i wielokrotne nadużycia ze skutkami w postaci objawów somatyzacyjnych, bólu, fibromialgii i depresji, a także trudności w zakresie bliskich związków i zaufania innym, bycie ofiarą prześladowań szkolnych oraz gorszą uczennicą. Głównym wnioskiem z tych badań jest nieprzemijanie skutków urazu z upływem czasu oraz „cierpienie w wyparciu i milczeniu” [32].

Za wspomniane wcześniej ryzyko ponownej wiktyimizacji odpowiada prawdopodobnie zakłócona regulacja emocji u ofiar [33, 34]. Nadużycia wiążą się też z dysfunkcjonalnymi schematami odrzucania/niewiązania się i w efekcie z większą liczbą partnerów seksualnych i innymi zachowaniami ryzykownymi [35].

Większy związek z obecnością długoterminowych skutków nadużycia seksualnego w dzieciństwie niż ciężkość nadużycia seksualnego mają cechy rodziny w tym okresie, co mogłoby także odpowiadać za zróżnicowanie „podatności” ofiar na długoterminowe skutki urazów [36]. Długoterminowe skutki nadużycia dziecka, takie jak przystosowanie i funkcjonowanie psychologiczne, w tym szczególnie samoocena, wiązały się wprawdzie, według badania Arboledy i wsp. [37], z rodzajem nadużycia (ale nie z jego ciągłością/czasem trwania), ale także, i to silniej, z takimi korzystnymi cechami rodziny jak ekspresja pozytywnych uczuć, zorientowanie na osiągnięcia i wypoczynek. Ryzyko współwystępowania nadużycia w postaci dotykania w okresie przed pokwitaniem jest większe, gdy rodzic lub rodzice badanych przebywali w instytucji, byli samotni lub rozwiedzeni [38].

Cel

Ocena powiązania między skumulowanymi okolicznościami urazowymi z dzieciństwa i adolescencji a postrzeganymi przez pacjentów cechami ich związku lub małżeństwa.

Material i metoda

Jako źródła informacji o zapamiętanych przez pacjentów okolicznościach życiowych użyto Ankiety Życiorysowej [39] (wersji narzędzia oraz danych z lat 1980–2002) wypełnianej przed pobytem na oddziale dziennym. Kwalifikacja do leczenia obejmowała badania psychiatryczne i psychologiczne oraz baterię kilku kwestionariuszy, pozwalając na wykluczenie m.in. zaburzeń afektywnych, schizofrenicznych, egzogennych bądź rzekomonerwicowych i ciężkich schorzeń somatycznych [40].

Większość spośród 3 929 badanych osób miała rozpoznane jedno z zaburzeń nerwicowych lub zaburzenie osobowości i wtórnie występujące zaburzenie nerwicowe (tab. 1) [41]). Informacje o wybranych cechach socjodemograficznych grupy badanej przedstawiają tabele 1 i 2. Dane uzyskane w wyniku rutynowych badań diagnostycznych wykorzystano za zgodą pacjentów, przechowywano je i opracowywano w postaci anonimowej.

Oszacowania współczynników ryzyka (OR) dla współwystępowania wartości dwóch zmiennych nominalnych (okoliczności życiowych) 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 (387)	349 \pm 151 (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%

OWK – ogólna wartość kwestionariusza objawowego, suma wag przypisanych odpowiedziom na pytania o uciążliwość poszczególnych objawów (oznaczoną a-b-c w skali typu Likerta)

Tabela 2. Cechy socjodemograficzne badanych

	Kobiety (n = 2582)	Mężczyźni (n = 1347)
Wiek w latach średnia \pm odch. standardowe (mediana)	33 \pm 9 (33)	32 \pm 9 (28)
Wykształcenie		
Brak/podstawowe	9%	12%
Średnie (w tym studenci)	57%	56%
Wyższe	34%	32%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

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	40%	35%
Ma kontakty seksualne	60%	65%
Dłuższy związek	55%	53%
Przelotne, przypadkowe	3%	7%
Przelotne oraz dłuższe	2%	5%

Wyniki

Dane o rozpowszechnieniu w grupie pacjentów urazowych okoliczności związanych z wychowaniem i pierwszymi doświadczeniami w zakresie seksualności omówiono w innej publikacji [42], w niniejszej pracy zamieszczona zostanie jedynie pochodząca z niej tabela 9 w Aneksie, która zawiera informacje o występowaniu tych okoliczności w grupach kobiet i mężczyzn. Również w niniejszej publikacji pominięto informacje o funkcjonowaniu pacjentów w związkach lub małżeństwach oraz o okolicznościach powstawania tych związków, które zostały szerzej omówione we wcześniejszej pracy [43]. W obecnej publikacji ograniczono się do prezentacji jedynie danych o istotnych powiązaniach dotyczących nieprawidłowego funkcjonowania i okoliczności urazowych oraz analiz kumulacji siły tych powiązań, pomijając okoliczności korzystne (np. harmonijne funkcjonowanie związku, zdrowe motywacje do jego powstania itd.).

Analizy przeprowadzono dla obu płci odrębnie, jednak dla mężczyzn większość z nich okazała się niewykonalna i/lub niemożliwa do interpretacji z uwagi na zbyt małą liczebność powstałych podgrup, dlatego w tabelach 4 i 5 zamieszczono tylko wyniki dotyczące kobiet.

Okazało się, że pacjentki będące ofiarami zarówno kazirodztwa (lub jego próby), jak i inicjacji seksualnej uznanej przez te osoby za gwałt (ze względu na konstrukcję ankiety nie jest możliwe określenie, czy było to jedno i to samo wydarzenie) istotnie częściej przypisały sobie dążenie do powstania obecnego związku. Taki skumulowany efekt (kazirodztwo oraz zgwałcenie podczas inicjacji) opisuje wyższy współczynnik

prawdopodobieństwa asymetrycznego dążenia kobiet do związku (OR = 3,51), dla samego kazirodztwa niższy (OR = 2,49), a dla samej inicjacji na drodze gwałtu nieistotny statystycznie. Powodem związku/małżeństwa w tej podgrupie pacjentek istotnie częściej był lęk przed samotnością (OR = 4,83), którego oddziaływanie dla obu urazów analizowane oddzielnie było statystycznie nieistotne. Także chęć usamodzielnienia się jako powód powstania związku dopiero po łącznym uwzględnieniu obu czynników urazowych okazała się istotnie powiązana (OR = 4,55).

Częstość współżycia seksualnego (w okresie kilku ostatnich miesięcy) z istotnie wyższym prawdopodobieństwem wynosiła rzadziej niż raz w miesiącu (OR = 3,80), przy czym dla ofiar gwałtu podczas inicjacji powiązanie z tym zachowaniem było istotne, ale znacznie słabsze, dla ofiar kazirodztwa – jedynie w postaci trendu na granicy istotności statystycznej. Nie stwierdzono natomiast istotnych powiązań dla postrzeganej jakości współżycia, jak również dla sposobów rozwiązywania konfliktów z partnerem.

Wobec partnera badane pacjentki istotnie częściej czuły niechęć (OR = 4,17, silnie powiązaną niż dla samego czynnika gwałtu, a niepowiązaną istotnie z samym kazirodztwem) lub nienawiść (nieco słabiej, ale istotnie powiązaną), z jego strony postrzegały częściej również niechęć (OR = 6,90) ze znacznie większym prawdopodobieństwem niż w przypadku samego czynnika gwałtu. Ich obecne kontakty seksualne znacznie częściej opisane były jako przelotne lub przypadkowe (OR = 7,46), powiązanie to jest bardzo silne – odpowiada mniej więcej „sumie wartości” współczynników dla obu sytuacji urazowych analizowanych odrębnie. Władzę w związku pacjentki – ofiary kumulacji urazów kazirodztwa i gwałtu podczas inicjacji – istotnie częściej przypisały innej osobie (OR = 12,15), nie stwierdzono tego powiązania przed skumulowaniem tych czynników. Przypisały one również istotnie częściej większe zaangażowanie w związek sobie samym niż partnerowi (OR = 4,47), co okazało się znacznie silniejszym powiązaniem niż wykazane dla samej inicjacji ze zgwałceniem (tab. 4).

Tabela 4. Powiązanie skumulowanych wydarzeń urazowych – kazirodztwa lub jego próby oraz inicjacji przez gwałt z późniejszymi zakłóceniami bliskich relacji w grupie kobiet

	Kazirodztwo lub jego próba	Inicjacja przez gwałt	Skumulowana obecność kazirodztwa (lub jego próby) i inicjacji przez gwałt
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)			
Głównie pacjent/ka	**2,49 (1,50; 4,13)	ns	*3,51 (1,12; 10,96)
Powody zawarcia małżeństwa			
Lęk przed samotnością	ns	ns	*4,83 (1,36; 17,19)
Naciski i przymus	**3,81 (1,57; 9,22)	**3,77 (1,56; 9,13)	ns
Chęć usamodzielnienia się	*2,33 (1,21; 4,47)	*2,31 (1,20; 4,42)	*4,55 (1,28; 16,16)
Częstość współżycia seksualnego (kilka ostatnich miesięcy)			
Rzadziej niż raz w miesiącu	1,50 (0,95; 2,38)	*1,83 (1,18; 2,83)	*3,80 (1,41; 10,26)
Uczucia wobec partnera/partnerki (lub współmałżonka)			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Niechęć	ns	**2,24 (1,29; 3,90)	*4,17 (1,33; 13,06)
Nienawiść	ns	**5,41 (2,01; 14,58)	*4,17 (1,33; 13,06)
Postrzegane uczucia ze strony partnera/partnerki (lub współmałżonka)			
Niechęć	ns	**3,22 (1,62; 6,42)	**6,90 (1,93; 24,70)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych			
Przelotne, przypadkowe	**3,11 (1,51; 6,41)	***3,50 (1,75; 7,01)	**7,46 (2,08; 26,73)
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia			
Związek obecnie się rozpada	ns	***2,89 (1,82; 4,57)	2,87 (0,92; 8,97)
Postrzeganie podziału władzy w związku (lub małżeństwie) pacjentów			
Inna osoba	ns	ns	*12,15 (1,50; 98,46)
Ogólna ocena związku (lub małżeństwa)			
Układa się raczej źle	ns	*1,74 (1,09; 2,78)	2,72 (0,94; 7,86)
Układa się bardzo źle	ns	***2,80 (1,65; 2,76)	ns
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych			
Pacjentka	ns	*1,69 (1,15; 2,49)	*4,47 (1,44; 13,92)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans; ns – nie stwierdzono istotności statystycznej powiązania

Tabela 5. Powiązanie inicjacji przez gwałt, a zarazem przedwczesnej inicjacji z późniejszymi zakłóceniami bliskich relacji w grupie kobiet

	Inicjacja przez gwałt	Wczesna inicjacja	Skumulowana obecność inicjacji przez gwałt oraz przedwczesnej inicjacji
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)			
Głównie pacjentka	**2,49 (1,50; 4,13)	ns	*2,55 (1,11; 5,90)
Rodzina lub przyjaciele	ns	ns	**6,52 (1,91; 22,28)
Powody zawarcia małżeństwa			
Przyzwyczajenie	2,13 (0,96; 4,73)	ns	*3,80 (1,31; 11,02)
Naciski i przymus	**3,77 (1,56; 9,13)	ns	***7,83 (2,64; 23,20)
Zobowiązania wobec partnera	ns	**9,21 (2,05; 41,31)	*6,75 (1,53; 29,86)
Ogólna ocena współżycia seksualnego			
W ogóle nieudane	**2,37 (1,44; 3,89)	*2,71 (1,08; 6,77)	*2,72 (1,23; 6,04)
Uczucia wobec partnera (lub współmałżonka)			
Niechęć	**2,24 (1,29; 3,90)	ns	***4,25 (1,97; 9,18)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Przelotne, przypadkowe	***3,50 (1,75; 7,01)	**5,67 (1,91; 16,81)	***6,68 (2,70; 16,55)
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia			
Aktualny związek się rozpada	***2,89 (1,82; 4,57)	ns	*2,48 (1,12; 5,50)
Ogólna ocena związku (lub małżeństwa)			
Z partnerem układa się b. źle	***2,80 (1,65; 2,76)	ns	***4,54 (2,10; 9,82)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans

Kolejne wyniki analiz (tab. 5) dotyczą kumulacji inicjacji uznanej przez ofiary za gwałt, a zarazem dokonanej przed 17 r.ż. (grupy przed 14 r.ż. i w wieku 14–16 lat połączono z uwagi na niewielką liczebność). Pacjentki po doznaniu takiego skumulowanego urazu istotnie częściej dążyły do powstania obecnego małżeństwa/związku (OR = 2,55), jednak to ryzyko nie odbiegało od oszacowanego dla samego zgwałcenia. Jeszcze bardziej prawdopodobne okazało się, że do małżeństwa dążyła rodzina lub przyjaciele (OR=6,52), a ponadto ten efekt istotnego powiązania ujawnił się dopiero dla podgrupy o skumulowanym obciążeniu wczesną inicjacją i zgwałceniem. Wśród powodów zawarcia małżeństwa u tej grupy pacjentek istotnie częściej pojawiała się przyzwyczajenie (OR = 3,80) ujawniające się dopiero po skumulowaniu ww. okoliczności. Jeszcze silniej powiązaniem ze skumulowanymi urazami powodem małżeństwa były naciski i przymus (OR = 7,83) znacznie zwiększające swoje pojedyncze (istotne) powiązanie po dołączeniu (pozornie niepowiązanej) okoliczności młodego wieku inicjacji. Nietypowy efekt kumulacji ujawnia powiązanie zobowiązania wobec partnera (OR = 6,75) zmniejszające się w porównaniu z samym młodym wiekiem inicjacji po dołączeniu wpływu zgwałcenia (sama wczesna inicjacja OR = 9,21).

Żadna częstość współżycia seksualnego (w okresie kilku ostatnich miesięcy) nie była w grupie ofiar znamienne powiązana z analizowanymi czynnikami urazowymi, a ogólna ocena satysfakcji ze współżycia seksualnego była istotnie powiązana z wariantem najbardziej negatywnym, „w ogóle nieudane” (OR = 2,72), to powiązanie jednak nie różniło się od oszacowanego osobno dla młodego wieku inicjacji, nie zaobserwowano efektu kumulacji.

Najbardziej prawdopodobnym uczuciem wobec partnera (lub współmałżonka) była u ofiar skumulowanego urazu niechęć (OR = 4,25), co było silniejszym powiązaniem niż dla samego zgwałcenia podczas inicjacji (OR = 2,24). Obecne kontakty seksualne istotnie częściej były opisane jako przelotne lub przypadkowe (OR = 6,68), a powiązanie to było silniejsze niż dla obu czynników analizowanych osobno. Związek pacjentek był przeżywany istotnie częściej jako obecnie się rozpadający (OR = 2,48), choć efekt ten nie podlegał, jak się wydaje, kumulacji z efektem wieku inicjacji. Istotnie częstsza była ocena, że z partnerem układa się bardzo źle (OR = 4,54), której ryzyko było zwiększone przez dołączenie do wpływu zgwałcenia wcześniej niepowiązanego efektu wieku.

W tabelach 6A i 6B zamieszczono wyniki analiz powiązania kazirodztwa i wczesnej inicjacji (przed 17 r.ż.) przeprowadzonych dla obu płci (choć dane dotyczące mężczyzn

należy z uwagi na małą częstość badanych urazów interpretować ostrożnie). Okazało się, że wśród powodów zawarcia małżeństwa kobiety – ofiary urazu – istotnie częściej podały lęk przed samotnością (OR = 3,66; nieujawniony podczas analiz czynników kazirodztwa i wczesnej inicjacji osobno), naciski i przymus (OR = 7,67; dla których znacznie wzrosła siła powiązania po uwzględnieniu obu czynników urazowych) oraz chęć usamodzielnienia się (OR = 3,44; pojedynczo słabiej powiązana). Mężczyźni (tab. 6B) będący ofiarami skumulowanego urazu (kazirodztwa i wczesnej inicjacji) podawali jako powód małżeństwa zobowiązania wobec partnerki (OR = 5,42), a także postrzegali siebie jako bardziej zaangażowanych (OR = 5,58).

Częściej postrzeganym przez pacjentki uczuciem ze strony partnera była niechęć (OR = 3,72), przy czym ten efekt ujawniał się dopiero po skumulowaniu obu czynników. Obecne kontakty seksualne pacjentek częściej były opisane jako przelotne/przypadkowe (OR = 7,52), co pokazało wyraźną kumulację słabszych, ale istotnych wpływów. Wśród mężczyzn aktualny związek lub małżeństwo istotnie częściej było określone jako obecnie się rozpadające (OR = 4,51), co ilustruje efekt kumulacji, tj. dodanie do nieco słabszego wpływu kazirodztwa niejawnego osobno wpływ wieku.

Tabela 6A. Powiązanie kazirodztwa (lub jego próby), a zarazem przedwczesnej inicjacji z późniejszymi zakłóceniami bliskich relacji w grupie kobiet

	Kazirodztwo lub jego próba	Wczesna inicjacja	Skumulowana obecność kazirodztwa (lub jego próby) oraz przedwczesnej inicjacji
Powody zawarcia małżeństwa			
Lęk przed samotnością	ns	ns	*3,66 (1,24; 10,75)
Naciski i przymus	**3,81 (1,57; 9,22)	ns	**7,67 (2,22; 26,48)
Chęć usamodzielnienia się	*2,33 (1,21; 4,47)	***5,75 (2,28; 14,51)	*3,44 (1,17; 10,10)
Postrzegane uczucia ze strony partnera/partnerki (lub współmałżonka)			
Niechęć	ns	ns	*3,72 (1,10; 12,62)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych			
Przelotne, przypadkowe	**3,11 (1,51; 6,41)	**5,67 (1,91; 16,81)	***7,52 (2,77; 20,39)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans

Tabela 6B. Powiązanie kazirodztwa (lub jego próby), a zarazem przedwczesnej inicjacji z późniejszymi zakłóceniami bliskich relacji w grupie mężczyzn

	Kazirodztwo lub jego próba	Wczesna inicjacja	Skumulowana obecność kazirodztwa (lub jego próby) oraz przedwczesnej inicjacji
Powody zawarcia małżeństwa			
Zobowiązania wobec partnerki	*3,39 (1,27; 9,02)	**6,38 (2,03; 20,00)	*5,42 (1,12; 26,10)
Postrzeganie trwałości związku (lub małżeństwa) i powodów jej zagrożenia			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Związek obecnie się rozpada	ns	ns	*4,51 (1,15; 17,70)
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych			
Pacjent	*2,16 (1,12; 4,19)	ns	*5,58 (1,18; 26,43)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans

Jedynie dla grupy kobiet przeprowadzono analizę wpływu (tab. 7) obarczenia kazirodztwem (lub jego próbą) oraz zgwałceniem podczas przedwczesnej inicjacji seksualnej (grupa mężczyzn okazała się zbyt nieliczna).

Dla poczucia zawarcia małżeństwa z powodu chęci usamodzielnienia się zaobserwowano efekt kumulacji wszystkich trzech istotnych, ale „słabszych pojedynczo” czynników urazowych (OR = 7,40). Obecne kontakty seksualne były istotnie częściej określone jako przelotne lub przypadkowe (OR = 7,10) i pojawił się dla nich także efekt trzyczynnikowej kumulacji. Jako przyczyny nienawiązywania związków uczuciowych częściej podawane były utrudnienia ze strony rodziców, opiekunów lub innych osób (OR = 8,47), co interesujące, efekt ten pojawił się ze znaczną siłą po zsumowaniu wcześniej nieuchwytnych statystycznie powiązań dla trzech analizowanych czynników urazowych traktowanych osobno.

Tabela 7. Powiązanie jednoczesnego występowania kazirodztwa (lub jego próby), inicjacji przez gwałt oraz wczesnej inicjacji z późniejszymi zakłóceniami bliskich relacji w grupie kobiet

	Kazirodztwo lub jego próba	Inicjacja przez gwałt	Wczesna inicjacja	Skumulowana obecność kazirodztwa oraz przedwczesnej inicjacji przez gwałt
Powody zawarcia małżeństwa				
Chęć usamodzielnienia się	*2,33 (1,21; 4,47)	*2,31 (1,20; 4,42)	***5,75 (2,28; 14,51)	*7,40 (1,94; 28,25)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych				
Przelotne, przypadkowe	**3,11 (1,51; 6,41)	***3,50 (1,75; 7,01)	**5,67 (1,91; 16,81)	*7,10 (1,51; 33,44)
Przyczyny nienawiązywania związków uczuciowych z płcią przeciwną				
Rodzice lub inni utrudniali	ns	ns	ns	*8,47 (1,05; 68,33)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans

Jako ostatnie poddano analizie połączenia dwóch innych okoliczności: poczucia braku uświadomienia (braku edukacji seksualnej) oraz karania za masturbację/zabawy seksualne.

Z danych zawartych w tabelach 8A i 8B (wyniki analiz przedstawiono dla obu płci) wynika, że osoby nieświadomione seksualnie przed 18 r.ż., a zarazem karane za

masturbację, są obarczone istotnie większym (skumulowanym) prawdopodobieństwem współwystępowania niektórych dysfunkcyjnych aspektów aktualnego związku lub małżeństwa: w grupie kobiet (tab. 8A) były to powiązania z dążeniem do powstania obecnego związku głównie po stronie pacjentek (OR = 2,57), wśród mężczyzn – po stronie ich partnerek (OR = 2,99). Wśród mężczyzn zaobserwowano silniejszy efekt kumulacji. Kobiety nieświadomiane i karane za masturbację cechowało także większe prawdopodobieństwo podawania jako przyczynę małżeństwa chęć usamodzielnienia się (OR = 2,75) silniej powiązaną niż dla samego nieświadomienia. Istotnie częściej pacjentki nieświadomiane i karane za masturbację oceniały współżycie seksualne jako „tylko wyjątkowo udane” (OR = 2,31), gdzie kumulacja prowadziła do ujawnienia wpływu wcześniej nieuchwytnego czynnika karania za masturbację. W tej podgrupie kobiet istotnie częstszymi sposobami rozwiązywania konfliktów z partnerem były kłótnie lub awantury (OR = 2,79), przy czym ich ryzyko rosło w porównaniu z grupą nieświadomianych. Obecne kontakty seksualne kobiety oceniły częściej jako przelotne lub przypadkowe (OR = 3,51), z wcześniej nieuchwytnym, tu dołączonym, wpływem nieświadomienia. Postrzegana władza w związku (lub małżeństwie) kobiet częściej była przypisana przez nie sobie samym (OR = 2,01), co uległo nasileniu w wyniku kumulacji poczucia braku uświadomienia z wpływem karania za masturbację, wcześniej niejawnym. Kobiety uważały się także częściej za lepsze i mocniejsze od partnerów (OR = 2,99); to powiązanie pozostawało ukryte do czasu uwzględnienia obu czynników urazowych. Nienawiązywanie związków uczuciowych istotnie częściej przypisały one utrudnieniom ze strony rodziców, opiekunów lub innych osób (OR = 4,44), wcześniej ujawnił się jedynie „trend” powiązania z karaniem. Zaangażowanie w dotychczasowych związkach uczuciowych pacjentki istotnie częściej przypisały sobie (OR = 4,12), z niewielką kumulacją niewidocznego wcześniej wpływu karania, mężczyźni (tab. 8B) natomiast istotnie częściej opisali partnerki jako bardziej zaangażowane (OR = 3,35), co ujawniło się dopiero w analizie kumulacji.

Tabela 8A. Powiązanie nieświadomienia seksualnego i karania za masturbację (lub zabawy seksualne) z późniejszymi zakłóceniami bliskich relacji w grupie kobiet

	Poczucie nieświadomienia seksualnego (przed 18 r.ż.)	Karanie za masturbację (lub zabawy seksualne)	Skumulowana obecność nieświadomienia seksualnego i karania za masturbację (lub zabawy seksualne)
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)			
Głównie pacjentka	ns	**2,06 (1,27; 3,36)	*2,57 (1,17; 5,64)
Rodzina lub przyjaciele	*2,45 (1,27; 4,73)	ns	3,57 (0,83; 15,35)
Powody zawarcia małżeństwa			
Chęć usamodzielnienia się	**1,89 (1,29; 2,78)	ns	*2,75 (1,06; 7,15)
Ogólna ocena współżycia seksualnego			
Tylko wyjątkowo udane	**1,47 (1,15; 1,87)	ns	*2,31 (1,17; 4,57)
Sposoby rozwiązywania konfliktów z partnerem			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Kłótnie, awantury	*1,29 (1,01; 1,64)	ns	**2,79 (1,45; 5,37)
Interwencje policji w związku z awanturami z partnerem			
Zdarzały się	***2,54 (1,77; 3,63)	ns	**2,79 (1,45; 5,37)
Charakter obecnych kontaktów seksualnych			
Przelotne, przypadkowe	ns	**2,79 (1,40; 5,54)	*3,51 (1,22; 10,09)
Postrzeganie podziału władzy w związku (lub małżeństwie) pacjentów			
Pacjentka	***1,70 (1,35; 2,15)	ns	*2,01 (1,02; 3,97)
Pozycja pacjentów w ich związku (lub małżeństwie)			
Lepsza, mocniejsza	ns	ns	*2,99 (1,23; 7,22)
Przyczyny nienawiązywania związków uczuciowych z płcią przeciwną			
Rodzice lub inni utrudniali	ns	2,80 (0,97; 8,14)	*4,44 (1,02; 19,28)
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych			
Pacjentka	***1,50 (1,24; 1,82)	***1,95 (1,37; 2,78)	***4,12 (2,06; 8,26)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,005$, *** $p < 0,0005$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans

Tabela 8B. Powiązanie nieuświadomienia seksualnego i karania za masturbację (lub zabawy seksualne) z późniejszymi zakłóceniami bliskich relacji w grupie mężczyzn

	Brak uświadomienia seksualnego (przed 18 r.ż.)	Karanie za masturbację (lub zabawy seksualne)	Skumulowana obecność nieuświadomienia seksualnego i karania za masturbację (lub zabawy seksualne)
Dążenie do powstania obecnego związku (lub małżeństwa)			
Głównie partnerka	*1,54 (1,08; 2,19)	*1,89 (1,04; 3,43)	*2,99 (1,21; 7,38)
Proporcje zaangażowania w dotychczasowych związkach uczuciowych			
Partnerka	ns	ns	*3,35 (1,36; 8,28)

* $p < 0,05$; w nawiasach umieszczono wartości 95% przedziałów ufności oszacowane dla współczynników ilorazów szans

Dyskusja

Uzyskane wyniki potwierdzają zjawisko zwiększenia ryzyka występowania rozmaitych dysfunkcji związku u tych pacjentów, którzy byli narażeni na występujące w większej liczbie urazowe wydarzenia (lub niekorzystne okoliczności życiowe) w dzieciństwie i adolescencji. Obserwacja ta jest zgodna z naszymi wcześniejszymi przypuszczeniami i z wynikami wielu referowanych w piśmiennictwie badań dokonywanych za pomocą rozmaitych metod [12–14]. Badania te, omawiane pokrótce wcześniej, obejmowały jednak często (choć nie zawsze) mniejsze grupy badanych,

oparte też były na odmiennych, niekiedy ściślej opracowanych metodologiach, od wykorzystujących zestawy kwestionariuszy do ustrukturuowanych wywiadów bezpośrednich, a także badania prospektywne na dużych grupach. Kumulacje obarczenia urazami, podobnie jak skutki ich oddziaływania, były w piśmiennictwie rozmaicie ważone, obiektywizowane i weryfikowane, natomiast nasze obecne badanie uzyskało podobne wyniki maksymalnie uproszczonymi metodami – na podstawie danych z pojedynczych zmiennych ankiety życiorysowej. Te dane są zbliżone do wywiadu znanego każdemu lekarzowi, psychologowi czy psychoterapeucie z codziennej praktyki, a ich sposób analizy, powiązań współwystępowania, jest analogiczny do intuicyjnego rozumowania klinicysty (a nie badacza korzystającego z opracowanych statystycznie rozkładów wartości całych zestawów skal itp.). Konsekwencją przyjęcia takiego modelu badań jest wprawdzie pozornie odmienna analiza ryzyka/współwystępowania objawów i okoliczności obarczona mniejszą trafnością wewnętrzną, przynosząca jednak rezultaty wysoce spójne z otrzymanymi bardziej wyrafinowanymi metodami. Oczywiście bardzo proste narzędzia, takie jak wykorzystany w niniejszym badaniu wywiad ustrukturuowany, przybliżają wprawdzie tylko wybrane aspekty związku, co z jednej strony można uznać za ograniczenie badania i wniosków z niego wyprowadzanych, z drugiej jednak poprzez ustrukturuowanie umożliwiają jednoznaczne wybory dokonywane przez pacjentów oraz zgromadzenie znacznych rozmiarów grupy badanych. Inne ograniczenia wiążą się z niedostępnością wielu ważnych danych dotyczących indywidualnych przebiegów reakcji pacjentów na uraz, różnic w zakresie uzyskanego przez nich wsparcia ze strony otoczenia (niekiedy na wiele lat przed zgłoszeniem się na psychoterapię), różnych istotnych cech zarówno sprawców, jak i ofiar urazów. Znaczne rozciągnięcie okresu zbierania danych (pochodzących od pacjentów leczonych w czasie kilku dekad), przy różnym wieku pacjentów oraz czasie narażenia na urazy i ich ciężkości, uniemożliwia uwzględnienie w niniejszej publikacji wpływu zmiennych, takich jak przemiany socjokulturowe (szczególnie obserwowane na przełomie lat 1980–1990), stopniowe zmniejszenie wpływu religijności, większa akceptacja swobody obyczajowej, wolnych związków, rozłąki związane z emigracją i wiele innych.

Wyniki niniejszego badania pokazują efekty kumulacji w odniesieniu do kobiet, szczególnie w zakresie oddziaływania na różne aspekty relacji z partnerem, podziału władzy w związku, historii jego powstania (w mniejszym stopniu w odniesieniu do częstości współżycia seksualnego), natomiast znacznie trudniejsze jest ich ujawnienie w mniej licznej grupie mężczyzn. Analizy ujawniły negatywne przyczyny powstania związku (w obecnej ocenie pacjentów) – przymus i naciski, zobowiązania wobec partnera – jako powiązane z wcześniejszymi doświadczeniami urazowymi. Innym aspektem wiążącym się z postrzeganiem aktualnej dysfunkcji związku jest poczucie bycia obojętnym wobec lub dla partnera (oraz niechęci lub nienawiści wobec niego lub z jego strony).

Wyniki niniejszego badania potwierdzają obserwacje Makary-Studzińskiej i wsp. [44, 45] mówiące, że głównym wzorcem relacji typowym dla pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi są wzorce relacji zależności i podporządkowania, szczególnie widoczne jest to dla asymetrii różnych aspektów, w tym władzy w relacjach pacjentek i pacjentów, tym bardziej prawdopodobnych, im większa była kumulacja urazów. Z systemowego

punktu widzenia władza w związku w subiektywnym odczuciu pacjentów optymalnie powinna być dzielona między partnerów, ewentualnie z powodów kulturowych może być „przydzielana” mężczyźnie, mniej korzystne z tych samych przyczyn kulturowych wydaje się przypisanie jej kobiecie.

Szczególnie dysfunkcyjne wydaje się poczucie pacjenta, że w związku rządzi osoba trzecia, a nie jedno z partnerów. Taka sytuacja jest istotnie częstsza u ofiar skumulowanego kazirodztwa i inicjacji przez zgwałcenie (tab. 3). Z praktyki klinicznej wiadomo, że nieadekwatny, nadmierny wpływ członka rodziny generacyjnej na prokreacyjną to zwykle wpływ ojca, ojczyma lub dziadka (który nierzadko krzywdził pacjentkę w dzieciństwie), niekiedy wpływ taki wywiera matka ofiary kazirodczego nadużycia, indukując w niej poczucie winy za „zradę”. Jeszcze innym wariantem może być nieasertywność ofiary nadużycia wobec teściów.

Relacje z partnerem wydają się dalej pogarszać w związku z doświadczeniami z osobami bliskimi, prawdopodobnie powodującymi, ujmując to w języku teorii psychodynamicznej, negatywne uczucia przeniesieniowe (lub nieumiejętność relacji z partnerami spowodowaną nieprawidłowym ukształtowaniem konstruktów poznawczych w tym zakresie, opisując to językiem teorii poznawczej).

Sposoby rozwiązywania konfliktów ujęte jako awantury oraz eskalacje konfliktów wymagające wezwania policji okazały się kolejnymi dysfunkcjami wiążącymi się z wcześniejszymi, skumulowanymi urazami. W zakresie historii powstania związku wyniki badań okazują się także zgodne z obserwacją kliniczną faktu, że jednym ze skutków urazu, jakim jest kazirodztwo, może być przedwczesna i nieadekwatna chęć usamodzielnienia się za wszelką cenę, prowadząca zresztą do pochopnych decyzji o rozpoczęciu związku lub małżeństwa, czego ryzyko w wyniku kumulacji ulega zwiększeniu, jeśli dodatkowym czynnikiem urazowym jest zgwałcenie podczas inicjacji (niestety, nie wiadomo, czy było to to samo wydarzenie, choć w praktyce klinicznej, także z pacjentami z grupy badanej, było tak w niejednym przypadku).

Rozpoczęcie współżycia jest zdecydowanie jednym z istotnych kamieni milowych rozwoju psychoseksualnego. W niniejszej pracy uzyskano argument na rzecz dowodzenia szkodliwości (dla późniejszego formowania relacji z partnerem) kumulacji urazów w postaci inicjacji uznanej przez ofiarę za gwałt, a zarazem dokonanej przed 17 r.ż. Jak wspomniano, grupy pacjentek po inicjacji przed 14 r.ż. oraz w wieku 14–16 lat połączono z uwagi na niewielką liczebność najwcześniejszych inicjacji, zresztą podobną granicę wieku, zbliżoną do granic prawnych w wielu krajach, przyjmowali także inni autorzy [28]).

Nietypowy efekt „odwróconej” kumulacji zgwałcenia i młodego wieku inicjacji dla mniejszego prawdopodobieństwa zawarcia małżeństwa z powodu poczucia zobowiązania wobec partnera można wyjaśnić mniejszą skłonnością do przywiązania się do osoby podobnej do sprawcy (płcią).

Jednym z nie ujętych w niniejszej analizie czynników oddziałujących na przebieg związku/malżeństwa jest religijność. Warto tu jednak zaznaczyć, że niewątpliwie modyfikuje ona postawy wobec rozstania/rozvodu, zaangażowania w związek, a nawet korzystania z terapii [46]. Pominięto także analizy przyjętych wzorców męskości i kobiecości [47], prawdopodobnie zresztą zmieniające się na przestrzeni lat. Powiązanie

między partnerami jest od dawna rozumiane jako interakcja systemowa, dlatego wyniki niniejszych badań są obarczone poważnym brakiem informacji pochodzących od drugiego partnera, jak również brakiem danych z obserwacji pary/rodziny. Można jednak założyć, że tak dysfunkcje seksualne, jak i interakcje między partnerami powiązane są w znacznym zakresie ze sposobami ustalania wpływu i władzy oraz wymiany informacji. Słabe wyindywidualizowanie czy też zróżnicowanie nawet jednego z partnerów może prowadzić do unikania kontaktów seksualnych, obniżania pożądania itp., pośrednio do kontrolowania seksu, a przez to sprawowania władzy [48]. Brak też danych o obecności komplementarnych zaburzeń u partnerów – aspekcie doboru i trwałości par opisanych m.in. w odniesieniu do łączenia zaburzeń lękowych i osobowości antisocjalnych, uzależnień i zaburzeń lękowych uogólnionych [49]. Na subiektywne oceny małżeństwa/związku wpływają także inne, nieuwzględnione zmienne, takie jak używanie alkoholu, w tym zgodność pary w tym zakresie [50], czy też skłonność do ekspresji negatywnych uczuć wobec partnera [51]. Wszystkie te aspekty pozostają jednak poza zasięgiem obecnie referowanych analiz. Oczywiście, także dla stwierdzania obecności urazów (np. nadużyć seksualnych w dzieciństwie), występują trudności metodologiczne [52] mogące odpowiadać za rozbieżność spostrzeżeń sprawozdawanych przez różnych autorów.

Wnioski

1. W wynikach badania stwierdzono obecność stosunkowo licznych wydarzeń traumatycznych z zakresu seksualności – przedwczesnej lub wymuszonej inicjacji, kazirodztwa lub jego próby, nieoptymalnej edukacji seksualnej w okresie dzieciństwa i adolescencji. U części pacjentów wydarzenia te występowały jednocześnie.
2. Występowanie u pacjenta więcej niż jednego wydarzenia o typie urazu seksualnego wiązało się z częstszymi zakłóceniami relacji z partnerem, w tym zaburzeniem funkcjonowania w zakresie seksualności.
3. Uzyskane wyniki są zgodne z wiedzą kliniczną i piśmiennictwem, a ponadto potwierdzają możliwość wykorzystania wywiadu ustrukturuwanego (ankiety życiorysowej) – pomimo ogólnego charakteru zmiennych – do oceny obecności poszczególnych i skumulowanych czynników ryzyka oraz planowania leczenia.

Wyniki badań zostały częściowo zaprezentowane na konferencjach: *Zaburzenia nerwicowe. Terapia, badania i dydaktyka. 30-lecie Zakładu, Katedry Psychoterapii CM UJ* (Kraków 10–11 czerwca 2006 r.); II Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej *Nowoczesna diagnostyka w psychiatrii. Farmakoterapia i psychoterapia. Jeden cel, dwie drogi*. (Wisła, 11–13 grudnia 2008 r.); 40th SPR International Annual Meeting (24–27 czerwca 2009 r., Santiago de Chile) oraz podczas XLIII i XLIV Zjazdu Psychiatrów Polskich.

Podziękowania: Konsultacje statystyczne: dr Maciej Sobański.

Badanie było częściowo realizowane w ramach grantów: K/ZDS/000422 i 501/NKL/270/L (dr J.A. Sobański) K/ZDS/002310 (dr hab. K. Rutkowski) i K/DSC/000018 (dr Ł. Müldner-Nieckowski).

Konflikt interesów: Nie było.

Piśmiennictwo

1. Jina R, Thomas LS. *Health consequences of sexual violence against women*. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2013; 27(1): 15–26.
2. Dennerstein L, Guthrie JR, Alford S. *Childhood abuse and its association with mid-aged women's sexual functioning*. J. Sex Marital Ther. 2004; 30(4): 225–234.
3. 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.
4. Kendra R, Bell KM, Guimond JM. *The impact of child abuse history, PTSD symptoms, and anger arousal on dating violence perpetration among college women*. J. Fam. Violence. 2012; 27(3): 165–175.
5. McCartan LM, Gunnison E. *Individual and relationship factors that differentiate female offenders with and without a sexual abuse history*. J Interpers. Violence. 2010; 25(8): 1449–1469.
6. Negriff S, Noll JG, Shenk CE, Putnam FW, Trickett PK. *Associations between nonverbal behaviors and subsequent sexual attitudes and behaviors of sexually abused and comparison girls*. Child Maltreat. 2010; 15(2): 180–189.
7. Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. *The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study*. Dev. Psychopathol. 2011; 23(2): 453–476.
8. Kimerling R, Alvarez J, Pavao J, Kaminski A, Baumrind N. *Epidemiology and consequences of women's revictimization*. Womens Health Issues 2007; 17(2): 101–106.
9. Elklit A, Shevlin M. *Female sexual victimization predicts psychosis: A case-control study based on the Danish Registry System*. Schizophr. Bull. 2011; 37(6): 1305–1310.
10. Lataster J, Myin-Germeys I, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. *Adversity and psychosis: a 10-years prospective study investigating synergism between early and recent adversity in psychosis*. Acta Psychiatr. Scand. 2012; 125(5): 388–399.
11. Shevlin M, O'Neill T, Houston JE, Read J, Bentall RP, Murphy J. *Patterns of lifetime female victimisation and psychotic experiences: a study based on the UK Adult Psychiatric Morbidity Survey 2007*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2013; 48(1): 15–24.
12. Scott-Storey K. *Cumulative abuse: Do things add up? An Evaluation of the conceptualization, operationalization, and methodological approaches in the study of the phenomenon of cumulative abuse*. Trauma Violence Abuse 2011; 12(3): 135–150.
13. Lacelle C, Hebert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. *Child sexual abuse and women's sexual health: The contribution of CSA severity and exposure to multiple forms of childhood victimization*. J. Child Sex. Abuse 2012; 21(5): 571–592.
14. Campbell R, Greeson MR, Bybee D, Raja S. *The co-occurrence of childhood sexual abuse, adult sexual assault, intimate partner violence, and sexual harassment: A mediational model of posttraumatic stress disorder and physical health outcomes*. J. Cons. Clin. Psychol. 2008; 76(2): 194–207.
15. Gobin RL. *Partner preferences among survivors of betrayal trauma*. J. Trauma Dissociation 2012; 13(2): 152–174.
16. Becker KD, Stuewig J, McCloskey LA. *Traumatic stress symptoms of women exposed to different forms of childhood victimization and intimate partner violence*. J. Interpers. Violence 2010; 25(9): 1699–1715.
17. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Traumatic childhood sexual events and secondary sexual health complaints in neurotic disorders*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2013; 15(3): 19–32.

18. Easton SD, Coohy C, O'leary P, Zhang Y, Hua L. *The effect of childhood sexual abuse on psychosexual functioning during adulthood*. J. Fam. Violence 2011; 26(1): 41–50.
19. Lacelle C, Hebert M, Lavoie F, Vitaro F, Tremblay RE. *Sexual health in women reporting a history of child sexual abuse*. Child Abuse Neglect 2012; 36(3): 247–259.
20. Niehaus AF, Jackson J, Davies S. *Sexual self-schemas of female child sexual abuse survivors: relationships with risky sexual behavior and sexual assault in adolescence*. Arch. Sex. Behav. 2010; 39(6): 1359–1374.
21. Bramsen RH, Lasgaard M, Koss MP, Shevlin M, Elklit A, Banner J. *Testing a multiple mediator model of the effect of childhood sexual abuse on adolescent sexual victimization*. Am. J. Orthopsychiatry 2013; 83(1): 47–54.
22. Golding JM. *Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis*. J. Fam. Violence 1999; 14(2): 99–132.
23. Lilly MM, Graham-Bermann SA. *Intimate partner violence and PTSD: The moderating role of emotion-focused coping*. Violence Victims 2010; 25(5): 604–616.
24. Aosved AC, Long PJ, Voller EK. *Sexual revictimization and adjustment in college men*. Psychol. Men Masc. 2011; 12(3): 285–296.
25. Turchik JA. *Sexual victimization among male college students: assault severity, sexual functioning, and health risk behaviors*. Psychol. Men Masc. 2012; 13(3): 243–255.
26. Walker EC, Sheffield R, Larson JH, Holman, TB. *Contempt and defensiveness in couple relationships related to childhood sexual abuse histories for self and partner*. J. Marital Fam. Ther. 2011; 37(1): 37–50.
27. Lau M, Kristensen E. *Sexual revictimization in a clinical sample of women reporting childhood sexual abuse*. Nord. J. Psychiatry 2010; 64(1): 4–9.
28. Watson LF, Taft AJ, Lee C. *Associations of self-reported violence with age at menarche, first intercourse, and first birth among a national population sample of young Australian women*. Womens Health Issues 2007; 17(5): 281–289.
29. Lemieux SR, Byers ES. *The sexual well-being of women who have experienced child sexual abuse*. Psychol. Women Quart. 2008; 32(2): 126–144.
30. Zollman G, Rellini A, Desrocher D. *The mediating effect of daily stress on the sexual arousal function of women with a history of childhood sexual abuse*. J. Sex Marital Ther. 2013; 39(2): 176–192.
31. Hall K. *Childhood sexual abuse and adult sexual problems: a new view of assessment and treatment*. Fem. Psychol. 2008; 18(4): 546–556.
32. Sigurdardottir S, Halldorsdottir S. *Repressed and silent suffering: consequences of childhood sexual abuse for women's health and well-being*. Scand. J. Caring Sci. 2013; 27(2): 422–432.
33. Walsh K, Galea S, Koenen KC. *Mechanisms underlying sexual violence exposure and psychosocial sequelae: a theoretical and empirical review*. Clin. Psychol. Sci. Pract. 2012; 19(3): 260–275.
34. Messman-Moore TL, Walsh KL, DiLillo D. *Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization*. Child Abuse Neglect 2010; 34(12): 967–976.
35. Roemmele M, Messman-Moore TL. *Child abuse, early maladaptive schemas, and risky sexual behavior in college women*. J. Child Sex. Abuse 2011; 20(3): 264–283.
36. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML, Clay CM, Ellis MA. *Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment*. Child Abuse Neglect 2005; 29(3): 269–284.
37. Arboleda MRC, Canton-Cortes D, Duarte JC. *Long term consequences of child sexual abuse: the role of the nature and continuity of abuse and family environment*. Behav. Psychol. 2011; 19(1): 41–56.

38. Leung P, Curtis RL, Mapp SC. *Incidences of sexual contacts of children: Impacts of family characteristics and family structure from a national sample*. Child. Youth Serv. Rev. 2010; 32(5): 650–656.
39. Aleksandrowicz JW, Bierzyński K, Kołbik I, Kowalczyk E, Martyniak J, Miczyńska A. i wsp. *Minimum informacji o pacjentach nerwicowych i ich leczeniu*. Psychoterapia 1981; 37: 3–10.
40. Sobański JA, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł. *Kwalifikacja do intensywnej psychoterapii w dziennym oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Psychoter. 2011; 7(4): 2–34.
41. Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Rutkowski K, Dembińska E. *Objawy i problemy z zakresu zdrowia seksualnego w populacji pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 35–49.
42. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K. *Seksualne wydarzenia urazowe a obraz zaburzeń nerwicowych. Objawy związane i niezwiązane z seksualnością*. Psychiatr. Pol. 2013; 47(3): 411–431.
43. Sobański JA, Klasa K, Müldner-Nieckowski Ł, Dembińska E, Rutkowski K, Cyranka K, Mielimąka M, Smiatek-Mazgaj B. *Seksualne wydarzenia urazowe a życie seksualne i związek pacjenta*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(3): 573–597.
44. Makara-Studzińska M, Rudnicka-Drozak E, Kulik TB. *The type of relationship in marriages of patients with neurotic disorders*. Ann. Univ. Mariae Curie Skłodowska Med. 2004; 59(1): 292–296.
45. Makara-Studzińska M. *Zaburzenia nerwicowe a relacje małżeńskie*. Lublin; Wydawnictwo UMCS: 2000.
46. Sullivan KT. *Understanding the relationship between religiosity and marriage: an investigation of the immediate and longitudinal effects of religiosity on newlywed couples*. J. Fam. Psychol. 2001; 15(4): 610–626.
47. Bradbury TN, Campbell SM, Fincham FD. *Longitudinal and behavioral analysis of masculinity and femininity in marriage*. J. Pers. Soc. Psychol. 1995; 68(2): 328–341.
48. Czyżkowska A. *Zaburzenia seksualne z perspektywy terapii systemowej*. Przegl. Seksuol. 2009; 18: 28–35.
49. Galbaud du Fort G, Bland RC, Newman SC, Boothroyd LJ. *Spouse similarity for lifetime psychiatric history in the general population*. Psychol. Med. 1998; 28(4): 789–802.
50. Homish GG, Leonard KE. *The drinking partnership and marital satisfaction: The longitudinal influence of discrepant drinking*. J. Consult. Clin. Psychol. 2007; 75(1): 43–51.
51. Huston TL, Vangelisti AL. *Socioemotional behavior and satisfaction in marital relationships: a longitudinal study*. J. Pers. Soc. Psychol. 1991; 61(5): 721–733.
52. Herrera CR, Parra AF. *Child sexual abuse: an evidence-based review*. Behav. Psychol. 2011; 19(1): 7–39.

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

Otrzymano: 19.01.2014
Zrecenzowano: 17.03.2014
Otrzymano po poprawie: 10.04.2014
Przyjęto do druku: 1.07.2014

ANEKS

Tabela 9. **Dysfunkcjonalne wychowanie i inne urazy seksualne**

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

*** $p < 0,0005$, ** $p < 0,005$, * $p < 0,05$ dwustronny test dla dwóch wskaźników struktury; cyt. za [41, 42]